

# HEKİM-HASTA İLİŞKİSİNDE HAKLAR ve SORUMLULUKLAR

## RIGHTS AND RESPONSIBILITIES ON THE PHYSICIAN-PATIENT RELATIONSHIP

**Hafize Öztürk Türkmen**

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

**e-mail:** deonto@akdeniz.edu.tr

DOI:10.5152/tcb.2014.001

### Özet

Toplumsal ilişkiler içinde özel bir önem sahip olan hekim-hasta ilişkileri, tarihin her döneminde olduğu gibi günümüzde de farklı boyutlarıyla gündemin ön sıralarında yer almakta; insan yaşamına başlangıcından sonuna kadar her aşamasında eşlik eden hastalık-sağlık sorunları tarihsel, kültürel, sosyal, ekonomik, dinsel, hukuksal ve moral bağlamları ile tartışma konusu yapılmaktadır.

Tıbbi bilgi ve uygulama yöntemlerindeki gelişmeye bağlı olarak sağlık hizmetlerine gereksinimin ve yararlanma olanaklarının her geçen gün artmasına karşın, bu hizmetlere erişim ve adil kullanım bakımından ciddi sorunların yaşandığı günümüz sağlık ortamında, hekim-hasta ilişkilerinin etik yönü en çok tartışılan boyutu oluşturmaktadır. Haklar ve sorumluluklar ekseninde yürütülen bu tartışmanın odağında ise, öncelikli olarak insan hak ve değerleri ile uğraşı sürdürenlerin sorumlulukları yer almakta; ilişkideki hasta sorumlulukları görece ikinci planda kalmaktadır. Tablonun bu şekillenişinde kuşkusuz, günümüz toplumsal dinamiklerinin belirleyici etkisi bulunmaktadır.

Bu makalede, sözü edilen bağlam korunarak sağlık-hastalık kavramları, hekim-hasta ilişkilerinin tarihsel evrimi ve bu evrimi belirleyen etkenler, insan haklarının gelişimi, sağlık hakkı temelinde hasta hakları, hekim hakları ve hekimlerin mesleki sorumlulukları konuya yönelik evrensel düzenlemeler ve ilkelere ışığında etik açısından ele alınmıştır.

**Anahtar kelimeler:** Hekim-hasta ilişkisi, haklar, hekim sorumluluğu

### Abstract

The physician-patient relationships that has a special importance among social relationships are placed near the top of the agenda with different dimensions nowadays just like every period of history; and the illness-health problems that accompany every step of human life from the beginning to the end are being discussed within the context of historical, cultural, social, economic, religious, legal and moral environment.

Despite of the increase on the need of health services and the utilization opportunities each day depending on the development of medical information and the methods of implementation, the ethics aspect of the physician-patient relationships constitutes the most discussed dimension in the health environment nowadays where serious problems happen in terms of access and fair use of those services. In the center of this discussion conducted in the axis of rights and responsibilities, primarily the responsibilities of people making an effort on human rights and values take place; the relevant patient responsibilities are relatively stay in the background. On the configuration of the table itself, there is definitely the determinant effect of social dynamics on these days.

In this article, the health-illness notions, the historical evolution of the physician-patient relationships and the determinant factors of this evolution are discussed from the point of ethics in consideration of the development of human rights, the patient rights in the basis of right to health, the physician rights and the professional liabilities of the physicians guardedly the following context.

**Key words:** The physician-patient relationship, the rights, the physician responsibility

### GİRİŞ

Tıp tarihçisi Victor Robinson'un sözleriyle *"tarih öncesi çağlarda ormanda yükselen ağrı çıığına verilen ilk yanıt"*, görüldüğü kadar sıradan ve anlık bir insan

eylemini değil, aynı zamanda hekimlik mesleğinin de başlangıcını dile getirmektedir. O günden beri çıktığı gönderene "hasta", bu çağrıya yanıt veren ve şefkat elini uzatana "hekim", ikisi arasındaki ilişkiye de "hekim-hasta ilişkisi" deniliyor yüzyıllardır.

Temel amacı ağrı, acı ve ıstırapı azaltmak olan hekimlik mesleğinin özünde, inançsal kaynaklı “yaşamın kutsallığı” tezi ile insan olmanın moral öğelerinden biri olan “acı çeken birine yardım etme yükümlülüğü”ne dayandığını öne sürmek abartılı olmasa gerektir. Bu dayanağı Aydınlanma düşünürlerinden J.J.Rousseau’nun “*insan ruhunun ilk ve en basit işlemleri üzerine düşünerek söyleyebilirim ki, onun akıldan önce gelen ilkelerinden ilki kendisini korumakla, ikincisiyse bir başka canlıyı, özellikle hemcinslerimizi acı çekerken ya da ölürken görmeye dayanmamakla ilgilidir*” sözlerinde görmek olanaklıdır (1). İnsan ilişkileri bağlamında kendini korumanın ve başkasının acısını azaltmanın etik açısından hem bir hak hem bir sorumluluk olduğunu varsayacak olursak, Rousseau’nun yukarıdaki sözleri, hekim-hasta ilişkisinde haklar ve sorumlulukların ele alınacağı bu makalenin temel izliğini de dile getirmektedir.

## SAĞLIK-HASTALIK KAVRAMLARI

Söze günümüzde sağlık ve hastalık kavramlarının birbirinden farklı içerik taşıyan tanımlamalarıyla başlayabiliriz. “Sağlık” kavramı, sağlık uğraşını sürdürenler tarafından uzun süre “hastalık, rahatsızlık, eksiklik ve (hatta) ölümün olmaması” biçiminde negatifinden doğru tanımlanmış; sağlıklılık da “normal durum kapsamında bulunması istenmeyen öğelerin bulunmama hal” olarak nitelendirilmiştir. Yirminci yüzyılın ilk yarısında ise, bu tanımda pozitif göstergeler gündeme getirilmeye başlanmıştır. Bunda kuşkusuz, yaşam süresinin uzamış olması, sosyo-ekonomik faktörlerin sağlık üzerindeki etkisinin yadsınamayacak boyuta gelmesi ve birey odaklı yaklaşımlardan çok, toplum odaklı yaklaşımların giderek önem kazanması etkili olmuştur. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün ilk kez 1946 yılında önerdiği “sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir” biçimindeki tanım, bu sürecin bir ürünü olarak günümüzde de yaygın biçimde kullanılmaktadır (2). Tanım geniş kullanım alanı bulmakla birlikte, “soyut, toplumsal gerçeklikten uzak ve ideal” olduğu yönünde eleştiriler almakta, bazı eleştirmenler ise tanımı eksik bulmakta ve siyasal yönden iyiliğin eklenmesi gerektiğini öne sürmektedirler. “Sağlığın varlığını, canlılığın ve ait olduğu türün bütünlüğünün korunmasının ve işlevlerinin sürdürülmesinin bir ölçütü” olarak gören yaklaşımı da içeren bir başka geniş tanım şudur: “Sağlık, soyut ve somut pek çok ürünün yaratıcısı olan insanın, toplumun üyeleriyle kolektif içinde ve her bir üyenin gereksinimini, sonuçta eşitliği sağlayacak biçimde örgütlenerek üretebilme-

si, biyolojik ve zihinsel bütünlüğünün korunması ve toplumsal örgütlülük ve üretim süreciyle birlikte geliştirilmesidir.” (2). Ivan Illich ise “Sağlığın Gaspi” adıyla Türkçe’ye çevrilen ve ilgili çevrelerde yankı uyandıran eserinde sağlığı, “herkesin kendi sorumluluğunda olan, başkalarına karşı ise kısmen sorumlu olduğu bir uyum sağlama meselesi” olarak görmekte; “toplumca yaratılmış gerçekliklere karşı içgüdüsel değil, otonom, ama yine de kültür tarafından şekillendirilmiş bir tepki; çevredeki değişimlere uyum sağlayabilme, büyüebilme ve yaşlanabilme, zarara uğradığında iyileşebilme, acı çekebilme ve ölümü huzurlu bir şekilde bekleyebilme yeteneği” olarak tanımlamaktadır (3). Görüldüğü gibi sağlık kavramının neleri içerdiğine ilişkin bir uzlaşma bulunmamaktadır.

Ortak bir tanımın olmayışı, “hastalık” kavramı için de geçerlidir. Tıpta genel olarak organizmada çeşitli nedenlerle ortaya çıkan değişikliklere bağlı gelişen işlev bozukluğunu dile getirmek için kullanılan “hastalık” kavramı (disease), hastalık olgusunun psikolojik, sosyal ve kültürel boyutlarını yansıtmaktan uzaktır. Bu nedenle hastalığın öznel boyutunu, bir başka deyişle ağrı, güçsüzlük, keyifsizlik, huzursuzluk durumunu dile getirmek için kullanılan “rahatsızlık” (illness) terimine başvurulmaktadır. Nitekim Ivan Illich, fiziksel hastalığın bedenle sınırlı ve bazı anatomik, fizyolojik ve genetik koşullara bağlı olduğunu ve bu koşulların gerçekten var olduğunu; bir değerler sistemine başvurmaksızın yapılan ölçümler ve deneylerle kanıtlandığını öne sürmekte; Tanrısal cezalandırma ya da hatalı yaşam gerekçelerine gönderme yaparak “hastalığın bireyleri ele geçiren bir şey, onların “yakalandığı” ya da “tutulduğu” bir şey olarak görüldüğü sürece, bu doğal olayın kurbanlarının durumlarından dolayı sorumlu tutulmayacaklarını” dile getirmektedir (4). Tıp sosyolojisi alanındaki çalışmalarıyla tanınan Bryan S. Turner ise, insan bedeninin salt fiziksel bir varlık olmadığını, bizzat kültürel pratiklerin bir ürünü olduğunu; din, hukuk ve tıp sistemleri tarafından düzenlenip denetlendiğini, dolayısıyla hastalıkların da kültürel ve toplumsal düzenlerin sosyal olarak inşa edilen ürünleri olduklarını öne sürmektedir (5).

