

# UTANÇ VERİCİ OLANI MEŞRULAŞTIRMAK: YAŞAMIN SON DÖNEMİNE ETİK YAKLAŞIMI VE ÖLÜMÜN EKONOMİ-POLİTİĞİ\*

Miran EPSTEIN

**Özet:** Bu makale, biyoetiğin politik açıdan en duyarlı ve entelektüel açıdan en çok ihmal edilmiş konularından birini, yaşamın son dönemine etik yaklaşımının tarihsel gelişimi ile yaşam ve ölümün ekonomi-politiği arasındaki ilişkiyi incelemektedir. Genel kabullenişin aksine, ekonomik etmenler, günümüzde yaşamın son dönemine dair etik yaklaşımının evrildiği koşullar arasında giderek daha fazla yer edinmektedir. Bu saptama, etiğin kendisi tarafından ileri sürülen felsefi gerekçelendirmeleri çürütmese de, onun toplumsal işlevi üzerine yeni bir ışık tutabilir.

**Anahtar sözcükler:** yüke dönüşen hayat, ötanazi, hegemonya, tarih, ideoloji, ekonomi-politik, söylenmemiş argüman

## *Legitimizing the Shameful: End-of-Life Ethics and The Political Economy of Death*

**Abstract:** This paper explores one of the most politically sensitive and intellectually neglected issues in bioethics - the interface between the history of contemporary end-of-life ethics and the economics of life and death. It suggests that contrary to general belief, economic impulses have increasingly become part of the conditions in which contemporary end-of-life ethics continues to evolve. Although this conclusion does not refute the philosophical justifications provided by the ethics for itself, it may cast new light upon its social role.

**Key words:** burdensome life, euthanasia, hegemony, history, ideology, political economy, unspoken argument

### Giriş

13 Ocak 2004'te Dr. Harold Shipman yaşamına son verdi. Britanya medyasının bu olaya tepkisi genel olarak sınırlıydı. En az 215 hastasının yaşamını sonlandırdığına inanılan Britanyalı hekimin ölümü arkasından hiç kimse gerçek bir kedere bürünmediyse de, çoğunluk cezaevindeki gardiyanlar hakkında soruşturma açılması gerektiğinde hemfikirli. Ancak *The Daily Express* gazetesi buna bir istisna oluşturdu. Olay sonrası tepkisi neşe doluydu. Bu duygusal tepkinin en iyi ifadeyle Britanya medyasını temsil etmediği söylenebilirse de, okuyucularına kamu önünde daha önce açıklanmamış bir bilgi sunuyordu. Tony Brooks tarafından kaleme alınan "Kendisini öldürerek nasıl yüzbinlerce insanı kurtardı?" isimli makalede şöyle deniyordu:

"Şeytani Harold Shipman'ın ölümü vergi mükelleflerini 600.000 poundluk cezaevi ve mahkeme masraflarından koruyacak. Eğer 70 yaşına dek

yaşasaydı, ki bal gibi de yaşardı, parmaklıklar ardında 12 yıl daha geçirecekti ve bu kamu cüzdanından büyük miktarlar götürecek. Rakamlar bir hükümlüyü Wakefield gibi yüksek güvenli bir cezaevinde tutmanın yıllık masrafının 44.000 pound olduğunu gösteriyor. Günlük 120 pounda karşılık gelen bu miktar, lüks bir otel odasıyla eşdeğerde. Ek olarak, hükümlülere haftada 12.5 pound nakit ödeme yapılıyor. Kitle katliamcısı Harold Shipman bu parayı alsaydı, enflasyona göre yapılacak artışları dikkate almasak bile vergi mükelleflerine 12 yılda 7.800 pounda mal olacaktı. Katil doktorun intiharı, aynı zamanda yapmaya hazırlandığı anlaşılacak temyiz başvurusunun yaratacağı büyük maliyetten de kurtulmasını sağladı. Shipman'ı ve Kraliyet'i temsil edecek pahalı avukatlara ödenecek tutarlarla birlikte, ki geniş güvenlik önlemleri ve diğer yan yargılama masraflarından söz bile etmiyorum, temyiz davasının faturası onbinlerce hatta yüzbinlerce poundu bulurdu."<sup>1</sup>

\*Bu makale, *Bioethics* dergisinden alınan izin ile Türkçeye çevrilmiştir.

Makalenin künyesi: Epstein M. Legitimizing the shameful: end-of-life ethics and the political economy of death. *Bioethics* 2007; 21(1):23-31. Çev. M. Murat Civaner. Uludağ Üniv. Tıp Fak, Tıp Tarihi ve Etik AD.

Bu türden bir aritmetik esas alınacaksa, gazetenin neden Shipman'a ulusal ekonomiye daha önce yaptığı katkılar için de teşekkür etmediği sorulabilir. Sonuçta ölümün değeri önerdikleri biçimde belirlenecekse, Shipman yaşlı, kronik hastalığı olan ve herşeyden önce ekonomik açıdan verimli olmayan hastaları öldürerek çok daha fazla para kazandıran biri olarak görülebilir! Belki birileri, toplumun büyük kesiminin 'işe yaramaz' hastaların ölümünü ekonomik açıdan değerlendirmeyi hâlâ utanç verici ve ahlaki açıdan tiksindirici bulmalarını, Express gazetesinin böyle bir tasarruf için Shipman'a teşekkür etmemesinin nedeni olarak gösterebilir. Bununla birlikte, gazeteci ölüme ekonomik açıdan yaklaşımı açık biçimde benimsediği ve pek çok kişi ileri sürdüğü argümanı protesto etme gereksinimi hissetmediği için, Shipman'a teşekkür edilmemesinin çok daha olası nedeni onun pek çok insanın yaşamını onamlarını almadan sonlandırdığı gerçeğidir.

Bu makale, bazı insanların ölüm süreçlerini ekonomik gerekçelerle hızlandırmanın ahlaki açıdan giderek daha kabul edilir bulunuyor olduğu saptamasını başlangıç noktası olarak almakta, neden ve nasıl böyle olduğunu anlamaya çalışmaktadır. Özel olarak, yaşamın son dönemine dair günümüzde geçerli olan etik yaklaşımının bu sürece katkısına odaklanmaktadır. Bu anlamda iki amaca sahiptir. İlki biyoetiğin politik açıdan en duyarlı ve entellektüel açıdan en çok ihmal edilmiş konularından birini, yaşamın son dönemine güncel etik yaklaşımı ile neden bazı yaşamların kurtarmaya değer, diğerlerinin ise değmez olduğunu belirleyen ekonomik iklim arasındaki tarihsel ilişkiyi incelemektir. Makalede; ekonomik baskıların, toplumun yaşamın son dönemine dair hangi etik yaklaşımını benimseyeceğini belirleyen tarihsel koşulların bir parçası olduğu ileri sürülecektir. Daha özel olarak, egemen etik yaklaşımının, diğer özellikleri bir yana, iki karşıt eğilimi barındırdığı savunulmaktadır. Bir yandan, ekonomik baskılar karşısında resmi biçimde sessizdir. Bu yönüyle toplumun büyük kesimi tarafından reddedilir. Diğer yandan, kavramsal yapısı, bu türden baskıları doğrudan yansıtır ya da en azından onları yansıtan kararları meşrulaştırma kapasitesine sahiptir. Güncel etik yaklaşımının, ekonomik dayatmaların toplumun büyük kesimince reddediliyor oluşuna ve hatta belki de hastaların ölümünü hızlandıran diğer etkenlere galip gelişini yansıttığı söylenebilir. Bu anlamda, söz konusu etik yaklaşımı bu türden ekonomik baskıları haklı göstermekte ve onun gerekçelerini onaylamaktadır. Makalenin ikinci

