

**Yayın Geliş Tarihi:** 23.12.2015  
**Yayına Kabul Tarihi:** 12.02.2016  
**Online Yayın Tarihi:** 18.05.2016  
<http://dx.doi.org/10.16953/deusbed.52869>

Dokuz Eylül Üniversitesi  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi  
Cilt: 18, Sayı: 1, Yıl: 2016, Sayfa: 55-89  
ISSN: 1302-3284 E-ISSN: 1308-0911

*Araştırma Makalesi*

## **DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ VE NORMATİF İŞLEVİ**

Uğur SAMANCI\*

**Öz**

Halk sağlığı alanında işbirliğinin kökeni 19. yüzyılda Batı Avrupa’da görülen kolera ve veba gibi salgın hastalıkların yayılmasının uluslararası ticarete ve dolaşıma asgarî müdahale ile önlenmesi amacıyla dayanmaktadır. Bu amaca ulaşmak için başta Avrupalı devletler uluslararası sağlık konferansları düzenlemiş, uluslararası sağlık meselelerine ilişkin sözleşmeler akdetmiş ve bu sözleşmelerin uygulanmasını sağlamak üzere sağlık alanında uluslararası örgütler kurmuşlardır. II. Dünya Savaşı’nın ardından uluslararası sağlık çalışmalarında yönlendirici ve eşgüdümü sağlayıcı makam olarak faaliyette bulunmak üzere Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kurulmuş ve bu örgüte halk sağlığına ilişkin standartların belirlenmesinde normatif yetkiler verilmiştir. Bu çalışmanın nihai amacı DSÖ’nün normatif işlevinin hem halk sağlığı alanındaki uluslararası işbirliğinin gelişimi hem de DSÖ Anayasasının ilgili hükümleri ve uygulama ışığında incelenmesidir. Bu amaçla Dünya Sağlık Asamblesi tarafından kabul edilen normatif belgeler çeşitli örnekleriyle birlikte incelenmektedir. Sonuç olarak Asamble sağlığa ilişkin standartların belirlenmesinde esnek birer araç olarak yalnızca tavsiyeleri değil, gerekli gördüğü durumlarda hukuken bağlayıcı olan sözleşmeleri veya tüzükleri de kabul edebilmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Dünya Sağlık Örgütü, Dünya Sağlık Asamblesi, Halk Sağlığı.

## **THE WORLD HEALTH ORGANIZATION AND ITS NORMATIVE FUNCTION**

**Abstract**

The origin of international cooperation on public health is based on the purpose of preventing the spread of epidemics such as cholera and plague in the Western Europe in 19th century with minimum interference to international trade and traffic. To achieve this goal, especially European states convened international health conferences, made conventions related to international health matters and established international health organizations for administering these conventions. The World Health Organization (*WHO*) was established to act as the directing and co-ordinating authority on international health work after the Second World War and was granted normative powers to set standards related to public health. The ultimate purpose of this study is examining normative functions of the WHO in the light of both evolution in international public health

---

\* Dr., Dokuz Eylül Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, Kamu Hukuku Bölümü, Milletlerarası Hukuk Anabilim Dalı, [ugur.samanci@deu.edu.tr](mailto:ugur.samanci@deu.edu.tr)

cooperation and related articles of the WHO Constitution and practice. To this aim, normative instruments adopted by the World Health Assembly are analyzed with various examples. The conclusion is that the Assembly not only adopts recommendations as flexible instruments in setting health-related standards but also adopts legally binding conventions or regulations when it deems necessary.

**Keywords:** World Health Organization, World Health Assembly, Public Health.

## **GİRİŞ**

Devletlerin bilimsel ve teknik ilerlemeler sonucu iletişim, ticaret ve finans, sağlık, meteoroloji gibi temelde siyaset dışı teknik alanlarda giderek artan ilişkilerinin beraberinde getirdiği yönlendirme ve koordinasyon ihtiyacı spesifik olarak bu alanlarla ilgilenen uluslararası örgütlerin kurulmasına yol açmıştır. Günümüzde ekonomik, sosyal, kültürel, eğitim, sağlık, iletişim, ticaret ve finans gibi alanlarda devletler arasında işbirliğinin sağlanması ve devletlerin bu alanlardaki faaliyetlerinin yönlendirilmesi ve koordinasyonu bakımından Birleşmiş Milletler (BM) uzmanlık kurumları önemli görevler üstlenmektedir.

BM Örgütünden ayrı hukuk kişiliğini haiz uzmanlık kurumlarından sağlık alanında yetkili olanı, II. Dünya Savaşından sonra evrensel düzeyde faaliyette bulunmak üzere kurulan Dünya Sağlık Örgütüdür (DSÖ). Devletler arasında halk sağlığı alanındaki işbirliği ise, DSÖ'nün kurulmasından çok daha eskiye, 1850'li yıllara kadar uzanmaktadır. Halk sağlığı alanında uluslararası işbirliği, 1800'lü yıllarda Avrupa'yı etkileyen salgın hastalıklara karşı devletlerce uygulanacak yeknesak tedbirlerin belirlenmesi ihtiyacından doğmuştur. Söz konusu işbirliğinde sürekliliği ve eşgüdümü sağlamak üzere tarihsel süreçte çeşitli uluslararası kurumlar oluşturulmuştur. DSÖ'nün işlevlerinin anlaşılmasında taşıdığı önem gözetilerek, çalışmanın ilk bölümünde DSÖ'nün tarihçesi başlığında halk sağlığı alanındaki uluslararası işbirliğinin tedricî gelişim süreci ana hatlarıyla açıklanacaktır.

Herkesin mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşması amacıyla kurulan DSÖ, uluslararası sağlık çalışmalarında yönlendirme ve işbirliğini sağlama bakımından merkezî bir rol oynamaktadır. Örgütün işlevlerinin yerine getirilmesinde görev alan organlar ve bunların oluşumu ile görev ve yetkileri gibi hususlar, çalışmanın ikinci bölümünde DSÖ'nün kurumsal yapısı başlığı altında incelenecektir. Kurucu andlaşmasıyla DSÖ'ye, üye devletlerin sağlık alanındaki faaliyetlerini düzenleme konusunda çeşitli görevler verildiği, yani Örgütün normatif işlevi haiz olduğu bilinmektedir. Bu bağlamda DSÖ'nün normatif işlevini yerine getirirken kabul edebileceği belgelerin neler olduğu, bu belgelerin hangi usullerle kabul edildiği ve üye devletler bakımından hukukî etkisi, uygulamadan bazı örneklerle beraber çalışmanın son bölümünde incelenecektir.

## **DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN TARİHÇESİ**

### **Halk Sağlığı Alanında Uluslararası İşbirliğinin Ortaya Çıkışı ve Gelişimi**

#### **Genel olarak**

Uluslararası alanda halk sağlığı konusunda işbirliği bulaşıcı ve salgın hastalıkların farklı ülkelere ve farklı kıtalara yayılmasıyla başlamıştır. Salgın hastalıkların hızla yayılmasında, bir yandan sanayi devriminin getirdiği sosyo-ekonomik değişimler (Lee, 2009: 1) sonrasında kentlerde nüfusun hızla artması ve sağlıksız çalışma ve yaşam koşulları, diğer taraftan ulaşım ve iletişimdeki ilerlemeler sonucu uluslararası ticaretin gelişmesi etkili olmuştur. Zira uluslararası ticarete kullanılan buharlı gemiler ve demiryolları yalnız ticarî ürünlerin değil, hastalıkların da bir devletten diğerine hatta bir kıtadan başka bir kıtaya taşınmasına araç olmuştur. Bu bağlamda Hindistan'da başlayarak 1831'de İngiltere'ye taşınan kolera salgını, daha sonra Almanya'ya ve Fransa'ya da yayılarak Avrupa'da binlerce kişinin ölümüne yol açmıştır. Bunun üzerine çeşitli devletlerce ulusal düzeyde farklı şekillerde uygulanan karantina tedbirleri, uluslararası ticaret üzerinde önemli olumsuz etkiler doğurmuştur (Fidler, 2005: 329; Lee, 2009: 1; WHO, 1958: 3).

Halk sağlığı alanında uluslararası işbirliği kolera, veba, sarıhumma gibi bulaşıcı hastalıkların özellikle Avrupa'da olmak üzere hızla yayılması üzerine 19. yüzyılın ikinci yarısında başlamıştır (Fidler, 2005: 329). Bu alanda uluslararası işbirliği, birbirini izleyen uluslararası sağlık konferansları ve bu konferanslarda hazırlanan uluslararası sağlık sözleşmeleri ile hükümetlerarası nitelikte uluslararası halk sağlığı kurumlarının kurulması çerçevesinde şekillenmiştir (Alger, 2006: 92). Özellikle bulaşıcı hastalıkların yayılmasının önlenmesine odaklanan uluslararası işbirliğine temel teşkil eden iki unsurdan söz edilebilir (Fidler, 2005: 327, 328). Bunlardan birincisi, devletlerin kendi ülkelerinde ortaya çıkan ve uluslararası alanda yayılma potansiyeline sahip bulaşıcı hastalıklar hakkında önceleri uluslararası sağlık sözleşmelerinin tarafı olan diğer devletlere, daha sonra ise bu alanda faaliyet göstermek üzere kurulan uluslararası örgütlere bildirimde bulunma yükümlülüğüdür. İkincisi, hastalıkların uluslararası alanda yayılmasının önlenmesi amacıyla alınacak tedbirlerle uluslararası ticaret ve dolaşıma getirilecek sınırlamalar arasında bir denge gözetilmesi gerekliliğidir.

#### **Uluslararası sağlık konferansları ve sözleşmeleri**

1851-1938 yılları arasında düzenlenen on dört uluslararası sağlık konferansından<sup>1</sup> ilki Fransa'nın daveti üzerine 23 Temmuz 1851'de Paris'te on iki devletten temsilcilerin katılımıyla toplanmıştır (Burci ve Vignes, 2004: 16; Lee, 2009: 2). Bu toplantıya katılan devletler, Avusturya, Fransa, Yunanistan, Osmanlı İmparatorluğu, Papalık, Portekiz, Rusya, İspanya, İngiltere ve Sardunya, Sicilya ve Toskana'dır. Konferansa her devlet biri hekim diğeri diplomat olan iki temsilciyle

<sup>1</sup> Bu konferanslar hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. (Howard-Jones, 1975).

katılmıştır (WHO, 1958: 4). 1851 Paris Konferansı kolera, veba ve sarıhummanın yayılmasını önlemek için uluslararası karantina düzenlemelerinin standartlaştırılması amacını taşıyordu. Söz konusu Konferansta, bir Uluslararası Sağlık Sözleşmesi ile bu Sözleşmeye ek olarak, bahsedilen hastalıklara ilişkin bir Uluslararası Sağlık Tüzüğü hazırlanmışsa da karantina gerekliliği konusunda uzlaşılabilmesi neticesinde bu Sözleşme ve Tüzük uygulamaya geçirilememiştir (WHO, 1958: 5-7). Sonraki kırk yılda beş sağlık konferansı daha düzenlenmiş olup bu konferanslarda herhangi bir sözleşme kabul edilmemiştir (Beigbeder, 1998: 2).

Halk sağlığı konusunda kabul edilerek yürürlüğe giren ilk uluslararası sözleşme 1892'de Venedik'te toplanan yedinci uluslararası konferansın sonucunda ortaya çıkmıştır. Yalnızca kolera hastalığını konu alan bu sözleşme temelde, Süveyş Kanalı'nı kullanan gemilere uygulanacak karantina önlemlerine ilişkin esasları belirlemekteydi. Zira Avrupalı devletler, koleranın Hindistan'dan yola çıkıp Süveyş Kanalı'nı kullanarak Avrupa'ya gelen gemilerle taşındığı düşüncesinden hareketle bu yönde bir sözleşme kabul etmişlerdir (Howard-Jones, 1975: 64, 65). Daha sonra 1893 Dresden, 1894 Paris ve 1897 Venedik konferanslarında da kolera ve veba hastalıklarının konu alan kapsamı sınırlı sözleşmeler kabul edilmiştir (Oppenheim, 1920: 763, 764; WHO, 1958: 13).

Uluslararası sağlık konferanslarından on birincisi 1903 yılında Paris'te toplanmıştır. Bu konferansın en önemli özelliklerinden biri daha önceki konferanslarda kabul edilen kapsamı sınırlı dört ayrı sözleşmenin gözden geçirilerek birleştirilmesi ve nihayetinde hem koleraya hem de vebaya ilişkin hükümler içeren 1903 tarihli Uluslararası Sağlık Sözleşmesinin kabulüdür (WHO, 1958: 15). Bu sözleşme günümüzdeki uluslararası sağlık tüzüklerinin kökeni olarak kabul edilmektedir (Lee, 2009: 2). Ayrıca bu Sözleşmeyle sürekli bir uluslararası sağlık ofisi kurulması üzerinde mutabakat sağlanmıştır (Oppenheim, 1920: 765). Daha sonra 1912, 1926 ve son olarak 1938 yıllarında Paris'te toplanan konferanslarda 1903 tarihli Sözleşmede bazı değişiklikler yapılmış ve özellikle çiçek ve tifo hastalıklarına karşı önlemler de Sözleşmenin kapsamına dâhil edilmiştir (Howard-Jones, 1975: 89-99).

Halk sağlığı alanındaki uluslararası işbirliği çerçevesinde düzenlenen ilk konferanslar bakımından başlıca üç özelliğin göze çarptığı vurgulanmaktadır (Beigbeder, 1998: 1; WHO, 1958: 14): ilki, başta Avrupa'da olmak üzere karantina önlemleri yoluyla belirli nüfusların korunmasına öncelik verilmesi; ikincisi, sağlık uzmanlarının ve diplomatların başlıca salgın hastalıkların özellikleri, yayılma şekli ve bu hastalıklardan korunma konularında bilimsel bilgi eksikliği; üçüncüsü ise, uluslararası ticarete ve seyrüsefere, yalnızca asgarî ölçüde müdahale edilmesi gerekliliğidir (nitekim bu husus daha sonra DSÖ tarafından da benimsenmiştir).

## **Dünya Sağlık Örgütünden önce sağlık alanında kurulan uluslararası kurumlar**

### **Bölgesel teşkilatlanmalar**

Halk sağlığı alanında uluslararası işbirliğinin başlamasının ardından, önce bölgesel düzeyde sonra da evrensel düzeyde kurumlar teşkil edildiği göze çarpmaktadır. Başta bulaşıcı hastalıklara ilişkin bilgi akışı olmak üzere, halk sağlığı alanında devletler arasında etkin işbirliğinin sağlanmasında uluslararası bir kurumun önemli görevler üstlenebileceği düşüncesiyle daimî uluslararası örgütlerin kurulması, ancak 20. yüzyılın başında mümkün olmuştur (Fidler, 2005: 330; Lee, 2009: 3, 4).

Daha 19. yüzyılda, karantina önlemlerinin uygulanmasını düzenlemek üzere Akdeniz bölgesinde dört konsey kurulmuştur. Birer uluslararası örgüt olmayıp, ev sahibi devlet ile denizcilikte ileri Avrupalı devletlerin temsilcilerinden oluşan Konsey adı altında anılan bu organlar şu şekilde sıralanabilir: 1839'da veba salgınına karşı karantina önlemleri alınması amacıyla kurulan İstanbul Sağlık Yüksek Konseyi (*Conseil Supérieur de la Santé de Constantinople*), 1840'ta veba ve kolera gibi salgın hastalıkların yayılmasının kontrol altına alınması amacıyla Tanca'da Kurulan Tanca Sağlık Konseyi (*Conseil sanitaire de Tanger*), 1843'te ülke dışından gelen salgın hastalıklarla mücadele amacıyla İskenderiye'de kurulan Mısır Karantina Konseyi (*Le Conseil sanitaire, maritime et quarantenaire d'Egypte*)<sup>2</sup> ve 1867'de Tahran'da kurulan ve halk sağlığı ile ilgili meseleleri düzenli olmayan aralıklarla yaptığı toplantılarda görüşen Tahran Sağlık Konseyi (*Conseil sanitaire de Téhéran*)<sup>3</sup>. Ayrıca Avrupa'da, 1856 yılında kurulan Tuna Avrupa Komisyonu'nun da kendi görev alanı içerisinde, halk sağlığına sınırlı ölçüde birtakım faaliyetleri olmuştur (Lee, 2009: 3).