## ETİK AÇISINDAN HEKİM-HASTA İLİŞKİSİ

Hekimlik mesleği, tıbbi bilgi ve becerilerin insan sağlığını korumak, hastalıkları iyileştirmek ve hastalık ve/veya tedavi sonucu ortaya çıkabilecek sorunları en aza indirmek amacı bağlamında bir insan etkinliği olması yanı sıra, bu süreçte “hak”, “değer”, “sorumluluk” gibi kişiler arası moral dolayımına sahip kavramlar ve bu kavramlarla bağlantılı tutumların yer aldığı bir

uygulamalı alan olarak kabul edilmektedir. Bir başka deyişle hekim-hasta ilişkisi, tıbbi bilgi-beceri, iletişim, sosyal ve moral değerler atmosferini gerekli kılmaktadır. Hekim-hasta ilişkisinin tarihi incelendiğinde, bu temel öğelerin dönemin ruhunu yansıtacak şekilde yer aldığı görülmektedir.

Yüzyıllar boyu egemenliğini sürdüren geleneksel hekim-hasta ilişkisi, temel olarak yalnızca hekimlerin ödev ve sorumluluklarının tanımlandığı bir ilişki biçimidir. Bilindiği kadarıyla ilki İ.Ö. 3000 yılında Mısırlı hekim İmhotep tarafından kaleme alınan ve daha sonra Hipokrat Andı ile güncellenen ve yaygınlaştırılan Hekim Andı metinleri, mesleki uygulamada hekimlerin uymakla yükümlü oldukları ahlaki kuralları içeren ilk yazılı düzenlemelerdir. Hastaya öncelikle zarar vermeme, yararlı olma, hastanın sırlarını saklama, ayrımcılık yapmama, insan yaşamının kutsallığına saygı, mesleki saygınlığın korunması, meslektaşlar arası bilgi paylaşımı ve dayanışma ilkelerini içeren söz konusu metinler, hastanın güvenini sağlama amacı yanı sıra mesleğin sınırlarını belirleme yoluyla hekimin hastasıyla ilişkisinde temel bir dayanak oluşturmaktadır. Hekimle toplum arasında bir tür sözleşme niteliği taşıyan ve aynı uğraşı sürdüren üyelerin ortak değerleri paylaşması amacıyla yönelik olarak bir tür “etik kod” işlevi gören Hekim Andı metinleri, taşıdıkları evrensellik iddiasının da etkisiyle mesleki ve toplumsal ortamlardaki yaygın kabullenışı günümüze kadar büyük ölçüde koruyagelmislerdir (6-8).

Hastalık nedenlerinin doğaüstü güçlere bağlandığı büyüsel tıp döneminde ve Hipokrat’la başlayan akılcı-doğal tıp anlayışının geçerli olduğu Antik uygarlıklarda hekimin merkezde yer aldığı, dolayısıyla sürecin tümüyle sorumluluğunu da taşıdığı paternalistik hekim-hasta ilişkisi egemen olmuştur. Bu ilişkide sahip olduğu bilgi-beceri ve toplumdaki aldığı yetkiyle hangi durumun hastalık olduğuna ve nasıl tedavi edileceğine karar veren hekim, “otoriter ve koruyucu rolüyle etkin” durumda iken, hasta olan kişi güven temelinde hekimin buyruklarına uyan “edilgin birey” konumundadır. Szasz, Knoff ve Hollender, “etkinlik-edilginlik temelinde dayalı ilişki” olarak tanımladıkları bu ilişki biçiminin Fransız Devrimi’ne kadar sürdüğünü, 18. ve 19. yüzyıllarda bilim ve tıp alanındaki gelişmelerin hastanın hekime bağımlılığını güçlendirdiğini öne sürmüşlerdir (9). Kısaca matbaanın keşfi, dinde reformasyon, buharlı geminin keşfi, deniz aşırı hammadde kaynaklarına ulaşım, sömürgecilik politikaları, kentleşme, sermaye birikimi ve fabrikasyon üretimle birlikte toplumsal sınıflardaki dönüşüm olarak sıralanabilecek gelişmeler, özellikle 18. yüzyılın bir Aydınlanma Çağı olarak anılmasını hazırlayan temel etkenleri oluşturmaktadır. Sözü edilen bu altyapısal dönüşüm üstyapı kurumları

olan devlet ve hukuk sistemlerine de yansımış, monarşiler sorgulanır hale gelmiş, “ilahi hukuk” yerini “doğal hukuk” sistemine bırakmıştır (8). Genel olarak bilim ve teknolojiye, özel olarak da tıpta yeniliklere sahne olan bu dönem, Batı’da bilime olan güveni arttırmış ve “bilgi güçtür” paradigmasının farklı yaşam alanlarında iktidar olma yolunu açmıştır. Tıbbi bilgi artışı, bu bilgiye sahip hekimin tıp sistemi içinde ve hekim-hasta ilişkisinde merkezi rolünü güçlendirdiği gibi, hastanın hekime ve modern tıp sistemine bağımlılığını da arttırmıştır.

## İNSAN HAKLARI

Hekim-hasta ilişkisinde hastanın ve hekimin hakları, temel olarak 17. ve 18. yüzyıllarda gerçekleşen İngiliz, Amerikan ve Fransız devrimlerinin sonucunda geliştirilen “insan hakları” kavramına dayanmaktadır. Özellikle Fransız Devrimi’ni önceleyen ve Descartes’ın usçuluk öğretisi doğrultusunda çalışmalarını sürdüren Ansiklopedistler ile Rousseau, Voltaire, Montesquieu gibi Aydınlanma düşünürlerinin öncülüğünde geliştirilen “doğal hukuk” öğretisi, insanların eşitliğini ve insan olarak doğmaktan kaynaklı vazgeçilemez-devredilemez haklara sahip olduğunu savunuyordu. 1789 Fransız Devrimi’nin bir ürünü olan ve Aydınlanma felsefesinin ilkeleri çerçevesinde hazırlanan İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi, doğal hukuk öğretisi ışığındaki içeriği ile yalnızca bir anayasal metin değil, aynı zamanda evrensel insan haklarına başlangıç oluşturulan bir ilkeler bütünü olma niteliğindedir. Bildirgede özgürlük, eşitlik, kişi güvenliği, dokunulmazlık, siyasal haklar ve mülkiyet hakkı gibi haklar vazgeçilemez-devredilemez “temel haklar” olarak belirlenmişti. Daha çok bireysel nitelikli olan bu haklar, günümüzde “birinci kuşak haklar” olarak da tanımlanmaktadır (8,10).

Avrupa, 19. yüzyılın ikinci yarısından başlayarak toplumsal eşitlik ve hak taleplerinin yüksek sesle dile getirildiği kitle hareketlerine sahne olmuştur. Yaygın olarak “Avrupa’nın üzerinde bir hayalet dolaşıyor: Komünizm hayaleti” sözlerinde ifadesini bulan bu dönemle birlikte, temel hakların yaşama geçirilmesi yolunda başka hak kategorilerine gereksinim olduğu ortaya çıkmış; bu nedenle insan haklarının kapsamı genişletilmiş ve mücadeleler sonucu elde edilen yeni haklar uluslar arası belgelere ve anayasalara yansıtılmıştır. Genellikle ekonomik, sosyal ve kültürel nitelikte olan bu haklar “ikinci kuşak haklar” olarak tanımlanmakta; çalışma, adil ücret, sosyal güvenlik, sendikal örgütlenme, grev, eğitim ve sağlık alanlarındaki hakları kapsamaktadır. “Üçüncü kuşak insan hakları” ise, 20. yüzyılın ikinci yarısında ortaya çıkan, büyük ölçüde dünya kapitalizminin yol açtığı adaletsizliklerden etkile-

nen yoksul ülkelerin gereksinimlerini ve isteklerini göz önünde bulunduran hakları dile getirmektedir. Kolektif niteliği ve dayanışma yanı ağır basan bu haklar arasında ulusların siyasal, sosyal, kültürel ve ekonomik geleceklerini belirleyebilme hakkı, sağlıklı bir çevrede ve barış içinde yaşama hakkı, doğal kaynaklardan adil yararlanabilme hakkı, sosyal gelişme ve kalkınma hakkı gibi haklar yer almaktadır (10).

Yukarıda kısaca özetlendiği üzere üç aşamada gelişen insan hakları süreci, bireyin salt insan olmaktan kaynaklı haklarının hukuksal güvenceye kavuşturulmasının tarihini oluşturmaktadır. “Hukuksal olarak korunmasını isteme yetkisine sahip olunan çıkar” biçiminde tanımlanan “hak” kavramı, söz konusu çıkarın değersel niteliği nedeniyle ahlaksal içeriğe de sahiptir. Temelde kişi ile devlet arasındaki ilişkilerin konu alanına giren insan haklarının, ahlaksal yaptırımların ötesinde veya/yanı sıra hukuksal açıdan korumaya alınması insanlık tarihi açısından bir dönüm noktası olsa gerektir. Günümüzde insan haklarının kavramsal çerçevesi, sınırları ve içeriği genel olarak tartışılmakla birlikte, bu hakların evrensel olduğu konusunda yaygın bir uzlaşma bulunmaktadır. Bu uzlaşmanın bir ürünü olarak 10 Aralık 1948 tarihli Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’nda kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile ırk, din, dil, etnik köken, kültürel farklılık gözetmeksizin tüm insanların medeni, sosyal, siyasal, kültürel ve iktisadi hakları ilan edilmiştir. Taraf devletleri bağlayıcı nitelikte olan bu Bildirge, daha sonra imzalanan uluslararası sözleşmelere ve bölgesel metinlere de temel oluşturmuştur.

## SAĞLIK HAKKI

İkinci kuşak insan hakları arasında yer alan sağlık hakkı, “kişinin içinde yaşadığı toplumdaki ya da devletten sağlığının korunmasını, geliştirilmesini, hastalık durumlarında tedavi edilmesini isteme ve bu süreçlerde toplumsal sağlık kuruluşlarından yararlanma hakkı” olarak tanımlanmaktadır. Sosyal devlet ilkesi çerçevesinde bu hak günümüzde, hem uluslararası düzenlemelerde hem de ulusal anayasalarda yer alan sosyal bir haktır. Örneğin İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin sağlığı ve sosyal güvenliği düzenleyen 25. maddesi şu şekildedir: “Her insanın kendisinin ve ailesinin sağlık ve huzurunu güvenceye alacak bir yaşam düzeyine; özellikle yiyecek, giyecek, konut, tıbbi bakım ve benzeri sosyal hizmetlere; işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık ya da iradesi dışında geçim olanaklarından yoksun kaldığı durumlarda güvenliğe hakkı vardır. Aınlar ve çocuklar özel bakım ve yardım görme hakkına sahiptirler. Tüm çocuklar evlilik içinde ya da dışında doğmuş olsunlar aynı sosyal güvenlikten yararlanırlar.”

