

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU HUKUKU ANA BİLİM DALI

İNSAN HAKLARI BAĞLAMINDA SAĞLIK HAKKI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Nozad Habib Abbas KAKI

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Süleyman Emre ZORLU

GAZİANTEP
ARALIK 2023

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KAMU HUKUKU ANA BİLİM DALI

Tezin Başlığı: İnsan Hakları Bağlamında Sağlık Hakkı
Adı ve Soyadı: Nozad Habib Abbas Kaki
Tez Savunma Tarihi: 17/11/2023

Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı

Prof. Dr. Mehmet SOĞUKÖMEROĞULLARI
SBE Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları sağladığını onaylarım.

Prof. Dr. Emine KOBAN
Enstitü ABD Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Dr. Öğr. Üyesi Süleyman Emre ZORLU
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımızca okunmuş, kapsam ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri:

(Unvanı, Adı ve SOYADI)

İmzası

Doç. Dr. Ahmet BOZDAĞ (Jüri Başkanı)

.....

Dr. Öğr. Üyesi Süleyman Emre ZORLU

.....

Dr. Öğr. Üyesi Bayram DOĞAN

.....

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,

- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,

- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,

- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,

- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

İmza:.....

Adı ve Soyadı: Nozad Habib Abbas Kaki

Öğrenci Numarası: 190526111010

Tezin Savunma Tarihi: 17/11/2023

ÖZET

İNSAN HAKLARI BAĞLAMINDA SAĞLIK HAKKI

KAKİ, Nozad Habib Abbas

Yüksek Lisans Tezi,

Kamu Hukuku Ana Bilim Dalı

Tez Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Süleyman Emre Zorlu

Aralık 2023, 78 sayfa

İnsan hakları arasında yaşam hakkı ilk sıralarda gelmekle birlikte yaşam hakkı ile sağlık hakkı arasında çok sıkı bir ilişki vardır. Yaşam hakkının da bir gerekliliği olarak gelişme gösteren sağlık hakkı iki görünümle karşımıza çıkar. Bunlardan ilki kişinin hastalanması halinde uygun tedaviye ulaşma hakkı olarak karşımıza çıkar. İdare bu hakkın gerekliliğini sağlık teşkilatlanması, modern cihazlarla ve yetkin hekimlerle dolu hastaneler ile sağlamaktadır. Sağlık hakkının bir diğer görünümü ise sağlıklı kalma hakkıdır. Kişinin sağlığını bozan fiziki ve psikolojik dış etkenlerden korunması olarak da ifade edilebilir. Sağlık hakkının ikinci görünümü olan sağlıklı kalma hakkı idareye birçok yükümlülük getirmektedir. Elbette sağlık hakkını öncelikle idarenin bizzat kendisi ihlal etmemelidir. Sağlıklı ve dengeli bir ortam ile temiz çevre, gıda, su, sağlam ve yaşanabilir kent ve konutlar vb. daha birçok gerekliliğin yanı sıra iyi işleyen kolluk ve adalet sistemi vasıtasıyla fiziksel ve psikolojik şiddetin önlenmesi de hakkın gerçekleştirilmesi için gerekenlerdendir. Tüm bu sorumluluklar idareye pozitif yükümlülük anlamında yüklenmiştir. İdare eşitlik ilkesi gereğince herkesin eşit sağlık hizmeti alabilmesi için gereken tedbirleri almakla yükümlüdür. Konusu sağlık olan bilimsel verilere herkes ulaşabilmeli, tıp bilgi ve birikiminin artırılması için çaba sarf edilmeli ve etik veya ahlaki bir sakınca olmadıkça tıp bilimine ilişkin veriler sansüre tabi tutulmamalıdır. İdare ayrıca sağlık hakkının gereklerini yerine getirirken mülteci, engelli, mahkûm vb. özel duruma sahip kimselerin durum ve koşullarını göz ardı etmemelidir. Türkiye’de Sosyal Devlet ilkesinin bir gereği olarak sağlık hizmetlerinin gereklerini yerine getirmek üzere ve genel sağlığın korunması yönünde son derece kapsayıcı tedbirlerin alındığı ve alınmaya devam edildiği görülmektedir.

Anahtar sözcükler: Türkiye’de Sağlık Hakkı, Yaşam Hakkı, Sağlık Hakkı, İnsan Hakları, Sosyal Haklar

ABSTRACT

THE RIGHT TO HEALTH IN THE CONTEXT OF HUMAN RIGHTS

KAKİ, Nozad Habib Abbas

MA Thesis

Public Law Program

Supervisor: Asst. Prof. Süleyman Emre Zorlu

December 2023, 78 sayfa

There is a very close relationship between the right to life and the right to health. The right to health, which has developed as a necessity of the right to life, appears in two aspects. The first of these is the person's right to access appropriate treatment in case of illness. The administration ensures the necessity of this right through health organization and hospitals filled with modern devices and competent physicians. Another aspect of the right to health is the right to stay healthy. It can also be expressed as protecting the person from physical and psychological external factors that harm his health. The right to stay healthy, which is the second aspect of the right to health, brings many obligations to the administration. Of course, the right to health should not be violated by the administration itself. A healthy and balanced environment, clean environment, food, water, solid and livable cities and housing, etc. In addition to many other requirements, preventing physical and psychological violence through a well-functioning law enforcement and justice system is also required to realize the right. All these responsibilities are imposed on the administration in the sense of positive obligation. In accordance with the principle of equality, the administration is obliged to take the necessary measures to ensure that everyone receives equal health care. Everyone should have access to scientific data regarding health, efforts should be made to increase medical knowledge and experience, and data related to medical science should not be subject to censorship unless there is an ethical or moral problem. The administration also fulfills the requirements of the right to health, including refugees, disabled people, prisoners, etc. The situation and conditions of people with special circumstances should not be ignored. It is seen that in Turkey, as a requirement of the Social State principle, very comprehensive measures have been taken and continue to be taken in order to fulfill the requirements of health services and to protect general health.

Keywords: Right to Health in Turkey, Right to Life, Right to Health, Human Rights, Social Rights

ÖN SÖZ

Yüksek lisans tezimin hazırlanmasında yoğun mesaisinden ödün vererek bana vakit ayıran başta kıymetli danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Süleyman Emre Zorlu'ya, vizyon ve misyon sahibi yönetim anlayışıyla çözüm odaklı yaklaşımlarıyla müşahhas Gaziantep Üniversitesi Hukuk Fakültesinin kıymetli yönetici ve tüm çalışanlarına, yazım süresince yardımlarını ve desteklerini esirgemeyen canım aileme çok teşekkür ederim.



KISALTMALAR CETVELİ

AGİK	: Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Konferansı
Bkz.	: Bakınız
C.	: Cilt
CGK.	: Ceza Genel Kurulu
CMK.	: Ceza Muhakemesi Kanunu
D.	: Dairesi
DAN	: Danıştay
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
E.	: Esas
ESKHS	: Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi
HD.	: Hukuk Dairesi
HGK.	: Hukuk Genel Kurulu
HMK.	: Hukuk Muhakemeleri Kanunu
İHEB.	: İnsan Hakları Evrensel Bildirisi
İYUK.	: İdari Yargılama Usulü Kanunu
K.	: Karar
m.	: Madde
s.	: Sayfa
S.	: Sayı
T.	: Tarih
TBB.	: Türkiye Barolar Birliği
TBK.	: Türk Borçlar Kanunu
TCK.	: Türk Ceza Kanunu
TMK.	: Türk Medeni Kanunu
YAR	: Yargıtay

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖN SÖZ	iii
KISALTMALAR CETVELİ	iv
İÇİNDEKİLER	v

GİRİŞ

I. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı.....	2
1.1.1. Sağlık Kavramı	2
1.1.2. Sağlık Hakkı: Tanım ve Teorik Tartışmalar	5
1.1.2.1. Sağlık hakkının konusu ve kapsamı.....	19
1.1.2.2. Sağlık hakkının özneleri.....	211
1.1.3. Sağlık Hakkının Hukuki Niteliği	26
1.1.4. Sağlık Hakkının İçeriği	27
1.1.5. Sağlık Hakkının Tarihsel Gelişimi.....	28
1.1.5.1. Genel olarak	28
1.1.5.2. Avrupa'daki gelişmeler	333
1.1.5.3. Uluslararası alandaki gelişmeler	333
1.1.5.4. Ulusal düzeyde sağlık hakkının gelişimi	36
1.2. İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı	411
1.3. İnsan Haklarının Bölünmezlik Niteliği Bağlamında Sağlık Hakkı.....	422

II. BÖLÜM

TÜRK HUKUKUNDA SAĞLIK HAKKI

2.1. Ulusal Mevzuatta Sağlık Hakkının Düzenlenmesi	45
2.1.1. Genel Olarak	45
2.1.2. Sağlık Hakkının Anayasal Çerçevesi	45
2.1.3. Yasalarda Sağlık Hakkı.....	46
2.1.3.1. Umumi hıfzıssıhha kanunu	46
2.1.3.2. Hususi hastaneler kanunu.....	47
2.1.3.3. 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun	48
2.1.3.4. Tababet ve şüabâtı san'atlarının tarzı icrasına dair kanun	49
2.1.3.5. Sağlık hizmetleri temel kanunu.....	50
2.1.3.6. Aile hekimliği kanunu.....	52
2.1.4. KHK'larda Sağlık Hakkı.....	52
2.1.5. Tüzüklerde Sağlık Hakkı	54
2.1.6. Yönetmeliklerde Sağlık Hakkı.....	54
2.1.6.1. Acil sağlık hizmetleri yönetmeliği.....	54

2.1.6.2. Hasta hakları yönetmeliği	54
2.1.7. Sağlık Hakkına Değinen Diğer Metinler	55
2.2. Sağlık Hakkının İdareye Getirdiği Yüğümlölükler.....	55

SONUÇ VE ÖNERİLER

KAYNAKLAR	62
-----------------	----



GİRİŞ

İnsanların sahip oldukları en temel hakları arasında ilk sıralarda sağlıklı ve dengeli bir ortamda ve çevre içerisinde hayatını sürdürme hakkı gelmektedir. Zira bedeni veya ruhsal sağlığının bir bölümünü veya tamamını kaybetmiş olanlar, sahip oldukları öteki hak ve özgürlükleri kullanamayabilir veya bu bilinç ve farkındalıklardan uzaklaşabilmektedirler.

Bireyin sağlıklı yaşamasını gerçekleştirme görevi anayasa güvencesiyle devlete yüklenmiştir. Devlet, bu görevlerini yerine getirirken, sağlık sektörü çalışanlarının ve sağlık hizmetinden faydalananların haklarından doğru ve etkin bir şekilde istifade etmelerinden de sorumludur.

Dünya Sağlık Örgütü'nün geniş tanımlaması; mevcut sağlığın gözlemlemesi, geliştirilmesi ve devam ettirilmesi, sağlık hizmeti, sağlık çalışanlarının ya da birimlerinin hastalıkların ve yaralanmaların önlenmesi, tıbbi açıdan sürekli yeniliklere açık hastalıkların tedavisi takibi kontrolü yaşam kalitesinin optimum düzeyde sağlıklı ve fonksiyonel olmasını sağlamak adına aldığı hizmetlerdir.

Sağlık hukuku sadece sağlık hizmeti talep edenler ile bu hizmetleri sunanlar (hastalar ile sağlık hizmeti veren kişi ve kurumlar/kuruluşlar) arasındaki ilişkileri değil, bunların Devletle olan ilişkilerini de düzenler. Sağlık hizmetinden faydalananlar, sağlık hizmeti sunanlar ve bazı yardımcı kuruluş ile devletin, her birisinin birbirileriyle münasebetlerinde ortaya çıkan ihtilaf durumlarını konu edinen özel hukuk ve kamu hukuku konusundaki kuralların oluşturduğu, karma aynı zamanda oldukça geniş bir hukuk dalı olarak kabul edilmektedir.

I. BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Sağlık ve Sağlık Hakkı

1.1.1. Sağlık Kavramı

Sağlık kavramının tanımlanmasına yönelik olarak uluslararası hukukta sağlık ile ilgili iki farklı yaklaşım bulunmaktadır¹. Bu yaklaşımlardan birincisi, Dünya Sağlık Örgütü Anayasası'nın başlangıcında yer alan “*sadece hastalık ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik içinde olma hâli*” şeklindeki tanım olarak ifade edilmektedir².

Bahsi geçen yaklaşımın devamı niteliğinde olarak Alma Ata Bildirgesi kapsamında sağlık hakkı vurgulanarak sağlık kavramının geniş kapsamlı yorumunun benimsendiği görülmektedir. Alma Ata Bildirgesinde yer alan tanım çerçevesinde sağlık kavramının temel bir insan hakkı olduğu teyit edilerek “*sosyoekonomik durumu*” da sağlığın bir yönü olarak değerlendirmektedir. Bunun yanı sıra söz konusu bildirmede sağlık alanında eşitlik ilkesinin gereklerinin sağlanması, üye ülkelerin tamamının temel hedeflerinden biri olarak nitelendirilmektedir³.

Fakat sağlık olgusuna DSÖ'nün yaklaşımının, ESKHS'nin hazırlık sürecinde devletlerin bir kısmı tarafından kabul edilmediği belirtilmektedir. Bu çerçevede devletlerin bir kısmı tarafından sağlığın unsurları arasında yer alması ve hastalıklar ile sosyal çevre arasındaki tutarlı ilişkinin ortaya koyulması sebebiyle söz konusu tanım kapsamında “*sosyal sağlık*” ifadesine de yer verilmesi gerektiği savunulmuştur. Buna rağmen Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nun Üçüncü Komitesi ESKHS'nin 12. Maddesinde DSÖ Anayasası'nın başlangıç kısmında yer verilen sağlık tanımını

¹ John William Tobin, *The right to health in international law*. Oxford: Oxford University Press, 2013, 47.

² Özge Yücel, *Sağlık ve Tıp Hukukuna İlişkin Temel Kavramlar Ve Özneler*. Ankara: Seçkin Yayınları, 2018, 37.

³ Sanjay Basu, *Kapsamlı bir halk sağlığı hareketi inşa etmek: HIV/AIDS örgütlenmesinden alınacak dersler*. İstanbul: Yordam Kitap, 2011, 76.

benimsememiştir⁴. Buna ek olarak söz konusu tanımda “sosyal sağlık” konusuna yer vermediği ve “ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardı”na gönderme yaptığı ifade edilmektedir⁵.

DSÖ tarafından yapılan tanım üzerinden sağlığın “sosyal bir olgu” olduğunun vurgulanması amacıyla 1990’lı yılların ortalarından itibaren sağlığın belirleyicileri kapsamında sağlığın sosyal belirleyicileri kavramının da giderek yaygınlaşmaya başladığı görülmüştür⁶.

Tarlov’un ifadelerine göre, sosyal koşullar sağlığın belirleyicileri arasındaki başat kategori olarak nitelendirilmektedir⁷. Sağlık üzerinde toplumda ortaya çıkan yoksulluğun, oransal olarak yoksunluğun genişliği ve sosyal dışlanmanın büyük ölçüde etkili olduğu ifade edilmektedir. Çünkü toplumda sosyoekonomik durumu kötü olan kesimin, sağlık açısından da kötü durumda olduğu görülmektedir. Söz konusu durum, toplum içerisinde yalnızca en yoksulların sağlığının kötü olduğu anlamına gelmemektedir. Bu durum aynı zamanda mortalite (ölüm nedeni) ve sağlıksızlık farklılıklarının sosyoekonomik katmanların tümünü kapsadığını da ifade etmektedir⁸.

Öte yandan sağlığın sosyal belirleyicileri Dünya Sağlık Örgütü’ne göre, gelir, meslek, eğitim, cinsiyet ve sosyal sınıf olarak ifade edilmektedir (WHO, 2010, 2). Bunun yanı sıra DSÖ’nün hazırlamış olduğu ve konut edinmeye yönelik problemleri özellikle salgın hastalık analizleri kapsamında “hastalığa sebep olabilecek çevresel faktörler” arasında değerlendirmekte olan Konut Sağlığı Prensipleri (Health Principles of Housing) çerçevesinde, kötü yaşam koşulları ve yaşamaya elverişsiz konut, her zaman hastalık ve yüksek ölüm oranlarıyla ilintilidir.

Bu alanda yapılan araştırmalarda sağlığın temel göstergeleri ile sosyoekonomik durum arasında güçlü bir ilişki olduğu ortaya çıkarılmıştır. Bunun yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde bebek ölüm oranları ile gelir eşitsizliği arasında da güçlü bağlantı vardır. Hasta sağlığında gelir eşitsizliğinin ileriye dönük nedensel bir role sahip olduğu, düşük sosyoekonomik düzeye sahip olan kesimin sağlık ihtiyaçlarını gidermek amacıyla sağlık kuruluşlarına erişilebilirliğinin de düşük olduğu ortaya

⁴ Tobin, 2013, 47.

⁵ Jonathan Mann, Public health and human rights. Human Rights, 1998, 25(4), 68.

⁶ Alvin Tarlov, Social determinants of health: The sociobiological translation. London, Routledge, 1996, 57.

⁷ Tarlov, 1996, 57

⁸ Shaw, M., Dorling, D. and Smith, G. D. Yoksulluk, toplumsal dışlanma ve azınlıklar, sağlığın sosyal belirleyicileri. İstanbul: İNSEV Yayınları, 2009, 83.

koyulmuştur. Ayrıca sağlık hizmetlerine erişim düzeyinin azalmasının tedavi edilmeyen rahatsızlıkların komplikasyonlarına neden olarak ciddi sağlık problemlerine yol açtığı da vurgulanmaktadır⁹. Günümüzde hastalıkların nedenlerinin çok daha iyi anlaşılabilmesi sayesinde, yoksul ülkelerde yaşayan yoksul kişilerin yaşam şartlarına yönelik olarak yapılan bir iyileşme, elverişli koşullarda, salt bireysel davranış şekillerini değiştirerek bile sağlık düzeyinin yükseltebildiği bildirilmektedir. Fakat gelişmiş ülkelerde ortalama ömür süresinin pozitif yönde yükselmesi, yaşam sürelerinde artış sağlayan koruyucu sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesiyle elde edilmiştir¹⁰. Bu konuda dikkat çeken nokta ise, temel sağlık göstergelerinde meydana gelen olumlu gelişmelerin, görece gelirin eşitlik temelinde bölüştürüldüğü dönemlerde gerçekleşmiş olmasıdır¹¹.

Öte yandan sağlık ile sosyal koşullarla sağlık arasındaki ilişkinin incelenmesine yönelik olarak yapılan araştırmaların yapıldığı gelişmiş ülkelerde zıt eğilimlerin bir araya geldiği görülmektedir. Bu kapsamda ortalama ölüm oranlarında düşüş görülürken, sosyoekonomik eşitsizliklere bağlantılı olarak ortalama yaşam sürelerinde artış gösteren bir farklılaşma görülmektedir. Bu durum Smith tarafından şöyle ifade edilmiştir: “...doğumdan ölüme kadar maruz kalınan ve imtiyazsız toplumsal çevrelerde yoğunlaşan elverişsiz koşulların nedeni niteliğindeki toplumsal süreçleri teşhis etmek mümkün. (...) Bu durumdan etkilenen bireylerin ve ayrıca onların ebeveynlerinin toplumsal yapıya göre şekillenmiş beslenme, sağlık ve çevresel etki deneyimleri, bireyin ileriki yaşlarında ortaya çıkacak sağlık tablosuyla ilgili önemli göstergeleri, örneğin doğum ağırlığını, boyu, kiloyu ve akciğer işlevlerini etkiliyor. Vücuda dair bu biyolojik göstergeler (ve bedenin geçmişi), toplumsal ilişkilerin somutlaşmış hâli olarak görülmelidir...”¹².

Devletler tarafından bireylerin yaşam alanlarının sosyal koşullarını düzeltmek amacıyla müdahale edilmesi gereken dört temel başlık şöyle ifade edilmektedir: (i) toplumdaki gelir eşitsizliklerinin azaltılması, (ii) hastalık etkenlerine dezavantajlı grupların ve bireylerin maruz kalmalarını önlemek, (iii) dezavantajlı grupların ve bireylerin hastalık etkenlerine karşı zafiyetinin azaltılması, (iv) eşitlik

⁹ Richard Wilkinson, *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London & New York: Routledge, 1996, 37.

¹⁰ Wilkinson, 2005, 27

¹¹ Colin Leys, *Sağlık ve kapitalizm*. İstanbul: Yordam Kitap, 2011, 40.

¹² George Davey Smith, *Health inequalities: Lifecourse approaches*. Bristol: The Policy Press, 2003, 36.

temelinde sağlık hizmetlerinin sunulması suretiyle hastalıkların eşitsiz sonuçlar doğurmasını ve bireylerin sosyoekonomik durumunun kötüleşmesini önlemek¹³.

Sağlık kavramının kapsamının sosyal boyutu da içerecek şekilde geniş tutulması ise bazı yazarlar tarafından uluslararası insan hakları çerçevesinde eleştirilmiştir¹⁴. İnsanların tek boyutlu varlıklar olmaması nedeniyle varoluşlarının biyolojik, ruhsal, zihinsel, fiziksel ve sosyal birçok boyutu bulunmaktadır. Bu durumun doğal bir sonucu olarak, sağlıklı olmanın ön koşulu söz konusu unsurların tamamını bütüncül bir şekilde içermesine bağlıdır. Bu sebeple bilimsel araştırmalarda da, sağlık kavramından sosyal belirleyicilerin dışlanamayacağı açık bir şekilde görülmektedir. Bu kapsamda ESKHS'nin imzalandığı tarihsel sürecin ideolojik ve politik dinamikleri çerçevesinde sosyal sağlığın dışlanmasıyla bir sağlık tanımı üretilmiştir. Ancak, 2000'li yıllarda gelindiğinde ESKHK'nın da sağlığın sosyal belirleyicilerinin etkisini kabul ettiği ifade edilmektedir.

1.1.2. Sağlık Hakkı: Tanım ve Teorik Tartışmalar

Sağlık hakkını kısaca sağlık durumu yerinde olmayan veya bozulan kişinin uygun tedaviye ulaşabilmesi ve sağlıklı bir yaşam sürebilmesi için temiz çevre, sağlıklı gıda vb. gereken şartlara, araçlara sahip olabilme hakkı şeklinde tanımlayabiliriz¹⁵. Tedavi süreçleri hastalıktan hastalığa değişiklik göstermekle birlikte, tabi olarak bir takım hastalıkların tedavisi teknik donanıma sahip hastaneler, uzman hekimler, pahalı ilaçlar, ileri teknolojiye sahip ekipmanlarla donatılmış ameliyathaneler gerektirdiğinden son derece masraflı ve zahmetli süreçleri ifade eder. Bu sebeple sağlık hakkı en yüksek sağlık standardından faydalanabilme hakkını da ifade eder. Bu sebeplerden dolayı sağlık hakkını iki kısım olarak ifade etmekte yarar vardır:

1. Sağlık hizmetleri ve bunların gerekleri ile ilgili haklar,
2. Genel sağlık için son derece önemli olan sağlıklı gıda, temiz çevre, temiz hava veya makul barınak gibi genel yaşam şartları ile ilgili haklardır.

Bir diğer ifadeyle sağlık hakkını bireyin sağlığına etki eden etkenlerin göz ardı edilmediği, birey ve halk sağlığını koruyucu tedbirlerin alındığı etkili ve hızlı

¹³ Mackenbach, J., Bakker, M., Sihto, M. and Diderichsen, F. Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health. London: Routledge, 2002, 61.

¹⁴ Tobin, 2013, 47

¹⁵ TEMİZ, Özgür, Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı. AÜSBFD, Ankara, 2014, c. 69, No:1, s. 167-168; METİN, Sağlık Hakkı, s. 47.

müdahale yerliliğine sahip teşkilatlanmış bir sağlık sistemi hakkıdır şeklinde tanımlanabilir¹⁶.

