

# Sağlık Sisteminde Adalet İlkesinin Kısa Tarihçesi: Sistemik İnceleme

## A Brief History of the Principle of Justice in the Health System: Systematic Review

 F. Gülsüm ÖNAL<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, Edirne, Türkiye

Bu çalışma, F. Gülsüm Önal'ın "Sağlık Politikaları Etiği ve Klinik Etik Açısından Tıpta Adalet İlkesi" başlıklı uzmanlık tezi çalışmasının tarihçe bölümünün gözden geçirilip güncellenmiş hâlidir (İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2001).

**ÖZET** Adalet ilkesi, genelde olduğu gibi tıpta da özü itibarıyla haklara ve hakların yorumlanmasına dayanır. Ancak tıpta adalet, tarih boyunca böyle ele alınmamış, hak temelli adalet anlayışı modern çağ ve insan haklarının gelişimiyle koşut gelişmiştir. Bu çalışmada, dünyada ve Türkiye’de, modern tıp öncesi ve sonrasında 2000’li yılların başlangıç yıllarına kadar olan dönemde, adalet ilkesinin ele alınışındaki önemli değişimler temel tarihi köşe taşlarıyla sunulmaya çalışılmıştır. Değer felsefesi açısından, Platon’da “bir fikir”, “bir ideal” olarak görülen adaleti, realiteye dayalı somut bir yaklaşıma kavuşturan ise Aristoteles’tir. Aristoteles, etiğin yanında adaletin toplumsal yanlarına vurgu yaparak “düzenleyici adalet/dağıtıcı adalet” şeklinde formüle etmiş, uzun dönemler boyunca etkili olan bu formülden özellikle ikincisi sosyal adalet fikrine de kaynaklık etmiştir. Sağlık hizmetlerinde ve tıp etiğinde adaletin bu türü, “dağıtıcı adalet” daha kullanışlı bulunmuş ve farklı kuramlar gelişmiştir. Adaletin, geniş ve sınırları zor çizilen bir kavram olması gibi adalet ilkesinin ele alınışında da farklı düzlemler vardır. Dağıtım adaletinin tıpta büyük ölçekli (makro dağıtım), orta ölçekli (mezo dağıtım), küçük ölçekli (mikro dağıtım) olmak üzere farklı düzeyleri bulunur ve tıp etiğinde de “Sağlık Politikaları Etiği”, “Araştırma Etiği” ve “Klinik Etik” bakımından ayrı boyutlarda ele alınır. Tıpta adalet ilkesinin tanımı ise “Biyomedikal etiğin temel ilkelere biri olarak ortaya konmuş bulunan adalet ilkesi bağlamında; temel hak ve ödevlerin, sosyal yararların ve yüklerin paylaşımı sırasında hiç kimseye karşı rastgele ayrımcılık yapılmayacağını belirten ilkedir.” şeklinde yapılabilir. Bu çalışmanın kapsamı, Türkiye sağlık sisteminde, “sağlık politikaları etiği” ve “dağıtıcı adalet” bakımından 2000’li yıllara kadar dönemdeki tarihçe sınırlılığındadır.

**ABSTRACT** The principle of justice, in medicine as well as in general, is essentially based on rights and their interpretation. However, justice in medicine has not been dealt with this way throughout history, and the understanding of rights-based justice has developed in parallel with the modern age and the development of human rights. In this study, important changes in the treatment of the principle of justice in the world and in Türkiye, before and after modern medicine, in the period up to the beginning of the 2000s, have been tried to be presented with basic historical cornerstones. In terms of Value Philosophy, it is Aristotle who brings justice, which is seen as an "idea" and "ideal" in Plato, to a concrete approach based on reality. Aristotle, by emphasizing the social aspects of justice as well as ethics, formulated it as "regulatory justice/distributive justice", and this formula, which was effective for a long time, especially the second one, was the source of the idea of social justice. In health services and medical ethics, this type of justice, "distributive justice" has been found more useful and different theories have developed. Just as justice is a broad and hard-to-draw concept, there are different levels in the treatment of the principle of justice. There are different levels of distributive justice in medicine as large scale (macro distribution), medium scale (meso distribution), small scale (micro distribution), and in medical ethics there are different dimensions in terms of "Health Policy Ethics", "Research Ethics" and "Clinical Ethics" is handled. The definition of the principle of justice in medicine is "in the context of the principle of justice, which has been put forward as one of the basic principles of biomedical ethics; It is the principle stating that no one will be discriminated against randomly during the sharing of fundamental rights and duties, social benefits and burdens". The scope of this study is limited to the history of the Turkish health system until the 2000s in terms of "health policy ethics" and "distributive justice".

**Anahtar Kelimeler:** Tıpta adalet ilkesi; sağlık hizmetleri; hakkaniyet; Türkiye’de sağlık hakkı

**Keywords:** Principle of justice in medicine; health service; equity; right to health in Türkiye

**Correspondence:** F. Gülsüm ÖNAL

Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, Edirne, Türkiye

**E-mail:** fgulsumonal@trakya.edu.tr



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History.

**Received:** 30 Jun 2021

**Received in revised form:** 31 Dec 2021

**Accepted:** 15 Feb 2022

**Available online:** 06 Apr 2022

2146-8982 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

## SAĞLIK SİSTEMİNDE ADALET İLKESİNİN KISA TARİHÇESİ

Tıp ahlakının tarihi ilk çağlardan günümüze kadar hekimlerin meslek ideallerinin ve bunlarla ilgili değer yargılarının tarihidir diyebiliriz.<sup>1</sup> Genel olarak adalet düşüncesinin gelişiminin eşitlik ve haklarla iç içe olması gibi tıpta adalet de sağlıkta eşitlik ve sağlıkla ilgili haklarla doğrudan ilgilidir. Dikkat çekilmesi gereken nokta, tıpta adaletin, modern tıbbın doğuşuna kadar olan dönemde yoksullara karşılıksız bakmak gibi bir tür merhamet duygusuna ya da ayırım yapmamak gibi eşitlik prensibine, modern zamanlarda bunların yanı sıra haklara ve hakların yorumlanmasına dayandığıdır.

