

# Tıbbi Malpraktis Kavramının Bazı Gelişmişlik Göstergeleri Üzerinden Değerlendirilmesi: Korelasyonel Çalışma

## Evaluation of Medical Malpractice in Regard to Various Development Indicators: A Correlational Study

<sup>1</sup> Samet GÜLMEZ<sup>a</sup>, <sup>2</sup> Fatma YÜCEL BEYZAŞ<sup>b</sup>, <sup>3</sup> Esra GÜLTÜRK<sup>c</sup>, <sup>4</sup> Celal BÜTÜN<sup>b</sup>,  
<sup>5</sup> Ali YILDIRIM<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Sivas Numune Hastanesi, Adli Tıp Kliniği, Sivas, Türkiye

<sup>b</sup>Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp ABD, Sivas, Türkiye

<sup>c</sup>Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyoistatistik ABD, Sivas, Türkiye

Bu çalışma, Samet Gülmez'in "Çeşitli Ülkelerin Tıbbi Malpraktis Olguları İle Bazı Gelişmişlik Göstergeleri Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi" başlıklı tıpta uzmanlık tezinden üretilmiştir (Sivas: Sivas Cumhuriyet Üniversitesi; 2020).

**ÖZET Amaç:** Tıbbi malpraktis kavramı çok eski çağlardan beri biliniyor olmasına rağmen XIX ve XX. yüzyıllarda gerçekleşen mesleki, hukuki, sosyal ve ekonomik değişimler sonucu modern hâline kavuşmuş ve sonrasında, hekimliğin riskli doğası nedeniyle çeşitli ülkelerde tıp hukuku ayrıca değerlendirilmeye, buna yönelik yasalar çıkartılmaya başlanmıştır. Çalışmamızda çeşitli ülkelere ait hekimlere karşı oluşturulan şikâyet ve tıbbi malpraktis olgu sayıları ile bazı sağlık, hukuk ve ekonomik gelişmişlik göstergeleri arasındaki ilişkinin tespiti hedeflenmiştir. **Gereç ve Yöntemler:** Tıbbi malpraktis istatistiklerine internet üzerinden ulaşılabilen Almanya, Kaliforniya, Danimarka, Meksika ve Norveç'e ait veriler bu ülkelerin hekim başına düşen nüfusları, kişi başı sağlık harcamaları, Hukukun Üstünlüğü Endeksleri ve İnsani Gelişim Endeksleri bağlamında değerlendirilmiştir. **Bulgular:** Toplam şikâyet ve tıbbi malpraktis olgu sayılarında hekimlerin payı sırasıyla Almanya'da %86/%77, Danimarka'da %89/%81, Meksika'da %90/%97 olarak bulunmuştur. Hekimlere yönelik şikâyetlerin tıbbi malpraktis olarak neticelenme oranları ise Almanya'da %24, Kaliforniya'da %28, Danimarka'da %23, Meksika'da %12, Norveç'te %29 olarak bulunmuştur. Ülkelere ait tıbbi malpraktis iddia ve olgu sayılarının, İnsani Gelişim Endeksi ile pozitif yönde güçlü derecede korele olduğu; iddiaların tıbbi malpraktis olarak neticelenmesi oranının ise insani gelişim ve Hukukun Üstünlüğü Endeksleri ile pozitif yönde güçlü derecede korele olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere tüm dünyada tıbbi malpraktis konusunun öneminin yadsınamaz bir gerçek olmasından hareketle; tıbbi, hukuki, bürokratik ve toplumsal açılardan objektif bakış ile çözüm yolları aranması ve konuya yönelik önleyici tedbirlerin alınması gerekmektedir

**ABSTRACT Objective:** Although medical malpractice has been known since ancient times, reached its modern status as result of professional, legal, social and economic changes that took place in the 19th and 20th centuries. Due to the risky nature of medicine, medical law has been started to evaluate separately and special laws have been enacted. In our study, it was aimed to determine the relationship between the number of medical malpractice allegations/cases and several health-care, judicial and economic development indicators. **Material and Methods:** Data for Germany, California, Denmark, Mexico and Norway, whose medical malpractice statistics are available online, were evaluated according to population per physician, per capita health expenditure, Rule of Law and Human Development indices. **Results:** The share of physicians in the total number of complaints and medical malpractice cases was found 86%/77% in Germany, 89%/81% in Denmark, and 90%/97% in Mexico, respectively. The ratio of medical malpractice cases to complaints against physicians was found 24% in Germany, 28% in California, 23% in Denmark, 12% in Mexico, and 29% in Norway. The number of claims and cases of were found strongly positive correlated with the Human Development Index, and very strongly positive correlated with the Rule of Law Index. The ratio of medical malpractice/complaints against physicians was found strongly positive correlated with the rule of law and the human development indices. **Conclusion:** Based on the importance of the issue especially in developing countries; solutions should be sought with an objective view from medical, legal, bureaucratic and social perspectives and preventive measures should be taken.

**Anahtar Kelimeler:** Mesleki sorumluluk; tıbbi malpraktis; gelişmişlik göstergeleri; adli tıp

**Keywords:** Professional responsibility; medical malpractice; development indicators; forensic medicine

**Correspondence:** Fatma YÜCEL BEYZAŞ

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp ABD, Sivas, Türkiye

**E-mail:** fyucel@cumhuriyet.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine and Forensic Sciences.

**Received:** 30 Jan 2023

**Received in revised form:** 20 Feb 2023

**Accepted:** 20 Feb 2023

**Available online:** 01 Mar 2023

2619-9459 / Copyright © 2023 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Tıbbi malpraktis, neredeyse yazılı tarih kadar eskidir ve Hammurabi Kanunları'ndan bu yana yasalar ile belirli bazı cezai yaptırımlara tabi tutulmuştur. 1847 senesinde kurulan Amerikan Tıp Derneği; tıp eğitimi, lisans ve tıp etiği konusunda ulusal standartlar üretme çalışmalarına başlamış ve tıp mesleğinin öğretimine ilişkin ilk standartları ortaya koymuştur. Bu standartların listelenmesi sonucu, öngörülemeyen bir şekilde tıbbi malpraktis olgu sayılarında hızlı bir artış görülmüştür. Çünkü daha öncesinde tam olarak kabul edilmiş standartlar olmadan malpraktisin kanıtlanması da oldukça zor olmaktadır.<sup>1,2</sup> ABD'de 1960'lı yıllara kadar neredeyse tamamı icrai tıbbi uygulama hataları ile ilgili sporadik malpraktis vakaları görülmeye devam etmiş ancak haksız fiil davası açmanın kolaylaştırılması, icradan ihmale kayan tıbbi malpraktis anlayışı ve hasta haklarının gündeme gelmesi sonucu değişen hekim-hasta ilişkisi ile 1960'lı yıllardan itibaren hızlı bir artış baş göstermiştir.<sup>1,3</sup> Son 10 yıl içerisinde tıbbi malpraktis olguları; İngiltere, Baltık Ülkeleri ve Doğu Avrupa'da %50 oranında, Almanya, İtalya, İspanya ve Portekiz'de %200-500 arasında değişen oranlarda artış göstermiştir. Fransa ve İskandinav ülkelerinde ise gerçekleştirilen bazı düzenlemeler sayesinde bu denli bir artış kaydedilmemiştir.<sup>4</sup>

