

SAĞLIK ALANINDA İNSAN HAKLARI VE ETİK

Ümmühan BARDAK*
Dilaver TENGİLİMOĞLU**

Özet:

Sağlık alanında insan hakları konusu; temel bir insan hakkı olarak "sağlıklı olma ve sağlık hizmeti alma hakkı"nı, herkesin mevcut sağlık bilgileri ve kuruluşlarına hiçbir engel olmaksızın ulaşabilmesini ifade eden "hakkaniyet ilkesi"ni, hem geleneksel hem de biyoloji ve tıptaki ileri gelişmeler sonucu ortaya çıkan "tıbbi etik" sorunlarını ve aynı zamanda "hasta hakları"nı içerir. Makalede konunun tüm bu boyutlarına değinen kısa bir girişten sonra, esas olarak hasta hakları konusu ele alınmış; hasta haklarını hem uluslararası hem de ulusal alanda bu kadar popüler ve gerekli kılan gelişmelere kısaca değinilmiştir. Tıptaki hızlı gelişmeler, sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve sonucunda meydana gelen güven bunalımı; geleneksel olarak etik kurallarla işleyen ve güven ve saygıya dayalı hasta-hekim ilişkisini, hukuksal olarak iki eşit birey arasında yapılan bir hizmet akdine dönüştürmüştür. Uluslararası alanda kabul gören ve hem bireysel hem sosyal hakları içeren temel hasta hakları anlatılırken; aynen insan haklarında olduğu gibi, hasta hakları açısından da özellikle risk altında bulunan gruplardan bahsedilmiş, hasta haklarının korunması ve geliştirilmesi için hayati önem taşıyan mekanizmalar üzerinde durulmuştur. Makalenin son bölümünde; ülkemizde hastaların yasal hakları ile koruyucu mekanizmalara ve sağlık kuruluşlarımızdaki uygulamalar hakkında yapılan birkaç araştırmadan söz edilmiş; bazı sonuç ve önerilerle yazıya son verilmiştir.

* Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Avrupa Topluluğu Uzmanı

** Gazi Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Öğretim Üyesi

Anahtar Sözcükler: hasta hakları, sağlık hizmetleri, tüketicinin korunması, sağlıkta insan hakları, tıbbi etik, şikayet prosedürleri, bilgilendirilmiş onay, mahremiyet, hasta katılımı.

Key Words: patient rights, health care services, consumer protection, human rights in health, biomedical ethics, complaint procedures, informed consent, privacy, patient participation.

Abstract:**HUMAN RIGHTS AND ETHICS IN HEALTH SECTOR**

Health aspects of human rights include "right to health and health care" as a fundamental human right; "equity principle" which means equal opportunity for access to care, services and treatment; "medical ethics" problems particularly arising rapid biological and medical developments; as well as "patients' rights" for the protection of self-determination, dignity and integrity of the patient as a person. After having mentioned shortly about all these dimensions of the field; the issue of patients' rights and its popularity and necessity both in international and national areas as a result of the developments were specifically studied. Accelerating developments in biology and medicine and commercialisation of health care services resulted in disappearance of traditional personal confidence and ethical principles between the patient and the health care provider; and nowadays the relationship has transformed from the field of ethics into the field of law as a service contract between the equal partners. While mentioning about basic patients' rights which comprise both individual and social rights as accepted in international arena; special categories of patients that make them more vulnerable were examined; as well as mechanisms to support and enforce patients' rights were especially emphasised. At the end of the article, legal status of patients and the implementation of the rights in Turkey are reviewed with some examples and conclusions.

GİRİŞ

Tarihsel olarak, insan hakları literatüründe geçen diğer birçok hak çok daha önceden ele alınmasına ve uluslararası belgelere ve ulusal anayasalara girmesine rağmen, "sağlık hakkı", ancak bu yüzyılda tartışılmaya başlanan ve dünyadaki birçok ülkenin anayasasına en son giren haklardan birisidir. 18. ve 19. yüzyılda yapılan anayasalarda diğer birçok haktan tek tek bahsedilirken, "sağlık hakkı"na atıf bulunmamaktadır. Sağlık hakkı konusunda ilk defa, 1948 yılında imzalanan Birleşmiş Milletler'in İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi'nin 25. maddesinde aşağıdaki şıklar yer almıştır:

a) Kendisinin ve ailesinin sağlığı ve iyiliği için herkes; gıda, giyecek, barınak ile tıbbi bakım ve temel sosyal hizmetler de dahil olmak üzere; uygun bir yaşam standardı hakkına; ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk, yaşlılık veya kişinin kontrolü dışında gelişen diğer geçim zorluğu durumlarında güvenlik (güvenli yaşam) hakkına sahiptir.

b) Annelik ve çocukluk dönemi özel bir bakımı ve yardımı gerektirir. Evlilik içinde ya da evlilik dışı doğmuş olsun, tüm çocuklar aynı sosyal korunma hakkına sahip olacaktır.

Bundan sonra 1961 yılında imzalanan Avrupa Sosyal Şartı ile, 23 adet temel sosyal ve ekonomik hakkın koruma altına alınmasına, ve tüm nüfusu kapsayan bir sosyal korumanın sağlanmasına da öncülük etmiştir. Bu sözleşmenin sağlığın korunması hakkına ilişkin 11. maddesinde şöyle demektedir:

“Sağlığın korunması hakkının etkin uygulamasını temin etmek üzere taraflar, doğrudan ya da kamu/özel örgütlerle işbirliği içinde aşağıdaki uygun önlemleri almayı taahhüt ederler:

1. Sağlığı bozan sebepleri mümkün olduğunca uzaklaştırmak;
2. Sağlık konularında bireysel sorumluluğu teşvik etmek ve sağlığın geliştirilmesi için eğitim ve danışma fırsatlarını sağlamak;
3. Mümkün olduğu kadar epidemik, endemik ve diğer hastalıkları önlemek.”

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Anayasası'nın önsözünde; sağlığın “sadece hasta veya sakat olmama hali değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal açıdan tam bir iyilik hali olduğu” şeklindeki tanımı yapılmakta; her insanın “ırk, din, siyasi inanç, ekonomik ve sosyal durumu gözetilmeksizin elde edilebilecek en yüksek sağlık standardına ulaşmasının” temel haklarından biri olduğu teyit edilmekte; ve “yalnızca uygun sağlık ve sosyal tedbirler almak suretiyle yapılabilecek olan halkların sağlığını koruma sorumluluğunu” doğrudan devletlere vermektedir. 1970 yılında DSÖ'nün 23. Dünya Sağlık Asamblesinde kabul edilen bir kararla da; yukarıdaki gelişmelerin hepsinin ötesine giden “Sağlık hakkı, temel bir insan hakkıdır.” ilkesi açıkça benimsenmiştir.

Son olarak Avrupa Konseyi tarafından hazırlanan “Avrupa İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi” taslağı bugünlerde Avrupa ülkelerinin imzasına açılmıştır. Bu sözleşme, tıp uygulamalarındaki etik ve insan hakları sorunlarına yönelik temel ilkelerin ve en düşük uygulama standartlarının tanımlandığı temel bir metin olacaktır. Açık ismi “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanmasında İnsan Haklarının ve Onurunun Korunması Sözleşmesi” olan söz konusu taslaktaki temel yaklaşımda; biyolojik ve tıbbi gelişmelere belirli kurallar çerçevesinde izin verilirken; insanın iyiliğinin ve menfaatlerinin her şeyden üstün tutulması, herkesin sağlık hizmetlerinden adil bir şekilde yararlanması, ve biyoloji ve tıp alanında mesleki standartların oluşturulması yer almaktadır.