(8). Siyasal bağlayıcılığı olan Bildirgenin bu içeriği, ülkemizde Anayasa’nın 56. maddesinde çok açık olarak şu sözlerle güvence altına alınmıştır: “Devlet herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla yükümlüdür.”

Temel insan hakları belgelerinde yer alan ve sosyal devlet ilkesinin bir gereği olan sağlık hakkı, başlıca üç ögenin gerçekleştirilmesini içermektedir:

1. Çevre sağlığı, koruyucu hekimlik, ana-çocuk sağlığı, aile planlaması ve sağlık eğitimi gibi koruyucu sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve uygulamada güvence altına alınması;
2. Gerekli tıbbi bakım ve tedavi olanaklarının sağlanması, ulaşılabilirliği, kalitesi ve adil olarak sunumu;
3. Toplumun tümünü kapsayacak sağlık güvencesi (11).

DSÖ’nün 1978 tarihli Alma Ata Bildirgesinde dile getirilen “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” çağrısı, sağlık hakkının yukarıda sayılan ögelerının evrensel düzeyde tanınması ve uygulamaya geçirilmesini hedeflemektedir (11).

Ancak gelişmiş ülkeler de içinde olmak üzere pek çok ülkede olduğu gibi, ülkemizde de anayasal bir hak olan sağlık hakkının üç temel ögesinin yaşama geçirildiğini söylemek oldukça güçtür. Her şeyden önce temel sağlık hizmetleri için kaynak oluşturulması ve bu kaynaklardan adil yararlanma bakımından ciddi önenebilir fırsat eşitsizlikleri söz konusudur. Gelir dağılımındaki adaletsizlik ve sağlığa ayrılan kaynakların paylaşımındaki dengesizliklere ek olarak bölgesel, sınıfsal ve coğrafi eşitsizlikler giderek artmaktadır. Toplumun sağlık düzeyinin göstergeleri olan bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı, bağışıklama, büyüme-gelişme geriliği, konutların sağlığa uygunluğu, temel gıda maddelerinin tüketimi gibi ölçütler açısından kentle kıy, batı ile doğu, varıl ile yoksul arasında gereksiz ve giderilebilir eşitsizlikler bulunmaktadır. Bu gerçek, konumuz açısından önemlidir, çünkü “eşitsizlik” kavramı, “gereksiz, önenebilir ve aynı zamanda adil olmayan farklılıklar” dile getirmesi anlamında ahlaki bir boyut içermektedir. Bu kavramsal çerçevede “sağlıkta eşitlik” ise, “herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmaması” biçiminde tanımlanmaktadır (12). Toplumun adalet duygusunu ve güvenli gelecek beklentisini zedeleyen bu tür eşitsizlikler olduğu sürece, o ülkede sağlık hakkının yaşama geçirildiğinden ve sağlıkta eşitlikten söz etmenin olanaksızlığı açıktır.

## HASTA HAKLARI

*“Bu doktorlar, hep bilinmeyen bir hasta ile, o sırada kendilerini bekleyen insanlarla ilgisi olmayan soyut bir*

*hastalık kavramıyla uğraşıyorlardı. Bu hastalık denen mesele profesörler, doçentler, mütehassıslar, asistanlar, hemşireler, hastabakıcılar, laborantlar, hademeler, tıp öğrencileri arasında görüşülen ve insanların ve özellikle hastaların üzerinde bir davaydı. Elinizde üstü büyüklü yazılarla dolu kâğıtlar, onların arkasından bakakalıydunuz. Mutlu bir rastlantı sonucu, yarı aralık duran bir kapıdan, bu büyücüler tarikatından olup da sizin aradığınız ve belirsiz bir süre beklemeniz gereken insanüstü beyaz yaratıklardan birini görebilirdiniz, tarikat mensuplarından bir başkasıyla konuşan ve hastaların, özellikle hastayakınlarının anlayamayacağı yabancı bir dille bir şeyler söyleyen bu dalailama, hemen suratınıza kapıyı kapatıveriyordu. Tanrılar katına çıkmanıza bir an bile izin verilmiyordu..... Değil hasta yakınlarının, asistanların, asistanlar ne demek mütehassısların, hatta doçentlerin bile beş metreden fazla yakınına sokulamadığı bir profesörle konuşmak ne demektir? Milyonlarca insanın kurtulması için çalışan bir tıp devi olarak, zavallı bir tozun hayatı için endişelenen önemsiz bir molekülünden başka bir şey olmayan hastayakınlarını küçümseyici bakışlarıyla ezip geçiveriyorlardı.... Üzerinde hiçbir şey yazmadığı için arkasında neler olup bittiği belli olmayan bir kapının aralığından saydam tül gibi süzülerek kayboluyorlardı..... Tecrübeli hastayakınları, üstü yazısız kapıların önünde birikiyordu. Sonra, durmadan bekleniyordu. Fakat aman Allahım! Ne kadar çok bekleniyordu. Hiçbir yere ayrılmadan bekleniyordu. Bütün gözler kapıdaydı; bütün gözler kapı tokmağında; bütün gözler, kapının altından sızan ışığın kararmasını, ilahî bir gölgenin yaklaşmasını bekliyordu. Fakat, aman Allahım! Ne kadar çok bekliyordu. Sonra, beklenen tanrısal gölgenin gözünde basit bir makine parçası olan, mesela bir hemşire –hastayakınları için bir efsane kahramanı – aynı kapıdan, sanki çok normal bir hareket yapıyormuş gibi giriyordu. Bu efsane kahramanının bütün gazaplı bakışlarına rağmen hastayakınları, kapı aralığından bakmaktan boyunları çarpılmış bu garip kuşlar, tanrının lanetine uğramayı da göze alarak, başlarını içeri uzatıyorlardı. Fakat nasıl olur? Dalailama içerde yoktu. Nasıl olur? Kaç tane hastayakını, kendi gözüyle görmüştü bu kapıdan girerken O’nu, değil mi? Değil. Belki de o uçşan beyaz gömleğiyle pencereden uçup gitmişti. Kim bilir? (13).*

Merkezine “hekimin hastası için en iyisini yapacağına olan güvenin” yerleştirildiği ve bu güvenin geleneksel meslek ahlak ilkeleri ile sağlaştırılmaya çalışıldığı paternalistik hekim-hasta ilişkisi yüzyıllar boyu geçerliliğini korumakla birlikte, bu ilişkinin özünde tarafları olan bir iktidar ilişkisi olduğu gerçeği ortadan kaldıramadığı gibi, tıbbın bilimselleşmesiyle tıp kurumunun ve dolayısıyla hekimin iktidarı gün geçtikçe

sağlaştırılmıştır. Tıbbın ve hekimliğin evrimi incelendiğinde görülecektir ki, tarihin hiçbir döneminde hekimle hasta arasındaki ilişki eşitliğe dayalı bir ilişki olmamıştır; yaşamın her alanında doğaüstü güçlerin egemen olduğu büyüsel tıp döneminde yarı-tanrı konumunda olan iyileştirici-büyücü hekim, akılcı tıp döneminde dokunulmazlık zırhıyla korunan ve kutsanan hekime dönüşmüş, çağdaş bilimsel-deneysel tıp aşamasında ise modern tıp bilgisinden aldığı güçle insan yaşamı üzerindeki egemenliğini yeniden kurmuştur. Bu ezeli iktidar büyük ölçüde hekimliğin, bütün dönemlerde insanın biyolojik yaşamı ya da canlılığı üzerinde bir “hükme” sahip olmasından kaynaklanmaktadır; çünkü canlılık, insanın bütün varoluş biçimlerinin önkoşuludur ve konuyla ilgili bilginin sahibine güç atfedilmesine temel oluşturmaktadır (10). İktidarın söz konusu olduğu herhangi bir ilişkide eşitlikten değil, ancak “muhtaç olunan kudret”ten söz edilebilir ve bu gerçek, mesleğin dışındaki toplum kesimleri tarafından da zorunlu olarak paylaşılmaktadır. Öyle ki, mesleğin toplumsal algıdaki bu niteliği “ne muhtaç olalım ne eksik olsunlar” biçiminde bir çift değerlilikle dile yansıtılmaktadır. Hekimin insan yaşamı konusunda giderek artan bilgisinden kaynaklanan iktidarı ise, hastada sağlanması hedeflenen güveni gün geçtikçe daha fazla sarsmaktadır. Tıp kurumuna olan güvenin giderek azaldığı bu ortamda teknoloji yoğun tanı-tedavi yöntemleri, serbest piyasa dinamikleriyle karmaşık hale getirilen sağlık sistemleri, klinisyenlikten ve insancılıktan uzaklaşan hekimlik uygulamaları hastaların kendilerini daha güçsüz ve bağımlı hissetmelerine yol açmaktadır. Hastaları olduğu kadar hekimleri de kuşatan bu koşullarda, mesleki uygulamalar değerlerden uzaklaşmakta ve başvurulabilecek geleneksel hekimlik meslek ahlak ilkeleri hastaların korunmasında yetersiz kalmaktadır.

Sağlık ortamının içinde bulunduğu bu kaotik görünümün bir ölçüde giderilmesine yönelik olarak 1970’lerde bir argüman geliştirilmiştir; birey-devlet ilişkilerinde bireyin güçlendirilmesi için insan hakları kavramına başvurulmasına benzer bir uygulamayla hekim-hasta ilişkisinde giderek güçsüzleşen hastanın desteklenmesi. Hukuksal olarak tanınan ve “hasta hakları” kavramında somutlaşan bu argüman, hem kişi olarak hastaya saygının artırılması hem de insan onurunun ve bütünlüğünün korunması amacına hizmet ettiği gerekçesiyle kısa zamanda yaygın bir destek bulmuştur. Bir başka deyişle, temel dayanağını insan haklarıyla ilgili evrensel düzenlemelerden alan hasta hakları kavramı, insan hak ve değerlerinin sağlık hizmetlerinde uygulanmasını dile getirmektedir. Bu bağlamda insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşama

saygı gösterme gibi ilkeler hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır. Sağlık hakkının öğelerinden olan herkes için eşit düzeyde ulaşılabilir, nitelikli, güvenceli ve sürekliliği sağlanmış bir sağlık hizmeti yanı sıra hastanın karar süreçlerine aktif katılımı ve insancıl bir tıp ortamı hasta haklarının da temel hedefleri arasındadır (14). Hasta hakları, sağlık hakkıyla olan yapısal ilişkisi nedeniyle sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmekle birlikte, bazı çevrelerce üçüncü kuşak haklar arasında ve bir dayanışma hakkı olarak ele alınmaktadır. İster sağlık hakkı içinde değerlendirilsin, ister dayanışma hakları çerçevesinde ele alınsın, genel olarak hasta haklarının gelişiminde en temel katkıyı, toplumsal ve küresel ölçekte gittikçe sağlıksızlaşan “yaşlı gezegenimize” yeni bir umut veren “2000 Yılında Herkes İçin Sağlık” hedefinin sağladığı dile getirilmektedir. Tıp etiği ve tıp hukukunun konusu olarak hasta haklarının kapsamı, bu hedefe ulaşmada hastaların etkin birer öge olması ve kavramın ortaya atılmasında öncü rolü üstlenen hekimlerle hastaların dayanışması olanağını vermektedir (11).

