

YÜKSEK SAĞLIK ŞURA'SINDA 2008-2017 YILLARI ARASINDA GÖRÜŞÜLEN MALPRAKTİS OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Evaluation of Malpractice Cases in The Supreme Council of Health Between 2008 and 2017

Doktora Öğrencisi. Necati KOCAKOÇ

T.C Sağlık Bakanlığı, Ondokuz Mayıs Üniversitesi, lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi Bölümü, Samsun/TÜRKİYE

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-8884-0052>

Doçent Dr. Polat TUNÇER

Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Sağlık Yönetimi Bölümü, Samsun/TÜRKİYE

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7397-775>

ÖZET

Malpraktis, sağlık hizmetini yerine getirirken çeşitli nedenlerden kaynaklanan hatalardır. Bu hatalar ya da kötü uygulamalar pek çok soruna yol açmaktadır. Yüksek Sağlık Şurası, Sağlık Bakanlığı bünyesinde sürekli bir kurul olarak çalışmakta olup, sağlık meslek mensuplarının mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş bildirmek ve idari soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek üzere oluşturulmuştur. Şura'nın 2008-2017 yılları arasında değerlendirmiş olduğu 1880 malpraktis olgusu incelenmiş olup, dikkat çeken sonuçlar elde edilmiştir. Şura'da karar verilen olgularda %38,3 (720) sağlık profesyonellerinin kusurlu olduğu %61,70 (1160) olguda ise kusurlu olmadığı, branş özeli dağılımı da ise ağız, diş cerrahisi ve dermatoloji dışındaki branşlarının kusur oranlarının %50'nin altında olduğu ayrıca kusur oranları sıralamasında %22,56 ile kadın doğumun, %15,85 genel cerrahinin, %10,82 pratisyen hekimliğin ilk üçte yer aldığı ve bununla birlikte tıbbi hata türlerinin dağılımında ise %25,15 operatif hataların, %10,67 ile yasalara aykırı tıbbi işlemin ve %10,21 ile yetersiz operatif ve postoperatif hataların ilk üç sıralamayı oluşturduğu ve hekim harici diğer sağlık profesyonellerin de ise %62,5 ile hemşirelerin de kusurlu olduğu ve bunlara ek olarak pratisyen hekimliğin ve kadın doğumun en çok malpraktis iddiası ile karşı karşıya olan branşlar olduğu sonuçlarına ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Malpraktis, Sağlık Profesyonelleri, Yüksek Sağlık Şurası

ABSTRACT

Malpractice is a mistake caused by various reasons while performing health care services. These mistakes or bad practices lead to many problems. The Supreme Council of Health functions as a permanent committee within the Ministry of Health and has been established to provide opinions to the courts on judicial issues that arise while healthcare professionals are performing their professions and to determine a list of experts for administrative investigators and settlement commissions. 1880 malpractice cases, which were evaluated by the Council between 2008 and 2017, were reviewed and significant results were obtained. In the cases decided by the council, it was found that health professionals were at fault in %38.3 (720) of the cases while they were not at fault in %61.70 (1160). In branch specific distribution, fault rates in the branches other than oral and dental surgery and dermatology are below %50, and in the order of fault rates, obstetrics (%22.56), general surgery (%15.85) and general practice (%10.82) are at the top three. In the distribution of medical error types, operative errors (%25.15), illegal medical procedures (%10.67) and errors due to inadequate operative and postoperative procedures (%10.21) constitute the top three. For the health professionals other than physicians, nurses were also at fault with a rate of %62.5, and in addition, general practice and obstetrics are the branches that face malpractice claims the most.

Key Words: Malpractice, Health Professionals, Supreme Council of Health

1. GİRİŞ

Son otuz yılda özellikle dijitalleşen dünyada küresel düzeyde artan politik, ekonomik ve finansal risklerin yanı sıra, artan belirsizlikler ve yeni arayışlar, üretim yapısı, hizmet sunum biçimleri, demografik ve sosyo-kültürel yapılarıdaki değişiklikler, artan iyi yönetim ihtiyacı ve insan haklarındaki gelişmeler, kitle iletişim araçlarının hızlı gelişimi, bilgiye ulaşımın daha kolay olması gibi gelişmeler ve değişen ihtiyaçların etkisiyle hemen her alanda olduğu gibi ülkemizin kamu yönetim anlayışında da reform ya da iyileştirme girişimleri zaman zaman ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda yıllar içinde kamu yönetim anlayışında da birçok değişim yaşanmış ve sağlık yönetim anlayışı da bu reform ya da iyileştirmelerden etkilenmiştir.

Bu reform ya da iyileştirmeler özellikle konunun insan hayatı olduğu sağlık sektöründe kendini iyiden iyiye hissettirmektedir. Sağlık alanında sağlık profesyonellerinin hastalar üzerindeki sorumluluklarını artırmakta, yanlış tedavi ve tıbbi uygulama hatalarının oluşması halinde ise sağlık kurumları ve sağlık profesyonellerine hukuki yaptırımlar uygulanmasına neden olabilmektedir. Tıbbi hata iddialarının malpraktis olup olmadığı ise Adli makamlar bilirkişiler, Adli Tıp Kurumu ve Şura aracılığıyla belirlemeye çalışılmaktadır.

Şura 1931 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde sürekli kurul olarak oluşturulmuş olup yasal dayanağını 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanun' unlarından almıştır. 1983 tarih ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bakanlık yapılanmasında birçok değişikliğe gidilmiş ancak Şura'nın sürekli kurul olarak varlığı korunmuştur. İlgili kanunlar çerçevesinde Şura'nın görev ve sorumlulukları: "Sağlık profesyonellerinin mesleklerini icra ederken ortaya çıkan adli konularda mahkemelere görüş vermek ve idari soruşturmacılar ve uzlaşma komisyonları için bilirkişi listesi belirlemek ve ülkemiz ile ilgili önemli sağlık konularında görüş oluşturmak" olarak tanımlanmıştır (Görgeç, 2010). İlk defa Şura'nın çalışma usul ve esaslarını gösteren bir yönerge ise 2000 yılında hazırlanmış ve 2007 ila 2012 yılında güncellenmiştir. Yönerge de belirtildiği üzere Şura; doğal ve seçilmiş üyeler, sekretarya, danışma kurulları ve ihtisas komisyonlarından oluşmaktadır.