Tüm Avrupa/Dünya devletlerinin imzasına açık olan sözleşme; BM İnsan Hakları Evrensel Beyanname, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi, Avrupa Sosyal Şartı gibi insan hakları konusundaki temel sözleşmelerden yola çıkarak, Avrupa Konseyi'nin önderliğinde hazırlanmıştır. Sözleşmede sağlık hizmetlerindeki temel ilkeler (her türlü işlemde kişinin serbest ve aydınlatılmış onayının alınması, özel yaşam ve bilgi edinme hakkı, vs.) ve günümüzdeki başlıca etik problemleri oluşturan genetik mühendislik, bilimsel araştırmalarda kullanılan denekler ve organ nakilleri ile bunlardan ticari kazanç yasağı gibi konular ele alınmaktadır.¹

¹ Council of Europe: “Draft Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention

Sağlık alanında insan hakları konusu üç başlık altında incelenebilir: İlk olarak, bu yüzyılda kazanılmış olan, hasta-sağlam tüm insanların doğal olarak sahip olduğu “sağlık hakkı”dır. Sağlıklı yaşam hakkı da denilebilen bu hak, “sağlık hizmeti/bakımı alma hakkı” olarak da yorumlanabilir. Esas olarak “sağlık hakkı”, sağlıklı bir yaşam sürmeyi; kişisel sağlığı koruma ve geliştirme konusunda mevcut tüm bilgi, beceri ve imkanlara sahip olmayı; ve gerektiğinde danışma, bilgi ve beceri kazanma, korunma, tedavi ve rehabilite edilme hizmetlerini almak üzere herkesin tüm sağlık kuruluşlarına hiçbir engel olmaksızın ulaşabilmesini içermektedir. Bu da **“hakkaniyet”** ilkesinin gözetilmesini içerir.

Sağlık alanında insan hakları araştırmasının ikinci başlığı ise, potansiyel olarak “sağlıklı olma” ve ihtiyaç duyduğunda bir engelle karşılaşmaksızın “sağlık hizmetlerine ulaşabilme” haklarına sahip olan, sağlığı konusunda bilinçli bireyin; hastalandığında uygun tedavi ve bakımı alırken tıp kurumu karşısında daha zayıf ve kolay incinebilir durumundan dolayı (her zamankinden daha çok risk altında olan) temel bireysel haklarının gözetilmesi konusudur. Hasta, sağlık hizmetinde alternatifinin olmaması, iki taraf arasında bilgi açısından hekim lehine büyük bir eşitsizlik olması, ve ayrıca psikolojik olarak da hassas durumda bulunması nedeniyle haklarını koruyamayacak durumdadır. Bu durum popüler olarak **“hasta hakları”** diye ifade edilen konuyu gündeme getirmiştir. Bu konu ileri ki bölümlerde daha ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Diğer yandan tıbbi/biyolojik bilimlerdeki baş döndürücü hızlı gelişme, tıbbi teknolojiyi de peşinden sürüklemekte ve bir canlı türü olarak insan üzerinde daha önceden düşünülemeyecek müdahalelere izin vermektedir. Bütün bu yeni çalışmalar ve araştırmalar esnasında kullanılan insanlara, insan olmalarından dolayı saygı gösterilmesi ve tıp biliminin temel etik kurallarına titizlikle uyulması gerekmektedir. **“Tıbbi etik”**, mesleki ahlak kurallarından daha öte, ayrıca oluşturulması gereken bir alandır.

Sağlık alanında insan hakları konusu, Hipokrat’ın ortaya koyduğu tıp mensuplarının mesleki/ahlaki kuralları ile başlar. İnsana değer vermeyi konu alan bu deontolojik yaklaşım zaman içinde yeni gelişmelere göre şekil almış, bu yüzyılda ise bazı durumlarda yetersiz kalmasından dolayı birçok yönüyle hukukun konusu olmaya başlamıştır. Tıbbi etik tartışmalarının konusu olan yeni uygulamalar, insan haklarını gözetilen hukuk kurallarıyla sonuçlanmaktadır.

Tıbbi Etik: Bugün tıp etiğinin konusu olan sorunlar, “sağlık hakkı” denen temel insan hakkının korunması söz konusu olan her yerde karşımıza çıkabilmektedir. İlk olarak sağlıkla ilgili her türlü araştırmalarda karşımıza çıkar. İnsanların denek olarak kullanılmasından embriyo transferine kadar uzanan bir sorunlar yelpazesi vardır. “Yapılması olanaklı olan” ile “izin verilen”

arasındaki sınırın nerede çizileceği sorunu her zaman tartışılacaktır. İkinci olarak sorunlar, sağlık çalışanlarının kendileriyle ve hastalarıyla ilişkilerinde ortaya çıkabilmektedir. Sağlıkçıların kendilerine ilişkin mesleki anlayışları, sorumlulukları, tıp bilgisinin tıp-dışı amaçlarla kullanılmaması gibi kendilerine ilişkin sorunlar yanında; çalışanların hasta insanlara bakışından ve onlara yaptığı muameleden seçilecek tedavi şekline karar vermeye kadar uzanan sorunlar vardır. Üçüncü olarak, sağlık işlerinin planlanmasında ve yönetiminde de birçok etik sorun ortaya çıkabilir. Bunlar halk sağlığının kapsamına giren çalışmalardan, hastane idaresine kadar, yasa-yönetmelik çıkarmaktan meslek hastalıklarına karşı tutuma kadar uzanan etik problemlerdir.

Temel tıbbi etik ilkeleri; yaşama saygı, hastayı aldatmama, hasta sırrına saygı duyma, zarar vermeme, adalet ve yasalık (meşruiyet) ilkeleridir. Günümüzün başlıca etik sorunları ise dört başlık altında sıralanabilir:

1. Genel Olarak Kürtaj (Yaşamın Başlangıcı Sorunu)
2. Yaşam Desteği Sorunu (Yaşamın Sonlanması Sorunu)
3. Yapay Döllenme
4. Genetik Mühendislik²

Sağlıkta Hakkaniyet İlkesi: Sağlık hizmetlerinde yapılan tüm çabalara ve özellikle gelişmiş ülkelerdeki etkin hizmetlere rağmen; hala, farklı ülkeler arasında ve aynı ülkede yaşayan farklı gruplar arasında sağlık durumları ve aldıkları hizmetler bakımından farklılıklar bulunmaktadır. Bu farklılıklar standart sağlık istatistikleri ile bile görülebilmektedir. Ancak bu farklılıkların tamamı “eşitsizlik, adil olmayan farklılıklar” olarak tanımlanamaz. “Eşitsizlik” gereksiz ve önlenemez ve aynı zamanda, adil olmayan farklılıklar anlamına gelir. Böylece belirli bir durumun eşitsizlik olarak tanımlanabilmesi için, toplumun geri kalan kısmındaki şartlar göz önüne alınarak nedenin incelenmesi ve “haksız” olarak tanımlanması gerekir. Kişilerin doğuştan sahip oldukları refah düzeyleri, kalıtsal olarak sahip oldukları yetenekler, eğitim ve kişisel çabaların bir araya gelmesiyle oluşan refah ve gelir dağılımı hakkaniyet tartışmalarının başlangıç noktasını oluşturmaktadır.