amacı, ilkinin uygulamaya olası yansımalarını değerlendirmektir. Makalede, yaşamın son dönemine dair egemen etik yaklaşımının anlamı ve geçerli toplumsal rolünün, yaşamı bir tür yük sayan ekonomik baskıların nedenlerine ilişkin anlatıya bağlı olduğu belirtilmektedir. Daha genel olarak bu makale, güncel etik yaklaşımının sosyolojisi ve bu nedenle de sosyal tarihinin, yaklaşımın anlamına felsefi gerekçelerinden daha fazla katkıda bulunabileceğini ileri sürmektedir.

### **Yaşamın son dönemine etik yaklaşımının resmi tarihi**

Son otuz yılda iki hakla ilgili politikaların dünya çapında evrildiğine tanık olundu: Karar verme yeterliği olan hastaların kendi ölümlerinin koşullarını denetim altına alma hakkı ile hekimlerin bazen hastalarının ölümlerini kaçınılmaz olarak hızlandırmak konusunda bağımsız davranma imtiyazları. Hastanın 'ölme hakkı' farklı ülkelerde hukuk ve etik açısından farklı görünümde olabilir. Örneğin pek çok ülke karar verme yeterliği olan erişkinlere klinik durumları, prognozları ya da motivasyonlarından bağımsız olarak yaşam kurtarıcı girişimleri reddetme hakkını tanımıştır. Oldukça az sayıda ülke hekim-yardımlı özkıyımı ve aktif gönüllü ötanaziye (sadece hastalar için) yasal kılmakla birlikte, çoğu özkıyımı (herhangi bir kişi için) suç olmaktan çıkarmıştır. Benzer biçimde, tıbbi vasiyet ya da vekil iradesi pek çok ülkede yasallaşmakta ya da en azından bir biçimde bağlayıcı olmaktadır. Yine, bazı özel düzenlemelerin pratiğe tercümesinde farklılıklar olabilese de, hasta isteğini bildirmemişse ve hatta isteği aksi yönde bile hemen her yerde hekime yaşamın son dönemine ilişkin karar alma imtiyazı tanınmaktadır. Genel olarak, hasta öldüğünde, girişim'boşuna' olduğunda ya da hasta için 'en iyi olan'la örtüşmediğinde, yaşam-kurtarıcı girişimlerde bulunulmayabileceği ya da bu girişimlerin durdurulabileceği kabul edilmektedir. Ek olarak, 'çifte etki' ilkesiyle uyumlu olduğu sürece ağrı kesicilerin dozu ölümcül olabilecek düzeylere kadar da artırılabilir. İlke olarak, tıbbi girişim kapsamında bu düzeyde dozlara çıkılması hastanın karar verme yeterliği olup olmamasına bağlı değildir. Henüz hiç bir ülke 'aktif gönülsüz ötanaziye' (*onam almadan yapılan - ç.n.*) ya da gönüllü-olmayan ötanaziye (*hastanın iradesine rağmen yapılan - ç.n.*) yasallaştırmamıştır. Diğer deyişle, yaşamın bir hekim tarafından açık biçimde kast edilerek, hastanın yaşama isteğine karşın ya da onamı olmadan ve tıbbi olmayan girişimlerle (ör, zehirleyerek) sonlandırılması, hekimin

gerekçesinden bağımsız olarak hâlâ suç sayılmaktadır.

Hastanın ve hekimin ölümün hızlandırılmasına ilişkin haklarının altında yatan felsefi anlayış, önemli bir toplumsal tartışma konusu olagelmıştır. Bununla birlikte, çeşitleri ve sınırları da dâhil olmak üzere bu hakların tarihsel gelişimi üzerinde geniş bir uzlaşma olduğu görülmektedir. Genel olarak, her iki tarafın da hakları; belli koşullarda hayatın yaşamaya değmeyeceği ve tıbbın büyük başarılarına karşın halen sahip olduğu sınırlılıklar karşısında ölümün bazen akılcı bir sığınak olarak görülebileceği düşüncesinin giderek yaygınlaşmasıyla bağlantılıdır. Bu düşüncenin, yaşamı uzatma uğruna niteliğini kötüleştiren yeni tıbbi teknolojilerin ortaya çıkmasına ve tıbbi girişimlere deyim yerindeyse kafa tutan şiddetli kronik ve kısıtlayıcı hastalıklara bir tepki olarak benimsendiğine inanılmaktadır.

Hastanın 'ölme hakkı', daha geniş bir bağlamda hastanın özerkliğine saygı ilkesinin toplumsal tarihçesi ile ve özellikle de hukuki onam doktrini ile tanımlanagelmıştır.

Diğer yandan hekimin bazı hastalarının ölümünü hızlandırma 'hakkı' için, tıbbın kavramsal dönüşümlerine, özellikle 'ölüm', 'boşuna tedavi' ve 'hasta için en iyi olan' kavramlarının yeniden tanımlanmasına göndermede bulunmaktadır. Bu tür gelişmeler sıklıkla, felsefi ve/veya bilimsel *sui generis* (kendine özgü - ç.n.) gerekçelerin sonucu olarak ortaya çıkar.

### Ya ekonomik etmenler?

Ekonomik etmenler genellikle bu tarihsel haritalamada yer almaz. Dahası, meslek ahlakına dair ilkesel düzenlemeler ile yasaların söylemleri de bu tür etmenler hakkında büyük oranda suskundur. Birleşik Krallık hukukunda, Sağlık Bakanlığı'nın yeniden canlandırma ve girişimde bulunmama ya dair yönergelerinde, General Medical Council ve Britanya Tabipler Birliği'nin politikalarında ve ulusal çekirdek tıp eğitimi müfredatında durum açıkça böyledir.<sup>2</sup> Bu sessizlik yaşamın son dönemine etik açısından egemen olan yaklaşımın ekonomik etmenleri içermediğini göstermektedir.