Makalenin sonraki bölümlerinde içeriği ayrıntılı olarak ele alınacak olan hasta hakları, özerkliğe saygı ilkesi temelinde aydınlatılmış onam uygulaması aracılığıyla hastaların kendileriyle ilgili kararlara etkin katılımını amaçlayarak gerçekte hastalara da bir sorumluluk yüklemekte; sağlık hizmetlerinde hekimlerin paternalizmini ve iktidarını bir ölçüde kırmakla birlikte, onların yüzyıllardır taşıdığı hastanın yaşamı üzerinde tek karar verici olmaktan kaynaklanan mesleki yükümlülüklerinin de paylaşılmasını sağlamaktadır.

### **Hasta Haklarının Gelişimi**

Hasta haklarının 1970’li yılların başında Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde “sağlık hizmetlerinden yararlanma hakkı hareketi” olarak başladığı ve bu hakkın federal yasalarla mahkemelerde kullanımıyla birlikte sürecin ete kemiğe büründüğü kabul edilmektedir. Günümüzde çağdaş tıp etiğinin temel ilkelerinden biri olan özerkliğe saygı ilkesinin bir gereği olarak görülen aydınlatılmış onam hakkının, 1972’de mahkeme kararlarında yer alması ve hekimin hastayı aydınlatmasının bir sorumluluk olduğunun vurgulanmasından hemen sonra 1973’de Amerikan Hastaneler Birliği tarafından Hasta Hakları Beyannamesi’nin hazırlanması, hasta haklarının gelişiminde bir dönüm noktası olmuştur. Bu Beynamede hastanın tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde saygı görme, bilgilendirilme ve buna dayalı onam verme, yasaların izin verdiği ölçüde tedaviyi reddetme, mahremiyetine saygı gösterilmesini ve kişisel bilgilerin gizliliğinin sağlanmasını isteme, başka bir sağlık kurumuna sevk de içinde olmak üzere talep ettiği hizmetle-

rin yapılmasını bekleme, sağlığına ilişkin bilgi ve iletişim konularında bilgilendirilme, hastalığı konusunda yürütülen bilimsel araştırmalara katılımı kabul ya da reddetme, tıbbi bakımın sürekliliğinin sağlanmasını bekleme, tıbbi parasal giderleri, hastane kuralları ve düzenlemeleri konusunda bilgilendirilme hakları dile getirilmiştir (15).

Hasta hakları konusundaki çalışmalar ABD ile sınırlı kalmamış; Avrupa Konseyi, DSÖ ve Dünya Hekimler Birliği (DHB) de konuyla ilgili çalışmalar yürüterek çeşitli bildirge ve öneriler yayımlamışlardır.

Avrupa Konseyi Parlamenterler Asamblesi tarafından 1975 yılında hazırlanan öneriler taslağında yaşamlarının son dönemindeki hastaların hakları ele alınmış; bu bağlamda, özerkliğe saygı, bireysel onur, bilgilendirme, uygun tedavi ve acı çekmeme haklarının tanınması vurgulanmıştır. 1976’da öneri olarak yasalaşan bu belge, Avrupa’da “ölümün tanımlanması” konusunda da ölçüt oluşturmuştur. Avrupa Konseyi’nin 1997 tarihli tıbbi verilerin korunmasına yönelik önerisi de hasta hakları kapsamında bir çalışmadır ve mahremiyet hakkı, doğmamış çocuğa ait veriler, genetik veriler, tıbbi verilerin güvenliği ve onam gibi konulara ilişkin standartları içermektedir (15).

### **Lizbon Bildirgesi (Hasta Hakları Bildirgesi-1981)**

Hasta hakları konusunda ilk uluslar arası belge, DHB’nin 1981 yılında Lizbon’da yapılan 34. toplantısında kabul edilen Lizbon Bildirgesidir. Dünyada yaygın olarak “Hasta Hakları Bildirgesi” olarak tanınmasının nedeni, hasta haklarının evrensel ölçekte çerçevesini belirleyen ilk belge olması ile açıklanabilir. Kısa bir giriş ve altı maddeden oluşan bu metin, bir sürecin ilki olması nedeniyle gerek toplumsal yönü, gerekse devletler düzeyinde kabul görmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Bildirgenin tam metni şu şekildedir:

“Hekim pratik, etik ve yasal tüm zorlukların bilincinde olarak, her koşulda vicdanının sesini dinlemeli ve hasta için en iyi olanı yapmalıdır. Aşağıdaki bildirge hekimlik mesleğinin hastalara sağlamayı amaçladığı temel hakları içermektedir. Yasalar ya da hükümet uygulamalarının hastaların bu haklarına uygun olmadığı durumlarda hekimler, uygun yollarla bu uygulamaları düzeltmeye ya da ortadan kaldırmaya çalışmalıdır.

1. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
2. Hasta, hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakılabilme hakkına sahiptir.
3. Hastanın, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul ya da reddetme hakkı vardır.
4. Hasta hekimden, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.

5. Her hastanın onurlu bir şekilde ölme hakkı vardır.
6. Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımı da içinde olmak üzere, ruhsal ve manevi teselliye kabul ya da reddetme hakkına sahiptir.” (16).

#### **Amsterdam Bildirgesi (Avrupa’da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi -1994)**

DSÖ Avrupa Bürosu’nun hasta hakları konusundaki çalışmaları sonucu hazırlanan ve 1994’te Amsterdam’da kabul edilen Bildirgede, DSÖ üyesi olan Avrupa ülkelerinde hasta haklarının geliştirilmesi ve ilkelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Lizbon Bildirgesi ile karşılaştırıldığında çok daha kapsamlı olduğu görülen metinde, hasta hakları “sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerleri”, “bilgilendirme”, “onam”, “mahremiyet ve özel hayat”, “bakım ve tedavi”, hakların kullanımı yönünde “başvuru” başlıkları altında ayrıntılı olarak ele alınmıştır (16). Bildirge, Avrupa ülkelerinde konuyla ilgili yasal düzenlemelerin yürürlüğe girmesini sağlayarak hasta haklarının bölgesel düzeyde yaygınlaştırılmasına katkıda bulunmakla kalmamış, aynı zamanda özellikle klinik uygulamalar açısından önem taşıyan hastanın aydınlatılması ve onamı konusunun çerçevesini belirlemesi yönüyle de örnek oluşturmuştur. Bir başka olumlu özelliği, uluslararası bir metinde sağlık hizmetlerinde insan hakları ve değerlerinin açıkça vurgulanmış olmasıdır (15). Bildirgenin dile getirilen önemli özelliklerinden biri, hastalara geniş haklar tanımlamakla birlikte sorumluluktan söz etmemesi, buna karşılık sağlık ekibinin sorumluluklarını arttıran bir metin olmasıdır. Örneğin, hastaların sağlık hizmetlerinin planlanması ve niteliksel açıdan denetiminin yapılmasına katılması, kendisiyle ilgili tıbbi bilgilerde değişiklik yapması birer hak olarak öngörülmektedir (17).

#### **Bali (1995) ve Santiago (2005) Bildirgeleri**

Tıbbi araştırmaların artması, teknolojiye dayalı klinik uygulamaların yaygınlaşması, gelişen hasta hakları bilinci ve iletişim olanakları Lizbon Bildirgesi içeriğinin güncellenmesi gereksinimini doğurmuştur. DHB’nin, 1995 yılında Bali’de yapılan 47. Genel Kurulunda söz konusu bildirge gözden geçirilmiş; temel ilkeler korunmakla birlikte, gereksinimler ve Amsterdam Bildirgesinde içerilen konuları da kapsayacak biçimde zenginleştirilmiştir. Böylece Lizbon Bildirgesinin altı maddeden oluşan içeriği, Bali’de genişletilmiş olan yeni metinde onbir maddeye çıkarılmış ve alt grup açıklamalarla ayrıntılandırılmıştır. Bali Bildirgesinin ana başlıkları şu şekilde sıralanmaktadır:

1. Nitelikli tıbbi bakım alma hakkı
2. Seçme özgürlüğü hakkı
3. Kendi yazgısını saptama hakkı

4. Bilinci kapalı hasta
5. Yasal olarak yeterliği olmayan hasta
6. Hastanın istemine karşı uygulamalar
7. Bilgilenme hakkı
8. Gizlilik hakkı
9. Sağlık eğitimi hakkı
10. Onurunu koruma hakkı
11. Dinsel yardım alma hakkı (17).

Hekimlik mesleğini ilgilendiren etik sorunlar ve klinik uygulamaları etkileyen sosyal konularda hekimlere yol gösterici öneriler demeti olan DHB bildirgelerinin önemli özelliklerinden biri, dinamik olmaları ve süreç içinde gereksinimler ışığında gözden geçirilmeleridir. Benzer biçimde Lizbon Bildirgesi de öteki temel bazı bildirgeler gibi güncellenerek işlevselliğini sürdürmektedir. Nitekim DHB’nin 2005 yılında Santiago’da gerçekleştirilen 171. Konsey Oturumunda Bali Bildirgesi içeriği tümüyle korunmak üzere yeniden değerlendirilmiş ve küçük düzeltmelerle yayımlanmıştır. Günümüzde mesleki uygulamalarda hasta hakları konusunda rehber olarak kullanılan metin, Lizbon Bildirgesinin son versiyonu olan Santiago Bildirgesidir. Ancak yaygın olarak bilinen adlandırma Lizbon Bildirgesi 2005 Güncellemesi biçimindedir. Bali ve Santiago Güncellemeleri içerik açısından benzer olduğundan 1981 tarihli ilk bildirgede ayrıntılandırılmamış olan ve hekimlik uygulamaları açısından önemli görülen konular aşağıdaki başlıkta ele alınacaktır.