Sağlık olmadıktan sonra ne mali değerlerin ne de Dünyaya ait güzelliklerin kıymeti kalmamaktadır. Bu sebeple sağlıklı olma ve bozulan sağlığın tedavi edilmesi ihtiyaç piramidinin en üstlerinde yer alır. Sağlık hakkının gereklerinin yerine getirilmesi bir organizasyonu zorunlu kılar. Söz konusu organizasyon idare tarafından kamu hizmetinin gerekleri doğrultusunda yerine getirilmektedir. Sağlık hizmetlerine duyulan sınırsız ihtiyaç, idarenin sınırlı kaynaklarının elverdiği ölçüde yerine getirilmeye çalışılmaktadır¹⁷.

Belli bir amaca ulaşmak üzere kurulan örgüt veya amaca ulaşmak üzere yürütülen planlı insan faaliyetini ifade eden idare kavramı, idare hukukunda devlet teşkilatını ifade etmek üzere kullanılmaktadır. Bir başka ifadeyle idare kavramı devletin fonksiyonel anlamda devletin belirlediği ve aynı zamanda kendine özgü bir takım amaçlara ulaşabilmek adına yürüttüğü faaliyetlerin tümünü ifade eder. Bu anlamda devletin elinde bulunan imkân ve kabiliyetler ile sağlık hakkının gereklerini yerine getirmek üzere gerçekleştirdiği faaliyetler bir idari faaliyeti ifade eder. Söz konusu durum sosyal devlet anlayışının da bir yansımasıdır. Bu sebeplerle sağlık hakkının idare hukukunun gereklerine ve ilkelerine uygun olarak sağlanmaması idarenin tazmin sorumluluğunu da gündeme getirecektir¹⁸.

Sağlık hakkının bir diğer görünümü olan sağlıklı kalma hakkının yansımaları olan birçok hak isimsiz hak ve hürriyetler başlığı altında ele alınmaktadır. Temiz su, gıda ve çevre hakkı, ruh sağlığı hakkı¹⁹ vb. birçok hak gün geçtikçe tartışılmaya devam etmektedir. Özellikle covid-19 pandemisi ile birlikte ücretsiz tedaviye duyulan ihtiyaç sağlık hakkının daha çok önem kazanmasını sağlamıştır²⁰.

¹⁶ Gunilla Backman, Paul Hunt, Rajat Khosla, Camila Jaramillo-Strouss, Belachew Mekuria Fikre, Caroline Rumble, David Pevalin, David Acurio Paez, Monica Armijos Pineda, Ariel Frisancho, Duniska Tarco, Mitra Motlagh, Dana Farcasanu, Cristian Vladescu, Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries, Right to Health, 2008, s. 2048; ZENGİN, Nazmi, Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, c. 1, S.1, s. 45.

¹⁷ BOZKURT, Enver, İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı, Sağlık Hukuku Kurultayı, Ankara, 2009, s.14.

¹⁸ YILDIRIM, Ramazan, İdarenin, Sağlık Hizmetlerinden Kaynaklanan İdare Hukuku Kapsamındaki Sorumluluğu, Türk Alman Tıp Hukuku Sempozyumu, Ankara, 2012, s.199.

¹⁹ Ruh Sağlığı kısaca ruhsal bir rahatsızlığın yokluğu olarak tanımlanabilir. Ruh Sağlığı Hakkının tanımı ile ilgili tartışmalara ayrıca bkz. GÜLEÇ, Cengiz, Ruh Sağlığı Hakkı, Sağlık Hukuku Kurultayı, 2009, Ankara, s. 45-51.

²⁰ Zorlu, Süleyman Emre, günümüz ve Osmanlı Hukukunda Sağlık Hakkı Karşılaştırmalı Bir İnceleme, Necmettin Erbakan Hukuk Araştırmaları Kamu Hukuku, Editörler: Prof. Dr. Nuran Koyuncu, Doç. Dr. Abdulkadir Yıldız, s. 236.

Sağlık hakkı uluslararası insan hakları hukukunda evrensel ve temel bir insan hakkı olarak tanınmıştır. Sağlık hakkı pozitif hukuk kaynaklarında yer almıştır²¹. İnsan hakları tasnifinde sosyal hakların, konusu bakımından tarihsel gelişim süreci içerisinde “ikinci kuşak haklar” arasında yer aldığı ifade edilmektedir²². Sağlık hakkının tanımlanması ve kapsamının belirlenmesi ise diğer sosyal haklarda olduğu gibi bazı zorluklar içermektedir²³. Bu kapsamda sağlık kavramının tanımına yönelik olarak uzlaşma sağlanamaması sonucunda, sağlık hakkının tanımının yapılması da güçleşmektedir.

Sağlık 1948 tarihli İHEB’nin 25/1. Maddesi çerçevesinde bir hak olarak düzenlenmiştir. Bu çerçevede her bireyin ve ailesinin refahı ve sağlığı için beslenme, tıbbî bakım, konut, giyim ve gerekli sosyal hizmetlerden faydalanmayı içeren yeterli bir yaşam standardı hakkına sahip olduğu belirtilmektedir²⁴. 1946 tarihli DSÖ Anayasası kapsamında sağlık hakkı şöyle ifade edilmektedir: “Erişilebilecek en yüksek seviyede sağlıktan yararlanmak, ırk, din, siyasi inanç, ekonomik ve sosyal koşullar gözetilmeksizin her insanın temel haklarından biridir.” Bunun yanı sıra 1966 tarihli ESKHS’nin 12. Maddesi çerçevesinde ise, “herkesin, ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkı” bulunduğu kabul edilmiştir²⁵.

Sağlık hakkının sınırlarının ve çerçevesinin uluslararası insan hakları sözleşmeleri çerçevesinde yer alan diğer insan hakları normları ile örüldüğü ifade edilmektedir. Bu nedenle sağlık hakkı önemi itibarıyla normlar kompleksi olarak ifade edilebilecek girift bir yapıya sahiptir²⁶. Sağlık hakkının, insan haklarının birbiriyle yakından ilişkili doğası sebebiyle bazı insan haklarıyla da yakından ilintili olduğu vurgulanmaktadır²⁷. Dolayısıyla, devletler tarafından benimsenen yanlış sağlık politikaları ve sağlık alanında yapılan hatalı uygulamalar, sağlık hakkıyla ilgili birçok hakkın ihlâl edilmesine yol açmaktadır. Buna ek olarak olumlu nitelikli uygulamalar ve politikalar da benzer şekilde birçok hakkın korunmasına olanak vermektedir²⁸.

²¹ Sjef Gevers, The right to health care. European Journal of Health Law, 2004, 11, 29.

²² Temiz, 2014, 34

²³ Sever, 2018, 43

²⁴ Uyar, 2006, 30

²⁵ Ertan, 2012, 28

²⁶ Temiz, 2013, 49

²⁷ Sever, 2018, 43

²⁸ Gruskin ve Tarantola, 2005, 28

Diğer taraftan sağlık hakkının tıbbî hizmetleri aşan çok yönlü ve girift bir yapıya sahip olduğu belirtilmektedir. Bu nedenle uluslararası insan hakları sözleşmelerinde sağlık hakkının, sağlık bakım ya da sağlık hizmetlerine erişim hakkı gibi isimlerle değil, “sağlık hakkı” olarak düzenlendiği görülmektedir²⁹. Nitekim, 14 nolu GY’de, “ulaşılabilecek en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardı” atfı hatırlatılmakta ve bu çerçevede sağlık hakkının, yalnızca gereken sağlık şartları taşımaya yönelik sağlık hizmeti hakkı ya da sağlık bakım hakkı gibi sınırlı önemde olmadığı belirtilmektedir.

Modern anlamda sağlık hizmetlerinin tarihi seyri incelendiğinde, söz konusu hizmetlerin 19. yüzyılda endüstri devrimi ile artan sağlık sorunlarından sonra ortaya çıktığı görülmektedir. Bu dönemde devletler tarafından sağlık plânları ve politikalarının kamusal nitelikli olarak oluşturma gereğinin ortaya çıktığı ifade edilmektedir³⁰. 1880’lerde sosyal güvenlik rejimi, Almanya’da Bismarck tarafından dönemin sınıf çelişkilerinin sosyal bir patlamaya sebebiyet vermesini engellemek, işçilerin devlete sadık olmalarının sağlanması ve çalışma hayatının devlet kontrolünde olabilmesi amacıyla uygulamaya koyulmuştur. Sanayi devrimiyle birlikte ortaya çıkan işçi sınıfında yer alan bireylerin sağlık hizmetlerinden yararlanmaya malî gücünün elvermemesi nedeniyle Almanya’daki işçi sınıfının devletten sağlık hizmet sunumu talebinde bulunması sonucunda, sağlığın bir hak olarak talep edilebilirliği gündeme gelmiştir. Bu durum sağlık sigortası sisteminin oluşmasına zemin hazırlamıştır³¹.

Bu bağlamda Beauchamp’ın ifadelerine göre, sağlık hakkının hem klasik haklar hem de sosyal hakların büyük bir kısmı ile karşılaştırıldığında, görece daha kısa bir tarihe sahip olduğu görülmektedir. Çünkü sağlık, uzun bir süre boyunca bir hak olarak değil, hayırseverlik olarak ele alınmıştır. Böylece ihtiyaç sahiplerinin sağlık ihtiyaçları geleneksel olarak hayır kuruluşları ve dinsel kurumlar aracılığıyla karşılanmıştır. Fakat modern çağda hızla gelişen teknolojiyle birlikte sağlık harcamalarının artış göstermesi ve kentlerin hızla büyümesi sonucunda hayırseverlik çerçevesinde kurgulanan sistemin çalışması olumsuz yönde etkilenmeye başlamıştır³². Daha sonra sağlığın bir hak olarak kabul edilmesiyle birlikte, sağlık hizmetlerinin yaygın bir hale gelmesi ve toplumdaki bireylerin her biri için erişilebilir kılınması

²⁹ Sever, 2018, 43

³⁰ Magdalena vd., 2004, 283

³¹ Yolcu, 2018, 58

³² Beauchamp, 1991, 22

sayesinde toplum sağlığının korunmasına yönelik olarak koruyucu sağlık hizmetleri bir öncelik haline gelmiřtir³³.

Öte yandan Nozick gibi liberteryenler tarafından savunulan liberal adalet teorileri, her bireye sağlık sigortası, tıbbi bakım veya sağlığın sosyal belirleyicilerinin düzeltilmesi için herhangi bir toplumsal yükümlülük tamamen reddedilmektedir. Çünkü söz konusu hizmetlerin sunumu için gereken vergilerin artış göstermesi, bireysel özgürlüklerin ihlâl edilmesine yol açmaktadır. zgrlk ilkesi, Liberteryen teori çerçevesinde mutlak olarak alınmakta ve sağlığa karşı duruşu değişmemektedir. Dolayısıyla, negatif özgürlükleri güvenceye alan düzenlemeleri desteklerken, pozitif hakların yerine getirilmesi için gereken kaynakların yeniden dağıtımına karşı ıkmaktadırlar³⁴.

Goodman'ın ifadeleri çerçevesinde sağlık hakkı, diğer insanların kaynakları üzerinde hak talep etmek anlamına gelmektedir. Bahsi geçen hak kategorisinde ise devlet tarafından ülke ekonomisine müdahale edilerek ve yeniden serveti dağıtarak, insanların refahını sağlamak için pozitif bir ykmllge sahip olunduğu varsayılmaktadır³⁵. Sağlık hakkının temelde sağlık hizmetlerine güvenli bir erişim amacıyla motive edilmesi hatalı bir yaklaşım olarak nitelendirilmektedir. Sosyal hakların artması hkmetleri yoksullaştırmakla tehdit etmenin yanı sıra toplumda mal ve hizmetlerin toplam üretiminin de azalmasına neden olmaktadır³⁶. Devletler tarafından halk sağlığının geliştirilmesi ve sağlık kaynaklarına erişimin kolaylaştırılması için gereken adımların atılması gerekmektedir. Fakat yeniliği mümkün kılan piyasaya dayalı sistemlerin de korunması ve bu sistemlere saygı duyulması önem arz etmektedir³⁷.

Sağlık hakkının da bir insan hakkı olarak kabul edilmesine yönelik ortaya atılan argümanlar şöyle ifade edilmektedir; "negatif hakların korunması hoşgörüden başka bir şey gerektirmezken, pozitif hakların korunması kaynakların yeniden dağıtılmasını gerektirir." Bu durum aynı zamanda mülkiyet düzenine haksız bir müdahale anlamına gelmektedir. Bunun yanı sıra sağlık tanımının ve sağlık hakkının

³³ Yücel, 2018, 37

³⁴ Jennifer Prah Ruger, Toward a theory of a right to health: Capability and incompletely theorized agreements. Yale Journal of Law & Humanities, 2006, 18(273), 282.

³⁵ Goodman, 2005, 647

³⁶ Richard Epstein, Mortal peril: Our inalienable right to health care? New York: Addison Wesley Publishing Company, 1997, 71-73.

³⁷ Timothy Goodman, Is there a right to health? Journal of Medicine and Philosophy, 2005, 30(6), 647.

belirsiz bir içeriğe sahip olması nedeniyle bu şekilde tanınması mümkün olmamaktadır³⁸.

Klasik liberal-neoliberal yaklaşımlar çerçevesinde sosyal hakların tamamında olduğu gibi sağlık hakkını da bir insan hakkı olarak kabul edilmemektedir. Bu nedenle söz konusu yaklaşımlara, kişiye sübjektif talep hakkı verilmediğini iddia edilerek dava edilebilir olamayacağının ileri sürülmesinden ötürü katılmanın mümkün olmadığı ifade edilmektedir.

İnsan haklarının sınıflandırılmasına yönelik teorik bilgilerden hareket eden ve pozitif-negatif hak ayrımını mutlak bir şekilde kabul eden yaklaşımın aslında hatalı olduğu belirtilmektedir Sağlık hakkının normatif içeriğinin pozitif yönünü nispeten daha ağır basmaktadır. Ancak sağlık kavramı yukarıda anılan geniş tanımı içinde kavrandığında, sağlık hakkının negatif bir boyutu bulunduğu da gözden kaçırılmamalıdır. Sağlık hakkıyla korunan değer olan sağlık, yalnızca bozulduğu zaman düzeltilmesine yönelik hizmetin sunulmasını gerektiren bir değer değildir. Bilakis o, aynı zamanda, tıpkı vücut bütünlüğü gibi, saygı gösterilmesi ve korunması gereken bir değerdir³⁹.

Günümüzde önemi gittikçe artan ve yalnızca sağlık hizmetlerinin bireylere sağlanmasına yönelik bir konu değil sağlığın temel belirleyicilerinin yanı sıra “sosyal bir olgu” olarak da kabul edilen sağlık, sağlık hakkının ve sağlığa yönelik kaynak dağıtımının toplumsal adalet çerçevesinde ele alınması da gerekli kılmaktadır⁴⁰.

Sağlık hakkını düzenleyen uluslararası belgelerde sağlık hakkının, sağlık hizmetlerine erişim hakkı olarak ele alınmasının yanı sıra, toplumsal ilişkiler çerçevesinde ele alınmaktadır⁴¹. Sağlığın sosyal belirleyicilerinin de bu durumu zorunlu kıldığı görülmektedir. Bu kapsamda John Rawls, Norman Daniels, Amartya Sen, Martha C. Nussbaum, İonna Kuçuradi ve Cecile Fabre’nin yaklaşımlarından hareketle söz konusu klasik liberal-neoliberal yaklaşımlara karşı-yanıt aranacaktır.

³⁸ Audrey Chapman, Conceptualizing the right to health: A violations approach. Tennessee Law Review, 1998, 65(2), 390.

³⁹ Temiz, 2014, 34

⁴⁰ Sever, 2018, 43

⁴¹ Yamin, 2005, 1156

Bu kapsamda öncelikle 20. yüzyılın önemli düşünürleri arasında yer alan ve eşitlikçi bir adalet anlayışını benimseyen John Rawls'un "hakkaniyet olarak adalet" biçiminde özetlenebilecek olan sosyal adalet yaklaşımı üzerinde durulmasında yarar vardır. Rawls, liberal düşünce geleneği içinde yer almakta ve "adaleti farklı unsurları içeren bir matris içinde" yorumlamaktadır⁴². O'na göre, adalet diğer bütün değerlerin öneminin belirlenmesini sağlayan bir ölçüt ve "sosyal kurumların en önde gelen erdemi" olarak ifade edilmektedir. Rawls tarafından kaleme alınan "Bir Adalet Teorisi" adlı eser çerçevesinde adaletli bir toplumu düzenlemekte olan temel sosyal, ekonomik ve siyasal kurumlar belirlenmeye ve toplumda bölüşümü yeniden düzenlenmeye çalışmaktadır⁴³. Rawls, bunu gerçekleştirebilmek için iki varsayımsal araçtan hareket etmektedir. Bu araçlar, başlangıç durumu (original position) ve cehalet perdesi (veil of ignorance) olarak ifade edilmektedir⁴⁴. Böylelikle eşitlikçi ve adil bir toplumun temelinde yer alması ilkelerin belirlenmesinde keyfi olasılıklara bağlı önyargıların önlenebileceği ifade edilmektedir.

Rawls tarafından adalet teorisi temellendirilirken orijinal pozisyonda iki farklı adalet ilkesinden söz edilmektedir⁴⁵: "(a) Her kişi, tamamen yeterli bir eşit temel özgürlükler şemasında aynı vazgeçilmez hakka sahiptir; bu şema, herkes için aynı özgürlükler şemasıyla uyumludur. (b) Toplumsal ve ekonomik eşitsizliklerin iki koşulu karşılaması gerekir. İlk olarak onların hakkaniyetli fırsat eşitliği koşulları altında herkese açık olan makam ve mevkilerle bağlantılı olmaları gerekir. İkinci olarak, toplumun en az avantajlı üyelerine en büyük yararı sağlamaları gerekir (fark ilkesi)." Bu kapsamda ikinci ilkeye göre önceliği bulunan birinci ilkenin, klasik liberal haklara karşılık geldiği belirtilmektedir. Bunun yanı sıra Rawls, ikinci ilke içinde liberal eşitliğe denk gelen "hakkaniyetli fırsat eşitliği" fark ilkesinden önce gelmekte ve fırsat eşitliğinden sonra ortaya çıkacak olan eşitsizlikleri fark ilkesi vasıtasıyla engellemeyi hedeflemektedir. Bu durumda meydana gelecek olan eşitsizlikler en az avantajlı olan kesimin yararına olacak biçimde kaynakların yeniden dağıtılması sonucunda engellenmiş olacaktır⁴⁶.

⁴² Kocaoglu, 2015, 32

⁴³ Will Kymlicka, Çağdaş siyaset felsefesine giriş. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 2006, 56

⁴⁴ John Rawls, Bir adalet teorisi. Ankara: Phoenix Yayınevi, 2020, 48

⁴⁵ Rawls, 2020, 48

⁴⁶ Rawls, 2020, 48.

Rawls'ın birinci adalet ilkesinde klasik hak ve özgürlükler açısından devlete pozitif ödevler düşmektedir. Ancak ikinci adalet ilkesinde ise söz konusu ödevlerin daha fazla etkili olduğu görülmektedir. Rawls teorisinde önceliği özgürlüğe vermesine rağmen, söz konusu önceliğin özgürlüklerin adil bir şekilde değerini sağlayacak biçimde ekonomik ve sosyal alanda demokratik eşitliği gerekli kıldığı görülmektedir⁴⁷. Aksi durumda ise ekonomik ve sosyal eşitsizliklerin bireylerin özgürlüklerinin adil değerine zarar verdiği ifade edilmektedir⁴⁸.

Başlangıçta Rawls tarafından geliştirilen teoride sağlık alanının kapsam dışında tutulduğu görülmektedir⁴⁹. Ancak daha sonra, özellikle Amartya Sen tarafından yapılan itirazlara ve eleştirilere yanıt niteliğinde sağlığın, yalnızca doğal rastlantı olarak belirlenmediği ve böylece sosyal belirleyicilerin sağlık üzerinde doğal rastlantılardan daha belirleyici olduğu kabul edilmiştir. Bu çerçevede, özellikle halk sağlığını doğrudan pozitif yönde etkileyen temel sağlık hizmetlerinin önemi vurgulanmıştır. Bunların yanı sıra fark ilkesi rehberliğinde sağlık hizmetlerine erişim konusunu inceleyen Rawls'ın ifadelerine göre, sağlık hizmetleri sunmak, en az avantajlı olan kesim tarafından talep edilen hizmetlerin bedelini karşılanamadığında, onların gelirine takviye yapmak demek değildir. Bunun aksine, eşit ve özgür vatandaşların sağlık gereksinimlerini karşılamak demektir. Böylece hem sağlık hizmetinin farklı türlerinin aciliyeti takdir edilmekte hem de temel sağlık hizmetlerine yönelik olarak öne sürülen taleplerin diğer toplumsal gereksinimlere kıyasla önceliği saptanmaktadır⁵⁰.

Bu bağlamda eşitlikçi ve adil bir toplumsal yapıda “herkes için temel düzeyde sağlık hizmeti” sağlanması gerekmektedir. Rawls'ın adalet teorisi ile sağlık hakkı ilişkilendirildiğinde ise yaşamsal bir ihtiyaç olarak nitelendirilen sağlık hakkının, temel sosyal ihtiyaçların tümünde olduğu gibi eşitlik temelinde dağıtılmasının sağlanması önem arz etmektedir⁵¹.

Daniels tarafından sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicileri Rawls'ın teorisine dahil edilmiştir. Bu çerçevede hakkaniyetli fırsat eşitliği ilkesinden hareketle, zor durumda olan ihtiyaç sahiplerine sağlık hizmetlerini sağlama zorunluluğunun etik

⁴⁷ Yolcu, 2018, 58.

⁴⁸ Rawls, 2020, 48.

⁴⁹ Rawls, 2020, 48.

⁵⁰ Rawls, 2020, 48.

⁵¹ Üzeltürk, 2012, 47.

temelleri sorgulanmıştır. Böylece Daniels tarafından şu üç temel soru sorulmaktadır: ”(i) Sağlığın özel bir etik değeri var mıdır? (ii) Sağlık eşitsizlikleri ne zaman adaletsizdir? (iii) Kaynakların kısıtlı olduğu göz önünde bulundurulduğunda, sağlık hizmetleri nasıl adil ve hakkaniyetli bir şekilde dağıtılabilir?”

Daniels tarafından ilk soru, sağlığın ve sağlığın sosyal belirleyicilerinin etik değerlerini, kişilerin insan türüne has normal fonksiyonları göstermelerini sağlamalarından almış olduğu ileri sürülerek cevaplanmaktadır. Bu kapsamda, insan türüne has normal fonksiyonlar gösteremeyenlerin fırsatlara erişiminin azalması nedeniyle sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicileri, diğer sosyal hizmetler ile kıyaslandığında özel bir etik değere sahip olacaktır. Bunun yanı sıra Daniels tarafından Rawls’ın “*hakkaniyetli fırsat eşitliği*” ilkesi kendi teorisine uygulanmıştır. Böylece sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicileri aracılığıyla insanların sağlığa yönelik ihtiyaçlarının giderilmesinin, fırsat eşitliğine önemli düzeyde katkı sağladığı neticesine ulaşılmaktadır. Bu çerçevede Daniels tarafından ikinci soru “*fırsat eşitliğini bozan sağlık eşitsizliklerinin adaletsiz olduğu*” olarak yanıtlanmaktadır. Ayrıca Daniels’e göre, kişinin gereken sağlık donanımına sahip olmaması durumu, sağlık ve sağlığın sosyal belirleyicilerine yönelik dağıtımın adil ve eşit bir şekilde yapılmadığının açık bir göstergesidir. Daniels, tarafından sağlık hizmetlerinin sınırlı kaynaklar nedeniyle nasıl eşit bir şekilde dağıtılacağına yönelik olarak sorulan üçüncü soruyu cevaplamak amacıyla “mantığa uygun/makul olduğuna dair hesap verebilirlik” şeklinde dilimize çevrilebilecek “accountability for reasonableness” kavramı geliştirilmiştir. Söz konusu kavramın uygulamaya konulabileceği sağduyulu kişilerden meydana gelen kurgusal bir toplum öngörmektedir. Bahsi geçen koşullar altında verilen kararların makul kararlar olduğuna yönelik hesap verilebilirliğin sağlaması için “kamusallık, uygunluk, değiştirilebilirlik ve düzenleyicilik” koşullarının taşınması gerektiği belirtilmektedir. Bu bağlamda Daniels’in görüşleri çerçevesinde sağlık hakkının getirmiş olduğu yükümlülükler ve haklar değerlendirilirken, sağlık hizmetlerinin yanı sıra sosyal politikaların da sağlık üzerindeki etkilerinin dikkate alınması önem arz etmektedir⁵².

