GENTA

GENÇ TARTIŞMACILAR

MECLİSİ | 2026

Çalışma Rehberi

Sağlık Komisyonu

Ötenazi, Biyoetik ve Terminal Dönem Sağlık Hizmetleri Ekseninde Bireysel Özerklik ile Yaşam Hakkının İdari ve Hukuki Sınırlarının Belirlenmesi

İÇİNDEKİLER

Akademi Başkanından Mektup
Akademik Asistandan Mektup
1. Gündem Maddesine Giriş;Ötenazi, Biyoetik ve Terminal Dönem Sağlık Hizmetleri Ekseninde Bireysel Özerklik ile Yaşam Hakkının İdari ve Hukuki Sınırlarının Belirlenmesi
I. ÖTENAZİ VE YAŞAMIN SON DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN HUKUKİ ÇERÇEVESİ
1. Ötenazi Kavramı ve Hukuki Tanımı
2. Terminal Dönem Hastalarının Hukuki Statüsü ve Korunması
3. Türkiye'de Ötenazinin Hukuki Statüsü
4. Aktif Ötenazi, Pasif Ötenazi ve Hekim Destekli İntihar Kavramları
5. Yaşamın Son Döneminde Tedaviyi Sınırlama ve Tedaviyi Reddetme
II. BİREYSEL ÖZERKLİK, YAŞAM HAKKI VE ANAYASAL İLKELER
6. Yaşam Hakkının Anayasal Güvencesi
7. Bireysel Özerklik ve Hastanın Kendi Kararlarını Verme Hakkı
8. İnsan Onuru ve Terminal Dönem Bakımının Hukuki Boyutu
9. Devletin Yaşamı Koruma Yükümlülüğü ve Sağlık Hizmetlerine Erişim
10. Ötenazi Tartışmalarında Ayrımcılık ve Savunmasız Grupların Korunması
III. BİYOETİK KURULLAR VE İDARİ DENETİM MEKANİZMALARI
11. Biyoetik Kavramı ve Temel İlkeleri
12. Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Üst Biyoetik Kurulu Kurulması Önerisi
13. Hastane Etik Komitelerinin Görevleri ve Sorumlulukları
14. Biyoetik Kurulların Bağımsızlığı ve Hesap Verebilirliği
15. Biyoetik Kurullar ile Sağlık Bakanlığı Denetim Birimleri Arasındaki İlişki
IV. HEKİMLERİN MESLEKİ SORUMLULUĞU VE VİCDANİ RED
16. Hekimlerin Mesleki ve Hukuki Sorumlulukları
17. Hekimlerin Vicdani Ret İddiaları ve Hukuki Sınırları
18. Hekimin Mesleki Kanaati ile Hastanın Tercihleri Arasındaki Çatışma
19. Hekimlerin Sorumluluğunda Malpraktis, İhmal ve Mesleki Etik
20. Sağlık Çalışanlarının Psikolojik ve Mesleki Destek İhtiyacı
V. ÖNCEDEN BEYAN EDİLEN TIBBİ DİREKTİFLER VE HASTA HAKLARI
21. Önceden Beyan Edilen Tıbbi Direktiflerin Tanımı
22. Önceden Beyan Edilen Tıbbi Direktiflerin Geçerlilik Şartları
23. Karar Verme Kapasitesi Olmayan Hastalarda Tedavi Kararları
24. Aile Üyelerinin Rolü ve Hastanın Önceden Açıklanmış İradesi
25. Tıbbi Kayıtlar, Onam Belgeleri ve Hukuki Denetlenebilirlik
VI. PALYATİF BAKIM, ULUSLARARASI UYGULAMALAR VE OLASI REFORMLAR
26. Palyatif Bakımın Hukuki ve Etik Boyutu
27. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi
28. Ötenaziye İzin Veren Ülkelerdeki Hukuki Modeller
29. Uluslararası İnsan Hakları Hukuku ve Ötenazi Tartışması
30. Sağlık Hizmetlerinde Adalet, Eşitlik ve Kaynak Dağılımı
31. Yaşamın Son Döneminde Kararların Bağımsız Değerlendirilmesi
32. Sağlık Kuruluşlarında Şeffaflık ve Kararların Kayıt Altına Alınması
33. Olası Yasal Reformlar ve Düzenleme Seçenekleri
34. Daha Güçlü Hasta Hakları mı, Daha Geniş Bireysel Özerklik mi?
35. Ulusal Biyoetik Politikası ve Sağlık Denetim Sisteminin Güçlendirilmesi
Gündem Maddesine Dair Cevaplanması Gereken Sorular
KAYNAKÇA

Akademi Başkanından Mektup

Sayın katılımcılar, kıymetli ekibim;

Sizlerle, üzerinde yaklaşık iki aydır ekibimle birlikte büyük bir gayretle çalıştığımız bu meclis simülasyonunda bir araya gelmekten büyük bir onur duyuyorum. Ben Ahmet İshak OLGUN; Pendik İTO Şehit Ahmet Arslanhan Anadolu İmam Hatip Lisesi 10. sınıf öğrencisi olarak bu meclis simülasyonunda Akademi Başkanlığı görevini üstleniyorum.

Ekibimle birlikte temel gayemiz; akademik münazara, uluslararası ilişkiler, parlamenter kültür ve diplomatik simülasyon birikimlerimizin ışığında, genç bireyler olarak analitik düşünceyi ve demokrasi bilincini ön plana çıkarmaktır. Komisyonlarımızda ele aldığımız ulusal ve küresel meseleleri yalnızca yüzeysel tartışmalarla değil; çoğulcu katılım ilkelerine, özgür tartışma ortamına ve nitelikli fikri altyapıya dayandırarak derinlemesine kavramayı hedefliyoruz. Bilgi, sadece bireysel bir birikim değil; meclis zemininde demokratik ve hakkaniyetli reformlar inşa etmek ve toplumun istifadesine sunmak için paylaşıldıkça anlam kazanan kurumsal bir sorumluluktur. Bu yüzden her şeyi bildiğimiz yanılgısına kapılmadan, sorgulamaya, araştırmaya ve katılımcı-teorik çıktılar üretmeye kararlılıkla devam etmek zorundayız.

Ulusal ve uluslararası platformlarda elde ettiğimiz tecrübelerle de sabit olduğu üzere; halk iradesi, çoğulculuk, kamu yararı, insan onuru ve ifade hürriyeti gibi evrensel demokrasi ilkelerini çağımızın dinamikleriyle buluşturmaya, hayatın ve mevzuatın her alanında demokratik adalet idesini hâkim kılmaya talip olmalıyız. Geleceğin demokratik ve katılımcı devlet mimarisine akılcı, tutarlı ve nitelikli birer taş da biz koymalıyız.

Amacımız sizlere akademik donanımı yüksek, nitelikli, demokratik ve ufuk açıcı bir müzakere ortamı sunmaktır. Demokrasinin ve hakkaniyetin üstünlüğünü şiar edindiğimiz bu süreçte, ortaya koyacağınız nitelikli fikirlerinizle ve yapıcı tartışmalarınızla bu simülasyona katacağınız değere gönülden inanıyoruz.

Sevgi ve saygılarımla...

Genç Tartışmacılar Meclisi'26 Akademi Başkanı

Ahmet İshak OLGUN

Akademik Asistandan Mektup

Sayın Katılımcılar,

Sağlık Komitesi kapsamında sizlerle birlikte çalışacak olmaktan büyük bir memnuniyet duyuyorum. Bu komitemiz; insan yaşamının korunması, hasta haklarının güvence altına alınması, sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılması ve tıbbi uygulamalarda etik sorumlulukların belirlenmesi gibi toplumun tamamını yakından ilgilendiren temel meseleleri ele almaktadır. Sağlık alanındaki gelişmelerin yalnızca bilimsel ve teknolojik boyutlarıyla değil, aynı zamanda hukuki, idari ve insani yönleriyle de değerlendirilmesi gerektiğine inanıyorum.

Komitemizin ele aldığı başlıklar; özel sağlık kuruluşlarında hekim denetimi ve idari yaptırım mekanizmalarının sınırlarının belirlenmesinden, yetkisiz sağlık merkezlerinde gerçekleştirilen müdahalelerin doğurduğu risklere; üreme sağlığı hizmetleri ve gebeliğin sona erdirilmesi süreçlerindeki biyoetik sorumluluklardan, tıbbi zorunluluklar ve hasta hakları arasındaki hassas dengeye kadar geniş bir çerçeveyi kapsamaktadır. Bu konuların her biri, sağlık hizmetlerinin güvenilirliği ve bireyin yaşam hakkının korunması bakımından büyük önem taşımaktadır.

Sağlık hukuku, tıbbi uygulamaların hangi sınırlar içerisinde yürütülebileceğini belirlerken; tıp etiği, bu uygulamaların hangi ahlaki ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Hasta özerkliği, aydınlatılmış onam, yararlılık, zarar vermeme ve adalet ilkeleri, sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesinde temel ölçütler arasında yer almaktadır. Bununla birlikte, hekimlerin mesleki sorumlulukları, sağlık kuruluşlarının denetimi ve idarenin yaptırım yetkisi de hasta güvenliği ile kamu yararının korunmasında belirleyici bir rol üstlenmektedir. Komitemizin temel amacı, bu unsurlar arasındaki ilişkiyi hukuki dayanaklar ve somut örnekler üzerinden değerlendirerek dengeli, uygulanabilir ve insan haklarıyla uyumlu yaklaşımlar geliştirmektir.