#### **Hasta Hakları Bildirgesinin İçeriği**

Nitelikli sağlık hizmeti alma hakkı, her hastanın ayrımcılık yapılmaksızın, tıbbi etik ilkelere uygun, nitelikli, sürekliliği sağlanmış, sınırlı kaynakların olduğu durumlarda adil seçim ölçütleri uygulanmak üzere, hastanın yararına en uygun bakım ve tedaviyi özgür klinik ve etik kararlar doğrultusunda alma hakkını içermekte; bu bağlamda sağlık hizmetinin niteliğinin hekim sorumluluğunda olduğu dile getirilmektedir.

Seçim yapma özgürlüğü, hastanın kamusal ya da özel sağlık kurumlarında istediği hekimi seçme ve sürecin herhangi bir aşamasında başka bir hekimden görüş alma hakkına ilişkindir.

Kendi yazgısını belirleme hakkı kapsamında, mental açıdan yeterli hastanın tıbbi durumu, yapılacak girişimler ve sonuçları konusunda hekim tarafından bilgilendirilmeye dayalı olarak klinik kararları özgürce verebilme, önerilen tedaviyi kabul ya da reddetme, bu süreçte klinik araştırmalara ve tıp eğitimine katılmayı reddetme hakkı dile getirilmektedir.

Bilinci kapalı ya da isteğini dile getirme olanağından yoksun hastada yapılacak işlemler için yasal temsilciden aydınlatılmış onam alınması, yasal temsilcinin

olmadığı ya da acil girişimin gerektiği durumlarda var-sayılan onamın geçerli olması, bunun için de hastanın önceden bu tür durumlar için onam vermeyi reddettiğine ilişkin görüşünün / bildirimının olmaması gerekir.

Yasal olarak yeterli bulunmayan hastaya ilişkin bazı kararlarda yasal temsilcinin onamı gerekli olmakla birlikte, hastanın kapasitesinin izin verdiği ölçüde karar sürecine katılımı sağlanmalı, eğer akla uygun kararlar veren bir hasta ise yasal yeterliğine bakılmaksızın kararlarına saygı gösterilmeli ve hatta yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı tanınmalıdır. Yasal temsilcinin ya da hastanın yetkilendirdiği kişinin hasta yararına en uygun girişimi engellemesi durumunda hekim bu kararın ilgili yasal kurumlar ve kurullarda tartışılmasını sağlamalı, acil durumlarda ise hastanın yararına en uygun olacak şekilde davranmalıdır.

Hastanın isteğine karşı tanı ve tedavi uygulamaları ancak, yasaların özel olarak izin verdiği ve tıp etiği kurallarına uygun olduğu çok ender durumlarda yapılabilir.

Bilgilendirme hakkı, hastanın sağlık durumuyla ilgili tıbbi gerçekler konusunda kültürüne uygunluk gözetilerek, anlayabileceği şekilde ve tam olarak bilgilendirilme ve tıbbi kayıtlarına ulaşabilme hakkını dile getirmektedir. Ancak hastanın kayıtlarında bulunan üçüncü kişilere ilişkin bilgiler, bu kişilerin onamı olmaksızın hastaya verilemez. Ender olarak, verilecek bilginin hastanın yaşamına ve sağlığına ciddi zarar vereceği yönünde güçlü nedenlerin varlığında, bilgi gizlenebilir. Başka bir kişinin yaşamını korumak için gerekli olmadıkça, hastanın açık isteğine uygun olarak bilgilendirilmeme hakkı da vardır. Hasta isterse, kendisi yerine kimin bilgilendirileceğini belirleme hakkına sahiptir.

Hekimlik meslek ahlakının en eski ilkelerinden biri olan sır saklama ilkesi, kapsamı günün koşullarına uygun olacak biçimde yeniden belirlenerek bildirgede yer almaktadır. Bu bağlamda gizlilik hakkı, hastaya ilişkin tüm bilgilerin, insan ürünleri de içinde olmak üzere kimliğini açıklayacak tüm verilerin ve hastayla ilgili tıbbi kayıtların koruma ve arşivleme yöntemlerine uygun olarak korunmasını ve ölümünden sonra da saklanmasını gerekli kılmaktadır. Tek ayrıcalıklı durum, hastanın ailesi ve akrabalarının kendileriyle ilgili sağlık risklerini öğrenmeleri açısından bu bilgilere erişim haklarının olmasıdır. Hastaya ilişkin bilgiler ancak, hastanın açık onamı varsa ya da yasada öngörülmüşse açıklanabilir. Hastanın açık onamının bulunmadığı durumlarda bilgiler ancak, bilmesi gerekenlere ve gerektiği kadar verilebilir.

İlk kez Bali Bildirgesi'nde bir hasta hakkı olarak dile getirilen sağlık eğitimi hakkı, aynı zamanda hasta sorumluluğunu da içermesi açısından önem taşımak-

tadır. Hastanın kendisiyle ilgili tıbbi kararlara etkin katılımını sağlamak amacıyla yönelik olarak hastanın kişisel sağlığı, varolan sağlık hizmetleri, sağlıklı yaşam biçimleri ve hastalıklardan korunma konularını içeren sağlık eğitimini alma hakkı bulunmaktadır. Hekimlerin etkin katılımını gerektiren bu eğitimde aynı zamanda, herkesin kendi sağlığı üzerinde kişisel sorumluluğu vurgulanmalıdır.

Bildirgede yer alan onurunu koruma hakkı ile manevi ve moral desteği kabul ya da reddetme hakkı bütün olarak sağlık hizmetlerinin her aşamada insan onuruna ve mahremiyetine saygı temelinde, insancıl ilgiye dayalı olarak yürütülmesini içermekte; her hastanın acısının dindirilmesi için varolan olanakların kullanılmasını isteme, insancıl bir son dönem bakımı alma ve onurlu bir şekilde ölme hakkı olduğu dile getirilmektedir (17,18).

### **Türkiye'deki Süreç**

ABD ve pek çok Avrupa ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de hasta hakları kavramının geliştirilmesinde ve hukuksal olarak korunan bir hak konumuna getirilmesinde hekim örgütlerinin çok önemli katkıları olmuştur. Hatta sürecin başlatılmasında ve hasta haklarını savunan örgütlenmelerin kurulmasında öncü rolü üstlenenlerin hekim örgütleri olduğunu söylemek abartılı olmasa gerektir. Bu bağlamda 1980'li yılların ikinci yarısında Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin başlattığı, ABD ve Avrupa'daki hekim birlikleriyle işbirliği içinde geliştirdiği çalışmalar Türkiye'de hasta hakları konusunun gündeme gelmesini sağlamıştır. Sürecin sonraki aşamalarında kamu kurumlarının, uzmanlık derneklerinin ve hasta hakları örgütlerinin katılımıyla yaygın olarak tartışılır duruma gelmiş; toplumda hasta hakları bilincinin gelişimine yönelik adımlar atılmıştır. 1994 yılında oluşturulan TTB Hasta Hakları Çalışma Grubu bu alandaki örgütsel çabanın bir göstergesi olarak önem taşımaktadır. TTB çalışmalarının sonucu olarak ilk yazılı metin ise, 1995 yılında Dr. Şükrü Hatun tarafından yayına hazırlanan "Hasta Hakları-Temel Belgeler" adlı broşürdür ve okumakta olduğunuz bu makalenin de kaynakları arasında yer almaktadır. TTB, örgütsel sorumluluğu çerçevesinde hekim kamuoyunda konunun yaygınlaştırılmasına yönelik yaptığı çalışmaların yanı sıra çeşitli sivil organizasyonlar, üniversiteler ve yönetim organları düzeyinde de hasta haklarının bir kavram ve içerik bütünü olarak kabul edilmesi amacıyla görüşmeleri sürdürmüş ve çeşitli ortak etkinlikler düzenlemiştir. 1997 yılında TTB ve Uluslararası Hukuk, Bilim ve Etik Kurumu Toplantısı ve Bildirgesi bu anlamda verilebilecek örneklerden birini oluşturmaktadır. Ancak hasta haklarıyla yakın ilişkisi bağlamında meslek örgütünün yaptığı en önemli çalışma, Ekim 1998'de



toplanan TTB 47. Büyük Kongresinde kabul edilen "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları" adlı tüzük çalışmasıdır. Çağdaş evrensel meslek etiği ilkeleri temel alınarak hazırlanan ve hasta haklarının en geniş biçimde yer aldığı bu çalışma, bir tüzük metni olarak kabul edildiği anda yasallaştırılmak üzere yönetsel otoritelere sunulmuştur; ancak, aradan geçen uzun yıllara karşın henüz yasal geçerliliğe kavuşturulmamıştır. Bu durumun nedenleri, devlet otoritesinin meslek örgütlerine ve dolayısıyla hekimlere bakış açısını yansıtması açısından ayrıca sorgulanmaya muhtaç olsa gerektir. Söz konusu taslak tüzük her ne kadar resmîyet kazanmışsa da, gerek TTB Genel Kurul kararlarının kabulüyle birlikte yürürlüğe giriyor olması, gerekse metnin içeriğinin hekimlik uygulamalarında karşılaşılan sorunlarda yol gösterici olması bağlamında güncel bir metin olarak başvuru kaynağıdır ve etkin olarak kullanılmaktadır.