Amartya tarafından Sen Rawls’ın yaklaşımına eleştirel bir bakış açısıyla yaklaşmıştır. Bu çerçevede Amartya, kusursuz adaleti araştırmak yerine, dünyada var olan adaletsizliği engellemenin önemini vurgulamıştır. Adalet konusunun kusursuz

⁵² Daniels, 2008, 64

adil topluma ya da adil düzenlemelere ulaşmanın yanı sıra aynı zamanda adaletsizliği önlemek olarak görülmelidir. Örnek verilecek olursa köleliğe karşı mücadele eden insanlar, bu mücadelede yalnızca köleliğin kaldırılmasının dünyayı kusursuz ve adil bir yere dönüştüreceğini öne sürmüyorlardı. Çünkü bu noktada öne sürülen şey, köleliğin var olduğu toplumların tamamen adaletsiz olduğu konusuydu⁵³.

Rawls'ın yaklaşımı çerçevesinde “bir ülkenin kaynaklarının bütün yurttaşlarına eşit şekilde ya da eşite yakın bölüştürülüyorsa daha iyi bir ülke hâline geleceği” ifade edilmektedir. Ancak Sen'in ifadelerine göre söz konusu durum her zaman olumlu bir sonuç vermemektedir. Örnek verilecek olursa, çocuklar hayatlarını sürdürmek için yetişkinlere kıyasla daha çok proteine ihtiyaç duymaktadırlar. Bu nedenle duyarlı bir kamu politikasının beslenmeye yönelik kaynakları toplumda yer alan her bireye eşit bir şekilde dağıtamamaktadır. Söz konusu toplumsal eşitsizlikler sürdükçe, örneğin düşük eğitim seviyesine sahip olan kadınların bulunduğu bir toplumda, kadınlarla erkeklerin eşit düzeyde eğitim fırsatlarına sahip olabilmeleri için kadın eğitimine aktarılan kaynakların daha fazla artırılması gerekmektedir⁵⁴.

İnsan hakları her bireye tanınmıştır. Ancak bireylerin bu hakları kullanmalarına getirilen adaletsizliklerin ve haksız pratiklerin görmezden gelinmemesi gerekmektedir. Bu haksızlıklar despotizmden ya da hoşgörüsüzlükten kaynaklanabilmektedir. Aynı zamanda sağlıksızlık, yoksulluk ya da eğitimsizlikten de kaynaklanabilmektedir. Bu kapsamda Sen'in ifadelerine göre, toplumda bireylerin başarabileceklerini siyasal özgürlükler, ekonomik olanaklar, iyi sağlık, temel eğitim, sosyal güçler, yetiştirme şartlarının sağlanması ve girişimlere teşvik tarafından belirlenmektedir. Özgürlük kavramı Sen'in teorisinde son derece önemli bir yere sahiptir. Bu kapsamda “Özgürlükler sadece seçme ve seçilme hakkı gibi formel özgürlükleri değil, fakat sağlık ve eğitim hakkı gibi reel özgürlükleri de kapsar.”⁵⁵.

Sen, bu özgürlük anlayışını ve devletçe sosyal adaletin sağlanmasına yönelik temel gereksinimlerin belirlenmesini Yapabilirlik (Capability) teorisinde ortaya koyar. Yapabilirlik “bireyin var olabilme olanaklarına” işaret eder. Temel gereksinimlerin karşılanmasının önemi, sadece faydaya dayanmaz. Dolayısıyla insanların temel

⁵³ Uygur, 2013, 69

⁵⁴ Nussbaum, 2018, 59

⁵⁵ Sen, 2020, 43

ihtiyaçlarının giderilmesi, yalnızca sahip oldukları maddî değerler ile ilişkilendirilememektedir⁵⁶.

Sen tarafından, yapabilirlik eksikliklerinden biri olarak kaleme alınan açlık konulu eser çerçevesinde, açlığın sadece gıda eksikliğinden kaynaklanmadığı vurgulanmaktadır. Bunun yanı sıra açlığın insanların ihtiyaç duydukları şeyleri elde edebilmeleri için gereken imkanlara sahip olmamalarıyla ilgili bir durum olduğunun altını çizmektedir. Bu nedenle insanlara sadece gıda yardımı yapmak çözüm olarak görülmemektedir. Çünkü çözüm, insanların hayati gereksinimlerinin karşılanması için iş ve başka kaynaklar yaratılarak, dezavantajlı ve kırılgan bir konuma sahip olan halkın yetersiz koşullarının iyileştirilmesi olarak ifade edilmektedir⁵⁷.

Öte yandan Sen tarafından insanların sosyal ve diğer kaynaklardan almaları gereken payın ne kadar olduğunun onların yapabilirliklerine bağlı olarak belirlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır. Bu kapsamda adil olanın insanların kazanmış oldukları işlevlerin sağladığı iyilik hâlinin eşit olması olduğunu savunmaktadır. Böylelikle insanlar, toplum tarafından değer verilen ve kişisel olarak değer verdikleri işlevleri yapabilecek olanaklara sahip olurlar. Bahsi geçen koşullar altında bireyler arasında fırsat eşitliğinin sağlandığı belirtilmektedir. Bu bağlamda Sen tarafından, toplumlar tek tek değerlendirilmeye alındığında eğitim, sağlık, ırk, din, siyasi katılım ve cinsiyet gibi ayrımcılıklar karşısında mücadele edilmesi gibi belirli yapabilirlikler diğer yapılabilirliklerden daha önemli olmaları sebebiyle öne çıkarılmıştır.

Nussbaum, yapabilirlik yaklaşımının öncü isimleri arasında yer almaktadır. Nussbaum'ın teorisi çerçevesinde yapılabilirlik yaklaşımı insan hakları teorisine taşınmış ve “yaşam kalitesini karşılaştırmalı olarak değerlendirmeyi ve sosyal adaleti sağlayacak temel konularla ilgili bir kuram oluşturmayı amaçlayan bir yaklaşım” olarak tanımlanmıştır. Bu teorinin özgürlüğe ya da tercihe odaklandığı ifade edilmektedir⁵⁸.

Nussbaum, dünya genelindeki bütün ülkelerde adalet ve eşitlik için mücadele verildiğini ifade etmektedir. Birleşmiş Milletler tarafından yayınlanan insanî gelişmişlik raporlarının genellikle gelişmekte olan ülkeleri kapsadığı düşünülmektedir. Ancak son yıllarda bu raporları zengin ülkelerin de hazırladıkları

⁵⁶ Kirmanoğlu, 2005, 35

⁵⁷ Nussbaum, 2018, 59

⁵⁸ Nussbaum, 2018, 59

görülmektedir. Örnek verilecek olursa, ABD’de beslenme ve sağlık hizmetleri konularındaki eşitsizliğin son derece yaygın olduğu belirtilmektedir. Halbuki ABD’nin zengin bir ülke olduğu düşünüldüğünde, böyle bir zaafın kabul edilmesi imkansızdır. Dolayısıyla toplumsa insanlar için toplumsal adalet sağlanamadığı müddetçe “...bütün ülkeler birer gelişmekte olan ülkedir. Tamamı, her bir bireye saygın ve fırsatlarla dolu bir hayat sağlamak açısından sınıfta kalmıştır.”⁵⁹.

Bu kapsamda Nussbaum, insan onuru kavramını öne çıkarmıştır. Bu nedenle “insan onuruna yakışan bir hayatın neler gerektirdiğini” sorgulamaktadır. Nussbaum tarafından asgari düzeyde, on kalem şeklinde merkezî yapabilirlikler listesi sunulmaktadır. Ancak gerçek anlamda bu yapabilirliklerin insanî işlevleri yerine getirebilmesi için devlete bazı pozitif yükümlülüklerin atfedildiği ifade edilmektedir. Devletin görevleri Nussbaum’ın ifadeleri çerçevesinde “insanların onurlu ve asgari bir gelişmeye imkân veren bir hayat sürmelerini sağlamak ve ahlâklı bir siyasi düzen altında bütün yurttaşlar için on Merkezî Yapılabilirlik’i bir asgari eşik olarak hayata geçirmek” olarak belirtilmektedir⁶⁰.

Nussbaum, teorisini uluslararası insan hakları hareketi ile doğrudan ilişkili ve insan hakları temelli yaklaşımın bir türü olarak nitelendirmektedir. Bu çerçevede, “her iki yaklaşımın ortak temelinde bütün insanların insan olmaktan kaynaklanan özlük hakları ve bu haklara saygı gösterip desteklemenin toplumun en temel görevi olduğu fikrinin var olduğunu” belirtmektedir.

Bunların yanı sıra, insan hakları ile üstlenilmesi gereken görev ve sorumluluklar arasında kurulan bağlantının altı çizilmektedir. “Bu görev ve sorumluluk en başta tüm yurttaşlarına bütün hak ve özgürlükleri yeterli bir eşik düzeyde dağıtmakla sorumlu olan ülkenin politik yapısına aittir.” Nussbaum’e göre bu yükümlülüğü yoksul ülkeler tek başlarına yerine getirememektedirler. Devlet asgari düzeyde insanların onurlu bir yaşam sürmelerini sağlamakla yükümlüdür. Devletin görevleri kapsamında merkezî olmayan yapabilirlikler yer almasa da, listede yer verilen on yapabilirlikten devletin sorumlu olduğu ifade edilmektedir. Nussbaum, 1. kuşak haklar ile 2. kuşak haklar ayrımını reddetmektedir. Söz konusu ayrımın klasik hakların sosyal ve ekonomik şartlar ile ilintili olup olmadığı iddiasıyla yapıldığı savunulmaktadır.

⁵⁹ Nussbaum, 2018, 59

⁶⁰ Nussbaum, 2018, 59

Nussbaum tarafından hazırlanan yapılabirlikler listesinde yer verilen unsurlar arasında, “Beden sağlığı: Üreme sağlığı da dahil, insanın sağlığının her açıdan yerinde olması; yeterli şekilde beslenmesi; uygun bir konutta oturması” da yer almaktadır. Nussbaum’ın sağlık kavrayışının da Dünya Sağlık Örgütü’nün “fiziksel, bedensel ve sosyal tam bir iyilik hâli” tanımına uygun olduğu vurgulanmaktadır. Bu çerçevede yapılabirlikler listesinde yer alan on kalemin her biri, devletin yurttaşlarının her birini eşik düzeyin üzerinde çıkarmakla yükümlü olduğu alanlar olarak ifade edilmektedir.

Nussbaum’ın ifadelerine göre, “bütün insanların sınıf, din, kast, ırk veya cinsiyet gözetilmeksizin eşit değere ve onura sahip olduğundan hareket eden ve herkesin insan onuruna yakışan bir hayata ulaşmasını hedefleyen” yapılabirlikler yaklaşımı, egemen yaklaşımlardaki eksikliklere karşı getirilen çözüm önerisi, yaşam kalitesine yönelik olarak geliştirmiş olduğu karşılaştırmalı bakış açısı ve temel alınması gereken bir toplumsal adalet kuramı olarak nitelendirilmektedir. Söz konusu yaklaşım, dezavantajlı grupların yaşam mücadelelerine odaklanmakta ve bölüşüme yönelik konulara değinmektedir. Aynı zamanda bireylerin harekete geçme ve seçim yapma konusunda eşit kapasiteye sahip olabilmeleri için ihtiyaç duyulacak olan kaynak miktarının farklılık göstereceği gerçeğini göz önünde bulundurmaktadır⁶¹.

Bu bağlamda Nussbaum’un ve Sen’in yapılabirlikler teorisinden hareketle sağlık hakkı açısından şu sonuçlar elde edilebilmektedir: Devletin yükümlülükleri arasında sağlık hakkına erişim açısından dezavantajlı kişilere ve gruplara odaklanılarak, sağlık eşitsizliklerinin ortadan kaldırılması amacıyla eşik seviyede yapılabirlikleri sağlamak yer almaktadır. Sağlığın sosyal belirleyicileri göz önünde bulundurulduğunda, gelir dağılımında ortaya çıkan eşitsizliklerin, çoğunlukla toplumdaki kırılgan, yoksul ve dezavantajlı kesimlerin sağlığına olumsuz yönde etki ettiği söylenebilmektedir. Bunun yanı sıra, niteliği gereği maliyetli hizmetler olan sağlık hizmetlerin yoksul kesimler tarafından karşılanamaması nedeniyle toplumun söz konusu kesimlerini koruyan, buna göre kaynakların dağıtımını düzenleyen ve sağlık harcamalarını devlet desteği olmaksızın karşılama gücüne sahip olamayan kişilerin temel sosyal haklardan eşit bir şekilde yararlanabilmesi sağlayan bir sağlık hizmet sistemi kurulması insan onurunun ve sosyal adaletin bir gereğidir.

⁶¹ Nussbaum, 2018, 59

Diğer taraftan Fabra, sağlık haklarının unsurlarını belirleyen ve bu alanda kaynak dağıtımının nasıl yapılacağı konusunda çalışmalar yürüten düşünler arasında yer almaktadır. Sosyal haklar Fabre'nin yaklaşımında, refah ve özerklik odaklı ahlakî bir değere dayanmaktadır⁶². Bahsi geçen ilkeler asgari düzeyde iyi bir yaşam için öncelikli koşullar olarak görülmektedir. Her birey söz konusu yaşama sahip olma konusunda eşit çıkarlara sahiptir. Bu nedenle birey, sağlık hizmetlerine erişemediğinde özerk olamayacaktır.

Fabre'ye göre, sağlık hakkı; sağlık hizmetlerine erişim hakkı, temel sağlık hakkı ve bireysel özerkliğine yönelik haklar olmak üzere üç başlık altında toplanmaktadır⁶³. Bireylere söz konusu unsurları kapsayan sağlık hakkının sağlanması gerekmektedir. Fakat Fabre tarafından toplumları bir kısmında bütçenin tamamının sağlık hizmetlerine ayrılmasına rağmen bunun yeterli olmayacağına dikkat çekilmektedir. Bu noktada Fabre, kaynakların dağıtımına yönelik şu öneriyi getirmektedir: Asgari iyi bir yaşam için öncelikli koşul refah ve özerklik ise hastalığın söz konusu iki koşula zarar verip vermeyeceğine göre karar verilmesi gerekmektedir. Fabre tarafından yoksulluk sınırında veya yoksulluk sınırının altında olan bireylerden sağlık hizmet sunumu için bir bedel alınmamasını önerilmektedir. Bu durumdaki bireylere sağlık hizmetlerinin ücretsiz bir şekilde sunulması önerilmektedir. Böylece sağlık hakkı kapsamına “sağlık hizmeti için yapılacak ödeme eğer bireyi yoksulluk eşiğinin altına düşürüyorsa ödeme yapmama hakkı” da dahil etmektedir.

Kuçuradi'nin insan hakları sınıflandırmasında, temel hakların ikinci grubunu meydana getiren yurttaşlık hakları çerçevesinde sağlık da insan hakları arasında yer almaktadır⁶⁴. Bireylerin yapısal olanaklarını gerçekleştirebilmelerinin önündeki temel engellerden biri de yoksulluktur⁶⁵. Bu nedenle insan onurunun bir gereği olarak sağlık hakkının temel insan hakkı olarak tanınması önem arz etmektedir.

1.1.2.1. Sağlık hakkının konusu ve kapsamı

İnsana yönelik bütüncül yaklaşım, sağlık hakkının kapsamının belirlenmesi konusunda ışık tutabilecek bir gösterge olarak nitelendirilmektedir. Sağlığın, “hastalık ve sakatlık olmayışı”ndan ibaret olan dar kapsamlı anlamından, “bireyin bedensel,

⁶² Fabre, 2000, 45

⁶³ Fabre, 2000, 45

⁶⁴ Yücel, 2018, 37

⁶⁵ Üzeltürk, 2012, 47

ruhsal ve sosyal bütünlüğüyle tam bir iyilik hâlinde olma” anlamına dönüşmesi, sağlığın sosyal yönünün görünür kılınması ve sağlık hakkının uluslararası insan hakları sözleşmeleri ile ulusal anayasalarda temel bir insan hakkı olarak düzenlenmesiyle kapsamı genişletilmiştir.

Bu çerçevede sağlık hakkının kapsamı üç temel unsurdan meydana gelmektedir. Bu unsurlar şöyle sıralanmaktadır⁶⁶:

Birinci unsur, “temel sağlık hakkı” olarak ifade edilmektedir. Temel sağlık hakkını gerçekleştirmeye yönelik olarak sunulan temel sağlık hizmetlerinin amacı ise, gereken tedbirlerin devletler tarafından alınarak bireylerin hastalanmasının engellenmesidir⁶⁷. Bu çerçevede temel sağlık hizmetlerinin amacı Alma-Ata Bildirgesi’nde “biyomedikal ve sağlık hizmetleri alanlarında yürütülen araştırmaların sonuçlarını ve halk sağlığı deneyimlerini” temel alınarak, “toplumdaki temel sağlık sorunlarına yanıt vermek, bu doğrultuda geliştirici, koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici hizmetler sunmak” olarak ifade edilmektedir. Bu bağlamda, “yaygın sağlık sorunlarıyla ve bunların önüne geçilip denetim altına alınmasıyla ilgili eğitimler; gıda temininin ve uygun beslenmenin desteklenmesi; yeterli miktarda güvenli suyun ve temel hijyenin temini; aile plânlaması da dahil olmak üzere anne ve çocuk sağlığına yönelik hizmetlerin sunulması; belli başlı bulaşıcı hastalıklara karşı aşılama; yerel salgın hastalıkların önlenmesi ve denetimi; sık rastlanan hastalık ve yaralanmalara yönelik uygun tedaviler ve temel ilaçların sağlanması” sağlık hizmetleri kapsamına dahil edilmektedir⁶⁸.

İkinci unsur, “sağlık hizmetlerine erişim hakkı” olarak ifade edilmektedir. Bu unsur kapsamında devletin acil sağlık hizmetleri sunma yükümlülüğü, salgın hastalıklarla mücadele, mental ve fiziksel hastalıklarda zorunlu ilaçların temini, sağlık hizmetlerine erişilebilirlik, kırılgan grupların durumlarına göre iyi kalitede sağlık hizmeti sunma yükümlülüğü yer almaktadır.

Üçüncü unsur, bireysel özerklik ile ilgili haklar olarak ifade edilmekte ve kendi içinde dördü ayrıma tâbi tutulmaktadır. Bunlardan “sağlık bilgilerinin gizliliği hakkı” ve “bireyin kendine ait kişisel sağlık verilerine erişim hakkı” bireyin özel yaşamın korunması hedeflenmektedir. Tıbbi müdahalenin nasıl neden uygulanacağı

⁶⁶ Fabre, 2000, 45

⁶⁷ Üzeltürk, 2012, 47

⁶⁸ Rogers, 2008, 72

bilinerek “tıbbî müdahaleye önceden onay verme hakkı” ile “tedaviyi reddetme hakkı”, kişinin özerkliği ilkesinin bir neticesi olarak nitelendirilmektedir⁶⁹.

14 nolu GY’nin 8. paragrafında, sağlık hakkını düzenleyen 12. maddenin normatif içeriğiyle ilgili olarak, sağlık hakkının iki veçhesi olduğuna işaret edilerek şu tespit yapılır:

“...Özgürlük boyutu, bir kimsenin, cinsiyet ve üreme özgürlükleri de dahil olmak üzere kendi sağlığı ve vücudunun kontrolünü elinde bulundurması; işkence, rızaya dayanmayan tıbbî ve deneysel müdahaleler gibi müdahalelere tâbi olmamasını içermektedir. Hak boyutu ise, insanların ulaşılabilir en yüksek sağlık standardından eşit şekilde faydalanmasına olanak tanıyan bir sağlık sistemine sahip olma hakkını içermektedir.”⁷⁰

Bu kapsamda sağlık hakkının unsurları 14 nolu GY’nin 12. paragrafında mevcudiyet, kabul edilebilirlik, erişilebilirlik ve kalite olarak ifade edilmektedir. Bu dört unsurun devlet tarafından asgari olarak sağlanması gerekmektedir. Örnek verilecek olursa, dezavantajlı ya da kırılgan kişileri grupları korumaya yönelik gereken önlemlerin alınması, sağlık hizmetlerinde bireyler arasında ayrımcılık yapılmaması, sağlık hizmetlerinin fiyatlarının gelir seviyeleri göz önünde bulundurularak belirlenmesi ve belirlenmiş olan fiyatların hizmete erişilebilirlik konusundan herhangi bir engel teşkil etmemesi gösterilebilmektedir⁷¹.

Weale’in ifadeleri çerçevesinde sağlık hakkının niteliği, varlığı ve erişilebilirliği, insan onuruna saygı ilkesine karşılık gelmektedir. Bazı durumlarda insan onuruna saygı ile sağlık hakkının temel unsurları arasındaki bağlantının doğrudan, bazılarında ise dolaylı olduğu görülmektedir. Bireyler arasında eşit bir onur söz konusu olduğu için sağlık hizmetlerinin bazı kesimlere erişilebilir kılınması, söz konusu bir saldırı olarak görülmektedir. Mevcudiyet kavramı ile eşitlik ilkesinde olduğu gibi, kaliteli bakım kavramı ve onur ideali arasında da doğrudan bir ilişkinin var olduğu ifade edilmektedir⁷².

⁶⁹ Üzeltürk, 2012, 47

⁷⁰ Uyar, 2006, 30

⁷¹ Sever, 2018, 43

⁷² Weale, 2008, 2

1.1.2.2. Sağlık hakkının özneleri

Sağlık hakkı da diğer sosyal haklarda olduğu gibi her şeyden önce insan haklarının doğası sebebiyle insanların tamamının yararlanması gereken bir hak olarak nitelendirilmektedir. Bu nedenle hak temelli yaklaşım ile sağlık politikalarının yönelmekte olduğu kesimin genişletilmesi gerekmektedir. Aynı zamanda dezavantajlı ve kırılgan kesimlerin eşitliğini sağlayacak şekilde bütün bireylere sunulması gerekmektedir⁷³.

Öte yandan sağlık hizmetlerinin nasıl örgütleneceği ve planlanacağı konusunun, aynı zamanda insan haklarına ilişkin bir konu olması sebebiyle, sağlık hakkı açısından dezavantajlı grupların öncelikli olarak korunması önem arz etmektedir. Bu nedenle ESKHK'nin 3 nolu GY'si çerçevesinde devlet tarafından kaynak sorunu yaşanan dönemlerde bile, sözleşmesel hakları olabildiğince geniş şekilde gerçekleştirme yükümlülüğü devam etmektedir. Ancak uyum süreci ve ekonomik gerileme gibi sebeplerle kaynak sorunlarının artış göstermesi durumunda bile, risk altında bulunan grupların düşük maliyetli programlar aracılığıyla korunmasının önem arz ettiği belirtilmiştir⁷⁴. Bu yaklaşım çerçevesinde sağlık hakkı özneleri, genel özne ve spesifik özne olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Genel Özne: Herkes

Bir hakkın öznesi “hakkı kullanan ve haktan yararlanan kişi” olarak ifade edilmektedir. Bunun yanı sıra belirli bir özneye yönelen uluslararası insan hakları sözleşmelerinin dışında kural olarak, insan haklarının sahibi olan özne “herkes” olarak bilinmektedir⁷⁵. Bu kapsamda insan haklarının ortaya çıkışı ve tarihsel gelişimi göz önünde bulundurulduğunda, insanı yücelten Aydınlanma Felsefesi doğrultusunda insan hakları fikri ile tarihsel bir özne olarak bireyin ortaya çıkışının eş zamanlı olduğu belirtilmektedir. Dolayısıyla, genel özne ve spesifik özneler açısından hak süjesinin “birey” olması genel kural olarak kabul edilmektedir. Devletler açısından ele alındığında ise, insan hakları sözleşmelerini kabul eden devletlerin görevi egemenlik alanı içerisinde yaşayan bütün bireyler için sözleşmesel hak ve özgürlükleri tanımak ve bunları güvence altına almaktır.