Amerika kıtasında ise, 1902 yılında Amerikan Devletleri Uluslararası Birliği (*The International Union of American States*) çerçevesinde Uluslararası Sağlık Bürosu (*International Sanitary Bureau*) kurulmuştur<sup>4</sup>. Bölgesel düzeyde faaliyet göstermek üzere kurulmuş olsa da bu büro kendi sekretaryasını haiz ilk uluslararası sağlık örgütlenmesidir (Gostin, 2014: 90). 1923 yılından itibaren Pan Amerikan Sağlık Bürosu (*Pan American Sanitary Bureau*) adını kullanan bu kurumun işlevleri arasında, Amerika'daki salgın hastalıklara ilişkin bilgilerin

<sup>2</sup> Bu oluşum daha sonra Uluslararası Halk Sağlığı Bürosunun bölgesel bürosu hâline gelmiştir (Lee, 2009: 3).

<sup>3</sup> Bahsedilen konseylerle ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. (WHO, 1958: 32-34).

<sup>4</sup> Bu Büronun da kökeni 19. yüzyıldaki uluslararası sağlık konferanslarına dayanmaktadır. Bu konferansların temelde Avrupalı devletlerin kaygılarına odaklanması ve bu konferanslarda Avrupa'yı ve Amerika'yı etkileyen koleranın esaslı bir şekilde ele alınmasına karşılık, Amerika bakımından büyük bir tehdit teşkil eden sarı humma hastalığının üzerinde pek durulmaması Amerikalı devletleri tatmin etmemiştir. Bu husus da Amerikan devletleri arasında bir sağlık örgütünün kurulması sürecini hızlandırmıştır (Lee, 2009: 4).

devletler arasında değişimini teşvik etmek, sağlıkla ilgili verilerin paylaşılması, salgın hastalıklarla mücadelede üye devletlere yardım sağlamak yer almaktaydı (WHO, 1958: 31, 32). Pan Amerikan Sağlık Bürosu, Pan Amerikan Sağlık Örgütü (*Pan American Health Organization*) ile DSÖ arasında 24 Mayıs 1949'da akdedilen Andlaşma (WHO, 2014: 41-43) çerçevesinde DSÖ'nün bölge ofislerinden biri hâline gelmiş olmakla birlikte, Pan Amerikan Sağlık Örgütü bünyesinde de işlevlerini sürdürmektedir (Gostin, 2014: 92).

### Evrensel kurumlar

Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu (*Office International d'Hygiène Publique/OIHP*): 1903 yılında Paris'te toplanan uluslararası sağlık konferansının, düzenlendiği zaman bakımından diğer konferanslardan bir farkı vardır. Bu konferans toplandığı sırada üç salgın hastalığın - kolera, veba, sarıhumma - tedavisiyle ilgili çok önemli gelişmeler yaşanmıştır. Artık temel sorunun bu bilimsel ilerlemenin halk sağlığına uygulanması hâline gelmesi nedeniyle, Fransız delegasyonunun uluslararası bir sağlık bürosu kurulması teklifi kabul görmüş; 1903 tarihli Uluslararası Sağlık Sözleşmesiyle Fransa hükümetinden sağlık alanında çalışacak bir uluslararası ofisin kurulması konusunda öneriler sunması istenmiştir (WHO, 1958: 15, 16). Dört yıl sonra, 9 Aralık 1907'de Roma'da bir araya gelen on iki devlet<sup>5</sup>, merkezi Paris olan Uluslararası Halk Sağlığı Bürosunu kuran andlaşmayı akdetmişlerdir (Burci ve Vignes, 2004: 16; Dubin, 1995: 56; Oppenheim, 1920: 765).

Evrensel düzeyde sürekli olarak faaliyette bulunmak üzere kurulan ilk uluslararası sağlık örgütü olan Uluslararası Halk Sağlığı Bürosu faaliyetini 40 yıl boyunca sürdürmüş ve bu arada üye devlet sayısı 59'u bulmuştur (Yemin, 1969: 181). Örgütün başlıca işlevleri, karantinaya tâbi bulaşıcı hastalıklar ve bunlarla mücadelede alınan önlemler ile genel olarak halk sağlığı konularında bilgilerin toplanması ve resmî bültenlerle üye devletlere yayılmasıydı. Örgüt, faaliyette bulunduğu dönemde kolera, veba ve sarıhumma gibi hastalıklar yanında tifo, verem, işçi hastalıkları gibi başka hastalıklarla da ilgilenmiştir. I. Dünya Savaşı yıllarında Örgütün etkinliği önemli ölçüde azalmış; ardından da savaşla bağlantılı sağlık sorunlarıyla ilgilenmeye başlamıştır (Beigbeder, 1998: 4; WHO, 1958: 16-21).

Milletler Cemiyeti Sağlık Örgütü (*The League of Nations Health Organization/ LNHO*): Milletler Cemiyeti (MC) Misakı<sup>6</sup> m. 23/f'de, MC üyeleri, "hastalığın önlenmesi ve kontrolü için milletlerarası alanı ilgilendiren meselelerde tedbir almaya gayret edeceklerdir" hükmüne yer verilmiştir. MC Misakı m. 24'te

<sup>5</sup> ABD, Belçika, Brezilya, Büyük Britanya, Fransa, Hollanda, İtalya, Mısır, Portekiz, Rusya, İspanya ve İsviçre.

<sup>6</sup> 10 Ocak 1920'de yürürlüğe giren MC Misakının İngilizce tam metni için bkz. ([http://avalon.law.yale.edu/20th\\_century/leagcov.asp](http://avalon.law.yale.edu/20th_century/leagcov.asp), 17.11.2015). MC Misakının Türkçe tam metni için bkz. (Gündüz, 2003: 72-80).

ise, genel andlaşmalarla kurulmuş bulunan bütün uluslararası büroların, andlaşmaların taraflarının rıza göstermesi hâlinde, MC'nin yönetimine konulacağı düzenlenmiştir. Bahsedilen hükümler çerçevesinde başlangıçta, 1907'de kurulan Uluslararası Halk Sağlığı Bürosunun MC çerçevesine dâhil edilmesi hedeflenmiştir. Ancak Uluslararası Halk Sağlığı Bürosunun üyesi olan ABD'nin MC Misakına taraf olmaması nedeniyle bu bütünleşme sağlanamamış ve neticede 1923 yılında MC bünyesinde ayrı bir Sağlık Örgütü kurulmuştur. Böylece birisi Paris diğeri Cenevre merkezli olmak üzere iki ayrı uluslararası sağlık örgütü uzun yıllar boyunca eş zamanlı olarak varlıklarını sürdürmüşlerdir (Dubin, 1995: 58, 59; Lee, 2009: 2; WHO, 1958: 21-27; Yemin, 1969: 181).

Cenevre'de kurulan MC Sağlık Örgütünün aslında Paris merkezli Uluslararası Halk Sağlığı Bürosunun çalışma alanı dışındaki meseleleri ele alması ve iki kurum arasında işbirliği ve tamamlayıcılık hedeflenmiştir. Uluslararası Halk Sağlığı Bürosunun faaliyetinde karantina önlemleri gerektiren bulaşıcı hastalıklar ve bunlarla mücadele ön plandayken, MC Sağlık Örgütü kırsal alanda sağlıkla, barınmayla ve okul çağındaki çocukların sağlık konularıyla ilgili çalışmalar yapmıştır. Yine Örgüt tarafından sıtma, verem, kuduz, cüzzam gibi bazı hastalıklar konusunda ve biyolojik standardizasyon ile beslenme konularında uzmanlardan oluşan komiteler kurulmuştur. Örgüt, Uluslararası Halk Sağlığı Bürosunun ilgilendiği hastalıklar dışındaki salgın hastalıklarla ilgili bir bilgi sistemi ve Uluslararası Halk Sağlığı Bürosuyla akdedilen bir işbirliği andlaşması çerçevesinde Singapur'da Uzak Doğu için bir Sağlık Bürosu oluşturmuştur (Beigbeder, 1998: 4, 5; Dubin, 1995: 58-73; Gostin, 2014: 91).

Birleşmiş Milletler Yardım ve Rehabilitasyon İdaresi (*The United Nations Relief and Rehabilitation Administration/ UNRRA*): II. Dünya Savaşının başlamasının ardından Paris merkezli Uluslararası Halk Sağlığı Bürosunun faaliyeti kesintiye uğramış, MC Sağlık Örgütünün faaliyeti de tedricen azalmıştır (WHO, 1958: 30). Savaş koşullarının sağlık üzerindeki olumsuz etkileri karşısında müttefik devletler, I. Dünya Savaşı sırasında ve sonrasında yaşanan felaketi de dikkate alarak, 1941 yılında müttefikler arası bir yardım komitesi kurmuştur. Bu komite savaştan etkilenen insanlara yapılacak yardım faaliyetinin hazırlıklarını yapmıştır. Daha sonra 1943 yılında müttefik devletlerce bağtlanan bir andlaşmayla Washington merkezli Birleşmiş Milletler Yardım ve Rehabilitasyon İdaresi kurulmuştur. Bu kurumun amacı, Birleşmiş Milletlerden herhangi birinin denetimi altındaki bir bölgede yaşayan savaş mağdurlarına gıda, yakıt, giyim, barınma ve diğere temel ihtiyaçlar ile tıbbî ve diğere temel hizmetlerin sağlanması gibi yardım faaliyetlerinin planlanması, koordinasyonu, idaresi veya düzenlemesiydi (Beigbeder, 1998: 5, 6; Sawyer, 1947: 45, 46).

Birleşmiş Milletler Yardım ve Rehabilitasyon İdaresi, çok sayıda ülkede savaştan etkilenen milyonlarca kişiye yardımda bulunmuş ve bu ülkelerde başta tifo, sıtma, kolera ve verem olmak üzere hastalıklarla mücadele ve sağlık hizmetlerinin sağlanması konusunda görev üstlenmiştir. Yine bu dönemde

uluslararası sağlık sözleşmelerinin uygulanmasında ve salgın hastalıklarla ilgili bilgilerin toplanması ve yayılmasında kurumun çalışmaları önemlidir. Sağlık alanındaki faaliyetleri 1946 yılında son bulan bu kurumun bu alandaki faaliyetleri ve fonları yeni kurulan DSÖ'ye devredilmiştir (Beigbeder, 1998: 6; WHO, 1958: 30, 31).

### **Dünya Sağlık Örgütünün Kurulması**

Birleşmiş Milletler (BM) Andlaşmasının hazırlandığı 1945 San Francisco Konferansında Brezilya delegasyonu tarafından sunulan bir bildiri, tıbbın barışın en önemli desteklerinden biri olduğu ifade edilmiştir. Bu bildirinin ardından sağlık konusunun BM'nin ilgilenmesi gereken meselelerden biri olduğu kabul edilerek, bu konunun BM Andlaşmasına dâhil edilmesine karar verilmiştir (WHO, 1958: 38). San Francisco Konferansında, Brezilya ve Çin delegasyonlarınca sunulan ortak öneri çerçevesinde, uluslararası bir sağlık örgütünün kurulması amacıyla genel bir konferans toplanması düşüncesi kabul görmüştür (Burci ve Vignes, 2004: 15).

1946 yılında BM organlarının çalışmalarına başlamasının hemen ardından BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi tarafından 15 Şubat 1946'da alınan kararla uzmanlardan ve danışman sıfatıyla o dönemde mevcut uluslararası sağlık kuruluşlarının temsilcilerinden oluşan bir Teknik Hazırlık Komitesi (*Technical Preparatory Committee*) kurulmuştur. Bu Komite toplanacak uluslararası konferans için ön çalışmaları yapmakla görevlendirilmiştir (WHO, 1958: 38, 39). Komitenin çalışmalarını tamamlamasının ardından, Uluslararası Sağlık Konferansı 19 Haziran - 22 Temmuz 1946 tarihleri arasında New York'ta BM üyesi 51 devlet ile BM üyesi olmayan bazı devletlerin ve çeşitli gözlemcilerin katılımıyla toplanmıştır (Burci ve Vignes, 2004: 15; WHO, 1958: 44). Bu konferans sonunda nihaî şeklini alan DSÖ'nün kurucu andlaşması, yani Dünya Sağlık Örgütü Anayasası<sup>7</sup> (*Constitution of the World Health Organization*) 22 Temmuz 1946'da,

<sup>7</sup> Uluslararası örgütlerin kurucu andlaşmaları iki özelliği bir arada barındırır. Kurucu andlaşma bir taraftan bu andlaşmaya taraf devletlerin karşılıklı uyuşan iradelerinin bir ürünü olup, onlar arasında hak ve yükümlülükler yaratan bir uluslararası andlaşmadır. Diğer taraftan aynı andlaşma, devletlerin anlaşma yoluyla oluşturdukları yeni uluslararası hukuk kişisinin, yani bu andlaşmayla kurulan uluslararası örgütün amaç, işlev ve yetkileri ile organlarını düzenleyen temel normu teşkil eder. İşte bu ikinci özelliği nedeniyle uluslararası örgütlerin kurucu andlaşmaları için, örgütün anayasası ifadesi de kullanılmaktadır. Ayrıntılı bilgi için bkz. (Çağiran, 2013: 150, 151; Terzioğlu ve Özarlan, 2016: 63, 64). DSÖ'nün kurucu andlaşması 22 Temmuz 1946 tarihinde New York'ta imzalanmış olup, "Dünya Sağlık Örgütü Anayasası" (*Constitution of the World Health Organization*) başlığını taşımaktadır. Bu nedenle çalışmamızda DSÖ'nün kurucu andlaşması için sıklıkla DSÖ Anayasası tabirini de kullanacağız. Dünya Sağlık Örgütü Anayasasının 22 Temmuz 1946 tarihli İngilizce metni için bkz. (UNTS, 1948a: 186-203). Türkiye de 9 Haziran 1947 tarihli 5062 sayılı Kanunla Dünya Sağlık Örgütü Anayasasını onaylamıştır. DSÖ Anayasasının Türkçe metni için bkz. (Resmî Gazete, 17.06.1947, S. 6634). DSÖ Anayasasının 24 ve 25. maddelerinde sırasıyla 25.10.1960, 21.05.1975,



61 devlet tarafından imzalanmıştır (Beigbeder, 1998: 12; Gostin, 2014: 91; Lee, 2009: 14; Yemin, 1969: 181).

Konferans sonunda ayrıca, 9 Aralık 1907'de kurulan Paris merkezli Uluslararası Halk Sağlığı Bürosunun işlevlerinin DSÖ'ye devrine dair bir protokol kabul edilmiş ve bir Geçici Komisyon kurulmuştur (Lee, 2009: 14). Bu Geçici Komisyona, MC Sağlık Örgütünün ve Uluslararası Halk Sağlığı Bürosunun işlevlerinin DSÖ'ye devri konusunda ve ilk Dünya Sağlık Asamblesinin<sup>8</sup> toplanması için gerekli çalışmaları yapmak, BM ve diğer uluslararası örgütlerle akdedilecek anlaşmaların müzakerelerini yürütmek ve acil eylem gerektiren bazı teknik konularda ihtiyaç duyulan çalışmaları yapmak gibi görevler verilmiştir (WHO, 1958: 45). Asamblesinin ilk toplantısının ardından Geçici Komisyonun varlığı 31 Ağustos 1948 tarihinde sona ermiştir (Beigbeder, 1998: 13).

DSÖ Anayasası 26. onay belgesinin tevdiinin ardından 7 Nisan 1948'de yürürlüğe girmiştir<sup>9</sup> ([https://treaties.un.org/pages/ShowMTDSGDDetails.aspx?src=UNTSOnline&tabid=2&mtdsg\\_no=IX-1&chapter=9&lang=en#Participants](https://treaties.un.org/pages/ShowMTDSGDDetails.aspx?src=UNTSOnline&tabid=2&mtdsg_no=IX-1&chapter=9&lang=en#Participants), 24.03.2015). 24 Haziran 1948'de Asamble ilk kez toplanarak, Örgütün Genel Direktörünü seçmiş<sup>10</sup>, programı ve bütçeyi onaylamış ve Örgüt ile BM arasındaki resmî ilişkiyi kuran Andlaşmayı kabul etmiştir<sup>11</sup>. BM Andlaşması (m. 57, 63) ve DSÖ Anayasası (m. 69) çerçevesinde akdedilen bu Andlaşma ile DSÖ, BM uzmanlık kurumlarından<sup>12</sup> biri hâline gelmiştir.

---

20.01.1984, 11.07.1994, 15.09.2005 tarihlerinde yürürlüğe giren; 34 ve 55. maddelerinde 03.02.1977 tarihinde yürürlüğe giren değişiklikler yapılmıştır. DSÖ Anayasasının bahsedilen değişiklikleri de kapsayan güncel İngilizce metni için bkz. (WHO, 2014: 1-19).

<sup>8</sup> DSÖ Anayasasının "Organlar" başlıklı 9. maddesinde "Dünya Sağlık Asamblesi" olarak adlandırılan bu organ çalışmamızda bundan sonra kısaca "Asamble" olarak anılacaktır.

