

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI
2018-YL-008

MAHREMİYET VE GÖZETİM İLİŞKİSİ BAĞLAMINDA
AİLE HEKİMLİĞİ BİLGİ SİSTEMİNE DAİR BİR
DEĞERLENDİRME

HAZIRLAYAN
Tuğçe Zeynep ABALI AKGÜL

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Kayhan DELİBAŞ

AYDIN- 2018

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Sosyoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans Programı öğrencisi Tuğçe Zeynep ABALI AKGÜL tarafından hazırlanan “Mahremiyet ve Gözetim İlişkisi Bağlamında Aile Hekimliği Bilgi Sistemine Dair Bir Değerlendirme” başlıklı tez, 21.12.2017 tarihinde yapılan savunma sonucunda aşağıda isimleri bulunan jüri üyelerince kabul edilmiştir.

	Ünvanı, Adı ve Soyadı	Kurumu	İmzası
Başkan	Prof. Dr. Kayhan DELİBAŞ	ADÜ	
Üye	Prof. Dr. Gönül İÇLİ	PAÜ	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Serdar ÜNAL	ADÜ	

Jüri üyeleri tarafından kabul edilen bu Yüksek Lisans Tezi, Enstitü Yönetim Kurulununsayılı kararıylatarihinde onaylanmıştır.

Doç. Dr. Ahmet Can BAKKALCI

Enstitü Müdürü V.

T.C.
ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE
AYDIN

Bu tezde sunulan tüm bilgi ve sonuçların, bilimsel yöntemlerle yürütülen gerçek deney ve gözlemler çerçevesinde tarafımdan elde edildiğini, çalışmada bana ait olmayan tüm veri, düşünce, sonuç ve bilgilere bilimsel etik kuralların gereği olarak eksiksiz şekilde uygun atıf yaptığımı ve kaynak göstererek belirttiğimi beyan ederim.

...../...../.....

Tuğçe Zeynep ABALI AĞÜL

ÖZET

MAHREMİYET VE GÖZETİM İLİŞKİSİ BAĞLAMINDA AİLE HEKİMLİĞİ BİLGİ SİSTEMİNE DAİR BİR DEĞERLENDİRME

Tuğçe Zeynep ABALI AKGÜL

Yüksek Lisans Tezi, Sosyoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kayhan DELİBAŞ

2018, XIV + 167 sayfa

Bilişim teknolojilerinde son elli yılda yaşanan değişim toplumları derinden etkilemiş; bilgisayar, internet gibi teknolojilerin yaygın kullanımı gündelik hayatı geri döndürülemez biçimde değiştirmiştir. Bilişim teknolojilerinin hem vatandaş hem de devlet kurumları tarafından artan bir biçimde kullanılması gözetim ve mahremiyet ihlali tartışmalarını gündeme getirmiştir. Bu tartışmaların bir tarafında bilişim teknolojilerinin insanlara özgürlük getirdiği düşünülürken diğer tarafında ise gözetime özellikle de veri gözetimine sebebiyet verdiği iddia edilmektedir.

Bu çalışmanın ana odağı; Türkiye’de 2011 yılından beri uygulamada olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) çerçevesinde mahremiyet hakkının ihlali, mahremiyet sorunu ve gözetim pratikleri arasındaki ilişkidir. AHBS; aile hekimi, ebe/hemşire gibi sağlık profesyonellerinin T.C. kimlik numarası, alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı, tetkik sonuçları, tedaviler, sağlık geçmişi, cinsel hastalıklar geçmişi, cinsel yaşam ile bağlantılı sorular, mahkumiyet durumu vb. detaylı bilgileri işlediği sistemdir. Bilgi işleme süreci belirli bir kişiyi işaret eden bilginin tamamlanıp Sağlık Bakanlığı serverlarına iki saat içinde gönderilmesiyle tamamlanmaktadır. AHBS; aile hekimleri için hastayı kolayca hatırlama, hastanın hastalık ve ilaç geçmişine ulaşma, gibi sayısız faydaları olmasına rağmen, bu tür kişisel bilgilerin Bakanlık ile paylaşılması bakımından verileri bir çeşit gözetime açık hale getirmektedir. Bu bakımdan ulusal ve uluslararası mahremiyet koruma düzenlemelerine rağmen oluşan bu bütüncül süreci sosyolojik anlamda incelemek bir gerekliliktir.

Bu çalışmanın temel amacı Birinci Basamak Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sürecinde sistemin, elektronik doğasından kaynaklı herhangi bir gözetim pratiğine aracılık yapıp yapmadığını ortaya çıkarmaktır. Bu amaç için AHBS’nin yapısını incelemek ve anlamak; içinde barındırdığı soruları, bağlamları ve nihayetinde bunların mahremiyet ve gözetim konularıyla ilişkisini tartışmak önemlidir. Sistemin içinde yer alan oldukça geniş

sorgu alanları göz önünde bulundurulduğunda hasta-hekim ve hasta-hekim-devlet ilişkileri bağlamında konunun biyopolitika ile de bağlantısını ortaya koymanın önemli olduğu düşünülmüştür.

Mahremiyet kavramı kişinin kamusal alanda açığa çıkarmadığı veya kamusal alanda çok kısıtlı paylaşımda bulunduğu duygu, düşünce ve davranışlar olarak tanımlandığında AHBS uygulaması mahremiyet açısından olduğu kadar “veri mahremiyeti” açısından da tartışmalı konumdadır. Birinci Basamak sağlık sisteminde kullanılan bu program sadece kişileri mahrem bilgileri üzerinden sistematik bir şekilde izlemesi, kayıt altına alması değil aynı zamanda aynı kişiye ait diğer kişisel bilgileriyle bağdaştırabilmesi açısından da veri gözetiminin bileşenleri içinde barındırmaktadır. Büyük verinin –big data- toplandığı ve Sağlık Bakanlığı ile derhal paylaşıldığı gerçeği gözetim olgusunun hem olası mahremiyet ihlallerinin hem de devletin biyopolitikalarının sorgulandığı noktadır. Bağlantılı olarak araştırma soruları; bu pratiklerin sağlık profesyonelleri tarafından nasıl algılandığı, kişisel ve detaylı bilgileri “bilip” “yönetmeye” dayalı olarak gözetime, olası mahremiyet ihlallerine ve devletin biyopolitikalarına katkı sunulup sunulmadığını içermektedir.

Gözetim ve mahremiyet bağlamında, bu araştırmanın ana amacı; AHBS uygulamalarının gözetim pratikleriyle okunup okunamayacağı ve anlaşılıp anlaşılamayacağını tartışmaya açmaktır. Ayrıca, kişisel verilerin toplanması, kayıt edilmesi ve Sağlık Bakanlığı serverlarına gönderilmesi süreçleriyle ilgili bilgi toplanması amaçlanmıştır. Araştırma sırasında vatandaşların sağlık verileri üzerinde ne kontrole ne de rızaya sahip oldukları gözlemlenmiştir. Çünkü gözetimin öznesi olarak vatandaşlar, veri toplama sürecinin farkında değildirler. Araştırma sırasında; bu hatırı sayılır miktardaki toplanan kişisel bilgilerin direkt olarak sağlık konularıyla ilgili olmadığının farkına varılmıştır. Bu durum kişisel haklara bir tehdit olarak okunabilir.

Araştırma sosyolojik bir bakış açısından Aydın şehir merkezinde çalışan ve sistemi kullanan yirmi beş aile hekimi, on ebe/hemşire ve bir AHBS uzmanını içeren kalitatif bir çalışma olarak dizayn edilmiştir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi, Gözetim, Veri Gözetimi, Mahremiyet, Biyopolitika

ABSTRACT

AN EVALUATION OF FAMILY HEALTH-CARE INFORMATION SYSTEM IN THE CONTEXT OF PRIVACY AND SURVEILLANCE

Tuğçe Zeynep ABALI AKGÜL

Master Thesis at Sociology
Supervisor: Prof. Dr. Kayhan DELİBAŞ
2018, XIV + 167 pages

Developments in information technologies since the last fifty years have deeply affected the societies in a way that the ever increasing and widespread usage of computers and internet technologies were irreversibly changing the everyday life. Expansion in the usage of information technologies by both the citizens as well as the governmental institutions brought about some concerns and arguments related to the privacy and surveillance issues. On the one side of this argument, information technologies are thought to bring more freedom; on the other side, it is claimed that they give rise to surveillance especially to dataveillance.

The main focus of this study is based on the relationship between the violation of the right of privacy, privacy concerns and surveillance practices in Turkey in the context of Family Health Care Information System (FHCIS) which was in operation since 2011. FHCIS is a system where healthcare professionals such as doctors, nurses or midwives enter/register detailed personal information on and related to national Id number, drinking and smoking habits, received medications and medical treatments, medical history of the applicant, lab test results, venereal disease background, questions related to their sex life, criminal status, etc. Registration process is completed when the data that refers to a certain individual is completed and send to Health Ministry servers within two hours. Although the FHCIS has numerous advantages for family practitioners such as easily remembering the patients and reaching out their medical and medication history, it also means, by sharing those personal information with the Ministry, that to open up them to a sort of surveillance. In this respect, despite some national and international regulation on the protection of privacy, studying the whole process from a sociological perspective in terms of surveillance and the right of privacy is very much needed.

The main aim of this research is to find out whether this new system- the primary care system-, because of its electronic nature, means any sort of surveillance practices. In order to do so, it is important to understand and examine the structure of FHCIS, the kind of questions that it consisted of and their contexts, and finally to discuss its relationship with privacy and surveillance issues. Since the wide range of question areas, it was thought that it was important to reveal/establish its connection with bio-politics in terms of patient-doctor and patient-doctor-state relations.

When the concept of privacy is defined as the feelings, thoughts and behaviors that people prevent to reveal or limits them in the public space, the application of FHCIS becomes controversial in terms of "data privacy" as much as privacy. The program, used in primary healthcare system, also inholds the components of data surveillance since it does not only monitor and record but also reconcile personal information with other confidential information about the same person. The fact that the gathered big data -information- is shared instantly with the Ministry of Health is the exact point of the questioning of privacy and surveillance in this research. Related research questions included; how these practices are being perceived by the healthcare professionals, whether this can be discussed in terms of its contribution both towards surveillance, possible violations of privacy as well as bio-politics of the state which is based on “knowing” and “managing” the personal information.

The main aim of this research is, in the context of surveillance and privacy, to discuss whether the FHCIS applications can be read and understood in terms of surveillance practices. In addition, it is aimed at collecting information about the process of personal data gathering, recording process and the sending process to the main servers of the Ministry of Health. During the research it has been observed that ordinary citizens neither have any way of control nor have consent on health data. Because they, as subjects of this surveillance, were not aware of the data collection process. During the examination of the kind of personal information collected, it was ascertained that a considerable amount of data were not directly related to health issues. This can be read as a threat to personal rights.

Research is designed as a qualitative study from a sociological perspective that included twenty-five family practitioners, ten midwives and one FHCIS specialist who work and use the system in city centre of Aydın/Turkey.

KEYWORDS: Family Healthcare Information System (FHCIS), Surveillance, Dataveillance, Privacy, Bio-politics.

ÖNSÖZ

Günümüzde sıkça tartışılan gözetim ve mahremiyet kavramları etrafında düşünülmesi önem arz eden Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Sağlıkta Dönüşüm Programıyla Aile Hekimliği uygulamasında kullanılan web tabanlı bir sistem olarak 2011’de uygulanmaya başlanmıştır. AHBS; ebe/hemşirelerin, aile hekimlerinin demografik bilgileri, T.C. kimlik numarası, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı, mahkumiyet durumu, medikal geçmişi, laboratuvar testlerini, cinsel yaşamı gibi bir kişiyi işaret eden bilgileri ayrıntılı olarak kayıt altına aldıkları bir sağlık bilgi sistemidir. Sağlık çalışanlarına çeşitli faydalar sunsa da AHBS, hassas kişisel verileri toplaması ve bunların Bakanlıkla paylaşılması bakımından geniş çaplı, sistemli bir gözetimi ve bazı mahremiyet ihlallerini gündeme getirebilir. Bu araştırma Birinci Basamak Sağlık hizmetlerinin yürütülmesi sürecinde AHBS uygulamalarının ne tür gözetim pratiklerini mümkün kıldığı ve bunun gündelik uygulamalarda nasıl ortaya çıktığını anlayabilmek için AHBS’yi içindeki sorularla birlikte anlamlandırmaya, kavramaya, mahremiyetle olan ilişkisini ortaya koymaya yönelik bir çaba olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırma aynı zamanda kamu sağlığının gözetim ve mahremiyet ile olan ilişkisini ortaya koymaya çalışmaktadır.

“Mahremiyet ve Gözetim İlişkisi Bağlamında Aile Hekimliği Bilgi Sistemine Dair Bir Değerlendirme” adlı tez çalışmamda; tüm yoğunluğuna rağmen bana vakit ayıran, çalıştığım konuya ve bana olan inancını kaybetmeyen, araştırmanın başından sonuna yol gösteren ve yardımlarını esirgemeyen değerli danışman hocam Prof. Dr. Kayhan DELİBAŞ’a teşekkürlerimi sunuyorum. Desteklerini ve yapıcı eleştirilerini benden esirgemeyen jüri üyelerim Prof. Dr. Gönül İÇLİ ve Yrd. Doç. Dr. Serdar ÜNAL’a da sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Ayrıca, görüşmeler sırasında kıymetli zamanlarını bana ayıran ve çalışmama katkı sunan tüm katılımcılara, özellikle de AHBS sistemiyle ilgili fikirlerini açık yüreklilikle ifade eden AHBS Uzmanına teşekkürü bir borç bilirim. Tüm bu süreçte benden yardımlarını esirgemeyen, desteklerini her zaman hissettiğim iş arkadaşlarıma, beni bugüne getiren aileme, bu zorlu süreçte hem bir meslektaş hem de eş olarak desteğini esirgemeyen ve çalışmamım her aşamasında verdiği manevi destek ve önerilerinden dolayı sevgili eşim Arş. Gör. Dr. Ali Erdem AKGÜL’e teşekkür ederim.

Tuğçe Zeynep ABALI AKGÜL

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	v
ÖZET	vii
ABSTRACT	ix
ÖNSÖZ.....	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ	xv
EKLER DİZİNİ	xvii
KISALTMALAR DİZİNİ	xix
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM	13
1. BİLİŞİM TOPLUMUNDA GÖZETİM	13
1.1. Gözetim Toplumu	14
1.2. Gözetim Teorileri.....	21
1.3. 11 Eylül Sonrası Gözetim	26
1.4. Gözetim ve Kamusal Alan-Özel Alan Sorunu.....	29
1.5. Bilişim Teknolojileri ve Gözetim Toplumu.....	38
1.6. Gözetim, Kimlik Numaraları ve Kimlik Kartları.....	45
1.7. Gözetimin Esnekleşmesi ve Dijital Gözetim Kültürü.....	47
2. BÖLÜM	52
2. BİYOPOLİTİKA	52
2.1. Biyoiktidar ve Tıp İlişkisi	56
3. BÖLÜM	60
3. MAHREMİYET	60
3.1. Mahremiyet Kavramı	60
3.2. Bir Hak Olarak Mahremiyet	63
3.3. Tıp ve Mahremiyet.....	66

3.4. Mahremiyetin Dönüşümü.....	72
3.5. Kişisel Veri - Hassas Kişisel Veri Ayrımı.....	74
4. BÖLÜM.....	79
4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI	79
4.1. Sağlığın Dönüşümünde E-Devletin Rolü	79
4.1.1. MERNİS (Merkezi Nüfus İdare Sistemi).....	82
4.1.2. KPS (Kimlik Paylaşım Sistemi).....	84
4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı.....	84
4.2.1. USS (Ulusal Sağlık Sistemi)	86
4.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programına Eleştirel Yaklaşımlar.....	89
4.2.3. Aile Hekimliği Uygulaması	92
4.2.4. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi.....	95
5. BÖLÜM.....	100
5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	100
5.1. Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin Yapısı ve Özellikleri Üzerine Tartışmalar	100
5.2. Mahremiyet ve Gözetim Üzerine Tartışmalar	116
6. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	144
7. KAYNAKLAR.....	155
8. EKLER.....	163
ÖZGEÇMİŞ.....	167

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1.1. Modernliğin Kurumsal Boyutları (Giddens, 2014: 63).....	25
Şekil 4.1. Nüfus Bilgilerinin Paylaşıldığı Kurumlar (Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, 2017)	83



EKLER DİZİNİ

Ek.1. Görüşülen Tablosu	163
Ek.2. Görüşme Formu	164



KISALTMALAR DİZİNİ

AHBS	: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
AHEF	: Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
ICD Kodları	: International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
MEDULA	: Medikal Ulak
MERNİS	: Merkezi Nüfus İdare Sistemi
PNR	: Passenger Name Record (Yolcu İsim Kaydı)
TAHEF	: Türkiye Aile Hekimleri Forumu
USS	: Ulusal Sağlık Sistemi

GİRİŞ

Araştırmaya İlişkin Açıklamalar

“Mahremiyet ve Gözetim İlişkisi Bağlamında Aile Hekimliği Bilgi Sistemine Dair Bir Değerlendirme” adlı tez çalışmasında en temelde elektronik bir yapıya sahip Aile Hekimliği Bilgi Sistemi; Birinci Basamak Sağlık hizmetleri çerçevesinde kullanımı sırasında sebebiyet verebileceği mahremiyet ihlalleri ve gözetim pratikleri çerçevesinde incelemeye tabi tutulmuştur. Sosyolojik önemine rağmen şimdiye dek ihmal edilmiş görünen fakat mahremiyet ve gözetim kavramları etrafında araştırılması, tartışılması ve sosyolojik bir değerlendirilmeye tabi tutulması önem arz eden bir konu olarak AHBS’nin ne olduğu, içinde ne tür verileri tuttuğu, bu verilerin hangi kurumlarla paylaşıldığı vb. sorgulamalar AHBS’yi anlamlandırmak adına yapılmıştır. Sistemi anlamamanın en doğru yolu olarak AHBS’nin pratikteki kullanıcıları ile görüşmeler yapmak uygun bulunmuş, sağlık hizmeti alanlar bu araştırmanın kapsamı dışında tutulmuştur. Sahadan derinlemesine görüşmelerde toplanan nitel veriler kuramsal ve kavramsal çerçeve ışığında değerlendirilmiş ve araştırmanın konusunu oluşturan AHBS’nin gözetim ve mahremiyet ile olan ilişkisi tartışılmıştır.

Araştırmanın genel bir değerlendirilmesinin, temel kavramlarının, tartışmalarının ve amacının sunulduğu Giriş bölümünden sonra Gözetim, Biyopolitika ve Mahremiyet kavramlarının tanımlandığı ve operasyonel tanımlarının yapıldığı bölümler gelmektedir.

Araştırmanın ikinci bölümü olan Bilişim Toplumunda Gözetim bölümünde, bilişim teknolojilerinin gündelik yaşamı ve toplumsal yapıyı nasıl değiştirdiği, bilişim teknolojilerinin gözetim için sunduğu olanakların yanı sıra bunların gündelik hayatla bağlantısı kapsamında gözetime nasıl olanak verdikleri; gözetim teorileri, veri gözetimi, gözetim toplumu, dijital gözetim kültürü kavramları çerçevesinde tartışmaya açılmıştır.

Biyopolitikanın tartışmaya açıldığı üçüncü bölümde, biyopolitika, biyoiktidar kavramları tanımlanıp, bu kavramların tıp ile ilişkisi ortaya konulmuştur. Aynı zamanda bu bölümde biyopolitika bazı güncel siyasi biyopolitika söylemleri etrafında da tartışmalar yürütülmüştür.

Araştırmanın dördüncü bölümü olan Mahremiyet bölümünde, mahremiyet kavramı tanımlandıktan sonra mahremiyetin geçmişten günümüze ne anlama geldiği ve tıp ile olan

ilişkisi, mahremiyetin dönüşümü mevcut literatür gözden geçirilerek geliştirilmeye çalışılmıştır. Bu bölümde çalışma kapsamında önemli görülen; kişisel veri, hassas kişisel veri ayrımı yapılarak mahremiyet hakkının ve aynı zamanda sağlık verilerinin yasal statüsü ve korunması hususları ulusal ve uluslararası yasal metinler çerçevesinde incelenmiştir.

Beşinci bölüm olan Sağlıkta Dönüşüm bölümünde ise tüm bu üç kavram etrafında tartışılacak olan Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin MERNİS, KPS gibi e-devlet uygulamalarıyla bağı kapsamında ortaya çıkış süreci anlatılmış olup, AHBS'yi anlamlandırmada önem arz etmeleri ve bağımsız düşünölmeleri mümkün olamayacak olan USS, Aile Hekimliği Uygulaması, Sağlıkta Dönüşüm Programı detaylıca aktarılmıştır. Böylece AHBS belki de tüm yönleriyle tartışılmaya açılma imkanı bulmuştur.

Araştırmanın altıncı bölümünde araştırmanın bulguları ve yorumlanması yer almaktadır. Bu bölümde sahada yapılan görüşmelerden elde edilen bulgular betimsel/tematik analize tabi tutulmuştur. Bu bölümde veriler temelde AHBS'nin yapısı ve özellikleri üzerine ve mahremiyet ve gözetim ile olan ilişkisi üzerine olmak üzere iki ekseninde sunulmuştur.

Araştırmanın son kısmı ise Sonuç Ve Değerlendirme bölümüdür. Bu bölümde araştırmanın genel bir değerlendirmesi yapılmış olup, araştırmadan elde edilen temel bulgular, araştırmaya dair sonuç ve öneriler tartışılmıştır.