Bununla birlikte, bu sessizlik savunulabilir bulunsu da, onu zorlamak için en azından üç neden bulunmaktadır. İlki yaşam ve ölümün genel olarak günümüz toplumu ve özel olarak sağlık hizmetleri açısından belirgin bir ekonomik boyutu olmasıdır. Bunun anlamı, yaşam ve ölümün

ekonomik çıkarlarla ilintili olduğudur. İkincisi, genel biyoetik literatürünün, meslek ahlakı kodlarının tersine, yaşam ve ölümün ekonomik boyutuna, özellikle de kaynakların dağıtım bağlamında sıkça vurgu yapmasıdır. Üçüncü neden ise, güncel etik yaklaşımının dışında, ekonomik çıkarlarla bağlantı kuran başka etik yaklaşımlarının ortaya çıktığı örneklerin bulunmasıdır. Örneğin 19. yüzyılın sonundan 20. yüzyılın ortalarına Amerikalı ve Avrupalı öjeni ve ötanazi hareketleri, özellikle de 1939-1941 yılları arasında Nazilerin uyguladığı korkunç *Aktion T4*, gerçekte toplumu ekonomik açıdan verimsizlerden kurtarmayı amaçlarken tıp etiğinin arkasına gizlenmişlerdir.<sup>3</sup>

Ekonomik etmenlere dair bu suskunluk nasıl açıklanabilir? İki açıklama bu anlamda öne çıkıyor. İlkinde göre, ekonomik etmenler güncel etik yaklaşımının tarihsel gelişiminde herhangi bir rol oynamamışlardır. Daha ayrıntılı ifade etmek gerekirse, hastaların, hekimlerin ve hükümetlerin etik açısından haklı çıkarılabilen karar verme süreçlerinde yer almamışlardır. Bunun nedeni basitçe, pek çok kişinin ekonomik etmenlerin yaşamın son dönemine etik açısından kabul edilebilir bir yaklaşımla ilgisi olmadığına inanmasıdır. Gerçekten de, pek çok insan hayvanlara nasıl davrandığımız söz konusu olduğunda yaşam ve ölümün ekonomisiyle çok az sorunu olmasına karşın, aynı rasyonelin insanlara uygulanmasını ciddi biçimde ahlaka aykırı bulur. Elbette bunu söyleyerek, cenaze levazımatçılığı işkolunun giderek yaygınlaşması örneğinde görüldüğü gibi, ölümle iş dünyası arasındaki bağın kaçınılmaz biçimde kabul edilemez olduğunu ileri sürmüyorum. Bununla birlikte, eğer yaşamın son dönemine dair kararlar bu ya da başka bir endüstri tarafından etkileniyor olsaydı, bu durum kesinlikle kabul edilemez bulunurdu. Tabii pek çok insan, kaynakların çok sınırlı olduğu olağandışı koşullarda ekonomik değerlendirmelerin toplumun yaşam ve ölüme dair tutumlarını kaçınılmaz olarak etki altına alacağını kabul edecektir. Yine de bu türden durumların gerçekten var olabileceği ya da oluşabilse dahi kaçınılmaz olduğu tezleri reddedilecektir.

Suskunluğa ilişkin ikinci açıklama yukarıdaki nedenlerin farkındadır; ancak suskunluğun temel olarak ideolojik bir sis perdesinden kaynaklandığını ileri sürer. Bu açıklamaya göre ekonomik etmenler, bireylerin ve hükümetlerin yaşamın son dönemine dair etik açısından haklı çıkarılabilecek karar oluşturma süreçlerini bir biçimde istila etmiştir. Pratikte, bununla ilişkili üç etmen tanımlar:

Yoksulluk, toplumsal destek mekanizmalarının gerilemesi (ör. Aile'nin yapı ve işlevindeki değişiklikler, Refah Devleti'nin dünya çapında gerilemesi gibi) ve giderek yoğunlaşan ekonomik rekabet. Bu etmenlerin her biri tek başına ya da herhangi bir kombinasyonda, insanları hayatın kendisi de dâhil olmak üzere hemen herşeyin değerini değişim değerine indirgemeye zorlamaktadır. Dahası, bu indirgenmenin derecesine bağlı olarak, insanlar bu türden bir değer içermeyen ve hızlandırılmış bir ölümlerle kurtulabilecek hayatları yük olarak algılamaya eğilimli olmaktadır.

### **Yüke dönüşen bir hayat - I: Hasta**

Ölüm süreçlerini hızlandırmayı düşünen hastalar, tümü de hayatın yaşamaya değmez olduğu biçimindeki öznel sonucu yansıtsa da, birbirinden oldukça farklı ve karmaşık motivasyonlara sahip olabilirler. Bu noktada dikkat edilmelidir ki, hastaların hekim-yardımlı özkıyım isteminde bulunma kararı çok ender durumlarda tedavilerin finansal boyutundan doğrudan etkilenir.<sup>4</sup> Öte yandan, diğer iki motivasyon -*diğerlerine yük olma korkusu ve kendi hayatı üzerindeki denetimini ve bağımsızlığını yitirme korkusu*- gerçekten de ekonomik baskıları yansıtabilir. Bu tür baskılar gerçek ya da hayal ürünü, doğrudan ya da dolaylı olabilirler; dahası, ekonomik olmaları için açıkça finansal görünümde olmaları gerekmez. Örneğin, Modern Aile'nin ekonomik yapısıyla ve onun işlev gördüğü ekonomik iklimle ilgili olabilirler. Bu nedenle bireyler bir tür sıçan yarışına zorlandıklarında, hastaların gereksindikleri (tartışmalı olarak: hak ettikleri) özenli bakımı sağlamak onlara oldukça güç gelebilir. Özet olarak, mutlak ya da görel yoksunluk koşullarında ölüm ve ölmek, bireyin diğerlerinin çıkarına kucaklaması gereken ahlaki bir ödev olarak algılanma eğilimindedir. Resmi ahlaki kodlar böylesi bir ödevin varlığını reddetse dahi durum böyle olabilir. Aşağıdaki alıntılar, ekonomik yoksunluğun bir ölme ödevi yaratmadaki rolünün her zaman farkında olunmayabileceğini göstermektedir:

*"Sonbaharda yaprakların ağaçtan düşmesi gibi, yaşlı insanların da ölmek gibi bir ödevleri vardır."*<sup>5</sup>

*"Diyelim 75 ya da 80 yaşına kadar gelip de ölmeye hazır olmamak ahlaki bir yetersizliktir. Yaşamın temel gerçekliklerinin kavranmadığına işarettir bu. (...) Eğer toplum herkes için mükemmel uzun-dönemli bakım hizmetleri (sadece sağlık hizmetleri değil) sunmak için ödeme yapmaya istekliyse, ölme ödevi bu durumda tümüyle ortadan kalkacaktır. (...) Ancak biz*

*Amerikalılar kendimiz dışında bu tür bir uzun dönemli hizmet sunumu için ödeme yapmaya istekli değiliz. (...) Bu nedenle sevdiğimiz hayatta kalmamızla oluşacak finansal ve duygusal maliyetlerden korumak için ölmeye cesaretimiz olmalı."*<sup>6</sup>