Bu doğrultuda sizlerden beklentim, gündem maddelerini yalnızca mevcut sorunlar üzerinden değil, bu sorunların nedenleri ve olası çözüm yolları üzerinden de ele almanızdır. Görüşlerinizi ilgili mevzuat, bilimsel araştırmalar, ulusal ve uluslararası uygulamalar ışığında temellendirmeniz; farklı düşünceleri dikkatle değerlendirmeniz ve tartışmalarınızı karşılıklı saygı çerçevesinde yürütmeniz, komitemizin verimliliğine önemli katkılar sağlayacaktır.

Unutulmamalıdır ki sağlık alanında alınan her karar, yalnızca bir mevzuat hükmünü veya idari uygulamayı değil, doğrudan insan yaşamını, bireysel hakları ve toplumsal güveni ilgilendirmektedir. Bu nedenle amacımız, yalnızca sorunları tespit etmek değil; hukukun, bilimin ve etik sorumluluğun kesiştiği noktada kalıcı ve nitelikli çözüm önerileri ortaya koymaktır.

Sizlerin katkılarıyla sağlık hizmetlerinde güvenliğin, adaletin ve insan onurunun korunmasına yönelik verimli bir çalışma süreci yürüteceğimize inanıyorum.

Saygılarımla,

Sağlık Komisyonu Akademik Asistanı
Ensar Küçük

1. Gündem Maddesine Giriş;Ötenazi, Biyoetik ve Terminal Dönem Sağlık Hizmetleri Ekseninde Bireysel Özerklik ile Yaşam Hakkının İdari ve Hukuki Sınırlarının Belirlenmesi

Ötenazi ve yaşamın son döneminde sunulan sağlık hizmetleri; yaşam hakkı, insan onuru, bireysel özerklik ve hasta hakları arasındaki ilişkinin dikkatle değerlendirilmesini gerektiren önemli bir hukuki ve etik meseledir. Terminal dönemdeki hastaların tedavi tercihleri, hekimlerin mesleki ve hukuki sorumlulukları, palyatif bakım hizmetlerine erişim ve önceden beyan edilen tıbbi direktiflerin hukuki niteliği bu tartışmanın temel unsurlarını oluşturmaktadır. Bu kapsamda, iyileştirici tedavilerden yeterli yarar sağlayamayan bir hastanın palyatif bakım talep etmesi ile yaşamını sona erdirmeyi amaçlayan bir müdahale istemesi arasındaki hukuki ayrımın açıkça ortaya konulması önem taşımaktadır.

Türkiye'de ötenazinin hukuki statüsü; Anayasa'nın 17. maddesi, Hasta Hakları Yönetmeliği ve ilgili ceza hukuku hükümleri çerçevesinde ele alınmalıdır. Bunun yanında tedaviyi reddetme, tıbben yararsız tedavilerin sınırlandırılması ve yaşamı sona erdirmeyi amaçlayan müdahaleler arasındaki hukuki ayrımların belirginleştirilmesi gerekmektedir. Gündem maddesi, hasta haklarının korunmasını, sağlık çalışanlarının sorumluluklarının açıklığa kavuşturulmasını, palyatif bakım hizmetlerinin geliştirilmesini ve yaşamın son dönemine ilişkin kararların hukuki ve etik ilkeler doğrultusunda değerlendirilmesini amaçlamaktadır.

I. ÖTENAZİ VE YAŞAMIN SON DÖNEMİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN HUKUKİ ÇERÇEVESİ

1. Ötenazi Kavramı ve Hukuki Tanımı

Ötenazi, genel anlamıyla kişinin yaşamına son verilmesini amaçlayan bir uygulamayı ifade eder. Bununla birlikte kavramın kapsamı, ülkelerin hukuk sistemlerine, tıp etiği yaklaşımlarına ve uygulamanın gerçekleştirilme biçimine göre farklılık gösterebilir. Bu nedenle ötenazi, yaşamın son döneminde alınan bütün tıbbi kararlarla aynı kategoride değerlendirilmemelidir.

Hukuki değerlendirmede temel ayrımlardan biri, ölümün doğrudan amaçlandığı müdahaleler ile hastaya tıbbi yarar sağlamadığı değerlendirilen tedavilerin sınırlandırılması arasındadır. Hastanın belirli bir tedaviyi reddetmesi, tıbbi açıdan uygun görülmeyen bir tedavinin sonlandırılması ve yaşamı sona erdirmeyi amaçlayan bir müdahalenin gerçekleştirilmesi farklı hukuki sonuçlar doğurabilir. Örneğin, terminal dönemdeki bir hastanın belirli bir tedaviyi kabul etmemesi, sağlık çalışanından yaşamına son vermesini istemesiyle aynı hukuki mesele değildir.

Türkiye'de ötenaziye ilişkin değerlendirmeler yapılırken mevcut mevzuat, yaşam hakkının korunması, hekimlerin mesleki yükümlülükleri ve hasta hakları birlikte ele alınmalıdır. Komisyon, mevcut hukuki çerçevenin yanı sıra ötenazinin belirli koşullarda yasallaştırılmasını savunan görüşleri ve buna karşı çıkan hukuki ve etik yaklaşımları da

karşılaştırmalı olarak inceleyebilir. Böylece kavramın tıbbi, etik ve hukuki boyutlarının birbirinden ayrılarak değerlendirilmesi mümkün olacaktır.

2. Terminal Dönem Hastalarının Hukuki Statüsü ve Korunması

Terminal dönem, hastalığın ileri bir aşamaya ulaştığı ve iyileştirici tedavi seçeneklerinin sınırlı olabildiği klinik durumu ifade eder. Ancak bir hastanın terminal dönemde bulunması, karar verme kapasitesini kendiliğinden ortadan kaldırmaz. Hastanın klinik durumu, bilgilendirilme ihtiyacı ve karar verme yeterliliği somut olayın özelliklerine göre ayrı ayrı değerlendirilmelidir.

Terminal dönemdeki hastaların korunması yalnızca yaşamın sürdürülmesine ilişkin kararlarla sınırlı değildir. Ağrı ve diğer belirtilerin kontrolü, psikolojik ve sosyal destek, hastanın mahremiyetinin korunması ve bakım tercihlerinin dikkate alınması da sağlık hizmetlerinin temel unsurları arasında yer alır. Örneğin, iyileştirici tedavilerden yeterli yarar sağlayamayan bir hastanın palyatif bakım talep etmesi, sağlık hizmetinin sona ermesi anlamına gelmez; bakımın amacı ve yöntemi hastanın ihtiyaçlarına göre değişebilir.

Bu kapsamda temel hukuki meselelerden biri, hastanın kendi tedavisi hakkında karar verme hakkı ile devletin yaşamı koruma yükümlülüğü arasında nasıl bir denge kurulacağıdır. Komisyon, terminal dönemdeki hastaların savunmasızlıklarının kötüye kullanılmasını önleyecek güvenceleri, sağlık hizmetlerine erişim koşullarını ve kararların özgür iradeye dayanmasını sağlayacak mekanizmaları birlikte değerlendirmelidir.

3. Türkiye’de Ötenazinin Hukuki Statüsü

Türkiye’de ötenazinin hukuki statüsü değerlendirilirken yaşam hakkına ilişkin anayasal hükümler ile ceza hukuku ve hasta hakları düzenlemeleri birlikte ele alınmalıdır. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 17. maddesi, herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını güvence altına alır. Hasta Hakları Yönetmeliği’nin 13. maddesi ise ötenaziyi yasaklayan hükmü içermektedir.

Bu hukuki çerçevede hastanın talebinin bulunması, yaşamı sona erdirmeyi amaçlayan bir uygulamayı kendiliğinden hukuka uygun hâle getirmez. Aynı şekilde tedaviyi reddetme hakkı da ötenaziyle özdeş değildir. Örneğin, bir hastanın belirli bir tedaviyi reddetmesi, tek başına ötenazi talebinde bulunduğu veya hekimin hastanın yaşamına son verebileceği anlamına gelmez. Bu ayrım, mevcut hukukun doğru anlaşılması ve sağlık çalışanlarının yükümlülüklerinin belirlenmesi bakımından önemlidir.

Komisyon, yürürlükteki hukuki yaklaşımın gerekçelerini değerlendirebileceği gibi gelecekte gündeme gelebilecek olası bir yasal değişikliğin anayasal ve ceza hukuku bakımından doğurabileceği sonuçları da tartışabilir. Bununla birlikte mevcut hukuk kuralları ile önerilen değişikliklerin açık biçimde birbirinden ayrılması, değerlendirmelerin hukuki tutarlılığını koruyacaktır.

4. Aktif Ötenazi, Pasif Ötenazi ve Hekim Destekli İntihar Kavramları

Aktif ötenazi, genel olarak başka bir kişinin yaşamına son vermeyi amaçlayan doğrudan bir müdahaleyi ifade etmek için kullanılan bir kavramdır. Hekim destekli intihar ise kişinin yaşamını sona erdirmesine yönelik araç veya tıbbi yardımın başka bir kişi tarafından sağlandığı durumları tanımlamak için kullanılır. Bu uygulamaların hukuki statüsü ülkelerin mevzuatlarına göre değişiklik göstermektedir.