⁷³ Un, 2015, 1

⁷⁴ Yücel, 2018, 37

⁷⁵ Ertan, 2012, 28

Toplumdaki bütün bireyler için özellikle de toplumun dezavantajlı ve yoksul kesimlerinin lehine karşılanması gereken sosyal hakların temel amacı, insan onuru ilkesi çerçevesinde temel insanî ihtiyaçların sağlanmasıdır. Bu nedenle sağlık hakkının öznesi “herkes”tir. Sağlık hakları toplumun dezavantajlı gruplarını diğer gruplara kıyasla daha fazla korumaktadır⁷⁶.

Fabre, sağlık hakkının toplumda yer alan belirli kategorilere uygulanmasından ötürü insan hakkı olamayacağını öne süren yaklaşıma yanıt olarak, klasik hakların öznesinin de her zaman herkes olmadığını ifade etmiştir. Örneğin mülkiyet hakkı mülkü olanlar için geçerli bir hak olurken, adil yargılanma hakkı ise bir ceza kovuşturması olan bireyler için geçerlidir denilememektedir. Bu nedenle sağlık hakkının da sadece hasta bireyler için geçerli olduğunun ileri sürülmesi mümkün değildir⁷⁷.

Spesifik Özneler: Dezavantajlı Gruplar

Aslında “herkes” olarak nitelendirilen genel öznenin kapsamına spesifik özneler de dahil edilmektedir. Fakat uygulama noktasında özel hak süjelerini gösterme ihtiyacı, bunların haktan de jure ya da de facto olarak hiç ya da yeteri düzeyde faydalanamamaları nedeniyle ortaya çıkmaktadır⁷⁸. Dolayısıyla insan haklarının öznesinin genel olarak herkesi kapsamaması, devletler tarafından sosyal politikaların oluşturulma aşamasında belirli gruplara yönelik pozitif tedbirlerin alması gerekliliği ile çelişmemektedir⁷⁹.

Bu çerçevede sağlık hakkı açısından özellikle kadınlar, çocuklar, ergenler, engelliler, sığınmacılar, yaşlılar, göçmenler gibi bazı birey gruplarının toplum içerisinde birtakım engellerle karşı karşıya kaldıkları görülmektedir. Bahsi geçen engeller biyolojik veya sosyoekonomik faktörlerden, sosyal damgalanmadan, ayrımcılıktan kaynaklanabilmektedir (WHO, 2008, 11).

Bazı durumlarda bir kişinin birden çok dezavantajlı duruma sahip olmasından ötürü çoklu ayrımcılığa (multiply discrimination) maruz kaldığı görülmektedir. Bu nedenle çoklu ayrımcılık durumunun da göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Örnek verilecek olursa, yaşlı bireyler risk grubu oluştururken, bu bireyin hem yaşlı hem de

⁷⁶ Yolcu, 2018, 58

⁷⁷ Fabre, 2000, 45

⁷⁸ Ertan, 2012, 29

⁷⁹ Yücel, 2018, 58

kadın olması ve/veya engelli olması durumunda alınacak pozitif önlemlerin niteliği büyük ölçüde farklılaşmaktadır⁸⁰.

Kadınlar: Kadın ve toplumsal cinsiyet sorunu çerçevesinde sağlık hakkı incelenirken, konunun farklı açılardan ele alınması mümkündür. Bu kapsamda eşitlik ilkesi ve ayrımcılık yasağından, iş hayatında kadına yönelik ayrımcılıktan, kadınlar için sağlık hakkının taşıdığı önemden, gebelik dönemine yönelik koruyucu hükümlerden, kadınlara özgü üreme sağlığı gibi düzenlemelerden, kürtaj, kısırlaştırma ve kadın sünneti gibi bireysel özerkliğe ve özel hayata yönelik tartışmalardan ve aile içi şiddetten söz edilebilmektedir. Kadınlara yönelik sorunlar, uluslararası insan hakları sözleşmelerinde ve ulusal hukuk sistemlerinde ek pozitif önlemler alınarak korunmasını gerekli kılmaktadır.

Öte yandan ESKHK çerçevesinde taraf devletlerin kadın ve erkek sağlığı hususunda “toplumsal cinsiyet” perspektifli politikalar geliştirmelerinin önemi üzerinde durulmaktadır. Bu kapsamda cinsiyete göre sağlığa yönelik veriler ile sosyoekonomik verilerin ayrılmasının, sağlık alanında ortaya çıkan eşitsizlikleri doğru tespit etmek ve bu eşitsizlikleri ortadan kaldırmak açısından son derece önemli olduğu vurgulanmaktadır⁸¹. Bu kapsamdaki ilave pozitif önlemler arasında, kadınları etkileyen başlıca hastalıkların tespit edilmesi ve bu hastalıkları önlenmesi için gereken stratejilerin geliştirilmesi, aşıta üreme sağlığına yönelik hizmetler olmak üzere sağlık hizmetlerinin bedelinin ödenebilir olmasının yanı sıra uygun kalitede olmasının sağlanması, doğuma bağlı ölüm oranlarının azaltılmasına yönelik çalışmalar yapılması ve aile içi şiddetten kadınların korunması yer almaktadır. Bunların yanı sıra kadınlara sağlıkla ilgili gereken eğitimin verilmesi ve bilgiye erişim konusundaki engellerin ortadan kaldırılması, kadın sünneti ve çocuk evliliği gibi geleneksel uygulamalara son verilmesi, kadınların sağlık hakkını ihlâl eden hallerde etkili hukuk yollarının öngörülmesi de yer almaktadır⁸².

Çocuklar ve Ergenler: Uluslararası insan hakları sözleşmeleri çerçevesinde, korunması gereken en hassas gruplardan biri de çocuklardır. Bu kapsamda çocukların sağlığının korunmasında devletler tarafından ilave pozitif önlemler alınmasına gerekli kılan olgular arasında; çocuk sağlığı, yüksek bebek ölüm ve ölü doğum oranları, çocuk

⁸⁰ Yücel, 2018, 58

⁸¹ Daniels, 2008, 64

⁸² Daniels, 2008, 64

emeğinin iş hayatında sömürülmesi, çocukluk döneminde görülen intihar vakaları, yüksek obezite, sokak çocukları, çocuk yaştaki gebelikler, kız çocuklarının evlendirilmesi, kadın sünneti, cinsel istismar, pedofili, engelli çocuklar ve çocuk pornografisi gibi pek çok sorun yer almaktadır. ESKHK, 14 nolu GY’de, ESKHS’nin 12/2(a). maddesine ve ÇHS’nin 24/1. maddesine işaret edilerek, çocukların sağlık hakkının korunması amacıyla tedavi imkanlarına ve sağlık hizmetlerine erişimlerinin sağlanması gerekliliği vurgulanmaktadır⁸³.

Öte yandan çocukların sağlık hakkının korunmasına yönelik olarak belirlenen politikaların ve programların ilksel olarak “çocuğun yüksek yararı” göz önünde bulundurularak oluşturulması önem arz etmektedir.

Genel olarak ergenler sağlıklı bir nüfus grubu olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle ergenlerin riskli davranışlar sergilemeye, cinsel istismara ve cinsel şiddete açık oldukları bilinmektedir. Örnek verilecek olursa bütün ergen bireyler cinsel yollarla bulaşan hastalıklara karşı savunmasız olurken, ergen kızların da erken gebeliklere karşı daha savunmasız oldukları ifade edilmektedir. Yapılan araştırmalarda dünyada HIV enfeksiyonlarının büyük ölçüde 15-24 yaş arasındaki gençlerde yaygın olarak görüldüğü tespit edilmiştir. Ergenlerin sağlık hakkı konusunda mahremiyet ilkesinin göz önünde bulundurulması gerekmektedir (WHO, 2008, 11).

Yaşlılar: Dünya genelinde bütün ülkelerde insan ömrünün uzaması sayesinde hızla artış gösteren yaşlı nüfusun sağlık ve engellilik sorunları ortaya çıkmaktadır⁸⁴. Sağlık hakkı kapsamında yaşlıların tedavi edici, rehabilite edici ve koruyucu sağlık hizmetlerine duydukları ihtiyaç, sağlık kontrollerinin düzenli bir şekilde yapılması, hastaların acı çekmelerinin engellenmesi, yaşlı kronik hastaların bakımının iyi bir şekilde yapılması ve tek başlarına hareket edebilmelerini sağlayacak düzeyde gereken önlemlerin alınması önem arz etmektedir⁸⁵.

Engelliler: Engelli bireylerin eşitlik ilkesi ve ayrımcılık yasağı çerçevesinde sağlık hizmetlerine fiziksel erişiminin sağlanması, söz konusu hizmetlerin gerekli durumlarda engelli bireyin yaşamakta oldukları yerlerde sunulması ve bu bireylerin

⁸³ Daniels, 2008, 65

⁸⁴ Nussbaum, 2018, 59

⁸⁵ Daniels, 2008, 65

sağlık problemlerine yönelik olarak gereken ilave pozitif tedbirlerin hızlı bir şekilde alınması gerekmektedir⁸⁶.

Yerli Halklar: Devletler tarafından yerli halklara yönelik sağlık politikaları oluşturmaları ve söz konusu politikaların başarılı bir şekilde uygulanmasını sağlamaları gerekmektedir. Bunun yanı sıra süreçlerin uygunluğunun da devlet tarafından denetlenmesi gerekmektedir. Bu çerçevede alınan kararların etkili şekilde uygulanabilmesi için bahsi geçen politikalar oluşturulurken bu süreçte yerli halkın aktif bir şekilde katılımının sağlanması gerekmektedir. Bu nedenle sağlık personellerinin yerli halktan kişilerden yetiştirilmesi ve ilgili kesime etkili sağlık hizmeti sunulmasının sağlanması gerekmektedir. ESKHK çerçevesinde yerli halka yönelik sağlık hizmetlerinin kültürel bakımından elverişli olmasını ve geleneksel tedavileri, önleyici uygulamaları ve ilaçları göz önünde bulundurmaları gerekli görülmektedir.

Göçmenler ve Sığınmacılar: Göç, önemli bir sosyal, ekonomik ve siyasi olgu olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda göç olgusu, önem arz eden bir insan hakları sorunu olarak nitelendirilmektedir (WHO, 2008, 12). Uluslararası Göç Örgütü tarafından yayınlanan 2020 Raporu'nda dünya çapında yaklaşık 272 milyon uluslararası göçmen bulunduğu belirtilmektedir⁸⁷. Dünyanın her yerinde göçmenlerin sağlık hakkından faydalanmalarının, göçmen olmaları, kültürel engeller, dil ya da yasal statüleri gibi diğer etkenlerden ötürü sınırlı kaldığı görülmektedir. Hükümetler tarafından ulusal mevzuatlarında ya da uluslararası insan hakları organları kapsamında göçmenlere kendi vatandaşlarıyla aynı seviyede koruma sağlayamayacakları açık bir şekilde beyan edilmektedir. Bu nedenle ülkelerin büyük bir kısmında, o ülkenin vatandaşı olmayan kişilere karşı sağlık yükümlülüklerini sadece “acil sağlık hizmetleri” ya da “temel sağlık hizmetleri” olarak sunulmaktadır. Bahsi geçen kavramların farklı ülkelerde farklı anlamlar taşıması nedeniyle yasal düzenlemelerin ve uygulamaların ayrımcı bir hâle gelebildiği görülmektedir (WHO, 2008, 12). Bu durum, sağlık hakkı açısından göçmenlerin spesifik özne olarak ele alınmasını zorunlu kılmaktadır.

HIV/AIDS ile yaşayan bireyler: HIV/AIDS, dünya çapında milyonlarca insanın hayatını kaybetmesine yol açan önemli bir sağlık sorunu olarak nitelendirilmektedir. Bu kapsamda, HIV/AIDS salgını ile sosyal damgalanma,

⁸⁶ Daniels, 2008, 65

⁸⁷ IOM, 2020, 19

yoksulluk ve ayrımcılık arasındaki bağlantının da geniş çapta kabul edildiği ifade edilmektedir. Öte yandan HIV/AIDS görülme sıklığının ve yayılmasının ise çocuklar, kadınlar, göçmenler, yoksullar, seks işçileri ve ülkede yerinden edilen bireyler gibi ülke içerisinde belirli nüfuslar arasında orantısız bir şekilde yükseldiği ifade edilmektedir. Söz konusu bireylerin maruz kaldıkları ayrımcılık, onların daha fazla HIV enfeksiyonuna açık hâle gelmelerine yol açmaktadır. Bunun yanı sıra HIV/AIDS ile yaşayan bireylerin sağlık haklarının da sosyal damgalanma ve ayrımcılık gibi sebeplerle zayıflatıldığı görülmektedir. Dolayısıyla hükümetler tarafından, HIV/AIDS durumu gibi diğer bütün durumlarda sağlık durumu temelinde ayrımcılığın yasaklanması ve bu bireylerin ayrımcılıktan korunması için gereken önlemlerin alınması gerekmektedir. Bu bireylerin sağlık hakkının önemli bir bileşeni de sağlık hizmetlerine evrensel erişimdir (WHO, 2008, 12).

Çalışma kapsamında belirlenen spesifik öznelere DSÖ'nün ve ESKHK'nin 14 nolu GY'sinde saydığı dezavantajlı kesimlere koşut olarak belirlendiği ifade edilmektedir. Toplumlarda mahkumlar, yabancılar, işsizler, azınlıklar, yoksullar, LGBTI bireyler ve evsizler gibi pek çok kesim sağlık hakkı açısından dezavantajlı ve incinebilir gruplar kapsama dahil olmaktadır. Bu nedenle çalışmada yer verilen öznelere açısından da hükümetlerin yükümlülüklerine işaret edilecektir.

1.1.3. Sağlık Hakkının Hukuki Niteliği

İnsan hakkı ana başlığı altında hak ve hürriyetler incelenmektedir. İnsan hakları, soyut nitelikli olmasına rağmen, söz konusu haklar pozitif haklara dönüştürülebilmekte ve talep edilebilir olmaktadır⁸⁸. Jellinek tarafından yapılan ayırım çerçevesinde üç tür ayırım bulunmaktadır. Bunlar; pozitif statü hakları, negatif statü hakları ve aktif statü hakları olarak sıralanmaktadır. Bu kapsamda negatif statü hakların, bireyin devlet tarafından dokunulamayacak haklarını oluşturduğu ifade edilmektedir. Pozitif statü haklarının ise devletin bireye olumlu bir edimde bulunmasını sağlayan yükümlülükler olduğu ifade edilmektedir. Son olarak aktif statü hakları ise siyasal haklar olarak ifade edilmektedir. Bu durumda sağlık hakkının pozitif haklar kapsamına dâhil edildiğine yönelik herhangi bir tereddüt bulunmadığı görülmektedir. Sağlık hakkı, ulusal ve uluslar üstü belgelerde sosyal ve ekonomik haklar listesinde yer almaktadır⁸⁹.

⁸⁸ Metin, 2017, 46

⁸⁹ Üzeltürk, 2012, 47

Sosyal haklardan olan sağlık hakkı, birçok uluslararası belgede düzenlenmiştir. Bu konuda en esaslı düzenleme Uluslararası Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi'nin 12. maddesinde yer almaktadır⁹⁰. Birleşmiş Milletler Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesinin 12. maddesinin 14 nolu yorumunda sağlık hakkına ilişkin yükümlülükler ifade edilmektedir. Bu yükümlülükler; saygı gösterme, koruma, edimde bulunma yükümlülükleridir. Saygı gösterme yükümlülüğü, bireye karşı devletin hak ihlali niteliğindeki davranışlardan kaçınmasıdır⁹¹. Koruma yükümlülüğü, devletin kendinden başka gerçek veya tüzel kişilerin ihlallerini engellemesidir. Edimde bulunma yükümlülüğü ise hakkın kullanılabilmesi için devlet tarafından imkân sağlanmasıdır⁹².

İnsan hakları ile ilgili yapılan bir diğer ayırım da kişisel haklar, siyasal haklar ve ekonomik, sosyal ve kültürel haklardır. Bu yapılan ayırmada ise insan haklarının düzenledikleri konular bakımından yapılmış olan bir ayırmadır. Bu ayırım birçok ulusal ve uluslararası belgelerde de benimsenmiştir. Kişisel haklar, Jellinek'in sınıflandırmasında negatif statü hakları olarak belirtilen haklardır. Siyasi haklar, aktif statü haklarına karşılık gelen ve bireylerin yönetime katılmasını ve siyasal faaliyette bulunmasını sağlayan haklardır⁹³. Ekonomik ve sosyal haklar günümüzde gerek ulusal gerekse uluslararası insan hakları belgelerinde yer almaktadır. Ekonomik ve sosyal haklar, pozitif edim gerektiren haklardır⁹⁴.

1.1.4. Sağlık Hakkının İçeriği

Yaşam hakkı her insan için vazgeçilemez ve devredilemez bir haktır. Yaşama hakkının korunmasını isteme her insanın öncelikli ve önemli bir talebidir. İşte yaşam hakkına sıkıca bağlı olan sağlık hakkı da yaşam hakkına hizmet eden ona işlerlik kazandıran bir hak olma özelliği taşımaktadır⁹⁵. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre; *“sağlık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir.”* (WHO, 1946). Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere sağlık hakkı sadece kişinin hastalanması veya sakatlanması neticesinde ortaya çıkan bir hak olma özelliği göstermemektedir. Ayrıca kişinin ruhsal ve sosyal yönden de sağlıklı

⁹⁰ Gemalmaz ve Ertan, 2015, 1003

⁹¹ Üzeltürk, 2012, 47

⁹² Üzeltürk, 2012, 47

⁹³ Gözler, 2011, 37

⁹⁴ Tanör ve Yüzbaşıoğlu, 2006, 66

⁹⁵ Metin, 2017, 46

olmasını öngörür. Kişiler yaşamını iyi bir şekilde sürdürebilmek için en azından belirli bir düzeyde sağlıklı olmaya ihtiyaç duyar. İşte kişinin sosyal bir varlık olarak kendini kabul ettirebilmesi için sağlıklı bir yaşam sürme hakkına sahip olması gerekir⁹⁶. Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Komitesi'nin yayımladığı 14 nolu Genel Yorum'da sağlık; insan haklarının uygulanabilmesi için temel bir hak olarak ifade edilmektedir. Buradan anlaşılaçağı üzere hem insan hakları hem de sağlık hakkı insanın iyi bir yaşam sürmesinin şartlarındandır⁹⁷. Sağlık hakkı hem anayasada hem de ulusalüstü belgelerde sosyal bir hak olarak geçmektedir. Pozitif haklar içerisinde de değeriendirilen bu hak kişinin devletten olumlu bir edimde bulunmasını talep etme hakkı vermektedir⁹⁸.

1.1.5. Sağlık Hakkının Tarihsel Gelişimi

1.1.5.1. Genel olarak

İnsan haklarının ortaya çıkıp gelişmesi çok eskilere dayanmaktadır. Hak ve özgürlükler konusunda ilk insan hakları düzeni Sümerler tarafından ortaya atılmıştır. Sümerlerde işçi, usta, işveren ilişkisini düzenleyen tabletler bulunmaktadır. Yakın çağda ise bireysel haklara ilişkin en önemli yazılı belge olan 1215 tarihli Magna Carta (Yüce Ferman) karşımıza çıkmaktadır. Bu belge ile keyfi vergi alınması, mala el konulması, yasal olmayan tutuklamalar yasaklanmıştır. Ayrıca İngiltere'de 1689 tarihli Yargı Güvenceleri (Bill of Rights) yayınlanmıştır. Bu belge anayasal düzenin temelini atan bir bildiridir. 1776'da Thomas Jefferson tarafından yazılan Amerikan Bağımsızlık Beyannamesi (Virginia Haklar Bildirgesi) ise politik özgürlükleri, eşitliği, hükümet edenlerin sorumluluklarını ele almıştır.

Fransa'da da insan hakları konusunda önemli gelişmeler ortaya çıkmıştır. Feodalitenin tasfiye edildiğı ve şimdiki anayasal düzenin temelini atıldığı 1789 Evrensel İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi bu bağlamda değeriendirilebilir. Bu bildirge özgürlükleri, mülkiyeti ve yasa önünde eşitliği güvence altına almıştır. Özellikle 16. maddesinde "Hakların güven altına alınmadığı ve kuvvetler ayrılığının yapılmadığı bir toplumda Anayasa'dan bahsedilemez." ifadesi yer almıştır (Evrensel İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirisi [EİYHB], 1789: madde 16). 1789 Evrensel İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi temel hakları; özgürlük, güvenlik, mülkiyet ve zulme karşı

⁹⁶ Tacir, 2011, 51

⁹⁷ Alptekin, 2004, 132

⁹⁸ Metin, 2017, 47

direnme olarak sıralamıştır. Yirminci yüzyıla gelindiğinde ise insan hakları kavramının evrenselleşmesi söz konusudur. Bu dönemde insan hakları konusunda temel olarak bir evrensel bildirge ve üç bölgesel insan hakları sözleşmesi ortaya çıkmıştır. İkinci Dünya Savaşı ile insanlık zor bir dönemeçten geçmiş ve bunun neticesinde dünya barışı için gerekli önlemler alınmaya başlanmıştır. Bu konuda toplumsal uzlaş ve insan hakları temelinde çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmalar uluslararası düzeyde sonuç vermeye başlamıştır.

Uluslararası düzeyde yayınlanan 1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi insan hakları konusunda yeni bir dönemin habercisi olmuştur. İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi ile beraber BM Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi ve BM Kişisel ve Siyasal Haklar Sözleşmesi Dünya İnsan Hakları Anayasası'nı oluştururlar. İnsan hakları konusunda icracı organ, Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Komisyonu'dur. Komisyon 53 ülke temsilcisinden oluşmaktadır. Komisyona Türkiye'de dâhildir. Bölgesel nitelikteki sözleşmelerden ilki Avrupa Konseyi tarafından 3 Eylül 1953 tarihinde yürürlüğe konulan ve insan hakları kurallarının oluşturulması ve uygulanmasında önemli bir yer işgal eden Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesidir (AİHS). Bu Sözleşmeye bağlı sekiz protokol imzalanmış ve altısı yürürlüğe girmiştir. Avrupa İnsan Hakları Komisyonu, Avrupa İnsan Hakları Divanı ve Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi gibi uluslararası alanda bağlayıcı kararlar üreten organlar oluşturulmuştur (TMMOB, 1998). 1890 yılında oluşturulan Pan-Amerikan Birliği 1948 yılında ABD'nin imza koymadığı Amerikan Devletleri Örgütü (ADÖ) halini almıştır. Bu örgütlenme içinde İnsan Hakları Amerikan Devletleri Arası Komisyonu ve Amerikan Devletleri Arası İnsan Hakları Mahkemesi oluşturulmuştur. Ayrıca Amerikan Sözleşmesi ve Amerikan İnsan Hakları ve Ödevleri Beyannamesi 18 Temmuz 1978 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Beyanname, Güney Amerika ve Karayip Adaları'nda hukuk devletinin gereklerini ve insan haklarına saygıyı sağlama işlevini sürdürmektedir (TMMOB, 1998).