İdeal olarak sağlıkta hakkaniyet ilkesi, herkesin tam sağlık potansiyeline erişebilme şansına sahip olması ve daha pragmatik olarak, sakınmadıkları sürece bu potansiyele ulaşmak açısından kimsenin dezavantajlı olmamasıdır. Hakkaniyet, sağlık için eşit fırsatlar yaratmak ve sağlık farklılıklarını mümkün olan en düşük seviyeye indirmektir. Bu konudaki politikaların sağlıkta ihtiyaç duyulan kaynakların adil dağılımını, herkesin mevcut fırsatlara ulaşmada eşit şansa sahip olmasını, ve hasta olduklarında toplumun bu insanlara sunduğu destek ve bakımda adil olmasını içermesi gerekir.

² WHO: Health Aspects of Human Rights, With Special Reference to Developments in Biology and Medicine, Geneva, 1976.

HASTA HAKLARI³

"Hasta hakları" konusu, bizim bu makalede özellikle üzerinde duracağımız bir insan hakları konusudur. Yukarıda saydığımız ve bu alana giren diğer iki konuya (sağlıkta hakkaniyet ve tıbbi etik) bu makalede yeri geldiğinde kısmen değinilecektir.

"Hasta" olmak, hastaneye yatmak insanda korku, endişe, sıkıntı yaratan, güvenliğini tehdit eden, ayrıca onu pasif ve bağımlı hale getiren olumsuz bir deneyimdir. Tanınan ve destek alınan çevreden uzaklaşma, bilinmezlik korkusu ve çevre kontrolü kuramama gibi bazı sorunlarla birey rol kaybına uğrar. Hastanede bu şekilde yoğun duygular yaşayan bir insan, kendisi ile ilgili yapılan işlemler hakkında sağlık görevlilerinden yeterli bilgi alamadığında korku ve endişesi daha da artmaktadır.

Sağlık ekibi üyelerinin hastalarla ilişkilerini nasıl düzenledikleri ile ilgili üç tip davranış modeli ortaya konmaktadır. İlki olan "teknik yönetsel model"de, sağlık ekibi üyeleri insanı dikkate almaksızın sadece hizmet verir. İkincisi olan; "babacan model"de sağlık ekibi üyesi hastanın verilen emirleri yerine getirmesini ister ve "en iyi ben bilirim" esasına göre hareket eder. Üçüncüsü ise "anlaşmalı model"dir; burada bakımı veren kişi ile hastanın ortak karar vermesi söz konusudur.⁴

Hastalar, gelişen tıp teknolojisi, giderek karmaşıklaşan sağlık sistemi ve insancılıktan uzaklaşan tıp kurumu karşısında kendilerini güçsüz ve korunmaya muhtaç hissetmektedir. İşte bu noktada, insanın onurunun ve bütünlüğünün korunmasını ve hastaya birey olarak gösterilen saygının artırılmasını amaçlayan çabalara ihtiyaç duyulmaya başlanmıştır. Bu çabaların bir ürünü olan "hasta hakları" kavramı son yıllarda sağlık hizmetleriyle ilgili uluslararası ve ulusal düzeydeki pek çok önemli tartışmada yer aldığı yeni bir çerçeveye doğru gitmiş, "hasta-merkezli tıp" tanımlamasına girmeye başlamıştır. Bunun sonucu hekim, daha çok danışman ve yol gösterici konuma gelmiştir. Ayrıca bu yeni ilişki biçiminde hastanın kararı da önem kazanmıştır. Böylece "paylaşılan karar" olarak nitelendirilen bu ilişki biçiminde, hasta ilkinde olduğu gibi edilgen değil, etkin durumdadır.

Burada açıklanmaya çalışılacak temel hasta hakları aslında, öncelikle her açıdan kişinin "kendi yaşamını belirleme" hakkını tam güvence altına almaya yöneliktir. Burada "yaşam" şeklinde dile getirilen şey kişinin biyolojik, psikolojik ve toplumsal varlığıdır. Hasta hakları, hastanın yaşamı ile beden ve ruh bütünlüğü üzerinde özgür iradesine dayalı etkinlikte bulunmasına imkan sağlayan haklardır.

³ BARDAK, Ümmühan: "Sağlık Alanında Etik ve İnsan Hakları", Sağlık Bakanlığı AT Koordinasyon Dairesi Uzmanlık Tezi, Ankara 1997.

⁴ YILMAZ, Meriyem: "Hasta Haklarının Hemşire, Doktor ve Yatan Yetişkin Hastalar Açısından İncelenmesi", Cumhuriyet Ün.Sağlık Bilimleri Enst. Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Tezi, Sivas, Şubat 1991, sy.11.

⁵ Türk Tabipler Birliği: "Hasta Hakları: Temel Belgeler", yay.hazırlayan Şükrü HATUN, Kasım 1995, Ankara.

Hasta hakları, esas olarak insan hakları ve değerlerinin sağlık hizmetlerine uygulanmasını ifade etmekte ve dayanağını insan haklarıyla ilgili temel belgelerden almaktadır. Bir başka deyişle insan olarak saygı görme, kendi yaşamını belirleme, güvenli bir yaşam sürdürme, özel yaşama saygı gösterme gibi ilkeler ile birlikte; yeterli sağlık bakımı ile sağlığın korunması ve mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşma, hasta haklarının da temelini oluşturmaktadır.

Hasta hakları ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda, bir çerçeve sunan ve hasta hakları alanında da uygulanabilecek olan bazı uluslararası belgeler dikkate alınmaktadır. Bunlar; İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi (1948), Uluslararası Medeni ve Siyasi Haklar Sözleşmesi (1966), Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (1966), Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi (1950) ve Avrupa Sosyal Şartı (1961) vb. gibi belgelerdir.⁶

Tarih boyunca süregelen hasta-hekim ilişkisinde, hekimin bilgi ve konumundan ötürü "etkin" rolde ve otorite sahibi olduğunu; bunlardan dolayı ilişkiyi onun yönlendirdiğini ve baskın rol oynadığını, buna karşın hastanın hekimin buyruklarına itaat eden bir rolde ve "edilgen" konumda olmuştur. Hasta-hekim ilişkisinin en temel özelliği olan; bilgiyi ve onun getirdiği gücü elinde tutan hekimin hasta üzerindeki tartışmasız otoritesi, hekimi ilişkiyi yöneten ve yönlendiren konuma getirerek, tıp uygulamalarında bazı olumlu sonuçlarına karşın hekimin istese de hastasıyla paylaşımcı bir ilişki kuramamasına yol açmıştır.⁷ Sahip olduğu otorite ve onun omuzlarına yüklediği sorumluluk sadece hastayı değil, giderek hekimi de rahatsız eder olmuştur. Bu ilişki biçimi "paternalist/ataerkil ilişki" olarak nitelendirilmektedir. Hekimin insan yaşamı üzerine olan "bilgi"sinden kaynaklanan "hükmü", ona geleneksel olarak "baskın" olma hakkını tanımıştır.⁸

Geleneksel hasta-hekim ilişkisinde varolan denge unsurlarının birer birer ortadan kaldıran gelişmeleri aşağıda şekilde sınıflandırabiliriz:

1. Tıp/Biyoloji Teknolojisinin Hızlı Gelişimi
2. Güven Bunalımı
3. Tıp ve Sağlık Hizmetlerinin Ticarileşmesi
4. Yararlılıkta Birey/Toplum/Devlet Çatışması
5. Standardizasyona Gitmenin Getirdiği Bazı Riskler

Geleneksel olarak hasta-hekim ilişkisi biçiminde adlandırılan ilişki ağının, hukuk alanında ele alınabilmesi için tıpkı insan haklarında olduğu gibi, iktidar sahibi bir kurumun (devlet/tıp kurumu) ve bu kurumun karşısında hak ve

⁶ Bkz. KAPANİ, Münci: "İnsan Haklarının Uluslararası Boyutları", Bilgi Yay. No.46, 1.Basım, 1987.