Araştırmanın Konusu ve Problemi:

Bilişim teknolojilerindeki gelişmeler 1940'lı yıllara dayansa da 60'lı yıllarda hız kazanmış, toplumları derinden etkilemiş ve birçok yönden onları değiştirmiştir. İnternetin gelişimi kimilerine göre bilgiye ulaşımı kolaylaştırıp, demokratikleştirerek bireye özgürlükçü bir alan sağlarken kimilerine göre de gözetim mekanizmalarını geliştirip arttırarak toplumları daha da pasif hale getirmiştir. Devletler ve kurumlar da bu teknolojik değişimler karşısında kayıtsız kalmamıştır. Modern devlet olmanın bir gerekliliğı olarak günümüzde devletler hem kendilerini hem de kurumlarını internet ve bilgisayarın olanaklarıyla donatmış ve e-devlet uygulamalarına geçmeye başlamışlardır. Bilgi toplumunda yaşamının bir gerekliliğı ve sonucu olan e-devlet beraberinde birçok öngörölmemiş ya da ihmal edilmiş sorunlara da sebep olmaktadır. Bu bağlamda e-devlet pratiklerinin derinliklerine bakmak ve bunların mahremiyet, kişi hakları vb. ve gözetim ile olan ilişkisini ortaya koymak önem taşımaktadır. E-dönüşüm Türkiye ile birlikte yurttaşlık

da devlet gibi dönüşmüş ve devlet-yurttaş ilişkisi yüz yüze olmaktan uzaklaşmış, elektronik bir hale gelmiştir. Bu durum devletin tüm uygulamalarına sirayet etmiş ve sağlık sistemi de özellikle Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) kapsamında bundan nasibini almıştır.

İşlemlerin elektronikleşmesi hem vatandaşlık haklarının gelişmesine hem de gözetim pratiklerinin değişip daha dijital ve görünmez bir hal almasına sebep olmuştur. Giddens'ın deyimiyle vatandaşlık haklarının gelişimi gözetimin gelişimiyle paralel gitmiştir. Fakat modern devlet anlayışı; neo-liberal söylemler olan devletin şeffaflaşması, yönetim, hızlı bürokrasi, kağıttan kurtulma, aktif yurttaşlık ötesinde çok daha fazla kavramı barındırmaktadır: gözetim, mahremiyet, biyopolitika, kamusal-özel alan sorunu gibi. Daha çok Kamu Yönetimi alanından ele alınan bu konularda altta yatan sorunlar ele alınmamakta çoğunlukla e-devlet uygulamalarının işlevsel olan ve verimlilik eksenli faydalarına değinilmektedir. E-devlet uygulamaları ve sistemlerinin elektronikleşmesi, Roger Clark'ın kavramıyla *veritimi* (veri gözetimini) artmıştır. Çünkü e-devlet uygulamaları ile daha fazla bilgi sistematik, kapsamlı ve sürekli bir biçimde toplanmaktadır. Bu durumun hiç kuşkusuz sağlık alanında da geçerliliği gözlemlenmektedir. Özellikle bu tezin ana sorunsalı bağlamında büyük boyutta kişiselleştirilmiş veri toplanması sosyolojik anlamda incelenmeye değer görülmektedir.

1980 sonrasında uygulanmaya başlanan neo liberal politikalarla birlikte gerek devletin işleyişinde gerekse de devletin kurumlarında değişiklikler meydana gelmiştir. Günümüzde de neo-liberal politikaların bir gereği olarak devlet kurumları özelleştirilmeye devam edilmekte özelleştirilmeden kalan kurumlar da sürekli revize edilerek değişen düzene uyumu sağlanmaktadır. Devletin henüz tamamıyla özelleştirmedeği ama yapılan değişikliklerle bu özelleştirme yolunda önemli ölçüde değişim geçirmiş kurumlardan biri de sağlık kurumlarıdır. Özel hastanelerin sayısı her geçen gün çoğalsa da devlet, temel görevlerinden biri sayılan sağlık hizmeti vermeyi sürdürmektedir.

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık kurumları dönüşüme uğramaya başlamıştır. Sağlık kurumları arasında en fazla dönüşüme uğrayan, birinci basamak sağlık hizmetleri olmuştur. 2010 yılında başlayan aile hekimliği uygulaması ile hem birinci basamak sağlık sistemi; neo-liberal politikalarla uyumlu hale getirilmiş (sözleşmeli doktorlar, hastaların muayene ücreti ödemesi, doktorlara performans takibi, katsayı ve ceza uygulamaları) hem de bu çalışmanın ana sorunsalı çerçevesinde devletin sağlık politikalarına yön verirken faydalandığı ve önemli ölçüde genişlemiş olan gözetim pratikleri

ve mahremiyet üzerindeki etkisi artmıştır. AHBS sayesinde Sağlık Bakanlığı hem sağlık verilerinin gözetimini gerçekleştirerek biyopolitika ya da sağlık politikaları üretebilmekte hem de kişi mahremiyetlerini riske atabilecek gözetim faaliyetini gerçekleştirebilmektedir.

Sağlık ve nüfus politikaları birbirine girift haldedir. Devlet sağlık politikalarına yön verirken bir takım sağlık verilerine ihtiyaç duymaktadır. Sağlıklı istatistiki veri toplamaya başlayışımız ise son on beş yıla dayanmaktadır. Sağlık istatistiği eksikliğimiz gerçekliğini korurken devlet, aile hekimliği kurumu üzerinden ihtiyaç duyduğu tüm verileri toplamaya başlamıştır. Bu verilerde dikkat çekici olan; sağlık politikaları için ihtiyaç duyulandan fazla bilginin toplanması ve toplanan bu bilgilerin devletin nüfus politikalarıyla örtüşür görünmesidir. Fakat aile hekimlerinin Aile Hekimliği Bilgi Sistemi (AHBS) denen sistemlerinden düzenli olarak topladıkları kişisel bilgiler zaman zaman sağlık bilgilerinin ötesine gitmekte ve vatandaşın mahremiyeti Bakanlık bilgi havuzuna gün be gün işlenmektedir. Aile hekimleri bu bilgilerin işlenmesinden sorumlu tutulmakta ve güncellenmeyen bilgiler için ceza alabilmektedirler. Bu yeni gelişen sistemde aile hekimleri adeta gözetimin en sistematik parçası haline gelmiş durumdadırlar. Bu durumu çoğunlukla yadsımasalar, rutin bir uygulama olarak da yapsalar mahrem bilgileri kaydetmek ve bu bilgileri periyodik olarak güncellemek görevlerinin bir parçası haline gelmiş durumdadır.

Potansiyel olarak Bakanlık bünyesindeki veri havuzlarında ya da internet ortamında depolanan bu veriler birçok açıdan risk altında olduğu gibi kişisel verilerin ve kişi mahremiyetinin de risk altında olduğu düşünülebilir. Özellikle bir kişiyi işaret edecek nitelikte bilgiler olan T.C. kimlik numarası, adres ve ad-soyad esasına göre sisteme kayıt edilen mahrem bilgiler kişi mahremiyetine olduğu kadar veri mahremiyetine de aykırı bir durum teşkil etmektedir.

E-Dönüşüm Türkiye projesi ile başlayan bir süreç olan e-devlet sayesinde devlet kurumları modernleşmekte eski hantal yapılarından kurtulup bilgisayar ağları üzerinden birbirine bağlı, birbirleriyle iletişim kurabilen bilgisayarlarla donatılmaktadırlar ancak bu gelişmeler bazı güvenlik problemlerini doğurmaktadır. Bu durum vatandaş ve memurlar açısından işlem hızlılığı, verinin kaybolmaması gibi önemli avantajları sağlasa da verilerin güvenliği, siber suçlar, mahremiyetin ihlali gibi birçok riski de beraberinde getirmektedir. AHBS’de fark edilen ve sorun teşkil edebilecek alanlardan birisi Merkezi Nüfus İdare Sistemi (MERNİS) üzerinden hastaya ait birçok verinin çekilebilmesidir. MERNİS projesiyle oluşturulan veri tabanının kamu kurum ve kuruluşlarının paylaşımına açılması

2004 Aralık ayı sonunda gerçekleşmiştir. Kendi web sayfasında sistem, nüfus istatistiklerinin iyi bir kaydının tutulmasıyla ön plana çıkarılırken sağlık yönünden başlığı altında ise “Her vatandaş için sağlık kuruluşunda açılan dosyalar kimlik numarası esasına göre açılacağından kişinin sağlık bilgilerinin bir bütün halinde tutulabilmesi mümkün olabilecektir, Planlama açısından sağlık politikaları, örneğin; bölgelere göre hastane ve sağlık ocağı ihtiyaçları MERNİS veri tabanındaki gerçek bilgiler ışığında planlanabilecektir” (Nüfus Ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, 2009) denilmektedir.

Bu sistemden bilgi çeken kurumlardan biri de aile hekimlikleridir. Geçmişte vukuatlı nüfus kayıt örneğine kadar ayrıntılı nüfus bilgisi aile hekimlerinin incelemesine açıktı. Halihazırda ise yine bireysel bilginin fazlasını içeren nüfus cüzdanının ön ve arka yüzündeki bilgiler aile hekimlerinin ekranlarında görülebiliyor. Sadece T.C. kimlik numarası kullanarak kendi hastası olsun ya da olmasın herhangi bir kişiye ait, -birçok alanda kimliğin şahsa ait olduğunu doğrulamak adına sorulan- bütün bilgiler tek bir tuş ile doktorun önüne dökülmektedir. Bir meslek grubu olarak doktorlar hasta-hekim mahremiyeti ilişkisinde genel olarak güvenilir bulunmakla birlikte günümüzde her uzmana bir noktaya kadar güvenilebileceği aşıkardır. Kaldı ki aile hekiminin sisteme işlediği bilgiler ağ üzerinden gönderildiğinden, her tür ağ sisteminde olduğu gibi, bilgiler siber saldırıya açıktır ve doktorun bir hastasını muayene ederken bu kadar açık nüfus ve adres bilgisine ihtiyacı olduğu da düşünülmemektedir. Çoğunluğu özel şirketlerce hazırlanan yazılımlar olan AHBS’ler server bilgisayarların başında bulunan kişilerin de bir ölçüde risk oluşturup oluşturmadığı sosyolojik açıdan incelenmeye değer görülmektedir.

AHBS’ler MERNİS’le bağlarından kaynaklı sorunlar barındırdığı kadar aile hekimlerinin bu sisteme işlediği bilgiler açısından da sorunlu görülebilir. Sistemin yapısı ve “sağlık için” sorduğu söylenen sorular kişinin en mahrem alanlarına indikçe doktor ve hasta arasında kalması gereken mahrem bilgiler sisteme işlendikçe sistemi kullanan herkes tarafından görülür, bilinir hale geliyor. Sistemde kişinin sağlık bilgisi adı altında bütün özel, mahrem bilgilerinin işlenmesi ve bilgilerin günlük periyodlarla Ulusal Sağlık Sistemi (USS) denilen Sağlık Bakanlığı bilgi sistemine aktarılması uygulaması, bu durumun mahremiyet ve gözetim toplumu kavramları çerçevesinde değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır. Zira bu tür uygulamalar bir yanıyla bir gözetimin olduğunu düşündürmekte diğer yandan da özel alanın kamusal alan tarafından işgal edildiğini ya da edilme eğilimi olarak incelenmeye değer olduğunu düşündürmektedir.

AHBS üzerinden de görülebileceği gibi kişinin korunma yolları, hastalıkları, alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı gibi hasta-hekim arasında kalması gereken mahrem bilgiler sadece istatistikî veriler olarak değil isim bazında Sağlık Bakanlığına gönderildiğinden; durumun biyopolitika, gözetim ve mahremiyet ile olan ilişkisi gözler önüne serilmektedir. Çünkü devletler; “modern” yönetim anlayışının getirdiği bu olanaklara ayak uydurmuş, vatandaşı gözetleme ve denetim altında tutma stratejileri de önemli bir değişime gitmiştir. Devletlerin nüfus politikaları üretmek, nüfusu yönetmek ve nüfus bilgilerini ellerinde bulundurmak isteği geçmişten günümüze hep var olmuştur. Devlet, vergi toplamak, askerlik çağına gelenleri belirlemek, tapu işlerini gerçekleştirebilmek için nüfus bilgilerini kullanmıştır. Bu nüfusu yönetmek için politikalar üretilmesi gerekmektedir çünkü “bollaşma, doğum ve ölüm oranları, sağlık düzeyi, yaşam süresi ve bunları etkileyebilecek tüm koşullar önem kazanmıştır; bunların sorumluluğunun yüklenilmesi bir dizi müdahale ve düzenleyici denetim yoluyla gerçekleşir: İşte bu da nüfusun biyo-politikasıdır” (Foucault, 2007: 103). Biyo-politika var olduğundan beri devletlerde, özel alana dahil olma isteği ve özel alanı da yönetme isteği oluşmuştur. Bu istek devletlerin siyasal söylemlerinde kendini her daim hissettirir. İçeriği, kapsamı ve yöntemi bir dönemden diğerine değişse de biyo-politikalar devletler için her dönem mevcudiyetini ve önemini korumaktadır.

Günümüzde biyo-politikalar daha çok yeni teknolojik gelişmelerle birlikte ilerlemektedir. Bu teknolojik gelişmeler; yeni nesil gözetim stratejileri, yöntem ve teknikleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Her teknolojik buluşun ardından hem iyi hem kötü sonuçları getirebileceği düşünüldüğünde kontrol mekanizmalarını içine gizleyen yeni gözetim teknolojilerinin bireyler için getirdiği yararlar mutlaka mevcutken mahrem bilgilerin internet ağı üzerinde toplanıp, depolanmasının sağlık, sosyokültürel vb. alanlar üzerindeki olası olumsuz etkileri henüz yeterince sosyolojik bir araştırmaya konu olmuş görünmüyor. Devletin bazı gözetim mekanizmalarını kullanması, bazı verileri hesap ve kontrol edebilmesi elbette nüfus, ekonomi, güvenlik gibi çeşitli politikaları uygulayabilmesi açısından gerekebilir. Ancak son otuz yıldır devletlerin adapte olarak uyguladığı yeni enformasyon teknolojileri de yine hesaplanabilirlik ve kontrol edilebilirliğin uzantısı gibidir. Sözünü ettiğimiz ve uygulanan yöntemler çok daha görünmez, göze batmaz ve aynı zamanda daha ayrıntılı gözetim yapabilme niteliğindedir. Öyle görünüyor ki bu yeni teknolojiler gözetimi sessiz ve derinden hayatımıza sokmaktalar. Hatta çoğunlukla kişisel bilgilerimizin işlenmesi için gönüllü oluruz ve sonunda bu yönetim stratejisini yadırgamadan onun bir parçası haline geliriz: “yönetim, ‘görünmez teknolojilerin’ bir

şeylerin yapılması için yıkıcı fakat etkili bir biçimde nasıl çalıştığına dair önemli bir örnektir. İş dünyası ve diğer kurumların yüksek düzeyde teknik içermeyen yönetim yapısıyla idare edilebilmeleri tamamen mümkündür, fakat bunu tasavvur etmek bize güç gelmektedir. Yönetimin eşyanın doğal düzeninin bir parçası olduğuna inanmaya alıştırdık” (Postman, 2006: 163). Fakat kişisel bilgilerin ve sağlık bilgilerinin yönetilmesi kısmen de olsa mümkün ve geliştirilecek bir farkındalık ile bazı mahrem bilgilerin saklanması taleplerini oluşturmak ve gözetimi biraz olsun yavaşlatmak olanaklı görünmektedir.

Araştırmanın Amacı:

Bu araştırma ile mahremiyet, biyopolitika ve gözetim kavramları etrafında Aile Hekimliği uygulaması, Sağlık Bakanlığı politikaları, MERNİS ve en önemlisi AHBS gibi sistemlerin sosyolojik bir incelemeye tabi tutulması amaçlanmaktadır. Böylece Lyon’ın da belirttiği gibi (1997) sosyologlar tarafından özel hayat, mahremiyet ile veri koruma konusundaki ihmal edilmiş tartışmalara katkı sağlanabilecek ve bu alandaki sosyolojik bilgi eksikliği giderilmeye çalışılacaktır. Ayrıca fazlaca bilinmeyen ve dikkat çekmeyen bir sistem olan AHBS aracılığıyla yapılan bir gözetimin var olup olmadığı varsa buna katkı sağlayanların ne derece bunun farkında olduğunun ve mahremiyet kavramının nasıl algılandığının öğrenilmesi amaçlanmaktadır. Bu çalışmayla Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile birlikte gözetim pratiklerinin nasıl işlediği -ya da işlemediği-, mahremiyet olgusunun kapsamı, mahiyeti ve nasıl yorumlandığı Aydın il merkezi örneğiyle sosyolojik bir perspektifle değerlendirilecektir. Sosyolojik açıdan önem arz eden gözetim konusu ile kamu sağlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi gereklilik arz etmektedir.

Bilgi toplumunun mümkün kıldığı bir gelişme olan e-devlet uygulamalarının açık olmayan, örtük boyutları ve işlevlerini sosyolojik bir bakış açısıyla incelemek ve bunların gözetim ile olan ilişkisini ortaya koymak da ayrıca önem taşımaktadır. Bu araştırmanın amacı doğrultusunda araştırmaya konu olan AHBS ile ilgili durum tespiti yapmak ve AHBS’nin gözetim ve mahremiyet ile ilişkisini ortaya koymak amaçlanmıştır. Ayrıca Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin bu kavramlarla bağı çerçevesinde mevcut sosyoloji literatüründe görülen bu eksikliğin sosyolojik bir değerlendirme ile kapatılmasına yardımcı olunmaya çalışılacaktır.

Araştırmanın Önemi:

Gözetim ve mahremiyet birbiriyle bağlantılı ve günümüzde sıkça tartışılan kavramlardır. Dolayısıyla bu kavramlar etrafında şekillenen araştırma probleminin bir saha çalışmasıyla sosyolojik olarak incelenmesi günümüz toplumunu anlamada oldukça önemli görülmektedir. Bu araştırma ile Birinci Basamak sağlık hizmetlerinde gözetim pratiğine katkı sunan hekim, ebe/hemşire gibi sağlık çalışanlarının gündelik rutin işlerini yaparken gözetim ve mahremiyet kavramlarına dair farkındalıklarının olup olmadığının ortaya çıkarılması önem arz etmektedir. Daha önemlisi ise sağlık hizmetlerinde ne tür gözetim pratiklerinin olduğunu (ya da olmadığını) ortaya çıkartmaya yönelik bir çaba olarak, bu araştırmanın literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Sosyolojik açıdan önem arz eden gözetim konusu ile kamu sağlığı arasındaki ilişkinin incelenmesi gereklilik arz etmektedir. Önceki çalışmalar incelendiğinde sağlık konusu; Sağlıkta Dönüşüm Programının ya da sağlık kuruluşlarının neo-liberal politikaların uygulanması sebebiyle eleştirilmesinden pek de öteye gitmemekte, sağlık kurumları aracılığıyla gerçekleştirilen gözetim ve mahremiyet ihlalleri ortaya çıkarılmamaktadır. Neo-liberalizm, sağlıkta dönüşüm, özelleşme, hekimlere uygulanan şiddet gibi kavramlar etrafında sorunsallaştırılan sağlık alanının başka sorunsallarla da gündeme getirilmesi ve üzerinde çalışmaların yapılması önem arz etmektedir. Gözetim, mahremiyet ve biyopolitika çok daha geniş kapsamlı düşünülmesi ve araştırılması gereken hususlardır. Çünkü bunlar çok daha geniş çaplı bir sorunun parçası olarak sosyolojinin ilgi göstermesi gereken alanlardır. Bu alanlarda boşluğu doldurmak, olası sorunlara ve uluslararası yasal uyumsuzlara dikkat çekmek önemlidir. Bu anlamda bu çalışmanın yapılacak olan yeni çalışmalara da kaynaklık edip, fikir vereceği düşünülmektedir.

Araştırmanın Sınırlılıkları:

Sosyal bilimler alanında yapılan tüm araştırmalar gibi bu araştırma da zaman ve mekan sınırlamasıyla karşılaşmak zorunda kalmıştır. Yüksek Lisans eğitimin kısıtlı olan süresi ve çalışma gerekliliğinin mekan kısıtlamasıyla birleşmiştir. Bu çalışmanın konusunu oluşturan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi piyasada birçok şirket tarafından satılsa da bu sistemi kullanan tüm Aile Sağlığı Merkezlerinde sistemin içermesi gereken temel veri paketleri Bakanlık tarafından sağlandığından ve tüm Türkiye’de Aile Hekimliği Bilgi Sistemi kullanıldığından dolayı araştırmanın uygulamasının yapılacağı yer Aydın il merkezi olarak sınırlandırılmıştır. Böylece nitel araştırmanın bir gerekliliği olan sahaya zaman

zaman tekrar dönüş yapmak daha imkânlı hale gelmiştir. Ayrıca görüşme tekniği kullanılan araştırmada görüşülen kişi sayısı da 36 olarak belirlenmiştir. Çalışmada öncelikli olarak hekimler, ebe/hemşireler gibi AHBS'yi kullanan temel aktörler ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Bu araştırma ile durum tespiti yapılmaya ve AHBS'nin gözetim ve mahremiyet ile ilişkisi ortaya konulmaya çalışılması sebebiyle görüşmeler Aile Sağlığı Merkezi (ASM) çalışanları ile gerçekleştirilmiş ve hastalar ya da sağlık hizmeti alanlar araştırmaya dahil edilmemiştir. Bununla birlikte, bu çalışma bağlamında gerçekleştirilen “görüşme” uygulaması “01.04.2017-15.06.2017” tarihleri arasında yapılmıştır.