Hasta haklarının hukuksal nitelik kazanması yönünde 1996 yılında kamusal otorite tarafından yapılan önemli çalışmalardan ilki, Türk Standartları Enstitüsü'nün hazırladığı hasta hakları ve sorumluklarının standartlarını belirlemeye dönük çalışmadır (17). Bir sonuç metni olarak ilgili kurum ve kuruluşların görüşlerine sunulan bu metin, daha sonra Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanacak olan hasta hakları konusundaki düzenlemelere de öncülük etmiştir. İkinci önemli metin ise, ülkemizde hasta hakları konusunda dönüm noktası niteliği taşımaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 1 Ağustos 1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren "Hasta Hakları Yönetmeliği", bu makalenin önceki başlıklarında ayrıntılı olarak dile getirilen Lizbon Bildirgesi'nin temel mantığını ve evrensel kabul gören ilkelerini yansıtmaktadır. 2003 yılında kabul edilen Hasta Hakları Yönergesi ve ardından hazırlanan Hasta Hakları Uygulamaları Genelgesi ile yaşama geçirilmesi desteklenen Yönetmelik, 51 madde ve 9 bölümden oluşmaktadır. Söz konusu yasal düzenlemenin temel başlıkları şöyle sıralanabilir: amaç, kapsam, hukuksal dayanak, tanımlar, ilkeler, sağlık hizmetlerinden adil yararlanma hakkı, bilgi isteme, sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme, sağlık personelinin tanıma, seçme ve değiştirme, öncelik sırasının belirlenmesini isteme, tıbbi gereklere uygun tanı, tedavi ve bakım, tıbbi gereklilik dışı girişim yasağı, ötanazi yasağı, tıbbi özen gösterilmesi, sağlık durumu ile ilgili bilgi alma hakkı, kayıtları inceleme ve düzeltilmesini isteme hakkı, bilgilendirilmenin yöntemi, bilgilendirilmeme durumunda alınması gerekli önlemler, bilgi verilmesinin yasak olduğu durumlar, mahremiyete saygı, hasta isteğine karşı yapılan girişimler, bilgilerin gizliliği, hastanın aydınlatılmış onamı, tedaviyi reddetme ve durdurma, çocuklar ve yeterli olmayanların

girişime katılımı, alışılmış olmayan tedavi yöntemlerinin uygulanması, onamın kapsamı, şekli ve geçerliliği, organ ve doku alınmasında onam, aile planlaması ve gebeliğin sonlandırılması, tıbbi araştırmalarda onam, gönüllünün korunması ve bilgilendirilmesi, çocuklar ve yeterli olmayanların araştırmalardaki durumu, hasta güvenliğinin sağlanması, dinsel hizmetlerden yararlanma, insan değerlerine saygı, refakatçi bulundurma, sağlık kurumlarının ve personelinin sorumlulukları ve hukuksal korunma yolları (19).

### **Hekim Hakları**

Koruyucu sağlık hizmetlerinin bireyin sağlığı açısından henüz bir gereksinim olarak kurumsallaşmadığı, dolayısıyla insanların ancak hastalık durumunda hekime başvurduğu ve bilinen anlamda hekim-hasta ilişkisinin yaşama geçirildiği, tıbbi bilgiye sahip hekimle iyileşme isteği taşıyan hastanın ikili ilişkisinden oluşan geleneksel hekim-hasta ilişkisinde geçerli olabilecek ilke ve kurallar makalenin önceki bölümlerinde dile getirildiği gibi Hekim Andı metinlerinde ve günün hukuk sisteminde yer almıştır. Hekim Andı metinlerine benzer biçimde, meslek örgütleri tarafından hazırlanarak yasallık kazanan meslek ahlak tüzükleri de hekim-hasta ilişkisinde genellikle hekimlerin hasta ve ilgili çevrelere karşı olan etik ve yasal sorumluluklarını içermektedir. Yüzyıllarca egemenliğini sürdüren, yalnızca hekim ve hastaya odaklı bu ilişki biçimi tıbbın kurumsallaşması, tıpta uzmanlaşmanın yaygınlaşması, hekimlik uygulamalarının bilgi ve teknolojiye dayalı olarak yürütülmeye başlamasıyla birlikte köklü bir dönüşüme uğramış; sağlık hizmet sunumu hekimin de içinde bulunduğu farklı meslek üyelerinden oluşan bir ekip tarafından yürütülür duruma gelmiştir. Bu nedenle günümüzde sağlık hizmetlerine başvuran bir hasta koruyucu, tedavi edici ve esenlendirici hizmetlerin her aşamasında bir hekim yerine, bir sağlık ekibiyle karşı karşıya kalmakta; bu ortamda yaşanan ilişki hekim-hasta ilişkisi olarak adlandırılmakla birlikte "sağlık ekibi-hasta ilişkisi" olarak gerçekleşmektedir. Üstelik bu ilişki toplumda geçerli kılınan sağlık politikaları doğrultusunda ve kurumsal düzenlemelere göre belirlenmektedir. Sağlık hizmeti üretiminin bireysellikten çıkarılarak toplumsal işbölümü çerçevesinde yeniden örgütlendiği günümüzde, ekip hizmeti olduğu gerçeğinin göz ardı edilerek yalnızca hekimin görev ve sorumluluklarından söz edildiği geleneksel anlayışın da gözden geçirilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hasta haklarının etik açısından yaygın biçimde savunulduğu ve hukuksal açıdan güvenceye alındığı günümüz koşullarında bir meslek grubunun üyesi olarak hekimlerin haklarının da belirlenmesi gündeme gelmiştir.

Hasta ile hekimin aynı sağlık sistemi içinde yer alan, dolayısıyla aynı etkenlere maruz kalan bireyler olarak mesleki uygulamanın karşıt tarafları değil, eşitler arası ilişki çerçevesinde hak ve sorumluklara sahip bireyleri olarak kabul edilmek durumundadır. Bu bağlamda dile getirilebilecek hekim haklarını hastalara karşı haklar değil, hastalarla dayanışma içinde ve mesleki değerleri koruyan nitelikli hizmet üretimi için devlet aygıtından sağlanmasını ve korunmasını istedikleri hak kategorileri olarak değerlendirmek gerekmektedir. Öte yandan hekim haklarının yaşama geçirilmesi, hedeflenen insancıl tıp ortamının yaratılmasındaki vazgeçilmez önemi nedeniyle hasta haklarının da yaşama geçirilmesine katkıda bulunacağı açıktır. Bir başka deyişle hekim hakları, hasta haklarının bir gereği olarak karşımıza çıkmaktadır. Hasta haklarının hekimlere karşı haklar olmadığı gerçeğinden hareketle, hasta hakları savaşımının öncülüğünü üstlenen hekimlerin bu aşamada kendi haklarını elde etmek için hastalarla dayanışma içinde olmayı beklemeleri kadar doğal bir durum olmasa gerektir. Hekim hakları henüz yeterince yüksek sesle dile getirilemediği, özlük hakları bağlamının ötesinde etik bir temele dayandırılmadığı için aşağıda sıralananlar ancak, tartışılmakta olanları içeren bir öneri demetidir ve Dr. Taner Özbenli tarafından 12 maddede kaleme alınan hak kategorilerini içermektedir.

1. Hekimin çağdaş bilimsel tıp olanaklarından yararlanma ve mesleki uygulamalarında kullanma hakkı: Tıbbi bilgi ve uygulama olanaklarının hızla geliştiği günümüzde hekimin, mesleki gelişimi, mesleğe yabancılaşmaması, hastasına nitelikli sağlık hizmeti olanaklarını sağlaması açısından önem taşımaktadır.
2. Hekimin mesleki uygulamada etik ilkelere bağlı olma hakkı: Hastanın etik duyarlılığa sahip hekim tarafından tedavisinin yapılmasını bekleme hakkı, bu hakkın temelini oluşturmaktadır. TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları metninde hekimin görevi olarak vurgulanan “etik ilkelere uygun mesleki uygulama ve tutum geliştirme”, bu ilkelerin aynı zamanda hekime karşılaştığı etik sorunların çözümünde nesnel bir temel oluşturması ve tutumunun haklılığını gerektirebilmesi açısından önem kazanmaktadır.
3. Hekimin mesleki bağımsızlığını ve özerkliğini koruma hakkı: Mesleki uygulamada özgür klinik karar verebilen hekim, hasta haklarının da olmazsa olmazlarından biridir. Hastanın tanı, tedavi ve izlem süreçlerinde yaratıcılık ve düşünce özgürlüğü ancak her tür baskıdan arındırılmış, klinik özerkliğin sağlandığı koşullarda olanaklıdır. Bu hakkın kullanımı insan hakları ihlallerinin olduğu ortamlarda mesleki bilginin kötüye kullanımının önlenmesi açısından özel bir anlam taşımaktadır.

4. Hekimin kendi değerlerine ters düşen durumlardan kaçınma hakkı: Hastaya ilişkin değerlerin klinik kararlarda yer aldığı günümüz tıp uygulamalarında, hekimin kendi değerlerini tartışma konusu yapmaksızın uygun olmayan seçimleri onaylamasını ve uygulamasını beklemek, gerçekçi olmadığı gibi hekimlik mesleğini teknisyenlik olarak görme hatasına da yol açacaktır.
5. Hekimin kendi sağlığını koruma hakkı: Hekimin, mesleği gereği sağlık riskleri altında olduğu gerçeği, bu hakkın kaynağını oluşturmakta ve çalışma koşullarında söz konusu riskleri en aza indirecek önlemlerin alınmasını isteme hakkını dile getirmektedir.
6. Hekimin yeterli bir gelir düzeyini isteme hakkı: Bilgi ve emek yoğun bir mesleki uygulama belirli düzeyde bir ekonomik geliri gerektirmektedir. Mesleki bağımsızlığın da bir koşulu olan ekonomik bağımsızlık bilgiye ulaşımın ve bilimsel gelişmeleri izlemenin giderek güçleştiği günümüz koşullarında önem taşımaktadır.
7. Hekimin hastayı reddetme hakkı: Acil durumlar dışında, uğraşyla ilgili ya da kişisel nedenlerle hekimin hastayı reddedebilmesi yanı sıra hekim-hasta arasında güven ilişkisinin zedelendiği durumlarda da bu hakkın kullanılması savunulmaktadır.
8. Hekimin yönetsel süreçlere katılma hakkı: Hekimler gerek mesleki kimlikleri gerekse içinde yaşadıkları toplumda taşıdıkları aydın kimlikleri nedeniyle sağlık politikaları başta olmak üzere ülke politikalarının belirlenmesinde yer alabilmeli ve karar süreçlerine aktif olarak katılabilmelidirler.
9. Hekimin mesleki beceri ve yeteneğini geliştirme hakkı: Hekimliğin sürekli mesleki eğitim gerektiren bir meslek olması, tıbbi bilginin yenilenme hızı, yeni teknolojilerin klinik uygulamada giderek artan kullanımını bu hakkın temel gerekçesini oluşturmaktadır. Malpraktis yasalarının sağlık gündemindeki ağırlıklı konumu da bu hakkı haklı kılan bir başka gerekçedir.
10. Hekimin danışım hakkı: Sağlık hizmeti üretiminin ekip çalışmasına dayalı olduğu günümüz hekimlik uygulamaları, klinik ve etik kararların verilmesinde danışım mekanizmasını gerekli kıldığı için hekimin danışım hakkı mesleki uygulamanın bir gereği olmak durumundadır.
11. Hekim hatasına ortak olmayı reddetme hakkı: Tıbbi bilgi ve teknolojiye dayalı yeni uygulama olanaklarının artışı ve bu olanakların kullanımı konusunda artan kamuoyu baskısı, aynı zamanda hatalı uygulamalara da zemin hazırlamaktadır. Yeni tedavi yöntemlerine ilişkin eğitimin de yetersiz kaldığı tıp ortamında hekimin, meslektaş hatalarına ortak olmayı reddetme hakkı, hem hekim hem de hasta

açısından güvenli sağlık ortamı yaratmayı hedeflemesi bağlamında önem taşımaktadır.