Konu ile ilgili olarak literatürde; hasta veya yakınlarının sosyoekonomik düzeylerinin dava açma ihtimalleri üzerindeki etkilerine yönelik çalışmalarla karşılaşmaktadır.<sup>5</sup> Bu çalışmada, çeşitli ülkelere ait yayımlanan verilerdeki tıbbi malpraktis olgu sayılarının o ülkede gerçekleşen tüm olgular olmayıp şikâyet oluşturulan olgular arasında mahkemeler veya kurullarca yapılan değerlendirmeler sonucunda belirlenen olgulardır. Bu çalışmada, tıbbi malpraktis geniş ölçekte ele alınarak bireyler bazında değil ülke bazında değerlendirilerek hekimlere karşı oluşturulan şikâyet ve malpraktis olguları ile bazı sağlık, hukuk ve ekonomik gelişmişlik göstergeleri arasındaki ilişkinin tespiti hedeflenmiştir. Sonuçta tıbbi malpraktis olgularıyla ilgili hekimlere yönelik şikâyetlerin, davaların, tazminatların giderek arttığı ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde bu duruma yönelik çözüm hususunda atılabilecek adımlara ilişkin incelemelerde bulunulması amaçlanmıştır.

## GEREÇ VE YÖNTEMLER

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan alınan 20 Ekim 2021 tarihli ve 2021-10/28 sayılı izni takiben Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uygun olarak gerçekleştirdiğimiz bu tanımlayıcı korelasyonel çalışmada; çeşitli dillerde tıbbi malpraktis kavramını karşılayan kelimeler ile (İngilizce; medical malpractice, medical negligence, clinical negligence, İspanyolca; negligencia médica, mala praxis, Fransızca; erreur medicale, négligence médicale, Almanca; Behandlungsfehler, ärztliche Kunstfehler, Danca; fejlbehandling, Norveççe; feilbehandling vb.) tarama yapılarak, o ülkelerde vakaların çözüme ulaştırılmasında rol alan veya vakalara dair verileri bulduran ulusal sağlık istatistikleri veri tabanları, hasta güvenliği, arbitraj ve mediyasyon kurulları, resmî sağlık sigortası kurumları ile tabip odalarının internet siteleri üzerinden veriler elde edildi. Tıbbi malpraktis olgularına dair istatistiksel kayıtlara ulaşılabilen Almanya'nın 2011-2020 yılları arasına, Kaliforniya'nın 2003-2020 yılları arasına, Danimarka'nın 2013-2017 yılları arasına, Meksika'nın 2010-2020 yılları arasına ve Norveç'in 2013-2021 yılları arasına ait verileri değerlendirildi. Bu ülkelere ait veriler; yararlanılan tıbbi hizmet-hizmet sağlayıcılar ve hekimlere karşı oluşturulmuş şikâyet sayılarına, tıbbi malpraktis olarak değerlendirilen olgu sayılarına, ülkelerin nüfuslarına, sağlık çalışanı sayılarına, kişi başı sağlık harcamalarına, İnsani Gelişim Endekslerine [Human Development Index (HDI)] ve Hukukun Üstünlüğü Endekslerine göre incelendi. İnternet üzerinden yayımlanmış rapor ve verilerin taranması ile elde edilen bulgular ilgili kurum ve kuruluşlarca herkesin erişimine açık (anonim) olduğundan, kişisel herhangi bir bilgi içermeden yayımlandığından onam aranmadı.

Çalışmadan elde edilen bulgular hekim başına düşen nüfus, kişi başı sağlık harcaması, HDI ve Hukukun Üstünlüğü Endeksi ile ilişkileri SPSS 22.0 (IBM Corp., Armonk, New York, USA) paket programı ile değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistiklerden sayı, yüzde, aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler alındı. Bulgular analizlerden önce normal dağılım açısından araştırıldı. Normal dağılıma uygunluk açısından

ölçüm ve sayımla elde edilen değişkenler için Kolmogorov-Smirnov testi kullanılmış olup, normal dağılım göstermediği tespit edildi. İki den fazla bağımsız değişkenler arasındaki farkın anlamlılığı Kruskal-Wallis analizi ile hesaplandı. Spearman sıralı korelasyon katsayısı ile araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenleri arasındaki ilişkisi incelendi. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri r ilişkisi; 0,00-0,25 çok zayıf, 0,26-0,49 zayıf, 0,50-0,69 orta, 0,70-0,89 yüksek, 0,90-1,00 çok yüksek şeklinde yorumlandı. Yanılma düzeyi 0,05 olarak alındı. Tüm bulgular kullanılacağı (tam sayım yapılacağı) için örnekleme yapılmadı.

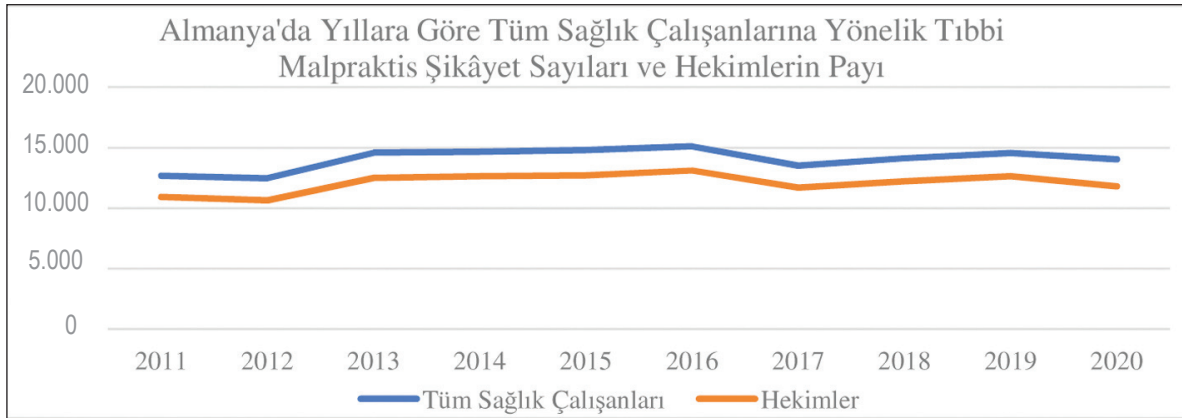
## BULGULAR

Almanya'da 2011-2020 yılları arasında tüm sağlık çalışanlarına ve hekimlere yönelik tıbbi malpraktis şikâyetlerinin genel olarak yatay seyrettiği, toplam 140.586 iddianın 120.949'unun (%86) hekimlere yö-