## SAĞLIKTA ADALETİN EVRİMİ

Belirtmek gerekir ki adalet kavramı, tanım aralığının genişliği ve birçok başka kavramla kesişmesi nedeniyle sınırları çizilmesi en zor kavramlardandır. Kavramın açık bir biçimde belirlenememesinin, belirsiz ve görelî kalmasının temelinde, toplumların ve kişilerin etik anlayışlarına bağlı ve bağımlı olarak adaletin içeriğinin de değiştiği yönündeki kabul olduğu söylenebilecektir. Değer felsefesi açısından, Platon'da "bir fikir", "bir ideal" olarak görülen adaleti, realiteye dayalı somut bir yaklaşıma kavuşturan ise Aristoteles'tir.<sup>2</sup>

Aristoteles, etiğin yanında adaletin toplumsal yanlarına vurgu yaparak "düzenleyici adalet/dağıtıcı adalet" şeklinde formüle etmiş, uzun dönemler boyunca etkili olan bu formülden özellikle ikincisi sosyal adalet fikrine de kaynaklık etmiştir.<sup>3,4</sup>

Sağlık hizmetlerinde ve tıp etiğinde adaletin bu türü, "dağıtıcı adalet" daha kullanışlı bulunmuş ve farklı kuramlar gelişmiştir. Günümüzde geleneksel kuramlar (faydacı kuram, özgürlükçü kuram, toplulukçu kuram, eşitlikçi kuram) ve güncel kuramlar (yapabilirlik kuramı, iyi oluş kuramı) başlıkları altında ele alınabilen bu kuramların yaklaşımları farklı olmakla birlikte, genel olarak sağlık ve adalet bağlamında ortaya çıkan sorun alanları ortaktır. Sağlık hizmetlerine ulaşımada adaletin nasıl sağlanacağı, klinik araştırmalarda kolay incinebilir gruplar başta olmak üzere katılımcıların nasıl korunacağı, kimi kaynakların kıtlığı hâlinde kaynak tahsisinde önceliklerin nasıl

belirleneceği gibi temel sorulara yanıt ararlar, birbirinden farklılaşan yanıtlar verirler.<sup>5</sup>

Adalet ilkesi, özü itibarıyla haklara ve hakların yorumlanmasına dayanır, bu da bizi sağlıkla ilgili haklara, bu konudaki mevcut düzenlemeleri ve uygulamada yaşananları değerlendirmeye götürür. Ancak tıpta adalet, tarih boyunca böyle ele alınmamış, hak temelli adalet anlayışı, modern çağ ve insan haklarının gelişimiyle koşut gelişmiştir.

Tıpta adalet ilkesinin tanımı ise "Biyomedikal etiğin temel ilkelerinden biri olarak ortaya konmuş bulunan adalet ilkesi bağlamında; temel hak ve ödevlerin, sosyal yararların ve yüklerin paylaşımı sırasında hiç kimseye karşı rastgele ayrımcılık yapılmayacağını belirten ilkedir." şeklinde yapılabılır.<sup>6</sup> Dağıtım adaletinin tıpta büyük ölçekli (makro dağıtım), orta ölçekli (mezo dağıtım), küçük ölçekli (mikro dağıtım) olmak üzere farklı düzeyleri bulunur ve tıp etiğinde de "Sağlık Politikaları Etiği", "Araştırma Etiği" ve "Klinik Etik" bakımından ayrı boyutlarda ele alınır.

## HEKİMLİK ANTLARINDA ADALET İLKESİ

Esasen deontolojinin kendisi bir anlamda adaletin somutlaşması olduğundan, bütün bir deontoloji tarihi konumuzu ilgilendirir. Örneğin hekim sorumluluğu açısından adaletin tarihi ilkel tıba kadar uzanır; henüz yasal statü kazanmamış olsa da ilkel kabilelerde sihirbaz hekimin görevlerinin ve haklarının ne olduğu bilinmektedir. İlk yazılı yasalar olarak bildiğimiz Hammurabi Kanunları da (MÖ 1800-1750) hekimin görevlerinden ve cezai sorumluluğundan bahseder.<sup>7</sup>

Ancak yukarıda bahsettiğimiz, "düzenleyici adalet" bir adalettir. Konumuz olan "dağıtım ilkesi" olarak adalet ise tıpta da eşitlik ilkesi ve haklara dayanır. Tıp tarihinde açıkça "eşitlik, haklar ve adalet" fikirlerinden söz eden sınırlı sayıda belgenin önemli bir kısmını da tarih boyunca yenilenerek kendini sürdüren Hekimlik Antları oluşturur. Bilinen ilk yazılı hekim andı olan İmhotep Andı'nda, "Tıbbi uygulamalar sırasında onur ve dürüstlük ilkelerine bağlı kalacağım, yoksullara karşılıksız bakacağım..." ibaresi ile hem o dönemlerde "doğruluk, dürüstlük" kavramları ile tanımlanan adalet kavramına hem de sö-

zünü ettiğimiz ayırım yapmamaya ve merhamet duygusuna işaret edilir.