Araştırmanın saha çalışmasının uzun süren OHAL dönemine denk gelmesi sağlık kurumlarında görüşme yapmayı zorlaştırmıştır: gidilen kurumlarda her ne kadar araştırmacı kimliği ve araştırma konusu önceden ifade edilse de vakit gibi kıstaslar bahane edilerek bazı görüşmeler reddedilmiştir. Bazen ise sorulan sorulara geçiştirici ve kısa yanıtlar alınmış, araştırmacıya şüpheyle yaklaşıldığı izlenimi edinilmiştir. Bu tür durumlarda araştırmacı olarak görüşülen kişilerin güvenini kazanmak ya da tereddütlerini gidermek adına bazen ses kaydı alınması yerine not tutulması tercih edilmiştir.

Araştırmanın Yöntemi:

AHBS, Türkiye'deki tüm aile hekimleri tarafından kullanılan ve tüm ülke nüfusunu kapsayan bir sistem olmasına rağmen içeriği ve kullanım alanları, topladığı bilgiler şimdiye kadar herhangi bir sosyolojik araştırmaya konu olmuş ve araştırılmış değildir. Sosyolojik olarak anlaşılması ve yorumlanması yaşamsal öneme sahip olan AHBS üzerinden toplanan veriler çoğunlukla kişisel bazda toplanan verilerdir. Dolayısıyla AHBS pratiklerinin bilinmesi, gözetim, mahremiyet kavramları çerçevesinde sosyolojik olarak analiz edilebilmesi; bu sistemi kullanan kişilerle derinlemesine görüşmeler yapılarak, ayrıntılı sorular sorulup, görüşmenin derinleşmesiyle mümkün olabilecektir. “Bu bağlamda nitel araştırmalarda kullanılan görüşme tekniğinin belirleyici özelliği de, görüşülen kişilerin bakış açılarını ortaya çıkarma olmaktadır... yüzeysel değil daha derin bilgi edinmek esastır” (Kuş, 2012: 87). Böylece yüzeyde karşılaştığımız soruların arkasında gizlenen, dikkat çekmeyen, sıradan, rutin ve olağan gibi değerlendirilen işleyişin arka planında olup bitenlerin anlamlarının ve gözetimin varlığı (ya da yokluğu) varsa çelişkili boyutlarının ortaya konularak anlaşılması mümkün olacaktır.

Bir araştırma metodunun yeterliliği/uygunluğu, araştırmanın amacına ve sorulan sorulara bağlıdır (Kuş, 2012; Sarantakos, 2005; Becker, 2015). Seçilen metodoloji en başta konuyu anlama ve yansıtma biçimimizi belirler. Bu çalışmada da OHAL dönemine denk gelen saha çalışmasında mahremiyet ve gözetim gibi hassas konuları anlamının, bu konularda nitelikli bilgi elde etmenin anket çalışmasından ziyade görüşme tekniğiyle mümkün olacağına karar verilmiştir. Dolayısıyla bu çalışmada aile hekimleri ve diğer sağlık çalışanların gerçek fikirlerini almanın ve konuyu derinlikleriyle kavrayabilmenin ve ortaya koyabilmenin yolu olarak nitel araştırma yöntemi seçilmiştir. Konuyla ilgili sosyoloji alanında mevcut bir çalışma olmadığından dolayı araştırma dizaynı olarak yarı yapılandırılmış ve derinlemesine görüşme tekniğiyle yürütülen bir çalışma uygun bulunmuştur.

Nitel olarak adlandırılan araştırma geleneğini tanımlayan temel özellikler, epistemolojik açıdan anlamacı/öznelci, ontolojik açıdan ise yorumlayıcı yaklaşımlarla uyumlu olması ve bunlara paralel biçimde, temel eğilim olarak araştırma öznelerinin bakış açılarını, anlam dünyalarını anlamayı amaçlamasıdır. Bu araştırmaların en belirgin özelliği genelde yapılaşmamış ya da yarı-yapılaşmış olmaları ve katılımlı gözlem ya da farklı adlarla ifade edilen (derin görüşme, yaşam öyküsü, sözlü tarih, odak grup vb.) görüşme olarak adlandırılan ve nicel araştırmalardaki görüşme tekniğinden farklı olarak daha derin, nitel veriler elde etmeyi amaçlayan teknikler kullanılmasıdır (Kuş, 2012: 86-87).

Nitel araştırmalarda konunun genellenebilmesinden ziyade araştırılan olgunun iyi bir betimlemesinin yapılması ve ortaya konulması önemlidir (Sarantakos, 2005). Bu araştırma da Aydın/Merkez olarak seçilen evrenden alınan örneklem ile çalışılmıştır. Araştırmanın amacına yönelik örneklem seçimi sahada hata payını ve yanılma riskini azaltmaktadır. Olasılığa dayalı örneklem verilerin genellemesi iddiasını taşır (Layder, 2013). Bu çalışmada genelleme kaygısı bulunmadığından ve sahaya yönelik incelenen durum hakkında fazla bilgi sahibi olunmadığından “olasılığa dayalı olmayan” “amaçlı” örneklem türlerinden Bal’ın (2016) işaret ettiği benzeşik (homojen) örnekleme¹ kullanılmıştır. Saha çalışması için; ulaşımın kolay olması ve kullanılan programlar (AHBS) açısından tüm ülkede büyük farklar olmaması dolayısıyla Aydın ili seçilmiştir. Sonrasında ise köylerin daha derli toplu

¹ Benzeşik (homojen) örnekleme: Küçük ve benzeşik bir örneklem oluşturma yoluyla belirgin bir alt grubu anlamak mümkün olabilir. Örneğin işçi sınıfına mensup ailelerin üniversiteye giden ve akademik sistem içinde yükselen çocuklarını örneklem olarak almak (Bal, 2016: 94).

bulunduğu ama aynı zamanda köy-kent merkez-mahalle gibi farklılıkların önemli olabileceğini düşünülüp tüm bu farklılıkları içinde barındıran Efeler İlçesi örneklemin seçileceği yer olarak belirlenmiştir.

Araştırmanın yapıldığı sırada Aydın Merkez’de; 17 adet mahallelerde, 9 adet de merkeze bağlı köylerde bulunan toplam 26 adet ASM mevcuttu. Araştırma kapsamında örnekleme ve deneyimlerde farklılıklara yer verilmesi amacıyla köy ve kent merkezlerindeki ASM’lere sayılarıyla orantılı olarak ağırlık verilmiştir. Bu araştırma kapsamında Aydın Merkezde yer alan Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan ve AHBS kullanan hekim ve ebe/hemşirelerle görüşmeler yapılmıştır. Yine araştırmanın amacına uygun olarak ulaşılan bir AHBS uzmanı ile de görüşülmüştür. Toplamda Aydın ili merkezinde Sağlık Bakanlığına bağlı Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 25 aile hekimi, 10 ebe/hemşire ve 1 Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Uzmanı olmak üzere toplam 36 kişi ile görüşülmüştür.

Aydın Merkezde yer alan ASM sayısı aynı zamanda aile hekimi ve ebe/hemşire sayısı sınırlı olduğundan -hatta bazı ASM’lerde birer tane- ve toplanılacak kişiyi işaret eden herhangi bir bilginin kişinin kimliğini açığa çıkarabileceğinden dolayı; araştırma sırasında görüşülenlerin kimliğini belli etmemek endişesiyle Aile Sağlığı Merkezi numarası, yeri, görüşülen kişiye ait cinsiyet ve meslek dışında demografik bilgi dahil hiçbir bilgi alınmamıştır. Araştırmanın amacı düşünüldüğünde de demografik bilgilerin sistem hakkındaki düşüncelerle çok da alakalı olmadığı söylenebilir. Kimliklerini saklamak adına araştırmada yer alan katılımcılara numaralar verilmiştir.

Aile hekimlerinin ve ebelerin, mahremiyet vb. hassas hususlarda programı kullanan esas kişiler olarak önem arz etmeleri dolayısıyla görüşmelere dahil edilmesi ancak kalitatif bir çalışma ile mümkün olabilecektir. İstatistiki bilgidan ziyade sahadan elde edilen verilere dayalı bir yöntem bu çalışma için uygun görülmüştür. Aile hekimlerinin yanı sıra ebe/hemşirelerin de örnekleme dahil edilmesi; özellikle 15-49 listeleri gibi farklı takiplerle daha yakından ilgilenmeleri sebebiyle sisteme dair farklı bakış açılarının olabileceği düşünülmüş ve yapılmıştır. AHBS uzmanı ise programı hem iyi bilen hem de aile hekimlerine satışını gerçekleştirmesi dolayısıyla da sorunlarıyla birebir karşılaşan aynı zamanda da dış bir göz olması sebebiyle araştırmaya dahil edilmiştir.

Aile hekimlerinin, AHBS ile ilgili görüş ve deneyimlerine ulaşabilmek açısından görüşmeler sırasında yarı yapılandırılmış görüşme formu kullanılmıştır. Dolayısıyla her görüşülene sorulan sorular standart olmamış fakat aynı kavramlar etrafında yönlendirilmiştir. Görüşmeler sırasında yer yer kışkırtma (prompting) ve sına (probing) soruları sorulmuştur. Görüşülen kişiden görüşme öncesinde yapılacak görüşmenin notunu alma ya da ses kaydı için onay alınmıştır. Böylece bazı görüşmeler ses kaydıyla kaydedilmiş bazı görüşmeler ise görüşme sırasında tutulan notlarla kayıt altına alınmıştır. Bazı görüşmelerde fiziki şartların yetersizliğinden dolayı -aynı odayı paylaşan iki hekim, üç ebe, bir hekim bir ebe gibi- odak grup çalışması şeklinde yapılmıştır. Araştırmanın başlangıcında Aydın kent merkezinde bulunan Aile Sağlığı Merkezlerinde anahtar kişilerle görüşme yapılmıştır. Sahada araştırılan olguya aşina olmak adına 4 aile hekimi ile de pilot çalışma niteliğinde görüşme gerçekleştirilmiştir. Sonrasında ise yarı yapılandırılmış görüşme formu dizayn edilmiş ve görüşmelere veri doygunluğuna ulaşıncaya kadar devam edilmiştir. Toplamda 36 kişi ile görüşme yapılmıştır.

Mahremiyet, gözetim, biyopolitika kavramlarıyla sahaya gidilmiş ve bu kavramlar çerçevesinde AHBS hakkında derinlemesine bilgi elde edilmiştir. Dolayısıyla bu araştırma AHBS gibi sağlık alanında pek de bilinmeyen bir gerçeği birçok yönüyle açığa çıkarmayı hedeflemiş ve bu hedef doğrultusunda keşfedici bir çalışma ortaya çıkarmıştır. Ortaya çıkan sosyal gerçekliğe eleştirel bakması ve sorgulaması sebebiyle bu araştırma eleştirel bir çalışma olarak nitelendirilebilir.

Sahadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi aşamasında betimsel/tematik analiz kullanılmıştır. “Bulgular; düzenlenmiş betimleyici açıklamalar, temalar (kategoriler) şeklinde olabilir... Bu analize temaları öne çıkardığı için tematik analiz de denmektedir. Temalar (kategoriler) ve kodlar üzerinden olayların, durumların ne olduğu ve insanların nasıl algıladıkları anlaşılmaktadır” (Bal, 2016: 255). Bu çalışmada da saha çalışması kapsamında yapılan görüşmeler transkript edildikten sonra veriler öne çıkan temalar altında yeniden bir araya getirilerek betimsel/tematik analiz yapılmıştır. Bu süreçte veriler kategorilere ayrılırken ve veriler analiz edilirken Bal (2016), Layder (2013) ve Becker’den (2015) yararlanılmıştır. Kodlar ve temalar üzerinden içerik ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır. Elde edilen metin temalara göre yeniden düzenlenmiştir.

1. BÖLÜM

1. BİLİŞİM TOPLUMUNDA GÖZETİM

Castells, Giddens, Bell, Webster ve daha birçok çağdaş bilim insanı yaşadığımız çağı, bilgi toplumu olarak nitelendirmektedir. Bilgi toplumunda dönemin en önde gelen özelliklerinden olan bilgi/enformasyon hızla artmış ve bu bilgi artışına paralel her türlü bilgiye ulaşım imkânı her kesimden insan için artmıştır. Bilgisayarın icadı ve internetin yaygınlaşmasını takip eden süreci ise bilişim çağı olarak adlandırmak mümkündür. Bu çağın en öne çıkan özelliği ise sınırsız bilginin internet ağları üzerinden ulaşılabilir hale gelmesi ve depolanabilmesi olmuştur.

Bilgilerin kolayca dolaşımını sağlayan internet ve bilgisayarlar tek tek bireylerin kullanımına açıldığı kadar özel sektörde ve devlet kurumlarında da sıklıkla kullanılır olmuştur. Geleneksel kayıt tutan kurumlar elektronik kurumlara dönüşürken çok hızlı bir değişim geçirdiler. 90'lı yıllara kadar el ile kayıt yapıp dosyalarda tutulan bilgiler, 90'lı yıllardan itibaren kurumlara sağlanan bilgisayarlarda tutulmaya başlanmış ve internetin yaygınlaşmasını takiben toplanan bilgiler, veriler şeklinde her kuruma ait internet veri tabanlarında toplanmaya devam edilmiştir. Görece düzensiz ve sistematik olmayan bir biçimde işleyen veri toplama süreçleri günümüzde daha standart, düzenli ve sistematik bir hal almıştır.

Devlet kurumları internet ve bilgisayarlarla neo-liberal yönetim anlayışı çerçevesinde e-devletleşirken gözetim olgusu da kurumlar gibi değişmiş, yeni dönemde daha kompleks ve görünmez olmuştur. Gözetim bugünkü anlamıyla olmasa da sosyolojinin kurucuları tarafından da dillendirilmişlerdir. Örneğin Weber (2008) gözetimi bürokrasi kavramı etrafında düşünür. Bürokrasi hem gözetimi zorunlu kılmış hem de gelişen bürokrasi gözetimi beraberinde getirmiştir. Devlet kurumlarında her kuruma özgü işleyen bürokrasiye teknoloji ilave olmuş ve bürokrasi artık web tabanlı sistemler üzerinden işleyen ağ bürokrasisine dönüşmüştür. Dolayısıyla, bilgi teknolojilerinin gelişmesiyle gözetimde de yeni bir boyuta geçilmiştir. Artık gözetim Foucault'cu (2000 ve 2013) manada disiplin kurumlarında işleminin yanı sıra gönüllü ya da rıza alınarak işleyen yeni gözetim stratejileriyle birlikte işlemektedir. Web tabanlarına kayıt edilebilen veriler; veri tasnifi, dosyalama, depolama, veri çağırma vb işlemlerine daha kolay erişim imkânı sunarlar. Bunu eş zamanlı bilişim kavramı ile açıklamak da mümkün. Önceleri sadece internete

bağlanabilen bilgisayarlarla bilgiye erişim mümkünken şimdi hayatımıza giren birçok aygıtla eş zamanlı bağlantılar ve eş zamanlı bilişimi mümkün kılabiliriz. Bu da eş zamanlı gözetim olarak da değerlendirilebilir.

Gözetim, gözetleme ile başlamış, insanlık tarihi kadar eski bir olgu olsa da modern anlamda gözetim 17. yüzyıldan itibaren görülmeye başlanmıştır. Devletlerin yönetimleri için gerekli olan askerlik, vergi, doğum, ölüm vb kayıtları tutmak amacıyla vatandaşlarına bürokratik gözetimleri uygulamaya başladığı görülmektedir (Lyon, 1997). Bugün ise modern devletler bürokratik gözetimi veri gözetimine doğru ilerletmektedirler. Hatta bu veriler kişisel bilgilerden oluşan soyut veriler olabildiği gibi bedensel verilerden oluşan somut veriler (parmak izi, iris taraması, yüz taraması vb) de olabiliyor. Tabi tüm bunların yanı sıra bireylerin birbirlerini gözetlemeleri gibi gözetim şekilleri de günümüzdeki yerini alsada yine de en önemli gözetim devlet tarafından yapılan olarak görülebilir.

1.1. Gözetim Toplumu

Gözetim Toplumu kavramı 1985'te ilk kez Gary T. Marx tarafından kullanıldı. David Lyon gözetim toplumunu bilgisayarlarda toplanan verileri kastederek “bunlar, bir zamanlar klasörlere takılan ve dolaplarda saklanan kağıtlara yazılırdı; ama şimdi aynı amaçlarla [...] bilgisayarlar tarafından yapılıyor. Kişisel hayatımızın hassas ayrıntıları her gün, büyük şirketlere ve devlet dairelerine ait dev bilgisayar veri tabanları içinde toplanıyor, saklanıyor, çağrılıyor ve işleniyor. İşte bu “gözetim toplumu”dur” (Lyon, 1997: 16) demektedir. Bu yönüyle Lyon gözetim toplumunun elektronik doğasına işaret ediyor. Her caddesi mobese kameraları ile çevrili, her bilgisayar IP adresi ile belirli, her insan kimlik kartlarına hatta numaralarına sahipken, internet ağlarında bir çerez ile çok rahat takip edilebiliyorken, internet vasıtasıyla yapılan hiçbir işlem kaybolmuyorken, devlet ve özel sektör gözetimi gayet derinden yürütebilme yetisine sahipken her an her yerde her tık'ta izlenebiliyorken bu topluma rahatlıkla gözetim toplumu diyebiliriz. Gözetim toplumunda yapılan gözetimin de çoğunlukla ‘elektronik göz’ vasıtasıyla yapıldığını söyleyebiliriz.

İcadından sonra bilgisayarın büyük miktarda veriyi saklayabileceği keşfedildi ve internetin icadı ile birbirleriyle konuşabilen, bağlantı kurabilen bilgisayarlar sayesinde büyük miktarlarda veri toplamak, depolamak, bu verileri tasnif etmek, geri çağırmak, verileri birbirleriyle ilişkilendirmek mümkün olmuştur. Bunu sağlayan da gözle görülemeyen ‘elektronik göz’dür. Lyon *elektronik gözü* şöyle açıklamaktadır:

Gözetim göze batmayan yollardan yayılır; çoğu kez de verimlilik ve üretkenlik gibi hedefleri izleme amaçlı karar ve süreçlerin sonucu olarak. Üstelik, günümüzdeki elektronik niteliği bu göze batmazlığını daha da artırır. Gözetimin büyük bölümü, kelimenin tam anlamıyla gözden ırak olduğu, dijital (sayısal) sinyaller alanında meydana gelir. Ve, halihazırda gördüğümüz gibi, gizli kapaklı, entrikalı biçimde değil, alışveriş, oy kullanma, telefon etme, otomobil kullanma ve çalışma gibi ortalık yerdeki işlemlerde gerçekleşir. Bu şu demektir: insanlar, gözetimin nesneleri olduklarını ender olarak bilirler ya da bunu bilseler de ötekilerin onlar hakkında gerçekte ne kadar kapsamlı bilgi sahibi olduğunun farkında değillerdir (1997: 17-18).

Gary T. Marx (2004) ise bu durumu gözetimin değişen doğası üzerinden açıklamaktadır. Ona göre gözetim artık sözlük anlamının dışına çıkmış, eski doğasından farklı niteliklere sahip olmuştur. Biz gözetim toplumunun kendisiyizdir ve Weber'in demir kafesi artık esnek cam bir fanusa dönüşmüştür. Marx geleneksel ve yeni gözetimi şöyle karşılaştırmaktadır:

Geleneksel Gözetimde; gözetim bireyseldir, gözle görülebilirdir, katıdır, belirli bir ölçekte uygulanır, bağlamsaldır, çok yoğun değildir, gözetime katılımı gönülsüzlük söz konusudur, gözetim yöntemleri pahalıdır, gözetimi uygulayan sahnededir, veri toplama ayrı bir aktivitedir, veri toplayıcısı insandır, toplanan veriler toplayanda kalır, gözetim bir kereliktir şimdiye aittir, gözetlenen gözetleyen ne bildiğini genellikle bilir, bireye odaklanılır, verilerin analizi, saklanması ve geri çağırılması zordur, verilerin gönderilmesi ve alınması zordur, buna karşın;

Yeni Gözetimde; gözetim yaygın yapılıdır, gözle görülemezdir ya da az görülebilirdir, yumuşaktır, çeşitli ölçeklerde uygulanabilir, bağlamsızdır, çok yoğundur, gözetime katılımı daha fazla gönülsüzlük söz konusudur, gözetim yöntemleri ucuzdur, gözetimi uygulayan sahne arkasındadır, veri toplama rutin bir süreçtir, veri toplayıcısı makinedir, toplanan veriler paylaşılabılır, gözetim devam eden bir süreçtir geçmiş, şimdi ve geleceğe aittir, gözetlenen gözetleyen ne bildiğini çoğunlukla bilmez, topluluğa ya da herkese odaklanılır, verilerin analizi, geri çağırılması ve saklanması kolaydır, verilerin gönderilmesi ve alınması kolaydır (Marx, 2004: 28-29).

Marx'ın bahsettiği tüm bu özelliklere baktığımızda, gündelik rutin işlemler sırasında istenilen bilgiler hızlilik, verimlilik adına kişilerin rızası alınarak sistemlere kaydedilir.