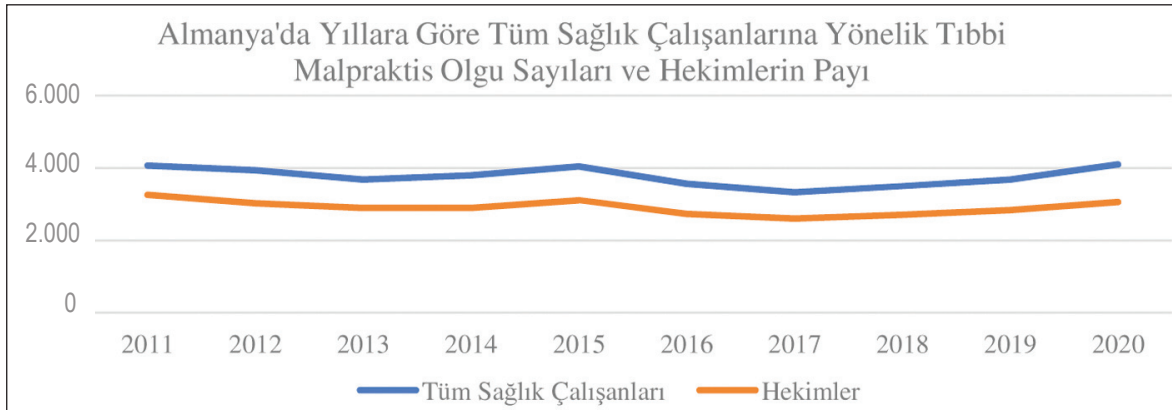
nelik olduğu Şekil 1'de görülmektedir. Aynı süre zarfında toplam 37.717 tıbbi malpraktis olgusunun ise 29.127'sinin (%77) hekimlere ait olduğu görülmektedir (Şekil 2).<sup>6</sup>

Kaliforniya'da tüm sağlık çalışanlarına ve hekimlere yönelik tıbbi malpraktis olgularının 2003 yılından itibaren düşme eğiliminde olduğu ve tüm sağlık çalışanlarına ait toplam 36.207 olgunun 24.859'unun (%69) hekimlere ait olduğu Şekil 3'te görülmektedir. Şekil 4'te ise hekimlere yönelik şikâyet sayılarının 2012 yılında artmaya başladığı, ancak 2017 yılı sonrasında düşüş eğilimine girdiği görülmektedir. Kaliforniya'da 18 yıllık süre zarfında ise mevcut 71.028 şikâyetin 19.946'sının (%28) davacı lehine ve/veya tazminat ödenmesi ile neticlendiği görülmektedir (Şekil 4).<sup>7,8</sup>

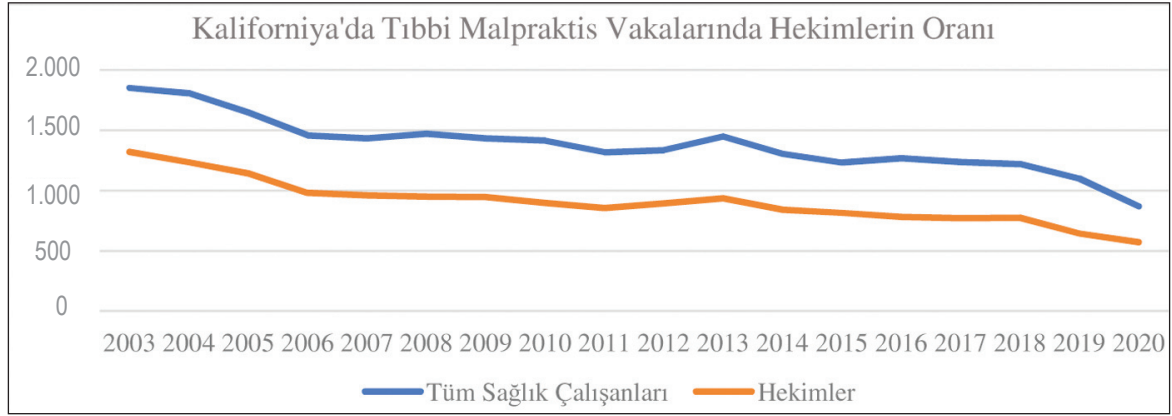
Şekil 5'te Danimarka'da 2013-2017 yılları arasında tüm sağlık çalışanlarına ve hekimlere yönelik tıbbi malpraktis şikâyetlerinin artış eğiliminde olduğu,



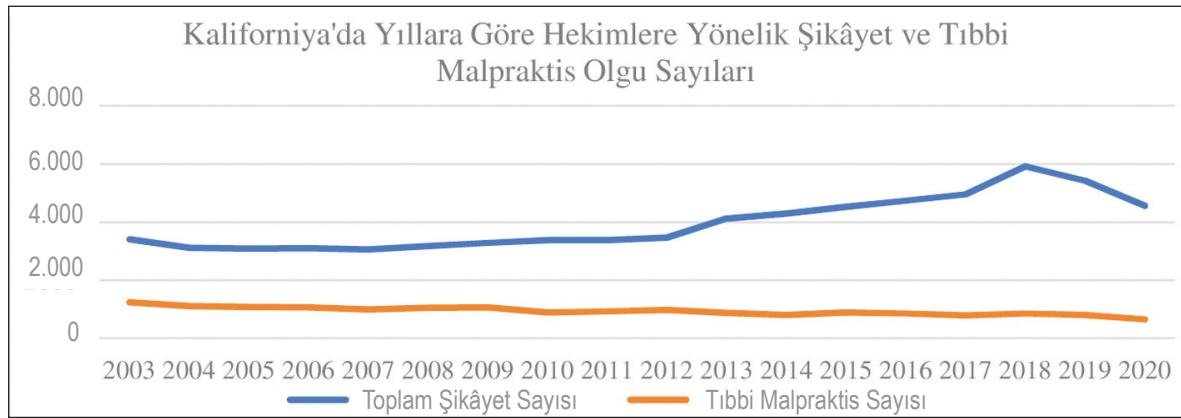
ŞEKİL 1: Almanya'da yıllara göre tıbbi malpraktis iddiaları ve hekimlerin oranı.