Bölgesel örgütler arasında 3 Eylül 1963 tarihinde yürürlüğe giren Afrika Birliği Örgütü (ABÖ) de sayılmıştır. Afrika Birliği Örgütü Şartı'nın "Başlangıç Bölümü" önemlidir. Buna göre, halkların kendi geleceklerini belirlemede devredilemez haklarının olduğu savunulmuştur. Sömürgeciliğe karşı mücadele ve devletlerarası işbirliği önemli konularındandır. Afrika Birliği Örgütü, 21 Ekim 1986 tarihinde Afrika İnsan ve Halkların Hakları Sözleşmesi'ni kabul etmiştir. Sözleşme ile

Afrika İnsan ve Halkların Hakları Komisyonu kurulmuştur. Fakat mahkeme sürecinden hiç bahsedilmemiştir. İkinci Dünya Savaşı sonrası 33 Avrupalı ülke, ABD ve Kanada 1975 yılında Helsinki’de Helsinki Sonuç Belgesini imzalamıştır. Bu belge Avrupa sınırlarını belirleme ve Doğu-Batı ilişkilerini geliştirme amacıyla oluşturulmuştur. Helsinki süreci bir diğer deyişle Avrupa Güvenlik ve İşbirliği Konferansı (AGİK) sürecini başlatmıştır. Batı ülkeleri için bu süreç temel insan haklarının güvence altına alınması amacını taşımaktadır. AGİK süreci 1989 Viyana Belgesi imzalanana kadar, Helsinki şartları düzeyinde gelişmiştir. 1990 yılında Paris Şartı imzalanmıştır. Viyana Belgesi ve özellikle Paris Şartı’nın imzalanmasından sonra ise AGİK’in gündemi önemli bir biçimde farklılaşmıştır. AGİK süreci Paris Şartı ile birlikte bir görüşme sürecinden çıkarak kurumsallaşmış bir yapıya doğru dönüşme yoluna girmiştir. AGİK belgeleri insan haklarına ilişkin uluslararası belgelere göndermede bulunarak katılan devletleri bunlara uymaya davet etmektedir. Bu belgelerde ayrıca katılan ülkelerin kendi mevzuatlarında bu haklara yer vermeleri istenmekte, insan haklarının güvence altına alınması için tavsiyelerde bulunmaktadır (TMMOB, 1998).

19. yüzyılın başlarından itibaren gelişmeye başlayan insan hakları kavramı liberalizmin temel taşlarını oluşturmaktadır. Bu dönemde burjuva sınıfının feodaliteye karşı üstünlüğü söz konusudur⁹⁹. Feodalite-burjuva mücadelesi sonucunda burjuvazilerin elde etmiş oldukları siyasi ve iktisadi kazançlar temel haklar beyannamelerinde yer almış ve bu şekilde hukuk düzenlerinin yapıtaşlarını oluşturmuştur¹⁰⁰. Temel olan şudur ki; insanın bireysel ve bağımsız varlık alanına ne devlet ne de dışarıdan üçüncü bir kişinin karışamaması gereklidir¹⁰¹. Bu düşünce ortamında 1789 yılında ilan edilen Fransız İnsan ve Yurttaş Hakları Bildirgesi somut bir adım olarak karşımıza çıkmaktadır¹⁰². Doğal hukuk doktrininden esinlenen bu belge, ferdiyetçiliği ön plana çıkarır. Buna göre bireylerin özgürlük alanı devletin faaliyet ve müdahale alanlarının daraltılması anlamına gelir. Bu kişilerin hak ve özgürlüklerinin sınırlandırılmaması için çok önemli bir adım olmuştur. Ancak bu tam anlamıyla ihtiyaçları karşılayamamıştır.

⁹⁹ Tanilli, 1994, 35

¹⁰⁰ Tanör, 1994, 42

¹⁰¹ Kaboğlu, 1996, 25

¹⁰² Algan, 2007, 54

Kişileri yaşadığı toplumdan bağımsız düşünmek toplumsal ve sosyal yapı ile bağdaşmaz. Bu sebeple sosyal hakların ortaya çıkması gündeme gelmiştir. Aslında sosyal hakların ortaya çıkış süreci 18. ve 19. yüzyıllarda Avrupa’da ortaya çıkan Sanayi Devrimi’ne dayanmaktadır. Sanayi devrimi ile yeni bir sınıf yani işçi sınıfı ortaya çıkmıştır¹⁰³. Sanayi devrimi ile yeni bir ekonomik düzen ve sosyal farklılıkların yarattığı sosyal eşitsizlikler meydana gelmiştir. Fransız Bildirgesi’nde yer alan hakların sadece toplumun küçük bir kesimi tarafından kullanılabildiği gerçeği karşısında, devletin temel hak ve hürriyetleri koruması ve işçi sınıfı lehine müdahalede bulunması gerektiği düşüncesi ortaya çıkmıştır¹⁰⁴. Bu dönemde işçi sınıfının öneminden dolayı devletin sosyal niteliği ağır basan tedbirler alması gerektiği gündeme gelmiş ve bu önlemlerin sosyal nitelikli olmasını sağlayan düzenlemeler yapılmıştır. Tüm bunlar sosyal içerikli yasa ve anayasaların doğmasına yol açmıştır¹⁰⁵. Buna göre insan artık soyut bir varlık olarak değil, toplumun bir ferdi olarak değerlendirilecektir. Buna yönelik olarak yalnızca devletin keyfi müdahalelerine karşı ileri sürülebilen negatif haklar değil, devletten olumlu bir edim isteme yetkisi veren pozitif haklar da tanınmış olacaktır. Artık bireye tanınan yaşama hakkının yanında insan onuruna yaraşır bir şekilde yaşayabileceği sağlıklı yaşam koşullarının sağlanması da bir hak olarak tanınacaktır¹⁰⁶.

Gelişen süreçte sosyal hak ve sosyal hukuk anlayışı içerisinde sosyal haklara yer veren ilk anayasa 1848 Fransız Anayasası olacaktır¹⁰⁷. Birinci Dünya Savaşı’ndan sonra ise 1917 Meksika Anayasası, 1918 ve 1924 Sovyet Anayasaları ve 1919 Weimar Anayasası sosyal hakların geniş ölçüde tanındığı anayasal belgeler olarak karşımıza çıkmaktadır¹⁰⁸.

Sağlık hakkı, devletin bireylere daha kaliteli bir yaşam sürmeleri için sunmuş olduğu bir haktır. Sağlık hakkı ile ilgili gelişmeler sosyal devlet anlayışının ortaya çıkmasıyla belirginleşmiş ve pekişmiştir. Liberal devlet anlayışı yerine sosyal devlet anlayışının benimsenmesi devletin bireyler arasında eşitsizlikleri giderecek önlemler almasını sağlayacak imkanları doğurmuştur. Devletin, bireyin maddi ve manevi varlıklarını geliştirmeleri için yaşama müdahale etmesi ve doğal eşitsizlikleri en aza

¹⁰³ Bulut, 2009, 30

¹⁰⁴ Akıllıoğlu, 2012, 35

¹⁰⁵ Tanör, 1978, 38

¹⁰⁶ Kapani, 1993, 78

¹⁰⁷ Mumcu ve Küzeci, 2011, 80

¹⁰⁸ Kaboğlu, 2002, 48

indirgeyecek politikalar izlemesi gereği ortaya çıkmış ve bunun sonuçlarından biri olarak da sağlık hakkı doğmuştur. Buna göre devlet kişinin sağlıklı olması ve sağlıklı bir yaşam sürmesi için önlemler almalıdır. Bireylerin sağlıklı kalabilmesi için devletin bir takım imkanlar sunması gerekir. Kişinin sağlığını tehdit eden faktörlerin saf dışı bırakılması ancak devlet tarafından sağlık hakkının güvence altına alınması ile gerçekleşir. Sağlık hakkı kavramı üzerinde ortak bir noktada buluşulduğu pek söylenemez. Sağlık hakkı yerine sağlık hizmeti hakkı denilmesi gerektiğini savunan görüşler de vardır. Bu görüşe göre sağlık hakkının mükemmeliyetçi bir yaklaşım sergilediğini ve bunun imkansız bir standart olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca sağlıkta eşitsizliğin önemli bir bölümü kişilerin sağlık durumunun farklılığından değil sağlık hizmetine erişimdeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Başka bir görüşe göre sağlık hakkı yerine sağlığın korunması hakkı teriminin kullanılması daha uygun olacaktır¹⁰⁹.

Sağlığın korunması hakkı hem sağlık hizmetlerine erişme hem de sağlıklı olma hakkını kapsamaktadır. Buna karşılık sağlık hakkı teriminin daha kapsayıcı olduğunu savunan görüşler de vardır. Kişilerin sosyal ve ekonomik düzeylerinin sağlık için belirleyici olduğu düşünülürse devlete bu yönde gerekli sosyo- ekonomik koşulları hazırlama görevi de yüklemesi bakımından sağlık hakkı teriminin daha kapsamlı bir kavram olarak değerlendirilmesi gerekmektedir. Böylece devlete düşen sorumluluğun sadece belirli bir sağlık hizmetinin sağlamak ya da belirli bir sigorta sistemi getirmekle sınırlı olmadığı ortaya çıkmıştır. Kişilerin yaşam süreleri boyunca sağlıklı olacağının garanti edilmesi söz konusu değildir. Ancak maksimum düzeyde imkân sağlanarak sağlıklı yaşamaları hedeflenir. İşte bu yüzden her ne kadar sağlık hakkına alternatif kavramlar türetilse de sağlık hakkı kavramının en kapsayıcı kavram olduğu açıktır¹¹⁰.

İnsanı diğer canlılardan ayıran en temel özellik aklını kullanarak doğaya egemen olmaya çalışmasıdır. İnsanın yaratılışından bu yana meydana getirdiği ve sürekli geliştirdiği uygarlıkla birlikte daha sağlıklı yaşama şansına kavuşmaktadır. İlkel topluluklardan bu yana her geçen gün sağlıklı yaşam konusunda ilerleme kat edilmektedir. Gelişen bilim, teknoloji insanların daha sağlıklı yaşamaları adına önemlidir. Sağlıklı bir yaşam sürme, her bireyin en doğal ve tartışılmaz hakkıdır. Tüm

¹⁰⁹ Tacir, 2011, 51

¹¹⁰ Tacir, 2011, 51

dünyada olduğu gibi Türkiye’de de sağlık hakkının kurumsal düzeyde ele alınması tartışılan konulardandır¹¹¹.

1.1.5.2. Avrupa’daki gelişmeler

Hipokrat’tan bu yana uygulanan geleneksel ve klasik hekimlik anlayışında hekim, hasta ve hastalık kavramları ön plandadır. Sağlığı bozulan kişiyi iyileştiren hekim bunu ücret karşılığında yapar ve bu hekimin bir zanaatı olarak görülür. Tabi hekimin bu işlevinin denetlenebilmesi söz konusu değildir. Bu husus da hekimlerin toplumda varlıklı ve ayrıcalıklı olmalarını sağlamıştır. Meslek farklılıklarının artması ve sanayi devrimi ile kavramlarda değişiklikler olmaya başlamıştır. Eşitlik, insan hakları ve sosyal devlet gibi kavramların ortaya çıkması geleneksel hekimlik anlayışında söz konusu olan bireysel hekimlik yerini kamu hizmetine bırakmıştır. İnsan yaşadığı ortam ile birlikte ele alınmaya başlayınca koruyucu hekimlik kavramı ortaya çıkmıştır. Hekimlik hizmeti 19. yüzyıla kadar yardım kurumları, vakıflar ve bağışlarla karşılanmakta iken bu hizmet 19. yüzyılın ikinci yarısında bir sistem arayışına yönelmiştir. İlk kez 1883’de Almanya Bismarc tarafından ilk hastalık sigortası kurulmuştur. İşçi ve işverenlerden kesilen primler, çeşitli sağlık kurumlarından tedavi edici hekimlik hizmetini satın almak için kullanılmaya başlanmıştır. Koruyucu hekimlik giderek önem kazanınca sigorta sistemine çeşitli yan kuruluşlar ve kurumlar da eklenmiştir¹¹².

1.1.5.3. Uluslararası alandaki gelişmeler

Büyük yıkıma yol açan 2. Dünya Savaşı sonrasında kavram değişiminde daha da hareketlenmeler olmuştur. Sağlık hizmetinin kişinin temel hakkı ve devletin temel ödevlerinden sayılmaya başlaması Birleşmiş Milletler Antlaşması’nda kendine yer bulmuştur. Birleşmiş Milletler Antlaşması giriş kısmında; “Tüm halkların ekonomik ve toplumsal gelişmesini hızlandırmak üzere uluslararası yollara başvurmaya kararlı olarak bu amaçları gerçekleştirmek üzere çabalarımızı birleştirmek sonucuna vardık.” denilmiştir¹¹³. Bu şekilde alınan kararlar İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde sonuçlarını göstermiştir. Birleşmiş Milletler Genel Kurulu’na 10 Aralık 1948 tarihinde kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi sağlık konusuna yer veren ilk uluslararası belge olmuştur. Bu belgenin 25. maddesinde: “Herkesin, gerek kendisi

¹¹¹ Dağlı, 1992, 57

¹¹² Dağlı, 1992, 57

¹¹³ Sencer, 1986, 27

gerek ailesi için yiyecek, giyim, konut, tıbbi bakım ve gerekli sosyal hizmetler de dahil olmak üzere, sağlık ve refahını sağlayacak uygun bir yaşam düzeyine ve işsizlik, hastalık, sakatlık, dulluk ihtiyarlık veya geçim olanaklarından iradesi dışında yoksun bırakacak diğer hallerde güvenliğe hakkı vardır. Ana ve çocuk özel bakım ve yardım görme hakkına sahiptir. Bütün çocuklar evlilikle veya evlilik dışında doğsunlar, aynı sosyal korunmadan yararlanırlar.” ifadesine yer verilmiştir. Yani insanın temel ihtiyaçlarından biri de sağlık hakkıdır. Bu bildiri ile herkesin maksimum düzeyde sağlıklı yaşaması temel bir insan hakkı olarak görülmüştür.

Ayrıca Dünya Sağlık Örgütü Assamblesi ve Alma-Ata Bildirisi sağlık hakkının uluslararası alandaki gelişmeleri açısından önem arzetmektedir. Dünya Sağlık Örgütü 7 Nisan 1948’de kurulmuştur. Afrika, Amerika, Doğu Akdeniz, Avrupa, Güneydoğu Asya ve Batı Pasifik olmak üzere Dünya’nın 6 bölgesine yayılmış vaziyettedir. Her bölgede oluşturulan komitelerin yıllık toplantılarında üye ülkelerin fikir alışverişine ortam sağlanmaktadır. Öneriler oluşturulmaktadır. Bu komiteler ülkelerarası iletişim ve yardımlaşmaya yönelik bir köprü oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Kurultayı’nın yapmış olduğu yıllık toplantılarda ülke sorunları gündeme gelmektedir. Ayrıca bölge komitelerinde alınan kararlar da görüşülmektedir. Herhangi bir konuda yardım gerektiğinde de Dünya Danışma Komitesi devreye girmektedir. Sağlık hakkı konusunda DSÖ Assamblesi 1970 yılında bir yenilik getirerek, sağlık hakkını geliştirmiş ve sağlıklı yaşamının doğuştan kazanılmış bir hak olduğunu ifade etmiştir. DSÖ Assamblesi tüm toplumlar için olabilecek en üst düzeyde sağlıklı yaşamın sağlanmasının, Dünya Sağlık Örgütü’nün amaçlarından biri olduğunu belirtmiştir. Assamble bu amaca varmak için alınması gereken önlemleri belirlemiştir. Her ülkede sağlık örgütlerinin etkinliğinin artırılması gerekliliğinin altı çizilmiştir. Bu konuda hükümetlere çeşitli öneri ve tavsiyelerde bulunulmuştur. Ayrıca hükümetlerin bu konularda yapacakları politikalar desteklenmiştir¹¹⁴. Assamble tarafından bazı kararlar alınmıştır. Bu kararlar şu şekildedir:

“1. Halkın sağlığını korumaktan hükümetler sorumlu olmalıdır. Olabilecek en yüksek düzeydeki sağlıklı yaşamı gerçekleştirmek, ekonomik ve toplumsal gereklerin yerine getirilmesine bağlıdır. Sağlık servisleri bir plan gereğince tüm ülkeye yaygınlaştırılmalıdır. Bu servislerden herkesin en yüksek düzeyde yararlanabilmesi

¹¹⁴ Dağlı, 1992, 57

planlanmalıdır. Bu servislerin ihtiyaçları tüm güçler ve kaynaklar kullanılarak karşılanmalıdır.

2. Sağlık örgütlerinin başarılı olabilmeleri için sağlık alanında çalışan tüm personelin topluma karşı sorumluluklarının bilincinde olmaları gerekmektedir. Ayrıca her düzeydeki ulusal sağlık personeli eğitiminin akılcı düzenlenmesi bu hususta çok önemlidir.

3. Bireylere ve topluma aşıl原因an koruyucu önlemler sayesinde sağlık örgütlerinin başarı şansı artmaktadır. Örgütlerin başarısı önemli ölçüde koruyucu ve tedavi edici hizmetlerin eşgüdümüne bağlıdır. Anne ve çocukların sağlığı toplumun geleceği açısından mühimdir.

4. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi gereklidir. Ayrıca rehabilite edici sağlık hizmetlerinin artırılması gerekir. Bu konularda gerekli çalışmalar yapılmalı ve sağlık örgütleri geliştirilmelidir.”¹¹⁵

Alma-Ata Bildirisi ise Kazakistan’ın başkenti Alma-Ata’da 1978 yılında kabul edilmiştir. DSÖ Assamblesi ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu yürütme kurulu tarafından düzenlenen Temel Sağlık Hizmetleri Konferansı neticesinde yayınlanan bu bildiri sağlık hakkı açısından önemli bir gelişmedir. Bir anlamda bu bildiri Dünya sağlık anlayışının temel dayanağı ve anayasası olmuştur. Alma-Ata’da yapılan Temel Sağlık Hizmetleri konulu Uluslararası Konferans ile dünyadaki tüm insanların sağlıklarının korunması ve daha iyi bir duruma getirilmesi için önemli bir işe imza atılmıştır. Konferansta sağlığın temel bir insan hakkı olduğu, sağlıklı olmanın sadece hastalığın ve sakatlığın olması değil bedensel ruhsal ve sosyal yönden iyi olma halini ifade ettiği vurgulanmıştır. Sağlık hizmetlerindeki eşitsizliğin giderilmesi gerektiği savunulmuştur. İnsanların sağlıklı olabilmesi için hükümetlerin daha büyük işler yapması gerektiği benimsenmiştir. Ayrıca bu bir sosyal devlet politikası olarak görülmüştür. Temel sağlık hizmetlerinin gerekliliğinden bahsedilmiştir¹¹⁶.

Alma-Ata konferansının amaçları şu şekilde belirlenmiştir: “Bütün memleketlerde temel sağlık hizmeti fikrini geliştirmek; milli sağlık sistem ve hizmetlerinin geniş çerçevesi içinde temel sağlığın geliştirilmesi ile ilgili deneme ve

¹¹⁵ Dağlı, 1992, 57

¹¹⁶ Dağlı, 1992, 57

bilgi alış verişi yapmak; temel sağlığın ilgilendirdiği ve bu hizmetlerce daha iyi duruma getirebileceği sürece, dünyada halen mevcut olan tüm sağlık ve sağlık hizmetleri durumlarını değerlendirmek; temel sağlık prensipleriyle, bu hizmetlerin geliştirilmesinde ortaya çıkan uygulama zorluklarını giderecek çalışma yöntemlerine açıklık getirmek; temel sağlığın geliştirilmesi için gerekli teknik işbirliği ve desteği sağlamak bakımından, hükümetlerin, milli ve milletlerarası örgütlerin oynayacağı rollere açıklık getirmek; temel sağlığın geliştirilmesine yönelik önerileri formüle etmek.”¹¹⁷

1.1.5.4. Ulusal düzeyde sağlık hakkının gelişimi

Türkiye’de sağlık hakkının gelişimi Kanuni Esasi’ye kadar dayanmaktadır. Kanuni Esasi’de sağlık hakkına ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. 1876 Anayasası’nda kişisel özgürlükler ve mesken dokunulmazlığına yönelik çalışmalar yapılırken; 1921 Anayasası ise Kurtuluş Savaşı döneminde hazırlandığı için daha çok yönetim ve işlerlik ile ilgili konuları içermiştir. 1924 Anayasası’nda salgın hastalıklara yönelik bir düzenleme getirilmiştir. 1961 Anayasası sosyal devlet ilkesi kapsamında olduğundan yaşama hakkını ve sağlık hakkını temel haklar arasına almıştır. 1982 Anayasası’nda ise; “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir.” ibaresi yer almaktadır.

Osmanlı İmparatorluğu Dönemi

Osmanlı’da sağlık hizmetlerinin vakıflar aracılığıyla sağlandığı belirtilmektedir. Osmanlı’da ilk hastane Bursa’da Yıldırım Beyazıt tarafından yaptırılmıştır. Daha sonraları Sivas, Amasya, Tokat, Çankırı, Kastamonu ve Konya’da hastaneler yapılmıştır. Fatih Sultan Mehmet de İstanbul’da 1470 yılında hastane yaptırmıştır. Bu hastanede hastaların, herhangi din ve mezhep ayrımı yapılmaksızın muayene ve tedavi edildiği bilinmektedir. Ayrıca hastanede tabip, eczacı, katip, hasta bakıcıları, vekil harcı, anbar memuru, aşçı ve hastaların ilaçlarını muhafaza eden bir memur ve kapıcı bulunmaktadır. Hastanede mevcut hastalardan başka hariçten ayakta tedavi hizmeti de verilmiştir. XV. yüzyıl sonlarındaki hastanelerden birisi de 1485’te

¹¹⁷ Dağlı, 1992, 57

2. Beyazıt tarafından Edirne’de yaptırılan hastane ile tıp medresesidir. Evliya Çelebi’nin, Medrese-i Et-tıbbı ismini verdiği bu medresenin odalarında değerli talebeler yetişmiştir. Evliya Çelebi’ye göre burada bazı hastaların musiki ile tedavi edildiği görülmektedir. Hastanenin eczanesinde hastalıklara göre macun çeşitleri bulundurulmaktadır. 15. yüzyılda Üsküdar Karacaahmet’te cüzzamlılara mahsus bir tecrithane yaptırılmıştır. 16. asrın ikinci yarısından sonra hastanelerin sayısı artmıştır. 16. yüzyılın sonlarında Üsküdar’da padişah 3. Murat’ın validesi Nurbanu Sultan Darüşşifası ile 17. yüzyıl başlarında 1. Ahmet’in yaptırdığı Darüşşifa bunlardan bazılarıdır.

Osmanlı İmparatorluğu’nda sosyal devlet izlenimi bırakan emareler mevcuttur. Osmanlı, her ne kadar sınırlı da olsa ve herhangi bir kanuni düzenleme bulunmasa da çağa ayak uydurmaya çalışmış ve sosyal devlet anlayışı ile hareket etmek için çaba harcamıştır. Osmanlı’da ilk sağlık düzenlemesi 1870’lerde “Memleket Tabiplikleri” kurulmasını öngören tüzükle başlamıştır. Tabiplerin ücretleri yerel yönetimlerce ödenmektedir. Ayrıca vakıflardan sağlanan gelirlerle ve yoksul halk için yapılan bağışlarla çok az sayıda “Guraba Hastaneleri” kurulmuştur. Ancak bu sınırlı girişimler tüm ülke geneline yayılamamıştır¹¹⁸.