<sup>9</sup> 7 Nisan tarihi her yıl bu nedenle Dünya Sağlık Günü olarak kutlanmaktadır.

<sup>10</sup> Örgütün ilk genel direktörü seçilen Kanadalı hekim *Brock Chisholm*, 1948-1953 yılları arasında bu görevi yürütmüştür. *Brock Chisholm* hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. (Lee, 2009: 15).

<sup>11</sup> BM Genel Kurulu tarafından 15 Kasım 1947 tarihinde 124 (II) sayılı Kararla kabul edilen bu Anlaşmanın tam metni için bkz. (UNTS, 1948b: 194 vd.).

<sup>12</sup> BM uzmanlık kurumları, "hükümetlerarası andlaşmalarla kurulan ve temel belgelerinde tanımlanan ekonomik, sosyal, kültürel, eğitim, sağlık ve ilgili alanlarda uluslararası geniş sorumlulukları olan" uluslararası örgütler olup, BM Andlaşması m. 63 gereğince BM ile ilişkilendirilmişlerdir (Bkz. BM Andlaşması, m. 57). Uzmanlık kurumları, BM, BM'nin fonları ve programları ile birlikte BM sistemini oluşturmaktadır. Her biri BM'den ayrı uluslararası hukuk kişiliğini haiz olan uzmanlık kurumlarıyla BM arasındaki ilişkinin esasları, ilgili kurumla BM arasında akdedilen bir andlaşmayla belirlenmektedir. Bu andlaşmanın görüşmeleri Ekonomik ve Sosyal Konsey tarafından yürütülmekte ve metnin kesinleşmesinin ardından bu andlaşma BM Genel Kurulu tarafından kabul edilmektedir (Bkz. BM Andlaşması, m. 63). Bu tür bir andlaşmayla uzmanlık kurumu niteliği kabul edilen örgütler bakımından BM, genel bir koordinasyon görevi üstlenmiştir (Bkz. BM Andlaşması, m. 58). Zira kurucu andlaşmalarıyla belirlenen alanlarda görev yapan

## DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN KURUMSAL YAPISI

### Genel Olarak

Sağlık alanında faaliyet gösteren BM uzmanlık kurumu olan DSÖ'nün amacı, herkesin mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaşmasıdır (DSÖ Anayasası, m. 1). Bu bağlamda Örgüte üyelik tüm devletlere açık olup, BM üyesi devletlerin DSÖ'ye üye olabilmesi için yalnızca DSÖ Anayasasına taraf olması yeterlidir; Örgütün herhangi bir organının ayrı bir kabul kararına ihtiyaç yoktur (DSÖ Anayasası, m. 3, 4). BM üyesi olmayıp, DSÖ'ye üye olmak isteyen devletlerin üyeliği ise, başvurularının Asamble tarafından basit çoğunlukla kabulü şartına bağlanmıştır (DSÖ Anayasası, m. 6). Ayrıca, DSÖ Anayasası m. 8'e göre, kendi uluslararası ilişkilerinin yürütülmesinden sorumlu olmayan ülkeler de bazı koşullarla DSÖ'de ortak üye (*associate member*) statüsüne sahip olabilmektedir. Bu ülkeler 31 Aralık 2014 tarihi itibarıyla dış ilişkilerini ABD'nin sürdürdüğü

uzmanlık kurumlarının bu alanlardaki yetkisi münhasır olmayıp, hem farklı uzmanlık kurumları hem de amaçları arasında uluslararası ekonomik ve sosyal işbirliği de yer alan BM (BM Andlaşması, m. 1/3) benzer konularla ilgilenebilmektedir. BM'nin ve çeşitli uzmanlık kurumlarının çalışmalarının tekrarının önlenmesi ve mali kaynakların rasyonel şekilde kullanılmasının sağlanması için, BM Andlaşmasıyla BM Ekonomik ve Sosyal Konseyine uzmanlık kurumlarının faaliyetlerinin koordinasyonu bakımından hem bu kurumlara danışma hem de bu kurumlara, Genel Kurula ya da BM'ye üye devletlere tavsiyelerde bulunma yetkisi verilmiştir (Bkz. BM Andlaşması, m. 63/2). Ayrıca, BM Genel Kurulu da uzmanlık kurumlarının idarî bütçelerini inceleyerek bu konuda ilgili kuruma tavsiyelerde bulunmak üzere yetkilidir (BM Andlaşması, m. 17/3). BM uzmanlık kurumlarının, hem Ekonomik ve Sosyal Konseyin hem de BM Genel Kurulunun kendilerine yönelik tavsiyelerinin hayata geçirilmesi konusunda atılan adımlara ilişkin raporlar da dâhil, BM'ye düzenli raporlar sunması söz konusudur (BM Andlaşması, m. 64). BM ile her bir uzmanlık kurumu arasında, bu statünün kazanılması amacıyla yapılan anlaşmalarla, Örgüt ile ilgili uzmanlık kurumu arasındaki ilişki ve karşılıklı hak ve yükümlülükler ayrı ayrı düzenlenmektedir. Uzmanlık kurumlarının, ayrı birer uluslararası örgüt olarak, kurumsal açıdan ve kendi faaliyetleri bakımından BM karşısındaki özerk konumları dikkate alındığında, Ekonomik ve Sosyal Konseyin bu kurumların programları ve faaliyetleri üzerindeki etkisinin sınırlı olduğu vurgulanmaktadır. Bununla birlikte Ekonomik ve Sosyal Konseyin, kendisine sunulan raporlardan edindiği bilgilerin farklı uzmanlık kurumları arasındaki akışının sağlanması yoluyla, uzmanlık kurumlarının karar alma sürecine dolaylı da olsa etki edebildiği ifade edilmektedir. Uzmanlık kurumlarının faaliyetleri arasında eşgüdümün sağlanması bakımından, Ekonomik ve Sosyal Konsey tarafından 1946 yılında Koordinasyon Yönetim Komitesi (*Administrative Committee on Coordination*) kurulmuş (E/RES/13 (III), 21 September 1946), ardından 2000 yılında bu Komitenin adı Yöneticiler Koordinasyon Kurulu (*United Nations System's Chief Executives Board for Coordination*) (ECOSOC Decision 2001/321, 24 October 2001) olarak değiştirilmiştir. BM Genel Sekreterinin başkanlığında toplanan bu Kurulda uzmanlık kurumlarının direktörleri ile BM'nin diğer program ve fonlarının üst düzey yöneticileri yer almaktadır. BM uzmanlık kurumları ve bu kurumlar ile BM arasındaki ilişki hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. (Conforti, 2005: 249-252; Klein, 2006; Moore ve Pubantz, 2006: 143-145; Fomerand, 2009: 302, 303; Volger, 2010: 670-675).

Porto Riko<sup>13</sup> ve BM Andlaşmasının XI. Bölümü çerçevesinde muhtar olmayan ülkeler arasında sayılan ve yönetim sorumluluğu Yeni Zelanda'da olan ("Non-self-governing territories") Tokelau'dur (WHO, 2014: 193-197). 20 Kasım 2015 itibarıyla Örgüte üye 194 devlet bulunmaktadır (<http://www.who.int/countries/en/>, 20.11.2015).

BM uzmanlık kurumlarında, kurumsal açıdan genellikle üçlü bir yapı dikkat çekmektedir (Conforti, 2005: 250; Moore ve Pubantz, 2006: 143; Volger, 2010: 673). Bu bağlamda genel olarak uzmanlık kurumlarının organları, bazı istisnalar olsa da, tüm üye devletlerin temsil edildiği bir genel kurul, daha sınırlı sayıda üye devletin temsil edildiği fakat genel kurul niteliğindeki organa göre daha sık toplanan bir konsey ve ilgili örgütün idarî işlerini yürüten ve günlük işleyişini sürdüren bir sekreteryadır. DSÖ'nün organları da bu genellemeye uygun olarak, Dünya Sağlık Asamblesi (*World Health Assembly*), İcra Kurulu (*Executive Board*) ve Sekreteryadır (*Secretariat*) (DSÖ Anayasası, m. 9). Bahsedilen merkezî organlar yanında, DSÖ'nün bölgesel teşkilatlanması ve bazı üye devletlerde ülke ofisleri de bulunmaktadır. Bu da merkezden yerele doğru üç kademeli bir yapı oluşturmaktadır. Bu üç kademeli yapı ise DSÖ'nün, sağlık alanında merkezî politika liderliği ile yerel düzeydeki operasyonel kapasitesini birleştirmesini olanaklı kılmıştır (Lee, 2009: 25). DSÖ'nün, bölgesel komite ve bölge ofisinden oluşan bölgesel örgütlenmesinin, başta salgın hastalıklar olmak üzere sağlık alanında ortaya çıkan sorunların yakından takibini mümkün kılması ve bu sorunlara daha hızlı ve etkili müdahale bakımından önem teşkil ettiği söylenebilir. Nitekim âdemimerkeziyetin DSÖ'nün evrensel düzeyde etkinliğinin sağlanması için gerekli bir koşul ve halk sağlığı yönetiminde değerli bir ilke olduğu ve DSÖ'de kabul edilen bu ilkenin ulusal sağlık hizmetlerinde yerinden yönetimi desteklemeyi hedeflediği belirtilmektedir (Beigbeder, 1998: 58, 59).

### **Merkezî Örgütlenme**

#### **Dünya Sağlık Asamblesi**

Asamble tüm üye devletleri temsil eden delegelerden oluşmaktadır (DSÖ Anayasası, m. 10). DSÖ Anayasası m. 11'e göre, bir üye devletin delegasyonunda en fazla üç delege bulunabilir ve delegasyonların sağlık alanında teknik yeterliliği haiz kişilerden ve tercihen üye devletlerin ulusal sağlık yönetimlerinin temsilcilerinden oluşması gerekmektedir. Uygulamada toplantılara genellikle üye devletlerin sağlık bakanları da katılmakta, çoğunlukla sağlık veya dışişleri bakanlığı yetkililerinden oluşan delegelere yardımcıları ve danışmanları eşlik etmektedir (Gostin, 2014: 93). Asamble toplantılarına ayrıca, oy hakkı olmaksızın, ortak üyelerin ve İcra Kurulunun temsilcileri ile davet üzerine, DSÖ üyesi olmayan

---

<sup>13</sup> Porto Riko'nun statüsü hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. (United Nations General Assembly, 2015: 3-9).

devletlerin gözlemci statüsüyle temsilcileri<sup>14</sup> ve ilgili diğer uluslararası örgütlerin ve resmî olarak kabul edilmiş hükümet dışı örgütlerin temsilcileri de katılabilirler<sup>15</sup>.

Olağan olarak yılda bir kez toplanan Asambenin, üyelerinin çoğunluğunun veya İcra Kurulunun talebiyle de toplanması mümkündür (DSÖ Anayasası, m. 13). Olağan toplantılar genellikle her yıl mayıs ayında yapılmakta ve yaklaşık bir hafta sürmektedir (Lee, 2009: 25; <http://cenevreofisi.dt.mfa.gov.tr/ShowInfoNotes.aspx?ID=203417>, 10.12.2015). DSÖ Anayasası m. 14'te Asambenin yıllık olağan toplantısında bir sonraki yıl toplantının düzenleneceği ülke veya bölgeyi seçeceği düzenlenmişse de uygulamada özellikle ekonomik gerekçelerle toplantılar birkaç istisna dışında Örgütün Cenevre'deki merkezinde gerçekleştirilmektedir<sup>16</sup>.

Asamblede her üye devletin bir oy hakkı bulunmaktadır (DSÖ Anayasası, m. 59). Asamblede karar alınabilmesi için gerekli oy oranları ise DSÖ Anayasası m. 60'da önemli meseleler ve diğer meseleler olarak ikiye ayrılarak belirlenmiştir. Buna göre, önemli meselelerde Asambenin karar alabilmesi için mevcut bulunan ve oylamaya katılan üyelerin 2/3 çoğunluğunun olumlu oyu gereklidir. Önemli meseleler, sözleşmeler ve anlaşmalar ile DSÖ Anayasasında yapılacak değişikliklerin kabulü; DSÖ ile BM, diğer uluslararası örgütler ve kurumlar arasında ilişki kuran anlaşmaların kabulü olarak belirlenmiştir (DSÖ Anayasası, m. 60/a). Diğer meselelerde ise mevcut bulunan ve oylamaya katılan üyelerin çoğunluğu ile karar alınabilmektedir. Bir meselenin önemli meselelerden olduğuna Asamble tarafından karar verilebilmesi mümkün olup, bu husus da diğer meseleler arasında sayıldığından bu tür bir kararın alınabilmesi için oy çokluğu yeterlidir (DSÖ Anayasası, m. 60/b). Buna karşılık uygulamada kararların genellikle konsensüs<sup>17</sup> yöntemiyle alındığı belirtilmektedir (Gostin, 2014: 94; Lee, 2009: 26).

Tüm üye devletlerin temsil edildiği genel yetkili organ olarak Asamble, DSÖ Anayasasında belirlenen görev ve yetkilerinin sınırları dâhilinde, Örgütün amaçlarını gerçekleştirilmesi için gerekli gördüğü her türlü tasarrufla bulunma yetkisine sahiptir (Burci ve Vignes, 2004: 44). Örgütün en üst düzey karar organı olan Asambenin temel görevi Örgüt politikalarının belirlenmesidir (Lee, 2009: 25). Asambleye verilen görevler DSÖ Anayasası m. 18'de sayılmıştır. Buna göre, Örgüt politikalarının belirlenmesi; İcra Kurulunda görev yapacak kişileri atayacak

<sup>14</sup> Asamble toplantılarına gözlemci statüsüyle katılanlar arasında Vatikan, Filistin ve Tayvan da bulunmaktadır (Gostin, 2014: 93).

<sup>15</sup> Bkz. Dünya Sağlık Asamblesi İç Tüzüğü, m. 19, 44-48. Dünya Sağlık Asamblesi İç Tüzüğü'nün tam metni için bkz. (WHO, 2014: 139-169).

<sup>16</sup> Asamble yıllık toplantıları 1949'da Roma'da, 1955'te Mexico City'de, 1958'de Minneapolis'te, 1961'de Yeni Delhi'de ve 1969'da Boston'da yapılmıştır (Burci ve Vignes, 2004: 38; Gostin, 2014: 93).

<sup>17</sup> Konsensüs (*consensus*), çeşitli uluslararası örgütlerin organlarında başvurulabilen bir karar alma yöntemi olup, bu yöntemde oylama yapılmaz; toplantıya katılan herhangi bir üye itiraz etmediyse, yani genel susma söz konusuysa sunulan karar taslağı kabul edilmiş sayılır (Aktaş, 2009: 8; Sur, 2013: 174).

üye devletlerin seçilmesi; Genel Direktörün atanması; gerek İcra Kurulunun gerekse Genel Direktörün faaliyetlerinin ve raporlarının değerlendirilmesi ve onaylanması ile faaliyette bulunması, çalışma veya rapor hazırlanması, ya da soruşturma yapılması istenen meseleler hakkında İcra Kuruluna talimat verilmesi; Örgütün çalışmaları için gerekli komitelerin kurulması; Örgütün mali politikalarının denetimi ile bütçenin incelenmesi ve kabulü; sağlıkla ilgili meselelere gerek üye devletlerin gerek hükümetlerarası veya hükümet dışı uluslararası örgütlerin dikkatlerini çekmek üzere İcra Kuruluna veya Genel Direktöre talimat verilmesi; Örgütün faaliyet alanında çalışan kuruluşların, kendi çalışmalarına veya kendi yetkisi altında toplanan komite ya da konferanslara oy hakkı olmaksızın temsilci göndermek üzere davet edilmesi; BM organlarının sağlıkla ilgili tavsiyelerinin değerlendirilmesi ve bu tavsiyelerin icrası için alınan önlemlerin bir raporla bildirilmesi; BM Ekonomik ve Sosyal Konseyine raporlar sunulması; sağlık alanında araştırmalar yapılmasının teşvik edilmesi; gerekli gördüğü diğer kurumların kurulması; Örgütün amaçlarına ulaşılması için uygun her türlü tasarruflarda bulunulması Asamblenin görevlerindedir.

Aşağıda ayrıntılı olarak ele alınacağı üzere, Asamble, Örgütün normatif işlevinin yerine getirilmesinde asıl yetkili organdır. Bu bağlamda Örgütün yetkisi dâhilindeki herhangi bir konuda, sözleşme ve anlaşmaların kabulü (DSÖ Anayasası, m. 19) ve üye devletlere yönelik tavsiyelerde bulunma (DSÖ Anayasası, m. 23) yetkilerini haizdir. Yine DSÖ Anayasası m. 21’de spesifik olarak sayılan konulara ilişkin tüzüklerin (*regulations*) kabulü de Asamblenin yetkisindedir.