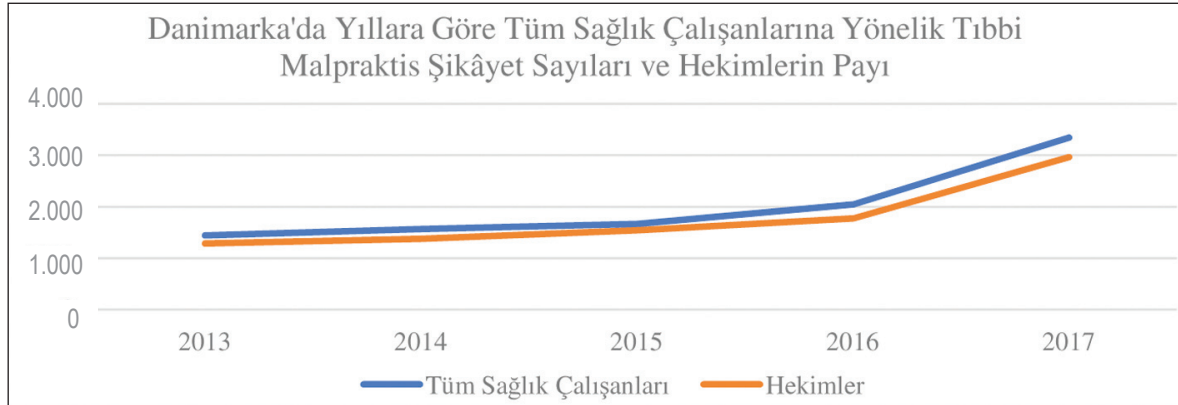
ŞEKİL 2: Almanya'da yıllara göre tıbbi malpraktis olguları ve hekimlerin oranı.



ŞEKİL 3: Kaliforniya'da yıllara göre tıbbi malpraktis olguları ve hekimlerin oranı.



ŞEKİL 4: Kaliforniya'da yıllara göre hekimlere yönelik iddia ve olgu sayıları.



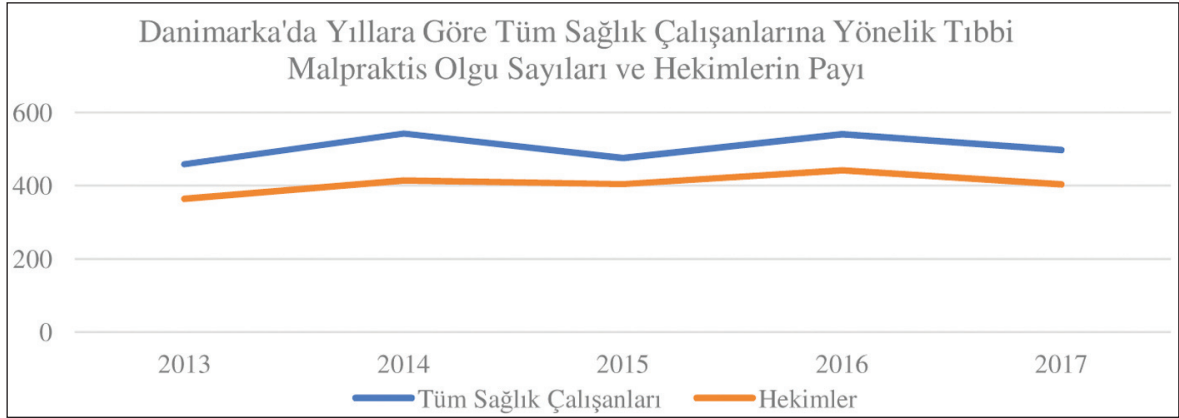
ŞEKİL 5: Danimarka'da yıllara göre tıbbi malpraktis iddiaları ve hekimlerin oranı.

toplam 10.069 iddianın 8.943'ünün (%89) hekimlere yönelik olduğu görülmektedir. Bu süre zarfındaki toplam 2.513 malpraktis olgusunun 2.026'sının (%81) da hekimlere ait olduğu görülmektedir (Şekil 6).

Şekil 7'ye bakıldığında ise şikâyet sayısındaki artışa rağmen tıbbi malpraktis olarak değerlendirilen

olgularının yatay seyrettiğini ve hekimlere yönelik 8.943 tıbbi malpraktis iddiasının 2.026'sının (%23) tıbbi malpraktis olarak kabul edildiği görülmektedir.<sup>9</sup>

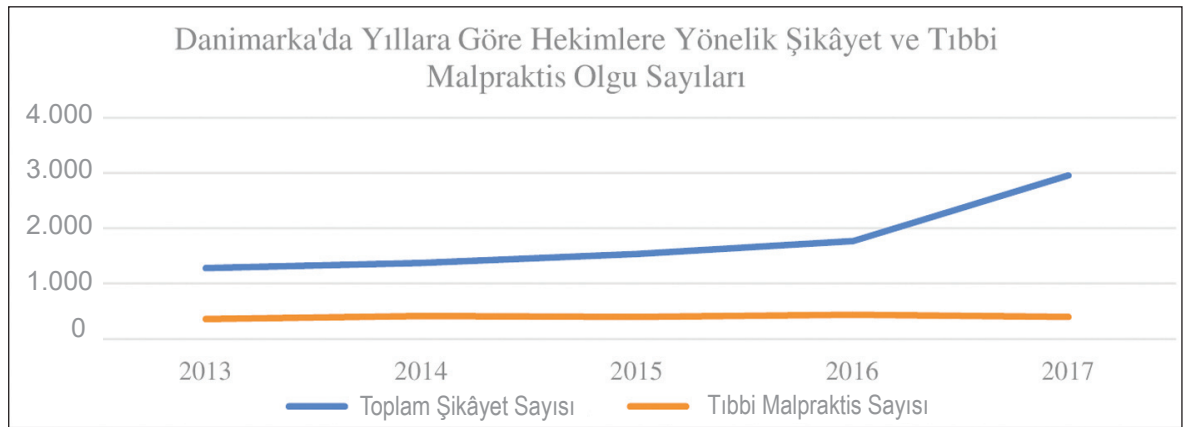
Meksika'da tüm sağlık çalışanlarına ve hekimlere yönelik tıbbi malpraktis olgularının 2010-2017