Cumhuriyet dönemi

Cumhuriyet döneminde, sağlık hakkı ile ilgili önemli adımlar atılmıştır. 2 Mayıs 1920’de kurulan ilk hükümetin içinde bir “Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti”nin yer alması bunun göstergelerindendir. Ancak bu dönemde sağlık alanında olanaklar son derece kısıtlıdır. 1921-1946 döneminde temel örgütlenme birimi “Hükümet Tabipliği Sağlık Müdürlüğü” sistemidir. Hükümet Tabipleri ayrıca serbest meslek uygulamasına tabidir. Ayrıca bu tabipler ecza dolabı açarak eczacılık yapmaya da yetkilidir. Bu dönem Refik Saydam dönemidir. Bu dönemde sağlık hizmetleri ile sağlık örgütlenmesinde önemli gelişmeler gerçekleştirilmiştir. Cumhuriyet’in başlarında ilk problem bulaşıcı ve salgın hastalıklardır. Bu nedenle 1921-1937 arasında koruyucu hekimliğe önem verilmiştir. Koruyucu hekimlik ile salgın hastalıkların önüne geçilmeye çalışılmıştır. Sıtma, trahom ve frengi ile mücadele için ayrı ayrı örgütler kurulmuştur. Tedavi edici sağlık hizmetleri ise yerel yönetimlere bırakılmıştır. Bu dönemde beş ilde Sağlık Bakanlığı’na bağlı numune hastaneleri

¹¹⁸ Dağlı, 1992, 57

açılmıştır. Kırsal kesimde de gezici hekimler ile görev yürütülmesi düşünülmüş ise de bu gerçekleştirilememiştir. 1923 yılında hekimlere zorunlu hizmet yasası çıkartılmış ve bu yasa dokuz yıl uygulanmıştır. Zorunlu hizmet uygulaması bu dönemde getirilmiştir. Bu uygulamaya göre devlet hekim olarak yetişecek olanları burs vb. gereçlerle destekleyecek, karşılığında bu hekimler bir süre devlete hizmet edeceklerdir. Bu yıllarda zorunlu görevler çıkarılarak hekimlik mesleğini icra edenlerin devlete olan yükümlülüklerini yerine getirmeleri sağlanmıştır¹¹⁹.

Cumhuriyet döneminde ilk Kızılay Hemşire Okulu açılmıştır. 1925 yılında açılan bu okul sayesinde hemşire ihtiyacı bir nebze olsa karşılanabilmiştir. Ayrıca Köy Enstitüleri kurulduktan sonra 1943 yılında kırsal yörelerde görev yapmak üzere “Sağlık Kolları” açılmıştır. Bu uygulama ile yöre halkının içerisinde sağlık memuru ve ebe yetiştirilmesi amaçlanmıştır. Bu şekilde yetişen insanların yetiştikleri bölgede hizmet etmelerinin sağlanması planlanmıştır. Bu insanlardan bu şekilde faydalanılma yoluna gidilmiştir. 1943 yılından 1950 yılına kadar sağlık kolları faaliyetlerine devam etmiştir. İlerleyen dönemde de birtakım çalışmalar yapılmıştır. 1946-1950 döneminde gerçekleşen planlama faaliyetleri önem arz etmektedir. Bu dönemin en önemli gelişmesi, kırsal bölgelere sağlık hizmeti götürme planıdır. Bu plana göre kırk köylük bölgelere sağlık personeli ve sağlık teçhizatı götürülmesi amaçlanmıştır. Bu götürülecekler içerisinde; iki hekim, ebe, araç-gereçli kurumlar da vardır. Bundan ziyade 17 bölgede bölge hastanelerinin kurulması amaçlanmıştır. Yedi bölgede ise tıp fakültelerinin açılması planlanmıştır. Fakat tüm bu çalışmalar ve planlamalar uygulamaya bir türlü konulamamıştır. 1935 yılında Sağlık Bakanlığı’nın hizmeti tek elden yürütmesini amaçlayan 3017 sayılı yasaya rağmen 1946’da Sosyal Sigortalar Kurumu’nun kendi sigortalılarına hizmet vermek için kendi sağlık örgütünü kurma yoluna gitmesi bu dönemin en önemli gelişmelerindendir. Böylelikle kurumların kendi başına sağlık hizmeti verme eğilimi giderek yaygınlaşmıştır. 1960’tan sonra koruyucu sağlık hizmetleri gözardı edilmiş ve tedavi edici sağlık hizmetleri ön planda tutulmuştur. Hastane hizmetleri devlete bağlanmıştır. Ancak hekim sayısı istenen seviyeye ulaştırılamamıştır¹²⁰.

1961 Anayasası ile sağlık hizmetlerini devletin temel görevi ve kişilerin anayasal hakkı sayan anayasa hükmü yürürlüğe konulmuştur. Sağlık hakkının sosyal

¹¹⁹ Dağlı, 1992, 57

¹²⁰ Dağlı, 1992, 57

bir hak olarak kabul edilmesi fikri 1961 Anayasası görüşmeleri sırasında gündeme gelmiştir. Temsilciler Meclisi üyelerince, her ne kadar sağlık hakkını düzenleyen 48.maddenin uygulanmasının güç olduğu kabul edilse de önemli bir adım olacağı benimsenmiştir. Nitekim sağlık hakkı evrensel belgelere girmiş ve çeşitli ülkelerin Anayasa metinlerinde yer almıştır. Ülkemizde de böyle bir adım atılması çok olumlu bir gelişmedir. Zaten 48.maddenin gerekçesinde de: “....Devletin sıhhi bakım ve mesken sağlama görevi hem İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde hem de bazı anayasalarda ayrıca belirtilmiştir.” Denilmektedir (T.C., 1961). 1961 Anayasası’nın 48.maddesinde “Sağlık Hakkı” başlığı altında konut hakkına da yer verilmiştir. Maddede: “Devlet, herkesin beden ve ruh sağlığı içinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla ödevlidir. Devlet, yoksul ve dar gelirli ailelerin sağlık şartlarına uygun konut ihtiyaçlarını karşılayıcı tedbirleri alır.” denilmektedir. Madde gerekçesinde de “...zamanımızın refah devletinde (iktisaden zayıf halk tabakalarının hayatları için en zaruri olan hakları fiilen sağlayan sosyal devlette) ferdin sağlığını gerek doğrudan doğruya gerek özel teşebbüsle ve mahalli idarelerle işbirliği yaparak temin etmek devletin başta gelen görevleri arasında yer almaktadır. Sağlığın beş şartı olan barınma ihtiyacı da bu hakla doğrudan doğruya ilgilidir. Bundan ötürü sosyal devlet herkese barınacak bir yer sağlamanın çarelerini arayıp bulmak ve gerçekleştirmek zorundadır.” şeklinde bir ifade yer almaktadır. (T.C., 1961 Anayasası).

1961 Anayasası’ndan sonra kabul edilen 1982 Anayasası metinlerinde de sağlık hakkına yer verilmiştir. Ancak 1961 ve 1982 anayasalarının sağlık hakkı ile ilgili maddelerinin içeriğinde bazı farklılıklar söz konusudur. 1961 Anayasası’nda devletin, herkesin beden ve ruh sağlığı içerisinde yaşayabilmesini ve tıbbi bakım görmesini sağlamakla yükümlü olduğunu ifade eden belirgin bir hüküm varken 1982 Anayasası’nda bu durumun söz konusu olduğu pek söylenemez. 1982 Anayasası sağlıkla ilgili devletin görevini birey düzeyinden çevre düzeyine çekmiş gibi bir izlenim bırakmaktadır. 1982 Anayasası’nın sağlık hakkı ile ilgili 56.maddesi şöyledir: “Herkes sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devlet’in ve vatandaşların ödevidir. Devlet herkesin hayatını beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi artırmak işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet bu

görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” (T.C., 1982). Ayrıca 1961 Anayasası’nda sağlık ile konut hakkı aynı madde içerisinde değerlendirildiği halde 1982 Anayasası’nda iki ayrı maddede değerlendirilmiştir. Kenar başlığın altındaki alt başlıkta “sağlık hizmetleri” yanına çevrenin korunması unsuru dâhil edilmiştir. 1982 Anayasası’nın 56.maddesinde sağlık hakkı ve çevre hakkı birlikte değerlendirilmiştir.

Türkiye’nin imzaladığı İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde söz konusu olduğu gibi 1982 Anayasası da sağlık hakkını temel bir hak olarak görmüştür. 1982 Anayasası’nın 56. maddesinde sağlık hakkı “Sağlık Hizmetleri ve Çevrenin Korunması” başlığıyla yer almıştır. Bu durum çağdaş demokrasi yolunda ilerlemek isteyen Türkiye’nin uluslararası düzenlemeleri dikkate alarak kendi mevzuatını oluşturduğunu göstermektedir. İnsan haklarına saygılı olan ve demokrasiyi savunan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de bu gelişerek devam etmiştir. 1982 Anayasası’nın 56. maddesinin gerekçesinde; devletin, vatandaşının beden ve ruh sağlığı içinde yaşamasını sağlamakla görevli olduğu, devletin bu yönde çalışmalar yapması gerektiği, ayrıca bunun devamlılığı için gerekli denetimlerin yapılması gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca bu madde ile “Genel Sağlık Sigortası” uygulaması getirilmiştir. Bu uygulama ile yoksullara devletin destek sağlayacağı öngörülmüştür.

Sağlık hizmetinden yararlanmak ve sağlıklı yaşamak bir haktır. Anayasa bu hakkı sağlama görevini devlete vermiştir. 1982 Anayasası’nın 2. maddesinde; “Sosyal Bir Hukuk Devleti” ibaresi geçmektedir¹²¹. Sosyal hukuk devleti olmanın gereklerinden biri de “Temel Haklar ve Ödevler” başlığı altında düzenlenen hakların sağlanmasıdır. Sağlıklı yaşam hakkı ve sağlık hizmetinden yararlanma hakkı da bu kapsamdadır. Bu hakkın çiğnenmesi doğrudan sosyal hukuk devleti niteliğinin ihlali anlamına gelir. Sosyal devlet ilkesi hukuk devletinin ön koşuludur. Türkiye de hukuk devletinin gereği olan sosyal devlet ilkesini benimsemiştir. 1982 Anayasası’nın 5. maddesinde sosyal devlet ilkesi vurgulanmıştır. 5. madde: “*Devletin temel amaç ve görevleri, Türk milletinin bağımsızlığını ve bütünlüğünü, ülkenin bölünmezliğini, Cumhuriyeti ve demokrasiyi korumak, kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal*

¹²¹ Keskinsoy, 2015, 47

engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmaktır.” şeklindedir (T.C., 1982). Sosyal devlet vatandaşına gerektiğinde destek olan devlettir. Klasik liberal devlette olduğu gibi hiçbir şeye karışmam diyemez. Toplumsal adaletsizliği önlemek için zayıf olanları güçlüler karşısında ezilmesin diye korur, kollar. İşte sosyal devlet, toplumda dengeyi sağlamak üzere anayasal düzenlemelerini sosyal devlet ilkelerine göre düzenler.

1.2. İnsan Hakkı Olarak Sağlık Hakkı

İnsan hakları tam ve sağ doğmak şartıyla anne rahmine düştüğü andan itibaren her insanın sırf insan olmakla kazandığı haklar bütünüdür. Bir başka ifadeyle insan hak ehliyetini kazanmakla insan haklarına ait haklar bütününe de sahip olmaktadır. İnsan hakları bireyin insanca ve onurlu bir şekilde hayat sürebilmesi için gerekli oolan haklar bütünüdür. İnsan hakları nitelikleri gereği devredilmez ve bölünmezler. Aynı zamanda insan hakları ihlalleri insanlığın insan olmanın ihlali olarak kabul edilmektedir. Bu anlamda da insan hakları ihlallerinin etik boyutu da mevcuttur. Sağlık hakkının uluslararası hukuk anlamında yerleşmesi ve bir hak olarak kabul edilmesi II. Dünya savaşı sonrasında insan hakları kavramının yerleşmesiyle gerçekleşmiştir¹²².

Sağlık hakkı, 20. yüzyılın başlarında ulusal ve uluslararası düzeyde temel hak niteliğine bürünmüştür. Sağlık hakkının Jellinek ayrımındaki sınıflandırmasında devletin olumlu bir edimde bulunması ile anlam kazanacağı düşünülürse pozitif haklardan olduğu anlaşılmaktadır¹²³. İnsan hakları sınıflandırmasında Jellinek'in ayrımından başka üç temel kuşak hakları olarak bilinen ve Karel Vasak tarafından yapılan bir ayrım vardır. Bu sınıflandırma da insan haklarının ortaya çıkış dönemleri esas alınmak suretiyle kuşaklara ayrılması söz konusudur. Tarih sahnesinde ilk olarak ortaya çıkan birinci kuşak insan hakları kişi özgürlükleri ve siyasal haklardan oluşmaktadır. Bu haklar Jellinek sınıflandırmasında negatif ve aktif statü haklara karşılık gelmektedir¹²⁴. Sosyal, ekonomik ve kültürel haklar ise ikinci kuşak haklardandır. Jellinek sınıflandırmasında pozitif statü haklar arasındadır. Üçüncü kuşak haklar ise saygı duyma niteliğinde haklardır¹²⁵. Sağlık hakkı ise pozitif haklardan olduğundan bu ayrıma göre ikinci kuşak haklar kategorisine girmektedir.

¹²² Temiz, Özgür (2014) “Türk Hukukunda Bir Temel Hak Olarak Sağlık Hakkı” Ankara, Üniversitesi SBF, C. 69, Sa. 1, s. 166.

¹²³ Bulut, 2009, 30

¹²⁴ Algan, 2007, 53

¹²⁵ Kaboğlu, 2011, 60

Sağlık hakkının ortaya çıkış süreci ile ulusal ve uluslararası metinlerde yer bulması ikinci kuşak haklara denk düşer¹²⁶.

1948 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu Evrensel İnsan Hakları Bildirgesini kabul etmiştir. Bildirgende sağlık hakkından ayrı ve müstakil olarak bahsedilmese de 25. Maddesinde “yeterli bir yaşam standardının olması için gereken bileşenlerden biri” şeklinde bahsedilmiştir¹²⁷.

Yayınlandığı dönemde hukuki bir bağlayıcılığı bulunmayan ancak zamanla bağlayıcılık kazanan Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi insan hakları hukukunun kurucu belgesi olarak görülmektedir. Evrensel İnsan Hakları Bildirgesinde sağlığın yanı sıra konut, giyim, beslenme vb. diğer haklar da düzenlenerek aralarındaki bağ belirlenmiştir. Buna göre insan haklarının bütünlüğü veya insan haklarının bölünmezlik niteliğine de vurgu yapılmıştır¹²⁸. Bu bağlamda insan haklarının bölünmezlik niteliğinden de bahsetmekte yarar vardır.

1.3. İnsan Haklarının Bölünmezlik Niteliği Bağlamında Sağlık Hakkı

Bir kavramın tanımlanması onun ayırt edici özelliklerin konulmasını gerektirdiği gibi sınırlarının ve çerçevesinin çizilmesini de gerekli kılar. Sadece hukuki kavramlar bu gruba girmez siyasetten felsefeye tüm sosyal bilimlerin ilgi alanına giren bir kavram olan İnsan hakları ile ilgili yapılacak kavrama ilişkin tüm tanımlamalar bir yönüyle eksik kalmaya mahkûm görülmektedir. İnsan hakları kavramı hangi yönüyle tanımlanmaya çalışılsa diğer yön eksik kalacak tam bir tanım ve kavramsal çerçeve çizilemeyecektir. Ancak hukuk soyut kuralların somut olaylara uygulanmasını gerekli kıldığından bir sonuca varmak da gereklidir. Yine de yalnızca hukuki anlamda insan hakları kavramıyla ilgili yapılan tanımlamalarda doktrinde tam bir mutabakatın olduğu söylenemez¹²⁹.

İnsan haklarının bölünmezlik niteliğine geçmezden evvel insan haklarını tanımlamakta yarar vardır. İnsan haklarını kişinin insanca onurlu bir şekilde yaşam sürebilmesi için ve kişinin sırf insan olması sebebiyle sahip olduğu vazgeçilmez, devredilmez haklar

¹²⁶ Bulut, 2009, 30

¹²⁷ Ayhan Döner, İnsan Haklarının Korunması ve Avrupa Sistemi. 1. Baskı, Ankara: Seçkin, 2003, s. 35

¹²⁸ Annas, George J. Human Rights and Health: The Universal Declaration of Human Rights at 50, Perspectives on Health and Human Rights. New York-London, Routledge, 2005, s. 68.

¹²⁹ Mehmet Emin ÇAĞIRAN, Uluslararası Alanda İnsan Hakları. Ankara, 2006, s. 26.

olarak tanımlayabiliriz¹³⁰. İnsan hakları aynı zamanda kişinin hangi dini inanca, zümreye, mesleki topluluğa, ulusal veya etnik kökene ait olursa olsun, insanın sadece insan olması sebebiyle sahip olduğu ve her türlü ihlale karşı korunması gereken en üst ahlaki talep ve iddiayı ifade eder¹³¹.

İnsan hakkı, kişinin sırf insan olması sebebiyle taşıdığı değeri korur. İnsanı değerli kılan tür olarak kendisini diğer canlılardan ayıran insani değerlerdir. İnsanlar kendi aralarındaki farklılıklar ne olursa olsun değer bakımından eşit kabul edilir. İnsan hakkı düşüncesi, bir bireyin kişisel liyakati ne olursa olsun, kişisel ahlaki kapasitesi itibarıyla insan olmak bakımından başka bireylerle eşit olduğunu ima eder.¹³²

*“Sizin ve aileniz için tehdit oluşturan şeyleri sayın deseler bunlar arasında kavramları sayar mıydınız? Dünya’da olup bitene bakılırsa pek masum görünmüyor kavramlar. Kavramların tehlikeli olmalarından biz sorumluyuz, yarattıkları sonuçlardan olduğumuz gibi. Bir kavram ne zaman tehlike arz eder? İçeriği bulanık olduğu halde herkes bu kavramı bildiğini sanınca. Korkarım İnsan hakları çoktan tehlikeli bir kavram olmuştur.”*¹³³

Sağlık hakkı insan hakları içerisinde diğer insan haklarıyla son derece yakın ilişki içerisinde bulunan bir haktır. Temel hak ve hürriyetler içerisinde en önde yer alan ve 82 Anayasası ile de güvence altına alınmış yaşam hakkı, vücut dokunulmazlığı hakkı, işkence görmeme hakkı vb. haklar ile sağlık hakkının son derece yakın bir ilişkisi mevcuttur. İnsan haklarının bütünlüğü veya insan haklarının bölünmezlik niteliği insan hakları arasında temel-temel olmayan, önemli-önemsiz, gerekli-gereksiz vb. hiyerarşik anlamda veya öncelik sonralık şeklinde herhangi bir ayrıma tabi tutulamamasını ifade eder. İnsan haklarının her biri özel ve gerekli ayrıca işlev açısından eşittir¹³⁴.

Nasıl ki bir araba motorunda her bir parçanın yeri ayrı ve kendine has bir görevi vardır, her bir parça birbirinin işlevini tamamlamasına yardımcı olur ve birbirlerine sıkıca bağlıdır ve herhangi birinin arızası tüm motoru etkiler ve çalışmasını

¹³⁰ Halil KALABALIK, İnsan Hakları Hukuku. Ankara, 2009, s. 21.

¹³¹ Mustafa ERDOĞAN, İnsan Hakları Öğretisine Giriş, 1993, H.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi, c.11, 35

¹³² Erdoğan, 1993, 32.

¹³³ KUÇURADI İOANNA, ‘İnsan Haklarının Felsefi Temelleri’, 1980, Ankara, s.49, **KARAN** Ulaş, ‘Türkiye’de Sosyal Hakların Mahkemeler Önünde İleri Sürülebilirliği ve Yüksek Yargı Organlarının Sosyal Haklara Yaklaşımı’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006, s. 1.

¹³⁴ Ömer ANAYURT, Hakların Bütünlüğü İlkesi Açısından İnsan Haklarına İlişkin Sınıflandırmaların Değerlendirilmesi, Türkiye’de İnsan Hakları. Ankara, 2000, s. 48.

durdurur, insan haklarının bütünlüğü de bu şekildedir. Bunun sonucunda haklardan bir kısmını tanıyarak bir kısmını dışlamak, yani hakları kısmi bir anlayışa göre ele alarak sınıflandırmak, hakkın bizatihi kendisini inkâr sonucunu oluşturmaktadır. Diğer yandan kimi insan hakkının lüks, kiminin zorunlu, kiminin önemsiz veya kiminin şimdilik tehlikeli olduğu şeklinde yapılan nitelemeler de hakların bütünlüğü uyarınca hiçbir anlam ifade etmemektedir.¹³⁵

Sağlık hakkının bir diğer görünümünde bulunan sağlıklı kalma hakkı insan haklarının bölünmezlik niteliği anlamında daha belirgin olduğu söylenebilir. Örneğin sağlıklı gıda, temiz çevre hakkı, mobbinge maruz kalmama hakkı vb. haklar olmaksızın, sağlık hakkı anlamını yitirecektir. Aynı şekilde işkence görmeme, özel hayatın gizliliği hakkı vb. haklar bulunmaksızın sağlık hakkının varlığından bahsedilemeyecektir.

¹³⁵ Anayurt, 2000, 49.

II. BÖLÜM

TÜRK HUKUKUNDA SAĞLIK HAKKI

2.1. Ulusal Mevzuatta Sağlık Hakkının Düzenlenmesi

2.1.1. Genel Olarak

Mevzuat; anayasa, kanun, tüzük, yönetmelik, uluslararası sözleşmeler ve benzeri tüm hukuk kaynaklarının kapsamından oluşur. Sağlık mevzuatı denildiğinde sağlık hakkı ve ilgili yasal düzenlemeler akla gelmektedir. Türkiye’de sağlık mevzuatı içerisinde sağlık hakkı, sağlık hukuku ve sağlık hizmetleri ile ilgili yasal düzenlemeler yer almaktadır¹³⁶.

2.1.2. Sağlık Hakkının Anayasal Çerçevesi

1982 Anayasası’nda sağlık hakkı 56. maddede düzenlenmiştir. 1982 Anayasası’nın 56.maddesi: “Herkes, sağlıklı ve dengeli bir çevrede yaşama hakkına sahiptir. Çevreyi geliştirmek, çevre sağlığını korumak ve çevre kirlenmesini önlemek Devletin ve vatandaşların ödevidir. Devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, işbirliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir. Sağlık hizmetlerinin yaygın bir şekilde yerine getirilmesi için, kanunla genel sağlık sigortası kurulabilir.” şeklindedir (T.C., 1982). Konu Anayasa’nın bu maddesiyle sınırlandırılıp, detaylı olarak “Türk Anayasalarında Sağlık Hakkı” bölümünde işlenecektir.

¹³⁶ Sert, 2008, 37

2.1.3. Yasalarda Sağlık Hakkı

2.1.3.1. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu

Ülkemizde sağlık hakkı ile ilgili birçok düzenleme yapılmıştır. 24 Nisan 1930 tarihli ve 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu bunlardan biridir. Umumi Hıfzıssıhha Kanunu 1. maddesinde: “*Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindendir.*” ibaresi yer almaktadır (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu, 1930). Madde hükmüne göre; devletin görevleri arasında ülkenin sağlık koşullarını iyileştirmek, milletin sağlığına zarar veren hastalık ile mücadele etmek, neslin sağlıklı olarak yetişmesini sağlamak, halka sağlık yardımı ve sosyal yardımlar yapmak sayılmıştır¹³⁷. Ayrıca bu kanun ile Sağlık Bakanlığı’nın büyük şehirlerde Numune Hastaneleri açması öngörülmüştür¹³⁸.

1593 Sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu’nda sağlık hakkının gerekleri anlamında idarenin birçok yükümlülüğü bulunmaktadır:

“*Madde 1 – Memleketin sıhhi şartlarını ıslah ve milletin sıhhatine zarar veren bütün hastalıklar veya sair muzır amillerle mücadele etmek ve müstakbel neslin sıhhatli olarak yetişmesini temin ve halkı tıbbi ve içtimai muavenete mazhar eylemek umumi Devlet hizmetlerindendir.*

Madde 2 – Umumi sıhhat ve içtimai muavenet hizmetlerine ait Devlet vazaifi Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti tarafından ifa ve hususi idarelerle belediyelere ve sair mahalli idarelere bırakılan hizmetlerin sureti icrası murakabe olunur. Milli Müdafaa teşkilatına ait sıhhi işler müstesna olmak üzere bütün sıhhat ve içtimai muavenet işlerinin mercii ve murakıbbı bu Vekalettir.

Madde 3 – Sıhhat ve İçtimai Muavenet Vekâleti bütçeleriyle muayyen hatlar dâhilinde olarak aşağıda yazılı hizmetleri doğrudan doğruya ifa eder:

- 1 - Doğumu teshil ve çocuk ölümünü tenkis edecek tedbirler.
- 2 - Validelerin doğumdan evvel ve doğumdan sonra sıhhatlerinin vikayesi.
- 3 - Memlekete sari ve salgın hastalıkların hulûlüne mümanaat.