Hipokrat öncesi çok tanrılı dönemde tıpta adalet, her şey gibi tıbbın da dayandırıldığı doğüstü ve mistik güçlerle açıklanıyordu, hastalık ve sağlık tanrıları vardı ve başa gelen her şey tanrının adaletiydi. Hipokrat'ın (MÖ 500) önemi, insan bedeninin kaderini yeryüzüne indirmesidir; tıp ve tıp ahlakı kuraları, bu dönemden itibaren, yalnızca ilahi kuvvetlere değil, felsefe ve gözleme de dayandırılır.<sup>8</sup> Ant metninde, hekimin adil olmak için verdiği söz açıktır; "...bütün fenalıklardan ve adaletsizlikten kaçınacağım...".

Ortaçağda ise İbn Meymun (Maimonid, 1134-1204) duası eşitlik açısından önemlidir; "...fakire ve zengine, dosta ve düşmana, iyiye ve kötüye daima hizmet edebilmem için gönlüme şevk ver..." diye dua eden İbn Meymun, hekimin hastasının hizmetine vicdanı ile katılması gereğini daha ayrıntılı ifade eder.<sup>9</sup>

Belirtmek gerekir ki bu dönemler boyunca egeyen olan hekim-hasta ilişkisine, yani kişiselliğe dayalı tıp ahlakında, adalet ilkesi de daha çok yararlılık ve kötü davranmama ilkelerine gömülü kalmıştır. Toplum fikrinin ve toplum hekimliğinin başlangıcı ile beraber, haklara dayalı bir toplumsal paylaşım ekseninde "ilke olarak adalet" belirmiştir.

XVIII. yüzyılda, ünlü tıp ahlakçısı Thomas Percival, hekimlerin yükümlülüklerini dört esasa dayanarak sistematize eder; hekimin, "kendisine", "hastasına", "meslektaşlarına" ve "topluma" sorumlulukları olmalıdır.<sup>1</sup> Halk sağlığının ahlaki yönüne dikkat çekmesi ile bir anlamda toplum hekimliğini gündeme getiren Percival'in görüşleri, Batı toplumlarında tıp ahlakını oldukça etkiledi. Bu esaslar, Amerikan Tıp Kurumu tarafından yasa hâline getirilerek tıp etiğinin ilk modern yasasını oluşturdu. Ancak toplum hekimliği uygulamaları için gerekli olan kamusal organizasyonlar; sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi hemen gerçekleşmedi, XIX. yüzyılı beklemek gerekti. Bu dönemde, bir yandan hızlı endüstrileşmenin sağlık üzerine olumsuz sonuçları yaşanırken, öte yandan da Pasteur'ün mikrobu tanımlaması ile kimi hastalıkların önlenilebilir olduğu öğrenildi. Bu gelişmelerin etkisiyle, XIX. yüzyılın ikinci yarısında önem kazanan toplum hekimliği, be-

raberinde hekimliğin sosyalizasyonunu ve devletin vatandaşlarına sağlık bakım hakkını tanınmasını getirdi. Almanya'da 1870 yılından sonra Bismarck'ın kurduğu sağlık sandıkları yasa olmamakla beraber, hekimliğin toplumsallaşmasının başlangıcı kabul edilebilir. Bu girişim aynı zamanda sosyal güvenlik alanında da en önemli gelişmedir. XIX. yüzyıl ve XX. yüzyıl başlarında, iş kazaları ve meslek hastalıkları üzerinde yoğunlaşan ve sanayi kesiminde çalışan işçilerin korunmasına dayanan ilk sosyal güvenlik sistemleri, sosyal güvenlik tarihinin klasik dönemi olarak kabul edilmektedir.<sup>10</sup>

İngiltere ve Amerika'da bu tarihlerde hastalık sigortası yoktur. Ancak bu ülkelerdeki hekim sayısı giderek artmaktadır. İngiltere'de ancak 1942 yılında Sir William Beveridge, bir raporla sosyal güvenlik planını önerir, 1946 yılında ise "Milli Sağlık Yasası" kabul edilir. Amerikan Tıp Birliğinin 1957 yılında çıkardığı tıp ahlakı tüzüğüne onuncu maddesine göre de "Hekimin sorumluluğu sadece kişiye karşı olmayıp, topluma da uzanmaktadır..." Bugün Amerika ve Avrupa ülkelerinde çeşitli toplum güvenliği kuruluşları halka sağlık güvencesi sağlamaktadır. Toplum düzeyindeki bu gibi tıp uygulamalarında, başta Hipokrat hekimliğindeki kişisel tıp olmak üzere, pek çok eski deontoloji kuralı değişmiştir.<sup>1</sup>

Böylelikle, asırlar öncesinden gelen eşitliğe dair kişisel dilekler, artık toplumsal dilekler olarak kuralara bağlanıyordu.

Tarihin ve özellikle dünya savaşlarının öğrettiği bir şey vardı; "en büyük değer insan hayatıdır ve bu değer korunmasında hepimiz sorumluyuz". XX. yüzyılın ikinci yarısına, ilk yarısının karmaşasından öğrenilen derslerle girildi. 1926 yılında kurulan ancak 2. Dünya Savaşı nedeniyle çalışmalarını kesintiye uğrayan Dünya Tabipler Birliği 1945 yılında yeniden toparlanarak, Mesleki Bağlılık Yemininin yeni kodlarını oluşturmaya başladı ve bu kodları 1948 yılında Cenevre Bildirgesi ile yayımladı. Ayrımcılığa Karşı Eşitlik İlkesi, İnsan Hakları Bildirgesi'nde olduğu gibi burada da temel prensip olarak yerini almıştı:

"Din, milliyet, ırk, parti politikası veya sosyal seviye gibi hiçbir hususun görevimle hastam arasına girmesine izin vermeyeceğim."