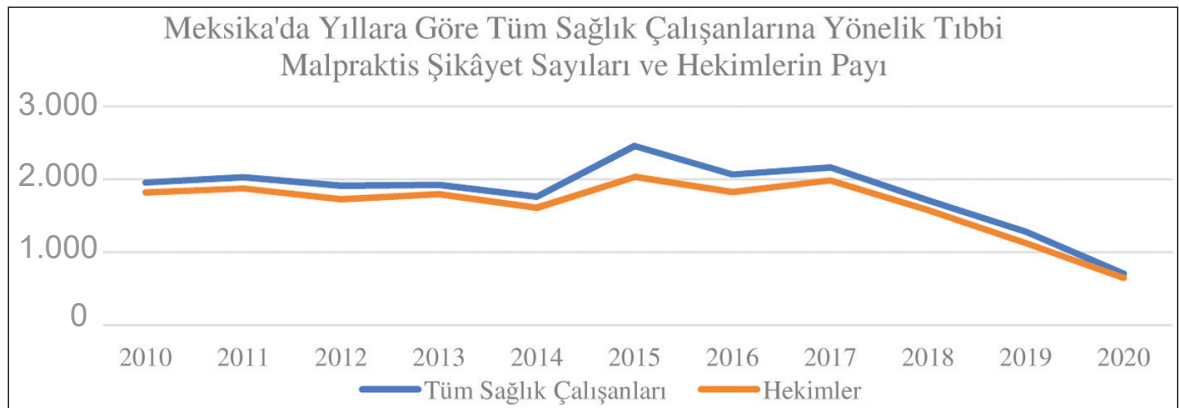
ŞEKİL 6: Danimarka'da yıllara göre tıbbi malpraktis olguları ve hekimlerin oranı.

yılları arası yatay seyrederken, 2017 yılından itibaren düşme eğilimine girdiği ve tüm sağlık çalışanlarına ait toplam 19.971 iddianın 18.022'sinin (%90) hekimlere yönelik olduğu Şekil 8'de görülmektedir. Şekil 9'da ise bu yıllardaki toplam 2.177 tıbbi malp-

raktis olgusunun %97'sinin (2.104) hekimlere ait olduğu görülmektedir. Meksika'da 2010-2020 yılları arasında hekimlere yönelik toplam 18.022 iddianın 2.104'ünün (%12) tıbbi malpraktis olarak değerlendirildiği Şekil 10'da görülmektedir.<sup>10</sup>

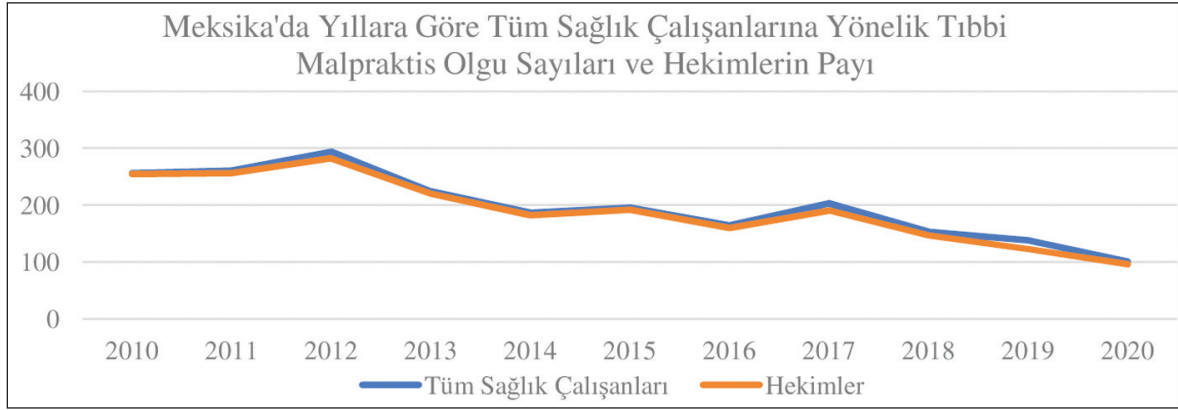


ŞEKİL 7: Danimarka'da yıllara göre hekimlere yönelik iddia ve olgu sayıları.

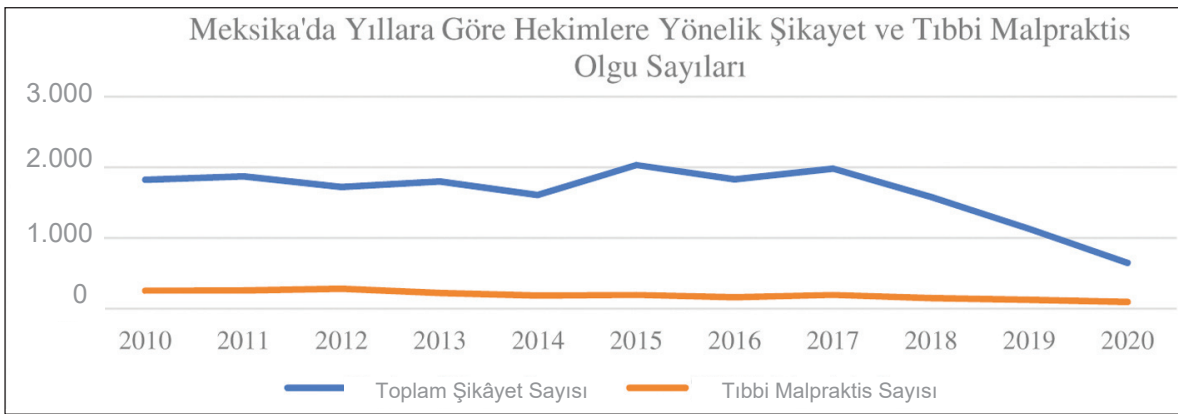


ŞEKİL 8: Meksika'da yıllara göre tıbbi malpraktis iddiaları ve hekimlerin oranı.





ŞEKİL 9: Meksika'da yıllara göre tıbbi malpraktis olguları ve hekimlerin oranı.



ŞEKİL 10: Meksika'da yıllara göre hekimlere yönelik iddia ve olgu sayıları.

**TABLO 1:** Ülkelere ait tıbbi malpraktis iddia ve olgu sayıları ile tıbbi malpraktis olgu sayısı-iddia sayısı oranlarının Spearman sıra korelasyon katsayısı analizi sonuçları.