Kurulduğu ilk yıllarda Şura'nın ilgili kanunlar çerçevesinde temelde iki görev alanı bulunmaktaydı. Sağlık alanında en yetkin kurul olarak Sağlık Bakanlığı bünyesinde ülkenin sağlık alanı ile ilgili önemli konularını müzakere ederek görüş oluşturmak ve tıbbi uygulama hatalarına yönelik adli olgular için adli makamlardan gelen dosyalarda bilirkişilik yapma görevleri bulunmaktaydı. Sağlıkta dönüşüm programı (2003) ile kamu yönetimi yeniden yapılandırma anlayışına uygun olarak, sağlık alanının yeniden yapılandırılması yoluna gidilmiş ve 2007 ila 2012 yılında güncellenen yönergelerde ve 2011 yılında yayımlanan 663 Sayılı KHK" da Şura'nın "ülkenin sağlık alanı ile ilgili önemli sağlık konularını müzakere ederek görüş oluşturma" görev ve sorumluluklarına yer verilmemiş ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yer alan diğer sürekli kurul ve hizmet birimlerinin bu görev sorumlulukları üstlenmesi sağlanmıştır. Yine kamu yönetimi yeniden yapılandırma anlayışına uygun olarak, ülkemiz kamu yönetiminde 2018 yılında yeniden yapılandırılma yoluna gidilmiş ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde sürekli kurul olarak yer alan Şura'nın yürüttüğü görev ve sorumluluklarına 1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Kanun Hükmünde Kararnamesinde yer verilmeyerek Sağlık Bakanlığı Şura'nın yürüttüğü görev ve sorumluluklarından kaynaklanan haktan vazgeçmiştir.

Şura kurulduğu 1931 yılından bugüne Sağlık Bakanlığı bünyesinde sürekli kurul olarak adli makamlardan gelen malpraktis olguları için görüş bildirmenin yanında güncel gelişmeler ışığında önemli sağlık konularında politikalara yön verecek çalışmalara ve kanun, yönetmelik yönerge vb. için temel oluşturacak önemli tavsiye kararları almış ve bu çalışmalara katkıda bulunmuştur.

Bu doğrultuda bu çalışmada Sağlık Bakanlığı bünyesinde sürekli bir kurulun malpraktis olgularının değerlendirilmesindeki ve sağlık politikalarına dönüştürülmesindeki önemi vurgulamak ve Şura'nın son on yıllık dönemde değerlendirdiği malpraktis olgularını nedenleri ile birlikte irdelemek ve buna bağlı olarak da birtakım önerilerde bulunmak amaçlanmıştır.

2. MALPRAKTİS (TIBBİ UYGULAMA HATASI)

Malpraktis, Latince kökenli olup "mala-praxis" sözcüklerinden türetilmiş olup meslek erbabının mesleğini icra ederken başka birine zarar vermesini, kötü uygulama gerçekleştirmesini, beceri ve bilgi eksikliği nedeniyle meydana gelen zararları ifade ettiği görülmektedir. Bu anlamda söz konusu olgular tıbbi alanda meydana gelmişse "tıbbi malpraktis" ten söz edilmektedir (Kök, 2016). Malpraktis kavramı birçok disiplin için kullanırken sağlık alanında kullanıldığında aklımıza ilk olarak "Tıbbi Malpraktis" ya da diğer bir

deyişle “Tıbbi Hatalı Uygulama” kavramı gelmektedir. Daha geniş bir ifadeyle bir meslek mensubunun mesleğini icra ederken tıbbî uygulama kılavuzlarına bağlı kalmaksızın bilgi, beceri eksikliği, özensizliği nedeniyle yaptığı kötü uygulamayı ifade etmektedir (Polat, 2005). Dünya Tabipler Birliği (DTB) malpraktisi, “sağlık profesyonellerinin standart uygulamayı yapmaması, beceri, özen ve dikkatsizlik veya hastaya tedavi vermemesi ile oluşan zarar olarak” ve Türk Tabipler Birliği (TTB) ise malpraktisi; “sağlık çalışanlarının tecrübesizliği, ilgisizliği ve bilgisizliği sonucunda zararın meydana gelmesi” şeklinde tanımlamıştır (Özkara ve Hancı, 2003).

Bu kapsamda sağlık profesyonellerinin tıbbi uygulama kılavuzlarına bağlı kalmaksızın çeşitli nedenlerle hasta üzerinde zarara neden olması yâda hastayı tedavi hizmetinden yoksun bırakmasını malpraktis olarak değerlendirilmektedir (Sayek, 2009). Bu açıklamalardan anlaşıldığı üzere sağlık hizmet sunumu esnasında birçok faktöre bağlı olarak tıbbi hatalar oluşabilmektedir. Bu durum hem sağlık profesyonellerini hem de sağlık hizmeti alanları olumsuz olarak etkileyebilmektedir.

3. ŞURA’DA ALINAN BAZI TAVSİYE KARAR ÖRNEKLERİ (1931-2000)

Şura’nın malpraktis olgu değerlendirmeleri sonrası sağlık sisteminin güçlendirilmesi ve sağlık politikalarına dönüştürülmesi için ve kanun, yönetmelik vb. temel oluşturması için almış olduğu bazı tavsiye kararları şunlardır:

Yüksek Sağlık Şûrası’nın 24 Kasım 1969 tarihli 104. oturumunda, adli makamlardan gelen dosyalarda muayenehanelerde kullanılan trilen ile yapılan anesteziyelerden sonra ölüm vakalarının artması sebebiyle (Karar Sayısı: 6305); “tek hekimin hem narkoz yapması hem de hastaya müdahale etmesi ve özellikle trilen gibi inhibitör şokları yapabilen bir maddenin ve muayenehanelerde narkoz yapılmasının yasaklanması”; 15 Kasım 1972 tarihli 116. oturumunda, adli makamlardan gelen dosyalarda başta penicilin ve diğer antibiyotikler olmak üzere ciddi allerjiler doğuran ilaçların sebep olduğu ölüm vakalarının artması sebebiyle (Karar Sayısı: 6586): “öncesinde kesin endikasyona dayanmadan ve hastaya test uygulamadan bu tür ilaçların hastalara uygulanmaması ve bu ilacın tehlikeleri ve tedbirleri konusunda hekimlerin bilgi yetersizliğinin giderilmesi, muayenehanelerde yapılabilecek tedavilerin sınırlarının belirlenmesi ve bir komisyon kurularak ciddi önlemler alınmasının gerekliliği”; 25-26 Nisan 1994 tarihli 180. oturumunda, adli makamlardan gelen dosyalarda kadın doğum, genel cerrahi, anestezi branşları olgularında kan transfüzyonu ile ilgili vakalar ve mesleki kurallara aykırı davranışların artması sebebiyle (Karar Sayısı: 9039): “eğitim verilen kuruluşlarca sağlık hizmetleri kalitesinin artırılması amacıyla bu personellerin eğitiminde daha fazla hassasiyet gösterilmesi ve görevde olan sağlık profesyonellerine ise hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, denetimlerin artırılması ve YÖK, Sağlık Bakanlığı’nca gerekli düzenlemelerin sağlanması hususları”; 3-4 Kasım 1996 tarihli 196. oturumunda, adli makamlardan gelen dosyalarda adli nitelik kazanmamış ve eksik belge ve bilgi de artış olması sebebiyle ayrıca müfettişler ve sahadaki uzman bilirkişilerce değerlendirilebilecek dosyaların görüş alınmadan Yüksek Sağlık Şûra’sına gönderilmesindeki artış sebebiyle (Karar Sayısı: 9628): “dosyaların aslının ve tam halinin gönderilmesi, adli nitelik kazanmamış dosyaların gönderilmemesi, tıbbi yönden grift olması ve bilirkişilik görüşleri arasında tenakuz veya mübânenet bulunması halinde Şura’ya görüş sorulması hususu ve bu genel tablonun adaletin gecikmesine sebep olduğu ve adli makamların bilirkişilere başvurmak istemeleri halinde uzman derneklerine ve TTB’ iğine sorulabileceği ve bu durumun Adalet Bakanlığı’na ve savcılıklara duyurulması hususları”; 25-26 Aralık 1997 tarihli 197. oturumunda, adli makamlardan gelen son yıllardaki ameliyat olan dosyalarda hastaların vücut boşluklarında yabancı cisimlerin unutulmasındaki artış olması sebebiyle (Karar Sayısı: 9667): “bu konuda ciddi standardizasyonun getirilmesi, yabancı cisimlerin vücutta unutulması halinde radyolojik incelemelerde tespit edilmesine yönelik düzenlemelerin yapılması, sağlık profesyonellerinin azamî özen ve dikkat konusunda uyarılmasına ve sağlık bakanlığınca gerekli önlemlerin alınması ayrıca aynı oturumun devamındaki kararında (Karar Sayısı: 9668): “adli makamlarda gelen dosyalarda anestezi ile ilgili kusur ve ihmal iddialarındaki artış bağlı olarak anestezi uzmanları olmadan anestezi teknisyenleri ile ameliyat yapılması ve bu kişilerin herhangi bir aksaklık ve komplikasyon durumlarında yeterli bilgiye sahip olmadıkları gerekçesiyle istenmeyen durumlara sebebiyet verebildikleri gerekçesiyle anestezi ve reanimasyon asistan kadrolarının artırılması ve özlük haklarının iyileştirilmesi” ile ilgili tavsiye kararları alınmıştır.

Yine Yüksek Sağlık Şûrası’nın 26-27 Ekim 1998 tarihli 202. oturumunda, adli makamlardan gelen dosyalarda, özel muayenehane, özel hastane ve ayaktan teşhis ve tedavi kuruluşlarına başvuran hastalara ait tıbbi kayıt ve dosyaların ya yeterli tutulmadığı veya hiç tutulmadığı, hastalardan ayrıntılı aydınlatılmış rıza

alınmadığı ve bu durumun büyük ihtilaflara neden olduğu ve bu dosyalarda artış olması sebebiyle (Karar Sayısı: 9901): “kanun ve yönetmeliklere uygun davranılmamasının ve alınabilecek ek tedbir, tanzimlerin Sağlık Bakanlığınca gözden geçirilmesi, değerlendirilmesi ve yakından takip edilmesi hususları” ve aynı oturumun devamındaki kararda (Karar Sayısı: 9902): “reçete yazmaya yetkisi olmayan sağlık profesyonellerince hastalara reçete yazıp vermesine yönelik dosyalar da artış olması sebebiyle de bu konuda ilave tanzim yapılması ve acil tedbirlerin alınması ve yakından takip edilmesi hususları” ile ilgili tavsiye kararları alınmıştır (Özdemir ve Arslan, 2000).

Yüksek sağlık Şûrası’nın 5 Temmuz 1971 tarihli 111. oturumunda, sağlık mühendislerinin temin edilmesi, hekimlerin idari hizmetlerden kurtarılması ve hastane işletmeciliğinin kurulması, emekli hekimlerin çalıştırılması, hekimlerin full-time çalıştırılmasına yönelik düzenleme yapılması ve koruyucu sağlığın ön plana alınması, bütün sağlık sistemi içinde ücret sisteminin birleştirilmesi hususlarını; 17 Aralık 1980 tarihli 145. oturumunda, hemofrodit olan kişilerin üroloji, endokrinoloji ve genetik uzmanlarından oluşan bir kurulca verilecek bir karar sonrası cinsiyet değişikliğinin yapılabileceği ayrıca kişinin cinsiyet değişikliğinin kişi isteği ile yapılamayacağı; 21 Ocak 1987 tarihinde toplanan 8181. oturumunda, ülkemizde tüp bebek uygulamasına izin verilmesi ayrıca bu hususun sağlam temellere bağlanması ve 15 Haziran 1987 tarihli 8242. oturumunda, orta öğretim ve yükseköğrenim gören öğrencilere “ilk yardım” derslerinin askerlik hizmeti gibi mecburi hale getirilmesi hususu; 22-23 Aralık 1994 tarihli 9108. oturumunda, doğacak bebeğin cinsiyetinin seçilmesi konusunun tıp etiği ve genel etik açısından aykırı olması sebebiyle ve ayrıca bunun evrensel insanlık değerlerine de aykırı olması nedeniyle uygun olmadığı hususları” ile ilgili tavsiye kararları almıştır (Özdemir ve Arslan, 2000).

Bu bilgiler ışığında Şûra’nın, önemli sağlık konularına ve adli olgu ile olaylara yönelik görüş ve değerlendirmelerini bilimsel, etik ve hukuksal boyutları ile ayrıntılı olarak incelediği ve akademik bir kurul gibi çalıştığı söylenebilir. Ayrıca Şûra’nın almış olduğu tavsiye kararlarının politika belirleyiciler için tavsiye niteliğinin de olup bağlayıcılığı yoktur.

4. YÖNTEM

Araştırma, Sağlık Bakanlığı’nın Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nden yazılı izin alınarak 2008-2017 döneminde, son on yıllık, adli makamlarca Şûra’ya gönderilen ve Şûra tarafından değerlendirilen 1880 malpraktis olgusuna yönelik veriler üzerinden analiz edilmiş ve bulgular literatürden yararlanılarak yorumlanmıştır. Ayrıca araştırmada değerlendirmeye alınan malpraktis olguları sağlık sektörü açısından bütüncül bir analize tabi tutulmuş olup kamu, özel, üniversite ayrımı yapılmamıştır.