### **İcra Kurulu**

DSÖ’nün İcra Kurulu Asamble tarafından alınan kararların uygulanmasını gözetmekle yükümlüdür (Lee, 2009: 26). İcra Kurulu üye devletler tarafından atanan 34 kişiden oluşmaktadır. Asamble, adilâne bir coğrafi dağılımı gözeterek İcra Kurulunda yer alacak kişileri atayacak üye devletleri seçmekte<sup>18</sup>; bu devletler de Kurula birer üye atamaktadır (DSÖ Anayasası, m. 24). İcra Kuruluna atama yapacak üye devletler üç yıllığına seçilir ve yeniden seçilebilmeleri de mümkündür (DSÖ Anayasası, m. 25). Uygulamada, İcra Kuruluna atama yapacak üyeler arasında BM Güvenlik Konseyinin daimî üyelerinin yer alması prensibi kabul edilmektedir (Beigbeder, 1998: 33). İcra Kuruluna ancak teknik bakımdan sağlık alanında uzman kişilerden atama yapılabilmektedir (DSÖ Anayasası, m. 24). Bu çerçevede İcra Kuruluna atanan kişilerin kendi hükümetlerinden bağımsız hareket etmesi beklense de (Lee, 2009: 26), *Beigbeder*, uygulamada Kurul üyelerinin teknik konularda daha bağımsız fakat siyasî meseleleri içeren konularda kendi

<sup>18</sup> Türkiye’nin, 1950-1952, 1965-1967, 1980-1982, 1994-1996 ve 2007-2009 dönemlerinde İcra Kuruluna üye atamak üzere seçildiği yönünde bkz. (<http://cenvreofisi.dt.mfa.gov.tr/ShowInfoNotes.aspx?ID=203417>, 10.12.2015).

hükümetlerinin talimat ve politikaları doğrultusunda hareket ettiklerinin gözlemlendiğini belirtmektedir (Beigbeder, 1998: 33).

DSÖ Anayasası m. 26'da İcra Kurulunun yılda iki kez toplanması öngörülmüştür. Bu iki toplantıdan ilki ocak ayında, ilk toplantıya oranla daha kısa süren ikinci toplantı ise mayıs ayında yapılan Asamble toplantısının ardından yapılır (Gostin, 2014: 94). DSÖ Anayasasında, İcra Kurulunda alınacak kararlar için gerekli karar nisabı konusunda Asamblenin karar nisabını düzenleyen hükümlere atıfta bulunulmuştur (m. 60/c). Dolayısıyla İcra Kurulunda karar alınabilmesi için önemli meselelerde 2/3 çoğunluğun, diğer meselelerde ise oy çokluğunun sağlanması yeterlidir. Hangi meselelerin önemli meselelerden sayılacağı ise İcra Kurulu iç tüzüğü'nün 43. maddesinde belirtilmiştir<sup>19</sup>. Ancak belirtmek gerekir ki tıpkı Asamblede olduğu gibi, İcra Kurulunda da karar alınırken uygulamada çoğu zaman konsensüs yöntemine başvurulmaktadır (Burci ve Vignes, 2004: 47).

İcra Kuruluna DSÖ Anayasası m. 28 çerçevesinde şu görevler tevdi edilmiştir:

Asamble tarafından alınan kararları ve benimsenen politikaları uygulamak; Asamblenin icra organı olarak faaliyette bulunmak; Asamble tarafından kendisine verilen diğer görevleri yerine getirmek; Asamblenin yönlendirdiği sorunlara ve sözleşmeler, anlaşmalar ve tüzüklerle Örgüte tevdi edilen meselelere ilişkin olarak Asambleye tavsiyelerde bulunmak; kendi inisiyatifiyle Asambleye tavsiyeler veya öneriler sunmak; Asamble toplantılarının gündemini hazırlamak; genel çalışma programını Asambleye sunmak; acil eylem gerektiren durumlara müdahale etmek üzere Örgütün işlevleri ve malî kaynakları çerçevesinde acil önlemler almak ve özellikle salgın hastalıklarla mücadele edilmesi ve bir felaketin mağdurlarına düzenlenecek sağlık yardımına katkı sunulması konusunda gerekli adımları atmaya üzere Genel Direktörü yetkilendirmek. İcra Kurulu ayrıca, Genel Direktör tarafından hazırlanan bütçe tasarısını görüşerek gerekli gördüğü tavsiyelerle birlikte Asambleye sunmaktadır (DSÖ Anayasası, m. 55). DSÖ Anayasası m. 58'de acil ya da beklenmedik durumlarla karşılaşıldığında İcra Kurulunun takdir yetkisi çerçevesinde kullanılacak bir özel fon oluşturulması da düzenlenmiştir.

İcra Kurulunun Asamble tarafından kendisine devredilen yetkileri tüm Asamble adına kullanacağı da DSÖ Anayasasının 29. maddesinde düzenlenmiştir (Gostin, 2014: 94). İcra Kurulu, Asamblenin talimatı, kendi inisiyatifi veya

---

<sup>19</sup> İcra Kurulu İç Tüzüğü m. 43'te 2/3 oy çoğunluğu gereken önemli meseleler şöyle sayılmıştır: sözleşmelerin ve anlaşmaların kabulüne; DSÖ ile BM ve diğer uluslararası örgüt ve kurumlar arasında ilişki kuran anlaşmaların onaylanmasına; DSÖ Anayasasında yapılacak değişikliklere; çalışma bütçesinin etkinliğine; DSÖ Anayasası m. 7 çerçevesinde bir üye devletin oy hakkının ve o üye devlete verilen hizmetlerin askıya alınmasına yönelik tavsiyeler ile iç tüzüğü'nün askıya alınması veya değiştirilmesine dair kararlar. İcra Kurulu İç Tüzüğü'nün tam metni için bkz. (WHO, 2014: 173-190).

Direktörün önerisi üzerine Örgütün amaçlarına hizmet edecek komitelerin kurulması ve diğer örgütlerle işbirliği çerçevesinde ortak komiteler kurulmasının sağlanması yetkilerini de haizdir (DSÖ Anayasası, m. 38-40). Ayrıca hem Asamblenin hem de İcra Kurulunun, Örgütün yetkisi dâhilindeki her tür meseleyi görüşmek üzere yerel, genel, teknik veya özel konferanslar düzenleme yetkileri bulunmaktadır (DSÖ Anayasası, m. 41).

### **Sekretarya**

Sekretarya, Genel Direktör ile Örgütün ihtiyaç duyduğu diğer idarî ve teknik görevlilerden oluşmaktadır (DSÖ Anayasası, m. 30). Gerek Genel Direktör gerek diğer Örgüt personeli uluslararası memur olduklarından, görevlerini yerine getirirken herhangi bir hükümetten ya da Örgüt dışındaki bir otoriteden emir ve talimat alamaz. Bu bağlamda DSÖ Anayasasıyla üye devletler de Genel Direktör ve diğer personelin münhasıran uluslararası niteliğine saygı göstermeyi ve onları etkilemekten kaçınmayı yükümlenmişlerdir (DSÖ Anayasası, m. 37).

Çalışmalarını Cenevre'deki Genel Merkez ile 6 Bölgesel Büro ve 147 ülke ve irtibat bürosunda yürüten DSÖ Sekretaryası, Örgütün faaliyetlerinde sürekliliği sağlayan idarî ve teknik organdır (Lee, 2009: 27). Sekretarya bünyesinde Örgüt merkezinde, bölgesel örgütlenmelerde ve ülke ofislerinde olmak üzere toplam yaklaşık 7000 personel çalışmaktadır (Gostin, 2014: 95). Sekretarya, bir yandan Örgütün günlük işleyişini sağlamakta diğer taraftan Asamblenin ve İcra Kurulunun faaliyetleriyle ilgili işlevleri yerine getirmektedir. Bu kapsamda toplantıları organize etmekte, belgeleri hazırlamakta, çeviri hizmetlerini sunmakta ve lojistik konuları düzenlemektedir (Burci ve Vignes, 2004: 52).

Sekretaryanın başı olan Genel Direktör, İcra Kurulunca aday gösterilip Asamble tarafından yenilenebilir beş yıllık görev süresi için atanır (Gostin, 2014: 95). İcra Kurulunun otoritesine tâbi olan Genel Direktör, Örgütün en yüksek düzeyli teknik ve idarî memurudur (DSÖ Anayasası, m. 31). Sekretarya personeli ise Asamble tarafından belirlenen personel tüzüklerine uygun olarak Genel Direktör tarafından atanmaktadır (DSÖ Anayasası, m. 35). Genel Direktör kendisine verilen görevleri yerine getirmek amacıyla, başta ulusal sağlık idaresi ve ulusal sağlık örgütlenmeleri olmak üzere üye devletlerin çeşitli departmanlarına doğrudan erişimini mümkün kılacak bir usulü üye devletlerle anlaşarak belirleyebilir. Ayrıca Genel Direktör, Örgütün yetkisi dâhilindeki alanlarda faaliyet gösteren uluslararası örgütlerle doğrudan ilişkiler kurma yetkisini de haizdir (DSÖ Anayasası, m. 33). Genel Direktörün görevlerinden biri de İcra Kuruluna sunulmak üzere malî durum tablolarının ve tahminî bütçenin hazırlanmasıdır (DSÖ Anayasası, m. 34, 55). Genel olarak tüm idarî kararlar Genel Direktör tarafından alınmakla birlikte Genel Direktörün bu idarî nitelikteki işlem yapma yetkisi devredilebilir. Keza çoğu zaman bu işlemler bizzat Genel Direktör tarafından değil, onun namına örgüt yetkililerince yerine getirilir. Genel Direktörün aslî organların toplantılarına da önemli bir etkisi vardır. Toplantıların planlanmasında ve bizzat

toplantılarda yer almakta ve gerek gördüğünde açıklamalarda bulunabilmektedir (Burci ve Vignes, 2004: 50, 51).

DSÖ Genel Direktörünün<sup>20</sup> teknik ve idarî sorumluluklarının ötesinde de sorumlulukları vardır. Genel Direktör üye devletlerle, diğer örgütlerle ve uluslararası kamuoyuyla ilişkilerde Örgütü temsil eder ve dolayısıyla Örgütün prestijini ve saygınlığını korumalıdır. DSÖ'nün politikalarının, stratejisinin ve teknik faaliyetlerinin belirlenmesinde ve uygulanmasında da Genel Direktörün önemli etkinliği söz konusu olabilmektedir (Beigbeder, 1998: 55 vd.; Gostin, 2014: 95).

### **Bölgesel Örgütlenme**

DSÖ kurulurken, bir yandan o dönemde varlığını sürdüren bölgesel sağlık örgütlerinin evrensel düzeyde faaliyet göstermek üzere kurulan bu yeni Örgütle bütünleştirilmesi, diğer yandan coğrafi dengeyi sağlamak için de bu yeni Örgüt bünyesinde bölgesel teşkilatlanmaya gidilmesi kararlaştırılmıştır (Lee, 2009: 30)<sup>21</sup>. İşte bu nedenle DSÖ Anayasasının XI. Bölümü (m. 44-54) bölgesel örgütlenmeye hasredilmiştir. DSÖ'nün teşkilatlanacağı coğrafi alanın belirlenmesi ve bu bölgede, bölgenin özel ihtiyaçlarını karşılamak üzere bir örgütlenmeye gidilmesi konusunda karar yetkisi Asambleye aittir. Ancak Asamblede bir bölgesel örgütlenme kurulması kararı alınırken belirlenen bölgedeki üyelerin çoğunluğunun rızası da aranmaktadır (DSÖ Anayasası, m. 44). Bu çerçevede Mayıs 2015 itibarıyla DSÖ bünyesinde altı bölgesel teşkilatlanma bulunmaktadır<sup>22</sup>. Örgütün ayrılmaz parçasını teşkil eden bu bölgesel örgütlenmelerde bir bölgesel komite ve bölge ofisi yer almaktadır (DSÖ Anayasası, m. 45, 46).

Bölgesel komiteler ilgili bölgedeki üyelerin ve ortak üyelerin temsilcilerinden oluşmakta ve gerekli oldukça toplanmaktadır. Uygulamada bölgesel komitelerin toplantıları genellikle yılda bir kez eylül veya ekim ayında yapılmakta ve bu toplantılar yaklaşık bir hafta sürmektedir. Söz konusu komiteler bölgesel sağlık politikaları alanında geniş bir otonomiden yararlanırlar (Beigbeder, 1998: 35, 36). Bu bağlamda münhasıran bölgesel nitelikli sorunlara ilişkin politikaların üretilmesi ve ilgili bölgede sağlık alanında teknik konferanslar düzenlenmesi, çalışmalar ve araştırmalar yapılması hususlarında bölge ofisine önerilerde bulunulması bu komitelerin görevleri arasındadır. Bölgesel komiteler ayrıca, önemi bölgesel düzeyi aşmış uluslararası sağlık meselelerine ilişkin olarak

<sup>20</sup> 1948 yılından itibaren atanan DSÖ Genel Direktörlerinin hepsi hekim olup, hâlihazırdaki Genel Direktör 1 Temmuz 2012'de ikinci görev dönemine başlayan Çinli Dr. *Margaret Chan*'dir. DSÖ Genel Direktörleri hakkında bkz. (<http://www.who.int/dg/en/>, 15.11.2015).

<sup>21</sup> DSÖ Anayasasının hazırlık çalışmalarında bölgesel örgütlenmenin ne şekilde olması gerektiğine dair tartışmalar için ayrıca bkz. (Beigbeder, 1998: 57, 58).

<sup>22</sup> Bunlar Afrika Bölgesi, Amerikalar Bölgesi, Güneydoğu Asya Bölgesi, Avrupa Bölgesi, Doğu Akdeniz Bölgesi ve Batı Pasifik Bölgesidir (<http://www.who.int/about/regions/en/>, 13.11.2015).



Örgüte tavsiyeler sunabilmekte ve Asamble, İcra Kurulu ya da Genel Direktör tarafından kendilerine devredilen işlevleri yerine getirmektedir (DSÖ Anayasası, m. 50).

DSÖ'nün bölgesel örgütlenmesinde bölge ofisleri ise, DSÖ Genel Direktörünün genel yetkisine tâbi olarak bir yandan bölgesel komitenin idarî organı olarak görev yaparken diğer yandan Asambenin ve İcra Kurulunun kararlarının bölgede yürütülmesinden sorumludur (m. 51). Her bir bölge ofisinin başında İcra Kurulu tarafından ilgili bölgesel komiteyle uzlaşarak atanan bölge direktörü bulunmaktadır (m. 52).

## **DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN NORMATİF İŞLEVINİN YERİNE GETİRİLMESİ**

### **Genel Olarak**

DSÖ'nün işlevleri, DSÖ Anayasasının 2. maddesinde sayılmıştır. Bu hükümde belirtilen işlevlerin ne şekilde yerine getirileceği ise, Andlaşmanın belirli organların görevlerini ve yetkilerini düzenleyen diğer hükümleriyle birlikte değerlendirilmesi yoluyla ortaya çıkmaktadır (Burci ve Vignes, 2004: 119). DSÖ'ye verilen en temel işlev, bir bakıma Örgütün uluslararası sağlık alanındaki genel yetkisini ortaya koyan, m.2/a'da düzenlenmiştir. Söz konusu hükme göre, Örgüt uluslararası sağlık çalışmalarında yönlendirici ve işbirliğini sağlayıcı makam olarak faaliyet gösterecektir. Bu bağlamda m. 2'nin diğer bentlerinde, talepleri üzerine hükümetlere sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesine yardımcı bulunmak; salgın hastalıklarla ve istatistiklerle ilgili hizmetler dâhil gerekli olabilecek idarî ve teknik hizmetlerin teşkili ve sürdürülmesi; sağlık alanında ilerlemeye katkıda bulunan bilimsel ve meslekî gruplar arasında işbirliğinin sağlanması gibi çeşitli işlevlere yer verilmiştir.<sup>23</sup>

II. Dünya Savaşından sonra halk sağlığı konusunda evrensel düzeyde faaliyette bulunmak üzere kurulan DSÖ'ye kurucu andlaşmayla verilen en önemli işlevlerden biri de normatif işlevdir. Normatif işlev denildiğinde, Örgütün kendi faaliyet alanına ilişkin bağlayıcı uluslararası hukuk kurallarının yaratılmasında görev alması yanında, bağlayıcı nitelikte olmayan fakat Örgütün amacına ulaşabilmesi için gerekli görülüp, üyeleri belirli bir yönde davranmaya yöneltmeyi hedefleyen tavsiyeler, ilkeler ve bir takım teknik standartların kabulü de anlaşılmaktadır (Gostin, 2014: 64 vd.). Nitekim uluslararası örgütler tarafından

<sup>23</sup> DSÖ Anayasası m. 2'de düzenlenen işlevlerin sınıflandırılması kolay olmamakla birlikte, 19 Haziran – 22 Temmuz 1946 tarihleri arasında DSÖ Anayasasının hazırlık çalışmalarının yapıldığı Uluslararası Sağlık Konferansında m. 2'de sayılan işlevler şu başlıklar altında gruplandırılmıştır: genel işlevler ve işbirliğinin sağlanması; DSÖ'nün diğer örgütlerle işbirliği; araştırma ve teknik hizmetler; tanıtıcı faaliyetler ve eğitim faaliyetleri; saha operasyonları; düzenleyici tedbirler. Bkz. (United Nations World Health Organization Interim Commission, 1948: 17, 18).

kabul edilen ve üye devletlerin çeşitli sebeplerle genellikle uygun davranma yoluna gittikleri normları içeren fakat bağlayıcı olmayan bazı kararlar “esnek hukuk” (*soft law*) terimiyle anılmaktadır<sup>24</sup>.