Çoğu zaman bir kavram olarak gözetimin derin anlamı üzerine düşünmekten ziyade sıkıcı bürokratik işlerini tamamlamaya odaklanmış insanlar bilgilerin kim tarafından, hangi amaçla kullanılacağı, ne kadar süre ile saklanacağı, başka hangi kurumlar ya da şahıslarla paylaşılacağı gibi sorularla ilgilenmezler. Aslında farklı kurumlar ya da şahıslar tarafından farklı zaman dilimlerinde toplanan bilgilerin kendisi hakkında bir profil oluşturabileceğini de pek kimse aklına getirmez. “Gerçi hakkımızda nasıl da ayrıntılı bir tablo çıkarılabildiğini öğrenirlerse (ve öğrendiklerinde) pekçok kişi gizlice gözetlendiği hissine kapılıyor ama aslında bizi gözetleyen hiçkimse yok. “Onlar” bizim hakkımızdaki şeyleri bilirler, ama biz çoğu kez ne bildiklerini, niçin bildiklerini veya bilgilerini başka kimlerle paylaştıklarını bilmeyiz” (Lyon, 1997: 16). Bu durum da aslında rıza ve asimetrik bilgi sorununu doğurur. Bir işlem için gerekli sandığımız bilgi uzun süreli kayıt altına alınıp, başka amaçlarla rızamız dışında kullanılabilir. Bilgi verdiğimiz kişi ya da kurum bizden daha fazla bilgiye sahip olabilir. Çok basit bir örnek durumu anlatabilir; bir mağazadan yapılan alışverişin faturası için isim soy isim, bazen kimlik numarası, mail veya telefon istenir. Bu bilgiler fatura için verilir fakat bir süre sonra mağazadan indirim mesajları almak ya da mailinize kampanya reklamlarının düşmesi muhtemeldir. Evet bir mesajla ya da bir kaç tıkla bunları engellemek mümkün ama burada önemli olan kişinin rızası alınmadan reklamlara, mesajlara maruz bırakılmasıdır.

Kayıtlar yazının icadından beri önemlidir; anlaşmalar, gelir giderler hep kayıt altında tutulmuştur. Devletler de her zaman vergi, askerlik, doğum, ölüm, göç ve benzeri durumlarda nüfusu yönetmek için kayıtlar tutmuşlardır fakat dikkatimizi yöneltmemiz gereken nokta gözetim pratiklerinin yaygınlaşması olmalıdır.

Modern hükümetlerin doğumları, evlilikleri ve ölümleri kaydetmeye, modern işletmelerin çalışmayı izlemeye ve çalışanların ücret ve gelişmesinin doğru kayıtlarını tutmaya başlamasından buyana gözetim yaygınlaşmaktadır. Gözetim, günümüzün bürokratik örgütleri çeşitli topluluk ve gruplar hakkında giderek daha ayrıntılı bilginin izini sürmeye uğraşırken, ne olduğunu ortaya koyar. Bu, sadece “bürokrasi” olmaktan öte birşeydir. Gözetim varolan sosyal düzene uygunluğumuzla çok güçlü biçimde ilişkilidir ve sosyal denetimin bir aracı olabilir (Lyon, 1997: 17).

Dolayısıyla gözetim, bürokrasiden öte bir olgu olabilmektedir ve Weberci manada, gözetim bürokrasiyle çok yakından ilişkilidir fakat bürokrasiye indirgenemezdir. Gözetim bürokraside hız, işlerlik, kolaylık kazandırmasının yanı sıra politikalara yön veren,

biyopolitika oluşumunu destekleyen bir boyut da kazanmıştır. Gözetim iktidarın kullandığı güçlü bir politika aracıdır ama bu demek değildir ki politikacılar gözetimi salt kendi çıkarları için kullanırlar. Ama şu bir gerçektir ki gözetim toplumunun gelişimi ulus devletin gelişimi ve aynı zamanda vatandaşlık haklarının gelişimiyle bir arada gerçekleşmiştir. Ulus devlet geliştikçe bürokrasi de genişleyip devlet ihtiyaçlarına cevap vermeye çalışmış ve bürokratik örgüt haline gelmiştir ve böylece sıradan insan vatandaş olarak her adımda izlenmeye ve kayıt altına alınmaya, belgelenmeye maruz kalmıştır. Bu gelişme iki türlü okunabilir; gelişen, genişleyen nüfus ve dünyada kaos ve düzeni bozma tehdidi içeren durumları kontrol edebilmek adına yeni düzen biçimlerinin insanlara empoze edilmesi ve fakat bu bürokrasi sayesinde herkese eşit mesafede ve adil muamele etme olanağı olarak tam yurttaşlık ve demokratik katılım arayışının sonucu olarak (Lyon, 1997). Yani gözetim vatandaşlık süreçleriyle iç içe ilerler. Vatandaşlık haklarından yararlanmak istediğinde hem gözetimden kaçış mümkün değildir, sisteme yeni bilgiler sunarak veritabanlarının güncellenmesine olanak veririz hem de bu sayede işe girmek, okula kaydolmak, sağlık hizmeti almak gibi temel vatandaşlık haklarından faydalanırız. Bu durumda gözetimin işlemesine, gözetim süreçlerine katılım ve katkı sağlarız; hem gözetimi ve var olan düzeni besler hem de vatandaşlık haklarımızdan yararlanırız.

Geçen yüzyılda gözetim, anlam itibariyle daha çok Foucault’cu manada kurumlarda yapılan birebir gözetim ya da belirli grupların bazı suçlu, şüphelileri gözetlemesi gibi çağrışımlar yapardı. “Her ne kadar ‘gözetim’ sözcüğü genellikle bireysel faaliyetlerin casuslukla, gizli soruşturmalarla takip edilmesini akla getiriyorsa da, aynı zamanda rutin, gündelik faaliyetlere işaret eden dolaysız çağrışımları da içerir. Fransızcada ‘bakarak olmak’ anlamına gelen surveiller fiilinden türetilen gözetim, boş merakın çok ötesinde, belli insan davranışlarının dikkate alındığı süreçlere işaret eder” (Lyon, 2013: 30). Dolayısıyla bu yüzyılda gözetimden ziyade gözetim toplumundan bahsedebiliyoruz çünkü her türlü veri - bilhassa da kişisel veriler- çeşitli alanlarda kullanılmak üzere sistematik, detaylı, sürekli ve artan bir iştahla toplanıyor.

Şu halde gözetim nedir? Temel sav olarak ilk solukta, gözetimin etkileme, yönetme, koruma, yönlendirme gibi amaçlarla kişisel enformasyona dönük odaklı, sistemli ve düzenli ilgi olduğunu söyleyebiliriz. Gözetim, (her ne kadar kamuya açık alandakiler gibi, biriktirilmiş veriler bir özgeçmiş tablosu oluşturmak için kullanılabiliriyorsa da) dikkatini en nihayetinde bireylere verir, bireylere odaklanır. Sistemli bir şekilde kişisel enformasyonlara yoğunlaşan bu odağın tesadüfi, ender görülür ya da kendiliğinden olmadığıнын altını

Çiziyorum; kasıtlıdır ve belli protokollere ve tekniklere dayanır. Dahası, gözetim rutindir; bürokratik yönetime ve belli enformasyon teknolojilerine bağlı olan bütün toplumlarda gündelik hayatın ‘olağan’ bir parçası olarak ortaya çıkar (Lyon, 2013: 31-32).

“Gözetim kavramı son dönemde internet gibi enformasyon teknolojilerinin gelişim sürecine paralel olarak özel bir kazanmıştır. bu sayede toplanan kişisel enformasyonun miktarı sürekli artmıştır” (Bozkurt, 2000 ve Bozkurt, 2014: 103). Her kurum ve kuruluş kendi amacı doğrultusunda veri toplar, bu ticari bir amaç içerebileceği gibi güvenliği sağlama ya da politika üretme amacıyla da yapılabilir. Veri toplanırken belli amaçlar gdlse de gözetimin gizli amaçlara da dayanabileceği akılda tutulması gereken bir gerçektir. Fakat gözetimin çağrışımlarını düşünürken tamamen olumsuz da düşünmemek gerek zira etki, idare ve denetim her zaman kötü amaçlarla değil, toplumun yararına da yapılabilir (Lyon, 2013). Burada olağan kelimesine odaklanmak gerekir; gözetim gündelik hayat rutinlerimize öylesine işlemiştir ki gözetimin farkına varmayız ve onu olağan bir sürec olarak karşılız. “Bir taraftan özgürlüğün teknolojik altyapısını hazırladığı belirtilen internet, diğer taraftan da, sıradan insanlar hakkında kişisel enformasyonun hiç hayal edilmedik düzeyde ortaya saçılmasına yol açmıştır” (Bozkurt, 2000 ve Bozkurt, 2014: 106). Enformasyonun kitlesel iletişim ağlarıyla çok hızlı bir şekilde adeta dünyayı dolaşabiliyor olması temel zgrlklerimiz konusundaki korku ve kaygılarımızı arttırmaktadır (Delibaş, 2017: 304).

Dolgun ise gözetim teknolojilerinin değişen doğasını ve çift yönlülüğünü “bir nimet olmanın yanında bir tehlike olarak da beliren bu teknolojiler; küresel anlamda, egemen kesimlerin insanlığı tarihte görülmemiş biçimde kontrol altına almasını sağlayan gizli silahlar” (2014: 3) olarak ifade etmektedir. Örneğin şuan kim mobese kameralarından rahatsız olduğunu söylüyor hatta bir çok kurum, kuruluş, mağazalar, bakkallar, siteler, apartmanlar güvenlik kameraları taktırarak güvenlik adıyla gözetime katkı sağlıyor. Bu da gözetimin zamanla farklılaştığını gelişip, arttığını ve sıradan insanların da gözetime daha fazla katıldığını göstermektedir.

Lyon ise, gözetim pratikleri arasında zamanla oluşan farklılaşmayı modern öncesi ve modern olarak nitelendirir ve şöyle bir karşılaştırmaya gider:

Birincisi, modern öncesi olarak adlandırdıklarımız doğrudandır, ‘yüz yüzedir’; örneğin, işyerinde ustabaşının işçileri gzlemlemesidir. şimdiki zaman ön plandadır, mekn

koordinatları yereldir. İkincisi, yani modern gözetim yöntemleri daha karmaşık dolayimli, bugün ve geçmiş yönelimli, yerel ve ulusal olup muhasebe yöntemler ve dosyaya dayalı koordinasyondan yararlanarak gerçekleştirilir ve kapsayıcılığı, aynılığı, birörnekliliği, tektürelliliği özendirme eğilimindedir. Üçüncüsü, 'postmodern' olarak anılan yöntemler dijital aracılıdır, davranışsal ve biyometrik özelliklere dayanır, gelecek yönelimlidir, mikro (beden) ve makro (dünya) odaklıdır ve ayrımcı olma eğilimindedir. Elektronik arayüz (ya da arayüzler) özne ile gözetim sistemi arasına gelerek gözetimin farklı yollardan bir kez daha şekil değiştirmesine yardımcı olur (2013: 113-114).

Gözetimin günümüzde aldığı hali açıklamak adına bilgisayar bilimci Roger Clarke'ın ürettiği terim önemlidir. Gözetim günümüzde insanları fiziksel olarak izlemekten ziyade her türlü kişisel bilginin veriler olarak elektronik ortamda kaydedilmesi, güncellenmesi, sıralanması, tasniflenmesi yoluyla yapıldığından bu gözetime veri gözetimi/veritim (dataveillance) demek doğru bir ifade olacaktır. Veri gözetimi sayesinde fiziksel gözetimden daha kapsamlı bilgi, daha ucuz, zahmetsiz gözetim mümkün olur (Lyon, 2013). Günümüzde gözetim sadece emniyet, hapishane, okul gibi kurumlar eksenli yapılmaz. Veri gözetimi kârını arttırmak isteyen şirketler tarafından, bürokrasi tarafından, devlet (devlet ile devlet bünyesinde çeşitli kademelerde çalışan memurları, yetkilileri, bakanları vd. kastetmekteyim) tarafından yapılmaktadır. Bazen ise özel şirketler ve kamu toplanan verileri belirli çıkarlar karşılığında birbirleriyle paylaşabilmektedir.

Her ne kadar özel sektör ya da kapitalist şirketler diye nitelendirebileceğimiz kesim gözetime daha fazla ağırlık verse de yine de gözetimin devlet tarafından daha yoğunluklu yapıldığı iddia edilebilir. Özel sektör daha çok kullanıcı ya da müşteri profilleri oluşturup, satış ya da reklam stratejileri belirlerken devlet daha kapsamlı profiller oluşturur ve hemen hemen her kişi hakkında her türlü bilgiye sahiptir. Bunu da her geçen gün gelişen ve bilişim teknolojilerindeki gelişimlerden faydalanarak kendini geliştiren bürokrasisi sayesinde yapar. Bu noktada gözetimi bürokraside gören Weber birçok noktada haklıdır. Bürokrasi gelişen, büyüyen ve giderek karmaşıklaşan bir sistem olarak rasyonelleşme ve gözetimi artırma kapasitesine de sahiptir. “Adlandırma, kimliklendirme, sayım, sınıflandırma, kayıt tutma ve sair; hepsi bürokrasilerde oldukça önemlidir. Bürokrasileri işyerlerinde, devlet dairelerinde, hastanelerde, okullarda, hapishanelerde, kiliselerde, diğer dini kurumlarda ve daha pek çok yerde görmek mümkündür” (Lyon, 2013: 119). Bürokraside sistem bir kez kurulduğunda giderek artan biçimde işlemler ve hesapları bünyesine katar. Şuan farklı olan tek durum ise tüm işlemler, hesaplama, tasnif ve benzerinin kişiler tarafından kaydedilmesi ama

bilgisayarlar tarafından yapılmasıdır. “Weber özellikle de bürokrasilerin hâlihazırda görev için gerekenden çok daha fazla personel ve dosya hesaplama eğilimine ve ‘enformasyon açlığı’ kurumunun gözetim çalışmalarında güçlü bir yankılanmasının olduğu düşüncesine dikkat çeker” (Lyon, 2013: 119). Tüm bunlar artık bir işletim sistemi ve veri işleyen kişilerle fazlasıyla mümkün olmuştur. Tek tuşla çağrılan bilgiler, her yönüyle oluşturulan profiller, tasniflenen, işaretlenen veriler sahibinden habersiz bürokratik ağlarda dolaşır durur.

Bürokrasinin ağlarında dolaşan bu veriler sanal ortamda olmasına rağmen bilgisayarların veri tasnif, depolama, saklama, geri çağırma, ağ üzerinden başka bilgisayarlarla iletişime geçme kapasiteleri sayesinde aslında gerçek bir kişi için oluşturulurlar. Bu veri ikizleri gerçek kişiyi gündelik hayatında pekala etkiler. En basit manada sakıncalı profillere sahip kişiler bürokratik engellere daha fazla takılabilirler, kişisel dokunulmazlık ve bütünlükleri, kişi hakları zarar görebilir. Devlet diye adlandırdığımız aslında bürokrasinin basamaklarındaki kişilerdir ve vatandaşların verileri bazense mahrem bilgileri bu kişilerin elinde hem güvende hem tehlikededir. Kişi kendi bilgisi dahilinde olmasa bile her zaman bilinen, takip edilendir. Bunun belki de tek olumlu tarafı fiziksel takip gerekmeksizin kişilerin takibi sağlanarak ya da takip edildiğini bilen kişilerin daha özenli davranmasını sağlayarak bazı sahtecilik, kaçakçılık gibi suçları önleyici olabilmektedir.

Suç söz konusu olduğunda kulağa çok iyi gelse de veri gözetimiyle yakalanmış önemli suçlar da bulunmamaktadır. Zira sıradan insanlar her daim devlet tarafından kolay bulunur, ele geçirilebilir kişilerdir. Örneğin büyük kaçakçılar yakalanamazken, sıradan bir vatandaşın hele ki bir memur ya da işçinin vergi kaçırması olanak dahilinde bile değildir. Şimdiye kadar veri gözetimi yoluyla elde edilen başarı SGK’da kimlik sahteciliği yoluyla sosyal güvenliği olmayan kişilerin bakılmasının önüne geçilmesi gibi örnekler olmuştur. Böyle düşünüldüğünde az sayıda vaka için yaygın bir şekilde herkesin gözetime tâbi tutulması kulağa hoş gelmemektedir. Çünkü veriler kişilik özelliğini ya da kim olduğunu önemsemeksizin kişileri tasnif eder ve sürekli toplanan bilgiler bu profillere eklenir. Örneğin tüketimler, harcama şekilleri, hastalıklar hepsi kişi hakkındaki verilerdir. Bu veriler önemsiz gibi gözükse de kanser olan birine alkol tüketimine devam ettiği sürece pekala kanser ilacının devlet yardımıyla verilmesi engellenebilir ya da SGK borcu olan birinin, borcunu ödemediği muayene olması engellenebilir -ki bu haziran 2016’da uygulandı-. Bu noktada yardıma muhtaç, müşkül durumda biri misin önemsenmeden borcu olan

kategorisindeki birisidir. Bu tasnifleme insan sayesinde fakat bilgisayar sistemi tarafından yapılmıştır. Gözetim böylece insan dışı teknik bir hal almıştır.

1.2. Gözetim Teorileri

Gözetim kavramını sistematik bir biçimde ilk inceleyen Michel Foucault olmuştur. *The Birth of the Prison Discipline and Punish* (2000) (Hapishanenin Doğuşu) adlı eserinde Foucault gözetimi beden üzerinden işleyen bir disiplin süreci olarak anlatır: “Klasik dönem boyunca, bedenin iktidarın nesnesi ve hedefi olarak bir keşfedilişi söz konusudur [...] Makine-insanın büyük kitabı, eşanlı olarak iki sicile birden kaydedilmiştir: ilk sahifelerini Descartes’ın yazdığı ve hekimlerin, filozofların devam ettirdikleri anatomik-metafizik sicil; koskoca bir askeri, okula ve hastaneye ilişkin yönetmelikler ve bedenin işlemlerini denetlemeye ve düzenlemeye yönelik ampirik ve bilinçli usuller bütünü tarafından oluşturulan teknik-siyasal sicil. Bu iki sicil birbirinden iyice farklıdır, çünkü birincisinde işleyiş ve açıklama söz konusuyken, ikincisinde ise itaat ve kullanım söz konusuydu; anlaşılabilir beden, yararlı beden... Tabi kılınabilen, kullanılabilen ve geliştirilebilen bir beden itaatkar bir bedendir” (2000: 208-209). Foucault’ya göre itaatkar bedenler iktidarlar tarafından gözetime tabi tutulurlar ve disipline edilirler.

Disiplinin icra edilmesi, bakışlar aracılığıyla zorlayan bir düzenleme; görmeye olanak veren tekniklerin iktidarın olanaklarını artırdıkları ve bunun yansıması olarak, baskı altına alma araçlarının, bu baskıların uygulandığı kişileri açıkça görülebilir kıldıkları bir makine gerektirmektedir: Klasik dönem boyunca, bilim tarihinin övgülerinden çok azını muhafaza ettiği, insanın çokluğunu gözetleyen şu “gözlemevleri”nin yavaş yavaş kuruldukları görülmektedir. Fizik ve evrenbilimin kuruluşuyla birlikte bedene bürünen büyük teleskop, mercek, ışık demetleri teknolojisinin yanı sıra, görülmeden görme durumundaki bakışların çoklu ve birbiriyle kesişen gözetimlerinin küçük teknikleri de yer almıştır; ışığa ve görünele ilişkin karanlık bir sanat, insana boyun eğdirmeye yönelik teknikler ve onu kullanmaya yönelik usuller boyunca insan hakkındaki yeni bir bilgiyi sessizce hazırlamıştır (2000: 256-257).

Foucault gözetimi, iktidarın işleyişinin bir parçası olarak görür. Gözetim hiyerarşik bir yapıdadır. İktidar ve hiyerarşik gözetimin mantığını şöyle açıklamaktadır:

“Hiyerarşik, sürekli ve işlevsel gözetim, kuşkusuz XVI-II. yüzyılın büyük teknik “icat”larından biri değildir, ama onun sinsi bir şekilde yaygınlaşmasını, önemini kendiyle

birlikte taşıdığı yeni iktidar mekanizmalarına borçludur. Disiplinsel iktidar onun sayesinde “bütünleşmiş”, ekonomiye ve icra edildiği düzeneğin amaçlarına içten bağlanmış bir sistem haline gelmektedir. Aynı zamanda çoklu, otomatik ve anonim bir iktidar olarak da örgütlenmektedir; çünkü gözetimin böylece dayandığı ve işleyişinin yukarıdan aşağıya doğru olan bir ilişkiler ağının işleyişi olduğu doğrudur da, bu ağ aynı zamanda belli bir noktaya kadar aşağıdan yukarı ve yanlara doğru da olmaktadır; bu ağ “bütünün” tutunmasını ve iktidarın birbirlerinden destek alan etkilerinin onun içinden bütün olarak geçmelerini sağlamaktadır: sürekli olarak gözetim altında tutulan gözetmenler. Disiplinlerin hiyerarşik hale getirilmiş olan gözetimi içindeki iktidar, bir nesne gibi elde tutulmakta, bir mülkiyet gibi aktarılmakta; bir makineler bütünü gibi çalışmaktadır” (2000: 264-265).

Foucault, Bentham’ın geliştirdiği panoptikonu; “iktidarın insanların gündelik hayatlarıyla olan ilişkisini tanımlamanın bir biçimi olarak” (2000: 302) görür. “Panopticon’u düşsel bir yapı olarak anlamamak gerekir: o, ideal biçime getirilmiş olan bir iktidar mekanizmasının diyagramıdır, her tür engelden, dirençten veya sürtüşmeden arınmış olan işleyişi saf bir mimari ve optik sistem olarak sunabilir: o fiili durumda, her tür özel kullanımdan kopartılabilen ve kopartılması gereken siyasal bir teknoloji biçimidir” (Foucault, 2000: 302-303).