5. BULGULAR VE YORUMLAR

Araştırmada Şûra’ya gönderilen olgu iddiaları yıllar, branş, ihmal ve hata türlerine göre dağılımlarına bakılmış ve geçmiş yıllarda yapılan çalışmalarda kusurluluk oranları ve diğer bulgularla birlikte irdelerek yorumlanmış ve önerilerde bulunulmuştur.

Tablo 1. Şûra’da Değerlendirilen Olguların Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Kusursuz (n)	Kusurlu (n)	Genel Toplam(n)	Kusursuz (%)	Kusurlu (%)
2008	142	70	212	66,98	33,02
2009	180	89	269	66,91	33,09
2010	176	105	281	62,63	37,37
2011	128	65	193	66,32	33,68
2012	114	70	184	61,96	38,04
2013	111	68	179	62,01	37,99
2014	78	59	137	56,93	43,07
2015	90	63	153	58,82	41,18
2016	72	67	139	51,80	48,20
2017	69	64	133	51,88	48,12
Genel Toplam	1160	720	1880	61,70	38,30

Adli makamlarca Şûra’ya en yüksek sayıda 2010 yılında ve en düşük sayıda 2017 yılında malpraktis olgusu iddiası değerlendirmesi amacıyla yönlendirilmiştir. Şûra tarafından on yıllık dönemde değerlendirilen olgular da en yüksek kusur oranına 2016 yılında ve en düşük kusur oranına ise 2008 yılında ulaşılmıştır. Şûra on yıllık dönemde sağlık profesyonellerinin 1880 malpraktis olgu iddiasından %61,7 (1160) oranında kusursuz ve %38,3 (720) oranında kusurlu olduğuna karar vermiştir.

Localio ve diğerleri (1991) tarafından yapılan çalışmada 1984 yılında New York Eyaletinde hastaneye yatırılan 31.429 olguda tıbbi hataların %52,3 olduğu tespitinde bulunmuştur.

Yıldırım (2015) tarafından 2002-2014 yılları arasını kapsayan çalışma da 4470 malpraktis olgu iddiası ile adli makamlara müracaat edilmiş ve bu iddialardan sadece %21 (764) oranında sağlık profesyonellerinin kusurlu olduğuna ve %79 (3706) oranında kusursuz olduğuna karar verilmiştir.

Yine Elbükten'in (2010) yüksek lisans tez çalışmasında 2002-2008 yılları arasında Şura'da 219 malpraktis olgu iddiasında hemşire ve ebelerin %34,8 oranında kusurlu olduğu, hekimlerin ise %53,3' oranında kusurlu olduğu; Pakiş ve diğerleri (2008) tarafından 2001-2005 yılları arasında Adli Tıp Kurumu tarafından değerlendirilen 482 malpraktis olguda %32 oranında sağlık profesyonellerinin kusurlu olduğuna ve %58 oranında ise kusursuz olduğuna karar verdiği görülmektedir.

Ülkemizde tıbbi hata iddialarının malpraktis olup olmadığını adli makamlar bilirkişiler, Adli Tıp Kurumu ve Şura aracılığıyla belirmeye çalışmaktadır. Bu durum ülkemiz için kapsamlı malpraktis iddia oranının tespitini güçleştirmektedir. Şura tarafından değerlendirilen olgular ve literatür taraması ile elde edilen bulgulara dayanarak malpraktis iddialarının kusurluluk oranları genel olarak %50'nin altında kaldığı yani aynı oranda sağlık profesyonellerinin de haksız suçlama ile karşı karşıya kaldığı sonucuna ulaşılmaktadır. Yüksek şikâyet oranının sağlık profesyonellerinin motivasyonunu olumsuz etkileyeceği ve bunun yanı sıra zaman ve para kaybı gibi olumsuz sonuçlar doğuracağı da unutulmamalıdır.

Tablo 2. Şura'da Değerlendirilen Olguların Branşlara Göre Dağılımı

Branşlar	Kusursuz (n)	Kusurlu (n)	Genel Toplam	Kusursuz (%)	Kusurlu (%)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	167	148	315	53,02	46,98
Genel Cerrahi	109	104	213	51,17	48,83
Pratisyen Hekim	246	71	317	77,60	22,40
Ortopedi ve Travmatoloji	71	63	134	52,99	47,01
Beyin ve Sinir Cerrahisi	50	37	87	57,47	42,53
Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi	93	32	125	74,40	25,60
Göz Hastalıkları	35	30	65	53,85	46,15
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	38	18	56	58,06	41,94
İç Hastalıkları	13	18	31	67,86	32,14
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	18	17	35	51,43	48,57
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi	14	15	29	48,28	51,72
Anesteziyoloji ve Reanimasyon	28	14	42	66,67	33,33
Göğüs Hastalıkları	24	13	37	64,86	35,14
Kardiyoloji	29	13	42	69,05	30,95
Aile Hekimliği	13	12	25	52,00	48,00
Kalp ve Damar Cerrahisi	16	11	27	59,26	40,74
Psikiyatri	11	10	21	52,38	47,62
Üroloji	27	10	37	72,97	27,03
Acil Tıp	33	9	42	78,57	21,43
Nöroloji	10	6	16	62,50	37,50
Dermatoloji	0	5	5	0,00	100,0
Genel Toplam	1045	656	1701	61,43	38,57

Adli makamlarca on yıllık dönemde kamu, özel, üniversite ayrımı yapılmaksızın Şura'ya gönderilen malpraktis olgu iddialarında 317 olgu ile ilk sırayı pratisyen hekimliğin ve sonra 315 olgu ile kadın doğumun da ikinci sırayı aldığı ve en düşük malpraktis olgu iddiası ile de şikâyet edilen branşın dermatoloji olduğu görülmektedir.

Şura tarafından değerlendirilen malpraktis olgu iddialarında on yıllık dönemde kendi alanlarında %50'nin üstünde arasında ağız, diş, çene hastalıkları ve cerrahisinin dermatolojinin; %50-%40 arasında genel cerrahi, kulak-burun-boğaz hastalıkları, aile hekimliği, psikiyatri, ortopedi ve travmatoloji, kadın hastalıkları ve doğum, göz hastalıkları, beyin cerrahisi, plastik cerrahi, kalp ve damar cerrahisinin; %40-%30 arasında nöroloji, göğüs hastalıkları, anestezi, iç hastalıkları, kardiyoloji; %30-%20 arasında da üroloji, çocuk hastalıkları, pratisyen hekimlik ve acil tıp branşlarının kusurlu olduğuna karar verdiği bulgularına ulaşılmıştır. Ayrıca dermatoloji ve ağız, diş cerrahisinin şurada değerlendirilen dosya azlığı nedeniyle kusur oranları da yüksek çıkmaktadır.