"Pasif ötenazi" terimi ise özellikle hukuki ve etik tartışmalarda farklı anlamlarda kullanılabildiğinden dikkatle ele alınmalıdır. Bazı metinlerde yaşamı uzatan tedavilerin başlatılmaması veya sonlandırılması için kullanılan bu ifade, hastanın tedaviyi reddetmesi ve tıbben yararsız tedavilerin sınırlandırılması gibi kavramlarla her zaman aynı anlama gelmez. Örneğin, tıbbi yararı kalmadığı değerlendirilen bir tedavinin uzman görüşü doğrultusunda sınırlandırılması ile yaşamı doğrudan sona erdirmeyi amaçlayan bir müdahale aynı hukuki değerlendirmeye tabi tutulmamalıdır.

Bu nedenle komisyonun söz konusu kavramları tek bir kategori altında toplamak yerine her bir uygulamanın amacını, karar vericisini, tıbbi niteliğini ve hukuki sonuçlarını ayrı ayrı incelemesi önemlidir. Kavramların doğru kullanılması, hem hukuki belirliliğin sağlanmasına hem de etik tartışmaların daha sağlıklı yürütülmesine katkıda bulunacaktır.

5. Yaşamın Son Döneminde Tedaviyi Sınırlama ve Tedaviyi Reddetme

Tedaviyi reddetme, hastanın kendisine önerilen bir tıbbi müdahaleyi kabul etmemesiyle ilgilidir. Bu kararın hukuki değerlendirmesinde hastanın yeterli biçimde bilgilendirilmesi, karar verme kapasitesi ve ilgili mevzuatın öngördüğü koşullar önem taşır. Tedaviyi reddetmek ile sağlık çalışanından yaşamı sona erdirecek bir işlem talep etmek birbirinden farklıdır.

Tedavinin sınırlandırılması ise hastanın klinik durumu, tedavinin beklenen yararı ve tıbbi değerlendirme doğrultusunda gündeme gelebilir. Bu tür kararların yalnızca ekonomik nedenlerle veya hastanın yaşamının daha az değerli olduğu varsayımıyla verilmemesi gerekir. Örneğin, bilinci açık ve karar verme kapasitesine sahip bir hastanın bilgilendirildikten sonra belirli bir müdahaleyi reddetmesi ile bilinci kapalı bir hastada tıbbi yararı sınırlı bir tedavinin sürdürülüp sürdürülmeyeceğinin değerlendirilmesi farklı süreçlerdir.

Komisyon, hastanın iradesinin hangi koşullarda belirleyici olacağını ve karar verme kapasitesinin bulunmadığı durumlarda nasıl bir yol izleneceğini ele alabilir. Bu süreçte aile üyelerinin görüşleri, hastanın önceden açıkladığı tercihleri ve sağlık ekibinin klinik değerlendirmesi arasındaki ilişkinin açıklığa kavuşturulması önem taşımaktadır.

II. BİREYSEL ÖZERKLİK, YAŞAM HAKKI VE ANAYASAL İLKELER

6. Yaşam Hakkının Anayasal Güvencesi

Yaşam hakkı, diğer temel hakların kullanılabilmesi açısından belirleyici öneme sahip anayasal haklardan biridir. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesi, herkesin yaşama ve maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahip olduğunu düzenler. Bu güvence, devletin kişileri yaşamlarına yönelik hukuka aykırı müdahalelere karşı koruma yükümlülüğüyle de ilişkilidir.

Yaşam hakkının korunması, sağlık hizmetlerinin güvenli biçimde sunulmasını ve hastaların baskı, ihmal veya kötüye kullanıma karşı korunmasını gerektirir. Terminal dönemdeki hastalar bakımından bu yükümlülük, hastanın ihtiyaç duyduğu bakım hizmetlerine erişiminin sağlanması ve uygun tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi gibi konuları da kapsar. Örneğin, bir sağlık kuruluşunun terminal dönemdeki hastaya gerekli bakım hizmetlerini sunmaması, yalnızca tedavi planlaması açısından değil, hasta hakları ve kamu otoritesinin yükümlülükleri bakımından da incelenebilir.

Komisyon açısından temel mesele, yaşam hakkının anayasal niteliği ile bireysel özerklik arasındaki ilişkinin nasıl değerlendirilmesi gerektiğidir. Bu tartışma yürütülürken yalnızca anayasal hükümler değil, Türkiye'nin taraf olduğu insan hakları sözleşmeleri ve ilgili hukuki düzenlemeler de dikkate alınmalıdır.

7. Bireysel Özerklik ve Hastanın Kendi Kararlarını Verme Hakkı

Bireysel özerklik, kişinin kendi yaşamı ve bedeniyle ilgili kararları yeterli bilgiye dayanarak verebilmesiyle ilişkilidir. Sağlık hizmetlerinde bu ilke, hastanın tıbbi seçenekler hakkında bilgi edinmesini, tercihlerini açıklamasını ve hukuken tanınan sınırlar içinde kararlarına saygı gösterilmesini gerektirir.

Bununla birlikte bireysel özerklik, sınırsız bir hukuki yetki olarak değerlendirilmemelidir. Hastanın talebi; sağlık çalışanlarının mesleki yükümlülükleri, hasta hakları ve yürürlükteki hukuk kurallarıyla birlikte ele alınmalıdır. Örneğin, bir hasta tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgi aldıktan sonra belirli bir tedaviyi reddedebilir; ancak bu durum, hekimin yürürlükteki hukukla bağdaşmayan her talebi yerine getirmek zorunda olduğu anlamına gelmez.

Komisyon, bireysel özerkliğin kapsamını değerlendirirken hastanın özgür iradesiyle karar verebilmesini sağlayan koşulları da inceleyebilir. Ağrı, psikolojik sıkıntılar, yalnızlık, ekonomik baskı veya bakım hizmetlerine erişememe gibi etkenler kişinin tercihlerini etkileyebileceğinden, gerekli destek hizmetlerinin sağlanması ve kararların baskıdan uzak biçimde alınması önemlidir.

8. İnsan Onuru ve Terminal Dönem Bakımının Hukuki Boyutu

İnsan onuru, sağlık hizmetlerinde kişinin yalnızca hastalığı veya tıbbi durumu üzerinden değerlendirilmemesini gerektiren temel bir ilkedir. Terminal dönemdeki hastalar açısından bu ilke; mahremiyetin korunması, hastanın tercihlerinin dikkate alınması, ağrı ve diğer

belirtilerin yönetilmesi ve bakım sürecinde saygılı bir yaklaşım benimsenmesiyle doğrudan ilişkilidir.

İnsan onurunun korunması, yaşamı sona erdirmeyi amaçlayan bir uygulamayla kendiliğinden eş anlamlı değildir. Farklı etik yaklaşımlar, hastanın acısının azaltılmasının ve yaşamın son döneminde kapsamlı destek sağlanmasının insan onurunun korunmasında önemli bir rol oynadığını vurgulamaktadır. Örneğin, terminal dönemdeki bir hastaya yalnızca hastalığı nedeniyle bakım seçeneklerinin açıklanmaması, hastanın karar sürecine katılımını ve onurunun korunmasını olumsuz etkileyebilir.

Bu nedenle komisyon, insan onurunu hem yaşam hakkı hem de bireysel özerklik bağlamında değerlendirmelidir. Hastanın bakım tercihleri dikkate alınırken ihmal, ayrımcılık ve baskı risklerine karşı koruyucu güvencelerin oluşturulması da önem taşımaktadır.

9. Devletin Yaşamı Koruma Yükümlülüğü ve Sağlık Hizmetlerine Erişim

Devletin yaşam hakkını koruma yükümlülüğü, yalnızca yaşamı sona erdiren müdahalelerin önlenmesiyle sınırlı değildir. Sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, uygun tedavi imkânlarının sunulması, acil müdahale hizmetlerinin yürütülmesi ve hastaların kötü muameleye karşı korunması da bu yükümlülüğün değerlendirilmesinde önem taşır.

Terminal dönemdeki hastalar açısından palyatif bakım ve ağrı yönetimi hizmetlerinin erişilebilirliği özel önem taşımaktadır. Bu hizmetlerin yetersiz olduğu durumlarda hastanın kararlarının ne ölçüde özgür ve bilgilendirilmiş olduğu konusunda etik ve hukuki sorular ortaya çıkabilir. Örneğin, palyatif bakım hizmetlerine erişemeyen bir hastanın yaşadığı sıkıntılar yalnızca bireysel tercihler çerçevesinde değil, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği ve kamu politikalarının yeterliliği açısından da değerlendirilmelidir.

Komisyon, olası ötenazi düzenlemelerini tartışırken devletin mevcut sağlık hizmetlerini geliştirme sorumluluğunu da dikkate alabilir. Bakım seçeneklerinin sınırlı olduğu koşullarda alınan kararlarla yeterli sağlık ve sosyal destek hizmetlerine erişim bulunan koşullarda alınan kararların aynı şekilde değerlendirilip değerlendirilemeyeceği bu kapsamda ele alınabilir.