DSÖ Anayasası m. 2'nin (k), (o), (s), (t) ve (u) bentleri<sup>25</sup> ile Asamblenin yetkilerine ilişkin m. 19-23 birlikte değerlendirildiğinde, Örgüte sağlıkla ilgili standartların vazedilmesi ve bu standartların yeknesaklığının evrensel düzeyde sağlanması konusunda geniş yetkiler tanındığı görülmektedir (Burci ve Vignes, 2004: 124; Yemin, 1969: 183). DSÖ Anayasasında Örgütün normatif işlevini yerine getirirken yararlanabileceği üç tür hukukî enstrümandan söz edilmektedir. Bunlar m. 2/k'da sayılmış olup, m. 2/k hükmü şöyledir: Örgüt “uluslararası sağlık meselelerine ilişkin sözleşmeler, anlaşmalar veya tüzükler önerir ve bu meselelere dair tavsiyelerde bulunur”.

Örgütün normatif işlevinin yerine getirilmesinde asıl yetkili organ, evrensel düzeyde temsilin sağlandığı Asamble'dir. Zira DSÖ Anayasası m. 2/k'da sayılan üç tür hukukî belgenin kabulü konusunda, DSÖ Anayasası m. 19-23 ile Asamblenin yetkilendirildiği görülmektedir. Asamblenin yetkilerine ilişkin m. 19 ve 20'de uluslararası sözleşmeler, m. 21 ve 22'de tüzükler ve m. 23'te tavsiyeler düzenlenmiştir. Belirtmek gerekir ki Asamble, normatif işlevleri uygulamada daha ziyade m. 23 çerçevesindeki tavsiyeler yoluyla yerine getirmekte, buna karşılık bağlayıcı nitelikteki sözleşmelerin ve tüzüklerin kabulüne istisnaen başvurmaktadır (Gostin, 2014: 104).

## Uluslararası Sözleşmeler

### Sözleşmelerin kabulü

DSÖ Anayasası m. 19'a göre, Asamble Örgütün yetkisi dâhilindeki her meseleye ilişkin sözleşmelerin veya anlaşmaların kabulü yetkisini haizdir. Asamblede bu tür sözleşmelerin veya anlaşmaların kabulü için 2/3 oy çokluğu aranmaktadır. Söz konusu 2/3 çoğunluğun hesabında yalnızca oylamada kullanılan olumlu veya olumsuz geçerli oylar dikkate alınmakta, çekimser oylar hesaba

<sup>24</sup> Esnek hukuk (*soft law*) kavramıyla ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. (Dupuy, 1991: 420-435; Szasz, 1995: 38, 39, 45-48).

<sup>25</sup> Söz konusu bentlere göre sırasıyla Örgüte, uluslararası sağlık meselelerine ilişkin sözleşmeler, anlaşmalar veya tüzükler önermek ve tavsiyelerde bulunmak, bu düzenlemelerle Örgüte verilebilecek ve Örgütün amaçlarına uygun görevleri yerine getirmek (m.2/k); sağlık, tıp ve ilgili diğer alanlardaki mesleklere ilişkin gelişmiş öğretim ve eğitim standartlarının teşviki (m 2/o); lüzumuna göre, hastalıklar, ölüm nedenleri ve halk sağlığı alanındaki uygulamalar konusunda uluslararası alanda kullanılacak terminolojiyi (*nomenklatür*) belirlemek ve gözden geçirmek (m. 2/s); tanı usullerinin gerektiği şekilde standardizasyonu (m. 2/t); gıda ürünleriyle biyolojik, farmasötik ve benzeri ürünlere ilişkin uluslararası standartların geliştirilmesi, belirlenmesi ve teşviki (m. 2/u) işlevleri verilmiştir.

katılmamaktadır<sup>26</sup>. DSÖ Anayasası m. 19'da, Asamble tarafından kabul edilen sözleşme veya anlaşmaların, her üye bakımından kendi anayasal usulleri çerçevesinde kabulünün ardından yürürlüğe gireceği düzenlenmiştir. Dolayısıyla bir üye devletin Asamble tarafından kabul edilen bir sözleşme veya anlaşmayla bağlanabilmesi her üye devletin kendi anayasal usullerine bağlıdır. Yani kural olarak, anlaşmaların bağlayıcılık kazanmasında basit usul dışındaki sistemi benimseyen devletler bakımından açık bir onay, kabul ya da tasvip gibi ek bir işleme gerek bulunmaktadır (Burci ve Vignes, 2004: 124, 125)<sup>27</sup>. Bu bağlamda DSÖ Anayasası m.19'da öngörülen usul, anlaşmalar hukukunun bir devletin anlaşmayla bağlanma rızasını kural olarak olumlu bir davranışla açıklamasını öngören geleneksel ilkesiyle uyum içindedir<sup>28</sup>. Bu noktada belirtmek gerekir ki, söz konusu husus Asamble tarafından m. 19 çerçevesinde kabul edilen sözleşme veya anlaşmalar ile m. 21 ve 22'de düzenlenen tüzüklerin en önemli farklarından birini teşkil etmektedir.

Üye devletler DSÖ Anayasası m. 20 hükmüyle, bir sözleşme veya anlaşmanın Asamblede kabul edilmesinin ardından on sekiz ay içinde kendi anayasal usulleri çerçevesinde bu sözleşme ya da anlaşmanın kabulüne (*acceptance*) ilişkin işlemleri yapacağı konusunda taahhüt altına girmiştir. Bu çerçevede her üye devletin DSÖ Genel Direktörünü yapılan işlem hakkında bilgilendirmesi ve sözleşme veya anlaşmanın on sekiz aylık sürede kabul edilmemesi hâlinde bunun nedenleri hakkında ilgili üye devlet tarafından Örgüte açıklama yapılması gerekmektedir.

DSÖ Anayasası m. 20 hükmünde benimsenen usulün bir ölçüde anlaşmaların akdedilmesine ilişkin genel süreçten farklı olduğu dikkat çekmektedir (Gostin, 2014: 110). 1969 tarihli Anlaşmalar Hukukuna Dair Viyana Sözleşmesi m. 18'de, bir anlaşmayı onaya, kabule veya tasvibe bağlı olarak imzalayan devletler için, anlaşmaya taraf olmama niyetini açıklayıncaya kadar,

<sup>26</sup> Bkz. Dünya Sağlık Asamblesi İç Tüzüğü, m. 69, 70. Asamble İç Tüzüğü'nün tam metni için bkz. (WHO, 2014: 139-169).

<sup>27</sup> 19 Haziran - 22 Temmuz 1946 tarihleri arasında DSÖ Anayasasının hazırlık çalışmalarının yapıldığı Uluslararası Sağlık Konferansında, Asambledeki temsilcilere, sözleşmeleri hükümetleri adına sonradan onaya gerek olmaksızın kabul amacıyla imzalamak üzere yetki verilmesi gibi alternatif bir usul görüşülmüşse de uluslararası hukukun mevcut durumunun bu tür bir usulü imkânsız kıldığı ileri sürülmüş ve bahsedilen yöntem kabul görmemiştir (Alexandrowicz, 1973: 50; United Nations World Health Organization Interim Commission, 1948: 20).

<sup>28</sup> 1969 tarihli Anlaşmalar Hukukuna Dair Viyana Sözleşmesinin "*Bir anlaşma ile bağlanma rızasının açıklanma yolları*" başlıklı 11. maddesi hükmü şöyledir: "*Bir devletin bir anlaşma ile bağlanma rızası imza, bir anlaşma teşkil eden belgelerin teatisi, onay, kabul, tasvip veya katılma veya üzerinde mutabık kalındıysa diğer herhangi bir yöntemle açıklanabilir.*" Türkiye'nin taraf olmadığı 1969 tarihli Anlaşmalar Hukukuna Dair Viyana Sözleşmesinin Türkçe tam metni için bkz. (Gündüz, 2003:183-208) Sözleşmenin İngilizce metni için bkz. (UNTS, 1987).

andlaşmanın konu ve amacını ortadan kaldıracak davranışlarda bulunmama dışında başka bir yükümlülük öngörülmemiştir. Dolayısıyla bir andlaşmayı onaya, kabule veya tasvibe bağlı olarak imzalayan bir devletin söz konusu andlaşmayla bağlanma rızasını açıklayıp açıklamama veya açıklama zamanı konusunda, andlaşma metninde öngörülmediği sürece tam bir serbestiden yararlandığı söylenebilir (Sur, 2013: 36). Bununla birlikte DSÖ Anayasası m. 19 çerçevesinde DSÖ bünyesinde kabul edilen bir andlaşma söz konusu olduğunda temelde 1969 tarihli Andlaşmalar Hukukuna Dair Viyana Sözleşmesinin 5. maddesi<sup>29</sup> göz önünde bulundurulmalıdır. Bahsedilen maddeye göre, bir uluslararası örgüt bünyesinde<sup>30</sup> kabul edilen - Andlaşmalar Hukukuna Dair Viyana Sözleşmesinin kapsamındaki- bir andlaşma söz konusuysa, bu durumda Örgütün konuyla ilgili kuralları *lex specialis* olarak öncelikle dikkate alınacaktır (Aust, 2000: 70, 71). Dolayısıyla DSÖ Anayasasına taraf olan devletler, Örgüt bünyesinde hazırlanarak Asamblede kabul edilen bir sözleşme veya anlaşmaya ilişkin olarak DSÖ Anayasası m. 20 çerçevesinde hareket etmelidir. Bu bağlamda bir sözleşmenin veya anlaşmanın Asamblede kabulü esnasında olumsuz oy kullanan devletler dahi maddede zikredilen on sekiz aylık süre içinde ilgili andlaşmanın kabulü için kendi anayasal usulü çerçevesinde gerekli işlemleri (onaylama gibi...) yapmak ve andlaşmayı kabul etmemesi hâlinde bunun gerekçesini DSÖ'ye açıklamak durumundadır (Gostin, 2014: 110).

DSÖ Anayasası m. 20'de ayrıca, Asamblede kabul edilen bir sözleşmenin veya anlaşmanın üye devlet tarafından kabulü hâlinde, ilgili devletin bu sözleşme veya anlaşmanın uygulanmasına ilişkin Genel Direktöre yıllık raporlar sunacağı düzenlenmiştir. Bu hüküm üye devletlerin, Örgütün kabul ettiği tavsiyeler, sözleşmeler, anlaşmalar ve tüzüklerle ilgili aldıkları önlemler konusunda yıllık olarak Örgüte rapor sunmasını düzenleyen m. 62 ile uyumludur. Nitekim DSÖ

<sup>29</sup> 1969 tarihli Andlaşmalar Hukukuna Dair Viyana Sözleşmesi m. 5: “İşbu Sözleşme bir uluslararası örgütün kurucu belgesi olan herhangi bir andlaşmaya ve bir uluslararası örgütün bünyesinde kabul edilen herhangi bir andlaşmaya, örgütün konuyla ilgili herhangi bir kuralına hâlel gelmeksizin, uygulanır.”

<sup>30</sup> Uluslararası Hukuk Komisyonunun 1969 tarihli Andlaşmalar Hukukuna Dair Viyana Sözleşmesi taslak maddeleri şerhinde (1966), uluslararası örgütler bünyesinde (*within*) kabul edilen andlaşmalarla, uluslararası örgütlerin himayesinde (*under the auspices of*) hazırlanan andlaşmalar arasında ayırım yapılmakta ve 1969 tarihli Andlaşmalar Hukukuna Dair Viyana Sözleşmesi m. 5'in birinci grup andlaşmalar bakımından düzenlendiği belirtilmektedir. Uluslararası örgütlerin himayesinde hazırlanan andlaşmaların ise söz konusu m. 5 hükmü dışında kaldığı ve gerekli şartları taşıması hâlinde tamamen 1969 tarihli Andlaşmalar Hukukuna Dair Viyana Sözleşmesi hükümlerine tâbi olduğu vurgulanmaktadır. Uluslararası örgütler bünyesinde kabul edilen andlaşmalar, metni örgütün yetkili organlarınca hazırlanarak bu organlarda kabul edilen andlaşmaları ifade etmekteyken; uluslararası örgütlerin himayesinde veya onun olanakları kullanılarak hazırlanan andlaşmalar ise, metni, Örgütün daveti üzerine kendi kurumsal yapısı dışında toplanan bir hükümetlerarası konferansta görüşülerek kabul edilen andlaşmaları belirtmektedir. Ayrıntılı bilgi için bkz. (Brölmann, 2007: 104, 105; International Law Commission, 1967: 191; Schmalenbach, 2012: 94).

Anayasasının “Devletler Tarafından Sunulan Raporlar” başlıklı XIV. Bölümünde genel olarak, üye devletlerin kendi halkının sağlık düzeyini geliştirmek için aldığı tedbirler ile bu konuda sağlanan ilerleme bakımından her yıl Örgüte bir rapor sunulması (m. 61) ve İcra Kurulunun talebi hâlinde de sağlığa ilişkin ek bilgilerin verilmesi (m. 65) düzenlenmektedir.

### **Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi**

Asamble, Örgütün kurulmasından 1990’lı yıllara gelinceye kadar herhangi bir sözleşmenin kabulü konusunda DSÖ Anayasası m. 19’da öngörülen yetkisini kullanmamıştır. Asambleyi ilk kez m. 19 çerçevesinde bir sözleşmenin kabulü konusunda çalışmaya sevk eden mesele, tütün mamullerinin kullanımının evrensel düzeyde yaygınlaşmasıdır (Burci ve Vignes, 2004: 126). Giderek büyüyen bu sorunla acilen mücadele edilmesi ihtiyacı, Asamblenin bu konuyu ciddi bir biçimde ele almasına yol açmıştır<sup>31</sup>. Zira Asambleye sunulan raporlarda, eğer önlem alınmazsa tütün kullanımı nedeniyle 2030 yılında, %70’i gelişmekte olan ülkelerden olmak üzere dünyada her yıl 10 milyon kişinin hayatını kaybedeceği öngörülmekteydi (WHO, WHA52.18, 24 May 1999: giriş bölümü, prg. 1).

Asamble 1996 yılında Örgütün Genel Direktöründen DSÖ Anayasası m. 19’a göre tütün kontrolü için bir uluslararası çerçeve sözleşme konusunda çalışma başlatmasını istemiştir (WHO, WHA49.17, 25 May 1996: prg. 3/1). Asamblenin çerçeve sözleşme tercihinde, DSÖ Sekreteryasının, konuyla ilgili kesimlerin bakış açılarındaki farklılıkları da dikkate alarak tek ve ayrıntılı bir sözleşme yerine sonradan protokollerle desteklenecek esnek bir çerçeve sözleşmenin amaca daha iyi hizmet edeceği yönündeki tavsiyesi etkili olmuştur (Burci ve Vignes, 2004: 127). Asamble tarafından 1999 yılında alınan 52.18 sayılı Kararla, tütün kontrolü çerçeve sözleşmesinin taslağını hazırlamak ve görüşmelerini yapmak üzere tüm üye devletlerin katılımına açık bir hükümetlerarası müzakere organı (*intergovernmental negotiating body*) ile bu organın çalışmaları için hazırlık yapmak ve çerçeve sözleşmenin teknik unsurları için önerilerini sunmak üzere tüm üye devletlerin ve bölgesel ekonomik bütünleşme örgütlerinin katılımına açık bir çalışma grubu (*working group*) kurulmuştur (WHO, WHA52.18, 24 May 1999)<sup>32</sup>.