Elbükten'in (2010) yüksek lisans tez çalışmasında 2002-2008 yılları arasında Şura'da 219 malpraktis olgu iddiasında ilk sırada %49,3 oranla kadın doğumun ve sonra sırasıyla % 23,3 ile acil hekimliği ve % 6,4 genel cerrahi branşlarının kusurlu olduğuna; Pakiş ve diğerleri (2008) tarafından 2001-2005 yılları arasında kapsayan Adli Tıp Kurumu'nda değerlendirilen 482 malpraktis olgu değerlendirmesi sonrası ilk sırada %22,2 kadın doğumun ve sonra sırasıyla %17,4 genel cerrahinin, %16,7 pratisyen hekimliğin kusurlu olduğuna karar verildiği görülmektedir.

Tıbbi zorunlu mali sorumluluk sigortası kapsamında cerrahi branşlar en riskli branşlar kabul edilip en yüksek prim payını ödemektedirler. Aynı şekilde sigorta şirketlerince acil hekimliği de bu grupta yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı'nca bazı hizmet birimleri riskli birimler kabul edilmiş ve döner sermaye ödemesini de bu kapsamda yani riskli birimlerin ödemesini %30 oranında artırımlı ödenmektedir. Başka bir ifadeyle ameliyathaneler, yoğun bakımlar, acil servis vb. birimler riskli birimler kabul edilmektedir. Tıbbi hata oranları bu kapsamda bütüncül bir yapıda izlenerek çalışma koşulları, iş yükü, riskli birim, operasyonel göstergeler vb. parametreler ile ilişkilendirilerek değerlendirilmesi ve çözümüne yönelik taktik ve stratejik adımların belirlenerek hayata geçirilmesinin malpraktis olgularının azaltılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Tablo 3. Şura'da Değerlendirilen Olguların Hekimler Bazında İhmal ve Hata Türlerine Göre Dağılımı

İhmal ve Hata Türleri	Kusurlu (n)	Kusurlu (%)
Operatif hatalar	165	25,15
Yasalara aykırı tıbbi işlem	70	10,67
Yetersiz operatif ve postoperatif değerlendirme	67	10,21
Hatalı ve dikkatsiz tedavi	57	8,69
Özen eksikliği, Yabancı cisim unutulması	55	8,38
Yanlış tedavi uygulaması (ilaç, kan, diş, sıvı, yanlış hasta, yanlış taraf, narkoz, göz vb.)	54	8,23
Sevk Zincirine Bağlı Hatalar (Gecikmeli ve hatalı sevk, Kabul etmeme vb.)	52	7,93
Malzeme kullanım hataları	49	7,47
Yetersiz teşhis	35	5,34
Yetersiz önlem ve tedavi	28	4,27
Yetersiz muayene ve gözlem, eve erken gönderme	24	3,66
Genel Toplam	656	100,0

Şura tarafından son on yıllık dönemde değerlendirilen olguların hekimler bazındaki ihmal ve hata türleri içindeki dağılıma bakıldığında ise %25,15 ile birinci sırada operatif hataların ve sonra sırasıyla %10,67 ile yasalara aykırı tıbbi işlemin, %10,21 ile yetersiz operatif ve postoperatif değerlendirmenin ve son olarak da %3,66 yetersiz muayene ve gözlem, eve erken göndermenin geldiği bulgularına ulaşılmıştır.

Ertem ve diğerleri (2009) tarafından 1998-2000 yılları arasında kapsayan çalışmada 1525 malpraktis iddiasının değerlendirilmesi sonrası kusur oranların da %43.6 operatif hataların ilk sırada ve sonra sırasıyla, %19,2 ile tedbirsizlik, %17.4 yanlış tedavi, %11.6 dikkatsizlik, %10.5 yanlış tanı %8.7 de yanlış ilaç uygulamalarından kaynaklandığı tespitinde bulunmuştur.

Tıbbi hatalar sağlık hizmetini yerine getirirken çeşitli nedenlerden kaynaklanabilmektedir. Yeterli zaman, iyi planlamayan tedavi, iş yükü, performans kaygısı vb. gibi nedenlere bağlı olarak gerçekleşebilmektedir. Bu ve benzeri nedenlere bağlı olarak gerçekleşen işlemler ise yanlış tedavi, yanlış cerrahi girişimler hatta yanlış hastalara işlem yapılması, yabancı cisim unutulması gibi sonuçları doğurabilmekte ve hatta bazen bireylerde sekel kalması veya ölüm ile sonuçlanabilmektedir.

Bu kapsamda teknolojik yeniliklerin yardımıyla sürecin en başından sonuna kadar izlenip denetilebileceği mekanizma adımlarının oluşturulması hayati derece öneme sahiptir. Zaman zaman etkin bir izleme ve denetim mekanizmasının olmaması sistemlerde israf ve suiistimallere yol açabilmektedir. Ayrıca geri ödeme kuruluşu tarafından uygulanan ödeme yöntemi ve izleme, denetim yetersizliği vs. diğer nedenlere bağlı olarak yasalara aykırı tıbbi işlem oranındaki artış da dikkat çekmektedir. Bu kapsamda malpraktis iddiaları ve sonuçları ile operasyonel göstergeler arasında ilişki kurulması ve bu kapsamda değerlendirilmesi süreçlerin iyileştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Tablo 4. Şura’da Değerlendirilen Olguların Branş, İhmal ve Hata Türleri Göre Dağılımı