10. Ötenazi Tartışmalarında Ayrımcılık ve Savunmasız Grupların Korunması

Ötenazi tartışmalarındaki temel meselelerden biri, yaşlıların, engelli bireylerin, ağır hastaların ve sosyal desteği sınırlı kişilerin kararlarının nasıl korunacağıdır. Bu kişilerin yaşamlarının daha az değerli olduğu varsayımıyla hareket edilmesi, insan hakları ve eşitlik ilkeleriyle bağdaşmaz.

Bireysel özerkliğin korunması kadar kararın baskıdan uzak biçimde verilmesi de önemlidir. Aile baskısı, ekonomik yük hissi, bakım hizmetlerinin yetersizliği veya ayrımcı tutumlar kişinin gerçek tercihlerini etkileyebilir. Örneğin, bir hastanın ailesine yük olduğunu düşündüğü için belirli bir tercihte bulunması durumunda, kararın özgür iradeye dayanıp

dayanmadığı ve hastanın yeterli bakım seçeneklerine erişip erişemediği dikkatle değerlendirilmelidir.

Komisyon, savunmasız grupların korunması ile bireysel kararların tanınması arasında nasıl bir denge kurulabileceğini inceleyebilir. Bu değerlendirmede sağlık hizmetlerine eşit erişim, sosyal destek mekanizmaları ve ayrımcılığı önleyici güvenceler birlikte ele alınmalıdır.

III. BİYOETİK KURULLAR VE İDARİ DENETİM MEKANİZMALARI

11. Biyoetik Kavramı ve Temel İlkeleri

Biyoetik, tıp, biyoloji ve sağlık bilimleri alanındaki uygulamaların etik boyutunu inceleyen disiplinler arası bir alandır. Sağlık hizmetlerinde bireysel özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme ve adalet ilkeleri, biyoetik değerlendirmelerin temel başlıklarını oluşturur.

Terminal dönemde sunulan sağlık hizmetlerinde bu ilkeler zaman zaman farklı yönlere işaret edebilir. Hastanın tercihine saygı gösterilmesi bireysel özerklikle bağlantılıyken yaşamı koruma, hastaya yarar sağlama ve zarar riskini azaltma yükümlülükleri farklı değerlendirmeler gerektirebilir. Örneğin, hastanın tedavi tercihleri ile sağlık ekibinin tıbbi değerlendirmesi arasında anlaşmazlık ortaya çıktığında biyoetik danışmanlık, seçeneklerin ve etik ilkelerin sistematik biçimde incelenmesine yardımcı olabilir.

Bu nedenle biyoetik kurulların temel işlevlerinden biri, karmaşık vakalarda farklı uzmanlık alanlarının görüşlerini bir araya getirerek karar sürecine katkı sağlamaktır. Bununla birlikte etik değerlendirme ile hukuki karar verme yetkisi birbirinden ayrılmalıdır. Kurulların görev ve yetkilerinin açık biçimde belirlenmesi, etik danışmanlığın hukuki sorumlulukların yerine geçmesini önleyecektir.

12. Sağlık Bakanlığı Bünyesinde Üst Biyoetik Kurulu Kurulması Önerisi

Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir Üst Biyoetik Kurulu kurulması, gündem maddesi kapsamında değerlendirilebilecek bir politika önerisidir. Böyle bir kurulun amacı, karmaşık sağlık etiği sorunlarında ortak değerlendirme standartları geliştirmek, rehberler hazırlamak ve sağlık kuruluşları arasındaki uygulama farklılıklarını azaltmak olabilir.

Kurulun oluşturulması düşünülüyorsa üyelerin uzmanlık alanları, bağımsızlığı, atanma usulleri, karar alma yöntemi ve diğer sağlık otoriteleriyle ilişkisi açıkça düzenlenmelidir. Tıp, hukuk, etik, hasta hakları, hemşirelik ve ilgili toplumsal alanlardan uzmanların temsil edilmesi, farklı bakış açılarının değerlendirmeye katılmasını sağlayabilir.

Bununla birlikte kurulun mevcut mevzuat çerçevesinde hangi yetkilerle oluşturulabileceği ve hangi görevler için yeni yasal düzenleme gerekeceği ayrıca incelenmelidir. Örneğin, Üst Biyoetik Kurulunun terminal dönem bakımına ilişkin etik rehberler hazırlaması danışmanlık işlevi kapsamında değerlendirilebilirken bağlayıcı kararlar veya yaptırımlar uygulaması açık

bir hukuki dayanak gerektirecektir. Bu ayrım, kurulun kurumsal yapısının ve yetki sınırlarının belirlenmesi açısından önemlidir.

13. Hastane Etik Komitelerinin Görevleri ve Sorumlulukları

Hastane etik komiteleri, sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan etik ikilemlerin değerlendirilmesine yardımcı olmak amacıyla oluşturulabilir. Bu komiteler, hastanın tercihleri, tıbbi gereklilikler, aile üyelerinin görüşleri ve sağlık ekibinin mesleki yükümlülükleri arasındaki sorunların sistematik biçimde ele alınmasını sağlayabilir.

Bununla birlikte etik komitelerinin danışmanlık rolü ile klinik kararların veya idari işlemlerin yetkili makamlarca alınması birbirinden ayrılmalıdır. Etik kurul görüşü, ilgili hukuki yükümlülüklerin yerine geçmez ve tek başına hukuka aykırı bir uygulamayı meşru hâle getirmez. Örneğin, hastanın önceden açıkladığı tedavi tercihleri ile ailesinin talepleri çatıştığında hastane etik komitesi, ilgili kişilerin görüşlerinin ve hukuki ilkelerin değerlendirilmesine katkı sunabilir; ancak nihai süreç yürürlükteki mevzuata uygun biçimde yürütülmelidir.

Komisyon, hastane etik komitelerinin hangi durumlarda devreye gireceğini, başvuruların nasıl değerlendirileceğini, hasta bilgilerinin nasıl korunacağını ve görüşlerin nasıl kayıt altına alınacağını tartışabilir. Bu hususların belirlenmesi, etik danışmanlık hizmetlerinin tutarlı ve denetlenebilir biçimde yürütülmesine yardımcı olacaktır.

14. Biyoetik Kurulların Bağımsızlığı ve Hesap Verebilirliği

Biyoetik kurulların güvenilirliği, değerlendirmelerini baskıdan uzak, tarafsız ve tutarlı biçimde yapabilmelerine bağlıdır. Kurul üyelerinin atanma usulleri, çıkar çatışmalarının açıklanması ve farklı uzmanlık alanlarının temsil edilmesi bağımsız değerlendirmeyi destekleyen unsurlardır.

Bununla birlikte bağımsızlık, hesap verebilirliğin ortadan kalkması anlamına gelmez. Kurulların görev alanı, karar süreçleri, gerekçelendirme yöntemi ve hasta bilgilerinin korunması gibi konular açık kurallarla düzenlenmelidir. Örneğin, bir etik kurul üyesinin değerlendirdiği vakayla ilgili kişisel veya kurumsal çıkar ilişkisinin bulunması durumunda bu ilişkinin açıklanması ve gerekli hâllerde üyeye ilişkin çekilme usulünün uygulanması, değerlendirmelerin tarafsızlığını güçlendirebilir.

Ulusal düzeyde oluşturulabilecek bir kurulun hastane etik komiteleriyle ilişkisi de açıkça belirlenmelidir. Böylece aynı vaka hakkında farklı görüşler ortaya çıktığında hangi kurumun danışmanlık sağlayacağı ve hangi makamın hukuki karar verme yetkisine sahip olduğu daha öngörülebilir hâle gelebilir.

15. Biyoetik Kurullar ile Sağlık Bakanlığı Denetim Birimleri Arasındaki İlişki

Biyoetik kurullar ile sağlık denetim birimleri farklı amaçlara hizmet eder. Etik kurullar etik değerlendirme ve danışmanlık sağlarken idari denetim birimleri, sağlık kuruluşlarının yürürlükteki mevzuata ve hukuki yükümlülüklere uygun faaliyet gösterip göstermediğini inceler.

Bu iki mekanizma arasında bilgi paylaşımı veya yönlendirme süreçlerinin oluşturulması, etik sorunlarla hukuki ihlallerin birbirinden ayrılmasına yardımcı olabilir. Ancak bu süreçlerde kişisel sağlık verilerinin korunması, yetki sınırları ve bilgi paylaşımının hukuki dayanağı dikkate alınmalıdır. Örneğin, bir hastane etik komitesinin belirli bir uygulamada mevzuata aykırılık şüphesi tespit etmesi hâlinde, ilgili yetkili makama başvuru veya bildirim sürecinin nasıl işleyeceği önceden tanımlanabilir.

Komisyonun değerlendirmesi gereken temel husus, biyoetik kurulların idari denetimin yerine geçmesi değil, mevcut denetim sistemiyle nasıl koordineli çalışabileceğidir. Kurulların yetkilerinin açıkça belirlenmesi, idari işlemlerin hukuki dayanağının ve denetim süreçlerinin güvenilirliğinin korunmasına katkı sağlayacaktır.

IV. HEKİMLERİN MESLEKİ SORUMLULUĞU VE VİCDANİ RED

16. Hekimlerin Mesleki ve Hukuki Sorumlulukları

Hekimlerin temel yükümlülükleri arasında hastanın yararını gözetmek, mesleki standartlara uymak, hastayı bilgilendirmek ve hukuka uygun sağlık hizmeti sunmak yer alır. Terminal dönemde bu sorumluluklar, tedavi seçeneklerinin değerlendirilmesi, hastanın tercihlerinin dikkate alınması ve gerekli bakım hizmetlerinin sağlanması bakımından daha da önem kazanır.