Spearman rho		Hekim başına düşen nüfus	Kişi başı sağlık harcaması	İnsani Gelişme Endeksi	Hukukun Üstünlüğü Endeksi
Bir milyon kişi başına düşen tıbbi malpraktis iddia sayısı	r değeri	-0,623**	0,247**	0,842**	0,906**
	p değeri	0,001	0,001	0,001	0,001
	n	506	506	506	506
Bir milyon kişi başına düşen tıbbi malpraktis sayısı	r değeri	-0,619**	0,212**	0,811**	0,912**
	p değeri	0,001	0,001	0,001	0,001
	n	506	506	506	506
Tıbbi malpraktis/iddia oranı	r değeri	-0,574**	0,138**	0,718**	0,818**
	p değeri	0,001	0,001	0,001	0,001
	n	506	506	506	506

Ülkelere ait bir milyon kişi başına düşen tıbbi malpraktis iddia ve olgu sayılarının hekim başına düşen nüfus, kişi başı sağlık harcaması, insani gelişme endeksi ve hukukun üstünlüğü endeksi ile olan

ilişisine bakıldığında; Tablo 1'de görüldüğü üzere bir milyon kişi başına düşen tıbbi malpraktis iddia sayısı, insani gelişme endeksi ile pozitif yönde güçlü derecede (r: 0,842, p<0,05), hukukun üstünlüğü en-

deksi ile ise pozitif yönde çok güçlü derecede (r: 0,906, p<0,05) korele bulunmuştur.<sup>7-29</sup> Bir milyon kişi başına düşen tıbbi malpraktis olgu sayıları, insani gelişme endeksi ile pozitif yönde güçlü derecede (r: 0,811, p<0,05), hukukun üstünlüğü endeksi ile ise pozitif yönde çok güçlü derecede (r: 0,912, p<0,05) korele bulunmuştur. İddiaların tıbbi malpraktis olarak neticelenmesi oranı ise insani gelişme endeksi ile pozitif yönde güçlü derecede (r: 0,718, p<0,05), hukukun üstünlüğü endeksi ile de pozitif yönde güçlü derecede (r: 0,818, p<0,05) korele bulunmuştur.

Bu veriler, kişi başı sağlık harcamaları ile pozitif yönde zayıf derecede korele, hekim başına düşen nüfus ile negatif yönde orta derecede korele olarak bulunmuştur.

## TARTIŞMA

XIX. yüzyıl Amerika'sında tıp mesleğine ilişkin ilk standartların ortaya çıkışı ve XX. yüzyılda icradan ihmale kayan tıbbi malpraktis anlayışı ile birlikte insan ve hasta haklarında meydana gelen gelişmeler sonucunda, başta ABD ve diğer gelişmiş ülkeler olmak üzere birçok ülkede ve ülkemizde tıbbi malpraktis konusu gündeme gelmeye başlamış ve vaka sayılarında ciddi artışlar meydana gelmiştir.<sup>1-3</sup> Tüm bu gelişmeler, tıbbi malpraktis konusunun hem toplum hem hekimler hem de sağlık politika uygulayıcıları, sigorta şirketleri ve avukatlar gibi konunun muhatapları nezdinde daha çok gündeme gelmesini, tartışılmasını sağlamıştır. Vaka sayılarındaki öngörülemeyen artışlar öncelikle ABD ve diğer Batılı ülkeler olmak üzere birçok ülkenin tıp hukukunda değişikliklere ve gelişimlere neden olmuştur.<sup>30</sup>

Tıbbi malpraktis iddialarının hekimler ve diğer sağlık çalışanlarına yönelik dağılımda büyük bir farkla hekimlerin ilk sırada yer aldığı görülmektedir. ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Ulusal Sağlık Uygulayıcı Veri Bankası verilerine göre 1990-2021 yıllarında mevcut 482.893 tıbbi malpraktis tazminat raporunun 374.329'u (%77,5) hekimlere yöneliktir.<sup>7</sup> Algan'ın Adli Tıp Kurumu 1 ve 3. İhtisas Kurullarında 2006-2010 yılları arasında haklarında görüş bildirilen tıbbi malpraktis iddiası içeren olguların değerlendirildiği tez çalışmasında tıbbi malpraktis sap-

tanan olguların %84,1'inin hekimlere ait olduğu görülmektedir.<sup>31</sup>

Çalışmamızda da literatürle uyumlu bir şekilde, Almanya'ya ait 2011-2020 yılları arası verilere göre tıbbi malpraktis iddialarında hekimlerin oranının %86, tıbbi malpraktis olgularında ise %77; Kaliforniya'ya ait 2003-2020 yılları arası tıbbi malpraktis olgularında hekimlerin oranının %69; Danimarka'ya ait 2013-2017 yılları verilerine göre tıbbi malpraktis iddialarında hekimlerin oranının %89, tıbbi malpraktis olgularında ise %81; Meksika'ya ait 2010-2017 yılları arası verilere göre tıbbi malpraktis iddialarında hekimlerin oranının %90, tıbbi malpraktis olgularında ise %97 olduğu saptanmıştır (Şekil 1, Şekil 2, Şekil 3, Şekil 5, Şekil 6, Şekil 8, Şekil 9).

Hastaların takip ve tedavileri her ne kadar farklı basamaklarda ve hekim dışı sağlık personellerinin de çeşitli aşamalarda müdahil oldukları bir süreç olsa da tanı ve tedaviden hekimlerin sorumlu olması, onları sağlık sistemlerinin belirleyici aktörleri haline getirmektedir. Bu nedenle tanı ve tedavide esas muhatap olarak hekimlerin, tıbbi malpraktis iddia ve olgularında büyük bir farkla en fazla paya sahip olmaları şaşırtıcı değildir. Gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetinde hekimlerin payı azalırken diğer sağlık çalışanlarının payının arttığı görülmektedir. Bunun sebebinin o ülkelerdeki yerleşmiş sağlık profesyonelliği anlayışının olabileceği düşünülmüştür.

Tıbbi malpraktis dava sayılarının geçmişten günümüze bu denli hızlı bir şekilde artmasının nedenleri irdelendiğinde; hekim-hasta ilişkisinin paternalistik, dikey yani buyurgan anlayıştan, hekim ve hastanın denk ve ortak oldukları yatay anlayışa geçmesi, mesleki standartların oluşması, bilim ve teknolojinin gelişmesiyle birlikte hasta ve hasta yakınlarının beklentilerinin artması, sağlığa ulaşımın kolaylaşması-yaygınlaşması, hekimlerin şikâyet edilebilmelerinin kolaylaştırılması, gelişen hasta hakları ile birlikte medya ve avukatların konuya olan merak ve farkındalığının artması gibi sebepler karşımıza çıkmaktadır.<sup>32</sup>

Çeşitli araştırmalarda; sağlık hizmeti kalitesinin tek başına tıbbi malpraktis riskini değerlendirmekten uzak olduğu, tedavilerin değerlendirilmesinde esas belirleyicinin hekim ile hasta arasında kurulan ilişki-

nin özellikleri olduğu gösterilmiştir.<sup>33</sup> Çoğu zaman, hekim ile hasta arasında kurulacak sağlıklı bir iletişim, hastanın tedavi sürecine müdahil olduğunu düşündürecek bir ilişki, tedavi sonrasında ortaya çıkabilecek istenmeyen bir durum neticesinde hekimin şikâyet edilme olasılığını azaltacaktır. Sağlıklı bir iletişimin oluşmadığı durumlarda ise hekimlere yönelik tepki; tedavide istenmeyen bir netice veya kusur olup olmamasından bağımsız olarak, hasta ve yakınlarının tıbbin gerçekliğinden uzak olan beklentileri karşılanmamış olduğunda da artacaktır. Bu bağlamda hekimlerin hastalarına yeterince vakit ayırabilmeleri ve hastaları ile sağlıklı bir iletişim kurabilmeleri tıbbi malpraktis dava risklerini azaltmada önem arz etmektedir. Fakat bu durum, hekimlerin kendi başlarına ve kendi inisiyatifleri ile altından kalkılabilecek bir mesele olmaktan uzaktır. Hekimlerin hastalarına yeterince zaman ayırabilmeleri ancak hastaların öncelikle birinci basamak sağlık kuruluşlarında değerlendirilip daha ileri tanı ve tedavi ihtiyacı olanların uygun hastanelere ve uzman hekimlere yönlendirileceği sevk zincirinin sağlanması, hekim sayısının eğitim kalitesinden ödün vermeden artırılarak çalışma saatlerinin ve iş yükünün azaltılması gibi sistemsel faaliyetler ile sağlanabilecektir.