Branşlar(n)	İhmal ve Hata Türleri												
	Operatif hatalar	Yasalara aykırı tıbbi işlem	Yetersiz operatif ve postoperatif değerlendirme	Hatalı ve dikkatsiz tedavi	Özen eksikliği, Yabancı cisim unutulması	Yanlış tedavi uygulaması (ilaç, kan, diş, sıvı, yanlış hasta, yanlış taraf, narkoz, göz vb.)	Sevk Zincirine Bağlı Hatalar (Gecikmeli ve hatalı sevk, Kabul etmeme vb.)	Malzeme kullanım hataları	Yetersiz teşhis	Yetersiz önlem ve tedavi	Yetersiz muayene ve gözlem, eve erken gönderme	Kusur Dağılımı Genel Toplam	Kusurlu (%)
Kadın Hastalıkları ve Doğum	31	11	27		20	2	7	16	9	23	2	148	22,56
Genel Cerrahi	42	6	2	1	18	4	6	16	4	1	4	104	15,85
Pratisyen Hekim		10		17		8	11	5	9	1	10	71	10,82
Ortopedi ve Travmatoloji	32	1	11		8	4	2	4	1			63	9,6
Beyin ve Sinir Cerrahisi	22	2	5	1	1	1	3				2	37	5,64
Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi	2	1		8	1	5	7	1	4	1	2	32	4,88
Göz Hastalıkları	15	3	5	1		2			2	1	1	30	4,57
Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi	6	3	9									18	2,74
İç Hastalıkları		7		2		4	2		1		2	18	2,74
Kulak-Burun-Boğaz Hastalıkları	8	4			1	4						17	2,59
Ağız, Diş, Çene Hastalıkları ve Cerrahisi				6		8		1				15	2,29
Anesteziyoloji ve Reanimasyon				4		6	4					14	2,13
Göğüs Hastalıkları		1	1	2	5	1	2		1			13	1,98
Kardiyoloji	2	2	4	2		1	2					13	1,98
Aile Hekimliği		4		6		1	1					12	1,83
Kalp ve Damar Cerrahisi	5	2	1				1	1		1		11	1,68
Psikiyatri		9				1						10	1,52
Üroloji		2	2	1	1		3				1	10	1,52
Acil Tıp				5		1	1		2			9	1,37
Nöroloji		2		1		1			2			6	0,91
Dermatoloji								5				5	0,76
Genel Toplam	165	70	67	57	55	54	52	49	35	28	24	656	100,0

Şura tarafından son on yıllık dönemde değerlendirilen olguların branş, ihmal ve hata türlerine göre dağılımının da operatif hataların en yüksek oranda kadın doğum, genel cerrahi, beyin cerrahi, göz hastalıkları branşlarında olduğu; yetersiz operatif ve postoperatif dağılımda ise en yüksek oranların kadın doğum, ortopedi, plastik cerrahide olduğu; özen eksikliği, yabancı cisim unutulmasının dağılımında ise kadın doğum ve genel cerrahinin yüksek oranlara sahip olduğu; yasalara aykırı tıbbi işlemlerin ise en yüksek oranda psikiyatri, kadın doğum, pratisyen hekimlik ve iç hastalıklarında olduğu ve branşlardaki hata türlerinin dağılımında ise sevk zincirine bağlı hatalar (gecikmeli ve hatalı sevk, kabul), hatalı ve dikkatsiz tedavi, yetersiz muayene ve gözlem, eve erken göndermenin daha çok pratisyen hekimlikte olduğu bulgularına ulaşılmıştır. Yanlış tedavi uygulaması (ilaç, kan, diş, sıvı, yanlış hasta, yanlış taraf, narkoz, göz vb.) uygulama hatalarının ise daha çok anesteziyoloji ve reanimasyon, pratisyen hekimlik, ağız, diş cerrahisi branşlarında olduğu görülmektedir. Ayrıca bu çalışmada yapılan analizler de acil tıp ve pratisyen hekimlik farklı branşlar olup acil servislerde çalışıyor olmalarına rağmen branş özelinde bir değerlendirme yapıldığı için acil kategorisinde değerlendirilememiştir.

Tümer’in (2013) yaptığı çalışmada %17,6 tanı hatasının, %14 operatif hataların, %12 yetersiz operatif ve postoperatif değerlendirmenin, %5,6 yetersiz medikal tedavinin, %8 gereksiz hasta sevkinin, %8 görevi gelmemenin, %10,4 rüşvet, irtikap ve görevi kötüye kullanmanın ve %3,4 anestezi hatalı uygulamanın olduğu bulgularını elde ettiği görülmektedir.

Türkan ve Tuğcu’ nun (2007) yaptığı çalışmada %16,4 konsültasyon istenen uzmanın hastaneye gitmediği için kusurlu olduğuna, %11,9 hastanın yeterli süre hastanede takip edilmemesi nedeniyle sağlık profesyonellerinin kusurlu olduğuna karar verildiği; Alkan’ın (2010) yaptığı uzmanlık tezi çalışmada %25,9 takipte yetersizlik, dikkat eksikliği, özensizlik, ventilasyon problemlerinin, %20,9 reoperatif tetkik ve muayene eksikliğinin ve %17,9 ilaç kullanımından kaynaklı hekimlerin kusurlu olduğu bulgularına ulaşılmış. Tümer’in (2003) yaptığı çalışmada %50 oranında meslek ve sanatta acemilik sonucu ölüme,

%16.6 tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu ölüme, %60 meslek ve sanatta acemilik sonucu yaralamaya, %33.3 tedbirsizlik ve dikkatsizlik sonucu yaralamaya sebep olmaktan sağlık profesyonellerinin kusurlu olduğu bulgularına ulaşıldığı görülmektedir.

Dünya Tabipler Birliği tıbbî uygulama hatası iddialarındaki artışın nedenlerini şöyle belirlemiştir: tıp bilgisindeki artış ve tıp teknolojisindeki gelişmelerle birlikte hekimlerin geçmişte mümkün olmayan tıbbî başarılar elde ettikleri bununla birlikte büyük riskleri iyi değerlendiremedikleri, tıbbî bakım masraflarını sınırlama sorumluluğunun baskısı, ulaşılabilir sağlık bakım hakkı ile garanti edilemeyen bakım hizmetini sürdürülebilirliğinin karıştırılması, medyanın hastaları şikâyetle teşvik etmesi ve malpraktis iddiası karşısında hekimlerinin savunmacı tıbbî benimsemesinin de malpraktis olgu iddialarının sayısında artışa neden olabilecek sorunlar ve koşullar olduğu şeklinde belirlemiştir (DTB,1994).

Tablo 5. Şura'da Değerlendirilen Olguların Tabip Dışı Sağlık Profesyonellerine Göre Dağılımı

Tabip Dışı Sağlık Profesyonelleri	Kusursuz (n)	Kusurlu (n)	Genel Toplam (n)	Kusur (%)
Hemşire	81	40	121	62,50
Ebe	19	7	26	10,94
Sağlık Memuru	9	5	14	7,81
Sağlık Teknisyeni ve Teknikeri	6	12	18	18,75
Genel Toplam	115	64	179	100,0

Şura tarafından son on yıllık dönemde değerlendirilen tabip dışı sağlık profesyonellerine yönelik malpraktis olgu iddiaların da sırasıyla %62,5 ile hemşirelerin, %18,75 sağlık teknisyeni ve teknikerinin, %10,94 ile ebelerin ve son olarak %7,81 ile sağlık memurlarının kusurlu olarak değerlendirildiği bulgularına ulaşılmıştır. Tabip dışı sağlık profesyonellerinin arasında yüksek oranda malpraktis iddiası ile hemşirelerin karşı karşıya kaldığı görülmektedir.