Hekimin bireysel mesleki sorumluluğu ile sağlık kuruluşunun kurumsal sorumluluğu birbirinden ayrılmalıdır. Bir sağlık olayında hekimin davranışı, sağlık kuruluşunun personel ve organizasyon yapısı, bakım koşulları ve hizmetin sunuluş biçimi ayrı ayrı incelenebilir. Örneğin, hekim hastanın tedavi tercihlerini dinlemek ve seçenekleri açıklamakla yükümlü olabilir; ancak hastanın talep ettiği müdahalenin hukuka uygunluğu ayrıca değerlendirilmelidir.

Ötenazi tartışmalarında hekimlerin rolü, mevcut hukuki yükümlülükler ve mesleki etik ilkeler çerçevesinde ele alınmalıdır. Hastanın talebinin bulunması, hekimin her türlü müdahaleyi gerçekleştirmek zorunda olduğu anlamına gelmez. Bu nedenle hastanın hakları ile sağlık çalışanlarının hukuki ve mesleki yükümlülükleri birlikte değerlendirilmelidir.

17. Hekimlerin Vicdani Ret İddiaları ve Hukuki Sınırları

Vicdani ret, sağlık çalışanının etik veya inançsal gerekçelerle belirli bir müdahaleye katılmak istememesi bağlamında tartışılabilir. Bununla birlikte bu kavramın hukuki kapsamı bütün sağlık hizmetlerinde aynı değildir; uygulanabilirlik, ilgili mevzuata, mesleki yükümlülüklere ve hastanın durumuna göre değerlendirilmelidir.

Hekimin kişisel kanaatleri ile hastanın hukuken tanınmış hakları arasında çatışma ortaya çıktığında, hastanın gerekli sağlık hizmetlerine erişiminin kesintiye uğramaması önemlidir. Bu nedenle vicdani ret mekanizmasının düzenlenmesi düşünülüyorsa, hastanın bakımının devamını ve uygun sağlık hizmetine erişimini koruyacak usuller de belirlenmelidir.

Komisyon, vicdani ret iddiasının nasıl bildirileceğini, acil durumlarda hangi yükümlülüklerin devam edeceğini ve hastanın başka bir sağlık çalışanına yönlendirilmesinin nasıl sağlanacağını tartışabilir. Örneğin, bir sağlık çalışanının belirli bir müdahaleye katılmak istemediği durumda hastanın hukuken tanınmış diğer sağlık hizmetlerine erişiminin aksamamasını sağlayacak bir süreç oluşturulabilir. Ancak bu tür düzenleme önerileri, yürürlükteki hukuki durumdan ayrı biçimde ele alınmalıdır.

18. Hekimin Mesleki Kanaati ile Hastanın Tercihleri Arasındaki Çatışma

Sağlık hizmetlerinde hastanın tercihleri ile hekimin klinik değerlendirmesi her zaman aynı yönde olmayabilir. Hekim, tıbbi seçeneklerin yararlarını ve risklerini açıklamakla yükümlüyken hastanın kararları da yürürlükteki hasta hakları çerçevesinde değerlendirilmelidir.

Bu tür çatışmalarda öncelikle tarafların yeterli bilgiye sahip olup olmadığı ve hastanın ilgili karar bakımından karar verme kapasitesinin bulunup bulunmadığı incelenmelidir. Gerektiğinde ikinci tıbbi görüş, etik danışmanlık ve uygun hukuki başvuru mekanizmaları devreye girebilir. Örneğin, hasta belirli bir tedaviyi reddederken hekim bu tedavinin yararlı olacağını düşünüyorsa tarafların bilgilendirilmiş karar sürecini, tıbbi gerekçeleri ve hukuki hakları açıklığa kavuşturması gerekir.

Ötenazi tartışmalarında hekimin mesleki kanaati, hastanın bireysel özerkliği ve yürürlükteki hukuk arasındaki ilişki özellikle hassastır. Bu nedenle hiçbir tarafın görüşü tek başına bütün hukuki meseleleri çözmez; somut olayın özellikleri, tıbbi değerlendirme ve geçerli mevzuat birlikte ele alınmalıdır.

19. Hekimlerin Sorumluluğunda Malpraktis, İhmal ve Mesleki Etik

Terminal dönem sağlık hizmetlerinde alınan kararlar yalnızca sonuçları üzerinden değerlendirilmemelidir. Hekimin tıbbi standartlara uyup uymadığı, hastayı yeterince bilgilendirip bilgilendirmediği ve gerekli bakım hizmetlerini sağlayıp sağlamadığı da incelenmelidir.

Malpraktis, komplikasyon ve hukuka uygun tedavi sınırlaması birbirinden farklı kavramlardır. Tıbbi sonucun olumsuz olması, tek başına mesleki kusur bulunduğunu göstermez; aynı şekilde hastanın onamının alınması da hekimin bütün sorumluluklarını ortadan kaldırmaz. Örneğin, hastanın bakım ihtiyaçlarının ihmal edilmesi ile uygun standartlarda sunulan palyatif bakım sırasında beklenmeyen bir komplikasyon meydana gelmesi aynı biçimde değerlendirilmemelidir.

Komisyon, terminal dönem bakımında hatalı kararların nasıl inceleneceğini ve etik danışmanlığın bu süreçte nasıl bir rol oynayabileceğini değerlendirebilir. İdari, hukuki ve mesleki süreçlerin birbirinden ayrılması, sorumluluğun doğru belirlenmesi ve hasta haklarının korunması açısından önem taşımaktadır.

20. Sağlık Çalışanlarının Psikolojik ve Mesleki Destek İhtiyacı

Terminal dönemdeki hastalarla çalışan sağlık personeli, zor klinik kararlar ve etik ikilemlerle karşılaşabilir. Bu durum hekimler, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları üzerinde mesleki ve psikolojik yük oluşturabilir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının desteklenmesi, yalnızca çalışanların iyilik hâli açısından değil, sağlık hizmetlerinin niteliği ve hasta güvenliği bakımından da önemlidir.

Sağlık kuruluşlarının etik danışmanlık, meslek içi eğitim ve ekipler arası değerlendirme imkânları sunması, kararların daha sistematik biçimde alınmasına yardımcı olabilir. Örneğin, terminal dönem bakımına ilişkin karmaşık bir vakada sağlık ekibinin düzenli vaka değerlendirmesi yapması ve etik danışmanlık alması, kararların gerekçelerinin kayıt altına alınmasını kolaylaştırabilir.

Komisyon, sağlık çalışanlarının karar süreçlerinde yalnız bırakılmaması ile nihai sorumluluğun belirsizleşmemesi arasında nasıl bir denge kurulabileceğini tartışabilir. Bu kapsamda danışmanlık mekanizmalarının mesleki kararları desteklemesi, ancak sağlık çalışanlarının ve kurumların hukuki sorumluluklarını kendiliğinden ortadan kaldırmaması gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır.

V. ÖNCEDEN BEYAN EDİLEN TIBBİ DİREKTİFLER VE HASTA HAKLARI

21. Önceden Beyan Edilen Tıbbi Direktiflerin Tanımı

Önceden beyan edilen tıbbi direktifler, kişinin gelecekte karar verme kapasitesini kaybetmesi ihtimaline karşı tedavi tercihlerini önceden ifade etmesini sağlayan belgeler veya beyanlar olarak tanımlanabilir. Bu tür direktifler, bazı hukuk sistemlerinde yaşamın son dönemindeki tıbbi kararların değerlendirilmesinde önemli bir rol oynar.

Direktiflerin hukuki etkisi ülkeden ülkeye değişmektedir. Bir ülkede belirli koşullarda bağlayıcı kabul edilen bir belge, başka bir hukuk sisteminde aynı sonuçları doğurmayabilir. Örneğin, bir kişi gelecekte karar verme kapasitesini kaybetmesi ihtimaline karşı belirli tedavi tercihlerini yazılı olarak açıklamak isteyebilir; ancak bu beyanın hangi hukuki sonuçları doğuracağı, ilgili ülkenin mevzuatına bağlıdır.

Komisyon, Türkiye'de önceden beyan edilen tıbbi direktiflere ilişkin bir sistem oluşturulmasını değerlendiriyorsa belgenin şekil şartlarını, kapsamını, güncellenmesini ve kişinin daha sonra fikrini değiştirmesi hâlinde uygulanacak yöntemi inceleyebilir. Bu

değerlendirme yapılırken mevcut hasta hakları düzenlemeleri ile yeni bir hukuki düzenleme gerektirebilecek hususlar birbirinden ayrılmalıdır.

22. Önceden Beyan Edilen Tıbbi Direktiflerin Geçerlilik Şartları

Önceden beyan edilen tıbbi direktiflerin güvenilir biçimde değerlendirilebilmesi için kişinin karar verme kapasitesi, yeterli bilgilendirilmesi ve iradesinin özgür olması gibi hususlar önem taşır. Belgenin hangi biçimde hazırlanacağı ve nasıl doğrulanacağı da hukuki güvenlik açısından değerlendirilmelidir.