Bu anlamda, Oregon'da 2000 yılında hekim-yardımlı özkıyım ile ölenlerin %63'ünün ailelerine yük olmaktan korkmuş olmaları dikkate değerdir. Geçmiş yıllarda %12-26 arasında iken bu orandaki artış ciddi biçimde anlamlıdır. Burada gördüğümüz şey -bir yaşamdan-yana aktivistin (*aborts ve ötanazi karşıtlarına verilen isim - ç.n.*) gayet doğru gözlemlediği gibi- zamanla, ölme hakkı'nın giderek daha fazla ölme ödevi'ne dönüştüğüdür.<sup>7</sup>

Daha da önemlisi, çağdaş toplumda, hastanın ölümünü ve nedenlerini hızlandırma isteğinin gerisindeki motivasyonlarının -her ne olursa olsun-, hastanın kararı üzerinde etik ya da hukuk açısından herhangi bir sınırlama getiriyor olduğu gerçeğidir. Kararın geçerliliği hastadan uygun biçimde alınmış bir onamın varlığına, özellikle de *karar verme yeterliği ve gönüllülüğe* bağlı iken, bu koşulların sağlanması pratiğe, her türlü gerekçenin -ekonomik gerekçenin de- haklı görülmesi biçiminde tercüme olmaktadır. Örneğin, karar verme yeterliğinin bulunması için hastanın 'en azından minimum düzeyde tutarlı bir değer setini istikrarlı biçimde sahipleniyor olması' gerekmektedir.<sup>8</sup> Bu açık biçimde görel pozisyon; olası tüm değerlere -hastanın ölümünü hızlandırma motivasyonuna içkin değerler de dâhil olmak üzere-, o değerleri önemli kılan koşullardan tümüyle bağımsız olarak saygı gösterilmesi gerektiği anlamına gelmektedir. Dahası, yukarıda sözü edilen türden ekonomik baskıların, hastanın kararının bağımsızlığını engelleyecek, dolayısıyla da etik ve hukuk açısından geçersiz kılacak ölçüde zorlayıcı olmadığı kabul edilmektedir.<sup>9</sup>

Ayrıca, 'hasta özerkliği' kavramının günümüzde geçerli 'iyi etik ve hukuk pratiği' kodları içinde sadece 'negatif haklar' -müdahale edilmeme hakkı- biçiminde yer aldığına dikkat edilmelidir. 'Pozitif haklar' -belli meta ve hizmetlere erişmeye dair haklar- rutin olarak, başka bir konu olduğu iddia edilen 'dağıtıcı adalet' söyleminin çerçevesi içinde ele alınmaktadır.<sup>10</sup> Bu ayırımın felsefi olarak haklı çıkarılıp çıkarılmadığı önemli değildir. Önemli olan, gereksinilen sağlık hizmetlerine erişimin tümüyle kısıtlandığı koşullarda bile özerkliğe -herhangi bir nedenle ölmeye karar verme hakkı

da dâhil olmak üzere- anlamlı derecede saygı gösterilebileceği iddiasında bulunulmasıdır. Gerçekten de, bu tür hizmetlere erişimin günümüzde hemen her yerde kısıtlandığına dair pek çok işaret bulunmaktadır.<sup>11</sup> Britanyalı yargıç Lord Donaldson aynı noktayı vurgulamaktadır: "Herhangi bir tıbbi tedavi için hak temelli erişim diye bir şey yoktur. Bu bağlamda, 'yaşama hakkı', bir kişinin yaşamının elinden alınmaması hakkı'ndan daha fazla anlam ifade etmez."<sup>12</sup>

Öyleyse, 'ölme hakkı = ölme hakkı' biçimindeki mantıksal aksiyom, çok daha karmaşık bir tarihsel gerçekliğe karşılık gelmektedir: Onurlu biçimde ölme hakkının anlamı ve toplumsal işlevi, öncelikle, onurlu biçimde yaşama pozitif hakkının varlığı ya da yokluğuna bağlıdır.<sup>13</sup>

Bu noktada, ABD'de 1967'de uygulamaya konulan Tıbbi Vasiyet'in<sup>14</sup> temel olarak invazif girişimleri sınırlamayı amaçladığı anımsanmalıdır.<sup>15</sup> Hastanın isteklerini dikkate alma kaygısı burada rol oynamıştır. Ancak bu kaygının bu tür vasiyetlerin toplumsal konumu ve rolünü belirleyen temel vektör olduğundan kuşku duymak için oldukça iyi gerekçeler bulunmaktadır. Eğer Tıbbi Vasiyet şimdiki gibi maliyetleri azaltmak yerine artırsaydı, aynı çışkuyla karşılanıp kabullenilir miydi?

### **Yüke dönüşen bir hayat - II: Hekim**

Klinisyenin bazı hastalarının ölüm süreçlerini hızlandırma kararının, bu kararın onlar için 'en iyisi olduğu' biçimindeki argümana dayandığı daha önce belirtilmişti. Elbette, bireysel ya da grup olarak hastalar için 'en iyi'nin ne olduğunun belirlenmesi tümüyle spekülasyon ve bu nedenle de tartışmalı olabilir. Bununla birlikte, toplumsal bir bakış açısıyla, ortalama bir hekim ile ortalama bir hastanın kolektif bir 'en iyi olan' kavramında uzlaşacakları öngörülebilir. Sonuçta, hekimlerin de bazen hasta olabildikleri bir tarafa bırakılsa bile, hekimler ve hastalar aynı toplumun üyeleridir. Bunun anlamı, ortalama hekim için 'yüke dönüşen hayat' kavramının, olasılıkla, az çok ortalama hasta için olduğu ölçüde ekonomik baskıların bir ürünü olduğudur.

Bu argümanla uyumlu olarak, hekimler aynı zamanda, çalışan olarak eşsiz konumlarıyla bağlantılı olarak açık ya da örtük ekonomik baskılara maruz kalırlar. Bu tür baskılar, onların hasta için 'en iyi olan' ve 'yük' kavramlarını nasıl anlamlandırdıkları üzerine ek bir etki yapıyor olabilir. Aslında, kurumsal ekonomik baskılar yaşamın sonuna dair kararlarını herhangi bir gerekçelendirmeden bağımsız olarak etkileyebilir. Öyle ki:

"Mesleklerini uygularken kaynakları tutumlu kullanan hekimler, kaynakları yoğun olarak kullanan meslektaşlarına kıyasla, terminal dönem hastalarının ölümcül ilaç uygulanması taleplerini anlamlı biçimde daha çok olumlu karşılamaktadır."<sup>16</sup>