Elbüken'in (2010) yaptığı yüksek lisans tez çalışmasında 2002-2008 yılları arasında Şura'da 219 malpraktis olgu iddiasında %34,8 oranında hemşire ve ebelerin kusurlu olduğu; Güzel ve diğerlerinin (2002) çalışmasında %41,7 hemşire, %16,7 sağlık memuru, %8,3 oranında kusurlu oldukları bulgularına ulaşılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin ekip işi ve yüksek koordineli bir çalışma gerektirdiği ve buna karşın aynı zamanda tüm sağlık profesyonellerin malpraktis iddiası ile karşılaşma riskinin yüksek olduğu görülmektedir. Bu bulgular ışığında hasta haklarının ve sağlık bilincinin gelişmesinin ve kaliteli hizmet algısının değişimine bağlı olarak tüm sağlık çalışanlarının malpraktis davaları ile karşı karşıya olduğu söylenebilir. Ayrıca bu durumu etkileyen nedenler arasında artan iş yükü ve performans kaygısının en önemli etken olduğu da düşünülmektedir.

Tablo 6. Şura'da Değerlendirilen Olguların Tabip Dışı Sağlık Profesyonellerine, İhmal ve Hata Türleri Göre Dağılımı

İhmal ve Hata Türleri	Kusurlu (n)	Kusurlu (%)
Yetersiz önlem ve tedavi	27	42,19
Yasalara aykırı tıbbî işlem	12	18,75
Özen eksikliği	8	12,50
Yanlış tedavi uygulaması (ilaç, kan, sıvı, narkoz, vb.)	7	10,94
Hatalı ve dikkatsiz tedavi	5	7,81
Malzeme kullanım hataları	5	7,81
Genel Toplam	64	100,0

Şura tarafından son on yıllık dönemde karar verilen tabip dışı sağlık profesyonellerinde, ihmal ve hata türleri dağılımına bakıldığında ise, %42,19 yetersiz önlem ve tedavinin, %18,75 ile yasalara aykırı tıbbî işlemlerin, %12,50 ile özen eksikliğinin, %10,94 ile yanlış tedavi uygulanmasının, %7,81 ile hatalı ve dikkatsiz tedavinin, %7,81 ile de malzeme kullanım yönünden kusurlu oldukları bulgularına ulaşılmıştır.

Önlenilebilir ihmal ve hataların azaltılması için sağlık yöneticilerine ciddi sorumluluklar düşmektedir. Yüksek teknoloji ile donatılmış ve iyi koordine edilmiş bir iş akışı ve etkin bir izleme, değerlendirme, denetim sistemlerini kurumlarında inşa etmeleri ve ayrıca örnek olgu ve hizmet içi eğitimlerle çalışanların yetkinlerini ve motivasyonları artırmaları gerekmektedir. Bununla birlikte Kurumlar arasında iyi uygulama örnekleri, güncel örnek olay veya olguların paylaşıldığı, entelektüel sermayenin korunabildiği ve kanıta dayalı mekanizmaları hayata geçirmeleri bu süreçte olumlu yönde katkı sağlayacaktır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sonuç olarak Şura tarafından son on yıllık dönemde değerlendirilen malpraktis olgularından elde edilen veriler aşağıdaki gibi özetlenebilir. Şura, son on yıllık dönemde adli makamlarca gönderilen 1880 olguda %38,3 (720) sağlık profesyonellerinin kusurlu olduğu %61,70 (1160) olguda ise kusurlu olmadığı kararına varmıştır. Şura'ya gönderilen olgularda şikâyet edilme oranı ile ilk sırada 317 olgu ile pratisyen hekimlik ve 315 olgu ile de kadın doğum ikinci sırada yer almıştır. Kusurluluk dağılımı içinde ilk sırada %22,56 ile kadın doğumun olduğu ve sonra sırasıyla %15,85 genel cerrahinin, %10,82 pratisyen hekimliğin ve %9,60 ile ortopedinin ilk dört branşı oluşturduğu bulguları elde edilmiştir. Ayrıca branşların hepsinin dâhil edildiği ihmal ve hataların dağılımında ise %25,15 operatif hataların ilk sırada yer aldığı ve sonra sırasıyla %10,67 yasalara aykırı tıbbi işlem ve %10,21 yetersiz operatif ve postoperatif değerlendirmenin ilk üçü oluşturduğu görülmektedir. Hekim harici diğer sağlık profesyonellerin de ise hemşirelerin kusurluluk dağılımında %62,5 hemşirelerin ilk sırada yer aldığı ve en fazla ihmal ve hataların tabip dışı sağlık profesyonelleri arasında hata türlerinde de yetersiz önlem ve tedavi %42,19 ile ilk sırayı oluşturmuştur. Bununla birlikte Şura tarafından değerlendirilen malpraktis olgu iddialarında on yıllık dönemde kendi alanlarında %50'nin üstünde ağız, diş cerrahisinin ve dermatolojinin; %50-%40 arasında genel cerrahi, kulak-burun-boğaz hastalıkları, aile hekimliği, psikiyatri, ortopedi, kadın doğum, göz hastalıkları, beyin cerrahi, plastik cerrahi, kalp ve damar cerrahisinin; %40-%30 arasında nöroloji, göğüs hastalıkları, anestezi, iç hastalıkları, kardiyoloji; %30-%20 arasında da üroloji, çocuk cerrahisi, pratisyen hekimlik ve acil tıp branşlarının kusurlu olduğuna karar verdiği bulgularına ulaşılmıştır. Dermatoloji ve ağız, diş cerrahisinin şurada değerlendirilen dosya azlığı nedeniyle kusur oranları yüksek çıkmaktadır. Yani başka bir ifadeyle on yıllık dönemde Şura'ya gönderilen malpraktis olgu iddialarının branş özeli toplamında ağız, diş cerrahisi ve dermatoloji dışındaki branşlarının kusur oranları %50'nin altında olduğu bulgularına ulaşılmıştır.

Sağlık hizmetleri diğer hizmet türlerinden özellikleri itibariyle farklılaşmakta ve uzmanlık, beceri, deneyim, yetkin bir ekip, etkili ve verimli bir sistem ve donanım gerektirmektedir. Bu hizmet sunumlarının ardından malpraktis iddiasında bulunulması da böylesine zor bir hizmet türünde aslında beklenen bir sonuçtur. Malpraktis iddiaları bilindiği üzere Adli Tıp Kurumu ve Şura tarafından değerlendirilmektedir. Bu kapsamda Şura'da değerlendirilen olguların, daha çok yüksek mahkemelerce üzerinde tartışmaların devam ettiği ve karara bağlanamayan olgulardan oluştuğu ve ülkemiz geneli malpraktis durum haritasını da tam olarak da yansıttığı söylenemez.