Direktifin kapsamının açık olması da gereklidir. Genel ifadeler içeren bir beyanın belirli bir klinik durumla nasıl ilişkilendirileceği konusunda anlaşmazlıklar ortaya çıkabilir. Örneğin, kişinin belirli bir tedaviyi reddettiğini belirten bir belgenin, kişi daha sonra karar verme kapasitesini kaybettiğinde nasıl değerlendirileceği; belgenin kapsamına, klinik koşullara ve geçerli hukuk kurallarına bağlıdır.

Türkiye'de böyle bir sistemin geliştirilmesi öneriliyorsa, mevcut mevzuatta tanınan hasta hakları ile yeni bir hukuki düzenlemeye ihtiyaç duyabilecek hususlar açıkça ayrılmalıdır. Ayrıca bir belgeye "vasiyetname" adının verilmesi, onun kendiliğinden miras hukukundaki vasiyetnameyle aynı hukuki niteliğe sahip olduğu anlamına gelmez. Bu nedenle belgenin hukuki niteliği ve doğuracağı sonuçlar düzenlemede açıkça belirlenmelidir.

23. Karar Verme Kapasitesi Olmayan Hastalarda Tedavi Kararları

Bir hastanın karar verme kapasitesinin bulunmaması, sağlık hizmeti sunumunda daha dikkatli bir değerlendirme yapılmasını gerektirir. Karar verme kapasitesi, kişinin durumuna ve belirli kararı anlayıp değerlendirebilme yeterliliğine göre incelenmelidir. Yalnızca hastalık tanısı veya yaş üzerinden otomatik bir sonuca varılması uygun değildir.

Bu tür durumlarda hastanın daha önce açıkladığı tercihleri, yasal temsilcilik düzenlemeleri, klinik gereklilikler ve ilgili mevzuat birlikte dikkate alınabilir. Aile üyelerinin görüşleri önemli olmakla birlikte, bu görüşlerin hukuki statüsü ve karar sürecindeki ağırlığı her durumda aynı olmayabilir. Örneğin, bilinci kapalı bir hastanın daha önce açıkladığı tedavi tercihleri ile ailesinin talepleri arasında farklılık bulunması hâlinde karar süreci, hastanın iradesi ve geçerli hukuk kuralları doğrultusunda yürütülmelidir.

Komisyon, karar verme kapasitesi bulunmayan hastalar için bağımsız değerlendirme, kayıt tutma ve gerektiğinde etik danışmanlık mekanizmalarını tartışabilir. Bu mekanizmaların temel amacı, hastanın haklarını korurken tıbbi kararların hukuka uygun ve denetlenebilir biçimde alınmasını sağlamaktır.

24. Aile Üyelerinin Rolü ve Hastanın Önceden Açıklanmış İradesi

Terminal dönemdeki hastaların tedavisine ilişkin kararlar, hasta yakınları ile sağlık ekibi arasında görüş ayrılıklarına yol açabilir. Bu nedenle aile üyelerinin bilgilendirilmesi ve bakım

sürecine uygun biçimde katılması önemlidir. Bununla birlikte hastanın kendi iradesi ve hukuki hakları da karar sürecinde dikkate alınmalıdır.

Hastanın karar verme kapasitesi bulunduğunda kendi tercihleri temel önem taşır. Karar verme kapasitesinin bulunmadığı durumlarda ise hastanın daha önce açıkladığı tercihler, temsil yetkisi ve ilgili hukuk kuralları değerlendirilmelidir. Aile üyelerinin görüşleri her durumda hastanın iradesinin yerine geçmez. Örneğin, hastanın önceden açıkladığı tedavi tercihleri ile aile üyelerinin talepleri çeliştiğinde, hastanın karar verme kapasitesi ve önceki beyanlarının hukuki statüsü dikkatle incelenmelidir.

Komisyon, ailelerin karar sürecine nasıl katılacağını ve görüş ayrılıklarının hangi usullerle çözüleceğini değerlendirebilir. Bu tür anlaşmazlıkların gerektiğinde klinik değerlendirme, etik danışmanlık ve uygun hukuki başvuru mekanizmaları aracılığıyla ele alınması, karar sürecinin daha öngörülebilir olmasına katkı sağlayabilir.

25. Tıbbi Kayıtlar, Onam Belgeleri ve Hukuki Denetlenebilirlik

Sağlık hizmetlerinde tıbbi kayıtların düzenli tutulması, hastanın tercihlerini ve sağlık ekibinin kararlarını sonradan değerlendirebilmek açısından önemlidir. Özellikle terminal dönem bakımında tedavi seçeneklerinin açıklanması, hastanın tercihleri ve klinik değerlendirmelerin kayıt altına alınması hukuki güvenliği ve sağlık hizmetinin sürekliliğini destekler.

Kayıtların doğru tutulması yalnızca olası uyuşmazlıkların çözümü için değil, sağlık hizmetinin farklı aşamalarında görev alan kişilerin aynı bilgilere uygun biçimde ulaşabilmesi açısından da önem taşır. Bununla birlikte hasta bilgilerinin gizliliği korunmalı ve verilere yalnızca hukuken yetkili kişiler tarafından erişilmelidir.

Komisyon, önceden beyan edilen tıbbi direktiflerin elektronik sağlık kayıtlarıyla ilişkilendirilmesini ve bu belgelerin güncelliğinin nasıl doğrulanacağını tartışabilir. Örneğin, hastanın daha önce açıkladığı tedavi tercihinin sağlık kayıtlarında uygun biçimde yer alması, hastanın karar verme kapasitesini kaybettiği bir durumda sağlık ekibinin değerlendirmesine yardımcı olabilir. Böyle bir sistemin kurulması hâlinde veri güvenliği, erişim yetkileri ve kayıtların güncellenmesi de açık biçimde düzenlenmelidir.

VI. PALYATİF BAKIM, ULUSLARARASI UYGULAMALAR VE OLASI REFORMLAR

26. Palyatif Bakımın Hukuki ve Etik Boyutu

Palyatif bakım, ciddi hastalıklarla yaşayan kişilerin ağrı ve diğer belirtilerinin azaltılmasını, yaşam kalitesinin desteklenmesini ve hasta ile ailesinin ihtiyaçlarının karşılanmasını amaçlayan bir sağlık hizmetidir. Bu yaklaşım yalnızca yaşamın son günleriyle sınırlı olmayıp hastalığın farklı aşamalarında uygulanabilir.

Palyatif bakım, ötenaziden farklı bir amaca sahiptir. Temel hedef yaşamı doğrudan sona erdirmek değil, hastanın yaşam kalitesini ve rahatlığını desteklemektir. Bu nedenle terminal dönemdeki hastaların bakım seçenekleri değerlendirilirken palyatif hizmetlerin erişilebilirliği önem taşır. Örneğin, iyileştirici tedavilerden yeterli yarar görmeyen bir hastaya ağrı yönetimi, psikolojik destek ve ailesine yönelik danışmanlık sağlanması, yaşamın son dönemindeki bakımın önemli bir parçasını oluşturabilir.

Komisyon, palyatif bakımın sağlık sisteminde nasıl güçlendirilebileceğini, bölgesel erişim farklılıklarını ve sağlık çalışanlarının eğitim ihtiyacını ele alabilir. Hastanın tedavi tercihleri değerlendirilirken uygun bakım seçeneklerinin sunulması, hem hasta haklarının korunması hem de kararların yeterli bilgiye dayanması açısından önemlidir.

27. Türkiye'de Palyatif Bakım Hizmetlerinin Geliştirilmesi

Türkiye'de palyatif bakım hizmetleri, ciddi ve yaşamı sınırlayan hastalıklarla yaşayan kişilerin ihtiyaçlarının karşılanması bakımından önemli bir sağlık politikası alanıdır. Bu hizmetlerin değerlendirilmesinde yalnızca hastane kapasitesi değil, evde bakım, aile desteği, ağrı yönetimi ve farklı sağlık hizmetleri arasındaki koordinasyon da dikkate alınmalıdır.

Palyatif bakımın erişilebilirliği, terminal dönemdeki hastaların tedavi seçenekleri hakkında daha bilinçli karar verebilmesine katkı sağlayabilir. Bununla birlikte hizmetlerin hangi ölçüde yeterli olduğu değerlendirilirken güncel resmî veriler, bölgesel farklılıklar ve sunulan sağlık hizmetlerinin niteliği incelenmelidir. Örneğin, büyük hastanelerin dışındaki bölgelerde palyatif bakım hizmetlerine erişimin sınırlı olduğu belirlenirse bölgesel hizmet planlamasının ve evde bakım bağlantılarının geliştirilmesi gündeme alınabilir.

Komisyon, palyatif bakımın yaygınlaştırılması için sağlık personelinin eğitimi, hizmet standartları, finansman ve evde bakım bağlantılarının güçlendirilmesini politika önerileri kapsamında değerlendirebilir. Bu yaklaşım, hastaların ihtiyaçlarının karşılanmasıyla sağlık hizmetlerinin hukuki ve etik standartlarının korunmasını birlikte hedeflemektedir.