Gözetimi iktidardan asla bağımsız bir olgu olarak görmeyen Foucault, iktidar, gözetim ve bilgi arasındaki ilişkiyi “oysa, iktidarın bilgiye, bilginin iktidara sürekli eklemlendiği kanısındayım ve ben bunu ortaya çıkarmayı denedim. İktidarın falanca keşfe, filanca bilgi biçimine ihtiyacı olduğunu söylemekle *yetinmemeli*, iktidar işleyişinin bilgi nesneleri yarattığı, bunları ortaya çıkardığı, enformasyon biriktirdiği ve kullandığı da söylenmelidir. İktidarın, iktisadi iktidarın gündelik olarak nasıl işlediği bilinmezse iktisadi bilgidен hiçbir şey anlaşılamaz. İktidarın işleyişi sürekli olarak bilgi yaratır ve aksi yönde, bilgi de iktidar etkilerine yol açar” (2003: 35) şeklinde ifade etmektedir.

Foucault’ya göre gözetim ve disiplin temel olarak iktidara atfedilse de toplumun genelinde vardır. O disiplin ve gözetimi; daha çok okul, hastane, hapisane gibi kurumlarla açıklasa da gözetim, toplumun genelinde yaygındır. “Foucault gözetimi, sadece örgütlerdeki değil tüm toplumdaki daha geniş bir disiplin bağlamına yerleştirir [...] Foucault’ya göre, modern toplumun kendisi, “disipliner (disciplinary) bir toplum”dur; bu toplumda iktidar teknikleri ve stratejileri daima varolmuştur. Bunlar başlangıçta ordular, hapisaneler,

fabrikalar gibi belirli kurumlar içinde gelişmeler bile etkileri sosyal hayatın dokusuna nüfuz eder” (Lyon, 1997: 44).

Karl Marx (2011), gözetimi burjuvazinin proletarya üzerinde kurduğu tahakküm ve denetim üzerinden ele alır. Gözetim üzerine yaptığı çalışmasının en bilinen kısmı ise kapitalist üretim süreçlerinde -iş eylemleri kapsamında- proletaryanın maruz kaldığı denetim mekanizmalarını analiz ettiği proletaryanın disipline edilmesi, üretim süreçlerinin kontrolü, daha fazla artı değer elde edilmesinin yollarının aranması ve benzeridir. Emek üzerinden denetim ve disiplin devam etse de günümüz koşullarında gözetim daha çok Weberci manada bürokrasi üzerinden işleyerek devam etmektedir.

Max Weber (2008), gözetimi bürokrasi kavramı ekseninde açıklamıştır. Weber’e göre orduda var olan disiplin devletin bürokrasisine sirayet ederek, tüm toplumsal hayata yayılmıştır. Çünkü toplumsal hayatta disiplini, kontrolü bir fabrika ortamında olduğu gibi ölçmek mümkün değildir; ölçmeyi bürokrasi mümkün kılar. Gözetimi, ölçme, bürokrasi ekseninde değerlendirirken Weber (2008) bugünkü manada yapılan veri gözetiminin ilk işaretlerini vermektedir.

Staples gözetimi, gündelik hayatlarımızda hissedilmeden gözetlenme eylemi olan “yumuşak gözetim” ve gözetlenme sürecini bireye açıkça hissettiren gözetlenme eylemi olan “sert gözetim” olarak iki şekilde ele alır (1997). Yumuşak ya da sert gözetim birer taktiktir. Yumuşak gözetimde örneğin işyerlerinin çalışanlarının sağlığını kontrol etmek için topladıkları sağlık verileri varken; sert gözetimde sistematik bir biçimde toplanan DNA verilerinin mahkemeye kanıt olarak sunulması örnek gösterilebilir. Günümüzde yumuşak ve sert gözetim her ne kadar bir arada bulunuyorsa da yumuşak gözetim daha sık uygulanmaktadır.

Staples’a göre insanlar çoğunlukla farkında olmadan gözetleniyorlar ve teknoloji tabanlı, mekanik (insan olmayan) bir bakış toplumda sosyal kontrolün temel mekanizması haline geliyor. En genel manada gözetim kelimesi insanların yakından izlenmesine işaret ediyor, çağdaş yaşamın bu yönünü Staples, “gözetim kültürü” olarak adlandırıyor (1997) ve çağdaş yaşamda sosyal kontrolün yeni formlarda karşımıza çıktığını düşünüyor. Staples gözetimi daha çok suç, sapma ve hapis kavramları etrafında ele alıyor.

Gözetim; suç, sapma gibi problemlere modern bir çözüm gibi gözükmektedir ve “hukuk, tıp, bilgisayar ve bilgi teknolojilerindeki yeni gelişmeler [...] gözetimin

gerçekleşmesi için daha uzak, esnek ve etkili yollarını yaratır” (Staples, 1997: 6) çünkü gelişen teknolojiler işyeri, okul, ev ve toplumun bütününde vardır. *The Culture Of Surveillance* kitabı boyunca gözetimin ev, okul, işyeri ve gündelik yaşamda nasıl alışılmış kurallar şeklinde işlediğini gösteriyor. Bunun temel sebebi olarak rasyonelleşmeyle birlikte sosyal yaşama dair hesaplama, ölçme pratiklerimizin artmasını gösterir.

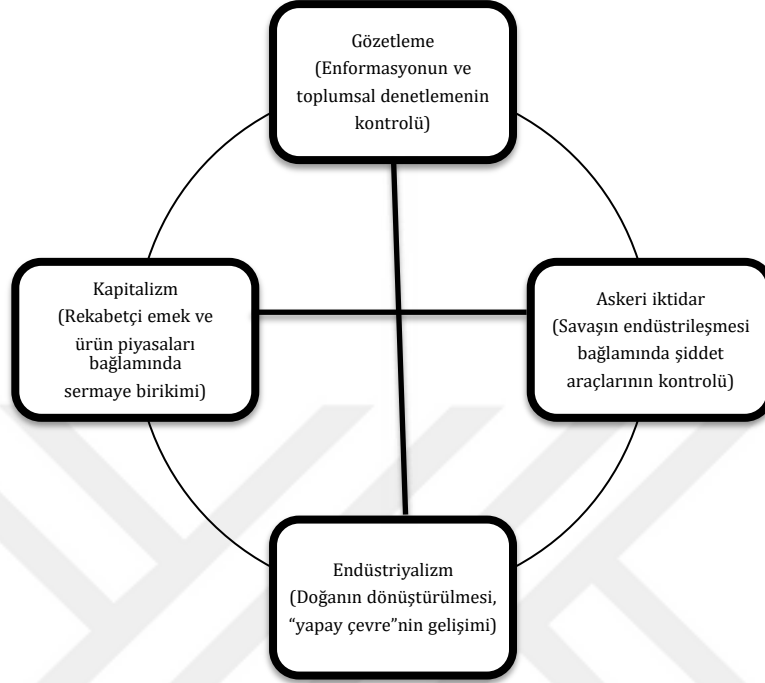
Gözetimi sosyal kontrolün yeni formu olarak gören Staples, günümüz disiplin pratikleri dört karakteristik özelliğe sahiptir der. Bu özellikler şöyle özetlenebilir:

- 1. Artan bir şekilde teknolojiye dayanırlar, düzenli, otomatik, bazen isim olmaksızın uygulanırlar ve genellikle kanıt olarak sürekli kayıt üretirler.*
- 2. Bir çok teknik izlenebilecek, ölçülebilecek ve manipüle edilebilecek bir nesne olarak bedeni tehdit eder ve hedef alır.*
- 3. Yeni teknikler sıklıkla mahalli/yereldir ve gündelik yaşayışlarımızda işlerler.*
- 4. Mahalli olsun ya da olmasın, disiplin pratikleri, geniş popülasyonları sadece resmi “sapkın” olarak belirlemekle kalmaz, gözlem altında idare de ederler (1997:11).*

Fuchs, gözetim araştırmalarında nötr ve negatif yaklaşımlar olduğunu ileri sürer (2012). Negatif yaklaşımlar gözetimi daha çok baskı şiddet kullanımıyla ilişkili bilgi toplanması olarak görürken; nötr yaklaşımlar ise gözetim insanlar ve diğer varlıklar hakkında sistematik bilgi toplanmasıdır.

Fuchs’a göre gözetim konusuna nötr yaklaşım sergileyenlerden biri de Giddens’tır. Giddens’a göre modern dönemi modern öncesi dönemden ayıran farklılıklardan biri de modern dönemde gözetim ve denetim mekanizmalarının oluşmuş olmasıdır. Bu daha çok yönetimle alakalıdır; “sonuçta, geleneksel uygarlıklara özgü olanın çok ötesindeki gözetim (surveillance) kapasitelerinin gelişimine dayanır ve gözetim aygıtları, modernliğin yükselişiyle kapitalizm ve endüstriyalizm gibi ilişkili olan üçüncü bir kurumsal boyut oluşturur. Gözetim, gözetime konu olan toplulukların siyasal alandaki etkinliklerinin denetimine işaret eder; ama, bir yönetsel güç temeli olarak önemi, hiçbir biçimde yalnızca bu alanla sınırlı değildir. Denetim, doğrudan olabilir (Foucault tarafından tartışılan birçok durumdaki gibi cezaevleri, okullar ya da açık çalışma alanları buna örnek verilebilir); ama daha karakteristik olarak, dolaylıdır ve enformasyon kontrolü üzerine kuruludur” (Giddens, 2014: 61-62). Bilginin kontrolü yoluyla toplumun denetimine işaret eden

Giddens, modernliğin dört temel kurumsal boyutunu ve modern dönemde ortaya çıkan kapitalizm ve endüstrinin gelişimiyle ilgili olan gözetim boyutunu aşağıdaki şema ile açıklamaya çalışmıştır.



Şekil 1.1.: Modernliğin Kurumsal Boyutları (Giddens, 2014: 63).

Dairenin sol tarafından başlarsak, kapitalizm, rekabetçi emek ve ürün pazarları zemininde ekonominin siyasetten yalıtımıyla ilgiliydi. Gözetleme ise modernliğin yükselişiyle ilişkili olan bütün örgütlenme türlerinin, özellikle de karşılıklı gelişimlerinde tarihsel olarak kapitalizmle iç içe geçmiş bulunan ulus-devletin temelidir. Keza, ulus-devletlerin gözetim işlemleriyle askeri gücün modern dönemdeki değişen doğası arasında oldukça yakın bağlantılar vardır. Modern devletin şiddet araçları üzerindeki başarılı tekeli, suç hukukuyla ilgili yeni kodların dünyevi bir biçimde korunması ve buna ek olarak, "sapkınlığın" gözetimsel kontrolü üzerine kuruludur. Askeri güç, sivil otoritelerin ülke içindeki hegemonyalarına göreceli bir uzak destek oluşturur ve silahlı kuvvetler çoğu zaman "dışarıya"; diğer devletlere yöneliktir (Giddens, 2014: 63-64).

Daireye biraz daha yakından bakılırsa, askeri güç ile endüstriyalizm arasındaki doğrudan ilişki görülür. Bu ilişkinin en önemli boyutu savaşın endüstrileşmesidir. Aynı şekilde endüstriyalizm ve kapitalizm arasında da zaten bilinen ve yıllardır kenetlenmiş bağlar bulunmaktadır. Modern öncesi dönemde insanlar kendilerini doğayı referans alarak

değerlendirirlerdi. Sanayi sonrası dönemle ise insanların doğayla olan etkileşimi endüstriyalizmi referans alır olmuştur. Bu dönemde insanlar endüstriyalizmin inşa ettiği bir çevrede yaşar olmuştur. Şekil 1.1'deki düz çizgiler takip edildiğinde ise gözetlemenin işyerleri, fabrikalar gibi yönetsel gücün yer aldığı yerlerle olan ilişkisi ortaya çıkar (Giddens, 2014).

Giddens, gözetimi temel olarak otoritelerin gücü elinde tutmaları adına toplumu şiddet araçları kullanmadan denetlemesi olarak görür ve bu gözetim süreci işyeri gözetimi ve otoritenin işçileri denetlemesi bağlamında endüstriyalizmle, askeri güç ve askeri otoritenin kontrolü sağlaması bağlamında askeri gözetimle, askeri otoritenin ve endüstriyalizmin kapitalizmle olan bağlantısı sebebiyle kapitalizmle bağlantılıdır.

Gözetim uzun süredir vergi toplama, askerlik çağına gelenleri belirleme, nüfusu yönetme, biyopolitikalar üretme ve benzeri sebeplerle devletlerin başvurduğu bir yöntem olagelmıştır. Fakat günümüzde devletlerin bilhassa da Amerika'nın 11 Eylül saldırıları sonrası hukuki temelini hazırladığı güvenlik gerekçesiyle gözetim çok daha ayan beyan ve insanların da rıza göstererek katılım gösterdiği bir hal almıştır. Güvenlik, şeffaflık, hız ve etkinlik söylemleriyle gözetim gündelik hayatın vazgeçilmezi haline gelmiştir. Devletlerin ise “ölçme aşkları” giderek artmış nüfusu kontrol altında tutabilmek için yeni gözetim stratejilerine başvurmuşlardır. Bu daha çok kendini gizleyen, elektronik ortamda gerçekleşen, gizli, derinden işleyen ve bizim de gerektiğinde gönüllü katılımımızla gerçekleşen bir süreç halini almıştır. Daha fazla ‘özgürlük’ olarak tanımlanan ancak özünde daha fazla kısıtlanmak olarak günümüz gözetim pratiklerine biraz daha yakından bakmak yararlı olacaktır.

1.3. 11 Eylül Sonrası Gözetim

Gözetim pratiklerinin artmasında 11 Eylül saldırılarının büyük payı vardır. Küresel terörizm tüm dünyada büyük yankı uyandırmış ve insanlarda korku hakim hale gelmiştir. Ama gözetimin 11 Eylülden sonra başladığını iddia edemeyiz. Terör saldırısının etkisi; saldırılar sonrası daha fazla güvenlik ihtiyacının doğmasına paralel olarak insanların güvenliğe karşı kendilerini daha fazla kısıtlamalarını kabul etmesi olmuştur. Bu durum Lyon'un ifade ettiği üzere uluslararası anlaşmalarla kişilerin daha fazla gözetim nesnesi haline gelmesini sağlamıştır. “Bedenlerimizde ve bedenlerimizden doğru ortaya çıkan bu veriler yalnızca kurumlar ve ülkeler içinde seyahat etmez, uluslararası yolculuklara da çıkar

[...] Geç modern kapitalist dünya sisteminde fazlasıyla ödüllendirilen küresel hareketlilik, fiziksel olarak insanların havaalanları ve diğer geçiş noktalarından ülke sınırlarını aşmaları ve/veya haklarındaki verilerin ticaret, istihdam, emniyet ve diğer nedenlerle seyahat etmesi üzerinden geniş çaplı bir gözetim yaratır” (Lyon, 2013: 17). Vehbi Bayhan ise bu durumu *küresel kapatılma* olarak adlandırmaktadır. Ona göre “bilişim toplumu temelinde gelişen küresel gözetim toplumlarında, bireyin güvenlik uğruna hayatının bütün mahremiyetinin izlenmesi ve denetlenmesi çerçevesinde, varoluşu paradoksal ve ironik” (Bayhan, 2013:125, 126) bir durum yaratmaktadır ve gündelik hayatta gözetim pratiklerine takılmayan bir mahrem mümkün olmamaktadır.

11 Eylül’den sonra gözetim daha fazla küreselleşti, yaygınlaştı ve önemsendiyse de gözetimin genişlemesini salt 11 Eylül saldırısı ile açıklayamayız çünkü halihazırda zaten var olan gözetim pratiklerinin sadece güvenlik alanlarında değil, hayatın her alanına dair uygulanması hız kazandı. Belki de en önemli nokta gözetimin yüz yüze olan niteliği daha fazla dijital bir hal almış, veri tabanları, bilgisayar sistemleri üzerinden kendini hissettirmeden işlemeye başlamıştır. 11 eylül saldırılarının en önemli çıktısı Avrupa Birliği ve ABD tarafından 2003 yılından itibaren yapılmaya başlanan çift taraflı PNR (Passanger Name Record) anlaşmalarıdır. Avrupa birliği anlaşmalarına göre havayolu şirketleri yolcular bilet rezervasyonu, bilet alımı ve bilet konfirmasyonu yaptırdıklarında yolcu bilgilerini Avrupa Birliği üye ülkelerle paylaşırlar. Bir PNR verisi; uçuş tarihi, yolcu ismi, seyahat planı, ödemenin ne ile yapıldığı, bilet bilgisi, iletişim bilgisi, bagaj bilgisi ve benzerini içerir². PNR verileri suç ve terörizmle savaşmada kullanılma amacıyla yansıtılsa da anlaşma içinde veri işlenmesini de içerir (European Commission, 2017). PNR anlaşmalarıyla bir daha 11 Eylül saldırılarında olduğu gibi uçak kaçırma ihtimallerinin önüne geçilmeye aynı zamanda suç ve terörle mücadele amaçlanırken veri işlenmesi ve gözetimi de sağlanmış olur.

Gary T. Marx, David Lyon, M. Poster ve daha bir çok gözetim üzerine çalışmalar yapan yazarlar, bilgisayar üzerinden işleyen gözetimin; gözetimin genelleşmesine, derinleşmesine, süreklileşmesine, yapısının ve işleyişinin değişmesine sebep olduğunu ileri sürer. Gerçekten de günümüzde Foucault’nun analiz ettiği üzere okul, işyeri, hapishane, hastane üzerinden panoptik merkezli işleyen bir gözetimden söz edemeyiz. Günümüzde gözetim Foucault’nun bahsettiği tüm kurumlarda halen işlemekle birlikte, gözetimin

² Detaylı bilgi için bkz. <http://www.consilium.europa.eu>

niteliği, işleyiş biçimi değişmiştir. Belki de en önemlisi günümüzde gözetim süreçleri kendini doğrudan hissettirmedeği için gözetim süreçlerine katılımımız gönüllü olarak gerçekleşmektedir. Hatta gelişen teknolojik olanaklar bireyler olarak bizim de elimizin altında kullanımda olduğundan sosyal medya, internet ağları ve benzeri üzerinden kendi bilgilerimizi kendi isteğimizle topluma açma ve diğer kişileri de gözetleme eylemlerimiz ‘eğlenceli’ bir halde yapılmaya başlanmıştır. Dolayısıyla Foucault’nun iddia ettiği gibi belirli bir sınıfın (burjuva) güçsüz sınıfı izlemesi pratiği devam etmekle birlikte buna ek olarak diğer gözetim mekanizmaları gelişmiş; gözetim toplumu daha çok herkesin herkesi gözetlemesi olarak ifade edilebilecek panoptikondan sinoptikona ya da süperpanoptikona dönüşmüştür, sinoptikon da Bentham’ın panoptikon modelinde olduğu gibi bir gözetleme kulesi, duvarlar olmadan gözetimi mümkün kılmıştır. Hatta günümüzde yeni kuşakların teknolojiyle küçük yaşta tanışıp, iç içe büyümesi gözetim pratiklerini hem yadırgamamalarına sebep olabilir hem de daha fazla gözetleyici bireyler olmalarını sağlayabilir.

Gözetim, Lyon’un da sıkça vurguladığı üzere hem kısıtlayıcı hem mümkün kılıcıdır. Yani sadece gözetleyen kesimin çıkarları değil aynı zamanda gözetlenen kişilerin de güvenlik ve benzeri hususlarda yararı söz konusudur. Fakat gözetim olgusunun çoğunlukla kısıtlayıcı yönü vurgulanır Lyon’a göre bunun sebebi bilgisayar tabanlı hizmet ekonomilerinin dünyayı durgunluktan çıkarmadaki başarısızlığı, elektronik savaşın başlaması, bir de bilgisayarların kişisel hayatlarımızın en ince ayrıntılarını izleme konusunda büyük bir yeteneği olduğunun anlaşılması ve bunların kısıtlayıcı sosyal öngörülerde bulunulmasına sebebiyet vermesidir (Lyon, 1997). “Çağdaş toplumları, daha sıkı sosyal denetim odakları olmaktan ibaret bilgisayarlar tarafından gözetim kapasiteleri sürekli ve düzenli olarak artırılan toplumlar gibi görmektense, ben, gözetimin çoğu kez iki ayrı yüz gösterdiğini öne sürüyorum. Bizi sınırlıyor gibi görünebilen süreçler aynı zamanda bizim topluma katılabilmemizi sağlıyor. Diyelim ki, sosyal sigorta numaramız üzerinden izlenebiliriz, ama aynı bilgisayarlı sistem işsizlik yardımlarını almamızı da garantiler. Elektronik göz, iyi huylu da olabilir” (Lyon, 1997: 10). Tabi bu daha çok Avrupa toplumları için geçerlidir vatandaşlık haklarının tanındığı numaralar üzerinden sağlık, eğitim ve benzeri hizmetlere rahatça erişebildiğimiz gibi seyahat, pasaport bilgileri ve benzeri üzerinden de tüm eylemlerimiz denetlenebilmektedir. Bürokrasinin yoğun olduğu gelişmekte olan ülkelerde en basit hizmetleri almayı bu numaralar dahi kolaylaştırmamaktadır, hatta örneğin bu tür gözetim uygulamaları ilacın bitmeden yeni bir

ilaç almamanı, gözlük çerçeven kırıldıysa ve üç yıl içinde yeni bir gözlük almışsan çerçeveyi cebinden karşılamanı öngörüyor. Ayrıca gözetimden eşitsiz bir şekilde etkilenen iddia edildiği üzere sadece sınıflar değildir, cinsiyetler de -tezde sağlık verileri üzerinden gösterilmeye çalışılacağı üzere- gözetimden eşitsiz bir şekilde etkilenirler.