Bununla birlikte ülkemiz sağlık sisteminde malpraktis iddialarının mevcudiyeti ve malpraktis olgularının çıktıkları (oluşan bilgi birikimi, benzer olgular örnekleri, tıbbi ve hukuki değerlendirmeleri) sonuçları ile birlikte Sağlık Bakanlığı bünyesinde katma değere dönüştürebilen bir bildirim ve değerlendirme sistemi kurulmalıdır. Bu sistem, örgütsel öğrenme, bireysel öğrenme ve mesleki deneyim kazanılmasına, klinik uygulama rehberlerinin kullanılmasına, kanıta dayalı tıp uygulamalarının yaygınlaştırılmasına ve iyileştirilmiş klinik deneyimlerinin de paylaşılmasına da katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bunun yanı sıra haksız suçlama, zaman ve kaynak israfı gibi olgu ve oluşumların önüne geçmek amacıyla malpraktis iddia olgularında hukuki sürecin başlaması için her ilin sağlık müdürlüğünde ön değerlendirme komisyonu veya sürekli kurullar oluşturulmalıdır.

Bu kapsamda hatalı tıbbi uygulamaların negatif getirisi ile dijitalleşmenin pozitif getirisi arasındaki ilişkiler değerlendirilmeli ve sağlık profesyonellerini destekleyici yapay zekâ uygulamaları ve gününüz şartlarına uygun hukuksal düzenleme içinde gayret edilmelidir.

KAYNAKÇA

Alkan, G. (2010) Yüksek Sağlık Şura'sında 2000-2009 Yılları Arasında Değerlendirilen Anestezi İle İlişkili Uygulama Hataları, Uzmanlık Tezi. Ankara.

DTB, (2020, Ekim, 02) World Medical Association Statement On Medical Malpractice, <https://www.wma.net/policies-post/world-medical-association-statement-on-medical-malpractice/>.

Elbüken, B. (2010). Sağlık Profesyonellerine Yönelik Tıbbi Uygulama Hata İddiası İle Yüksek Sağlık Şura'sına Gönderilen Olguların İrdelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

Ertem, G., Oksel, E., ve Akbıyık, A. (2009). Hatalı Tıbbi Uygulamalar (Malpraktis) İle İlgili Retrospektif Bir İnceleme.

- Gazete R. (1983) 181 Sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Ankara: Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü.
- Gazete, R. (2011). 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Ankara: Başbakanlık Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü.
- Güzel, S., Yavuz, M. S., ve Aşirdizer, M. (2002). Adli Tıp Kurumu İhtisas Kurulları ile Yüksek Sağlık Şurası Raporları Arasında Çelişki Bulunan ve Adli Tıp Genel Kurulu'nda Görüşülen Malpraktis Olgularının İrdelenmesi. The Bulletin of Legal Medicine, 7(1), 14-20.
- Görgeç, M. Yüksek Sağlık Şurası ve hekimlik. MART-NİSAN-MAYIS 2010, 60.
- Hancı, İ. H. (1995). Hekimin Yasal Sorumlulukları:(tıbbi hukuk). Egem Tıbbi Yayıncılık, 75-112. İzmir.
- Kök, A. N. (2016). Hatalı Tıbbi Uygulama (Medikal Malpraktis) İddialarında Otopsinin Önemi. Uyuşmazlık Mahkemesi Dergisi, (7).
- Localio, A. R., Lawthers, A. G., Brennan, T. A., Laird, N. M., Hebert, L. E., Peterson, L. M., ... and Hiatt, H. H. (1991). Relation between malpractice claims and adverse events due to negligence: results of the Harvard Medical Practice Study III. New England Journal of Medicine, 325(4), 245-251.
- Özdemir, H., ve Arslan, A. (2000). 1931-1999 Yüksek Sağlık Şura'sı ve Tavsiye Kararları. BMS Matbaacılık. Ankara, 30-60.
- Özer, Ö., Taştan, K., Set, T., Çayır, Y., ve Şener, M. T. (2015). Tıbbi Hatalı Uygulamalar. Dicle Tıp Dergisi, 42(3), 394-397.
- Özkara, E., ve Hancı, İ. H. (2003). Türkiye'de Nöroşirürjiyenin Yasal Sorumlulukları ve Medikolegal Sorunları. Türk Nöroşirürji Dergisi, 13, 213-220.
- Pakiş, I., Yayıcı, N., Karapirli, M., ve Polat, O. (2008). Ölümle Sonuçlanan Tıbbi Uygulama Hatalarına Yaklaşımında Adli Otopsinin Rolü. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi, 28(1), 30-39.
- Polat, O. (2005). Tıbbi Uygulama Hataları. Seçkin Yayıncılık, 117-131.
- Sayek F. (2009) Sağlıkla İlgili Uluslararası Belgeler/ Dünya Tabipler Birliği Avrupa Konseyi Birleşmiş Milletler UNESCO Avrupa Tabip Birlikleri Forumu, 2.Baskı, Türk Tabipler Birliği Yayınları, Ankara.
- Strateji, C. Başkanlığı, B. (2019). On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023).
- Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun (11 Nisan 1928/1219).
- Teşkilat, Cumhurbaşkanlığı, (2018). 1 sayılı Kanun Hükmünde Kararname.
- Tümer, A. (2003). 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık şurasına Gelen Ortopedi Vakalarının Değerlendirilmesi, Vol. 14, No. 3, (182-187).
- Tümer, A. R. (2003) 1995-2000 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasına Gelen Ortopedi Vakalarının Değerlendirilmesi.
- Tümer, A. R. (2013). Cerrahi Branşlar Açısından Hukuki Sorumluluklar ve Malpraktis.115-120.
- Türkan, H., ve Tuğcu, H. (2007). 2000-2004 Yılları Arasında Yüksek Sağlık Şurasında Değerlendirilen Acil Servislerle İlgili Tıbbi Uygulama Hataları. Gazi Medical Journal, 18(1), 22-25.
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (24 Nisan 1930 /1593).
- Yıldırım, İ. (2015). Tıbbi Malpraktis ve Hekim Mesleki Sorumluluk Sigortası. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 6(3), 121-129.
- Yönerge, (2000, 2007, 2012), Yüksek Sağlık Şurası Çalışma Yönergesi,