Tıbbi malpraktis sorumluluğunun teorik amacı sağlık sağlayıcılarının standart altı hizmet vermesini engellemek ve hastaların zararını tazmin ederek adaleti sağlamak olarak ifade edilse de tüm dünyada bu hedeflere ulaşamadığı yönünde eleştiriler bulunmaktadır.<sup>30,34</sup> New York, Utah ve Kolorado çalışmalarına göre tıbbi ihmale uğrayanların çok azı şikâyetle bulunmaktayken, şikâyetçi olanların da az bir kısmının tıbbi hata ile karşılaşmış oldukları gösterilmiştir.<sup>34</sup>

Sosyoekonomik olarak dezavantajlı kesimlerin tıbbi malpraktis konusunda şikâyetçi olmaya daha eğilimli olduğuna dair yaygın bir algı bulursa da literatüre bakıldığında bu kanının hatalı olduğu görülmektedir. Öyle ki düşük sosyoekonomik düzeydeki kesimlerin şikâyetçi olmaya çok daha az meyilli oldukları, sosyoekonomik ve eğitim seviyesi yüksek kesimdeki kişilerin ise daha fazla şikâyetle bulundukları gösterilmektedir.<sup>7</sup> Hem bu çalışmalar hem de tıbbi malpraktis olgu sayılarının çeşitli ülkelerdeki

artış trendi değerlendirildiğinde, konunun öncelikle gelişmiş ülkelerde gündeme geldiği ve olgu sayılarında artış olduğu, belirli bir ülke içerisinde ise ilk olarak gelişmişlik düzeyi daha yüksek kesimlerde ve bölgelerde yoğunlaştığı görülmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde tıbbi malpraktis olgu sayısının gelişmiş ülkelere nazaran daha düşük düzeylerde olmasının sosyoekonomik eşitsizlik ve toplumun hakları konusunda düşük farkındalığı olabileceği ifade edilmiştir.<sup>35</sup>

Çalışmamızda da tıbbi malpraktis iddia ve olgu sayıları, ülkelerin ekonomik, eğitim ve sağlık boyutlarıyla kalkınmışlığını değerlendiren HDI ile güçlü derecede, hukuk sistemlerinin gelişmişliğini gösteren hukukun üstünlüğü endeksi ile de çok güçlü derecede korele bulunmuştur (Tablo 1). Bir ülke sosyal, hukuksal ve ekonomik olarak geliştikçe, daha iyi bir sağlık hizmeti sunulabilecek ve tıbbi süreçlerdeki hata oranları azalacaktır. Bununla birlikte temel ihtiyaçlarının karşılanabildiği ve adalete erişimde bürokratik engellerin bulunmadığı bir ortamda beklentilerin karşılanmaması durumunda, sağlık uygulayıcılarına karşı şikâyetlerde artış beklenir.

## SONUÇ

Tıbbi malpraktis iddiası taşıyan şikâyet sayılarının ve olgu sayılarının gerçekte mevcut olan tıbbi hata oranını ve tıbbi bakım kalitesini yansıtmada başarısız oldukları görülmektedir.<sup>34</sup> Daha kaliteli tıp eğitimi ve daha sıkı bir profesyonellik anlayışı sayesinde daha az iş yükü ve daha kısa çalışma saatlerinin uygulanması, sağlıklı bir sevk zinciri mevcudiyeti, hekim başına düşen nüfusun daha az olması, hekimlerin hastalarına daha fazla vakit ayırabilmesi, hekimlerin teşhis koyarken/takip ve tedavi ederken modern tıptan daha fazla yararlanabilmesi, tıbbi malzemelerin ve ekipmanın daha güncel/kaliteli olması gibi birçok sebepten dolayı daha düşük oranlarda tıbbi hata ile karşılaşmaktadır. Buna rağmen hem ülkelerin sağladığı sağlık hizmeti kalitesinin hem de bu hizmetlerden faydalanan insanların sosyoekonomik seviyelerinin ve hakları hususundaki farkındalıklarının yüksek olması, buna bağlı olarak sistemden beklentilerinin artması ile birlikte hukuk sistemlerinin de daha gelişmiş olması ve hukuka erişimin kolaylığı gibi faktörlerin insanlara şikâyet oluşturmaları yö-



nünde teşvik edici rol oynadıkları, bu nedenle de adli mercilere veya komisyonlara yansıyan tıbbi malpraktis iddia sayılarının daha yüksek olduğu kanısındayız. Tüm bunlardan dolayı ülkemizde konu ile ilişkili olarak proaktif önlemlerin alınması, konuya sistemsel ve bütüncül bakılarak hata oranını minimuma indirecek çözüm yolları aranması gerekmektedir. Öncelikle tıbbi müdahalelerin her zaman risk taşıdığı ve şifanın garanti edilemeyeceği gerçeği halka anlatılmalı ve toplumun hekimleri hedefe koyarak suçlamalarının önüne geçilmelidir. Bu noktada, tıbbi malpraktis kavramını hem tıbbi hem de hukuki açıdan muğlaklıktan kurtararak, özel tıp hukuku hükümleri uyarınca değerlendirilmesinin daha hakkaniyetli ve adil olacağı düşüncesindeyiz. Ayrıca tıbbi malpraktis iddialarının mahkeme dışında ele alınarak değerlendirme süreçlerini kısaltmak ve bu sürecin hekimler üzerinde oluşturacağı baskıları azaltmak amacıyla belli başlı merkezlerde kurulacak tıbbi tahkim kurullarına olan gereksinimin yanı sıra ülke genelinde bir hasta güvenliği sigorta sistemi kurulmalıdır.