12. Hekimin cezalandırma pratiklerinde bulunmayı reddetme hakkı: Geleneksel yaşamı savunma ilkesi ile çağdaş insan haklarına ve onuruna saygı ilkesi, hekimin yönetsel otoritelerden gelen cezalandırma pratiklerinde yer alma biçimindeki görevlendirmeleri kabul etmelerine aykırılık oluşturmaktadır. DHB'nin hekimlerin ölüm cezalarına katılımının sonlandırılmasına ilişkin Lizbon Bildirgesi, işkence ve her türlü kötü muamele ortamlarında bulunmalarını yasaklayan Tokyo Bildirgesi bu hakkın temel dayanaklarını oluşturmaktadır (20).

### Hekim Sorumluluğu

Hekimin mesleki uygulamasından kaynaklanan sorumluluk "tıbbi sorumluluk" olarak tanımlanmaktadır. Tıbbi sorumluluk ceza sorumluluğu, hukuksal sorumluluk, idari sorumluluk ve disiplin sorumluluğu olmak üzere dört başlıkta ele alınmaktadır. Bunlardan ilk üçüne ilişkin konular ülkemizde başta Türk Ceza Yasası, Medeni Yasa ve Borçlar Yasası olmak üzere çeşitli hukuksal düzenlemelerde ayrıntılı olarak yer almaktadır (21). Bu makalede ise hekimlerin etik ve deontolojik sorumluluklarından, bir başka deyişle meslek örgütü tarafından kovuşturulan disiplin sorumluluğundan söz edilmesi amaçlanmaktadır. Hekimlerin etik açısından hangi tür sorumlulukları taşıdığını ya da kimlere karşı sorumlu olduğunu sorgulayacak olursak, genel olarak ve kısaca şunları söyleyebiliriz:

1. Hastalarına karşı sorumluluk
2. Meslektaşlarına karşı sorumluluk
3. Topluma karşı sorumluluk
4. Bir insan olarak kendisine karşı sorumluluk (22).

Sayılan sorumluluk türleri, meslek ahlak tüzüklerinin de içeriğini oluşturmaktadır. Makalenin bu bölümünde hekimliğin güncel sorunlarına yanıt verme niteliği taşıdığı düşünülen ve TTB'nin 47. Büyük Kongresinde tüzük olarak kabul edilen "Hekimlik Meslek Etiği Kuralları" temel alınarak önemli görülen noktalar vurgulanacaktır. Dayanağını 6023 sayılı TTB Yasasının 59/g maddesinden alan ve 47 maddelik 7 bölümden oluşan metinde, mesleki uygulamalara ilişkin genel kural ve ilkeler, hekimler arası ilişkiler, hekim-hasta ilişkileri, hekimlik ve insan hakları, tıbbi araştırmalar ve yayın etiği konuları yer almaktadır. Metin içeriğindeki bazı önemli konular şunlardır:

Hekimin öncelikli görevi hastalıkları önlemek, bilimsel gereklere uygun tedavi yoluyla insan yaşamını ve sağlığını korumak ve mesleki uygulamada insan onurunu gözetmektir (Madde 5).

Hekimin mesleki uygulamada uyması gereken evrensel etik ilkeler yarar sağlama, zarar vermeme, adalet ve özerkliğe saygı ilkeleridir (Madde 6).

Hekim hastaları arasında siyasal görüş, sosyo-ekonomik durum, dinsel inanç, milliyet, etnik köken, ırk, cinsiyet, yaş ve benzeri açılardan ayrımcılık yapmama yükümlüdür (Madde 7).

Hekimin mesleki uygulamada vicdani ve mesleki özerkliği, sır saklama ve acil yardım yükümlülükleri sırasıyla 8, 9 ve 10. maddelerde dile getirilmiştir.

Hekim mesleki uygulamada koruyucu hekimlik ilkelerini, bilimsel ve çağdaş tanı-tedavi yöntemlerini göz önünde bulundurur; bilimsel olmayan yöntemleri uygulamaz, bilimsel aşamalardan geçerek ruhsatlandırılmamış maddeleri ilaç olarak kullanamaz (Madde 12).

Malpraktis, aracılık etme ve aracidan yararlanma yasağı, endüstri ile ilişkilerde çıkar sağlama yasağı 13, 14 ve 15. maddelerde ele alınmıştır.

Meslektaşlar arası ilişkilerde saygı, mesleki dayanışma, yetkinlik dışı çalışma yasağı, danışım ve ekip çalışması metnin üçüncü ana bölümünün konusudur.

Metnin önemli bölümlerinden biri hiç kuşkusuz, günümüzde geçerli olan hekim-hasta ilişkisinin evrensel kabul gören öğelerini içeren dördüncü bölümüdür. Makalenin önceki bölümlerinde, ayrıntılı olarak ele alınan Hasta Hakları Bildirgesi ışığında hazırlanan bu bölüm, hasta haklarına saygı, hekim seçme özgürlüğü, aydınlatılmış onam, bilgilendirilmeme hakkı, terminal dönem hastalarına yardım, hasta bilgi ve kayıtlarının hastaya verilmesi ve kullanımı başlıklı maddelerde düzenlenmiştir. Bu bölümde ayrıca hekimin, muayene etmeden hastaya tedavi başlayamayacağı ve hasta üzerindeki etkisini tıbbi amaçlar dışında kullanamayacağı dile getirilmektedir. Hekimin hangi durumlarda tedaviyi üstlenemeyeceği ya da yarıda bırakabileceği 25. maddede yer almaktadır. Bu bağlamda hekimin, tıbbi bilgi ve becerisini gerektiği gibi uygulayamayacağına karar verdiği ve hastanın başka bir hekime başvurabileceği durumlarda tedaviyi üstlenemeyeceği ya da yarıda bırakabileceği; bu kararı konusunda hastayı bilgilendirmesi ve hastanın sağlığına yönelik önlemleri alması gerektiği belirtilmektedir.

Metnin çağdaş tıp uygulamaları açısından önem ve öncelik taşıyan bir başka bölümü, hekimlik ve insan haklarının düzenlendiği beşinci bölümdür. Hekimin, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi başta olmak üzere konuyla ilgili uluslararası sözleşmelere ve hekimlikle ilgili ortak kurallara uymakla yükümlü olduğu; bu çerçevede işkence ve benzeri uygulamalara katılamayacağı, onur kırıcı-aşağılayıcı süreçlere yardımcı olamayacağı, gerçeğe aykırı rapor düzenleyemeyeceği, işkence savı olan durumlarda ise mesleki bilgi ve becerisini

gerçeğin ortaya çıkarılması için kullanacağı dile getirilmektedir. DHB'nin konuyla ilgili bildirgesine uygun olarak hekimin, ölüm cezası uygulamasına asla katılmayacağı, yardımcı olamayacağı ve tıbbi hizmet veremeyeceği vurgulanmaktadır. Tutuklu ve hükümlülere yapılacak tıbbi yardımın temel ilkeleri de bu bölümün konusudur ve bu süreçlerde tutuklu ya da hükümlünün tedaviyi reddetme hakkı da içinde olmak üzere hasta haklarının bütün öğelerinden yararlanması gerektiği, hekimin zorla muayene ya da tedavi yapamayacağı belirtilmektedir. Olağandışı durumlar ve savaş ortamlarında hekimin, evrensel tıbbi etik ilkelerine uygun davranması ve tarafsızlık ilkesini koruyarak triaj kurallarını uygulaması gerektiği dile getirilmektedir. 39. maddede ise, metnin hazırlandığı dönem ard arda gelen genç kız özkıyımlarıyla kamuoyunda ciddi tartışmalara yol açan cinsel ilişki muayeneleri, hekimlik meslek etiği açısından taşıdığı önem göz önünde bulundurularak kurula bağlanmıştır. Bu bağlamda, hekimin savcılık ve mahkemeler dışındaki cinsel ilişki muayene istemlerini dikkate alamayacağı, ilgili ya da velisinin aydınlatılmış onamı olmadıkça cinsel ilişki muayenesi yapamayacağı vurgulanmıştır.

Günümüz tıbbının ve hekimlik uygulamalarının temelini oluşturan tıbbi araştırma ve yayın etiği konusu, tüzük metninin altıncı bölümünde düzenlenmiştir. Araştırma ve yayın etiğine yönelik evrensel ilkeler ışığında hazırlanan bu bölümde insan üzerinde yapılacak klinik, deneysel ve epidemiyolojik araştırmaların, konusunda yetkin ve etik sorumluluk taşıyan araştırmacılar tarafından, etik kurul değerlendirilmesinden geçtikten sonra, gönüllünün aydınlatılmış onamı eşliğinde, onun sağlığı, esenliği ve mahremiyetinin korunması temelinde, gönüllü yararının bilimsel ve toplumsal yararın üstünde tutulması koşuluyla yapılabileceği vurgulanmaktadır (23).