Gözetimin fayda sağladığı durumlar arasında belki parmak izi arşivleri sayesinde ulaşılabilen suçlular, kanun kaçaklarının yakalanması ya da mobese kameralarına yakalanan hırsızlar gibi adli vakalar sayılabilir.

1.4. Gözetim ve Kamusal Alan-Özel Alan Sorunu

Kamusal alan-özel alan sorunu gün geçtikçe artmakta ve artık iyiden iyiye küçülmüş özel alanlarımızı da kaybetme korkusunu yaşamaktayız. En basit manada kamusal alan ev dışıyla ve devletle ilgili işlerle ilişkilendirilirken; özel alan ev içiyle ilişkilendirilmiştir. Tarihsel süreç içerisinde özel alan ve kamusal alan birlikte bir gelişim göstermiş, moderniteyle birlikte ikisi arasında keskin bir ayrım söz konusu olmuş fakat modern sonrası dönemde bu ayrım tekrar bulanıklaşmaya başlamıştır. Modernitenin temel karakteristiklerinin bir çıktısı olarak; fabrika ya da makineye bağlı kapitalizmin belirmesi sonucu, etkinlik, tahmin edilebilirlik, kontrol artan rasyonalite ya da hesaplama davranışı, disiplin kavramlarına bağlı olarak sosyal hayatı ya da çalışma hayatını etkilemeye başlamış, çalışma hayatında iş bölümü, uzmanlaşma ve akabinde özel-kamusal, iş-ev yaşamı gibi ayrımlar başlamış, özellikle şehir merkezlerinde büyük çapta devlet ve özel organizasyonlara ait bürokrasiler genişlemeye başlamış, zaman-mekan ilişkileri hızlı bir biçimde akmaya başlamış, profesyonel sınıf ve orta sınıf kendi ilgileri, kültürleri ve hassasiyetleriyle belirmeye başlamıştır (Staples, 1997). Gözetim toplumunda kamusal alan-özel alan sorunu; kamusal alanın, özel alana dair kabul edilen sınırları iyice daraltmasıyla gözle görünür hale gelmiştir. Bu daralma enformasyon teknolojilerinin gelişmesiyle daha da artmıştır. “Özellikle de sıradan insanların özel yaşamlarına dair birçok ayrıntıyı içeren bu bilgiler, günümüzde artan bir biçimde, kamusal alan karşısında, özel alanın daraltılması biçiminde ortaya çıkmaktadır. Bu da özel yaşamın gizliliğine ilişkin kuralın sık sık ihlâl edilmesi kaygılarını da beraberinde getirmektedir” (Bozkurt, 2000 ve Bozkurt, 2014: 108). Bu anlamda özel alanın korunma çabasını belki de özel alanın ihlalinden çok insan hakkı, özgürlük hakkı olarak görmek mümkün.

1948’de Birleşmiş Milletler hiç kimsenin özel hayatında, evinde veya

haberleşmelerinde keyfi müdahaleye maruz bırakılamayacağını insan hakkı olarak ilan etmiştir (Lyon, 1997; Kaya, 2006). Fakat söz konusu hak, güvenlik gibi gerekçelerle ya da izinsiz olarak çeşitli şekillerde ihlal edilmiş ve edilmektedir. Bunun en iyi örneklerine devlet kurumlarının bürokrasilerini kullanarak işledikleri bilgi miktarını ve çeşitliliğini arttırdıkları günümüz elektronik devlet uygulamalarında rastlamaktayız. Çünkü bürokrasi gözetimi bilgisayarlar vasıtasıyla gözden uzak bir şekilde gerçekleştirirken, kişisel bilgilerinin yayılma riski olan sıradan vatandaşlardır. Devletin kurumlarıyla en çok iletişimde olan sıradan vatandaş, artık kamusal alanda özel alanına dair birçok bilgiyi paylaşmak durumunda bırakılmıştır. Bir başka durum ise verilerin karşılaştırılması yoluyla vatandaşın adeta köşeye sıkıştırılması ve çoğunlukla vatandaşın rızası alınmadan bilgi eşleştirme yoluyla veri paylaşımı yapılarak yurttaşın mahremiyetinin riske atılabilesidir. Konuyla ilgili Dolgun karamsar bir bakış açısı sergilemektedir:

Tüm bunların sonuçları da, bir yandan insanların camdan evlerde yaşamaya başlaması ve gözetimin ‘popüler bir kültür olarak’ algılanması ve/veya kabul görmesi; diğer yandan da, bu durumun sonucunda kamusal yaşamın giderek daralmaya ve işlevsizleşmeye başlamasıyla, demokrasinin en önemli kalelerinden biri olan ‘kamusal yaşamı’ kaybedilmesi veya ‘belirli bir kesimin’ eline terk edilmesi olacaktır. Kısacası, internet sayesinde gerçek demokrasinin yaşanacağı görüşü, gerçekleşmemiş bir ‘ütopya’ olarak kalacak ve insanlık ‘totaliter’ ya da ‘seçkin’ rejimlerin pençesine düşme tehlikesiyle karşı karşıya kalacaktır (Dolgun, 2004: 14).

İnternet ve bilgisayar teknolojilerinin yaygınlaşması ve kullanımının gözetim stratejilerini kolaylaştırması özel alanın daha da kısıtlanması, küçülmesi ya da kamusal alan tarafından daraltılmasıyla paralel gitmektedir. “Bir zamanlar “kamusal” hayata karşı kutsal liberal sığınak olan ev, giderek artan biçimde kendisini, gözetimin mekanı olarak bulmaktadır. Devlet idaresi oyverme kapasitesini veya sosyal yardım dağıtımını etkileyen kimin kimle yaşadığına ilişkin ayrıntılara kolayca erişirken ticari kurumlar da mali durumu ve belirli bir caddedeki her bir hanenin tüketim tercihlerini analiz etmede pek az engelle karşılaşmaktadır” (Lyon, 1997: 32-33). Marketlerde kullandığımız indirim kartları ev içinde tükettiklerimizle ilgili sektöre bilgi verir ve bilgi verme işini indirim ve benzeri kampanyalardan faydalanmak için gönüllü olarak yaparız. Bunun dışında sosyal medya ağları üzerinden 20-30 yıl öncesine kadar özel alanlarımız dâhilinde kabul ettiğimiz pratikleri paylaşmamız da gözetimin özel hayatlarımızı kendi isteğimizle de ihlal ettiğimizi gösterir. Bauman ve Lyon, “gizlilik, deyim yerindeyse, mahremiyetin sınırlarını çizer ve

belirler” (2013: s.35) diyerek mahremiyet ve gizlilik arasındaki ilişkiye dikkat çeker. “Mahremiyet kamusal alanı istila etti, fethetti ve sömürgeleştirdi; ama maalesef gizlilik hakkını, yani en belirleyici özelliği ve en el üstünde tutulan ve en hararetle savunulan ayrıcalığını kaybetmek pahasına” (Bauman ve Lyon, 2013: s.35). Yani bazı durumlarda da bireyler mahremiyetlerini kendileri kamuya sunmaktadır.

Özel- kamusal alan sorunda aşikâr olan iktidar ilişkileridir. Sıradan vatandaşlar olarak gönüllü ya da gönülsüz de olsa gözetime maruz kalanlar, güçsüz konumdadır. Buna karşın gözetimi yapanların kim olduğu doğrudan bilinemediğinden, güçlü taraf gözetimi yapandır. Bu bir kamu çalışanı olabileceği gibi, internet siteleri üzerinden çerez gönderen bir bilgisayar reklamcısı ya da bir market zincirinde hangi zaman diliminde hangi ürünlere talep olduğunu araştıran bir özel sektör çalışanı da olabilir.

Bazı yazarlar ise kamusal alanda temsili, hakkında tutulan verilerle oluşan vatandaşların burada tutulan bilgilerden dolayı ya da hakkında işlenen yanlış bir bilgiden dolayı özel alanının zarar görmesinin de olasılığından bahseder. Kamusal alandaki bu temsil kişinin haberi olmadan kendine ilave bilgiler ekler, bilgisayarlar arası dolaşır, paylaşılır hatta satılır. Fakat eninde sonunda gerçek kişiliğe dokunur. Örneğin bir ülkede sigara kullananlara kanser tedavisinin ödenmeyeceği şeklinde bir kanun uygulanmaya konulduğunda kişiden farklı bir şekilde elde edilmiş sigara kullanıyor bilgisi durumunu olumsuz etkileyecektir. Bir kişinin etnik ya da dini kökeni bilgisi de kişiyi hayatında olumlu ya da olumsuz etkileyebilecektir. Benzer şekilde nüfus planlaması politikaları insanların özel hayatlarına bazen çocuk yapılmaması bazense çocuk yapılmasını öngören şekliyle müdahalelerde bulunur. Ayrıca birçok durumda da güvenlik gerekçesiyle özel alanlarımızı daraltmayı kendimiz seçiyoruz. Kamusal alanda meydana gelen değişimler her zaman özel alanı da etkilemektedir.

Gözetimle beraber tartışılabilecek konulardan biri de kişisel veri kapsamında değerlendirilen bedene ait verilerdir. Birçok ülkede uygulanan biyometrik veri toplama işlemleri hatta DNA veri tabanları mevcuttur. İnsan vücudundan alınan her türlü sıvı ya da doku örnekleri de kişisel veri kapsamında; iletişim, kimlik bilgileri ve benzerinde olduğu gibi depolanıp, saklanır. Bu da gözetimin salt beden değil bedene ait alt özelliklerin de gözetime tâbi tutulması anlamına gelir. Günümüzde beden de gözetim pratiklerine yenik düşmüştür ve özel alandan ziyade korunması gereken mahremimize ait bir alandır. Veri olarak toplanan DNA, parmak izi, iris tanımı ve benzeri her beden verisi sadece kişiye özgü

olan verilerdir. Bu tür verilerin güvenlik adına toplanması güvenlikle birlikte kimlik tanımlama araçlarına dönüşmüş durumdadır. Biometrik veriler olarak toplanan bu bedensel veriler kimliklere, pasaportlara aktarılma sürecindedir. 2005 yılında Birleşik Krallık, Avrupa Birliği'nde parmak izinden oluşan biometri veri tabanı oluşturmalarını önermişti (Lyon, 2012: 36). Kaldı ki havaalanlarında yolculara yönelik güvenlik önlemleri altında biometrik fotoğraf uygulanmakta, parmak izleri alınmakta şimdiyse gerekli biometrik unsurları ve diğer verileri içerisinde barındıran elektronik, çipli pasaportlar uygulanma aşamasındadır. Bunun yanı sıra iris taramaları, DNA verileri güvenlik gerekçesiyle kullanılmaktadır. “Bu, teknolojiyle beden arasındaki sınırın muğlaklaştığı anlamına gelir; kimlikler bir algoritma dâhilinde saptanan bedensel özellikler -parmak izi veya yüz fotoğrafı- üzerinden tanımlanır. Bu, birçok şeyi beraberinde getiriyor. Örneğin, bedenin kendisi bir metin veya en azından bir koda dönüşüyor ve nesneleştirilen bedenin, mülakat gibi sözlü diyaloglardan daha üstün bilgiler sunduğu varsayılıyor” (Lyon, 2012: 36-37). Beden ve kodlanması kişisel verilerin denetimi, kullanılması ile ilgili soruları aklımıza getirmektedir.

Bedenimize ait veriler de bilginin dışında kullanıldığında yine verilerin denetimi sorunu karşımıza çıkmaktadır. Yeni yönetim biçimleri kapsamında hayatımıza giren neoliberal söylemler olan şeffaflık, hızlılık, verimlilik; kişisel bilgiler toplanırken karşımıza çıkmakta fakat gözetime maruz kalan kişi en azından şeffaflık söyleminin gerçekliğini görememektedir. Böylece sorun mahremiyet sorunu yani bir özgürlük hakkı ihlali gibi görünmektedir. Mahremiyet hakkı bazı yasal düzenlemeleri gerektirmiş olsa da var olan yasal düzenlemeler yetersiz olup, genellikle pratiğe dökülmeyen düzenlemelerdir. Kişisel verilerin nerede ve nasıl kullanıldığının açıklanması gerekliliği vardır ve bununla beraber kişisel verilerin kullanım alanları kişinin kendi özgür beyanıyla izne bağlanmalıdır. Herkes hangi bilgisinin hangi kurumla paylaşılacağına ya da ne kadarının paylaşılacağına yasalarla düzenlenmiş ölçüde kendi karar vermelidir. Kaldı ki hastanelerde ameliyat öncesi bu ameliyata kendi rızasıyla girdiğine dair, organ bağışlarında kendi rızasıyla bağışladığına dair formlar doldurulup imzalatılmakta iken, bedenle ilgili mahrem konularda da bu tür hassasiyetler geliştirilebilir.

Bir diğer bakış açısı ise şudur; gündelik hayatımızda gözetime o kadar çok maruz kalırız ki zaten mahremiyetten bahsetmek olanaksızdır. Burada mahremiyeti tanımlamanın zorluğunu görüyoruz. Mahremiyet, zamandan zamana ve toplumdan topluma farklı şekillerde tanımlanagelmıştır; “neyin ‘kamusal’, neyin ‘mahrem’ olduğu sorusunun yanıtı

karmaşık, kültürel ve tarihsel olarak görelidir. Batılı toplumlarda belli ‘mahrem’ türlerinin, sözelimi, banyo kullanımı, maaş ve sairin önemli olduğu düşünülür. Diğer taraftan, bazı ülkelerde ‘banyo’ kullanımı daha az münzevilik gerektirirken (örneğin Hindistan kırsalında belli yörelerde banyo yoktur), Japonya gibi ülkelerde maaş batıya kıyasla daha ‘kamusaldır’. ‘Mahremiyet’ tanımları batıda bile ‘yalnız kalma hakkı’ndan kişinin ‘kendisi hakkındaki haberleşmeyi denetleme yeteneği’ne kadar çeşitlilik gösterir. ‘Enformasyonel özerklik’ konumu, her bireyin ihlâl edilemez bir alana, bir enformasyon baloncuğuna sahip olduğu ‘benim evim benim kalem’ bakış açısıyla benzer bir noktada durur” (Lyon, 2013: 249-250). Tanımı zor olsa veya zamansal ve mekânsal olarak değişse de başkalarından saklamak istediğimiz bilgilerimiz, kendimizle baş başa kalma isteğimiz, kendimize ait alanlarımızda korku, endişe duymadan vakit geçirebileceğimiz ve kendi bedenimiz hakkında söz sahibi olabilmemiz gerekliliği konuları tanım içinde bâkidir. Karşı karşıya olduğumuz gözetim ağırlıklı olarak veri gözetimi olduğunda ve bilgisayarların veri kategorileri oluşturma, analiz yapma yetenekleri göz önünde bulundurulduğunda enformasyon ya da veri mahremiyetimiz önemlidir. Çünkü eninde sonunda hakkında toplanan verilerden etkilenecek olan veriler değil gerçek kişilerdir. Geniş kitleleri kapsayan veriler toplandığından mahremiyet ihlallerinin söz konusu olduğu durumlarda ise bunlar münferit olaylar olarak görülemez; “kişisel verilerin kamuoyunun ya da yetkisiz kişilerin eline geçmesi türünden birtakım ‘mahremiyet ihlalleri’, hatalar ve yolsuzlukların yanında, gözetimin sosyal sınıflandırma kapasitesi sayesinde önemli yönetim biçimleri ile yakından bağlantılı olduğu da açık bir gerçektir” (Lyon, 2013: 260).

Böyle olmasa bile ne her ne kadar bilgisayarların, bilişim olanaklarının genişliğinden bahsetsek de bu verilerin başında bulunanlar, kategorileri belirleyenler, hangi tür bilgilerin toplanacağına karar verenler ya da yazılımları yapanlar da kişilerdir. Bu açıdan düşünüldüğünde veri mahremiyetimiz rızamız olmadan sistem basamaklarındaki bazı kişilerin eline çok rahat geçebilecektir. Bu sistemlerin elektronik muhafazasının ne kadar güvenli olduğu da ayrı bir tartışma konusudur. En azından mahremiyet yasalarının değişmesi daha güncel konulara ışık tutması ve kişinin istediği mahrem konuları saklayabilmesi önem arz etmektedir. Gözetime konu olan bilgilerin ne olduğunun, nerede, ne kadar süre ile saklanacağını ve bu bilgilerin hangi kurumlarla hangi şartlarda paylaşılacağını bilgisi mahremiyet hakkı hususunda önemli bir noktadır. Bir diğer önemli nokta ise sıradan insanların toplanan mahrem bilgileri yönetme hakkına sahip olmasıdır.

Geçtiğimiz yüzyılda gözetim pratikleriyle bağlantılı olarak vatandaşlık ve özlük haklarında görece bir artış yaşanmıştır. Birçok gözetim sürecine gönüllü katılsak da ya da güvenlik gerekçeli gözetimlere çok daha istekli olsak da gözetim yoğunlaştıkça gözetime karşı çeşitli karşı tepkiler verilmiş ya da pasif direnişler uygulanmıştır ve uygulanmaktadır. Gözetim, gözle görülür ya da rahatsızlık verici şekilde hissedilir olduğunda toplumun belirli kesimleri tarafından tepkiyle karşılanır. Bu tepki gözetime kökten karşı çıkmak şeklinde olabileceği gibi, temelde gözetime karşı olmadan gözetim pratiklerinin revize edilmesi şeklinde de olabilir. Örneğin internet üzerindeki veri hırsızlıkları ya da dolandırıcılıklara karşı, bilgisayar üzerinde dosyaları şifreleme, internet üzerinden kullanılan siteler ya da kurumlar için belirli aralıklarla şifre değiştirme, kırılması zor şifreler oluşturma, güvenlik soruları oluşturma gibi önlemler alınabiliyor. Bunların yanı sıra veri koruma yasaları, mahremiyet yasaları gibi yasalarla hukuki önlem almak da mümkün. Tüm bu örneklerden farklı olarak sosyal hareketlerle karşı olunan gözetim pratiklerini protesto etmek veya tamamen kaldırılmasını istemek de olasıdır.

Mahremiyet hakkı için verilen tepkiler ve talepler birçok ülkede yasal düzenlemelerde karşılık bulmuştur. İsveç, erken sayılabilecek 1973 yılında ilk veri koruma yasasını çıkarmış, 1974 yılında Fransa’da Bilişim ve Özgürlükler Komisyonu kurulmuştur. İsimlerden anlaşılacağı üzere bu ülkelerde veri koruma kişisel özgürlüklerle ilişkilendirilmektedir. Veri yasaları mahremiyetten çok kişisel özgürlük olarak algılanmaktadır. Tabi veri koruma yasalarında yasanın hangi kurum ve kuruluşları kapsadığına göre ülkelere bazında farklar söz konusudur. Türkiye’de Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında, veri koruma yine kişisel hak ve özgürlükler boyutunda düşünülmüş ve otomatik ya da dosyalarda tutulan verileri, gerçek ve tüzel kişileri kapsamaktadır. Kanuna göre veri işleme meşru amaçlarla ve işlendikleri amaçlarla bağlantılı olmak durumundadır. İlgili kanuna göre; “kişilerin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi veya diğer inançları, kılık ve kıyafeti, dernek, vakıf ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkûmiyeti ve güvenlik tedbirleriyle ilgili verileri ile biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel veri” (resmigazete.gov.tr, 2016: 2) olarak kabul edilmiştir ve bu verilerin işlenmesi kişinin rızasının alınması şartına bağlanmıştır. Fakat altıncı maddenin üçüncü fıkrasında sağlık ve cinsel hayatla ilgili kişisel veriler kamu sağlığının korunması ve koruyucu hekimlik vb sağlığa bağlı sebeplerle kişinin açık rızası olmadan işlenebilir hükmü yer almaktadır (Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, 2016). Kişisel verilerin korunmasına dair kanun olması birçok bakımdan konuyla ilgili hiç

kanun olmamasından yeğdir. Yine de birçok konuda kanunun açıkları olduğu aşikârdır. Özel nitelikli kişisel verilerin özel hayatı ve kişisel özgürlükleri korumak adına daha zorlayıcı hükümlere ve kişinin rızasına bağlanması daha yararlı olacaktır.