Tütün kontrolü çerçeve sözleşmesi için gerekli ön hazırlığı yapmakla görevlendirilen çalışma grubu, 25-29 Ekim 1999 ve 27-29 Mart 2000 tarihleri arasında Cenevre’de iki ayrı toplantı düzenlemiştir. DSÖ Sekreteryasının da desteğiyle çerçeve sözleşme için önerilen unsurları belirleyen çalışma grubu, vardığı sonuçları bir raporla (WHO, A53/12, 26 April 2000; WHO, A53/12 Corr.1, 11 May 2000) Asambleye sunmuştur ([http://www.who.int/fctc/about/pre\\_neg\\_](http://www.who.int/fctc/about/pre_neg_)

<sup>31</sup> Aslında tütün kontrolü konusunda bir uluslararası düzenleme yapılması amacıyla DSÖ’nün kurucu andlaşmasından kaynaklanan yetkilerini kullanması gerektiği düşüncesi, Örgüt içinde, ilki 1979 tarihli çeşitli raporlarda gündeme getirilmiştir (WHO, 2009: 2).

<sup>32</sup> Gerek hükümetlerarası müzakere organı gerekse onun çalışmalarını hazırlamakla görevli çalışma grubu teknik anlamda Asamblenin yardımcı organlarıdır.

working\_group/en/, 11.09.2015). Ardından Asamble tarafından 20 Mayıs 2000'de alınan 53.16 sayılı Kararla hükümetlerarası müzakere organının görüşmelere başlaması kararlaştırılmıştır (WHO, WHA53.16, 20 May 2000). Hükümetlerarası müzakere organının göreve başlamasından önce, DSÖ'nün talebi üzerine, tütün kontrolü çerçeve sözleşmesiyle ilgilenen çeşitli kesimlerden (hükümet dışı örgütler, tütün şirketleri gibi) 500'den fazla yazılı görüş bildirilmiş ve 12-13 Ekim 2000'de Cenevre'de düzenlenen toplantıda da 144 kuruluş tasarlanan çerçeve sözleşmeyle ilgili görüşlerini sözlü olarak ifade etmiştir<sup>33</sup>.

Asambenin 53.16 sayılı Kararıyla çerçeve sözleşme görüşmelerine başlaması kabul edilen hükümetlerarası müzakere organı, DSÖ üyesi devletlerin, bölgesel ekonomik bütünleşme örgütlerinin ve gözlemci statüsüyle, DSÖ'ye üye olmayan devletlerin, diğer BM uzmanlık kurumlarının, DSÖ'nün etkin ilişki içinde bulunduğu diğer uluslararası örgütlerin ve DSÖ ile resmî ilişkisi bulunan hükümet dışı örgütlerin katılımına açık tutulmuştur (WHO, WHA52.18, 24 May 1999: prg. 3/6). DSÖ Genel Direktörünün daveti üzerine toplanan bu organda müzakereler Ekim 2000'de başlamış, ilki 16-21 Ekim 2000 sonuncusu 17-28 Şubat 2003 tarihleri arasında olmak üzere altı oturumda Asambleye sunulmak üzere sözleşmenin taslak metni hazırlanmıştır<sup>34</sup>. Neticede Asambenin 21 Mayıs 2003 tarihinde oybirliğiyle aldığı kararla (WHO, WHA56.1, 21 May 2003) kabul edilen Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi imzaya ve onaya açılmıştır (Murphy, 2003: 689). Sözleşme, 36/1. maddesine uygun olarak kırkıncı onay belgesinin depozitere tesliminden sonraki doksanıncı günde, 27 Şubat 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir<sup>35</sup>.

2015 yılı itibarıyla Asamble tarafından Anayasa m. 19'a göre kabul edilen ilk ve tek sözleşme olan Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesinin amacı, ulusal, bölgesel ve uluslararası düzeylerde uygulanacak bir tütün kontrol önlemleri çerçevesi sağlanması yoluyla mevcut ve gelecek nesilleri, tütün tüketimi ve tütün dumanına maruz kalmanın yıkıcı sonuçlarından korumak (m. 2) olarak

<sup>33</sup> Bu toplantılarda özellikle büyük tütün şirketleri, tütün kullanımını azaltmaya yönelik bu tür bir uluslararası düzenlemeye, ani ve kitlesel iş kayıplarına yol açacağı, insanları daha fazla yoksulluğa iteceği ve ulusların egemenliğine tehdit teşkil edeceği gibi iddialarla karşı çıkmıştır. (WHO, Statement, WHO/6, 13 October 2000; [http://www.who.int/fctc/about/public\\_hearings/en/](http://www.who.int/fctc/about/public_hearings/en/), 11.09.2015).

<sup>34</sup> Hükümetlerarası müzakere organının çalışmaları hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. (Burci ve Vignes, 2004: 127-131; [http://www.who.int/fctc/about/whofctc\\_inb/en/](http://www.who.int/fctc/about/whofctc_inb/en/), 11.09.2015).

<sup>35</sup> 15 Eylül 2005 tarihi itibarıyla Sözleşmeye 179 devlet ve Avrupa Birliği Örgütü taraf olmuştur ([https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IX-4&chapter=9&lang=en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&lang=en), 15.09.2015). Sözleşmenin İngilizce tam metni için bkz. (UNTS, 2006). Türkiye tarafından 28.04.2004 tarihinde imzalanarak, 25.11.2004 tarihli 5261 sayılı Kanunla (Resmî Gazete, 30.11.2004, S. 25656) onaylanması uygun bulunan Dünya Sağlık Örgütü Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi, Bakanlar Kurulunun 2004/8235 sayılı Kararıyla onaylanmıştır. Sözleşmenin Türkçe tam metni için bkz. (Resmî Gazete, 25.12.2004, S. 25681).

belirlenmiştir. Sözleşmede, tütüne talebin ve tütün arzının azaltılmasına yönelik hükümlerden<sup>36</sup> bilimsel ve teknik işbirliğine, çeşitli konulara ilişkin genel düzenlemelere yer verilmiştir. Ayrıca Sözleşme m. 23 ile, Sözleşmenin uygulanmasını düzenli olarak gözden geçirmek ve uygulamada etkinliğin sağlanması için gerekli kararları almak üzere bir andlaşma organı olarak Taraflar Konferansı (*Conference of the Parties*) kurulmuştur. Sözleşme temelde çerçeve nitelikte olduğundan, çeşitli hükümlerde öngörülen bazı genel düzenlemelerin somutlaştırılması amacıyla Taraflar Konferansına protokoller kabul etme yetkisi verilmiştir (m. 33). Bu bağlamda Taraflar Konferansınca kabul edilen ilk protokol, 12 Kasım 2012 tarihli Tütün Mamullerinin Yasadışı Ticaretinin Ortadan Kaldırılmasına Dair Protokoldür<sup>37</sup> (*Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products*). Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesi m. 33/5 hükmünden de anlaşıldığı üzere, Taraflar Konferansınca kabul edilecek tüm protokoller teknik anlamda ayrı birer uluslararası andlaşma olup, yalnızca bu andlaşmalara taraf olan devletleri bağlamaktadır.

## **Tüzükler**

### **Tüzüklere ilişkin genel düzenlemeler**

DSÖ'nün, normatif işlevini yerine getirirken başvurabileceği bir diğer hukukî enstrüman, DSÖ Anayasası m. 2/k ve 21'de öngörülen tüzüklerdir. Asamble, DSÖ Anayasası m. 21 ve 22 çerçevesinde, belirli konulara ilişkin olarak oy çokluğuyla<sup>38</sup>, belirlenen süre içinde reddetmeyen veya çekince ileri sürmeyen

<sup>36</sup> Tütüne talebi azaltmaya yönelik önlemler Sözleşmenin III. Bölümünde düzenlenmiş olup, bunlar, fiyat ve vergi önlemleri (m. 6) ile fiyat dışı önlemleri (m.7) kapsamaktadır. Fiyat dışı önlemler arasında özellikle, tütün dumanına maruz kalmanın önlenmesi (m. 8), tütün reklamının, promosyonunun ve sponsorluğunun yasaklanması (m. 13), tütün ürünlerinin paketlenmesine ve etiketlenmesine ilişkin önlemler (tütün ürünlerinin zararlı etkilerini anlatan sağlık uyarıları gibi...) (m. 11) ve tütün kullanımının bırakılmasını ve tütün bağımlılığına son verilmesini sağlamaya yönelik önlemler (m.14) sayılabilir. Tütün arzının azaltılmasına yönelik önlemler ise Sözleşmenin IV. Bölümünde düzenlenmiştir. Bu bağlamda tütün ürünlerinin yasadışı ticaretinin önlenmesi (m.15), çocuklara tütün ürünlerinin satışının engellenmesi (m. 16) ve tütün işçileri, yetiştiricileri ve satıcıları için ekonomik olarak varlıklarını sürdürebilecekleri alternatifler geliştirilmesi (m. 17) konuları düzenlenmiştir.

<sup>37</sup> 12 Kasım 2012 tarihinde kabul edilen Tütün Mamullerinin Yasadışı Ticaretinin Ortadan Kaldırılmasına Dair Protokolü, 15 Eylül 2015 itibarıyla aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 54 devlet imzalamıştır. Protokol bakımından âkit devlet sayısı ise belirtilen tarih itibarıyla 9 olup, Türkiye'nin henüz onaylamadığı bu Protokol yürürlüğe girmemiştir. Söz konusu Protokolün statüsü ile ilgili bilgi için bkz. ([https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IX-4-a&chapter=9&lang=en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&lang=en), 15.09.2015).

<sup>38</sup> DSÖ Anayasasında Asamble tarafından kabul edilecek sözleşme veya anlaşmalar için ise 2/3 çoğunluk aranmaktadır. Bkz. DSÖ Anayasası, m. 19, 60. Uygulamada Asambelenin tüzükleri ve bu tüzüklerde yapılan değişiklikleri genellikle konsensüs yöntemiyle kabul ettiği, fakat Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nün (1951) sarıhummaya ilişkin hükümlerinde

üye devletler için bağlayıcı tüzükler kabul etme yetkisini haizdir. Asamble tarafından DSÖ Anayasası m. 19 çerçevesinde kabul edilebilecek sözleşme veya anlaşmalar Örgütün yetkisi dâhilindeki her konuya ilişkin olabilmekteyken, m. 21 çerçevesinde kabul edilebilecek tüzükler yalnızca belirli konulara ilişkin olabilir (Yemin, 1969: 183, 184). DSÖ Anayasası m. 21 ile Asambelenin tüzüklerin kabulü bakımından yetkilendirildiği konular şunlardır:

- “(a). Sağlık ve karantina şartları ile hastalıkların uluslararası alanda yayılmasını önlemeyi amaçlayan diğer tedbirler;*
- (b). Hastalıklara, ölüm nedenlerine ve halk sağlığı uygulamalarına ilişkin terminoloji (nomenclatures);*
- (c). Hastalıkların tanı yöntemleriyle ilgili uluslararası alanda kullanılacak standartlar;*
- (d). Uluslararası ticarete dolaşımında bulunan biyolojik, farmasötik ve benzeri ürünlerin zararsızlığı, saflığı ve etkisi ile ilgili standartlar;*
- (e). Uluslararası ticarete dolaşımında bulunan biyolojik, farmasötik ve benzeri ürünlerin reklamı ve etiketlenmesi.”*

DSÖ Anayasası m. 22’ye göre tüzükler, Asamble tarafından kabul edildiğine ilişkin bildirimden sonra kural olarak tüm üye devletler için yürürlüğe girer. Fakat bir üye devlet tüzüğü reddettiğini ya da tüzüğü çekinceyle kabul ettiğini kendisine yapılan bildirimde belirtilen sürede Genel Direktöre bildirebilir (m. 22). Dolayısıyla Asamble tarafından DSÖ Anayasası m. 21 çerçevesinde kabul edilen tüzükler, bizzat tüzükte öngörülen sürede reddeden veya çekince beyanında bulunan devletler hariç, tüm üye devletler için olumlu bir kabul bildirimine gerek olmaksızın aynı tarihte yürürlüğe girmekte ve bu devletler bakımından tüzüklerin bağlayıcı gücü bulunmaktadır<sup>39</sup> (Alexandrowicz, 1973: 50; Yemin, 1969: 191). DSÖ Anayasası m. 22’de öngörülen bu usul, halk sağlığı alanındaki uluslararası işbirliği bakımından önemli bir dönüm noktasıdır. Zira o tarihe dek m. 21’de sayılan konular da, devletin bir uluslararası anlaşmayla bağlanmasının ancak bu yöndeki rızasını olumlu bir davranışla açıklaması hâlinde mümkün olacağı yönündeki geleneksel kural çerçevesinde bağitlanan uluslararası sağlık sözleşmeleriyle düzenlenmişti (Fidler, 2005: 332).

#### **Asamble tarafından kabul edilen tüzükler**

Asamble 2015 yılına dek Kurucu Andlaşmanın 21. maddesinin a ve b bentlerine dayanarak yalnızca iki tüzük kabul etmiştir.

---

değişiklik yapılırken, bu hükümlere ilişkin olarak üye devletler arasında görüş ayrılığı bulunması nedeniyle oylama yapıldığı, bu oylamada DSÖ Hukuk Ofisinin de görüşü doğrultusunda oy çokluğunun yeterli kabul edildiği yönünde bkz. (Yemin, 1969: 191).

<sup>39</sup> Uluslararası sağlık tüzüklerinin DSÖ üyesi devletler bakımından bağlayıcılık kazanmasına dair DSÖ Anayasası m. 22’de öngörülen özel usul, bahsedilen normatif işlemlerin hukukî niteliği konusunda doktrinde farklı görüşler ileri sürülmesine yol açmıştır. Bu konuda ayrıntılı bilgi ve değerlendirme için bkz. (Samancı, 2014: 133-165).



Bunlardan ilki, Asamble tarafından önce 1948’de, ardından yeniden düzenlenerek 1967’de DSÖ Anayasası m. 21/b çerçevesinde kabul edilen “Hastalıklar ve Ölüm Nedenleri ile İlgili (istatistiklerin derlenmesi ve yayınlanması dâhil) Terminoloji (*Nomenclature*) Hakkında 1 Numaralı DSÖ Tüzüğü”dür<sup>40</sup>. Nomenklatür Tüzüğü’nün düzenlediği konu, karşılaştırma yapmayı olanaklı kılmak amacıyla ölüm nedenlerinin sınıflandırılmasında istatistikî bilgilerde yeknesaklığın sağlanmasıdır<sup>41</sup>. Yürürlükteki Nomenklatür Tüzüğü m. 2’ye göre, üye devletler ölüm ve hastalık oranlarının istatistiklerini derlemeyi Asamble tarafından zaman zaman gözden geçirilerek kabul edilen “Hastalıkların, Yaralanmaların ve Ölüm Nedenlerinin Uluslararası İstatistikî Sınıflandırılması” (*International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death*) ya da kısaca “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması” (*International Classification of Diseases*) olarak adlandırılan belgenin yürürlükteki hâline göre yaparlar<sup>42</sup>. Nomenklatür Tüzüğü m. 2’den Asamble tarafından zaman zaman gözden geçirilerek kabul edilen “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması” belgesinin de bağlayıcı olduğu anlaşılmaktadır (Burci ve Vignes, 2004: 133, 134). Nitekim Nomenklatür Tüzüğü m. 8/2’ye göre, bahsedilen belgenin gözden geçirilerek kabul edilmiş yeni her hâli bakımından üye devletlerin 6 ay içerisinde reddetme ya da çekince ileri sürme hakkı bulunmaktadır.

DSÖ bünyesinde kabul edilen ikinci tüzük ise, Asamble tarafından ilk olarak 25 Mayıs 1951 tarihinde WHA4.75 sayılı Kararla DSÖ Anayasası m. 21/a çerçevesinde kabul edilen Uluslararası Sağlık Tüzüğüdür (1951)<sup>43</sup> (DSÖ’nün 2

<sup>40</sup> Bundan sonra Nomenklatür Tüzüğü olarak anılacaktır. Nomenklatür Tüzüğü’nün yürürlükteki hâli Asamble tarafından 22 Mayıs 1967’de WHA20.18 sayılı Kararla kabul edilmiş ve 1 Ocak 1968’de yürürlüğe girmiştir. Tüzüğü’nün İngilizce tam metni için bkz. (UNTS, 1988). Nomenklatür Tüzüğü ilk olarak Asambelenin birinci toplantısında 24 Temmuz 1948’de kabul edilmiş ve 1 Ocak 1950’de yürürlüğe girmiştir. 1948 tarihli Nomenklatür Tüzüğü’nün İngilizce tam metni için bkz. (WHO, 1948: 349-352) Bu Tüzükte daha sonra 1949 ve 1956 yılında değişiklikler yapıldığı yönünde bkz. (Sohn, 1986: 505). Tüzüğü’nün hazırlanması süreci hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. (Yemin, 1969: 187, 188).