Günümüzün çeşitli hekimlik antlarında, cinsiyet ve cinsel yönelim ayrımcılığına karşı ibare de yerini almıştır.<sup>11</sup> Tıp tarihinin ve ant metinlerinin bize gösterdiği gibi bu metinlerdeki eşitlik ve adalet fikri de” tıptaki yeni gelişmeler karşısında değişmeye ve geliştirilmeye açıktır.

## ÇAĞDAŞ DÖNEMDE ADALET İLKESİ

Yukarıda aktardığımız, çağlar boyu süren uğraşı sonucunu sosyal hakların yasalaşmasının ve sağlığın sosyalleştirilmesinin çok yönlü tarihinden yalnızca bir kesittir. XX. yüzyıla gelindiğinde, kazanılan bu hakları hayata geçirilmesi çabası başlar. 1950’li yıllardan 1980’li yıllara kadar olan dönemler, “sağlıklı yaşam hakkı”nın sağlanabilmesi için gerekli koşulların tartışılması, bu koşulların oluşturulmaya çalışılması ile geçti. Ayrıca tıbbın gelişmesine paralel olarak, etik kodlara ve sağlıkla ilgili haklara yenileri eklendi. Çağımızda, bu açıdan en büyük katkılardan biri, kendine ait etik kodları da beraberinde getiren “hasta hakları”dır.<sup>12</sup>

1980’li yıllara gelindiğinde, sağlıkla ilgili görünen tablo şu idi; bir yandan hayat kurtaran pahalı tedaviler ile tıbbın olanakları olağanüstü gelişmiş, öte yandan sağlıkla ilgili eşitlik sağlanamamış aksine dünya ölçeğinde eşitsizlik artmıştı. Dolayısıyla bu gelişmiş tedavi olanakları, temel sağlık hizmetinin bile eşit sağlanamadığı koşullarda, tıp etiği açısından adalet ile ilgili yeni sorular ortaya çıkardı; bu olanaklardan kim, nasıl yararlanacaktı?

Sonuçta, son yirmi yıl içinde, sağlık politikalarında adalet sorununun odağı değişerek, başlangıçta sağlık hizmetlerinde haklar sorunu ile başlayan tartışma 1980’li yılların sonunda paylaşım konusuna yöneldi. Sağlık hizmetine maliyet etkisinin değerlendirilmesi ve buna alternatif yolların arayışı ile tartışmanın boyutu genişledi.

## İLK DÖNEM

İlk dönem tartışmaları, “Sağlık hizmetlerinde ahlaki bir hak var mıdır?” sorusu ile başlar. Bu soruya verilen değişik yanıtlar, sağlıktaki eşitsizliklerin-özellikle de bu eşitsizliklerin, yoksulluk, çevre sorunları ya da mesleki tehlikelerle ilgili olduğu durumlarda-haksızlık kabul edilmesi yönünde ortaklaşır. İnsan Hakları

Bildirgesi’nde de bir biçimde ifade edilen sağlık hakkı, tıp etiği açısından ele alındığında önsel olarak kabul edilen, “sağlık hizmetlerinde ahlaki bir hak” olduğudur. Ancak bu hakkın kabulünden sonra, sağlığı etkileyen, eğitim, gelir, refah, sosyal statü gibi diğer toplumsal olanaklar ile sağlık haklarının nasıl dengeleneceği sorusu doğar. Buna bağlı olarak tartışma, sağlık hizmetleri kaynaklarının tahsisinde diğer toplumsal olanakların nasıl rol oynaması gerektiği sorunu da içererek sağlık hizmetleri üzerinde odaklanır. Ayrıca, “sağlıklı yaşam hakkı”nın kim tarafından sağlanacağı ve hakka dayandırılmış yetkinin nasıl anlaşılacağı konularında henüz bir fikir birliği yoktur.

Bu sorular; etik alanda özgürlükçü, faydacı ve eşitlikçi gibi değişik görüşlerden değişik yanıtları ortaya çıkardı. Bu farklı görüşlerin tartışmalarının ortak sonucu, adaletin bağımsız öğelerine başvurmanın hiçbir zaman yok olmayacağı ve iyi bir dağıtım ilkesine ihtiyaç olduğu idi. Dolayısıyla adalet ilkesine dayanılarak kısmen bir uzlaşma sağlandı. Sağlık statüsündeki farklılıkların fakirlik ve zenginlik gibi sosyal devamlılığın kesildiği noktalarda ve sosyal duruşun spektrumunda oluştuğuna dair önemli veriler vardı, bu verilere dayanılarak, dikkatler halk sağlığı diye bildiğimiz alana çevrildi. Bazı eşitsizliklerin, özellikle de hayatın diğer alanlarında da eşitsizlikleri kuvvetlendiren, sürdüren ve birleştirenlerin daha önemli olduğu gerçeğinden hareketle, sağlıkta eşitlik hedefi eğitim, gelir, refah, sosyal statü politikaları ile bağlantılandırıldı.<sup>5</sup>

Bu dönemin sonunda, halkların bütün üyelerine en azından garanti edilmiş minimum sağlık hizmetlerinin sağlanması gerektiği yolunda neredeyse evrensel bir anlaşmaya varıldı. Fakat minimum sağlık hizmetleri içinde hangi servislerin yer alacağına veya bunları belirlemenin gerekip gerekmediği konusunda bir karara varılamadı. Bu minimum hizmet sonucu olumlu olmakla birlikte, bu hâliyle pratik kullanım için yetersizdi, dolayısıyla hak olarak kabul edilenin kullanılabilmesi yine engelliydi.<sup>13</sup>