Devletten beklentimiz verilerin denetimini sağlaması, gözetimi makul boyutlara çekmesi, yasalarla yeni düzenlemeler yapması, bazı veri paylaşımlarını bireylerin kendi olurluna bırakmasıdır. Bu taleplerin sebebini ise yine gözetimde aramak gereklidir. Çünkü Snowden, kişisel ya da mahrem verilerimizi korumasını talep ettiğimiz devletin kişisel veri toplayan en büyük bürokratik oluşum olduğu gerçeğini tüm çıplaklığıyla yüzümüze vurdu. NSA'da (National Security Agency) çalışan Snowden bu kurumda güvenlik adına toplanan bilgileri kopyalayıp dijital çağda gözetimin hem de ABD gibi kuruluşunda özgürlüğün temel alındığı bir ülkede nasıl gerçekleştiğini gösterdi. İnternet arkadaş edindiğimiz, kitaplar, filmler seçtiğimiz, protestolar için organize olduğumuz, hatta en özel bilgilerimizi sakladığımız ve depoladığımız yerdir. İnterneti gözetim için kullandığımızda baskı, tehdit aracına dönüşür ve devlet müdahalesine, baskı aracına dönüşür (Greenwald, 2014). Bu yüzden Snowden'in sırları açığa kavuşturması önemli ve şaşırtıcıdır. Bu, NSA'nın gözetim kapasitesi ve merakını gözler önüne serdi. Snowden, tüm dünyadaki bireyleri veri gözetimi konusunda bilgilendirmeyi amaçlarken, bu gözetim sistemlerini ortadan kaldırmayı hedeflemediğinde ısrarcıdır. Kamuoyunu yapmaları gereken şey konusunda kararı vermede serbest bırakmıştır (Greenwald, 2014). Snowden'in açığa çıkardığı veriler o kadar kapsamlı ve geniştir ki hepsini anlamak, anlamlandırmak mümkün değildir. Çoğunlukla kısaltma kodlarla sınıflandırılmış biçimde saklanan veriler arasında telefon kayıtları, mailler, kişisel bilgiler ve benzeri bulunmaktadır. Bu bilgiler nasıl depolanıyor sorusunun yanıtı ise yine Snowden'in ifşa ettiği NSA'nın Facebook, Gmail, Skype, Youtube, Google, Yahoo, Microsoft ve Apple ile yaptığı gizli anlaşmalarda saklıdır. Tüm bu ifşa süreci Glenn Greenwald'ın The Guardian'da NSA'nın topladığı verileri ve bazı büyük şirketlerle yaptığı gizli anlaşmaları haber yapmasıyla başladı. Haberler serisi o dönem Avrupa ülkelerinde büyük yankı uyandırmıştı. Bu kadar yankı uyandırmasının sebebi ülkenin ulusal güvenlik ajansının güvenlik adına sistematik, sürekli ve yoğun olarak herkesin verilerini toplaması olmalıdır. Bunun yanı sıra her gün defalarca kez kullandığımız internet araçlarının veri gözetimine altyapı sunması (Zimmer, 2006) da haberlerin toplum üzerinde büyük etki bırakmasına sebep olmuştur.

Peki bu elektronik gözden kaçış mümkün müdür diye sorduğumuzda belli bir ölçüde mümkün olduğunu Gary T. Marx bize anlatıyor. T. Marx'a göre basit olan on bir yol vardır.

Bu yollara göre gözetimin nerede, nasıl yapıldığını keşfedebilir, pasif bir direniş göstererek gözetimden kaçınabiliriz, bilgilerimizi şifreler gibi başka şeylerin arkasına gizleyebilir, başkalarına ait bilgileri kullanarak kendine paravan yaparak, gözetim sistemini tahrip ederek, bloke ederek, gözetimi maskeleyerek, gözetime riayet etmeyerek, gözetime katılmayı reddederek, gözetleyicilerle işbirliği yapıp gözetime maruz kalanlar için çalışarak ve gözetim yapanları gözetime maruz bırakarak (Marx, 2003). Daha ayrıntılı bilgi için ilgili makaleye daha ayrıntılı bakılabilir fakat yine de gözetime karşı en etkili yöntem örgütlü direniş sayılabilir. Bunu mümkün kılan kuruluşlar mevcuttur. Alternatif bir arayış için İngiltere’de ortaya çıkan Veri Koruma Hareketi gösterilebilir. Hareket sonucunda veri korumanın temel prensipleri belirlenmiştir. Bunların dışında internette iz bırakmadan arama yapmamıza olanak veren arama motorları da mevcuttur. Hatta bize verilerimizi kaydetmemeyi garanti eden sosyal medya ağları da mevcuttur. Dolayısıyla direniş her zaman mümkündür yeter ki farkında olalım ve isteyelim.

Birileri ya da kurum ve kuruluşlar tarafından mahremiyetimizin ihlal edildiği gerçek fakat bunun bir de bireysel boyutu vardır. Örneğin cep telefonları özellikle de akıllı telefonlar kolayca dinlenebilir niteliktedir. Video kameralar ya da cep telefonlarında sürekli gelişen video çekim özellikleri her an her şeyi kolayca gözetlememize olanak sağlar. En önemlisi de yaygınlaşan internet kullanımı sonrası hem kendi davranış ve ilişkilerimizi daha kolay gözetler ve başkaları tarafından da gözetlenebilir olduk. Bu gibi durumlarda kimse rıza alınmasından kolayla bahsedemez, bireyler çoğunlukla izlemeyi ve izlenmeyi kendi isteğiyle kabul ediyordur. Kaldı ki sosyal medya diye adlandırılan bireylerin görüş, fikir yazdığı kamusal alan gibi görülen mecralarda bireyler yine kişisel fotoğraf, video, ses kaydı gibi mahrem alana ait kabul edilebilecek paylaşımları da yapabilmektedir. İnsanlar bu mecralarda birbirlerinin en özel anlarını takip etmekten hoşlanırlar. Bu noktada gözetim konusunda Staples’ın bakış açısı diğer yazarlara göre farklılık gösterir; bireysel açıdan yaptığı gözetim değerlendirmesini, Büyük Birader yoktur, Büyük Birader biziz (1997) şeklinde özetlemek mümkün. Evet gözetim kültüründe herkes biraz Büyük Birader’e dönüşmüş olsa da Orwel’in tarif ettiği kara ütopyada değiliz. Bireyler kendi istekleriyle iletişimde olmak, online olmak, görünür olmak istemektedirler bu sebeple internet erişimine izin veren son çıkan telefonları alır, e mail gönderir, arar, mesaj atar, sosyal medyadan birilerini takip eder, takip edilir. Bu uğurda mahremiyete dair paylaşımları da arkadaşlarıyla ya da yabancılarla paylaşmaktan çekinmez. Hatta gündelik hayatta maruz kaldığı gözetimi kendisi çocuğuna ya da çalışanına uygular. Bebek bakıcılarının kamerayla izlenmesi artık

sık rastlanır bir durum olmuştur. Çocukların gözetimi ise teknolojinin yeni önerileriyle daha mümkün hale gelmektedir. Piyasaya yeni sürülen akıllı çocuk telefonu ile çocuğu her adımda takip etmek, aramak ve sadece ebeveynin istediğı kişilerle görüşmesini sağlamak ve acil durumlarda SOS butonuyla yardım çağırarak mümkün olmaktadır. Bu hem gözetimi kolaylaştırıp ebeveynleri rahatlatır hem de paranoyak anne babaların artmasına yol açar. Görüldüğü üzere gözetim sadece devletlere ya da özel sektöre özgü değildir; sıradan insanlar da birçok biçimde gözetim yaparlar, uygularlar. 2005'te Londra bombalamasından sonra televizyonlar ve polis şüpheli kişilerin resim ya da videolarını çekmeleri için insanları cesaretlendirmişlerdir. Bakıldığında giderek artan sayıda insan -özellikle genç ve çocuklar- birbirlerinin yaşamlarını izliyor, kendi yaşamlarını teşhir ediyor, online olarak birbirlerini izliyorlar. (Staples, 1997). Bunu da iletişim özgürlüğünden ziyade mahremiyeti kamusal alana açmak olarak değerlendirebiliriz.

Ülkemizde önemi henüz kavranmamış olsa da elli yılı aşkın bir süredir dünyayı saran mahremiyeti koruma hareketleri mevcuttur. Bu hareketler bedene ve tüm diğer mahremiyet alanlarına devlet ve özel sektör tarafından teknolojik araçları vasıtasıyla yöneltilen mahremiyet ihlali tehditlerine karşılık olarak başlamıştır (Staples, 1997). Staples'ın mahremiyetin ihlali ile ilgili devlet tarafından yapılması istenen güncel düzenleme önerileri şöyledir;

- *Devletin tasarrufundaki bütün kişisel bilgiler izah edilebilir olmalı,*
- *Kişisel veriler toplandıktan sonra ya da toplanma aşamasında hangi amaçlarla işleniyor meydana çıkarılmalı,*
- *Kişisel veriler (bazı spesifik durumlar haricinde) sadece bireyin bilgisi dahilinde ve rızasıyla toplanmalı,*
- *Belirlenmiş amaçları kovalama için gerekli olan kişisel bilgi toplama sınırlandırılmalı,*
- *Kişinin rızası ile olanlar dışında belirlenmiş amaçlarla toplanan kişisel bilgiler kullanılmamalı ya da açığa vurulmamalı,*
- *Gerekli olduğu süre boyunca bilgiyi kendinde saklamalı,*
- *Kişisel bilgilerin doğru, tam olarak ve belirlenmiş bir tarihe kadar saklanacağını garanti etmeli,*

- *Kişisel bilgiler uygun güvenlik önlemleri ile korunmalıdır (Staples, 1997: 78).*

Yeni gözetim teknikleri çoğunlukla teknoloji tabanlı olduğundan, kişisel verilerimiz ya da mahremiyetlerimizin nasıl etkileneceğini hesap etmeli ve buna göre güncelliğini koruyan yasalar çıkarılmalı ve teknolojik önlemler de alınmalıdır. Gözetimle ilgili politikalar üretilirken gözetimin elektronik ortamda olduğunu fakat gözetime yön verenlerin ve gözetime maruz kalanların gerçek bireyler ya da kurumlar olduğu göz ardı edilmemelidir. Bu sebeple gözetimin eleştirisi yapılırken teknoloji karşıtı bir duruş sergilemek gereksiz olacaktır; teknolojiler her ne kadar gözetimi mümkün kılıp, mahremiyeti ihlal etse de yine teknoloji sayesinde verileri neredeyse güvenle saklamak, gözetimi sınırlandırmak mümkündür. Turkle (2011) bu durumu şöyle özetlemektedir: “İlişkilerimizde hissettiğimiz güvensizlikten ve mahremiyetimizle ilgili duyduğumuz kaygıdan dolayı, hem ilişki içerisinde olmamızı sağlaması hem de ilişkilerden bizi koruması için teknolojiden medet umuyoruz” (akt. Bauman ve Lyon, 2013: s.42-43).

Mahremiyet ihlali, gizlilik konusu kişisel veriler bağlamında son derece önemsenmişse de “konunun tarafsızlık ve adalet, temel özgürlükler ve insan hakları ile bağlantısı da unutulmamalıdır. Çünkü bugünün gözetiminin temelinde elde ettiği şey öyle ya da böyle toplumsal sınıflandırmadır (Lyon 2003’den aktaran Bauman ve Lyon, 2013: 21). Başta da dediğimiz gibi mahremiyet konusundaki endişeler ilk önce özgürlük kapsamında düşünülmelidir. Eğer kişisel verilerimiz gündelik hayatlarımızda bireyleri etkileyecekse her şeyden önce gözetim bir özgürlük problemi yaratıyor demektir.

1.5. Bilişim Teknolojileri ve Gözetim Toplumu

Bilgi parmaklarınızın ucunda sloganıyla büyük sükse yapan bilişim teknolojileri bize sağladığı faydaların yanı sıra günümüzde giderek etkisi artan birçok olumsuzluğu da beraberinde getirmiştir.

Bilişim teknolojisi bize ne sağlar? Öncelikle internet erişimi varsa -ki birçok köy kasabada hâlâ yok- günümüzde sosyal medyaya erişim başta olmak üzere, bilgiye kolay erişim, e-devlet üzerinden kamu hizmetlerinden faydalanma, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) üzerinden hastane randevusu alma, internet bankacılığıyla birçok işlemi kolayca yapma ve benzeri kolaylıklar sağlar. Buna karşın bilişim suçlarına maruz kalma, internet dolandırıcılığı, sosyal medyada vakit öldürme, internet, oyun bağımlılığı yaratma, asosyalite gibi olumsuzluklara da sebep olabilir.

Gözetimden bahsedilirken odaklanılması gereken temel noktalardan biri de bilişim teknolojileriyle gözetimin nasıl değişime uğradığı olmalıdır. Bilişim teknolojisi geliştikçe ve kullanımı yaygınlaştıkça gözetim kapasitesi, olanağı daha da artmış ve gözetim daha derinden, sessizce işleyen ama daha yoğun veri toplayan bir süreç haline gelmiştir. “Bilgisayarlar veya daha kesin söylersek, telekomünikasyonla bir araya getirilmiş bilgisayar gücü, sık sık “bilişim teknolojisi” olarak anılır ve yirminci yüzyılın ikinci yarısında kişisel veri toplamanın büyük boyutlarda yaygınlaşmasının ardında yatan odur gibi görünür” (Lyon, 1997: 63). Yazarın ifadesinde görünür gibi demesinin sebebi bilişim teknolojilerinin var olan gözetim sürecini daha verimli, daha yaygın ve daha az görünür kılmasıdır. Bilişim teknolojisi var olan gözetim pratiklerinin biçimini ve görünümünü değiştirmiştir. Gelişen teknoloji sayesinde gözetim gözden uzak noktalara sızmış, daha da artmış, genişlemiştir. Teknolojik gelişim gözetimin sebebi değil; gözetimin daha rahat ve derinden yapılabilmesinin yoludur ve teknoloji vasıtasıyla yapılan gözetimin bireyler üzerinde çeşitli etkileri vardır.

Bu etkilerden biri vatandaşın giderek şeffaflaşması, çok kolay ulaşılabilir bir konumda olması karşısında gözetleyen ya da devletin bulanıklaşması, kamu hizmetleri olarak kolay ulaşılabilir olurken aynı zamanda her türlü muhatap bulma konularında zor ulaşılabilir olmasıdır. Lyon bu duruma özne saydamlığı der. “Özne saydamlığı denen şey artırılmıştır. Sıradan yurttaşlar, işçiler ve tüketiciler, onları giderek artan ölçüde sürekli ve ciddi gözetleyen büyük ölçüde görünmez “gözleyiciler” için daha da görünür olur” (Lyon, 1997: 79). Fakat özne olmasına bile izin verilmeyen, nesne vatandaş daha çok veri tabanı üzerine bilgileri eklenen ve sürekli güncellenen bir veri dosyasının vücut bulmuş halidir ya da ‘veri ikizidir’. Bu manada ülkemizde giderek artan bir şekilde vatandaşın müdahale edilen, kontrol altında tutulan bir nesne olarak en şeffaf görülebileceği kurumlardan biri aile sağlığı merkezleri olmaktadır. Bu kurumlarda çalışmanın ilerleyen kısımlarında daha kapsamlı bahsedileceği üzere vatandaşlar büyük veri dosyalarına sahiptir, sürekli güncellenen veri tabanlarında, üzerinde yapılan gözetimi en açık biçimde hissedebilirler.

Gözetim pratiklerinin sahip olduğu kapasiteyi gözler önüne sermek için Lyon, Kanada örneğini verir. “Nüfusun 26 milyon olduğu belirli bir ülkede, merkezi hükümetin her bir yurttaş için ortalama 20 dosya içeren 2.220 veritabanı işlettiğinizi düşünün. Bu topluluğun yüzde onunun adları ulusal polis bilgisayarında yer alır. 1989 öncesi bir Doğu Avrupa devleti belki de Güney Afrika? Hayır. Bu ülke, Kanada’dır (Montreal Gazette, 1990’dan aktaran Lyon, 1997: 119). Ne zaman ki insan idari, polis ve güvenlik birimleri

tarafından ne kadar çok kişisel veri toplandığını görmek için şöyle bir oturup düşündüğünde, burada yaratılmış olanı betimlemek için ‘gözetim toplumu’ teriminin uygun düştüğünü anlayıverir” (Lyon, 1997: 119).

Ülkemizde de kurumlar şeffaf olmamakla birlikte seksen beş milyon nüfus için her kurumda ayrı ayrı tutulan ve şimdilerde kurumlar arasında paylaşılabilen bilgi dosyaları mevcuttur. “İş sadece kayıtların daha ayrıntılı veya daha uzun tutulabilmesinden ibaret değil, kayıtlar utanılacak kadar kolaylıkla çağrılabilir ve birbiriyle karşılaştırılabilir. Ve bu sadece veri toplamış örgüt içinde değil, hem coğrafi olarak hem de işlev bakımından uzak örgütler arasında da geçerli” (Lyon, 1997: 120). Fakat bilişim teknolojileri söz konusu olduğunda her şey sessiz sedasız işler; T.C. kimlik numarası ile dosya açılır, içine yeni bilgiler işlenir, gerekirse tek tuşla eski bilgiler çağrılır ve vatandaş olarak o dosyada hangi bilgilerimizin yer aldığını, arka planda neler işlendiğini bilmeyiz; bir gözetim söz konusu mu, veri gözetimi nedir çoğunlukla ondan bile haberdar değilizdir. “Bilgisayar teknolojisinin gözetimi farklı kılmasının hayati önem taşıyan şekli, tek tek yurttaşların biraraya getirilen (tümleşik) profillerinin giderek artan ölçüde kullanılır olmasıdır. Bilişim teknolojisini gözetim amacıyla kullanan örgütler artık tek tek insanların süre giden gündelik hayatlarının ayrıntılı bir tablosunu görece kolaylıkla elde edebiliyorlar. Mali durum, sağlık kayıtları, tüketici öncelikleri, telefonla yapılan mali işlemler, sosyal yardım almaya uygunluk, ikamet, milliyet ve etnik geçmiş, eğitim deneyimi ve suç oluşturan faaliyetler gibi konulara ilişkin veriler elle komuta edilen -yani bilgisayarlı olmayan- gözetim sistemleri kullanıldığında mümkün olanın çok ötesine geçen yollardan kolayca elde edilebiliyor” (Lyon, 1997: 120).

Gözetim, çoğunlukla iktidarın ya da devletin bir aracı olagelmiştir. Günümüzde de ister vergi dairesi kayıtlarını, ister nüfus müdürlükleri kayıtlarını düşünelim; amaç nüfus idaresinin sağlamanın yanı sıra sıradan vatandaşların sıkı bir biçimde kaydını tutarak kontrol altına almaktır. Bu amaçla bir çok kurum ve kuruluştan toplanan bilgiler devasa bilgi havuzları oluşturur ve devletin ya da büyük şirketlerin gözetim kapasiteleri gittikçe artar. Öyle ki 80’ler boyunca uygulanan neo liberal politikalarla birlikte gözler hep kamu harcamalarına dikildi. Büyük devletler de bilişim teknolojilerini, gözetim pratikleriyle birleştirip kullanma yoluna gittiler. “Bunun etkisi, en önce ve en şiddetli olarak ABD Vergi Dairesi içinde hissedildi; orada yeni bilgisayar eşleştirme yöntemleri, vergi kaçacağını önleme çalışmalarında kullanıldı. Doğrudan sonuçları, etkileyici değildi; ancak daha uzun dönemli etkisi böylesi yöntemlerin kurumlaşmasına katkıda bulunmak oldu. Eşleştikleri

bilgisayarlar, vergi gelirlerini, bildirilen gelir dosyalarıyla karşılaştırmıştı” (Lyon, 1997: 127).

Ülkemizin de e-devlet konusunda önemli gelişmeler kaydedildiği söylenebilir. E-devlet uygulamaları sayesinde devletin gözetim kapasiteleri artmış, daha fazla bilgiyle genişleyen bürokrasi devletin vazgeçilmezi haline gelmiştir. Bilişim teknolojileri kullanılarak veri tabanlarına aktarılan bilgiler, kurumlar için oluşturulan ortak sistemler bir yandan gereksiz bürokrasi ve kağıt israfını bir nebze olsun azaltırken ve çift işlem mantığından vazgeçerken aynı zamanda gözetim kapasitelerinin de gelişmesini kolaylaştırdı. “Refah devleti (ulus devletler) olarak anılan devletin varolduğu tüm toplumlarda, yurttaşların bütünleşmiş (integrated) gözetimi bir gerçeklik haline gelmiştir. Örneğin 2. Dünya Savaşı sonrası Britanya’da bir Ulusal Sağlık Hizmeti ve bir Ulusal Sigorta (Sosyal Güvenlik) planı kurulmuş, eğitim, konut ve işsizlik yardımı tahsisatları artırılmış, böylece aynı anda çeşitli alanlarda girişimler başlatılmıştı. Tüm bunlar, yurttaşı, kişisel kayıtlar bağıyla devlete bağlayan kapsamlı bir bürokratik genişlemeyi gerektirmiştir” (Lyon, 1997: 133). Ayrıca, “Bu yeni büyük veri tabanını inşa etmenin kesin nedeni olarak ne gösterilirse gösterilsin, bu veri tabanının devasa ölçüde artırılmış bir gözetim sistemini temsil ettiği olgusu değişmez” (Lyon, 1997: 135).

Bu durum da gözetim olgusunun vatandaş olma, kamu hizmetlerinden faydalanma durumuyla paralel olarak geliştiğini gösterir. Örneğin bir işe başvuru sürecinde çeşitli evraklar istenir ve bunların temini için kamu kurumlarına gidilir. İstenilen evrakları almak için bilgi güncellemelerini gönüllü yaparız. Bu hem yaptığımız işin, sigortalılık durumunun, vergi mükellefliliğinin, adres-telefon bilgisi değişikliğinin takibi için bulunmaz fırsattır. Fakat bu durum genellikle sıradan vatandaşlar için geçerlidir, birçok yöntemle vergi kaçıran ya da sağlık durumu el vermediği halde şirket yöneten kişileri çok da ilgilendirmez.