<sup>41</sup> Ölüm nedenlerinin uluslararası alanda sınıflandırılmasıyla ilgili ilk çalışmalar 1853 yılında yapılan Uluslararası İstatistik Kongresiyle (*International Statistical Congress/ISC*) başlamış; ardından 1891 yılında kurulan Uluslararası İstatistik Enstitüsü (*International Statistical Institute/ISI*) bu görevi üstlenmiştir. MC’nin kurulmasının ardından MC Sağlık Örgütü ile Uluslararası İstatistik Enstitüsü işbirliği yaparak ölüm nedenlerinin sınıflandırılmasında gerekli gözden geçirmeleri yapmışlardır. Nihayetinde DSÖ’nün kurulmasıyla bu işlev Örgüt tarafından yerine getirilmeye başlamıştır (Burci ve Vignes, 2004: 132, 133; Yemin, 1969: 184, 185).

<sup>42</sup> Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılmasına ilişkin belgenin yürürlükteki hâli, Asamble tarafından Mayıs 1990’da kabul edilerek 1994’te yürürlüğe giren 10. versiyonudur. Bu belge hâlihazırda gözden geçirme sürecinde olup 2018 yılında yeni bir 11. versiyonunun kabul edilmesi hedeflenmektedir (<http://www.who.int/classifications/icd/en/>, 28.09.2015).

<sup>43</sup> 1 Ekim 1952’de yürürlüğe giren Uluslararası Sağlık Tüzüğü’nün (1951) İngilizce tam metni için bkz. (UNTS, 1953). Türkiye tarafından 10 Mart 1954 tarihli 6368 sayılı

Numaralı Tüzüğü/*International Sanitary Regulations*). Uluslararası Sağlık Tüzüğü (1951) aslında, bulaşıcı/salgın hastalıkların uluslararası alanda yayılmasının önlenmesi amacıyla başlatılan uluslararası işbirliği çalışmalarının sonucunda ilki 1892’de akdedilmiş çeşitli uluslararası sağlık sözleşmelerinin gözden geçirilmesi ve birleştirilmesi hedefinin bir ürünüdür (Uluslararası Sağlık Tüzüğü (1951), giriş bölümü, prg. 2)<sup>44</sup>. Asamble, Uluslararası Sağlık Tüzüğünü (1951) gözden geçirerek bunun yerine geçmek üzere 25 Temmuz 1969 tarihinde WHA22.46 sayılı Kararla yeni bir Uluslararası Sağlık Tüzüğü (1969) (*International Health Regulations*) kabul etmiştir<sup>45</sup>. Nihayet Uluslararası Sağlık Tüzüğü (1969) de gözden geçirilerek bunun yerine geçmek üzere, Asamble tarafından 23 Mayıs 2005 tarihli WHA58.3 sayılı Kararla halen yürürlükte olan Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005) kabul edilmiştir<sup>46</sup>.

Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005) m.2’ye göre, Tüzüğün temel amacı, uluslararası dolaşıma ve ticarete gereksiz müdahaleden kaçınarak ve halk sağlığı açısından ortaya çıkacak risk ile orantılı olarak, hastalıkların uluslararası alanda yayılmasının önlenmesi ve hastalıkların uluslararası alanda yayılmasına karşı halk sağlığı açısından gerekli yanıtın verilmesidir. Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005) m. 6 ve 7 dikkate alındığında, daha önceki uluslararası sağlık sözleşmelerinde ve tüzüklerinde kabul edilen spesifik hastalıklara özgülenmiş yaklaşımın terk edildiği görülmektedir. Bahsedilen hükümlerde, bir hastalığın uluslararası alanda yayılma

---

Milletlerarası Sağlık Nizamnamesinin (Dünya Sağlık Teşkilâtının 2 numaralı Nizamnamesinin) Tasdiki Hakkında Kanunla onaylanmıştır. Uluslararası Sağlık Tüzüğünün (1951) Türkçe tam metni için bkz. (Resmî Gazete, 19.03.1954, S. 8662). Uluslararası Sağlık Tüzüğünün (1951) hazırlanması süreci hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. (Yemin, 1969: 188, 189). Uluslararası Sağlık Tüzüğünde (1951) Asamble tarafından 1955, 1956, 1960, 1963, 1965 yıllarında çeşitli değişiklikler yapılmış olup, Uluslararası Sağlık Tüzüğünde (1951) değişiklik yapılan konularla ilgili bilgi için bkz. (Sohn, 1986: 505).

<sup>44</sup> Nitekim Uluslararası Sağlık Tüzüğü (1951) m. 105 hükmünde de bu Tüzükle bağlı devletlerin birbirleriyle ve DSÖ ile ilişkilerinde Tüzüğün, bu maddede sayılan anlaşmaların yerine geçeceği düzenlenmiştir. Uluslararası sağlık sözleşmelerinin, salgın hastalıkların uluslararası alanda yayılmasının önlenmesi amacıyla uluslararası dolaşıma bazı rasyonel önlemler getirilmesi isteğinden doğduğu, fakat hepsinin eşzamanlı olarak yürürlükte bulunmasının bir karmaşaya yol açtığı yönünde bkz. (Skubiszewski, 1965-1966: 217; Yemin, 1969: 185, 186).

<sup>45</sup> 1 Ocak 1971’de yürürlüğe giren Uluslararası Sağlık Tüzüğünün (1969) İngilizce tam metni için bkz. (UNTS, 1975). Türkiye bakımından Uluslararası Sağlık Tüzüğünün (1969) 1 Ocak 1971 tarihinden itibaren yürürlüğe girmek üzere onaylanması 27 Aralık 1972 tarihli 7/5578 sayılı Bakanlar Kurulu Kararıyla kararlaştırılmıştır. Uluslararası Sağlık Tüzüğünün (1969) Türkçe tam metni için bkz. (Resmî Gazete, 25.04.1973, S. 14517). Uluslararası Sağlık Tüzüğünde (1969) Asamble tarafından 1973 ve 1981 yıllarında çeşitli değişiklikler yapılmıştır (UNTS, 1982; UNTS, 1991).

<sup>46</sup> Asamblenin 23 Mayıs 2005 tarihli WHA58.3 sayılı Kararının tam metni ile 15 Haziran 2007’de yürürlüğe giren Uluslararası Sağlık Tüzüğünün (2005) İngilizce tam metni için bkz. (WHO, 2008).

yoluyla diğer devletler için halk sağlığı riski oluşturduğu ve eşgüdüm içinde uluslararası yanıtta bulunulmasını potansiyel olarak gerekli kıldığı tespit edilen her durumun Tüzüğü kapsamında sayıldığı düzenlenmiştir. Dolayısıyla hastalıkların uluslararası alanda yayılmasının önlenmesi konusunda Örgütün etkinliği önemli ölçüde artırılmıştır (Samancı, 2014: 125-133).

### **Tavsiyeler**

DSÖ Anayasası, m. 23'e göre, Asamble, Örgütün yetkisi dâhilindeki her meseleye ilişkin olarak üye devletlere tavsiyelerde bulunma yetkisini haizdir. Uluslararası örgütlerin kurucu andlaşmaları çerçevesinde yetkili organları tarafından kabul edilen üyelere yönelik tavsiye kararlarının kural olarak örgütün dışında yöneldiği kişi bakımından bağlayıcı hukukî etkisi bulunmamaktadır. Zira tavsiyeler uluslararası örgütlerin yetkili organları tarafından alınan ve ilgili örgütün dışındaki muhatabını/muhataplarını belirli bir davranış biçimini, eylem tarzını ya da çekimser kalmayı benimsemeye davet eden kararlardır (Schermers ve Blokker, 2011: 767). Bununla birlikte bir uluslararası örgüt tarafından alınan tavsiye niteliğindeki bazı kararlar, sonradan üye devletler tarafından bağlayıcı olarak kabul edilip öyle davranılırsa, o zaman bağlayıcı hale gelebilir. Ancak bu tür kararların bağlayıcı etkisi örgütün kararının niteliğinden değil, üye devletlerin bu yöndeki kabulünden doğmaktadır (Skubiszewski, 1965-1966: 202, 225).

Her ne kadar hukuken bağlayıcı olmasa da Asamble tarafından DSÖ Anayasası m. 23 çerçevesinde kabul edilen tavsiyelerin Örgütün işlevlerinin yerine getirmesinde önemli yeri vardır (Burci ve Vignes, 2004: 44). Uygulamada DSÖ'nün, normatif işlevini yerine getirirken, üye devletler bakımından bağlayıcı nitelikteki sözleşme ve tüzüklerden ziyade, bağlayıcı olmaması sebebiyle üzerinde daha kolay uzlaşılabilen tavsiye kararlarına başvurduğu görülmektedir (Beigbeder, 1998: 74, 75). Uygulanması konusunda yöneldiği üye devletlere önemli ölçüde esneklik payı bırakan bu tür kararlarla belirlenen standartlar ya da ilkeler, faklı ülkelerin kendi özel şartlarına kolaylıkla uyarlanabilmektedir. Nitekim DSÖ bünyesinde genellikle konunun uzmanlarınca bilimsel ve teknik veriler ışığında hazırlanan bu tür belgelere uygulamada geniş ölçüde uyulduğu gözlenmektedir (Burci ve Vignes, 2004: 141, 142). Ayrıca DSÖ Anayasası m. 62'de üyelerin, Örgüt tarafından yapılan tavsiyeleri hayata geçirme konusunda attıkları adımları yıllık olarak hazırlanan raporlarla Örgüte bildirmeleri yönündeki düzenleme de tavsiye kararlarının belirli bir ağırlığı olduğunu teyit etmektedir.

Asamble tarafından DSÖ Anayasası m. 23 çerçevesinde kabul edilen ve en çok bilinen tavsiye niteliğindeki karar örneklerinden biri, 1981 tarihli Anne Sütü İkamesi Ürünlerin Pazarlanmasına İlişkin Uluslararası Kurallardır<sup>47</sup> (WHO,

<sup>47</sup>Söz konusu kuralların bir tüzükle de kabul edilebilmesinin hukuken mümkün olduğu, fakat özellikle kendi ticarî çıkarlarını göz önünde bulunduran bazı gelişmiş devletlerin bu konuya ilişkin bağlayıcı kuralları reddedebileceği dikkate alınarak bir tavsiye kararıyla kabul edildiği ve Asamblede yapılan oylamada yalnızca Amerika Birleşik Devletleri'nin

WHA34.22, 21 May 1981; WHO, 1981: 6-15). Bahsedilen belgenin kabulü, o dönemde başta gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere anne sütüyle beslenme oranlarının azaldığının tespiti ve bu durumun anne sütü ikamesi ürünlerin pazarlanması ve reklamından kaynaklandığı yönündeki eleştirilerin ürünüdür<sup>48</sup>. Bu çerçevede söz konusu kurallarda bebeklerin anne sütüyle beslenmesinin mümkün olmadığı durumlarda mevcut en iyi alternatifle beslenmesi gerektiği vurgulanmakta; anne sütü ikamesi ürünlerin kullanımının teşvik edilmemesi, bu ürünlerin yalnızca ihtiyaç hâlinde elde edilebilir olması gerektiği düzenlenmektedir. Bahsedilen kuralların 11. maddesinde ise, üye devletlerin hükümetlerinden, ulusal mevzuatlarında düzenleme de dâhil, kendi sosyal ve yasal koşullarına uygun olarak bu kuralların amaç ve ilkelerinin uygulamaya konulması konusunda gerekli adımların atılması istenmiştir. *Schermers ve Blokker*, uygulamada da üye devletlerin çoğunluğunun Asamble tarafından tavsiye kararı yoluyla belirlenen bu kurallara uygun davranılması için çeşitli önlemler aldıklarını ifade etmektedir (Schermers ve Blokker, 2011: 770).

Belirtmek gerekir ki DSÖ Anayasası m. 2/a ile Örgüte uluslararası sağlık çalışmalarında yönlendirme yapma ve işbirliğini sağlama görevi verildiğinden, Örgütün tavsiyeleri doğrudan DSÖ Anayasası m. 23 çerçevesinde kabul edilenlerle sınırlı kalmamaktadır. *Burci ve Vignes* DSÖ'nün uygulamaları çerçevesinde tavsiye kararlarını ortaya çıkışları bakımından üç sınıfa ayırmaktadır (Burci ve Vignes, 2004: 142). Birincisi, Asamble veya kendi görev sınırları dâhilinde İcra Kurulu tarafından alınan tavsiye kararları; ikincisi, Asamble veya İcra Kurulu tarafından verilen yetkiye dayanarak Sekreteryaya tarafından hazırlanan ve yetkiyi veren makam tarafından tekrar ele alınmadan yayınlanan tavsiyeler ve standartlar; üçüncüsü ise, Sekreteryanın davetiyle toplanan uzmanlardan oluşan organlarca (*expert bodies*) geliştirilen, ancak Asamble tarafından resmî olarak kabul edilmeksizin Genel Direktörün inisiyatifıyla yayınlanan standartlardır.

DSÖ'nün sağlık alanında yaşanan hızlı bilimsel gelişmeler karşısında Örgüt dışından teknik konulara ilişkin yardım alması ve bu şekilde uzmanlık danışma panelleri ve komiteleri oluşturması hususu, Asamble tarafından kabul edilen Uzmanlık Danışma Panelleri ve Komiteleri Tüzüğüyle (WHO, 2014: 121-127) düzenlenmiştir. Bu belge çerçevesinde kurulan ve Örgütün tavsiyeleri için temel teşkil eden çalışmaları yapan komiteler arasında düzenli olarak toplananlar, Biyolojik Standardizasyon Uzmanlık Komitesi, Gıda Katkı Maddeleri FAO/WHO Ortak Uzmanlık Komitesi, Farmasötik Preparatların Özelliklerine İlişkin Uzmanlık Komitesi, Temel İlaçların Seçilmesi ve Kullanımına Dair Uzmanlık Komitesi ve

---

olumsuz oy kullandığı yönünde bkz. (Burci ve Vignes, 2004: 144; Beigbeder, 1998: 74, 75; Shubber, 1985: 880-885).

<sup>48</sup> 1981 tarihli Anne Sütü İkamesi Ürünlerin Pazarlanmasına İlişkin Uluslararası Kurallar hakkında ayrıntılı bilgi için bkz. (Beigbeder, 1998: 75-83; Burci ve Vignes, 2004: 142-146; Shubber, 1985: 879-908).

Uyuşturucu Bağımlılığına İlişkin Uzmanlık Komitesidir  
([http://www.who.int/kms/expert\\_panels/en/](http://www.who.int/kms/expert_panels/en/), 15.11.2015).

## SONUÇ

Halk sağlığı alanında uluslararası işbirliği, özellikle sanayi devriminin ardından ulaşım ve ticarete yaşanan gelişmeler sonrasında bulaşıcı hastalıkların farklı ülkeler ve kıtalar arasında yayılması neticesinde 19. yüzyılda başlamıştır. Başlangıçta uluslararası konferanslar ve bu konferanslarda akdedilen sağlık sözleşmeleri çerçevesinde şekillenen bu işbirliği iki temel hedefe yönelmiştir. Bunlardan birincisi, ülkesinde, uluslararası alanda yayılma potansiyeli bulunan bir salgın hastalık görülen devletin diğer devletlere durumu bildirmesinin sağlanması; ikincisi ise, hastalıkların uluslararası alanda yayılmasının önlenmesi amacıyla devletler tarafından alınacak tedbirlerin uluslararası dolaşım ve ticarete asgari müdahaleyi gerektirecek şekilde uyumlaştırılmasıdır.

Sağlık alanındaki uluslararası işbirliğinin gelişimi sürecinde önem taşıyan bir başka nokta, bu işbirliğinin sürekliliğini ve kurumsallaşmasını sağlayan uluslararası örgütlerin kurulmasıdır. Başlangıçta bölgesel ardından evrensel düzeyde faaliyette bulunmak üzere kurulan çeşitli uluslararası örgütler, devletler arasında özellikle uluslararası sağlık sözleşmelerinin kapsamındaki hastalıklara ilişkin bilgi akışının sağlanmasında, sağlıkla ilgili verilerin ve istatistiklerin tek elde toplanması ve paylaşılmasında ve hastalıklarla mücadelede üye devletlere yardım sunulmasında görev üstlenmiştir.