¹³⁷ Okur, 2010, 34

¹³⁸ Aksakoğlu, 1994, 38

4 - Dahilde her nevi intani, sari ve salgın hastalıklarla veya çok miktarda vefiatı intaç ettiği görülen sair muzır amillerle mücadele.

5 - Tababet ve şubeleri sanatlarının icrasına nezaret.

6 - İlaçları ve bütün zehirli müessir ve uyuşturucu maddelerle yalnız hayvanlar için serumlar ve aşıları murakabe hariç olmak üzere her nevi serum ve aşıları murakabe .

7 - Çocukluk ve gençlik hıfzıssıhhasına ait işlerle çocuk sıhhat ve bünye sinin muhafaza ve tekamülüne ait tesisatın murakabesi.

8 - Mektep hıfzıssıhhası.

9 - Mesai ve san'at hıfzıssıhhası işleri.

10 - Maden suları ile sair havassı şifaiyesi olan sulara nezaret.

11 - Hıfzıssıhha müesseseleri ve bakteriyoloji laboratuvarları ve alelümum hayati muayene ve tahlillere mahsus müesseseler küşat ve idaresi.

12 - Mesleki tedrisat müesseseleri küşat ve idare veya mümasili müessesatı murakabe ve bunlara müsaade itası.

13 - Mecnunlarla sair ruhi hastalıklara mahsus tedaviehaneler veya malül veya herhangi bir noksanii hilkate malik olanları kabul edecek yurt veya müesseseler tesis ve idare.

14 - Muhacrin sıhhat işleri.

15 - Hapisanelerin ahvali sıhhiyesine nezaret.

16 - Tıbbi istatistiklerin tanzimi.

17 - Sıhhi neşriyat ve propagandalar.

18 - Vesaiti münakale umuru sıhhiyesinin nezaret”

2.1.3.2. Hususi hastaneler kanunu

Diğer bir kanun olan 2219 sayılı Hususi Hastaneler Kanunu da sağlık hakkı açısından önemlidir. Bu kanun, 5 Haziran 1933 tarihli Resmi Gazete’de yayımlanmıştır. Kanunun 1. maddesi hükmü şu şekildedir: “Devletin resmi hastanelerinden ve hususi idarelerle belediye hastanelerinden başka yatırılarak hasta tedavi etmek veya yeni hastalık geçirmişlerin zayıfları yeniden eski kuvvetlerini

buluncaya kadar sıhhi şartlar içerisinde beslenmek ve doğum yardımlarında bulunmak için açılan ve açılacak olan sağlık yurtları “hususî hastanelerden sayılır. Bunların açılma, kullanma, kapanma şartları bu kanun hükümlerine bağlıdır.” (Hususi Hastaneler Kanunu, 1933). Bu kanunda ifade edilen hususî hastaneler; Resmi Devlet Hastaneleri, Hususî İdare Hastaneleri ve Belediye Hastaneleri dışında, yatış yapılarak hasta tedavi edilen yerlerdir.

2.1.3.3. 224 sayılı sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hakkında kanun

224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun ayrı bir öneme sahiptir. Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 12 Ocak 1961 tarihinde yayımlanmıştır. 27 Mayıs 1960 darbesi sonucunda Milli Birlik Komitesinin ülkeyi yönetmeye başladığı bir dönemde çıkartılmıştır. Bu dönemde sağlık alanında sağlık sorunlarının tümünü içeren ve sağlık harcamalarının tamamının genel bütçeden karşılandığı bir proje hazırlanması istenmiştir. Dr. Nusret Şimşek’in hazırladığı sağlık planına bağlı kalınarak 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Yasası çıkarılmıştır. Bu yasa tam anlamıyla uygulamaya dökülemediği için başarısız görünse de günümüzde bile benimsenen, örnek alınan bir yasa olduğundan dolayı çok kıymetlidir. Bu yasa ile sağlık hakkı, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’ne dayandırılmıştır. İlk maddesinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirileceği ifade edilmiştir. Böylece sağlık hakkının sosyal adalete uygun bir şekilde yerine getirilmesinin sağlanacağı belirtilmiştir. Bu yasa günümüzde de değerini korumaktadır¹³⁹.

224 sayılı bu yasanın 2. maddesinde sağlıkla ilgili önemli tanımlamalar yapılmıştır. Buna göre; “Sağlık, yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp beden, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik halidir.” (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961). Bu kanunun 3. maddesinde sağlık hizmetlerinin sosyalleştirildiği bölge ya da kurumlarda çalışan kamu sektörü sağlık personelinin serbest meslek icra etmeleri yasaklanmıştır. Ayrıca 23. maddesinde sağlık kurullarının kurulması ile ilgili ibareler yer almaktadır. Bu kurullar sayesinde, halk ile sosyalleştirilmiş sağlık hizmetleri örgütü arasında iletişim kanalları meydana getirilmiştir. Bu hususta halkın eğitimi öncelikli hale gelmiştir. 26. maddede; ücret tarifeleri hakkında bir düzenleme söz konusudur¹⁴⁰. 224 sayılı bu yasanın temel ilkesi

¹³⁹ Yıldırım, 1994, 42

¹⁴⁰ Dirican, 1994, 25

halka hizmettir. Toplumun sağığı ön plana çıkarılmıştır. Yasada yapılan sağık tanımından da anlaşılacağı üzere; sağık kavramından sadece hastalığın olmaması değil, bedensel, ruhsal, toplumsal yönden tam iyilik halinin olması hedeflenmiştir. Tabi bunun için koruyucu, geliştirici, tedavi edici ve rehabilitasyon hizmetleri önem arz eder. Sağık hizmetlerinin sunumunda, sağık ocağı gibi kuruluşlar kullanılmıştır. Ayrıca sağık hizmeti birimlerinin kurulmasında nüfus faktörü önemli olmuştur¹⁴¹. 224 sayılı Yasa, ülke nüfusunun büyük çoğunluğunun köylerde oturduğu, bulaşıcı hastalıkların kol gezdiği, Türkiye'deki toplam hekim sayısının 9826, toplam eczane sayısının 1205 olduğu zamanda çıkarılmış olması bakımından çok önemlidir¹⁴².

2.1.3.4. Tababet ve şuaabatı san'atlarının tarzı icrasına dair kanun

Her insan sağıklı bir hayat sürdürme hakkına doğuştan sahiptir. Herhangi bir nedenle sağık şartları bozulmuş olan bir insanın kendisini iyileştirecek yöntem ve tedavilerin uygulanmasını isteme hakkı o kişiye haiz bir şeydir. Bireyler teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri konusunda kendilerine tıbbi müdahale uygulanabilmesi için rıza göstermek zorundadırlar. Fakat tıbbi müdahalenin hukuka uygun olabilmesi için salt rıza beyanı yeterli değildir. Bu rızanın hukuksal alanda bir anlam ifade edebilmesi için uygulanacak tıbbi müdahalenin ayrıntılarıyla hastaya aktarılmış olması ve aydınlatılmış onam dediğimiz rızanın alınması gerekir. Türk mevzuatında rıza açıklamasının hangi usullerle yapılacağına dair birtakım düzenlemeler söz konusudur. Bunlar içerisinde 11 Nisan 1928 tarihli ve 1219 sayılı Tababet ve Şuaabatı San'atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun da var. Bu kanunun 70. maddesine göre, “Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatini alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir) Hilafında hareket edenlere ikiyüzelli Türk Lirası idarî para cezası verilir. Bu Kanunda yazılı olan idarî para cezaları mahallî mülkî amir tarafından verilir.”¹⁴³

¹⁴¹ Aksakoğlu, 1994, 38

¹⁴² Fidaner, 1994, 30

¹⁴³ Özgenç, 2011, 17

2.1.3.5. Sağlık hizmetleri temel kanunu

3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, sağlık hizmetleri ile ilgili temel esasları düzenlemiştir. 15 Mayıs 1987 tarihinde Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Kanunun ilk maddesinde kanunun amacı zikredilmiştir. “Bu kanunun amacı; sağlık hizmetleriyle ilgili temel esasları düzenlemektir.” şeklinde ifade edilmiştir. Yasa kapsamına Milli Savunma Bakanlığı dışındaki, tüm kamu ve özel kurum ve kuruluşları ile özel kişiler dâhildir. Ayrıca sağlık hizmetlerine ilişkin temel esaslar belirlenmiştir. Bu esaslar şu şekildedir:

- “Sağlık kurum ve kuruluşları yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunacak şekilde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca, diğer ilgili bakanlıkların da görüşü alınarak planlanır, koordine edilir, mali yönden desteklenir ve geliştirilir.
- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmek suretiyle kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesinde kaynak israfı ve atıl kapasiteye yol açılmaksızın gerektiğinde hizmet satın alınarak kaliteli hizmet arzı ve verimliliği esas alınır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ilgili Bakanlığın muvafakatini alarak, kamu ve özel bütün sağlık kurum ve kuruluşlarına koruyucu sağlık hizmeti görevi verir ve bu kurum ve kuruluşların bütün sağlık hizmetlerini denetler.
- Bütün sağlık kurum ve kuruluşları ile sağlık personelinin ülke sathında dengeli dağılımı ve yaygınlaştırılması esastır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının kurulması ve işletilmesi bu esas içerisinde Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca düzenlenir. Bu düzenleme ilgili Bakanlığın görüşü alınarak yapılır. Gerek görüldüğünde özel sağlık kuruluşlarının her türlü ücret tarifeleri sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca onaylanır. Kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık kuruluşları veya sağlık işletmelerinde verilen her türlü hizmetin fiyatları Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca tespit ve ilan edilir.
- Tesis edilecek eğitim, denetim, değerlendirme ve oto kontrol sistemi ile sağlık kuruluşlarının tespit edilen standart ve esaslar içinde hizmet vermesi sağlanır.
- Herkesin sağlık durumunun takip edilebilmesi ve sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hızlı şekilde yürütülmesi maksadıyla, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarınca gerekli kayıt ve bildirim sistemi kurulur. Bu sistem, e- Devlet

uygulamalarına uygun olarak elektronik ortamda da oluşturulabilir. Bu amaçla, Sağlık Bakanlığınca, bağlı kuruluşları da kapsayacak şekilde ülke çapında bilişim sistemi kurulabilir.

- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı; sağlık ve yardımcı sağlık personelinin yurt düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak üzere istihdam planlaması yapar, ülke ihtiyacına uygun nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesi amacıyla hizmet önce ya da kamu kuruluşlarında mesleklerini icra eden sağlık ve yardımcı sağlık personeline hizmet içi eğitim yaptırır. Bunu sağlamak amacıyla üniversitelerin, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları ile kamu kurum ve kuruluşlarının imkânlarından da yararlanır. Hizmet içi eğitim programını ne şekilde ve hangi sürelerle yapılacağı Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca çıkartılacak yönetmelikte tespit edilir.

- Sağlık hizmetlerinin yurt çapında istenilen seviyeye ulaştırılması amacıyla; bakanlıklar seviyesinden en uçtaki hizmet birimine kadar kamu ve özel sağlık kuruluşları ile kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları arasında koordinasyon ve işbirliği yapılır. Sağlık kurum ve kuruluşları coğrafik ve fonksiyonel hizmet alanları, verecekleri hizmetler, yönetim, hizmet ilişki ve bağlantıları gibi konularda tespit edilen esaslara uymak ve verilen görevleri yapmakla yükümlüdürler. Çağdaş tıbbi bilgi ve teknolojinin ülkeye getirilmesi ve teşviki sağlanır.

- Vatandaşların hastalıklardan korunma, sağlıklı çevre, beslenme, ana çocuk sağlığı ve aile planlaması ve benzeri konularda eğitilmeleri ve takipleri bütün kamu kuruluşlarının sorumluluğu, kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları, özel ve gönüllü kuruluşların işbirliği içerisinde gerçekleştirilir.

- Koruyucu, teşhis, tedavi ve rehabilite edici hizmetlerde kullanılan ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddelerin üretiminin ve kalitesinin teşvik ve temini esas olup, her türlü müstahzar, terkip, madde, malzeme, farmakope mamülleri, kozmetikler ve bunların üretiminde kullanılan ham ve yardımcı maddelerin ithal, ihraç, üretim, dağıtım ve tüketiminin, amaç dışı kullanılmak suretiyle fizik ve psişik bağımlılık yapan veya yapma ihtimali bulunan madde, ilaç, aşı, serum ve benzeri biyolojik maddeler ile diğer terkiplerin kontroluna, murakabesine ve bunların yurt içinde ve yurt dışında ücret karşılığı kalite kontrollerini yaptırmaya, özel mevzuata göre ruhsatlandırma, izin ve fiyat verme işlerini yürütmeye Sağlık ve Sosyal Yardım

Bakanlığı yetkilidir. Özel mevzuatına göre izin veya ruhsat alınmamış ilaç ve terkiplerin üretimi, ithali, satışı ile ruhsat veya izin alınmış dahi olsa ilaç ve terkiplerin bilimsel araştırma amacıyla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ve ilgili kişinin rızası olmadan insan üzerinde kullanımı yasaktır.

- Engelli çocuk doğumlarının önlenmesi için, gebelik öncesi ve gebelik döneminde tıbbi ve eğitsel çalışmalar yapılır. Yeni doğan bebeklerin metabolizma hastalıkları için gerekli olan testlerden geçirilerek risk taşıyanların belirlenmesine ilişkin tedbirler alınır.

- Rehabilit edici tıbbi hizmetlerde kullanılan yardımcı araç ve gereçleri üretmek amacıyla, kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek ve tüzel kişiler tarafından kurulacak kuruluşların açılış iznini vermeye Sağlık Bakanlığı yetkilidir. Bu kurum ve kuruluşların açılış izninin verilmesine, üretim ve personel standardına, işleyiş ve denetimi ile daha önce açılmış olan kurum ve kuruluşların durumlarına ilişkin esaslar Sağlık Bakanlığınca çıkarılacak yönetmelikle düzenlenir.” (Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, 1961).

2.1.3.6. Aile hekimliği kanunu

Bu kanun 2004 yılında çıkarılmıştır. Aile Hekimliği Kanunu’nun 1. maddesi şöyledir: “Bu Kanunun amacı; Sağlık Bakanlığının belirleyeceği illerde, birinci basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, birey ihtiyaçları doğrultusunda koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi, kişisel sağlık kayıtlarının tutulması ve bu hizmetlere eşit erişimin sağlanması amacıyla aile hekimliği hizmetlerinin yürütülebilmesini teminen görevlendirilecek veya çalıştırılacak sağlık personelinin statüsü ve malî hakları ile hizmetin esaslarını düzenlemektir.” Buna göre; Sağlık Bakanlığı’nın belirleyeceği illerde 1. basamak sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmesi gibi hususlara yer verilmiştir¹⁴⁴.

2.1.4. KHK’larda Sağlık Hakkı

Mevzuat incelendiğinde kanun hükmünde kararnameler arasında yer alan “Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (KHK no 663)” sağlık hakkıyla ilgili düzenlemelere yer vermiştir. Bu Kanun Hükmünde Kararnamenin amaç maddesi şu şekildedir: “Bu

¹⁴⁴ Güzel vd., 2009, 53

Kanun Hükmünde Kararnamenin amacı; Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarının teşkilat, görev, yetki ve sorumluluklarını düzenlemektir.” Ayrıca 2. maddesinde “Bakanlığın görevinin; herkesin bedenî, zihnî ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hâli içinde hayatını sürdürmesini sağlamak olduğu ifade edilmiştir. Bu kapsamda Bakanlık; halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi, hastalık risklerinin azaltılması ve önlenmesi; teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin yürütülmesi; uluslararası önemi haiz halk sağlığı risklerinin ülkeye girmesinin önlenmesi; sağlık eğitimi ve araştırma faaliyetlerinin geliştirilmesi; sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaçlar, özel ürünler, ulusal ve uluslararası kontrole tâbi maddeler, ilaç üretiminde kullanılan etken ve yardımcı maddeler, kozmetikler ve tıbbî cihazların güvenli ve kaliteli bir şekilde piyasada bulunması, halka ulaştırılması ve fiyatlarının belirlenmesi; insan gücünde ve maddî kaynaklarda tasarruf sağlamak ve verimi artırmak, sağlık insan gücünün ülke sathında dengeli dağılımını sağlamak ve bütün paydaşlar arasında işbirliğini gerçek-leştirmek suretiyle yurt sathında eşit, kaliteli ve verimli hizmet sunumunun sağlanması; kamu ve özel hukuk tüzel kişileri ile gerçek kişiler tarafından açılacak sağlık kuruluşlarının ülke sathında planlanması ve yaygınlaştırılması ile ilgili olarak sağlık sistemini yönetir ve politikaları belirler.”

663 sayılı Sağlık Bakanlığının Kuruluş ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamede bazı değişiklikler yapılmıştır (Resmi Gazete, 2017). 02 Kasım 2011 tarihinde koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti vermek üzere “bağlı kuruluş” olarak kurulmuş olan Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Kamu Hastaneleri Kurumu kaldırılmıştır. Bu kurumlar eskisi gibi genel müdürlük olarak dizayn edilmiştir. Ayrıca kurumlarda görevli olup kadroları iptal edilmiş üst düzey yöneticilerin (il/ilçe sağlık müdürleri dahil) görevleri sona erdirilmiştir. Diğer çalışanlar, kadro unvanlarına uygun kadrolara atanmış sayılmaktadır. Taşrada sağlık hizmetleri il ve ilçe sağlık müdürlükleri tarafından sunulacaktır. İldeki sağlık hizmetlerinden il sağlık müdürleri sorumludur. İl ve ilçe sağlık müdürlükleri bu amaçla Başkanlık-Başkan Yardımcılığı biçiminde yeniden yapılandırılmıştır. Taşradaki il ve ilçe sağlık müdürlüğü, başkan-başkan yardımcılığı, başhekimlik vb. görevler sözleşmeli çalışanlarca yürütülecektir. İl içinde personelin ataması sağlık müdürünce yapılacaktır. Hastaneler, baştabipler tarafından yönetilecektir. Sağlık Bakanlığı tarafından yurt dışında sağlık hizmeti sunmak amacıyla sağlık birimleri kurulabilecektir.

2.1.5. Tüzüklerde Sağlık Hakkı

Mevzuat araştırması tüzükler için yapıldığında karşımıza “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü” çıkmaktadır. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü’nün 4. maddesi, hekimin meslek ve sanatın yürütümü nedeniyle öğrendiği sırları, yasal zorunluk olmadıkça açıklayamayacağını kurala bağlamaktadır. Aynı maddede, bilimsel bir etkinlik söz konusu olsa bile, özellikle hastanın kimliğinin açıklanamayacağı kesin olarak vurgulanmaktadır. Yine Tüzüğün 44. maddesi, hekimlerin bu Tüzük kurallarına aykırı davranışları durumunda Türk Tabipler Birliği tarafından haklarında disiplin hükümleri uygulanacağını öngörmektedir (Resmi Gazete, 1960).

2.1.6. Yönetmeliklerde Sağlık Hakkı

2.1.6.1. Acil sağlık hizmetleri yönetmeliği

Yönetmeliğin bir ve ikinci maddesinde; “Bu Yönetmeliğin amacı; acil sağlık hizmetlerinin yurt sathında eşit, ulaşılabilir, kaliteli, süratli ve verimli olarak yürütülmesini sağlamak maksadıyla, sağlık hizmeti sunan ve sağlık hizmeti ile ilgili olan bütün kurum ve kuruluşların uymakla mükellef oldukları esaslar ile bu kuruluşlar arasında koordinasyon temin edilmesine ve Bakanlık tarafından yürütülecek olan acil sağlık hizmetlerinin sevk ve idaresine dair usul ve esasları belirlemektir. Bu Yönetmelik, Millî Savunma Bakanlığı hariç olmak üzere acil sağlık hizmeti sunan ve bu hizmetin sunulması ile ilgili olan bütün kamu kurum ve kuruluşlarını, özel hukuk tüzel kişilerini ve gerçek kişileri ve bunlar tarafından kurulan sağlık kurum ve kuruluşlarını ve bunların hizmetle ilgili olan bütün faaliyetlerini kapsar.” ifadesi yer almaktadır. Sağlık hakkı bağlamında acil sağlık hizmetlerinin nasıl ve ne şekilde verileceği bu yönetmelik ile düzenlenmiştir.

2.1.6.2. Hasta hakları yönetmeliği

Yönetmeliğin amaç maddesi şu şekildedir: “Bu Yönetmelik; temel insan haklarının sağlık hizmetleri sahasındaki yansıması olan ve başta Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda, diğer mevzuatta ve milletlerarası hukuki metinlerde kabul edilen hasta haklarını somut olarak göstermek ve sağlık hizmeti verilen bütün kurum ve kuruluşlarda ve sağlık kurum ve kuruluşları dışında sağlık hizmeti verilen hallerde, insan haysiyetine yakışır şekilde herkesin hasta haklarından faydalanabilmesine, hak ihlallerinden korunabilmesine ve gerektiğinde hukuki korunma yollarını fiilen kullanabilmesine dair usul ve esasları düzenlemek amacı ile hazırlanmıştır.” Ayrıca

yönetmeliğin “Sağlık Hizmetlerinden Faydalanma Hakkı” başlıklı 2. bölümünde hastaların, sağlık hizmetlerinden yararlanırken sahip oldukları haklar tek tek sayılmıştır. Bu haklar;

- Sağlık hizmetlerinden adalet ve hakkaniyete uygun olarak faydalanma hakkı,
- Bilgi isteme hakkı,
- Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı,
- Personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkı,
- Öncelik sırasının belirlenmesini isteme hakkı,
- Tıbbi gerekçelere uygun teşhis, tedavi ve bakım hakkı,
- Tıbbi gereklilikler dışında müdahale yasağı,
- Ötenazi yasağı,
- Tıbbi özen gösterilmesi hakkıdır.

2.1.7. Sağlık Hakkına Değinen Diğer Metinler

Sağlık hakkı ile ilgili düzenlemeler kalkınma planlarında da yer almıştır. Kalkınma planlarına göz atacak olursak; Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1963 ile 1967 yılları arasındaki dönemi kapsamaktadır. Bu dönemde sağlık, kamu hizmetleri arasında ele alınmıştır. Koruyucu hekimliğe önem verilmiştir. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı, sağlık hizmetlerini tek elden yürütme amacı gütmüştür. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planında ise 1968 ile 1972 yılları arası için planlama yapılmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerini önemseyen sosyalleştirme programı benimsenmiştir. Sağlık, kamu hizmeti başlığı altında ayrı bir yerde ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerinin dengeli dağılımı ve sağlık hizmetlerinin tek elden yürütülmesi hedeflenmiştir¹⁴⁵.

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında (1973-1977) hizmetin bütünleştirilmesi ana hedeftir. Genel sağlık sigortası için gerekli düzenlemelerin yapılması ilk kez öngörülmüştür. Sağlık ocaklarının, ülke nüfusunun üçte ikisini kapsaması öngörülmüştür. Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planında (1979- 1983) ise sağlıkla ilgili ilke ve politikalarla, sağlık hizmetlerinde eşitlik, etkililik ve süreklilik

¹⁴⁵ Okur, 2010, 34

baz alınarak toplumun genel sağlık düzeyinin yükseltilmesi amaçlanmıştır. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1985-1989) sağlık hizmetlerine kolay erişilebilir hale getirilip, hizmetin büyük kentlerde yoğunlaşmasının önlenmesi amaçlanmıştır. Sağlık zinciri uygulaması öngörülmüştür. Özel sağlık kurumlarına yönelim için gerekli düzenlemeler yapılmıştır¹⁴⁶.