⁷ BARDAK, Ümmühan: a.g.e., sy.70.

⁸ KÖKÜÖZ, Ayşe Nur: "Etikten Hukuka Hasta Hakları", Bilim ve Teknik, TÜBİTAK, Cilt 28, Sayı 336, Kasım 1995, sy.50-55.

sorumluluk sahibi olan bireyin (kişi/hasta) konuya taraf olan esas unsurlar olarak görülmeleri gerekir. Bu bakışla hasta hakları, tıpkı insan haklarının devletin birey tarafından denetimini sağladığı gibi, tıp kurumunun da hasta tarafından denetimini sağlar. Günümüzde tıp ve sağlık hizmetlerinin ticarileşmesi ve yeni teknoloji ürünleri ile oluşan sağlık piyasası, geleneksel hasta-doktor arasındaki güveni zedeleme eğilimi taşımaktadır. Gelişen bilgi toplumu birçok bireyin bilgiye daha kolay erişebilir olması nedeniyle bilgi düzeyini artırmakta, bu durumda sağlık sektörünün hatalarını daha kolay açığa çıkarmaktadır.

Hasta haklarının evrimsel gelişiminde iki safhayı tanımlayabiliriz: Birinci safha sağlık sistemi ve meslek elemanları karşısında zayıf durumdaki hastanın yasal olarak korunması sürecidir. Bu gelişme süreci çoğu ülkede devam etmektedir. Ancak Hollanda'da bu süreç 1960'larda, ABD'de ise 1920'lerde başlamıştır. Bu ilk safha tamamlandığında, hasta haklarının gelişimi durmak yerine, sıra ikinci bir safhaya gelmektedir. Bu safhada hasta hakları sağlık sisteminin güçlenmesi ve hakkaniyetin uygulanmasında bir araç işlevi görmeye başlıyor. Sistemi geliştirmek, sağlık bakımına daha gerçekçi bir bakış getirmek, ekonomik anlamda etkinliği artırmak, kalite değerlendirmesini geliştirmek, karar vermek için daha çok bilgi ve şeffaflık sağlamak bu safhada gündeme gelmektedir. Diğer bir deyişle sorun, hem bireysel düzeyde hastanın, hem kolektif düzeyde kullanıcıların/vatandaşların sağlık sisteminde temsil edilmesi mekanizmasının kurulmasıdır. Hasta haklarını sosyal bir çerçeveye sokan bu anlayışa göre, öncelikli olan hastanın eğitimi, ikincisi de hastanın hizmete katılımı ve vatandaşın da sağlık sisteminde yer almasıdır.⁹

TEMEL HASTA HAKLARI

Hasta haklarını ele alırken, en başta bu hakların hem sosyal hem de kişisel hakları içerdiği kesinlikle vurgulanmalıdır. "Hasta hakları" kavramı genellikle bize kişisel hakları hatırlatmakla birlikte, herkesin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, kendi sağlıkları konusunda ve sağlık hizmetlerini kullanmada halkın bilgilendirme hakkı gibi birçok sosyal hakkı da içermektedir. Hasta hakları ile ilgili yapılan düzenlemelerde hem hastaların hem de sağlık çalışanlarının hakları ve yükümlülükleri, beklentiler ve rollerle birlikte yasal metinlerde açıkça yer almaktadır. Çünkü "bu konu hasta ile sağlık çalışanları arasındaki ilişkiyi zora sokmamalı (olumsuz etkilememeli), tarafların birinin saldırgan ya da savunma durumunda olmasına yol açmamalıdır."¹⁰

⁹ DEKKERS, A.Fons: "Patients' Rights in the Netherlands", Working Papers for a WHO Consultation, Amsterdam, 28-30 March 1994.

¹⁰ WHO: "The Rights of Patients", Report on a WHO Consultation, Amsterdam, 28-30 March 1994, EUR/ICP/HLE 121(A).

Hasta haklarıyla ilgili olarak kaleme alınan metinler genelde sosyal haklardan söz ettikleri halde, kişi hakları üzerinde odaklaşmaktadır. Günümüzdeki çalışmalar sadece bireysel hakları değil, sosyal hakları da tartışmaktadır ve ayrıca ulusal mevzuatlar kürtaj, sterilizasyon, organ nakli, ötanazi gibi özel konuları ile temiz bir çevre, iyi kalitede gıda, güvenilir ilaçlar ve tıbbi ürünler ve sağlığın geliştirilmesi gibi dolaylı hasta haklarını kapsamaktadır. Sağlık hizmetlerinde bireysel haklar hasta haklarından ibaret değilse de, hasta hakları yine de sağlık hizmetlerindeki bireysel hakların en büyük ve önemli kısmını oluşturmaktadır.

Şimdi temel hasta haklarını sırasıyla kısaca ele alalım:

1. Sağlık Hizmetlerinde İnsan Hakları ve Değerleri (Bireyin Özerkliği)¹¹

"Kendi yaşa nını belirleme" hakkı, "karar verme" ya da "son söz" hakkı olarak ele alınabilir. Bugünkü hasta-hekim ilişkisinde, hastanın tedavi olup olmaması veya iyileşip iyileşmemesi kararı ve son söz hakkı hekimde kalmaktadır. "Olması gereken" ise, hastanın kendi yaşamını kendisinin belirlemesi ve bunun bir "hak" olarak meşrulaştırılmasıdır.

Tıpta hizmetlerden yararlananlar açısından "özerklik", kişinin kendi değer yargıları, inançları ve tercihleri doğrultusunda, bedenine ve sağlığına yönelik olarak yapılacak tıbbi girişimlere karar vermesi hakkı olarak tanımlanır. Bu da, yapılan teşhis ve tedavi işlemlerinin hastayı önceden hazırlayarak onu utandırmadan, kapalı ve başka kimsenin olmadığı mekanlarda uygulanmasını, sağlık çalışanlarının insanın onurunu zedeleyecek, küçük düşürecek ya da utandıracak hareket ve sözler sarf etmemesini, ve hizmetlerin her zaman kibar ve saygılı şekilde verilmesini içerir.

Diğer bir ifadeyle, kadın veya erkek herkesin insan olmaktan dolayı saygı görmeye, fiziksel ve ruhsal bütünlüğe sahip olmaya ve kişi olarak güvenli bir yaşam sürdürmeye, kendi ahlaki ve kültürel değerlerine, dinsel ve felsefi inançlarına sahip olmayı ve bunlara saygı gösterilmesini istemeye ve kendisi için edinilebilir en yüksek sağlık düzeyine kavuşmaya hakkı vardır.¹²

¹¹ Temel hasta hakları konusunda burada 8 alt başlık halinde yapılmış olan sınıflandırmada; 1994 tarihli "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Amsterdam Deklarasyonu" ile biraz önceki dipnotta bahsedilen Henk Leenen & Sjef Gevers & Genevieve Pinet tarafından hazırlanan DSÖ'nün "Avrupa'da Hasta Hakları" kitabındaki sınıflandırmalar esas alınmış, söz konusu belgeler bu bölümün yazılmasında da ana kaynakları teşkil etmişlerdir. Çünkü dünyadaki son eğilimleri yansıtan her iki belgede de, hem bireysel hem de sosyal haklar birlikte ele alınmakta ve sağlıkta hakkaniyet ve etik ile insan hakları anlayışları bu belgelerde çok iyi sentezlenmektedir. Kanımızca hasta haklarına bakımızın da, insan hakları yaklaşımı içinde, hakkaniyet ve etik ilkeleriyle birlikte olması gerekmektedir.