"ABD'deki hospis<sup>17</sup> programlarında bulunan insanlar federal hükümet yetkililerini tatmin edecek düzeyde hızlı ölmüyorlar. Washington hospis kayıtları üzerinde yapılan incelemelere dayanarak, Medicare programı kapsamında ödeme yapılan ve hospis hizmeti sunmaya başlandıktan sonra altı ay geçmesine rağmen ölmeyen hastalara harcanan paranın geri ödenmesi çağrısında bulunuyor. Bir düzine hospis programı, Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü Genel Müfettişliği Ofisi tarafından hospis hizmeti sunulmaya başladıktan sonra 210 günden fazla yaşayan hastalar için uygunsuz biçimde 83 milyon dolar harcadıkları konusunda uyarıldı."<sup>18</sup>

Bugünkü ölüm kavramı, hekimlerin yaşam-destekleyici tedavileri kesme hakkına dair bir başka gerekçenin temelini oluşturmaktadır. Tarihsel olarak bu kavram ekonomik baskıları da içeren koşullar altında şekillenmiş ve kabullenilmiştir. Aslında, ölümün 1960'lı yılların sonlarıyla 1980'lerin başları arasında yeniden tanımlanması temel olarak, yapay solunum cihazının geliştirilmesi ve nakil için organlara olan talebin artmasıyla yoğun bakımda ortaya çıkan krizi çözmeye gereksinimi gibi ekonomik motivasyonlardan köken alıyordu.<sup>19</sup> Daha yakın dönemde, ekonomik kaygıların ölümün adını koyacak mesleki yetkiliyi de yeniden belirlediği belirtilmektedir:

*Hastanın öldüğünü alanda paramediklerin açıklaması, hastayı hastaneye nakledip orada hekimin açıklamasından daha ucuza mal olmaktadır. (...) Acil servislerin yükünün giderek artması ve Ontario'da hastane-öncesi hizmetlerin genişletilmesi planlarıyla birlikte, ölümün alanda açıklanması daha makul ve istenir olacaktır."*<sup>20</sup>

Tekrar; ekonomik motivasyonların varlığı bugünkü ölüm kavramının felsefi gerekçelerini de, hekimlerin ölümün adını koymayı mesleki tekellerine almalarına karşı argümanları da çürütmez. Bu sadece, ekonomik baskıların, düşüncelerimiz ve pratiklerimizin toplumsal konumunu ve rolünü, felsefi gerekçeleriyle birlikte belirleyen koşulların bir parçası olduğunu gösterir.

Ekonomik baskılar ile tedaviye başlamama/tedaviyi durdurma için diğer bir mesleki gerekçelendirme

olan boşuna tedavi<sup>21</sup> arasındaki tarihi bağlar da nettir. Örneğin;

*"HMO'lar<sup>22</sup> ve vergi ödeyenler artık tıbbi kaynaklar üzerinde denetleme yetkisine sahiptir; ki böylece, yararlı sayılıp sayılmama ölçütüyle tıbbi hizmetlerin amaçlarını ve hangi hizmetin sunulması ya da sunulmaması gerektiğini tanımlayabileceklerdir. (...) Bazı hastalara hizmet sunulmama olasılığı, bu hizmetlerden yararlanacak olsalar dahi, bir gerçekliktir. (...) Bu noktada boşuna tedavi ile tıbbi kaynakların dağıtımını yakın biçimde ilişkili olmaktadır."<sup>23</sup>*

*"Boşunaliğın belirlenmesi, ölümü ertelemeye yönelik belli bir girişimi devam ettirme yükümlülüğünün ortadan kalktığı yargısına götürebilir Değerlendirmeler (...) o tedavinin maliyetini de içermektedir."<sup>24</sup>*

*"Boşuna tedavi kavramı, maskelenmiş ve keyfi bir kaynak dağıtımının aracı olarak kullanılma tehlikesini barındırmaktadır."<sup>25</sup> "Resüsitasyonun maliyet etkinliği, herhangi bir sağlık hizmetinin maliyet etkinliği gibi değerlendirilmelidir."<sup>26</sup>*

### **Yüke dönüşen bir hayat - III: Hükümetler**

Ekonomik baskılar hükümet politikalarını da benzer biçimde etkilemeye eğilimlidir. Son zamanlarda yayımlanan bir raporda, çarpıcı biçimde ironik bir bağlamda, sigaranın ülke bütçesinde gedik açmadığı, çünkü sigara içenler erken öldüğünde hükümetlerin sağlık hizmetleri, emeklilik fonları ve barındırma masraflarından tasarruf ettikleri ileri sürülmüştü.<sup>27</sup> Bu argüman ciddiye alınacak olursa, bu türden tasarruflara dair kanıtları toplumsal kaynakların -sağlık hizmetlerinin içinde ve dışında- makro düzeyde dağıtımına dair güncel yönelimlerde de görmek mümkün olur.

Son yirmi yılda hükümetlerin 'toplumsal kaynakların dağıtımında bir tür 'verimlilik testi uygulamasına' giderek artan düzeyde tanıklık edilmiştir.<sup>28</sup> Örneğin, en popüler makro-dağıtım yöntemi, yatırımların niteliğe-göre-düzeltilmiş yaşam yıllarını (QALY) en yüksek olasılıkta maksimize edecek şekilde yapılması gerektiğini ileri sürmektedir. Bu yöntemin pratikteki karşılıklarından biri, yoğun bakım hizmetleri, geriyatrik hizmetler ve psikiyatri hizmetleri gibi yoğun biçimde kaynak kullanan ancak QALY açısından düşük getirisi olan hizmetlere gerektiğinden az kaynak ayrılmasıdır. Bu tür yöntemlerin yaşlılara ve kronik hastalıkları olanlara karşı ayrımcılık uygulanmasına neden olduğunu biliyoruz.<sup>29</sup> Ama pratiğe tek yansımaları bu

mu? Ekonomik verimliliğini geri kazanma olasılığı bulunmayanlara karşı da aynı düzeyde ayrımcılık uygulanmıyor mu?

Elbette birileri, bu tür kaynak dağıtım yöntemlerinin etkileri arasındaki çarpıcı örtüşmenin -bir taraftan QALY artarken diğer taraftan Gayri Safi Yurtiçi Hasıla'nın (GSYH) artması- tümüyle mantıksal olduğunu, kasıtlı olmadığını ileri sürebilir. Gerçekten de bu yöntemlere eşlik eden retorik genellikle verimliliği maksimize etme amacını açıkça belli etmez.<sup>30</sup> Bununla birlikte, burada ileri sürülen argümanın mutlaka böyle niyetler içermesi gerekmediğine dikkat edilmelidir. Ayrıca QALY yönteminin ortaya çıkışıyla ekonomik motivasyonlar arasındaki nedensel ilişkilerin varlığını da makul bir şüphenin ötesinde kanıtlamaz. Sadece QALY'nin ekonomik verimliliğe katkısı olduğunu ve böyle olduğu için büyük bir ekonomik çıkara hizmet ettiğini gösterir. Bu, en azından kısmen, toplumumuzun neden kaynakların özellikle kronik hastalıkları olanlara ve yaşlılara yönlendirilmesini savunan yöntemler yerine QALY'yi -yansıttığı değerler de dâhil olmak üzere- onayladığını açıklamaktadır. Ayrıca, kamunun parasının potansiyel olarak verimli olanların yararına olacak şekilde harcanmasını savunan kaynak dağıtım yöntemleri (görünen niyetleri bu olmasa da), kimin yaşamının yüke dönüştüğüne dair net bir görüşü yansıtır. Bu yöntemler, yaklaşımlarımızı "tedavi yerine bir seçenek olarak büyük oranda ölümden yana"<sup>31</sup> kalıplara döken koşulların bir parçası olmaktadır.