Bir başka kalkınma planı olan Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planında (1990-1994) bebek ölüm oranının binde ellinin altına düşürülmesi hedeflenmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilmiş, rehabilitasyon hizmetlerinin gelişmesi için gerekli adımların atılması gerektiği ifade edilmiştir. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (1996-2000) sağlık alanında süreklilik ve kalite sağlanarak tüketici memnuniyetinin sağlanması hedeflenmiştir. Kaynakların doğru ve yeterli kullanılmasının önemsenmesi gerektiği ifade edilmiştir. Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planında (2001-2005), sigorta kurumları arasında norm ve standart birliği sağlanacağı, genel sağlık sigortasına geçileceği, bunun için gerekli yasal düzenlemelerin yapılacağı belirtilmiştir. Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun bu dönemde çıkarılmıştır¹⁴⁷. Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında (2007-2013) sosyal güvenlik sisteminin toplumun ihtiyaçlarını karşılayabilen, kaliteli hizmet sunan bir yapıya kavuşturulması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca yeni sosyal sigorta sistemi ile çalışan nüfusun tamamının kapsama alınacağı belirtilmiş ve kayıt dışı istihdamın önleneyeceği ifade edilmiştir. Hastanelerin idari ve mali özerkliğe kavuşturulması hedeflenmiştir. Hastanelerin rekabete açık, özerk işletmeler haline gelmesi için gerekli mevzuat çalışmalarının yapılması gerektiği vurgulanmıştır¹⁴⁸.

Tüm bu düzenlemeler sağlık mevzuatına katkı anlamında önemli birer kaynaktır. Sağlık hakkının gelişimi ve devlet tarafından güvence altına alınması bu hakkın yazılı kurallara eklenmesi ile gerçekleşecektir. Uluslararası gelişmeler ve bu gelişmeler sonucunda kabul edilen normlar ulusal mevzuatın da ilerleme katetmesini sağlayacaktır. Bireylerin sağlık hakkının teminat altına alınması ve korunması mevzuattaki düzenlemeler sayesinde gerçekleşecektir.

¹⁴⁶ Okur, 2010, 34

¹⁴⁷ Güzel vd., 2009, 53

¹⁴⁸ Güzel vd., 2009, 54.

2.2. Sağlık Hakkının İdareye Getirdiği Yükümlülükler

Yukarıda arz ve izah edildiği üzere Türkiye’de başta 82 Anayasası olmak üzere birçok kanuni düzenlemelerde sağlık hakkı ile ilgili hükümler bulunmaktadır. Tüm bu hükümlerin konuluş amacı sağlık hakkının gereklerini yerine getirmektir. Bu itibarla sağlık hakkının gerekleri çerçevesinde idarenin sorumluluklarının neler olduğundan bahsetmekte yarar vardır. İnsan haklarından birisi ile idare arasındaki ilişkinin çeşitli boyutları vardır. Bunlardan birincisi idarenin söz konusu insan hakkına saygı göstermesi, ikincisi ise hakkı koruma altına alması, üçüncüsü ise hakkın gerçekleştirilmesini sağlamak başka bir ifadeyle hakkın gereklerini yerine getirmektedir¹⁴⁹.

Sağlık hakkının idareye getirdiği yükümlülüklerden ilki söz konusu hakkın idare tarafından ihlal edilmemesidir. Bir temel hak olarak sağlık hakkı veya sağlık hakkının temel haklar anlamında yansımaları şeklinde de ifade edebileceğimiz durum kendisini çeşitli görünümelerde gösterir¹⁵⁰. Kolluk faaliyetleri çerçevesinde kamu görevlilerinin gereksiz veya ölçülülük ilkesi çerçevesinde sınırı aşan cebir ve şiddet eylemlerinin önlenmesi, cezaevi ve karakollarda işkence ve vücut dokunulmazlığı hakkının veya özel hayatın gizliliği hakkının gereklerinin yerine getirilmesinin sağlanması, her tür şiddet eylemlerinin önlenmesi sağlık hakkının bir temel hak olarak görünümlerine örnek teşkil eder. İdare ayrıca 82 Anayasası’nda da bulunan kanun önünde eşitlik ilkesi çerçevesinde vatandaşların eşit sağlık hizmeti almalarını engelleyecek politika ve uygulamalardan kaçınması, hukuka ve ahlak düzenine uygun şekilde tıp sahasında gerçekleştirilen akademik çalışmalara sansür uygulamaması gerekmektedir¹⁵¹.

Devlet sağlık hakkının gereklerini yerine getirmekle mükelleftir. Bunu yerine getirirken Anayasa’nın altmış beşinci maddesi¹⁵² hükmü göz ardı edilmeyecektir. Ancak temel hak ve hürriyetler anlamında sağlamayı taahhüt etmiş bulunduğu yaşam hakkı ile sağlık hakkı arasındaki ilişki burada idarenin sağlık hakkı çerçevesindeki

¹⁴⁹ Nygren-Krug Helena, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights. 2002, s. 9; Bayram Metin, (2017) Sağlık Hakkı: Sağlık Akademisyenleri Dergisi. Ankara, s. 47.

¹⁵⁰ Metin, 2017, 47.

¹⁵¹ ZENGİN, Sağlık Hakkı ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, s. 47-48; “Özellikle mahkûmlar, engelliler, azınlıklar ve mültecilerin eşit sağlık hizmeti almaları gerekmektedir”, bkz. (Nygren-Krug Helena, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights, s. 13).

¹⁵² T.C. Anayasası 65. Maddesi: “Devlet, sosyal ve ekonomik alanlarda Anayasa ile belirlenen görevlerini, bu görevlerin amaçlarına uygun öncelikleri gözeterek malî kaynaklarının yeterliliği ölçüsünde yerine getirir.”

yükümlülüğünü zorlayıcı bir faktör olarak da karşımıza çıkmaktadır. İdare ayrıca sağlık hakkının gereklerini yerine getirmek amacıyla sağlıklı yaşamı özendirmeli, sağlığı bozucu insan davranışlarında bulunulmasını teşvik edici politikalardan kaçınmalıdır¹⁵³.

Ülke halklarının genel sağlık durumları, yaşanan coğrafi bölge, yaşam standardı, ekonomik ve sosyal koşullarına göre farklılık göstermektedir. Ülkenin içerisinde bulunduğu durum ve koşullar ne kadar zor olursa olsun sağlık hakkının asgari gereklerinin yerine getirilmemesine bahane teşkil edemez. Söz konusu temel yükümlülükler mümkün olan en kısa sürede yerine getirilmek durumundadır¹⁵⁴.

Günümüzde devletin sağlık hizmetleri anlamında birtakım temel yükümlülükleri vardır. Bunlar:

- 1- Toplumun genel sağlığını tehdit eden belli başlı enfeksiyon hastalıklarıyla mücadele etmek ve bağışıklamada bulunmak,
- 2- Salgın ve bulaşıcı hastalıkları önlemek bunlarla ilgili gerekli tedbirleri almak
- 3- Gerekli ilaçları sağlamak
- 4- Anne ve çocuk sağlığı hizmetle
- 5-Sağlık ekipman ve tesislerinin hakkaniyetli dağılımının sağlanması
- 6- Yeterli düzeyde temiz ve sağlıklı gıdaya ulaşılması için gerekli tedbirleri almak
- 7-Temiz ve sağlıklı su ihtiyacının giderilmesi, temiz ve sağlıklı çevre ve barınma ihtiyacının sağlanması
- 8- Topluma gereken sağlık eğitiminin ve bilgilendirmelerin yapılması vb.

En önemlilerini kısaca bu maddeler oluşturmakla birlikte sağlık hakkının tam olarak gerçekleştirilmesi için birçok şartın daha sağlanması gerekmektedir. Örneğin işyerinde angaryanın veya mobbingin önlenmesi, işkence ve kötü muamelenin önlenmesi vb. sayılamayacak kadar çok şartın yerine getirilmesi gerekmektedir. İnsan hakları zaten

¹⁵³ Örneğin ülkemizde salgın hastalıkların bulaşmasını önlemek üzere medya vasıtasıyla birçok kamu spotu gösterilmektedir. Sigara kullanımı veya ihtiyaçtan çok daha fazla gıda tüketilmesi ile oluşan obezite gibi toplumda sıkça bulunan insan sağlığına zararlı davranışların önlenmesi adına birçok program yürütülmektedir. Bkz. Türkiye Obezite (Şişmanlık İle Mücadele ve Kontrol Programı (2010-2014), Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010.

¹⁵⁴ ZENGİN, Nazmi, "Sağlık Hakkı" ve Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi, Ankara, 2010, c. 1, S.1, s. 48.

bir bütünün parçaları tabiri caizse zincir gibi birbirlerine bağlıdırlar. Buna insan haklarının bölünmezlik niteliği denir¹⁵⁵.



¹⁵⁵ Sağlık hakkının diğer insan hakları ile ilişkisini gösterir şema için bkz. Nygren-Krug Helena, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights, 2002, s. 10.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık hakkı öncelikle bir insan hakkıdır ve diğer insan haklarıyla bütüncül bir ilişki içerisinde. Yaşam hakkı ve vücut dokunulmazlığı hakkı ile sağlık hakkı arasında çok yakın bir ilişki vardır. Sağlık olmaksızın doğal olarak diğer tüm haklar bir şekilde anlamını kaybedecektir. Örneğin sağlığı bozulan bir birey için eğitim, kültür veya ulaşım vb. haklar da gerektiği kadar kullanılamayacaktır. Bu anlamda insan hakları bir zincirin halkaları gibi birbirine bağlı durumdadır ve nasıl ki bu halkalardan birisi olmadığı zaman zincir özelliğini kaybeder, insan hakları açısından da durum böyledir. Bu anlamda sağlık hakkı her ne kadar sosyal ve ekonomik haklar arasında yer alsa da sağlık hakkının gerekleri yerine getirilmeksizin temel hak ve hürriyetler de anlamını kaybedecektir.

Sağlık hakkı bir yönüyle uygun tedaviye ulaşma hakkını diğer yönüyle ise var olan sağlığın korunmasını ifade etmektedir. Sağlık hakkı konu yönünden sosyal haklar içerisinde tarihsel gelişimi açısından ise “ikinci kuşak haklar” içerisinde yer almaktadır. 82 Anayasası’nda ise “sosyal ve ekonomik haklar” arasında düzenlenmiştir. Bu anlamda sağlık hakkı gerek mevzuatta gerekse doktrinde “pozitif statü hakları” arasında ve karakterinde değerlendirilmiştir. Hakkın kapsamı ve ağırlık merkezi anlamında yapılan bu belirleme bir bakıma isabetli olmakla birlikte, hakkın gerekleri içerisinde devletin negatif statüleri de söz konusu olduğundan hakkın bütününe ifade etmemektedir. Örneğin işkence ve kötü muamele temel haklar arasında yer almaktadır fakat işkence veya kötü muamele doğrudan sağlık hakkını ihlal niteliğindedir. Kadına, çocuğa veya genel olarak şiddet eylemlerinin engellenmesi aynı zamanda sağlık hakkı ile ilgilidir. Yine özel hayatın gizliliğinin ihlal edilmesiyle mağdurun sağlık hakkı yakından ilişki içerisinde.

Sağlık hakkının gereği olarak idarenin birçok yükümlülüğü bulunmaktadır. Bozulan sağlığın yeniden tesisi için uygun tedaviye eşitlik ilkesi gereği tüm halkın ulaşabilmesi gerekmektedir. Ancak bazı tedaviler son derece masraflı ve zor süreçleri

ifade etmektedir. Birtakım rahatsızlıkların tedavisi sadece Amerika veya Almanya gibi tıp bilgi ve teknolojisi alanında son gelişmelerin yaşandığı ülkelerde olmaktadır. Sağlık hakkı bu sebeplerle Türkiye’de sosyal ve ekonomik haklar içerisinde yer almaktadır. Anayasanın 65. Maddesi gereği devlet kendi gücü oranında sağlık hakkının gereklerini yerine getirecektir. Sağlık hakkının bir diğer görünümü sağlıklı kalma hakkıdır.

Sağlık hakkının bir diğer görünümü sağlıklı kalma hakkıdır. Kişinin var olan sağlığının bozulmaması için gerekli birtakım şartların mevcut olması gerekmektedir. Temiz Gıda, Temiz Çevre, Depreme veya doğal afetlere dayanıklı yaşanabilir konutlar, Mobbinge maruz kalmama vb. birçok gereklilik de sağlık hakkının kapsamına girmektedir. Bu hakların sağlanması aynı zamanda sağlık hakkının gereğidir. Bu sebeple sağlık hakkı, aynı zamanda Anayasa ve Uluslararası Sözleşmelerle teminat altına alınmış birçok insan hakkının tamamlayıcısı konumundadır.

Kişi ve halk sağlığı özel sektörün insafına terk edilemeyecek kadar önem arz eder. Devleti oluşturan üç unsurdan birisi olan Halk’ın sağlıklı olması aynı zamanda devletin de gücü ve caydırıcılık kuvvetiyle yakından ilgilidir. Bu anlamda idare özel sektörden ayrı olarak bir sağlık yapılanması ve teşkilatına sahip olmalıdır. Sağlık alanında özellikle hastaneler özelinde özel teşebbüsler teşvik edilmeli, ancak halk sağlığı özel hastahane lobilerinin insafına bırakılmamalıdır.

KAYNAKLAR

- Akıllıoğlu, T. (2012). *İnsan hakları-kavram, kaynaklar ve koruma sistemleri*. Ankara: İmaj Yayınevi, 34-46.
- Aksakoğlu, G. (1994). Denenmeyen model: Sosyalleştirme. *Toplum ve Hekim*, 37-39.
- Algan, B. (2007). *Ekonomik, sosyal ve kültürel hakların korunması*. Ankara: Seçkin Yayıncılık, 53-59.
- Alptekin, K. (2004). Sağlık hakkı ve insan hakları üzerine bir değerlendirme. *Klinik Tıp Etiği Hukuku*, 12, 132.
- Arun, O. (2016). Yapabilirlikler yaklaşımı ve değerli yapabilirliklerin tanımlanması sorunsalı yanlış bilinç mi, yapısal eşitsizlikler mi? *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 12.
- Basu, S. (2011). *Kapsamlı bir halk sağlığı hareketi inşa etmek: HIV/AIDS örgütlenmesinden alınacak dersler*. İstanbul: Yordam Kitap, 76.
- Beauchamp, T. L. (1991). *The right to health care in a capitalistic democracy*. Netherlands: Kluwer Academic Publishers, 22-25.
- Bulut, N. (2009). *Sanayi devriminden küreselleşmeye sosyal haklar*. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık, 30-32.
- Chapman, A. (1998). Conceptualizing the right to health: A violations approach. *Tennessee Law Review*, 65(2), 390.
- Dağlı, F. (1992). *Sosyal devlet anlayışında anayasalarımızda sağlık hakkı*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Daniels, N. (2008). *Just health*. Cambridge, UK: Cambridge University Press, 64-66.
- Dirican, R. (1994). Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ve başarısızlık nedenleri. *Toplum ve Hekim*, 24-26.

- Döner, A. (2003). İnsan Haklarının Korunması ve Avrupa Sistemi. 1. Baskı, Ankara: Seçkin, 2003.
- Dünya Sağlık Örgütü Anayasası (Constitution of the World Health Organization). (1946). İnsan hakları savunucuları.
- Epstein, R. (1997). *Mortal peril: Our inalienable right to health care?* New York: Addison Wesley Publishing Company, 71-73.
- Erdoğan, M. (1993). *İnsan Hakları Öğretisine Giriş*, H.Ü.İ.İ.B.F. Dergisi, c.11.
- Ertan, İ. M. (2012). *Uluslararası boyutlarıyla sağlık hakkı*. İstanbul: Legal Yayınları, 28-32.
- Fabre, C. (2000). *Social rights under the constitution*. Oxford: Oxford University Press, 45-48.
- Fidaner, C. (1994). Otuzüç yıl sonra sosyalleştirme yasası. *Toplum ve Hekim*, 29-31.
- Gemalmaz, H. B. ve Ertan, İ. M. (2015). Sağlık turizmi-insan hakları ilişkisi üzerine başlangıç notları. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 70(4), 1003-1039.
- Gevers, S. (2004). The right to health care. *European Journal of Health Law*, 11, 29.
- Goodman, T. (2005). Is there a right to health? *Journal of Medicine and Philosophy*, 30(6), 647.
- Gözler, K. (2011). *Türk anayasa hukuku dersleri*. Bursa: Ekin Yayınevi, 37.
- Gruskin, S. and Tarantola, D. (2005). Health and human rights. *Routledge*, 12, 28.
- Güzel, A., Okur, A. R. ve Caniklioğlu, N. (2009). *Sosyal güvenlik hukuku*. İstanbul: Beta Yayınları, 52-56.
- Hususi Hastahaneler Kanunu (1933). T.C. Resmi Gazetesi, 2419, 05 Haziran 1933.
- International Organization for Migration. (2020). World Migration Report 2020, 2, 19.
- İoanna, K. (1980). *İnsan Haklarının Felsefi Temelleri*, Ankara,
- Kaboğlu, İ. (1996). *Dayanışma hakları*. Ankara: TODAİE İnsan Hakları Araştırma ve Derleme Merkezi, 25-27.
- Kaboğlu, İ. (2002). *Özgürlükler hukuku*. Ankara: İmge Kitabevi, 48-49.
- Kaboğlu, İ. (2011). *Anayasa hukuku dersleri*. İstanbul: Legal Yayınevi, 60-61.

- Kalabalık, H. (2009). *İnsan Hakları Hukuku*. Ankara: Seçkin Yayıncılık
- Kapani, M. (1993). *Kamu hürriyetleri*. Ankara: Yetkin Yayıncılık, 78.
- Keskinsoy, Ö. (2015). *99 soruda anayasa değişiklikleri*. Ankara: Savaş Yayınevi, 46-47.
- Kirmanoglu, H. (2005). Amartya Sen'in Özgürlük ve Kalkınma Üzerine Düşüncelerine Bir Bakış, İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Araştırma Merkezi Konferansları 47. Seri.
- Kocaoğlu, M. (2015). *John rawls: Adalet teorisi ve temel kavramları*. Ankara: İmaj Yayınları, 32-33.
- Kymlicka, W. (2006). *Çağdaş siyaset felsefesine giriş*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 56-57.
- Leys, C. (2011). *Sağlık ve kapitalizm*. İstanbul: Yordam Kitap, 40.
- Mackenbach, J., Bakker, M., Sihto, M. and Diderichsen, F. (2002). *Strategies to reduce socioeconomic inequalities in health*. London: Routledge, 61.
- Magdalena, C., Banning, T. V., Gudmindsdott, G., Chamoun, C. and Van Genugten, W. (2004). Human rights reference handbook. *University for Peace*, 283.
- Mann, J. (1998). Public health and human rights. *Human Rights*, 25(4), 2-5.
- Metin, B. (2017). Sağlık hakkı. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 4(1), 46-50.
- Mumcu, A. ve Küzeci, E. (2011). *Kamu özgürlükleri*. Ankara: Turhan Kitabevi, 80.
- Nussbaum, M. C. (2018). *Yapabilirlikler yaratmak insani gelişmişlik yaklaşımı*. İstanbul: İletişim Yayınları, 59.
- Nygren-Krug Helena, 25 Questions and Answers on Health and Human Rights. 2002
- Okur, A. R. (2010). *Genel sağlık sigortası. Yeni sosyal güvenlik sistemi değerlendirmeler*. İstanbul: İstanbul Barosu Yayınları, 34.
- Özgenç, İ. (2011). Tıbbi müdahale dolayısıyla ceza sorumluluğu (I). *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*, 17.
- Rawls, J. (2020). *Bir adalet teorisi*. Ankara: Phonenix Yayınevi, 48.
- Rogers, N. (2008). *A history of the world health organization*. New Haven: Yale University Global Health Course, 72.

- Ruger, J. P. (2006). Toward a theory of a right to health: Capability and incompletely the orized agreements. *Yale Journal of Law & Humanities*, 18(273), 282.
- Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun (1961). T.C. Resmi Gazete, 10705, 12 Ocak 1961.
- Sen, A. (2000). *Development as freedom*. New York: Alfred A Knopfi, 43.
- Sencer, M. (1986). *İnsan hakları ana kuruluşları ve belgeler*. Ankara: TODAİ Yayınları, 27.
- Sert, G. (2008). *Tıp etiği ve mahremiyet hakkı*. İstanbul: Babil Yayınları, 37.
- Sever, D. Ç. (2018). *Sağlık hakkının tanımlanması ve mahkemelerce kullanılması*. Ankara: Seçkin Yayınları, 43.
- Shaw, M., Dorling, D. and Smith, G. D. (2009). *Yoksulluk, toplumsal dışlanma ve azınlıklar, sağlığın sosyal belirleyicileri*. İstanbul: İNSEV Yayınları, 83.
- Smith, G. D. (2003). *Health inequalities: Lifecourse approaches*. Bristol: The Policy Press, 36.
- T.C. 1924 Anayasası (1924). Resmi Gazete, 5905, 15 Ocak 1945.
- T.C. 1961 Anayasası (1961). T.C. Resmi Gazete, 10859, 20 Temmuz 1961.
- T.C. Anayasası (1982). T.C. Resmi Gazete, 2709, 09 Kasım 1982.
- Tacir, H. (2011). *Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkı*. İstanbul: On İki Levha Yayıncılık, 51.
- Tanilli, S. (1994). *Yüzyılların gerçeği ve mirası insanlık tarihine giriş- IV XVIII yüzyıl*. İstanbul: Cem Yayınevi, 35.
- Tanör, B. (1978). *Anayasa hukukunda sosyal haklar*. İstanbul: May Yayınları, 38.
- Tanör, B. (1994). *Türkiye'nin insan hakları sorunu*. İstanbul: BDS Yayınları, 42.
- Tanör, B. ve Yüzbaşıoğlu, N. (2006). *1982 Anayasasına Göre Türk Anayasa Hukuku*. İstanbul: Beta Yayınları, 66.
- Tarlov, A. (1996). *Social determinants of health: The sociobiological translation*. London: Routledge, 57.
- Temiz, Ö. (2013). *Türk hukukunda sağlık hakkı ve bir kamu hizmeti olarak sağlık*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Temiz, Ö. (2014). *Türk hukukunda sağlık hakkı ve bir kamu hizmeti olarak sağlık*. Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- TMMOB. (1998). İnsan Hakları.
- Tobin, J. (2013). *The right to health in international law*. Oxford University Press, 47.
- Türkiye Cumhuriyeti Anayasa Tasarısı ve Anayasa Komisyonu Raporu (1961). T.C. Temsilciler Meclisi Anayasa Komisyonu.
- Umumi Hıfzıssıhha Kanunu (1930). T.C. Resmi Gazetesi, 1489, 06 Mayıs 1930.
- Un. (2015). Transforming our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development. UN General Assembly. UN Doc A/RES/70/1.
- Uyar, L. (2006). *Birleşmiş milletler’de insan hakları yorumları: İnsan hakları komitesi ve ekonomik sosyal ve kültürel haklar komitesi, 1981- 2006*. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları, 30.
- Uygur, G. (2013). *Hukukta adaletsizliği görmek*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları, 69.
- Üzeltürk, S. (2012). *Anayasa hukuku açısından sağlık hakkı (ulusal ve uluslararası boyutuyla)*. İstanbul: Legal Yayınları, 47.
- Weale, A. (2008). Between the highest and the attainable? Reflections on the right to health. *Essex Human Rights Review*, 5(1), 2.
- WHO. (2008). Office of the united nations high commissioner for human rights. *The Right to Health, Fact Sheet*, 31, 11-12.
- WHO. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Geneva: Social Determinants of Health Discussion Paper 2.
- Wilkinson, R. (1996). *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*. London & New York: Routledge, 37.
- Wilkinson, R. (2005). *The impact of inequality: How to make sick societies healthier*. New York: The New Press, 27.
- Yamin, A. E. (2005). The right to health under international law and its relevance to the United States. *American Journal of Public Health*, 95(7), 1156.

- Yıldırım, A. (1994). 1961 Anayasasında sosyal devlet ve sağlık hakkı. *Toplum ve Hekim*, 42.
- Yolcu, S. (2018). *Anayasa yargısında sosyal hakların korunması*. Ankara: Seçkin Yayınları, 58.
- Yücel, Ö. (2018). *Sağlık ve tıp hukukuna ilişkin temel kavramlar ve özneler*. Ankara: Seçkin Yayınları, 37-46.