II. Dünya Savaşı'nın ardından kendisinden önce sağlık alanında evrensel düzeyde faaliyet gösteren örgütlerin yerini almak üzere DSÖ kurulmuştur. Örgütün kurumsal yapısı çerçevesinde merkezî örgütlenmede yer alan organları Asamble, İcra Kurulu ve Sekreteryaya olarak belirlenmiştir. Üye devletlerin Asamblede yer alan delegelerinin ve İcra Kurulu üyelerinin özellikle sağlık alanında uzman kişilerden oluşması, Örgüt işlevleri yerine getirilirken bilimsel ve teknik ilerlemelerin daha fazla göz önünde bulundurulmasına imkân sağlamaktadır. Halk sağlığının korunması gibi hassas bir alanda faaliyet gösteren DSÖ'nün kurumsal yapısı, hastalıkların coğrafi açıdan yakın ülkeler arasında yayılmasının kolay olduğu da gözetilerek, sağlık alanında üye devletlerde ortaya çıkabilecek sorunların yakından izlenmesini olanaklı kılacak şekilde tasarlanmıştır. Bu bağlamda merkezî organlar yanında bir bölgesel teşkilatlanma da oluşturulmuş, özellikle münhasıran bölgesel nitelikli sağlık meseleleri bakımından o bölgedeki üye devletler arasında etkin bir işbirliğine zemin hazırlanmıştır.

DSÖ'nün kurucu andlaşması 1948'de yürürlüğe girmiş ve bu andlaşmayla Örgüte uluslararası sağlık çalışmalarında yönlendirme ve işbirliğini sağlama temel olmak üzere çeşitli işlevler verilmiştir. Örgütün en önemli işlevlerinden biri normatif işlevi olup, bu konuda yetkili organ DSÖ Anayasası m. 19 - 23 hükümleri çerçevesinde Asamble olarak belirlenmiştir. Söz konusu maddeler çerçevesinde

Asamble, Örgütün yetkisi dahilindeki meselelere ilişkin sözleşmeler ve tavsiyeler ile DSÖ Anayasası m. 21'de sayılan konularda tüzükler kabul edebilmektedir. Gerek sözleşmeler gerek tüzükler tarafları için bağlayıcı hukukî etkiyi haizken, Asamble tarafından kabul edilen tavsiyelerin üye devletler bakımından bağlayıcı gücü bulunmamaktadır. Bununla birlikte uygulamada Asamblenin, tarafları için bağlayıcı olan sözleşmelerin ve tüzüklerin kabulüne istisnaen başvurduğu ve normatif işlevin yerine getirilmesinde daha ziyade tavsiyelerden yararlandığı dikkat çekmektedir.

DSÖ'nün normatif işlevinin yerine getirilmesinde Asamble tarafından tavsiye niteliğindeki kararların tercih edilmesi, Örgütün etkinliğinin sağlanması açısından eleştirilebilir görünse de bu tür kararların önemli bazı avantajları söz konusudur. Her şeyden önce bu tür kararlar hukuken bağlayıcı olmaması sebebiyle daha kolay kabul edilebilmektedir. Ayrıca tavsiye niteliğindeki kararlarla düzenlenen standartlar ya da ilkeler, uygulanması konusunda yöneldiği üye devletlere önemli ölçüde esneklik payı tanımaktadır. Böylelikle bu tür kararlarla belirlenen hususların hayata geçirilmesinde üye devletler kendi özel şartları çerçevesinde diledikleri yöntemi seçebilmektedir. Asamble tarafından kabul edilen tavsiyelere üye devletlerce geniş ölçüde uygun davranılmasının bir başka nedeninin, temelde bilimsel ve teknik veriler ışığında hazırlanan bu tür kararların üye devletlerin genellikle sağlık idarelerinin temsilcilerinin de yer aldığı Asamblede kabul edilmesi olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak yukarıda bahsedilen hususlar göz önüne alındığında Asamblenin, hastalıkların uluslararası alanda yayılması gibi acil ve etkin tedbirler gerektiren konularda bağlayıcı nitelikteki uluslararası sağlık tüzüklerini, buna mukabil üye devletlere esneklik tanımanın Örgütün amaçlarını gerçekleştirmesinde ve etkinliğinin sağlanmasında ciddi bir olumsuz etki yaratmayacak konularda tavsiyeleri tercih etmesi, uygulama da göz önüne alındığında isabetli olarak değerlendirilebilir. Ayrıca Asamble tarafından DSÖ Anayasası m. 19 çerçevesinde uluslararası sağlık meselelerine ilişkin, tarafları için bağlayıcı olacak sözleşmelerin de kabulü mümkündür. Bununla birlikte Asamble bu yetkisini uygulamada yalnızca bir defa, 2003 yılında kullanmış ve tütün mamullerinin kullanımının yaygınlaşmasının uluslararası alanda halk sağlığı açısından yaratacağı etkiyi göz önünde bulundurarak Tütün Kontrolü Çerçeve Sözleşmesini kabul etmiştir.

#### KAYNAKÇA

Aktaş, M. (2009). Türkiye İslam Konferansı Örgütüne üye midir? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 11 (1): 1-87.

Alexandrowicz, C. H. (1973). *The law-making functions of the specialised agencies of the United Nations*. Sydney: Angus and Robertson.

Alger, C. F. (2006). *The United Nations system: A reference handbook*. California: Abc-Clio.

Aust, A. (2000). *Modern treaty law and practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

Beigbeder, Y. (1998). *The World Health Organization*. Netherlands: Martinus Nijhoff Publishers.

Brölmann, C. (2007). *The institutional veil in public international law: International organisations and the law of treaties*. Portland: Hart Publishing.

Burci, G. L. ve Vignes, C. H. (2004). *World Health Organization*. The Hague: Kluwer Law International.

Conforti, B. (2005). *The law and the practice of the United Nations*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers.

Çağiran, M. E. (2013). *Uluslararası örgütler*. Ankara: Turhan Kitabevi.

Dubin, M. D. (1995). The League of Nations Health Organisation. P. Weindling (Der.) *International health organisations and movements (1918-1939)*: İçinde 56-80. New York: Cambridge University Press.

Dupuy, P.-M. (1991). Soft law and the international law of the environment. *Michigan Journal of International Law*, 12 (2): 420-435.

Fidler, D. P. (2005). From international sanitary conventions to global health security: The new international health regulations. *Chinese Journal of International Law*, 4 (2): 325-392.

Fomerand, J. (2009). *The A to Z of the United Nations*. Lanham: The Scarecrow Press.

Gostin, L. O. (2014). *Global health law*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.

Gündüz, A. (2003). *Milletlerarası hukuk, temel belgeler, örnek kararlar*. İstanbul: Beta.

Howard-Jones, N. (1975). *The scientific background of the international sanitary conferences 1851-1938*. Geneva: World Health Organization.

International Law Commission. (1967). Draft articles on the law of treaties with commentaries 1966. *Yearbook of the International Law Commission, 1966, Cilt II*: İçinde 187-274. New York: United Nations.

Klein, E. (2006). United Nations, specialized agencies. *Max Planck Encyclopedia of Public International Law*. <http://www.mpepil.com>, (15.11.2009).

Lee, K. (2009). *The World Health Organization (WHO)*. London: Routledge.

Moore, J. A. ve Pubantz, J. (2006). *The new United Nations: International organization in the twenty-first century*. New Jersey: Pearson.

Murphy, S. D. (Der.) (2003). Adoption of framework convention on tobacco control. *The American Journal of International Law*, 97 (3): 689-691.

Oppenheim, L. (1920). *International law: A treatise, Volume I, Peace*. R. F. Roxburgh (Ed.) London: Longmans, Green and Co.

Samancı, U. (2014). Uluslararası Sağlık Tüzüğü (2005) ve hukukî niteliği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 16 (2): 113-169.

Sawyer, W. A. (1947). Achievements of UNRRA as an international health organization. *American Journal of Public Health*, 37 (1): 41-58.

Schermers, H. G. ve Blokker, N. M. (2011). *International institutional law*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers.

Schmalenbach, K. (2012). Article 5: Treaties constituting international organizations and treaties adopted within an international organization. O. Dörr ve K. Schmalenbach (Der.) *Vienna Convention on the Law of Treaties: A commentary*: İçinde 89-99. Heidelberg: Springer.

Shubber, S. (1985). The international code of marketing of breast-milk substitutes. *International Digest of Health Legislation*, 36 (4): 877-908.

Skubiszewski, K. (1965-1966). Enactment of law by international organizations. *British Yearbook of International Law*, 41: 198-274.

Sohn, L. B. (1986). *International organization and integration: Annotated basic documents of international organizations and arrangements*. Dordrecht: Martinus Nijhoff Publishers.

Sur, M. (2013). *Uluslararası hukukun esasları*. 7. Baskı. İstanbul: Beta.

Szasz, P. C. (1995). General law-making processes. O. Schachter ve C. C. Joyner (Der.) *United Nations legal order, Cilt I*: İçinde 35-108. Cambridge: Cambridge University Press.

Terzioğlu, S. S. ve Özarslan, B. B. (2016). *Uluslararası örgütler hukuku*. Ankara: Adalet Yayınevi.

The Avalon Project. "The Covenant of the League of Nations", [http://avalon.law.yale.edu/20th\\_century/leagcov.asp](http://avalon.law.yale.edu/20th_century/leagcov.asp), (17.11.2015).

The United Nations and Decolonization. "Non-self-governing territories", <http://www.un.org/en/decolonization/nonselvgovterritories.shtml>, (19.05.2015).

Türkiye Cumhuriyeti Birleşmiş Milletler Cenevre Ofisi Nezdinde Daimi Temsilciliği. "Bilgi notları: Dünya Sağlık Örgütü (WHO – DSÖ), 07.12.2015", <http://cenevreofisi.dt.mfa.gov.tr/ShowInfoNotes.aspx?ID=203417>, (10.12.2015).



United Nations General Assembly (2015). *Special Committee decision of 23 June 2014 concerning Puerto Rico*. UN Doc. A/AC.109/2015/L.13, 20 March 2015. [http://www.un.org/en/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/AC.109/2015/L.13](http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/AC.109/2015/L.13), (18.11.2015).

United Nations Treaty Collection. "Status as at: 15.09.2015, Protocol to Eliminate Illicit Trade in Tobacco Products, Seoul, 12 November 2012", [https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IX-4-a&chapter=9&lang=en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4-a&chapter=9&lang=en), (15.09.2015).

United Nations Treaty Collection. "Status as at: 15.09.2015, WHO Framework Convention on Tobacco Control, Geneva, 21 May 2003", [https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg\\_no=IX-4&chapter=9&lang=en](https://treaties.un.org/pages/ViewDetails.aspx?src=TREATY&mtdsg_no=IX-4&chapter=9&lang=en), (15.09.2015).

United Nations Treaty Collection. "Status as at: 24.03.2015, Constitution of the World Health Organization", [https://treaties.un.org/pages/ShowMTDSGDetails.aspx?src=UNTS&tabid=2&mtdsg\\_no=IX-1&chapter=9&lang=en#Participants](https://treaties.un.org/pages/ShowMTDSGDetails.aspx?src=UNTS&tabid=2&mtdsg_no=IX-1&chapter=9&lang=en#Participants), (24.03.2015).

United Nations World Health Organization Interim Commission (1948). Summary report on proceedings minutes and final acts of the international health conference held in New York from 19 June to 22 July 1946. *Official Records of the World Health Organization No. 2*.

UNTS. (1948a). Constitution of the World Health Organization, Signed at New York, on 22 July 1946. *UN Treaty Series*, 14: 186-203.

UNTS. (1948b). Agreement between the United Nations and the World Health Organization approved by the General Assembly of the United Nations on 15 November 1947 and by the World Health Assembly on 10 July 1948. *United Nations Treaty Series*, 19: 194-212.

UNTS. (1953). International Sanitary Regulations - World Health Organization Regulations No. 2. *UN Treaty Series*, 175: 216-288.

UNTS. (1975). International Health Regulations (with appendices), adopted by the twenty-second World Health Assembly at Boston on 25 July 1969. *UN Treaty Series*, 764 (1971): 4-88.

UNTS. (1982). Additional regulations amending the International Health Regulations of 25 July 1969, in particular with respect to articles 1, 21, 63-71 and 92. *UN Treaty Series*, 943 (1974): 428-430.

UNTS. (1987). Vienna Convention on the Law of Treaties (with annex), concluded at Vienna on 23 May 1969. *UN Treaty Series*, 1155: 331-353.

UNTS. (1988). World Health Organization Regulations regarding nomenclature (including the compilation and publication of statistics) with respect

to diseases and causes of death, adopted by the twentieth World Health Assembly, at Geneva, on 22 May 1967. *UN Treaty Series*, 1172: 345-348.

UNTS. (1991). Additional Regulations amending the International Health Regulations of 1969, as amended by the Additional Regulations of 23 May 1973. *UN Treaty Series*, 1286 (1982): 390-393.

UNTS. (2006). WHO Framework Convention on Tobacco Control. *UN Treaty Series*, 2302: 229-250.

Volger, H. (Der.) (2010). *A concise encyclopedia of the United Nations*. Leiden: Martinus Nijhoff Publishers.

WHO. "Countries". <http://www.who.int/countries/en/>, (20.11.2015).

WHO. "Director general". <http://www.who.int/dg/en/>, (15.11.2015).

WHO. "Expert advisory panels and committees". [http://www.who.int/kms/expert\\_panels/en/](http://www.who.int/kms/expert_panels/en/), (15.11.2015).

WHO. "Intergovernmental negotiating body on the WHO framework convention on tobacco control (2000-2003)". [http://www.who.int/fctc/about/whofctc\\_inb/en/](http://www.who.int/fctc/about/whofctc_inb/en/), (11.09.2015).

WHO. "International classification of diseases (ICD)". <http://www.who.int/classifications/icd/en/>, (28.09.2015).

WHO. "Public hearings on the WHO framework convention on tobacco control (2000)". [http://www.who.int/fctc/about/public\\_hearings/en/](http://www.who.int/fctc/about/public_hearings/en/), (11.09.2015).

WHO. "WHO regional offices". <http://www.who.int/about/regions/en/>, (13.11.2015).

WHO. "Working group preceding the intergovernmental negotiating body on the WHO FCTC (1999-2000)". [http://www.who.int/fctc/about/pre\\_neg\\_working\\_group/en/](http://www.who.int/fctc/about/pre_neg_working_group/en/), (11.09.2015).

WHO. (1948). Regulations regarding nomenclature (including the compilation and publication of statistics) with respect to diseases and causes of death (World Health Organization Regulations No.1) adopted by the First World Health Assembly at Geneva July 24, 1948. *Official Records of the World Health Organization No. 13*: 349-352.

WHO. (1958). *The first ten years of the World Health Organization*. Geneva: WHO Press.

WHO. (1981). *International code of marketing of breast-milk substitutes*. Geneva: WHO Press.

WHO. (2008). *International health regulations (2005)*. Geneva: WHO Press.

WHO. (2009). *History of the WHO framework convention on tobacco control*. Geneva: WHO Press.

WHO. (2014). *Basic documents*. Geneva: WHO Press.

WHO. (A53/12 Corr.1, 11 May 2000). WHO framework convention on tobacco control, report of the working group, corrigendum. [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA53/ea12c1.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ea12c1.pdf), (11.09.2015).

WHO. (A53/12, 26 April 2000). WHO framework convention on tobacco control, report of the working group. [http://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA53/ea12.pdf](http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA53/ea12.pdf), (11.09.2015).

WHO. (Statement, WHO/6, 13 October 2000). WHO director-general's response to the tobacco hearings. [http://www.who.int/tobacco/framework/public\\_hearings/dghearings\\_en.pdf](http://www.who.int/tobacco/framework/public_hearings/dghearings_en.pdf), (27.11.2015).

WHO. (WHA34.22, 21 May 1981). International code of marketing of breast-milk substitutes. [http://www.who.int/nutrition/topics/WHA34.22\\_iycn\\_en.pdf](http://www.who.int/nutrition/topics/WHA34.22_iycn_en.pdf), (17.11.2015).

WHO. (WHA49.17, 25 May 1996). International framework convention for tobacco control. [http://www.who.int/tobacco/framework/wha\\_eb/wha49\\_17/en/](http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha49_17/en/), (10.09.2015).

WHO. (WHA52.18, 24 May 1999). Towards a WHO framework convention on tobacco control. [http://www.who.int/tobacco/framework/wha\\_eb/wha52\\_18/en/](http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha52_18/en/), (17.11.2015).

WHO. (WHA53.16, 20 May 2000). Framework convention on tobacco control. [http://www.who.int/tobacco/framework/wha\\_eb/wha53\\_16/en/](http://www.who.int/tobacco/framework/wha_eb/wha53_16/en/), (28.10.2015).

WHO. (WHA56.1, 21 May 2003). WHO framework convention on tobacco control. [http://www.who.int/tobacco/framework/final\\_text/en/](http://www.who.int/tobacco/framework/final_text/en/), (12.09.2015).

Yemin, E. (1969). *Legislative powers in the United Nations and specialized agencies*. Leyden: A. W. Sijthoff.