¹² WHO: "A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe", European Consultation on the Rights of Patients, Amsterdam, 28-30 March 1994, Copenhagen, April 1994, sy.19.

2. Bilgilendirilme Hakkı

"Kendi yaşamını belirleme" hakkının tıptan ve tıbbi girişimden kaçma veya teslim olma gibi ussal olmayan bir boyuttan sıyrılıp ussal bir boyutla hayata geçirilebilmesi için, temel hasta haklarından biri olan "bilgilendirilme" hakkının da kullanılması gerekir. Hastanın bilgilendirilme hakkının hayata geçirilebilmesi için de "bilgilendirme", sağlık görevlilerinin kayıtsız şartsız sorumluluğu olmalıdır. Herhangi bir tıbbi girişim için hastadan alınan "bilgilendirilmiş onay" (informed consent), bir anlamda "paylaşılan karar"ın ürünüdür, ve konu hakkında hekimin hastanın bilgi ve beklentilerini göz önüne alarak, onu tam olarak bilgilendirmesini ve bu şekilde hastanın karara aktif olarak katılımını amaçlar. Hekimi de hem vicdanen, hem yasal olarak özgürleştirir.

Hastanın temel haklarından birisi olan bilgilendirilme, onayın da ön şartıdır. İnsanlar hakkında hiçbir şey bilmedikleri şeylere onay veremezler, bu yüzden bilgilendirilmeden verilen onay geçersizdir. Teşhis için yapılan tıbbi işlemler, teşhis, tedavi için varolan tüm seçenekler, bu seçeneklerin artıları ve eksileri ile sağlığa olan muhtemel etkileri, tedaviye devam etmenin ya da reddetmenin doğrudan ve dolaylı riskleri, tedavinin gelişimi, süresi, meydana gelecek ağrı ve rahatsızlıklar, hastalığın gidişatı, ilaçların olumlu ve olumsuz etkileri, diğer ilaçlarla etkileşimleri, ve bakım sonrası yaşamın niteliği ve yaşam biçiminin şartları hakkında bilgi verilmelidir.¹³

Bilgi onu alan kişinin düzeyine göre anlaşılır hale getirilerek, tıbbi terminoloji kullanımı en aza indirilerek verilmelidir. Bir hasta açıkça bilgi talep ettiğinde sağlık görevlileri onu vermekle yükümlüdür. Bilgiyi verme şekli konusunda özel bir form olmamakla birlikte, sözlü, yazılı, basılı broşürler yoluyla, ihtiyaç duyulduğunda yabancılar için bilgilerin tercümesi sağlanarak verilmelidir.

3. Bilgilendirilmiş Onayın Alınması

Onay, önerilen tıbbi girişimle ilgili olarak uygulamadan önce kişinin bilinçli rızasının alınması anlamına gelmektedir. Teşhis, tedavi, ve diğer tüm tıbbi işlemler (örn; tıbbi kontroller) için onay alınması gereği; insanın fiziksel bütünlük hakkı üzerine temellendirilmiştir. Ancak alınan her onay geçerli değildir. Hasta ameliyata girerken alelacele imzalatılan bir "izin belgesi" eksik bir belgedir. Bu belge yasal bir süreçte geçersiz sayılabilir, çünkü alınan onayın geçerli olabilmesi için, birtakım koşulların sağlanmış olması gerekir.

¹³ LEENEN, Henk; GEVERS, Sjeff; PINET, Geneviève: "The Rights of Patients in Europe, A Comparative Study", published on behalf of WHO/EURO by Kluwer Law&Taxation Publishers, Deventer/Boston, 1993, sy.46

“Aydınlatılmış onay” da denilen; aydınlatma, gönüllülük ve yeterlilik unsurlarının hepsini taşıması gereken geçerli onayda, öncelikle hasta onay verdiği konuda aydınlatılmış olmalıdır. Bilgilendirme aşırı bir yönlendirme çabası içermemeli, onay verme konusundaki gönüllülük korunmalıdır. Kişi onay verirken herhangi bir zorlamayla karşılaşmamalıdır, onayı verdikten sonra bile işlemde vazgeçme için şans (zaman) tanınmalıdır. Önerilen tıbbi girişimin risklerinin saklanması ya da küçültülmesi, yararların abartılması, hastanın onay vermeme yönündeki direncini kırmak amacıyla ortaya çıkabilecek olumsuzlukların büyüülmesi de bu zorlamanın kapsamında kabul edilir.

4. Tıbbi Kayıtlara Ulaşılabilirlik ve Verilerin Gizliliğinin Korunması

Hastanın yararlandığı sağlık hizmetleri sürecinde ve sonunda oluşan tıbbi kayıtlarına ve sağlık durumuna ilişkin her türlü bilgiye dilediği zaman ulaşabilmesi ve istediği takdirde bu kayıtların bir örneğini alabilmesi mümkündür. Buna ilave olarak, eksik ya da hatalı olan bilgilerin düzeltilmesini, yanlışların silinmesini de isteyebilir. Kayıtlara ulaşılabilirlik hakkı, gizlilik hakkı ile birlikte değerlendirilmelidir ve kişisel verilerini görmek ve kontrol etmek bireylerce kullanılan araçlardan birisidir. Kayıtlara ulaşma hakkı, yalnızca hastanın kendi verileri ile ilgilidir. Yani hasta sadece kendi kayıtlarını görebilir ve bir örneğini alabilir, diğer hastaların verilerine ulaşması söz konusu değildir.

Verilerin gizliliğinin korunması ise, hastanın mahremiyet hakkıyla yakından ilişkilidir. Her ikisi de sağlık hizmetleri sırasında ve tıbbi bakım gereğince hasta tarafından sağlanan veya açığa çıkan bilgilerin bu hastalar ve vatandaşlar aleyhine kullanılmasını önlemek ve bilgileri korumak üzere ortaya çıkmıştır. Tutulan kayıtlar ve eldeki bilgiler, hastanın rızası olmaksızın üçüncü kişilere aktarılamaz.

5. Gizlilik ve Mahremiyetin (Özel Yaşamın) Korunması

İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 13.maddesi; “Hiç kimsenin özel yaşamı, ailesi, konutu ya da haberleşmesine keyfi olarak karışılmaz; şeref ve adına saldırılamaz. Herkesin bu gibi karışma ve saldırılara karşı yasa tarafından korunma hakkı vardır” demektedir. Hasta haklarının önemli maddelerinden biri de “özel hayat ve mahremiyetin korunması”dır. Hekim, hastanın sağlık durumu ve kişiye özel diğer tüm bilgilerini, ölümünden sonra bile sır olarak saklamakla yükümlüdür.

“Gizlilik ve hasta sırrı” konuları, tıp etiğinin en eski konularından biridir ve hasta-hekim ilişkisinde güvenin sağlanmasında ve korunmasında vazgeçilmez önemdedir. Hukuki yoruma göre “hasta sırrı”, gizli tutulmasında hastanın maddi veya manevi yararının bulunduğu tüm bilgilerdir. Hasta istemiyorsa hekime başvurduğu bile gizlenmelidir.

Hastanın tanı, tedavi ve bakımı için gerekli olmadıkça ve ek olarak hasta izin vermedikçe, hastanın özel hayatına ve aile yaşantısına girilemez. Tıbbi girişimler ise ancak kişinin mahremiyetine saygı gösterilerek yapılabilir.¹⁴ Sağlık kurumlarına başvuran hastalar, kişisel bakımlarını yapacak sağlık personelinin veya muayene ve tedavilerini yapacak kurumların, kişi mahremiyetini koruyan fiziksel koşullara sahip olmasını bekleme hakkına sahiptir.