## İKİNCİ DÖNEM

İlk dönem tartışmalarına bağlı olarak ikinci dönem “Bütçe sınırlamaları dâhilinde, sağlık hizmeti öncelikleri nasıl düzenlenmeli?” pratik sorusu üzerinde duruldu. Bu soruya, sağlık iktisadının yanıtı, sağlık

hizmetleri önceliklerinin düzenlenmesinde maliyet etkililik analizi [cost effective analysis (CEA)] kullanılmasıydı. Öneriyi ilk eleştiriler de etikten geldi ve sağlık hizmetlerinde CEA kullanımının ahlaki sorunlarına işaret edilerek tartışma geliştirildi.<sup>14</sup>

CEA, CEA'nın bir çeşidi olan maliyet-fayda analizi ve kalite ayarlı yaşam yılı kavramlarının odağını oluşturduğu tartışma bugün de bir düzeyde sürmektedir.

## SON DÖNEM

Birinci dönemin ana eksenini olan “sağlık hizmetlerindeki” eşitsizlik ve sağlık hizmetleri hakkı yerine ahlaki kaygıların merkezine “sağlıkta” eşitsizlik ve sağlık hakkı yerleşti. Sağlık politikalarının etik yönüne ilişkin bu tartışmalar, sınırlı ve pahalı kaynak kullanımının yoğun olduğu klinikler başta olmak üzere, klinik uygulamada yansımaları buldu, değişik görüşlerin oluşturduğu “seçme politikası” tartışmaları başladı. Aynı tedaviye ihtiyaç duyanlar arasından, “kim tarafından”, “hangi özelliklere göre” seçim yapılmalıydı? Tıbbi olanakların hangi özelliklere göre dağıtılması gerektiği tartışmasına verilen yanıtlar sonucu bir dizi ölçüt oluşturuldu. Yaş, prognoz, yaşam kalitesi, yararlılık, hayat şekli, tedavi maliyeti gibi ölçütlere başvurmanın doğruluğu ya da seçim yaparken nasıl ahlaklı kalınacağı yönünde tartışma devam etti. Tıp etiği açısından unutulmaması gereken, her ülkenin, bölgenin, kurumun ve hatta klinik açıdan her vakanın kendi özgül koşullarında değerlendirilmesi gereği idi. Buna uygun olarak, tıpta uzmanlaşmanın arttığı ve tıp etiği konularının önem kazandığı günümüzde, diğer tıp etiği konuları gibi adalet ilkesi de Yoğun Bakım ve Adalet, Organ Nakli ve Adalet, AIDS ve Adalet gibi uzmanlığa ve konuya özel şekliyle tartışılıp olgunlaştırılmaya başlandı. Bugün, kaynak tahsisinin bütün düzeylerinde, “sağlıkta hakkaniyet” kavramı ölçü kabul edilmekle beraber, bunun nasıl sağlanacağı yolunda tartışma sürmektedir.<sup>15</sup>

Gelecekte ise tıbbın yapabileceklerinde büyük değişimler beklenmektedir. Eğer bu beklentilerimiz gerçekleşirse, sağlığı en üst düzeye çıkarmak, sağlıkta fırsat eşitliğini sağlamak ve yaşamda sağlığın bir araç olarak stratejik önemine ait tartışmalar, yeni felsefi yaşamlar da bulacaklardır.

## TÜRK TIP TARİHİNDE ADALET İLKESİ

Ülkemizde tıpta adalet ilkesinin tarihi de dünyadakine benzer biçimde gelişmiştir. XVIII. yüzyıla kadar uygulanan “eski tıp” döneminde, Hipokrat ve İbn-i Sina tıp ve deontolojisi egemendir ve adalet prensibi de daha çok yardımlaşma, merhamet, eşitlik prensiplerine dayalıdır.

## SELÇUKLU VE OSMANLI DÖNEMLERİ

Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde, her açıdan olduğu gibi tıp açısından da adaletin oldukça önemsendiğinin belirtilmesi gerekir. Bu anlayış, hastanın rızasını alma şartını gözeterek hasta haklarına dayalı, çağına göre üstün ve öngörülü bir meslek ahlakının oluşmasını da sağlamıştır. Osmanlı’da, şahsi hukuk uygulamalarında hasta haklarına rastlanmaktadır; cerrahi müdahaleler söz konusu olduğunda, hasta ve yakınlarından rıza belgelerinin alındığına dair mahkeme şer’iyye sicillerinde, kanıtlar vardır.<sup>16,17</sup>

Öte yandan hasta ve acizlerin bakımını sağlamak için çeşitli kurumlar oluşturulmuş ve destekleyici yasalar çıkarılmıştır. Padişahlar, Kanunnameler ile vergilerin bir kısmını hastanelere, hasta ve acizlerin bakımına ayrılmasını sağlamıştır. Bu kurumlar içerisinde vakıf, gerek İslam öncesinde gerekse Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde çok rağbet gören bir kurumdur. Vakıfların amaçları ve verdikleri hizmet ise pek çeşitli olup, bunların önemli bir kısmı toplumun korunması amacına yöneliktir ve kökenleri Selçuklu dönemine dayanır. Selçuklularda Darülaceze niteliği taşıyan bu gibi kurumların yanı sıra ücretsiz sağlık hizmeti veren imarethaneler de vardır. Mesela Kütahya’da bulunan Germiyanoglu Yakup Bey’in imaret medresesine ait 1411 tarihli vakfiye kitabesine göre imarete hasta olanlara ilaç verilecek ve bunların ücreti vakıf gelirinden ödenecekti. Bunun yanı sıra imaretteki hastalara hekim getirileceği de kaydedilmekteydi.<sup>18</sup>