28. Ötenaziye İzin Veren Ülkelerdeki Hukuki Modeller

Bazı ülkeler ötenaziye veya hekim destekli yaşam sonu uygulamalarına belirli koşullarla izin verirken bazıları bu uygulamaları yasaklamaktadır. İzin verilen sistemlerde uygunluk ölçütleri, bağımsız değerlendirme, raporlama ve denetim gibi farklı güvence mekanizmaları bulunabilir. Bununla birlikte bu mekanizmaların kapsamı ve uygulamadaki etkisi ülkelerin mevzuatlarına göre değişmektedir.

Ülkeler arasındaki farklılıklar, tek bir modelin her hukuk sisteminde aynı sonucu doğuracağı anlamına gelmez. Anayasal düzen, ceza hukuku, sağlık sistemi, hasta hakları ve toplumsal koşullar birlikte değerlendirilmelidir. Örneğin, bir ülkede belirli koşullarda izin verilen bir uygulamanın Türkiye'de de uygulanabilmesi için yalnızca yabancı ülke örneğinin gösterilmesi yeterli değildir; Türkiye'nin anayasal ve yasal çerçevesinin ayrıca incelenmesi gerekir.

Komisyon, karşılaştırmalı hukuk incelemesinde yalnızca izin veren ülkelerin düzenlemelerini değil, uygulamaların nasıl denetlendiğini ve bu sistemlerde hangi hukuki veya etik sorunların tartışıldığını da değerlendirmelidir. Ülkelerin güncel mevzuatları değişebileceğinden, karşılaştırma yapılırken birincil resmî kaynakların esas alınması önem taşır.

29. Uluslararası İnsan Hakları Hukuku ve Ötenazi Tartışması

Uluslararası insan hakları hukukunda yaşam hakkı, özel hayata saygı, insan onuru ve ayrımcılığın önlenmesi gibi ilkeler, yaşamın son dönemindeki sağlık hizmetlerine ilişkin tartışmalarda önem taşır. Bu haklar arasında ortaya çıkabilecek gerilimler, somut olayın özellikleri ve ilgili hukuki metinler çerçevesinde değerlendirilmelidir.

Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 2. maddesi yaşam hakkını, 8. maddesi ise özel ve aile hayatına saygı hakkını düzenler. Bu hükümler ötenazi konusunda aynı anlama gelmez. Devletin yaşamı koruma yükümlülüğü ile bireysel özerkliğe ilişkin iddiaların nasıl dengeleneceği, ilgili hukuki metinler ve mahkeme kararları doğrultusunda ayrıca değerlendirilmelidir.

Komisyon, uluslararası kararları incelerken bir mahkemenin belirli bir konuda verdiği kararın kapsamını aşan genellemelerden kaçınmalıdır. Örneğin, bir uluslararası mahkemenin hastanın özel hayatına ilişkin değerlendirmesi, tek başına ötenazinin bütün ülkelerde yasal olması gerektiği sonucunu doğurmaz. Bu nedenle kararın hangi ülkeye, hangi olaya ve hangi hukuki soruya ilişkin olduğunun açıkça belirtilmesi gerekir.

30. Sağlık Hizmetlerinde Adalet, Eşitlik ve Kaynak Dağılımı

Sağlık hizmetlerinde adalet, hastaların ekonomik durumları, yaşları, engellilikleri veya sosyal konumları nedeniyle ayrımcılığa uğramamasını gerektirir. Terminal dönemdeki hastaların bakım hizmetlerine erişimi de bu ilke kapsamında değerlendirilmelidir.

Ötenazi ve yaşamın son dönemindeki kararlar tartışılırken sağlık hizmetlerinin maliyeti veya bakım yükü, hastanın yaşamının değerini belirleyen ölçütler hâline getirilmemelidir. Kaynakların sınırlı olması önemli bir sağlık politikası meselesi olmakla birlikte, bu konu bireylerin haklarının korunması ve sağlık hizmetlerine eşit erişim ilkesiyle birlikte ele alınmalıdır. Örneğin, bakım hizmetlerinin yetersizliği nedeniyle hastaların gerekli desteği alamaması, yalnızca bireysel tercihler üzerinden değil, sağlık sistemindeki kaynak dağılımı ve hizmet planlaması açısından da incelenmelidir.

Komisyon, palyatif bakımın finansmanı, evde bakım hizmetleri, sosyal destek mekanizmaları ve sağlık hizmetlerine eşit erişim konularını tartışabilir. Böylece yaşamın son dönemindeki kararların yalnızca bireysel tercihler üzerinden değil, bu tercihlerin gerçekleştiği sosyal ve sağlık sistemi koşulları üzerinden de değerlendirilmesi mümkün olacaktır.

31. Yaşamın Son Döneminde Kararların Bağımsız Değerlendirilmesi

Terminal dönemdeki hastaların tedavi tercihleri, klinik durumları ve karar verme kapasiteleri bakımından dikkatli değerlendirme gerektirebilir. Bağımsız değerlendirme mekanizmaları, hastanın iradesinin doğru anlaşılmasına ve olası baskıların belirlenmesine yardımcı olabilir.

Böyle bir sistemin tasarlanması hâlinde hangi durumlarda ikinci tıbbi görüş alınacağı, etik danışmanlığın ne zaman devreye gireceği ve kararların nasıl kayıt altına alınacağı açıkça belirlenmelidir. Örneğin, terminal dönemdeki bir hastanın tedavi tercihi hakkında ciddi görüş ayrılığı ortaya çıktığında bağımsız bir klinik görüş ve etik danışmanlık alınması, karar sürecindeki belirsizliklerin giderilmesine yardımcı olabilir.

Komisyon, bağımsız değerlendirme mekanizmalarını hasta haklarının korunması, sağlık çalışanlarının hukuki güvenliği ve kararların denetlenebilirliği açısından ele alabilir. Bununla birlikte bu mekanizmaların hangi kararlar için zorunlu olacağı ve hangi yetkilere sahip olacağı, mevcut hukuki çerçeve ve önerilen düzenlemenin kapsamına göre açıkça belirlenmelidir.

32. Sağlık Kuruluşlarında Şeffaflık ve Kararların Kayıt Altına Alınması

Yaşamın son dönemine ilişkin tıbbi kararların kayıt altına alınması, sağlık hizmetinin sürekliliği ve hukuki denetlenebilirlik açısından önem taşır. Hastanın tercihleri, bilgilendirme süreci, klinik değerlendirmeler ve ilgili uzman görüşleri uygun biçimde kaydedildiğinde daha sonra ortaya çıkabilecek anlaşmazlıkların incelenmesi kolaylaşabilir.

Şeffaflık, kişisel sağlık bilgilerinin sınırsız biçimde paylaşılması anlamına gelmez. Hasta mahremiyeti ve kişisel verilerin korunması, kayıtların tutulması ve bu kayıtlara erişilmesi sırasında gözetilmelidir. Örneğin, hastanın tedavi tercihleriyle ilgili görüşmelerin ve klinik değerlendirmelerin uygun biçimde kaydedilmesi, daha sonra ortaya çıkan bir anlaşmazlığın incelenmesine yardımcı olabilir.

Komisyon, terminal dönem kararlarında standart kayıt formlarının, elektronik sağlık kayıtlarının ve denetim prosedürlerinin geliştirilmesini tartışabilir. Bu araçların amacı, alınan kararların otomatik olarak doğru kabul edilmesini sağlamak değil, karar sürecinin izlenebilir ve incelenebilir olmasına katkıda bulunmaktır.

33. Olası Yasal Reformlar ve Düzenleme Seçenekleri

Ötenazi ve terminal dönem sağlık hizmetleri alanındaki reform tartışmalarında, mevcut mevzuatın uygulanması ile yeni bir hukuki model geliştirilmesi seçenekleri birbirinden ayrılmalıdır. Türkiye'de ötenazinin hukuki statüsü mevcut mevzuat çerçevesinde değerlendirilirken yeni bir düzenleme önerisinin anayasal ve ceza hukuku bakımından doğurabileceği sonuçlar ayrıca incelenmelidir.

Olası reform başlıkları arasında önceden beyan edilen tıbbi direktiflerin hukuki statüsünün açıklığa kavuşturulması, hastane etik komitelerinin görevlerinin belirlenmesi, palyatif bakım hizmetlerinin güçlendirilmesi ve terminal dönem kararlarında kayıt standartlarının

geliştirilmesi yer alabilir. Bu öneriler, ötenaziye izin verilmesinden bağımsız olarak hasta haklarının korunmasına ve sağlık hizmetlerinin niteliğinin artırılmasına yönelik düzenlemeler şeklinde ele alınabilir.

Üst Biyoetik Kurulu kurulması önerisi de bu kapsamda değerlendirilebilir. Ancak kurulun yalnızca danışmanlık mı vereceği yoksa bağlayıcı karar yetkisine mi sahip olacağı açıkça belirlenmelidir. Örneğin, yeni bir düzenleme terminal dönem bakımında etik danışmanlığın ve önceden beyan edilen tedavi tercihlerinin nasıl değerlendirileceğini açıklığa kavuşturabilir; ancak böyle bir düzenleme, tek başına ötenaziye izin verilmesiyle aynı hukuki değişiklik değildir.

34. Daha Güçlü Hasta Hakları mı, Daha Geniş Bireysel Özerklik mi?

Bu başlık, hasta haklarının güçlendirilmesi ile bireysel özerkliğin kapsamının genişletilmesi arasındaki ilişkiyi tartışmaya açmaktadır. Hasta haklarının güçlendirilmesi; bilgilendirilme, sağlık hizmetlerine erişim, mahremiyet ve karar süreçlerine katılım gibi alanları kapsar. Bireysel özerklik ise kişinin kendi sağlık kararlarını verme yetkisinin kapsamıyla ilgilidir.