6. Bakım ve Tedavi Hakkı

Kadın ve erkek herkes, sağlığın geliştirilmesi ve koruyucu sağlık hizmetlerini de içeren sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik yeterli sağlık bakımını alma hakkına sahiptir. Hastalar tanı, bakım ve tedavi yönünden, tüm sağlık personeli ve/veya sağlık kurumları arasında işbirliğini kapsayacak şekilde hizmetin sürekliliğini isteme hakkına sahiptir. Özellikle tedavi bakımından hizmet sınırlılığı olan durumlarda sağlık personelinin hasta seçimi yapması gerekiyorsa, bu seçimin bütün hastaların hakkı dikkate alınarak eşit bir şekilde yapılması gerekir. Bu seçim tıbbi ölçütlere göre ve ayırım yapılmaksızın gerçekleştirilmelidir.

Hastalar, sağlık sisteminin işleyişi ile uyumlu olarak, tedavileri sırasında sağlık görevlilerini ve kurumlarını seçme ve değiştirme hakkına sahiptir. Hastalar tanı, tedavi ve bakımları sırasında saygı görme, kültür ve değerlerine uygun şekilde davranılma hakkına sahiptir. Bakım ve tedavileri süresince arkadaşları, akrabaları ve aileleri tarafından desteklenme ve her zaman manevi destek ve yol gösterilme hakları vardır. Hastalar son bilgilerin ışığında çektikleri acıların dindirilmesi ve iyileşmek için yardım alma hakkına sahiptir. Sonuç olarak herkesin yaşamlarının son döneminde insanca bakılıp, saygın biçimde ölme hakları olmalıdır.¹⁵

7. Hasta Hakları Açısından Özellik Gösteren Bazı Gruplar

İnsan hakları alanında olduğu gibi hasta hakları alanında da risk gruplarından söz edilebilir. Bazı hasta grupları, hak ihlallerine uğrama açısından diğerlerine göre daha savunmasız durumdadırlar. Örneğin; çocuklar (yaşlarının küçük olmasından dolayı karar verme rüştünü almamış küçükler), hukuksal açıdan karar verme ehliyetinden yoksun yani yetersiz kişiler, ağır psikiyatrik bozukluğu olan akıl hastaları, fiziksel ve zihinsel özürlüler, hapishanelerdeki mahkumlar, madde bağımlıları ve alkolikler, kurum bakımı altındaki kronik hastalar ve bağımlılar, çok yaşlılar, HIV taşıyıcıları ve AIDS hastalığı olanlar, ve üzerinde araştırma yapılan kişilerdir.

¹⁴ WHO: "A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe", a.g.e., sy.25.

¹⁵ WHO: "A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe", a.g.e., sy.26-27.

Yasal olarak diğerleriyle aynı haklara sahip görünmelerine rağmen, diğerlerine göre çok daha güç şartlar altında yaşamakta ve daha sık hastalanmakta, hastalandıklarında ise daha büyük dezavantajlar yaşamaktadırlar. Bunlardan bazılarına kısaca değinelim:

- a) **Çocuklar:** Dünyanın her yerinde çocuklar, yasal olarak anne-babaları ya da velayet almış veliler tarafından temsil edilmektedir ve çocuk hakkında onun yararına olacak şekilde karar verme yetkileri vardır. Ancak dünyada gittikçe artan bir oranda, anlama ve tedavi kararlarını değerlendirme kapasitesine sahip çocuğun, görüşlerini açıklayabilmesine olanak tanıyan bir eğilim gözlenmektedir.
- b) **Karar verme ehliyetinden yoksun yetişkinler:** Tüm hukuk sistemleri geçici ya da sürekli olarak kendi yararlarını gözetme kapasitesini kaybetmiş olan “ehliyetsiz” yetişkinler için yasal bir temsilci (veli ya da vasi) tayin edilmesini düzenlemiştir. Temsilci mahkemelerce tayin edilir, fakat hasta bir vekil belirleyebilmektedir. Yasal yetersizlik durumu, otomatikman hastanın her türlü kararı almada yetersiz olduğu anlamına gelmez. Artık Batı ülkelerinde resmi olarak yetersiz bir hasta, gerçekte bunu yapmaya muktedir olduğu her durumda haklarını kullanabilmekte, durumları izin verdiği ölçüde karar alma sürecine dahil edilmektedir.
- c) **Psikiyatrik hastalar:** Psikiyatri hastalarının da öteki hastalara göre haklarını daha az kullanabilecek durumda olduğu, bu hastaları zorla hastaneye yatırma ve tedavi etmenin önemli hukuksal ve etik sorunlara yol açabileceği kesindir. Bu konuda öncelikle kabul edilmesi gereken temel sorun zorla hastaneye yatırma ve tedavinin, bireyin haklarına ve dokunulmazlıklarına doğrudan ve çok önemli bir müdahale oluşudur. Çocukların ve ehliyetsiz yetişkinlerin sağlıktaki yasal pozisyonu genellikle medeni hukukla düzenlenirken, akıl hastalarının durumu özel idari yasaların konusu olmuştur.¹⁶
- d) **Araştırma deneği olan hastalar:** İnsan üzerinde yapılan deneyler konusunda yasalardan ziyade, meslek içinde kendi kendine düzenlemenin daha önemli rol oynadığı görülmektedir. Helsinki Deklarasyonu bu konuda bir referans belgesi niteliği taşımaktadır ve deneğin özgür ve aydınlatılmış onayı temel bir gerekliliktir. Çoğu ülkede bu tür deneyleri en iyi gözetleme mekanizması olarak etik izleme komiteleri kurulmaktadır. Bu komiteler genellikle yerel düzeyde olmaktadır, bazen de tıbbi araştırmaları denetlemek üzere ulusal kuruluşlar oluşturulmuştur.

¹⁶ OĞUZ, N.Yasemin: “Temel Yönleriyle Psikiyatride Hasta Hakları”, Psikiyatri, Psikoloji ve Psikofarmakoloji Dergisi, 1993, 1(3), sy.232-237.

8. Hasta Haklarının Korunması ve Geliştirilmesi İçin Oluşturulan Mekanizmalar

Yukarıda sayılan hakların yasal mevzuatta yer alması, bu hakların otomatikman uygulanacağı anlamına gelmemektedir. Bu hakların hayata geçirilebilmesi için, hastaların/vatandaşların önceden belirtilen haklarının uygulanması ile ilgili bilgi ve önerilere ulaşması gerekir. Haklarından haberdar olan, sağlık konularında eğitilmiş hastaların sağlıkla ilgili kararlara her düzeyde katılımı sağlanmalıdır. Hakların ihlali durumlarının izlenmesi açısından güçlü bir şikayet mekanizması kurulup işletilmeli, ve etik komiteler yoluyla sağlık hizmetleri bu açıdan izlenmelidir.