Ayrıca Darüşşifa vakfiye metinlerinde, “her türlü hasta, küçük-büyük bütün hastalar ve her birine” gibi ifadelerle, eşitlik ve ayırım yapmama kavramlarına işaret edildiğini de görebiliriz. Sonuçta, Darüşşifaya yoksul, kimsesiz ya da sahipsiz hastaların yatırıldığı bir varsayım olarak öne sürülebilir. Zenginlere ilaç dağıtımının vakfiyede yasaklanmış olması, ilaç ve yiyecek-

lerin hastaların ihtiyaçlarına göre dağıtılması da adaleti gözeten haklı bir uygulamalardır.

Osmanlı toplum ve idare düzeninde en ideal değerlerden olan adalet, sağlık yönetiminde de korunmaya çalışılmıştır. Görevlendirmelerde liyakat konusu dikkate alınmış, uygulamada yetenek, beceri ve mesaiye göre ödeme yapma bir ölçüde uygulanmıştır. Batı dünyasında gelişen toplum hekimliği anlayışı ile beraber Osmanlı döneminde ülkede sağlık işlerini bir düzene koyan yasalar çıkarılmaya başlanmıştır. XIX. yüzyıl ortalarında çıkarılan “Memleket Etıbbası Yedlerine Verilen Talimat-ı Tıbbiye”ye göre hekimden beklenenlere çevre sağlığının korunması da eklenmiş, ayrıca hekimlik yapmak için diploma zorunluluğu getirilmiştir.

Osmanlı idaresi sağlık hizmetlerini ülkeye yaymanın aracıları belediyeleri görerek, 1861 “Tababet-i Belediye İcrasına Dair Nizamname” ile illerde belediyeler tarafından hekim istihdam edilmesini şart koşmuştur. O tarihlerde hekim sayısının çok az olmasından dolayı istihdam etmek üzere hekim yetiştirmek amacıyla 1866 yılında Mektebi Tıbbiye Mülkiye açılır. Devlet, bu okulda okuyanların mezuniyetlerine yakın tarihte, 1871 yılında, “Memleket Tabibi” adı altında ülke çapında hekim tayin etme kararını alır. (İdare-i Umumiye-i Tıbbiye Nizamnamesi).<sup>18</sup> Böylelikle devlet, vakıf geleneğinde olduğu gibi memleket tabipleri aracılığı ile halka ücretsiz hizmet götürmüştür. Bu hizmet yıllar geçtikçe daha iyi şekillenmeye başlar. 1913 yılından itibaren il merkezlerinde sağlık müdürlükleri kurulur, bu müdürlükler fabrika ve iş yerlerinde çalışan işçilerin sağlık durumları da dâhil olmak üzere ildeki tüm sağlık işlerinden sorumludur.

Bu dönemde “memleket tabibi” unvanı yerine “hükümet tabibi” unvanı kullanılmaya başlanır. Dikkat çeken yeni bir kurumlaşma da, ilgili devlet görevlilerinden oluşan sıhhiye meclisleridir. Bu meclisler, Cumhuriyet döneminde, önce “Umumi Hıfzıssıhha Meclisi” (Umumi Hıfzıssıhha Kanunu) daha sonra sosyalleştirmede “Sağlık Kurulları” olarak yer alır

## CUMHURİYET DÖNEMİ

Cumhuriyet ile beraber yeni bir dönem başlar, 2 Mayıs 1920 tarihinde Sağlık Bakanlığının kuruluşu dünyadaki ilk örneklerdendir ve devlet tarafından sağlığın sahiplenilmesini en önemli görevlerinden sa-

arak üstlenmiş, vatandaşlarının “sağlık hakkı” ve hizmetin eşit yayılımı için bundan sonra da bir dizi düzenlemeye gitmiştir. Cumhuriyet ile beraber sağlık hizmetlerinin hayata geçirilmesinde en önemli isim, koruyucu sağlık, halk sağlığı, toplum sağlığı gibi kavramları ülkemize getiren Dr. Refik Saydam’dır.<sup>19</sup>

O zamanki ülke koşullarında sağlık hakkının gerçekleştirilmesi için öncelikle sağlık hizmetinin örgütlenmesi ve sağlık insan gücünün sağlanması gereğinden hareketle dikkatler uzun süre bu noktaya çevrilmiştir. 1923 yılından 1945’li yıllara kadar sağlık sistemine ilişkin, yasal çerçevenin çizilmesinin, toplum sağlığını önemli oranda tehdit eden verem, sıtma trahom, frengi gibi hastalıklara (bu hastalıklar kısmen bugün de önemli bir toplum sağlığı sorunudur) yönelik koruyucu girişimlerin temel yaklaşım tarzı olduğu söylenebilir.<sup>20</sup>

1946 yılında, Millî Sağlık Şurası toplanarak 10 yıllık Millî Sağlık Planı kabul etmiştir. Planın adalet ilkesi açısından farkı ve önemi, sağlık harcamalarının finansmanı için, Millî Sağlık Bankası ve sağlık sandıklarından bahsetmesidir. Ancak ne bu plan ne de 1954 yılında gündeme gelen Millî Sağlık Programı yasalasmamıştır.