### **Utancı verici olanı meşrulaştırmak**

ABD'de ölmekte olan hastalara uygulanan agresif yaşam-destek girişimlerini azaltarak tasarruf edilecek 30 milyar doların önemli bir miktar olmadığı ileri sürülmüştü.<sup>32</sup> Aslında ekonomik kısıtlılıkların şiddeti ölçü alındığında, tasarruf edilecek herhangi bir miktar önemli sayılır. Aşağıdaki paragraflar bu tür kısıtlılıkların herhangi bir tasarrufu önemli kılacak kadar şiddetli olmaya başladığını göstermektedir.

Bir tıp dergisinin 1970 tarihli editör yazısında yazar, modern gelişmelerin, özellikle de nüfus patlaması ve yeni teknolojilerin ortaya çıkışının toplumu ve hekimleri yaşamın kutsallığına dair geleneksel mutlakçı yaklaşımlarını görece hale getirmeye zorlamasını beklediğini ifade etmişti.<sup>33</sup> Bu öngörü gerçekleşti. Aslında, bazı hastaların ölüm sürecini hızlandırma yanlısı açık ekonomik argüman,

biyoetik oyununun sınırlarını biçimlendiren ilk konferanslardan birinde dile getirilmişti. Ünlü bir konuşmacı şöyle söylüyordu: "Var olmaktan yarar sağlayamayacak ya da haz alamayacak, hayatta kalmaları topluma acı dolu yükler getiren bireylerin biyolojik yaşamlarını uzatmaya nereye kadar gücümüz yetebilir?"<sup>34</sup>

Bu sorunun içinde saklı olan yanıt son zamanlarda pek çok metinde dile getiriliyor. Örneğin;

"Karar verme yeterliğine sahip ve tedavi edilemez bir hastalığı olan yetişkin bireyin gönüllü isteği olduğu taktirde, toplumun ve ailenin hasta için yaptığı harcamaları dengelemek adına hekim-yardımlı özkıyımına izin vermeyi destekleyen rasyonel bir argüman ileri sürülebilir."<sup>35</sup>

"Ötanazinin ve hekim-yardımlı özkıyımın yasallaştırılması, toplumu halihazırda terminal kanser, AIDS ya da diğer tedavi edilemeyen hastalıklara sahip hastaların bakımına büyük miktarda para harcamaktan kurtarma potansiyeline sahiptir."<sup>36</sup>

"Bir hasta kendisini hayatta tutmanın topluma pahalıya mal olduğunu ileri sürüyorsa, (...) ve bu düşüncesi ölme isteğinin arkasındaki gerekçelerden en azından biriyse, düşüncesi kabul edilmelidir. (...) Burada kullanılması gereken ölçüt maliyet-yarar'dır ve biz bu ölçütü kullanmaya utanmamalıyız. Kaynaklar kısıtlı olduğunda (...) ortak yarar için tek bir yaşamın feda edilmesi, o yaşam ilke olarak kurtarılabilir olsa bile, daha kabul edilebilir olmaya, başka deyişle daha az korkunç görülmeye başlanmalıdır. NHS ancak o zaman gerçekten hepimizin saygı duyacağı ve gücümüzün yeteceği bir şey olmayı sürdürebilir."<sup>37</sup>

Bugüne dek yukarıdaki türden argümanlar, genel olarak kabul görmediği için 'söylenmemiş argüman' olarak adlandırılıyordu.<sup>38</sup> Fakat Dr. Shipman ve Express gazetesine geri dönersek, şimdilerde daha açıktan, dolayısıyla da daha kabul edilir oluyorlar. Giderek daha fazla kabul görmeleri, artan yoğunluktaki ekonomik baskıların doğrudan bir sonucudur. Görüleceği üzere, bu baskılar geçerli hukuki düzenlemeleri ve mesleki normları geride bırakacak kadar hızlanabilir. Aslında bazı olgularda şimdiden böyledir.<sup>39</sup>

Elbette, ekonomik baskıların insan yaşamının değerini -klinik ortamında ya da diğer yerlerde- nereye kadar dönüştüreceği henüz bilinmiyor. Ancak yadsınamayacak olan şey, çağdaş biyoetik söyleminin ölümün nasıl kolaylaştırılabileceği ile

giderek daha fazla meşgul olduğu ve ekonomik baskıların bu gidişatın kabullenilmesinde tartışmasız bir rolü olacağıdır.

### Sonuç

Günümüzün yaşamın-son-dönemi etiği ekonomik baskıların da parçası olduğu koşullar içinde evrimlenmektedir. Bu durum, yazarın güçlü biçimde karşı çıktığı 'ekonomik determinizm' ya da 'ekonomik indirgemecilik' ile karıştırılmamalıdır. Gerçekten de, yaşamı bir yüke çevirebilen diğer etmenler de etik yaklaşımımızın evriminde rol oynamıştır. Dahası, toplumsal rolü bizimkinden farklı olabilme olasılığına karşın, bizimkine benzer bir etik yaklaşımı ekonomik baskıların hiç olmadığı koşullarda da ortaya çıkabilirdi.

Makalede ayrıca, etik yaklaşımımızın ekonomik baskıları giderek artan bir boyun eğmeyle dikkate almaya başladığı gösterilmeye çalışılmıştır. Günümüzün egemen etik yaklaşımı bu türden baskılar karşısında neredeyse tümüyle suskundur ve hatta yaşamın son dönemine dair bireysel ve toplumsal kararları, ekonomik baskıları yansıtıyor olsalar dahi meşrulaştırmaya isteklidir. Dahası, bu tür ekonomik baskıların kaynaklarını anlamaya çalışmayı ihmal ettiği ve görüldükleri kadar kaçınılmaz olup olmadıklarını sorgulamaya çaba göstermediği gibi, ölümün nasıl daha da kolaylaştırılacağıyla giderek daha fazla meşgul olmaktadır.