- a) **Hasta ve sağlık personelinin eğitimi:** Hakların uygulanabilirliği daha çok hasta ve sağlık ekibi üyelerinin eğitimi ile ilgilidir. Sağlık ekibinin ve hastaların eğitimi üç boyutlu olmalıdır: i) Sağlıkçıların okullarından mezun olmadan önce, üniversite eğitimleri esnasında bu konuyla ilgili dersler almalarını sağlamak; ii) Mezun olduktan sonra yine sağlık personelinin hizmet-içi eğitim programlarında bu konuları ele almak; ve iii) Bu konuların muhatabı olan hastaların bilinçlenmesini sağlamak için sağlık kuruluşları ve basın-yayın kuruluşları yoluyla geniş kapsamlı bir halk eğitimi projesi başlatmak. Böyle bir halk eğitimi programında bu konunun tartışılması sağlanarak, güçlü bir kamuoyu yaratmak mümkün olabilir.
- b) **Şikayet prosedürleri:** Hastalar haklarına saygı gösterilmediğini hissettiklerinde şikayet için başvuru imkanına sahip olmalıdır. Bu hakkın uygulanabilmesi için şikayet prosedürleri ile ilgili bilgi edinmeyi, bağımsız kişi/kuruluşlara ulaşabilmeyi ve hastanın en uygun nasıl hareket edeceği konusunda danışmada bulunma imkanlarını sağlamalıdır. Şikayet sistemi hasta adına savunma ve yardım imkanlarını sağlamalıdır. Hastanın şikayetlerinin değerlendirilmesine, etkili ve tam olarak ilgilenilmesine, şikayetin ciddiye alınmasına ve sonuç hakkında bilgilendirilmeye hakkı vardır.
- c) **Hasta katılımının sağlanması:** Hem bireysel olarak hastaların haklarını kullanabilmesi sırasında hem de bu başarıldığında gündeme gelecek olan bir diğer konu; hastanın sağlık hizmetlerinin her düzeyine doğrudan bir taraf olarak katılması ve verilen her türlü kararda kendi çıkarlarını koruyabilecek güçte olmasının sağlanmasıdır. Sağlık hizmetlerinin her düzeyine hasta katılımının sağlanması hem hizmetlerin denetlenmesine hem de kalitenin artırılmasına yol açacaktır.

Burada hasta örgütlerine, hasta haklarının gelişmesine olan ciddi etkilerinden dolayı kısaca göz atmakta fayda var. İlk hasta örgütleri 1920-30'larda ABD'de ve kısa bir süre sonra Avrupa'da görülmeye başlamıştır. Bunlar spesifik hastalıklara yönelik (böbrek hastaları, kanserliler gibi) olarak kurulmuş ve kendilerine daha iyi hizmet verilmesinde baskı grubu olmuştur. 1980-90'larda ise genel hasta ve tüketici örgütleri kurulmaya başlamış; bu örgütler spesifik bir hastalığı olmasa da sağlık hizmeti kullanan herkese açık ve yeni faaliyetleri arasında üyelerinin çıkarlarını korumak, hükümet, sağlık çalışanları ve kuruluşları ve sigorta şirketleriyle üyeleri adına görüşmeler ve pazarlıklar yapmak yer alıyor.¹⁷

Çoğu ülkede ulusal hasta örgütlerinin, yalnızca genel siyasi kanallarla kamuoyu yaratarak dolaylı bir temsil imkanı değil; aynı zamanda sağlık politikalarının geliştirilmesi ve önemli politika kararlarıyla ilgili olarak temsil imkanları vardır. Bu örgütler sağlık hizmetlerindeki diğer taraflarla birlikte ve eşit düzeyde ulusal sağlık konseylerinde temsil edilmektedir.

d) Etik komitelerinin kurulması ve işletilmesi: Çoğu ülkenin etik komitelerin kurulması konusunda hiçbir mevzuatı bulunmamaktadır. Bu konuyla ilgili varolan mevzuatın çoğunda da etik komitenin görevi, insan üzerinde deney yapan tıbbi araştırma projelerini incelemek ve bu yönde tavsiye vermekle sınırlandırılmıştır. Ancak günümüzde birçok ülkede bu etik inceleme komitelerinin yanında, tüm etik konularda genel tavsiyeler vermek üzere oluşturulan yeni komiteler kurulmaktadır.

Etik sorunlara çözüm bulabilmek ve hastayı zararlı uygulamalardan baştan itibaren koruyabilmek amacıyla bugün birçok ülkede oluşturulmuş olan hastane etik kurulları; insan üzerinde deney, küçük yaştaki hastaların sorunları, ciddi hastalığı olan ya da bilinçsiz hastalar üzerinde yapılan uygulamalar için hastadan izin alma, tedavi edici değeri olmayan yöntemlerin incelenmesi, yeni bir tedavi yönteminin denenmesi amacıyla tedavinin kesilmesi, hastalığın gizliliğinin korunması, yeniden canlandırma, ağrısız ölüm, özürlü yeni doğanın bakılması gibi etik sorunları incelemektedir. Ayrıca bu kurullar, sağlık ekibi üyelerinin hastaneye ve hastalara karşı sorumluluklarından doğan anlaşmazlıkları da ele almaktadır.

¹⁷ MALSCH, Marijke: "Model Regulations; Patients Organisations and Organisations of Professionals Formulate Their Rights", 12th International Symposium on Dental Hygiene, 1-4 July 1992.

ULUSLARARASI ALANDA HASTA HAKLARI

Hasta haklarıyla ilgili tarihsel gelişim incelendiğinde birkaç safhası olduğu fark edilmektedir: Hasta ve hasta haklarına verilen önemin başlangıçtaki amacı bireyi sağlık sisteminin olumsuz etkilerine karşı korumaktır. Ancak daha sonra geliştirilen yaklaşımlar; sağlık hizmetlerinin tüketicisi olan hastaların sistemin organizasyonu, hizmet ve bakımın kalitesini iyi yönde etkilemesi, ileri aşamada ise sistemin yapısını arza yönelik ekonomiden talebe yönelik ekonomiye doğru değiştirmesidir.

Bu gelişmenin temel basamakları; öncelikle sağlık sisteminde hasta haklarının tanınması ve uygulanması, hastaların örgütlenerek, çıkarlarını toplu şekilde korumak üzere bir yapı oluşturmaları, zamanla sağlık sistemine her düzeyde katılmaları ve karar vermede yetkiye sahip olmaları, kendiyle ilgili doğru kararlar alabilmesi için hastaya gerekli bilgilerin her an ve her yerde mevcut olması, kolayca ulaşılabilirliği ve iletiminin sağlanması, ve son olarak hastanın gözüyle hizmetlerde kalitenin artırılmasıdır.

Değinilmesi gereken bir diğer nokta; hastanın hakları olarak yasalarla güvence altına alınan bu bireysel ve sosyal hakların, pratik yaşamda bireylerce daha iyi kullanılabilmesi ve korunabilmesi için yeni yeni prosedürler yaratılması yönünde daha yoğun çaba harcanmaktadır. Zira bu prosedürler olmaksızın haklar kağıtta yazılı olarak kalmakta ve gerçek yaşama geçirilememektedir. Bu yüzden birçok Avrupa ülkesinde şikayet prosedürleri oluşturulmuş ve etkin olarak uygulanmaya başlanmıştır. Ayrıca yine bu hakların hayata geçirilmesinde kritik önem taşıyan halkın sağlık konularında eğitilmesi, sağlıkla ilgili bilgilerin her düzeydeki bireye ulaşması ve vatandaşların sahip olduğu hakları konusunda bilinçlendirilmesi çalışmaları devam etmektedir.