## 1961 SOSYALLEŞME YASASI VE SONRASI

Sağlık hakkını temel haklardan sayarak, eşit sağlık hizmeti için en kapsamlı düzenlemeyi yapan 1961 tarihli, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun’dur. Birinci madde İnsan Hakları Bildirgesi’ne gönderme yaparak “Hak olarak tanınan sağlık hizmetlerinden faydalanmanın, sosyal adalete uygun bir şekilde ifasını sağlamak amacıyla tababet ve tababet ile ilgili hizmetler bu kanun çerçevesinde hazırlanacak bir program dâhilinde sosyalleştirilecektir.” diye başlar.<sup>21,22</sup>

Ancak 224 yasası da diğer bütün düzenlemeler gibi alt yapı sorunlarını devralmıştır ve finans sorunu çözülememiştir. Yine de özellikle kırsal alanda geniş kesimlerin hizmetten yararlanmasını, dolayısıyla sağlıkta hakkaniyeti belli oranda sağlamıştır. 1961 yılından sonra da sağlık hakkının gerçekleştirilebilmesi için özellikle sosyal güvence ile ilgili çalışmalar devam eder:

- 1962 yılında esnaf ve sanatkârlara yönelik çıkarılan “BAĞ-KUR Kanunu” ile bu kesimin sağlık güvencesine alınması planlanmıştır.

- 1965 tarihli Sosyal Sigortalar Kanunu ile işçilere ödenen primler karşılığı koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri verilmesi öngörülmüştür.

- 1969 ve 1972 yılında Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması ile ilgili kanun tasarıları TBMM'nin gündemine gelmiş ama gerçekleşmemiştir. 1982 Anayasası'nda da GSS kurulabileceği hükme bağlanmıştır (Madde 56).

- 1983 yılında çıkarılan iki ayrı yasada, "tarım işçileri" için Sosyal Sigortalar Kurumu, tarımda kendi hesabına çalışanlar için BAĞ-KUR, bu kesimlerin sağlık sigortalarını yürütmek üzere görevlendirilmiştir.

- 1987 yılında çıkarılan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu" sağlıkta adalet ve Temel Sağlık Hizmetleri açısından önemli hükümler kapsar.

- 1992 yılında "ödeme gücü olmayan vatandaşların tedavi giderlerinin yeşil kart verilerek devlet tarafından karşılanması hakkında kanun" çıkarılmıştır.<sup>20</sup>

## SONUÇ YERİNE

Tıbbın ve toplumun yaşadığı değişimin tıp etiğine çok yönlü yansımaları vardır. Bu gelişmelerin neler olduğu ve son elli yıllık perspektifi nasıl etkilediği kabaca şöyle sıralanmaktadır:

1. Hekim ve hasta ilişkilerinde son elli yıldaki değişimler bu ilişkiyi çerçeveleyen tıbbi ve toplumsal parametrelerde bir dizi büyük çaplı dönüşüme neden olmuştur.

2. Hastalıkların ve ölümlerin sebepleri açısından bakıldığında ibre, enfeksiyon hastalıkları ve akut hastalıklardan, kronik hastalıklar yönünde değişmiştir.

3. Tıbbi bakıma ulaşma bir hak olarak kabul edilmiştir.

4. Tıp bilgisinin evrimsel olarak büyük bir gelişme kaydetmesiyle "tedavide devrim" gerçekleşmiş ve bunda teknolojik ilerleme itici güç oluşturmuştur.

5. Bütün dünyada tıbbi bakımın maliyeti yükselmiştir. Ekonomik ve hukuki güçler giderek daha önem kazanmış ve bu etkenler sıklıkla ahlaki ölçütlerin yerine geçer olmuştur.

6. Tıbbi bakımın örgütlenmesi ve dağıtımı değişmiştir. Tıbbi bakıma ödenen ücret cılızlaşmış; hekimler adeta sağlık örgütlerinde görevli memurlar hâline gelmişler; maaşları önceden belirlenen çizelgelere göre ödenir olmuşlar; aldıkları ücretler budanmıştır. Hekimin siyasi ve toplumsal gücü azalmıştır.

7. Hekimin performansı kanıta dayalı, belli sonuçları içeren kılavuzlara göre ölçülür olmuştur.

8. Biyoetik hareketi 1960'lı yıllarda yükselmiş ve ses getirmeye başlamıştır.

9. Hekim-hasta ilişkisi değişime uğramıştır. Tüketicilik ve hasta merkezli tıp yaygınlaşmıştır. Kamunun tıp ve tıp bilimi konusunda bilgisi artmıştır.

10. Tıp eğitimi müfredatı yeni gelişmelere uyarlanmakla birlikte, biçimi ve içeriği çok az değişmiştir.<sup>23</sup>

Sonuç olarak tıpta adalet ilkesinin evrimi, sağlığın ele alınışının ve sağlık hizmetlerinin evrimine paraleldir ve giderek kapsamı genişlemektedir. İlkel dönemde tek bir hekimle başlayıp günümüzde, çok aktörlü çok sektörlü ve büyük ölçüde teknolojik bir organizasyon hâline gelen sağlık hizmetlerinde adalet ilkesi, bu gelişmelerle beraber daha karmaşık hâle gelmiştir. Bunun anlamı günümüzde ve gelecekte, adalet ilkesinin, ihmal edilemez ölçüde önemli hâle gelmesidir. Tıbbın, bugün inanılmaz olanaklar vaat ederek hızla ilerliyor oluşu ve her alanda olduğu gibi tıp alanında da her yeni katkının ardından bir paylaşım sorununu beraberinde getirmesi nedeniyle "adalet ilkesi" en az özerklik ilkesi kadar önem kazanmaktadır. Hatta belli yer ve zamanda, sağlık hizmetlerinin ve sağlıkta eşitsizliğin düzeyine bağlı olarak, adalet ilkesinin önde gelen ilke olması da mümkündür ki ülkemiz koşullarında sağlık hizmetlerinin mevcut durumu, adalet konusunu sürekli gündeme getirmektedir. Söz ettiğimiz teknolojik ilerleme tıp teknolojisini gün geçtikçe daha çok para yatırılan bir ticaret alanı hâline getirirken, diğer yandan sağlık hizmetleri de gün geçtikçe pahalılaşmakta, alımı zorlaşmakta ve eşitsizlik büyümektedir.