Bu iki yaklaşım birbiriyle bağlantılı olmakla birlikte tamamen aynı değildir. Hastanın tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgiye sahip olması, gerekli bakım hizmetlerine erişebilmesi ve baskıdan uzak karar verebilmesi, özerkliğin gerçek anlamda kullanılmasına katkı sağlar. Örneğin, palyatif bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması ve hastaların tedavi seçenekleri konusunda daha iyi bilgilendirilmesi, bireysel kararların daha sağlıklı koşullarda alınmasına yardımcı olabilir.

Komisyon, hasta haklarının güçlendirilmesinin hangi sorunları mevcut hukuk içinde çözebileceğini ve hangi konuların yeni bir hukuki düzenleme gerektirebileceğini değerlendirebilir. Bu değerlendirmede yaşam hakkı, insan onuru, bireysel özerklik ve savunmasız kişilerin korunması ilkelerinin birlikte ele alınması önem taşımaktadır.

35. Ulusal Biyoetik Politikası ve Sağlık Denetim Sisteminin Güçlendirilmesi

Ulusal biyoetik politikası, sağlık hizmetlerinde karşılaşılan etik sorunlara ilişkin ortak ilkeler ve uygulama standartları geliştirmeyi amaçlayabilir. Böyle bir yaklaşımın yalnızca ötenazi tartışmasına odaklanmak yerine hasta hakları, palyatif bakım, önceden beyan edilen tedavi tercihleri ve sağlık çalışanlarının mesleki sorumluluklarını da kapsaması mümkündür.

Politikanın uygulanabilir olması için görevli kurumların yetkileri, denetim süreçleri, etik danışmanlık mekanizmaları ve hasta haklarının korunmasına yönelik usuller açıkça belirlenmelidir. Ayrıca düzenlemelerin sağlık çalışanları, hastalar ve hasta yakınları açısından anlaşılır olması ve uygulamada tutarlılık sağlaması önem taşır.

Komisyon, gelecekte oluşturulabilecek ulusal biyoetik politikasının temel ilkelerini tartışabilir. Bu çerçevede yaşam hakkı, bireysel özerklik, insan onuru, eşitlik, hukuki güvenlik ve sağlık hizmetlerine erişim birlikte değerlendirilmelidir. Örneğin, ulusal bir biyoetik

politikası hastane etik komiteleri için ortak çalışma ilkeleri geliştirebilir, palyatif bakım hizmetlerinin güçlendirilmesini destekleyebilir ve önceden beyan edilen tedavi tercihlerinin değerlendirilmesine yönelik rehberler hazırlanmasını sağlayabilir.

Gündem Maddesine Dair Cevaplanması Gereken Sorular

1. Ötenazi kavramı ile terminal dönemdeki bir hastanın belirli bir tıbbi tedaviyi reddetmesi veya tıbben yararsız görülen bir tedavinin sonlandırılması hukuki açıdan aynı kategoriye girer mi?

2. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 17. maddesi ve Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 13. maddesi çerçevesinde Türkiye'de ötenazinin hukuki statüsü nedir?

3. Aktif ötenazi, pasif ötenazi ve hekim destekli intihar kavramları arasındaki temel farklar nelerdir ve bu uygulamaların hukuki sonuçları nasıl ayrıştırılmalıdır?

4. Terminal dönemdeki bir hastanın karar verme kapasitesi ile devletin yaşama hakkını koruma yükümlülüğü arasında nasıl bir hukuki ve etik denge kurulmalıdır?

5. Bireysel özerklik ilkesi hastaya kendi bedeni ve yaşamı hakkında sınırsız bir karar verme yetkisi tanır mı, yoksa bu yetki sağlık çalışanlarının mesleki yükümlülükleri ve yürürlükteki hukukla sınırlı mıdır?

6. Ötenazi tartışmalarında yaşlılar, engelli bireyler ve sosyal desteği sınırlı olan savunmasız grupların korunması ile ayrımcılığın önlenmesi açısından hangi güvenceler gereklidir?

7. Sağlık Bakanlığı bünyesinde bir Üst Biyoetik Kurulu kurulması önerisi hangi amaçlara hizmet eder ve bu kurulun danışmanlık rolü ile bağlayıcı karar yetkisi arasındaki hukuki sınır nasıl çizilmelidir?

8. Hastane etik komitelerinin görevleri ve sorumlulukları nelerdir; bu komitelerin görüşleri yürürlükteki hukuki yükümlülüklerin ve mahkeme kararlarının yerini alabilir mi?

9. Hekimlerin vicdani ret iddiaları ve hukuki sınırları değerlendirilirken, hastanın gerekli sağlık hizmetlerine ve acil bakıma kesintisiz erişimi nasıl güvence altına alınmalıdır?

10. Önceden beyan edilen tıbbi direktiflerin tanımı nedir ve kişinin gelecekte karar verme kapasitesini kaybetmesi durumunda bu belgelerin geçerlilik şartları ile hukuki bağlayıcılığı nasıl belirlenmelidir?

11. Karar verme kapasitesi bulunmayan terminal dönem hastalarında tedavi kararları alınırken hastanın önceki tercihleri, yasal temsilciler ve aile üyelerinin rolü hukuki açıdan nasıl dengelenmelidir?

12. Palyatif bakım hizmetlerinin hukuki ve etik boyutu göz önüne alındığında, bu hizmetlerin yaygınlaştırılması ötenazi tartışmaları ve terminal dönem bakım kalitesi açısından neden kritik önem taşır?

13. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi'nin 2. (yaşam hakkı) ve 8. (özel ve aile hayatına saygı) maddeleri ötenazi tartışmaları karşısında devletlere hangi yükümlülükleri yüklemektedir?

14. Sağlık hizmetlerinde kaynak dağılımı, adalet ve eşitlik ilkeleri bağlamında, maliyet veya bakım yükü argümanlarının hastaların yaşam değerini etkilemesi nasıl önlenebilir?

15. Türkiye'de yaşamın son dönemi ve ötenazi ekseninde olası yasal reformlar tartışılırken, mevcut mevzuatın uygulanması ile yeni hukuki modellerin (önceden beyan edilen direktifler, biyoetik kurullar vb.) getirilmesi nasıl ayrıştırılmalıdır?

KAYNAKÇA

I. Ulusal Mevzuat

- Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. Kanun No. 2709, özellikle Madde 17.

- Hasta Hakları Yönetmeliği. 1 Ağustos 1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete, özellikle Madde 13 ve hasta haklarına ilişkin diğer hükümler.
- Türk Ceza Kanunu. Kanun No. 5237. 12 Ekim 2004 tarihli ve 25611 sayılı Resmî Gazete.
- Türk Medeni Kanunu. Kanun No. 4721. 8 Aralık 2001 tarihli ve 24607 sayılı Resmî Gazete.
- Özel Sağlık Tesislerinin Denetimi Hakkında Yönetmelik. 17 Kasım 2023 tarihli ve 32372 sayılı Resmî Gazete.
- Türk Tabipleri Birliği. Hekimlik Meslek Etiği Kuralları. Türk Tabipleri Birliği.

II. Uluslararası Sözleşmeler ve Bildirgeler

- Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi. Özellikle Madde 2 (Yaşam hakkı) ve Madde 8 (Özel ve aile hayatına saygı hakkı).
- Birleşmiş Milletler. Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşme. 2006.
- UNESCO. Universal Declaration on Bioethics and Human Rights (Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi). 2005.

III. Uluslararası Meslek Etiği ve Sağlık Kaynakları

- World Medical Association (WMA). WMA Declaration on Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. 2019.
- World Health Organization (WHO). Palliative Care. 2020.
- World Health Organization (WHO). Strengthening of Palliative Care as a Component of Comprehensive Care Throughout the Life Course. Dünya Sağlık Asamblesi, Karar WHA67.19, 2014.
- World Medical Association (WMA). Yaşamın son dönemindeki bakım ve hekimlerin mesleki etik yükümlülüklerine ilişkin politika belgeleri.

IV. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Mesleki Sorumluluk Kaynakları

- T.C. Sağlık Bakanlığı. Palyatif bakım hizmetlerine ilişkin resmî yayınlar ve bilgilendirme dokümanları.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Hukuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Meslek Mensuplarının Hukuki Sorumluluk Haritası Rehberi. Yayın yılı ve baskı bilgisi, resmî nüsha üzerinden doğrulanmalıdır.

V. Resmî İnternet Kaynakları

- Mevzuat Bilgi Sistemi. https://www.mevzuat.gov.tr
- Türkiye Büyük Millet Meclisi. https://www.tbmm.gov.tr
- T.C. Sağlık Bakanlığı. https://www.saglik.gov.tr
- Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi. https://www.echr.coe.int
- Birleşmiş Milletler İnsan Hakları Yüksek Komiserliği. https://www.ohchr.org
- Birleşmiş Milletler Antlaşmalar Koleksiyonu. https://treaties.un.org

- Dünya Sağlık Örgütü. https://www.who.int
- Dünya Tabipler Birliği. https://www.wma.net
- Türk Tabipleri Birliği. https://www.ttb.org.tr