## SONSÖZ

Sağlığa ilişkin hak ve değerlerin toplumsal dinamikler eşliğinde yeniden tanımlanması, tanımlanmakla kalmayıp hukuksal korunmaya alınması onların yaşama geçirildiği anlamına gelmemektedir ne yazık ki. Gerçekleştirilmesi hedeflenenlerle gerçekte olanlar arasındaki derin uçurumu, hastalık ve sağlığın bireysel değil, yaşama ve çalışma koşulları ile toplumsal ilişkilerin bir ürünü olduğu, dolayısıyla toplumsal yapıdan ayrı düşünülmemeyeceği gerçeğinden hareketle açıklamak olanaklıdır. Evrensel ölçekte insan yaşamının hemen her alanını kuşatan neoliberal kapitalist sistem, insan hakları yaklaşımının ancak sosyal devlet paradigması çerçevesinde yaşama geçirilebileceği gerçeğini unut-

turmayı amaçlamıştır ve bu amaç doğrultusunda sağlığa ilişkin umutları adeta bir buldozer gibi ezip geçmiştir. Öyle ki, sosyal devlet paradigmasının ayrılmaz parçası olarak insan hakkı kapsamına alınan çalışma, eğitim ve sağlık gibi temel varoluş alanları, estirilen neoliberal rüzgarlarla alınır-satılır birer meta haline dönüştürülmüş; çökuluslu tekellerin sorunsuz ve ebedi kâr alanları olarak yeniden düzenlenmiştir. Yaşam alanlarının metalaştırılmasına dayalı bu dönüşüm dünya çapında 1980'li yıllarda başlamış ve hızla yaygınlaşmıştır. İnsan haklarını birer tüketici hakkına indirgeyen neoliberal dönüşüm, ortaya çıkardığı sonuçlar göz önünde bulundurulduğunda "İnsanlık ailesi olarak topyekün bir yanılısama mı yaşamıştık acaba? Bireysel gelişim ve haklar adı altında yarışmacı, çıkarlarını her şeyin üstünde gören, para dışında hiçbir değeri önemsemeyen bireycilere mi dönüştürüldük?" sorularını akla getirmektedir. Bu sorular haklı ve anlaşılabilir sorulardır, çünkü insan haklarının yaygınlaştığı dönemle neoliberal dönüşüm tarihsel olarak aynı aşamaya denk düşmektedir. Sonuçlarına bakılacak olursa bu dönüşüm, kullanılan yüksek teknoloji ve bilgiye dayalı sağlık uygulamalarına karşın halkın sağlık düzeyini yükseltmemiş, eşitsizlikleri derinleştirmiş, sağlık güvencesinden yoksunların ve sigorta kapsamı dar olanların sayısını arttırmıştır.

Sağlık sistemi, toplumun gelişim düzeyini ve karakterini yansıtan bir ayna işlevi görmektedir. Sağlık hizmetlerine bakıştaki köklü dönüşüm toplumsal risk karşısında kolektif mücadele yürütme anlayışından, sağlık hizmetlerini sermaye birikiminin destekçisi olarak görme anlayışına geçişle karakterizedir. Hizmetlerin bireyselleştirilmesi ve ticarileştirilmesi bu karakterin temel göstergesidir. Oysa sağlık aşağıda sayılan nedenlerle meta olamaz ve ticarileştirilemez:

1. Sağlık doğrudan varoluşsal bir durumdur ve hava, su, hukuk, güvenlik gibi toplumun ortak varlığı olarak değerlendirilmektedir.
2. Kişiler piyasada sunulan bir malı tüketip tüketmeme yönünde bir seçim yapabilirken, hasta olup olmayacakları, ne zaman hasta olacakları, hangi hastalığa yakalanacakları gibi konularda bir seçimde bulunamazlar.
3. Hastanın tıbbi yardım isteğinin çerçevesi başlangıçta hasta tarafından belirlenemez, bu belirleme ancak bir hekime başvuru sonrasında yapılabilir.
4. Hastalık kişide belirsizlik, zayıflık, bağımlılık ve muhtaçlık yaratan, onun özerkliğini zedeleyen bir süreçtir.
5. Tıbbi yardıma en çok gereksinim duyan hastaların büyük bölümü alt sosyo-ekonomik düzeyden gelmektedir ve hastalık süreci için gerekli maddi kaynaktan yoksundurlar (24).

Sağlığın metalaştırılması süreci, insan yaşamının tıplaştırılması (medikalizasyon) ve ilaca yönltilmesi (farmasötikalizasyon) gibi iki temel strateji eşliğinde uygulanmaktadır. Menstruasyon, gebelik, doğum, saç dökülmesi, boy kısıllığı, menapoz, andropoz gibi olağan yaşam döngüleri ve fizyolojik süreçler hastalık kategorisine sokularak tıbbi tedavi kapsamına alınmakta; tedavinin ana ögesini ise bir “sihirli formül” olarak ilaçlar oluşturmaktadır. Sağlığa ilişkin arz-talep mekanizmaları, “hastalık tacirliği” temelinde şekillendirilmekte ve denetlenmektedir (25). Tıbbi endüstrinin çıkarları doğrultusunda ve piyasa dinamikleri gözetilerek oluşturulan sağlık politikaları, süreç içinde hasta isteklerini ve hekimin tıbbi kararlarını yönlendiren nitelik kazanmaktadır. İlaç endüstrisinin doğası gereği, sağlık gereksinimleri yerine pazarlama odaklı olarak planladığı bilimsel araştırma sonuçları, “kanıta dayalı tıp” uygulamasının veri tabanını oluşturmakta; ilaç tedavisi gerektiren sınır değerler (örneğin hipertansiyon ve hiperkolesterolemi düzeyleri) sürekli düşürülerek ilaca bağımlı insan sayısı artırılmakta; sağlıklı yaşam paranoyası yaratılarak kışkırtılan hasta istekleri, klinik özerklik koşullarında iyi hekimlik değerleri sergilemek yerine kamu-özel ortaklığına dayalı zincir hastanelerde performans anksiyetesi altında çalışmaya zorlanan hekimlerin tıbbi kararlarını etkilemektedir. Sağlık sisteminin içinde bulunduğu bu “sağlıksızlık üreten” ortamda, sağlık otoritelerinin neden her fırsatta hasta haklarının geniş yelpazesi içinden hekim seçme hakkını öne çıkardıklarını açıklamak zor olmasa gerektir. Çünkü sağlıkta neoliberal dönüşüm, özü gereği her alanda rekabete dayalı bir sistemdir ve işbirliği-dayanışma gibi kolektif değerlere düşmanlıkla malüldür.

Günümüz sağlık ortamına bu son bakış, hasta ve hekim haklarının yaşama geçirilmesi için öncelikle yapılması gerekenin, hastaların ve hekimler başta olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının el ele vermeleri ve “insancıl değerlere dayalı başka bir sağlık sistemi” belgisiyle, piyasa dinamiklerine terk edilmiş olan bu sistemden kurtulmaları olsa gerektir.

## KAYNAKLAR

1. Rousseau JJ. İnsanlar Arasındaki Eşitsizliğin Kaynağı (Çev. İleri RN). 5. Basım. İstanbul: Say Yayınları; 1995:84
2. Hamzaoğlu O. Sağlık nedir? Nasıl tanımlanır? Toplum ve Hekim 2010;25:403-10
3. Illich I. Sağlığın Gaspı (Çev. Sertabiboğlu S). 1. Basım. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 1995:190

4. Sezgin D. Tibbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık. 1. Basım. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2011:36-8
5. Turner BS. Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi (Çev. Tatlıcan Ü). 1. Basım. Bursa: Sentez Yayıncılık; 2011:28-9
6. Aydın E. Tıp etiğine Giriş. Ankara: Pegem A Yayınevi; 2001:26-30, 116-9
7. Oğuz NY. Hekim Andı ve benzeri metinler. In Arda B, Oğuz N, Şahinoğlu Pelin S. ed. Deontoloji (Genişletilmiş 2. Baskı); Ankara: Antıp AŞ Yayınları; 1999:1-10
8. Arda B. İnsan hakları kavramı ve uluslararası düzeyde tıbbi etik ile ilgili bildireler. In Arda B, Oğuz N, Şahinoğlu Pelin S. ed. Deontoloji (Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara: Antıp AŞ Yayınları; 1999: 111-20
9. Oğuz Y. Klinik uygulamada hekim-hasta ilişkisi. T Klin Tıbbi Etik 1995;2-3:59-65
10. Köküz AN. Etikten hukuka hasta hakları. TÜBİTAK Bilim ve Teknik 1995;336:51-5
11. Kalaça Ç. Sağlık hakkında hasta haklarına. TÜBİTAK Bilim ve Teknik, 1996;338:38-41
12. Whitehead M. Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayını; 1992:5, 9.
13. Atay O. Tehlikeli Oyunlar. 2. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 1984:200-1
14. Hatun Ş. Hasta hakları hepimizin hakkı. TÜBİTAK Bilim ve Teknik 1995;336:54
15. Görkey Ş. Hasta hakları. In Hatemi H, Doğan H. Ed. Medikal Etik – 4; İstanbul: Yüce Yayın; 2003:100-6
16. Hatun Ş. Hasta Hakları -Temel Belgeler. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayını; 1995:11, 12-8
17. Oğuz NY. Hasta hakları alanındaki gelişmeler ve değişen değerler. T Klin Tıbbi Etik, 1997; 5:50-5
18. Dünya Hekimler Birliği Hasta Hakları Bildirgesi (Santiago, 2005 Güncellemesi) Türkçe çeviri: Türkiye Biyoetik Derneği
19. Hasta Hakları Yönetmeliği. 01.08.1998 tarih ve 23420 sayılı Resmi Gazete
20. Özbenli T. Hekim hakları. In Ankara Tabip Odası Etik Bürosu ed. Etik Bunun Neresinde! Ankara: Ankara Tabip Odası Yayınları; 1997:53-66
21. Arda B. Normatif sistemler, tıbbi fiil ve sorumluluk kavramları. In Arda B, Oğuz N, Şahinoğlu Pelin S. ed. Deontoloji (Genişletilmiş 2. Baskı). Ankara: Antıp AŞ Yayınları; 1999:145-8
22. Şahinoğlu Pelin S, Oğuz NY. Tıbbi etik açısından hekim sorumluluğu. T Klin Tıbbi Etik 1994;2:161-3
23. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayını; 2002
24. Deppe HU. Sağlık hizmetlerinin doğası: Metalaştırmaya karşı dayanışma. In Panitch L, Leys C. ed (Çev. Haskan U). Kapitalizmde Sağlık-Sağlıksızlık Semptomları. İstanbul: Yordam Kitap; 2011:42-53
25. Applbaum K. Sağlıkta küresel pazarlama: İlaç entrikaları. In Panitch L, Leys C. Ed (Çev. Haskan U). Kapitalizmde Sağlık-Sağlıksızlık Semptomları. İstanbul: Yordam Kitap; 2011:98-118