## Teşekkür

"Sağlık Politikaları Etiği ve Klinik Etik Açısından Tıpta Adalet İlkesi" uzmanlık tezi danışmanlığımı yürüten Prof. Dr. Nil SARLI'ya teşekkür ederim.

**Finansal Kaynak**

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

**Çıkar Çatışması**

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

**Yazar Katkıları**

*Bu çalışma tamamen yazarın kendi eseri olup başka hiçbir yazar katkısı alınmamıştır.*

**KAYNAKLAR**

- Sarı N. Tıp deontolojisi. Unat EK, editör. Dünyada ve Türkiye'de 1850 Yılından Sonra Tıp Dallarındaki İlerlemelerin Tarihi. 1. Baskı. İstanbul: Cerrahpaşa Tıp Fak Vakfı Yayınları; 1988. p.403-17.
- Kuçuradi İ. Adalet kavramı. Güriz A, editör. Adalet Kavramı. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları; 1994. p.27-32.
- Aristoteles, ed. Babür S, çeviri editörü. Nikomakos'a Etik. 1. Baskı. Ankara: Ayraç Yayınevi; 1997. p.89-113.
- Beauchamp TL, Childress JF, eds. Temel MK, çeviri editörü. Biyomedikal Etik Prensipleri, Yedinci Edisyon. 1. Baskı. İstanbul: Betim Kitaplığı; 2017. p.386-99.
- Beauchamp TL, Childress JF, eds. Temel MK, çeviri editörü. Biyomedikal Etik Prensipleri, Yedinci Edisyon. 1. Baskı. İstanbul: Betim Kitaplığı; 2017. p.384.
- Oğuz NY, Büken NÖ, Kucur DK. Biyoetik Terimleri Sözlüğü. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu Yayınları; 2005. p.1-2.
- Demirhan Erdemir A. Hekim sorumluluğunun tarihi gelişimi. Tıbbi Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi. 1. Baskı: Bursa: Güneş & Nobel Kitabevleri; 1996. p.19-31.
- Şahinoğlu Pelin S. Hekim andının tarihsel kökenleri [Historical origins of the doctor's moment]. Toplum ve Hekim. 1993;(57):40-1. [Link]
- Atabek E, Değer M. 3. Bölüm: Hekimin Andı. Tıbbi Deontoloji Konuları. 1. Baskı. İstanbul: İ.Ü.C.T.F.Yayınları; 2000. p.13.
- Topak O. Sosyal Güvenlik ve Yeniden Yapılanma [Social security and restructuring]. Toplum ve Hekim. 2000;15(6):454-75 [Link]
- Dünya Tabipler Birliği. Civaner M, çeviri editörü. Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği El Kitabı. 3. Baskı. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 2017. p.22.
- Önal G. Sağlık politikaları etiği ve klinik etik açısından tıpta adalet ilkesi [Tıpta uzmanlık tezi]. İstanbul: İstanbul Üniversitesi; 2001. p.9-10. [Link]
- Saltık A. Sağlık ekonomisinde yeni kavramlar [New concepts in health economy]. Toplum ve Hekim. 1995;10(68):38-44. [Link]
- Harris J, ed. Sertaboğlu S, çeviri editörü. Hayatın Değeri-Tıp Etiğine Giriş. 1. Baskı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 1998. p.67.
- Powers M, Faden R. Inequalities in health, inequalities in health care: four generations of discussion about justice and cost-effectiveness analysis. Kennedy Inst Ethics J. 2000;10(2):109-27. [Crossref] [PubMed]
- Sarı N. Osmanlı darüşşifalarına tayin edilecek görevlerde aranan nitelikler. Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları. 1995(1):12-26. [Link]
- Sarı N. Osmanlı hekimliği ve tıp bilimi. Yeni Tıp Tarihi Araştırmaları. 1995(5):130-1. [Link]
- Sarı N. Cumhuriyet dönemine kadar Türk tarihinde acizlerin korunmasına kısa bir bakış. 1. Tıp Tarihi Araştırmaları. 1993(5):23-5. [Link]
- Aydın E. Türkiye'de Taşra ve Kırsal Kesim Sağlık Hizmetleri Örgütlenmesi Tarihi [History of provincial and rural section health services organization in Turkey]. Toplum ve Hekim. 1997;12(80):21-44. [Link]
- Şemin S. Ülkemiz sağlık mevzuatı ve sağlıkla ilgili politikaların genel değişim dinamikleri [General change dynamics of our country's health legislation and policies related to health]. Toplum ve Hekim. 1993;8(53):2-10. [Link]
- Fişek N. İnsan hakları ve hekimlik. Soyer A, editör. Hekimlik ve İnsan Hakları Kitabı. 1. Baskı. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 1996. p.1-2.
- Dirican RM. Prof. Dr. Nusret Fişek'in Kitaplaşmamış Yazıları-1: Sağlık Yönetimi. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları; 1997. p.109-11.
- Cassell E. The principles of the belmont report revisited: how have respect for persons, beneficence, and justice been applied to clinical medicine? Hastings Center Report. 2000;30(4):12-21. [Crossref] [PubMed]