Hasta haklarının kapsamı bazı uluslararası belgelerce belirlenmiştir. Bunlardan ilki; Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 yılında kabul ettiği "Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi"dir. Başlangıçta sadece hasta-hekim ilişkilerini ele alan, diğer sağlık personeli ile sağlık kurumları karşısında hastaların haklarını içermeyen ve hekime hastaya karşı en iyiyi yapması için vicdani sorumluluk yükleyen Lizbon Hasta Hakları Bildirgesine göre;

- Hasta hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
- Hasta hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik kararlar verebilen bir hekim tarafından bakılabilmek hakkına sahiptir.
- Hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya red etme hakkına sahiptir.
- Hasta hekimden, tüm tıbbi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.
- Her hastanın onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır.
- Hasta, uygun bir dini temsilcinin yardımını da içeren ruhi ve teselli kabul veya red etme hakkına sahiptir.¹⁸

¹⁸ "World Medical Association Declaration of Lisbon on the Rights of the Patient", adopted by the 34th World Medical Assembly in Lisbon in 1981 and amended by the 47th

1995'de yapılan eklemelerle daha da genişletilen söz konusu bildirmede; öncelikle iyi kalitede tıbbi bakım hakkına yer verilerek, tedavinin sürekliliği vurgulanmıştır. Yukarıda sayılmış olan haklardan başka, herkese "sağlık eğitimi alma hakkı" tanınmıştır. Herkesin kendi kişisel sağlığını koruma ve mevcut sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda bilgilendirilme ve seçim yapabilme hakkı olup; bu eğitim sağlıklı yaşam biçimlerini, koruyucu sağlık hizmetlerini ve hastalıkların erken teşhisini içerir.

Dünya Sağlık Örgütü bu konuda bir dizi çalışmaya başlamış, tüm ülkeleri kapsayan araştırmaların sonuçlarını rapor ve kitaplar halinde yayınlamıştır. DSÖ'nün 1991'de 41.Bölge Komite Toplantısında kabul edilen "herkes için sağlık" stratejisinin "etik ve sağlık" başlıklı 38. hedefi; "sağlık ve araştırma alanında politikalar belirlenirken etik ilkelere ve insan haklarına saygı göstermenin önemini" vurgulamaktadır.

Son yıllarda hasta haklarının ayrıntılı olarak yeniden tanımlanması için çabalar yoğunlaşmış, 28-30 Mart 1994'de tüm üye ülkelerin katılımıyla Amsterdam'da yapılan ve Dünya Sağlık Örgütünce düzenlenen toplantıda "Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi" yayınlamıştır.¹⁹ Söz konusu toplantı uluslararası alanda üç örgütün (DSÖ, Avrupa Konseyi, AB Komisyonu) ve gönüllü sivil kuruluşların (Dünya Tıp Birliği) işbirliğine çok iyi bir örnek teşkil etmektedir.

DSÖ'nün girişimiyle 5-9 Aralık 1994'de Kopenhag'da yapılan "Avrupa Sağlık Politikaları Konferansı" sonucu kabul edilen Kopenhag Deklarasyonunda; sağlık hakkı, sağlığın sosyal refahın en önemli ölçütü ve insan sermayesine yapılan yatırım niteliği vurgulanmakta, ihtiyaç içindeki gruplarla dayanışma ile sektörler arası işbirliği hususları özellikle ele alınmakta, bu konuda uluslararası düzeyde işbirliği öngörülmektedir.²⁰

Yine DSÖ'nün girişimiyle 17-20 Haziran 1996'da Ljubljana/Slovenya'da yapılan Avrupa Sağlık Reformları Konferansında da reform süreçlerinde görülen deneyimler, tartışılmış ve hakkaniyet ve hasta haklarına ilişkin önemli çıktılar sağlanmıştır.²¹ Çünkü sağlık piyasasındaki gelişmeler, birey olarak insanı tehdit etmeye başlamış ve bireylerin sağlık sistemleri karşısında daha güçlü olmasını sağlayacak ve bütün düzeylerde sağlıkla ilgili kararlara doğrudan katılarak sistemi dengelemesini, denetlemesini sağlayacak mekanizmalara gerek duyulmaya başlanmıştır.

General Assembly in Indonesia in 1995", The World Medical Association Inc., Ferney-Voltaire, September 1995.

¹⁹ WHO: "A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe", a.g.e. sy.12.

²⁰ WHO/EURO: "The Copenhagen Declaration", The European Health Policy Conference: Opportunities for the Future, Copenhagen, 5-9 December 1994.

²¹ Söz konusu konferans sonucunda yayınlanan ve konumuzla ilgili değerli katkılar sağlayan şu dokümanları sayabiliriz: WHO: "The Ljubljana Charter on Reforming Health Care", Final draft for endorsement 18 June 1996, WHO Conference on European Health Care Reforms; WHO: "European Health Care Reforms, Analysis of Current Strategies", Copenhagen 1996; WHO: "European Health Care Reforms, Citizens' Choice and Patients' Rights", Copenhagen 1996.

Son olarak; Avrupa Konseyi'nce 7-8 Kasım 1996 tarihlerinde Varşova'da düzenlenen "Sağlık Reformları Çerçevesinde Hakkaniyet ve Hasta Hakları" konulu 5. Avrupa Sağlık Bakanları Konferansı ile bu konu Avrupa bölgesinde en üst düzeyde tekrar ele alınmış, konferansa bölgedeki tüm devletler, AB Komisyonu ve DSÖ aktif olarak katılmışlardır. Bu konferansın amacı; hızla değişen sağlık alanındaki ilişkilerde yeni bir sosyal mutabakat sağlanmasına, hastaların/vatandaşların hakları ve sorumluluklarının dengelenmesine katkıda bulunmaktır. Demokrasideki ve sağlıktaki eksikliklerin aynı sebepten; bilgilendirilmedeki -ve bilinçlenmedeki- eksiklikten, ve dolayısıyla katılımdaki eksiklikten ortaya çıktığı düşüncesinden hareketle; temel bir "hasta hakları paketi"nin herkesin mali engelleri olmaksızın adil bir şekilde ulaşabileceği temel bir "sağlık hizmetleri paketi" ile birlikte uygulanabileceği belirtilmiştir.

Konferans sonunda kabul edilen "Sağlık Reformları Çerçevesinde Hakkaniyet ve Hasta Hakları Deklarasyonu"na göre; hakkaniyet ve hasta hakları, sağlık sistemlerinin tamamlayıcı parçalarıdır ve sağlık reformlarının şekillenmesinde temel ilke olmalıdır. Çünkü, herkesin sağlık hizmetlerine ulaşabilmesi, tedavide hakkaniyet, sağlık eğitimi ve kişinin haysiyetine saygı, nüfusun tümünü kapsayan bir sosyal politikanın en temel parçalarıdır.²²

TÜRKİYE'DE HASTA HAKLARI

1. Yasal Altyapı

Türkiye'de "sağlık hakkı" ilk kez 1961 Anayasasında yer almıştır ve 1982 Anayasasında da bu hak hala mevcuttur. Bilindiği gibi 1982 tarihli Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının Başlangıç bölümünde "Her Türk vatandaşının bu Anayasadaki temel hak ve hürriyetlerden eşitlik ve sosyal adalet gereklerince yararlanarak milli kültür, medeniyet ve hukuk düzeni içinde onurlu bir hayat sürdürme ve maddi ve manevi varlığını bu yönde geliştirme hak ve yetkisine doğuştan sahip olduğu" belirtilmekte, 5. madde ile de devletin temel amaç ve görevleri sayılırken, diğerlerinin yanı sıra "..... kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlama"yı, "kişinin temel hak ve hürriyetlerini sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmayı, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışma"yı bir görev olarak devlete yüklemiştir.

²² Council of Europe: "Social Challenge to Health: Equity and Patients' Rights in the context of Health Reforms", The Fifth Conference of European Health Ministers, 7-8 November 1996, Varsaw.