Bu nokta yaşamın son dönemine dair etik yaklaşımımızı anlamak için kritik önemdedir. Eğer yaşamı bir yüke dönüştürebilen ekonomik baskıların gerçekten toplumsal bir kaynak kısıtlılığının sonucu olduğu gösterilseydi, o zaman hastaların, hekimlerin ve hükümetlerin karşılaştığı ikilemler -ekonomik baskıları yansıttıkları ölçüde- trajik olurdu. Bu tam olarak, dağıtıcı adalet konusundaki ana akım biyoetik literatüründe içkin olan vurgudur. Öte yandan, eğer bu tür baskıların, toplumsal zenginliğin yeryüzünde yaşayan her insan için onurlu bir yaşam -ve dolayısıyla onurlu bir ölüm- için yeterli olduğu halde, eşitsiz dağılımı ve tekrar dağılımına bağlı olduğu gösterilseydi, yaşamın son dönemine dair etik yaklaşımımızın toplumsal rolünü (ve belki de geçerli toplumsal mülkiyet ilişkilerinin meşruluğundan sorumlu olduğu ölçüde demokratik süreçleri de) gözden geçirmemiz gerekirdi. WBöylece, Gramsci'nin tanımladığı şekliyle hegemonek bir ideoloji olarak ortaya çıkardı.<sup>40</sup>

Bu bakış noktasından etik yaklaşımımızın, hastaların ve hekimlerin çıkarlarını, ekonomik

baskılarla yaratılan çıkarlarla uyumlu oldukları ya da en azından uyumsuz olmadıkları ölçüde korumaya eğilimli olduğu görülebilir. Böyle yaparak, ikincinin toplumsal hegemonyasını sağlama almaya yardım etmektedir. Eğer durum buysa, yaşamın son dönemine dair etik yaklaşımımızın özerkliğe saygı ve adalet gibi yüce değerleri, tıpkı tıp etiğinin geleneksel değerlerine son zamanlara dek yapıldığı gibi suistimal ettiği ve dehşet verici sonuçlara yol açtığı ortaya çıkacaktır.

Hangi anlatının daha haklı çıkarılabilir olduğunu irdelemek bu makalenin kapsamı dışında kalmaktadır; bununla birlikte makalede, bu sorunun yaşamın-son-dönemine dair söylemlerin ayrılmaz bir parçası olması gerektiği sonucuna varılmaktadır. Bu tartışmayı yapmaktan kaçınmak entellektüel açıdan kesinlikle zarar verici olacaktır. Ama daha önemlisi hastalar, hekimler ve biyoetikçiler için tehlikeli olmasıdır.

Son bir nokta olarak; bu makale etik'i değil, etik'in tarihini ele almıştır. Bu nedenle yazarın kişisel değerlerinin yazıda ileri sürülen argümanlarla ilgisi bulunmamaktadır. Yine de, yanlış anlaşılması önlemek adına yazar, yaşamı bir yüke dönüştüren ekonomik baskıların toplumsal adaletsizliği küçük oranda ama şiddetli biçimde yansıttığına dair düşüncesine karşın, hastaların ölme isteklerine, bu tür baskıları içeriyor olsa bile saygı duymakta olduğunu vurgulamak istemektedir. Bunu yapmamak hastaları iki kez mağdur etmek olurdu. Bununla birlikte yazar, pozisyonunun hegemonyayı tahkim ettiğinin de farkındadır. Bu durum, yaşamın son dönemine dair etik yaklaşımımıza getirilecek eleştirilerin, bu yaklaşımın içinde evrildiği koşullara da paralel bir eleştiri getirmediğinde ciddi biçimde kusurlu olacağına bir göstergesidir.

### Dipnotlar

1. T. Brooks. 2004. How He Saved Us All Hundreds of Thousands by Killing Himself. Daily Express 14 January: 8.
2. BMA Ethics Department. 2004. Medical Ethics Today: Its Practice and Philosophy. BMJ Books. / T. Hope, J. Savulescu & J. Hendrick. 2003. Medical Ethics and Law: The Core Curriculum. Edinburgh: Churchill Livingstone, Elsevier Science.
3. Nazilerin 'ötanazi' programının birincil amacının ekonomik olmadığı biçimindeki genel varsayım tekrar gözden geçirilmelidir. 'Lebensunwürdiges Leben' ('yaşamaya değmez hayatlar') kavramı, kesinlikle şoven ve öjenik değerler içermektedir. Bununla birlikte giderek daha fazla sayıda kanıt, Nazi savaş ekonomisinin verimli olmayan kaynak-tüketen hayatlardan kurtulma isteğinin en az bunlar kadar önemli olduğunu

göstermektedir. Dahası, bu tür değerlerin o zamanlardaki popülaritesi Almanya'da I. Dünya Savaşı'ndan sonra ortaya çıkan ekonomik bunalıma kısmen de olsa atfedilebilir. (Bkz. K. Binding & A. Hoche. Permitting the Destruction of Unworthy Life: Its Extent and Form. Issues Law Med 1992; 8: 231-265; F. Hinman. Euthanasia. Journal of Neurological and Mental Diseases 1944; 99. Ayrıca bkz. J. Gardella. The Cost-Effectiveness of Killing: An Overview of Nazi 'Euthanasia'. Medical Sentinel 1999; 4(4): 132-135.) Bu konuda özellikle Aly Götz ve Susanne Heim'in Nazi 'ötanazi' ve yok etme programlarının mantığı üzerine çalışmaları önemlidir.

4. Bu tür kaygılar, Oregon'da 2000 yılında sadece bir hasta için (hekim-yardımlı özkıym talep eden tüm hastaların %4'ü) gündeme geldi. DHS Oregon Department of Human Services. Physician-Assisted Suicide: Death with Dignity Annual Report 2000. 2000.
5. Richard Lamm, Governor of Colorado. 1997. Quoted by N. Hentoff. A Duty to Die? The Washington Post. 31 May: A19.
6. J. Hardwig. Is There a Duty to Die? Hastings Cent Rep 1997; 27(2): 34-42; p. 34.
7. Death with Dignity Annual Report 2000, op. cit. note 4. See also B. Balch in Duty to Die Emerges in Oregon. The American Center for Law and Justice. 2000.
8. A.E. Buchanan & D.W. Brock. 1989. Deciding for Others - The Ethics of Surrogate Decision Making. Cambridge: Cambridge University Press.
9. I. Berlin. 1969. Four Essays on Liberty. London and New York: Oxford University Press.
10. R.R. Faden & T.L. Beauchamp. 1986. The History and Theory of Informed Consent. New York and Oxford: Oxford University Press.
11. L. Garrett. 2000. Betrayal of Trust: The Collapse of Global Public Health. New York: Hyperion.
12. R. v Cambridge Health Authority, ex p B. 1995. 25 BMLR
13. "Hastaların onurunu zedeleyen hastalık ya da sakatlığın kendisi değil, uygun bakım ve tedaviye erişmelerini engelleyen sağlık hizmetleri iklimidir. (...) Bu hastalara yardım etmek yerine, onların çaresizliklerini meşrulaştırıyoruz. (...) Mahkeme David'in yaşam-destekleyici girişimleri reddetmek için yeterli olduğu hükmetti. Ancak esas trajedi, ona kimsenin yaşama seçeneği sunmamış olmasıydı. (...) Hastalar gereksinimleri karşılandığı koşullarda çok ender olarak yaşamlarını sonlandırmaya eğilimlidirler. (...) Eğer yardım etmek istiyorsak neden bütün Amerikalıların gelir düzeylerinden bağımsız olarak nitelikli hizmetlere erişmelerini sağlamıyoruz?" Plight of Disabled Overlooked in Assisted-Suicide Debate. Medical Ethics Advisor, American Health Consultants® 1997;13(5):49-51.
14. ç.n. - Tibbi vasiyet; kişinin karar verme yeterliği var iken, karar verme yeterliğini kaybedebileceği zamanlara ilişkin irade beyanında bulunması olanağıdır. Tibbi Vasiyet uygulaması 2014 yılında Hasta Hakları Yönetmeliği'nde yapılan değişiklik ile Türkiye'de de yasal zemin kazanmıştır.