### **Finansal Kaynak**

*Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.*

### **Çıkar Çatışması**

*Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.*

### **Yazar Katkıları**

**Fikir/Kavram:** Samet Gülmez, Fatma Yücel Beyaztaş; **Tasarım:** Samet Gülmez, Fatma Yücel Beyaztaş; **Denetleme/Danışmanlık:** Fatma Yücel Beyaztaş; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Samet Gülmez, Celal Bütün; **Analiz ve/veya Yorum:** Samet Gülmez, Esra Gültürk; **Kaynak Taraması:** Samet Gülmez, Ali Yıldırım; **Makalenin Yazımı:** Samet Gülmez, Fatma Yücel Beyaztaş; **Eleştirel İnceleme:** Fatma Yücel Beyaztaş, Celal Bütün; **Kaynaklar ve Fon Sağlama:** Samet Gülmez.

## KAYNAKLAR

- Berlin L. Medical errors, malpractice, and defensive medicine: an ill-fated triad. *Diagnosis (Berl)*. 2017;4(3):133-9. [Crossref] [PubMed]
- Mehlman MJ. Professional power and the standard of care in medicine. *Ariz St L J* 2012;44:1166-235. [Link]
- Hellin T. The physician-patient relationship: recent developments and changes. *Haemophilia*. 2002;8(3):450-4. [Crossref] [PubMed]
- Ferrara SD, Boscolo-Berto R, Viel G. *Malpractice and Medical Liability European State of the Art and Guidelines*. 1st ed. Berlin, Heidelberg: Springer; 2013. [Crossref]
- McClellan FM, White AA 3rd, Jimenez RL, Fahmy S. Do poor people sue doctors more frequently? Confronting unconscious bias and the role of cultural competency. *Clin Orthop Relat Res*. 2012;470(5):1393-7. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Der Medizinische Dienst Bund [Internet]. [Cited: January 21, 2023]. Behandlungsfehler. Available from: [Link]
- U.S. Department of Health & Human Services, National Practitioner Data Bank [Internet]. [Cited: December 12, 2022]. Data analysis tool. Available from: [Link]
- The Medical Board of California, Resources, Annual Reports [Internet]. © 2023 State of California [Cited: January 19, 2023]. Available from: [Link]
- Styrelsen for Patientklager [Internet]. [Cited: January 21, 2023]. Statistik Tidligere statistiske oplysninger, Statistiske oplysninger om patientklager. Available from: [Link]
- Comisión Nacional de Arbitraje Médico [Internet]. [Cited: November 14, 2022]. Información Estadística, Información anual institucional (tabulados seleccionados). Available from: [Link]
- FLÅTE Sølvi, Medical Specialty and Decisions 2013-2019 in NPE, sfl@npe.no (20.04.2021), sametgulmez@cumhuriyet.edu.tr (20.04.2021).
- Norsk pasientskade-erstatning [Internet]. [Cited: March 10, 2022]. Statistikk. Available from: [Link]
- The World Justice Project [Internet]. © World Justice Project 2008-2019 [Cited: January 21, 2023]. Publications: Rule of Law Index Reports. Available from: [Link]
- Statistisches Bundesamt, Genesis-Online [Internet]. © 2022 [Cited: January 24, 2022]. 12411-0006: Population: Germany, reference date, age, nationality/sex/marital status. Available from: [Link]
- The United States Census Bureau [Internet]. [Cited: January 24, 2022]. Explore Census Data, Populations and People, California. Available from: [Link]
- Statistics Denmark [Internet]. [Cited: January 24, 2022]. FOLK2: Population 1. January by sex, age, ancestry, country of origin and citizenship. Available from: [Link]
- OECD Statistics [Internet]. © OECD 2022 [Cited: January 24, 2022]. Demography and Population, Population Statistics, Historical population data. Available from: [Link]

18. Statistics Norway [Internet]. [Cited: January 24, 2022]. Population. Available from: [\[Link\]](#)
19. Bundesärztekammer [Internet]. [Cited: January 24, 2022]. Ärztestatistik der Vorjahre. Available from: [\[Link\]](#)
20. Association of American Medical Colleges, Data & Reports [Internet]. © 2022 AAMC [Cited: January 24, 2022]. Physician specialty data report. Available from: [\[Link\]](#)
21. Laegeprognose 2018-2040 Udbuddet af læger og speciallæger. København: Sundhedsstyrelsen; 2019. [\[Link\]](#)
22. Nordic Medico-Statistical Committee, Nordic Health & Welfare Statistics [Internet]. [Cited: January 21, 2023]. Health statistics for the nordic countries. Available from: [\[Link\]](#)
23. OECD Statistics [Internet]. © OECD 2022 [Cited: January 24, 2022]. Health, Health Care Resources. Available from: [\[Link\]](#)
24. Gobierno de México, Datos Abiertos, Recursos de Salud, Nivel Central. (25.05.2023 tarihinde erişilmiştir). [\[Link\]](#)
25. Heinze-Martin G, Olmedo-Canchola VH, Bazán-Miranda G, Bernard-Fuentes NA, Guizar-Sánchez DP. Los médicos especialistas en México. Gac Med Mex. 2018;154(3):342-51. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
26. Den norske legeforening [Internet]. © 2022 Legeforeningen [Cited: January 24, 2022]. Legestatistikk, Yrkesaktive leger i Norge. Available from: [\[Link\]](#)
27. World Health Organization [Internet]. © WHO 2014 [Cited: January 24, 2022]. Available from: Global Health Expenditure database. [\[Link\]](#)
28. United Nations Development Programme, Human Development Reports, Global Human Development Indicators. (24.01.2022 tarihinde erişilmiştir). [\[Link\]](#)
29. The Global Data Lab, Subnational Human Development Index. (24.01.2022 tarihinde erişilmiştir). [\[Link\]](#)
30. Mullis J. Medical malpractice, social structure, and social control. Sociological Forum. 1995;10(1):135-63. [\[Crossref\]](#)
31. Algan B. İstanbul'da Yapılan Adli Otopsilerin Malpraktis Açısından İrdelenmesi. Tıpta Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Adli Tıp Anabilim Dalı, İstanbul, 2012. s.87.
32. Huycke LI, Huycke MM. Characteristics of potential plaintiffs in malpractice litigation. Ann Intern Med 1994;120(9):792-8. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
33. Moore PJ, Adler NE, Robertson PA. Medical malpractice: the effect of doctor-patient relations on medical patient perceptions and malpractice intentions. West J Med. 2000;173(4):244-50. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
34. Mello MM, Hemenway D. Medical malpractice as an epidemiological problem. Soc Sci Med. 2004;59(1):39-46 [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
35. de Macêdo Filho LJM, Aragão ACA, Moura IA, Olivier LB, Albuquerque LAF. Malpractice and socioeconomic aspects in neurosurgery: a developing-country reality. Neurosurg Focus. 2020;49(5):E13. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)