15. V. Machin. 2003. *Medicolegal Pocketbook*. Edinburgh and London: Churchill Livingstone.
16. D.P. Sulmasy et al. Physician Resource Use and Willingness to Participate in Assisted Suicide. *Arch Intern Med* 1998; 158(9):974-8.
17. ç.n. - Hospis kurumları (Hospice); iyileştirilemeyen ve öldürücü bir hastalığı bulunan kişilerin yaşamlarının son dönemlerini, hastanelerde çoğunlukla boşuna ve eziyet verici girişimlere maruz kalmak yerine, daha insani koşullarda/sosyalleşebileceği ortamlarda yaşayarak geçirmelerini sağlayan ve palyatif bakım sunan kurumlardır.
18. W. Eagle. Quoted in J. Collison. Just a Human Weed? Grandpa! Grandpa! *New Oxford Review* April 1999:23-5.
19. Örneğin The Harvard Report, ölümün yeniden tanımlanması için iki gerekçe olduğundan söz etmektedir: Bilinci geri dönüşümsüz olarak kapalı hastaların ölmesine izin vermek ve bilinci geri dönüşümsüz olarak kapalı hastaları organlarını alabilmek için ölü kabul etmek. Ölümün tanımlanmasının tarihi için bkz. A.R. Jonsen. 1998. *The Birth of Bioethics*. New York and Oxford: Oxford University Press: 235-244.
20. M. Cheung, L. Morrison & P.R. Verbeek. Prehospital Emergency Department Pronouncement of Death: A Cost Analysis. *Canadian Journal of Emergency Medicine* 2001; 3(3): 177-181.
21. ç.n. - Boşuna tedavi; iyileştirilemeyen ve öldürücü hastalık karşısında, hastanın ya da yakınlarının talepleriyle ya da hekimin kararıyla uygulanan tıbbi girişimdir.
22. ç.n. - HMO (Health Maintenance Organization); ABD'de giderek artan sağlık harcamalarını kontrol altına almak amacıyla oluşturulan, hizmetleri sigorta temelli finanse eden kuruluşlar.
23. W. Shelton. A Broader. Look at Medical Futility. *Theor Med Bioeth* 1998; 19: 383-400; p. 398. Ayrıca bkz. N.S. Jecker & L.J. Schneiderman. Futility and Rationing. *Am J Med* 1992; 92: 189-195.
24. H.T. Engelhardt, Jr. Rethinking Concepts of Futility in Critical Care. 1996. Available at <http://www.mediscene.com/medpub/futile.htm> [Accessed 12 September 2006].
25. J.K. Mason & R.A. McCall Smith. 1999. *Law and Medical Ethics* (Fifth Ed.). London. Butterworths: 379.
26. Hope et al. op. cit. note 2: 169. Ayrıca bkz. D.J. Murphy. The Economics of Futile Interventions. In M.B. Zucker & H.D. Zucker (eds.). 1997. *Medical Futility and the Evaluation of Life-Sustaining Interventions*. Cambridge: Cambridge University Press: 123-135.
27. Arthur D. Little. International Czech Report. Nov. 28, 2000. Produced for Phillip Morris.
28. Mason and McCall Smith. op. cit. note 21: 292. Ayrıca bkz. G.S. Robertson. Dealing With the Brain-damaged Old - Dignity Before Sanctity. *J Med Ethics* 1982; 8: 173.
29. J. Harris. QALYfying the Value of Life. *J Med Ethics* 1987; 13: 117-119.
30. Bunun bir istisnası, 1990'ların başlarında Dünya Bankası tarafından savunulan günlere-göre-düzeltilmiş yaşam yılları (DALY) fikri idi. Buna göre, Banka tarafından üçüncü dünya ülkelerine krediler önerilmiş, krediler çökmekte olan sağlık sistemlerini GSYH'lerini artıracak şekilde yeniden yapılandırma şartına başlanmıştı; ki böylece borçlarını geri ödeyebilme kapasiteleri artacaktı. World Bank. 1993. *World Development Report 1993: Investing in Health*. Oxford: Oxford University Press.
31. Mason & McCall Smith. op. cit. note 21: 412.
32. E.J. Emanuel & L.L. Emanuel. The Economics of Dying. *N Engl J Med* 1994; 340: 540-544.
33. C.M. Watts. A New Ethic for Medicine and Society. *Calif Med* 1970;113: 67-68.
34. R. Dubos. Opening Assembly, from the Dartmouth Convocation on Great Issues of Conscience in Modern Medicine, September 8-10, 1960. *Dartmouth Alumni Magazine* 1960; 53(2): 8-9.
35. D. Humphry & M. Clement. 1998. *Freedom to Die: People, Politics and the Right-to-Die Movement*. New York: St. Martin's Press: 333.
36. R. Woodruff. 1999. Euthanasia and Physician-Assisted Suicide - Are They Clinically Necessary? *International Association for Hospice and Palliative Care*. Available at <http://hospicecare.com/Ethics/RWethics1.htm> [Accessed 12 September 2006].
37. M. Warnock. Some Moral Problems in Medicine. *Health Econ* 1994;3: 297-300.
38. Humphry & Clement. op. cit. note 31.
39. "Aslında bir hafta daha yaşayabilirdi. Ama o yatağa ihtiyacı vardı" (Cinayetle suçlanan bir Hollandalı hekim). G. van der Wal et al. Evaluation of the Notification Procedure for Physician-Assisted Death in the Netherlands. *N Engl J Med* 1996; 335: 1706-1711. Ayrıca bkz. R.G. Twycross. Euthanasia: Going Dutch? *J R Soc Med* 1996; 89: 61-63; H. Hendin. 1997. *Seduced by Death*. New York: WW Norton.
40. A. Gramsci. 1971 [1929-1935]. *Selection from the Prison Notebooks*. Q. Hoare & G. Nowell Smith (eds.). London: Lawrence & Wishart; New York: International.