Gözetim pratikleri arasında devletin ve özel sektörün uyguladığı pratikler olarak ayırım yaparsak; devletin kurumları aracılığıyla yaptığı gözetim en çok düşük sosyoekonomik statüye sahip insanların yaşadığı bölgelerdeki ya da mahallelerdeki kişileri etkiler. Sürekli iş değiştiren bu kesim her seferinde devlet kurumlarından topladığı evraklarla hem profilini güncel tutar hem de sağlık, ekonomik gelir gibi birçok bilgisi hem özel sektör hem de devlet tarafından sürekli takibini mümkün kılar. Ya da özel hastaneyi tercih etmeyen/edemeyen kesim kullandığı ilaçlar, geçirdiği hastalıklar, korunma yöntemine kadar takip altında kalır. Özel sektörün uyguladığı gözetimin ise -çalışanlarını kapsam dışı

bırakırsak- daha çok orta ya da yüksek sosyoekonomik düzeye sahip kişileri etkilediği iddia edilebilir. Daha çok alışveriş kartları, mailler, siteler üzerinden takip şeklinde gerçekleşen özel sektörün gözetimi çoğunlukla tüketim pratikleri üzerinden yürütülmektedir. Fakat Lyon'un belirttiği bir diğer husus kamu ve özel kurumlar arasındaki sınırın bulanıklaşması meselesi daha çok gün yüzüne çıkmayan ya da çoğunlukla gizlenen özel sektör ve devlet arasında yapılan veri alışverişine dayanan anlaşmalarla ilgilidir. Buna Apple, Google gibi dev şirketlerin kişilerden topladığı çeşitli bilgileri devletlerle paylaşması ya da daha çok ülkemizde devlet kurumlarında toplanan bilgilerin özel şirketlere satılması örnek gösterilebilir.

Verilerin satılması, izinsiz paylaşılması, veri eşleştirmesi kurumların işine yarasa da sıradan insanlar tarafından şüphe ve endişe ile karşılanmaktadır. Yukarıda bahsi geçen adli vakalar için işe yarasa bile güvenlik söylemiyle insanlar razı edilseler dahi söz konusu verilerin satılması ve benzeri olduğunda endişe ve panik kaçınılmazdır. Fakat söz konusu gizli gözetim ve gizli veri paylaşımı olduğunda insanlar özel alanlarını savunma ihtiyacı duymaktalar. Günümüzde bunu gizlilik sağlamaya çalışarak yapıyorlar; internette farklı kurumlara, sitelere farklı şifreler belirleyerek, şifreleri belli aralıklarda değiştirerek, takma isim (nick name ya da kullanıcı isimleri) kullanarak yani kendini gizleyerek. Gizlilik direkt gözetimden kurtulmak için başvurulmuş bir yöntem olarak görülmektedir. “Eğer kamuoyu yoklamalarına bakılırsa, özellikle yeni teknolojiyle ilişkili olarak gizlilik kaygısı yükseliyor” (Lyon, 1997: 251). Gözetim bize bu kadar yakinken, insanlar, kişisel bilgileri saklama ya da mümkün olduğunca az bilgi verme yoluna gitmektedirler.

Gözetimle ilgili şüphelerin artmasına bir sebep olarak da veri eşleştirmenin mümkün olması gösterilebilir. Dosya tutmaktan kat be kat daha masrafsız olan bu yöntem; ortak ağ ya da birbiriyle eşleşebilen modemler sayesinde bilgisayarların iletişime geçmesine ya da veri tabanı üzerinden kolaylıkla verinin çağırılmasına olanak sağlar. Lyon, bilgisayar eşleştirmesinin ABD’de sağlık, eğitim ve sosyal yardım alanlarında sahtekarlıkları önleme amacıyla uygulanmasından bahseder. Fakat bu uygulamalar birkaç sahtekarlığı tespit etmenin ötesinde çok da işlevsel olamamıştır (Lyon, 1997). Ülkemizde ne sıklıkla nasıl uygulandığı tam olarak bilinmemekle birlikte bu araştırma kapsamında MERNİS üzerinden çeşitli kurumlar tarafından izin verilen sınırlar dahilinde -bazen gereğinden çok miktarda- bilgilerin çekilebildiği bilinmektedir. Bu sistemdeki bilgiler farklı kurumlar tarafından toplanıp bir araya getirilir ve diğer başkalarının kullanımına kısmen açıktır. Kişisel veriler vatandaşlardan sürekli toplanarak güncellendiğinden sahtekarlık ya da suç gibi bazı

vakaların önüne geçebilmek mümkün olsa da sahtekarlığı bir yaşam biçimi haline getirmiş insanların bu sistemlerden kaçması hala mümkündür, bu yolla ancak ayda iki kere aynı ilacı alamama gibi küçük çaplı problemlerin önüne geçilebilir. Bu da ancak düşük sosyoekonomik seviyeye sahip sıradan vatandaşları kontrol altında tutmaya yarayacaktır ve büyük çapta vergi kaçıran şirketler ya da illegal gruplar kolayca gözden kaçırılacaktır. Aynı zamanda “bir amaç için toplanan bilgi, istendiğinde, alakasız amaçlarla kullanılmak üzere, kopyalanmakta ya da aktarılmaktadır. Sosyal denetim süreçleri, bilgisayar eşleştirme sayesinde kişisel kimlik ve ihlalleri ortaya çıkarmanın kolaylaşmasıyla güçlenmiş görünür. Tek tek yurttaşlarla düzenleyici örgütler arasındaki ilişkiler yeni teknolojinin bu uygulamalarından etkileniyor gibidir” (Lyon, 1997: 156). Suçun önlenmesi ya da ortaya çıkarılması söz konusu olduğunda faydalı gibi görünen bu durum tüm vatandaşların bilgilerinin verildiği amacın dışında kullanıldığı varsayıldığında bilişim teknolojilerinin sağladığı faydalar üzerine tekrar düşünmek gerekli olacaktır.

Bilişim teknolojilerin gelişmesi ve yaygınlaşması; bir yandan kurumlarda hizmet hızını ve verimliliği arttırırken, bir yandan da elektronik gözetimin artmasına da sebep olur. “Gözetim toplumunu modernitenin bir ürünü olarak görmek, gözetimi salt yeni teknolojilerin ürünü olarak ve şeytani güçler tarafından gerçekleştirilen eylem olarak görmemizi engeller. Gözetim bürokrasi, etkinlik, hız, kontrol ve koordinasyonun çıktısıdır da” (Wood, 2006: 2). Bilişim teknolojilerindeki gelişmeler gözetime destek amacıyla ortaya çıkmasa da sonuç olarak gözetimin yaygınlaşması ve gelişmesine destek sağlamaktadır. “Kısacası, çağdaş gözetim genişleyen bir dizi ortamda varolur; bu ortamların her birinde gözetim kapasiteleri artırılır ve bunlara yeni teknolojiler gitgide daha fazla katkıda bulunur...gözetimin yumuşak sosyal denetimi ender olarak algılanabilir ve pekçok kişi için görece zararsızdır ama özellikle tüketim eksenine dayanan sosyal bölünmenin sonsuzlaşmasına hizmet eder” (Lyon, 1997: 305). Çünkü gözetim artık gündelik işlem rutinlerimizin bir parçası haline gelmiştir ve gözetime farkında olmadan katılmamızı sağlar. Böylece neyin gözetim neyin gözetim olmadığına da ayırdına varamayız, karşılaştığımız yalnızca rutin sorulardan ibarettir. Öte yandan bu sorular birçok bakımdan takibimizi sağlayacak olan veri tabanlarındaki kişisel klasörümüzde veri ikizimizi oluşturmak için kullanılır. “Bu, modern gözetimin paradoksal doğasıyla ilgili kritik sorular ortaya çıkarır. Benim savunduğum gibi, günümüzün gözetim sistemleri bazı bakımlardan yurttaşlık haklarının genişlemesiyle içiçe geliştirse, o zaman gözetim yoğunlaşırken, bu hakların gelişmeyi sürdürmesi, ya da hiç değilse varlığını sürdürmesi beklenebilirdi. Bilgisayar

eşleştirme ve beraberinde şüphe yelpazesinin genişlemesi durumundaki sorun, kesinlikle bu zar zor kazanılmış yurttaşlık haklarının tehdit altında görünmesidir” (Lyon, 1997: 156). Yurttaşlık hakları tam olarak tehdit altında olmasa da bir tehdit ihtimali dahi sistemlerde giderek daha ayrıntılı tutulan veriler hakkında daha şüpheli ve eleştirel olmamızı gerektirmektedir ve veriler üzerinde söz sahibi olmamız gerektiğini düşündürmektedir.

Tüm bunlardan daha vahim olan gözetim kapasitelerinin artmasıyla birlikte veri tabanlarında oluşturulan profil ve kategorilerin sınıf, ırk, toplumsal cinsiyet, vatandaşlık gibi kategoriler arasındaki ayrımcılıkları daha da güçlendirebilecek olmasıdır (Wood, 2006). Günümüzde hâlâ etnisiteye, dini kimlik, toplumsal cinsiyet ve benzerine göre bir çok kurum ve kuruluştaki yapılan ayrımcı davranışlar devam ederken, bu türden bir endişe normal durmaktadır. Gözetim toplumu üzerine yazılan bir raporda toplumu bir arada tutan en güçlü öğelerden biri olan güven duygusu zedelenirse bunun bir çeşit yavaş toplumsal intihar olacağı benzetmesi yapılıyor (Wood, 2006). Toplumda istenmeyen kategorileri oluşturulursa, ötekileştirme ve benzeri var olursa yaşam her zamankinden daha çekilmez hale gelecektir. Bir kurumda bilgi verirken yaşadığımız sınıflandırılma korkusu, devlete olan güvenimizin azaldığının göstergesidir. Bu biraz da devletin güttüğü politikalarla da alakalıdır. Eğer ayrımcı politikalar söz konusuysa bu muhakkak gözetim pratiklerine yansıyacaktır. Bu nüfus politikalarıyla ilgili olabileceği gibi, sağlık politikaları ya da işe alım politikalarıyla da alakalı olabilir. Eğer engellilere uygun istihdam politikaları yoksa düşük düzeyde engeller kişi tarafından saklanılmaya çalışılacaktır. Ya da belirli dini, etnik kimlikler sosyal hayatın belirli alanlarında sıkıntılara yol açıyorsa çok dillendirilmemeye çalışılacaktır. Bu manada gözetim –zamanla değişebilse de- kesinlikle bir amaç güder, sistemli yapılır ve uygulayıcıları sebebini bilmese de bir uygulama talimatı vardır. Aslında gözetim ne kadar sistematik olsa da bireyler olarak bizler ve uygulayıcıları gözetimdeki sistematikğin sadece küçük bir parçasını görür. Kimi zaman sistemdeki dolması gereken bazı boşluklar alakasız toplanan bir soru gibi görünebilir; sorunun arkasında yatan mantık her zaman anlaşılamayabilir. Değişen koşullarda gözetimle sıkı sıkıya takip edilen gruplar da değişebilir. Bunu en iyi 2016’da duyduğumuz haberlerde gözlemleyebiliriz. IŞİD Avrupa’da etkinliğini arttırdığından beri havaalanlarında Müslüman yolcuların uçaktan indirilmeleri ve aranmaları sırf isimden dolayı ya da kullandıkları Arapça bir kelimeden dolayı saatlerce sorgulanma haberlerini çok sık duyar olduk.

1.6. Gözetim, Kimlik Numaraları ve Kimlik Kartları

Gözetim söz konusu olduğunda; gözetimi madde olarak kavramamıza olanak sağlayan ve akla gelen ilk şey kimlik kartlarıdır. Ortaya çıkış açısından vatandaşlık haklarıyla bağlantılı olan kimlik kartları Türkiye Cumhuriyeti kimlik numaraları dağıtılana kadar sadece seri numaraları, soy isim, doğum yeri gibi bilgiler ile karışıklıkları önlerdi. MERNİS projesi ile kimlik kartlarına rağmen ortaya çıkan karışıklıkları önlemek ve nüfusa ait kayıtları tek bir merkezde toplayıp yönetilmek amacıyla 2000 yılında Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarına kimlik numaraları dağıttı. Kimlik numaralarının dağıtımıyla birlikte kamusal alanda işler daha hızlı işlemeye ve kimlik bilgilerine bağlı karışıklıklar azalmaya başlasa da yeni kimlikler elektronik sistemler yoluyla gözetimi fazlaca kolaylaştırdılar. Devlet tarafından uygulanan tüm gözetimleri anlamak açısından tüm diğer gözetimlere temel hazırlayan kimlik kartlarını anlamak önemlidir. “Kimlik kartları, temelde, verilerin kişilerle ilişkilendirilmesine yarar. Dosyalarda (sicilde) tutulan verilere ulaşılmasını sağlar, işlemler ve etkileşimlerden edinilen bilgiler sayesinde değişikliğe uğrar. Bu kartların kendisi bir kuruluşla -işveren, banka, devlet dairesi veya her neyse- birey arasındaki etkileşimi kolaylaştırır” (Lyon, 2012: 20). Gündelik hayatta çeşitli kolaylıklar sağlarken kimlik kartları genellikle bilgisayarların yapabildiği en iyi şeyi yapar ve gözetime katkı sağlar. Bu gözetimin doğası farklıdır, dijitaldir ve bazı toplumsal gerçekliklerle bağlantılı olarak yönetimle ilgilidir. Bu gözetim, uzun zamandır gerçekleşmekte olan neoliberal yönetim yaklaşımlarının sonucu meydana gelmekte olan bir üründür (Lyon, 2012) ve insanların kategorilere ayrılmasını aynı zamanda sayısallaşarak verilere dönüşmesini kolaylaştırır.

Gözetim, vatandaşlık haklarının gelişimi ya da tanımlanmasıyla -biri diğerinden daha hızlı da olsa da- paralel gitmiştir. Bu yüzden kimlik kartları da hem vatandaşlık haklarının tanınması ve elde edilmesi açısından önemlidir hem de bir gözetim aracı olarak kullanılmaktadır. Bilişim sistemlerinin gelişmesi kimlik kartlarının da gelişerek içlerinde daha fazla gözetimi barındırmalarını sağlamıştır. Bu anlamda geliştirilen ilk yöntem her vatandaşa bir T.C. kimlik numarası vermek olmuştur. Eskiden kimlik kartlarıyla yapılan işlemler kimlik numarasız yapılmamaya başlanmış ve bu numaraların edinilmesi zorunlu kılınmıştır. Bu saatten sonra ise birçok yerde işlem kolaylığı sağlayan bu numaralar her kurum tarafından gözetimin aracı halinde kullanılmaya başlanmıştır. Örneğin doğar doğmaz kimlik numarası alırsın ve hastane kaydın başlar aşı olursun takibin başlar, okula bu numara

olmaksızın kayıt olmak mümkün değildir ve tüm kamu hizmetlerinden yararlanman bu numaraya sahip olmaya bağlıdır. Tabi bunu okul numaraları SGK numaraları vb. izlese de en temel olan vatandaşı bir sayı ile ifade etmeye yarayan kimlik numarasıdır.

Bilişim sistemleri ve bilgisayar bilimi geliştikçe kimlik kartları da başka suretlere eviriliyor. Bunlardan biri de halihazırda Türkiye’de de kullanımına geçilen çipli kimlik kartlarıdır. Bazı ülkelerde uygulanmasına geçilmiş bazılarında tartışmalara yol açmış bu uygulama devletler tarafından benimsenmekte ve kimlik numarasından daha fazla gözetimi mümkün kılacağı öngörülmektedir.

İnsanları kimliklendirmek, yaşadığımız yüzyılda modernitenin ve teknolojik gelişmelerin de etkisiyle önemli konulardan biri olmuştur. Bu sebeptendir ki günlük yaşamımızı devam ettirirken birçok kimlik kartı, pasaport, kredi kartları, maaş kartları, SGK kartları, işyeri kimlik kartları, SIM kartlar hatta birçok kurum ve kuruluşa ait üyelik kartları, indirim kartlarını kullanırız. Kullandığımız tüm bu kartlarla yaptığımız işlemler, kayıtlar, işyeri giriş çıkışlarımız, seyahatlerimiz, yaptığımız iletişimler, alışverişler, harcadığımız ve kazandığımız para vs. sürekli kayıt altına alınır ve gözetlenir.

Kimlik numaralarının hayatımıza girmesiyle birlikte daha açık hale gelen husus; ağ tabanlarında daha fazla sayısal olarak temsil edilir hale gelmemizdir. Aslında gündelik hayatta her kart bir numara her karta ait numara ise birey olarak bizim sayısal temsilimizdir. “Gündelik yaşamda bilgi ve enformasyonun işlendiği süreçler hızla sayısallaşmakta. Bu süreçlerdeki öznelerin, nesnelerin, olguların, olayların sayısal karşılıkları/kodları var artık. Bu sayısal kodlar her geçen saniye artıyor, birbirleri ile ilişkilenecek, anlamlar kazanıyor ve topluma daha büyük sayısal kodlar üretmek için geri dönüyor” (Arslantaş-Toktaş vd., 2012: 5). Bu sayısal ifadeler sistemlerde daha kolay kayıt altına alınmamızı sağlarken verilerin daha kolay üretilmesi, iletilmesi, değiştirilmesi, paylaşılmasını da sağlıyor. Aynı kolaylık sayısal ifadeler sayesinde tasnif etme, ayırıştırma, işaretleme, etiketleme, takip etme, tanımlama ve gözetlemeyi de sağlar (Arslantaş-Toktaş vd., 2012). Bu sayısallaşma bilişim teknolojilerindeki gelişmelerin gözetime katkı sağlamasıyla yakından bağlantılıdır. Çünkü “1970’lerde başlayan mikro elektronik temelli bilgi devrimi bilgilerin depolanmasını, bulunmasını, işlenmesini ve aktarılmasını kökten değiştirdi. Aslında bu olgu, depolama ve işleme kadar iletişimle de alakalıydı. Bir zamanlar resmi izin gerektiren ya da yasal teminatın rutin haline geldiği kişisel bilgiler bir departmandan diğerine kolayca gönderilir oldu. Bürokratik etkinlik açısından, iletişim kurabilen bilgisayarlar, diyelim ki gümrük

departmanı ile istihdam departmanı arasında ya da eğitim departmanı ile polis departmanı arasında bilgi eşleştirmesi fırsatı vererek organizasyonu kolaylaştırmaya başladılar fakat bu arada yurttaşlar kendi kişisel kayıtları hakkında daha az söz hakkına sahip hale geldiler” (Lyon, 2012: 84-85). Türkiye’de bu durum MERNİS projesi hayata geçince görülmeye başlanmıştır. Uygulanan MERNİS projesi ya da daha geniş çaplı bir proje olan e-devlet kanalı tüm bu sayılanları olanaklı kılmaktadır. MERNİS’e bağlı KPS (Kimlik Paylaşım Sistemi) ile çeşitli kurumlar bu veri tabanından bilgi çekebilmektedir ve bu bir tuşa basmak kadar kolay bir işlemdir. Bu işlem kolaylığı hem yönetim adına olumlu bir adımken hem de kişilerin sayısallaşmasını ve gözetimin hızlanmasını mümkün hale getirmektedir.

KPS ile olsun, UAVT ile olsun, e-devlet kapısı ile olsun verilerin otomatik güncellemesiyle yurttaş üzerinde bir denetim sistemi oluşturulmuştur. Veri eşleştirmesi sürekli yapılmakta ve güncellenmektedir... KPS ve e-devlet kapısı ile merkezsizleşmiş, ancak sürekli işleyen veri gözetimi ve denetimi söz konusudur. Böylece MERNİS’ten e-kimlik kartına doğru uzanan/gelişen yurttaşın sayısal bedenlenişi sürecinde, yurttaş görünmez bir gözün her yerdeki iktidarını dijital gözetim teknolojileri üzerinden meşru ve doğal görmeye, dolayısıyla veri gözetimini kanıksamaya ve içselleştirmeye başlamaktadır (Arslantaş-Toktaş vd., 2012: 115).

Burada dikkat edilmesi gereken husus gerçekten de özel ya da tüzel kurumlarda sorulduğunda kimlik numaramızı duraksamadan paylaşmamız yani bu gözetimi fark etmeden içselleştirdiğimiz hususudur. Herhangi bir kurum T.C. kimlik numarasını sorduğunda neden sorulduğunu sorgulamayız bile. Böylece veri gözetimi gündelik hayatta kolaylıkla gözden kaçır. Fakat KPS ile okul çağına gelmiş çocukların, askerlik çağına gelmiş gençlerin tespitinin yapılabilmesi ya da kimlik sahteciliği ve dolandırıcılık gibi durumların önüne geçilebilmektedir. Özetle kimlik numaralı kartlar hayatımıza ve bürokrasiye getirdiği kolaylıkların yanı sıra yukarıda tartışılan birçok olumsuzluğa başta gözetime katkı sunar.

1.7. Gözetimin Esnekleşmesi ve Dijital Gözetim Kültürü

Gözetim modern dönemlerde çok daha katı, gözle görülebilir bir haldeydi. Bu dönemdeki gözetimi Foucault’cu manada anlamak gerekir. Fakat bilişim teknolojilerindeki ilerlemeleri kendine katan gözetim stratejileri neoliberal politikalarla birlikte esnekleşmiştir. Gözetim, artık belirli kurumlarda, belirli bir fiziksel alandan bağımsız, belirli kişileri

kapsamaksızın her yerde, her zaman ve herkesi etkisine alan bir hale gelmiştir. Bauman bu durumu “akışkan gözetim” olarak adlandırırken, Staples “gözetim kültürü” olarak adlandırmaktadır.

Var olan duruma bakıldığında gözetim her yerdedir, her alandadır hatta ticarileşmiştir de; markette alışveriş yaparken, internette sörf ederken, bir kurumda işlem yaparken, işyerinde çalışırken sürekli gözetime maruz kalırız. William Staples da günümüz gözetiminin, “modern yaşamın bir zamanlar sorgulanması bile akla gelmeyen anlamlarının, sembollerinin ve kurumlarının gözlerimizin önünde çözülmesinden dolayı, temel özelliği parçalanma ve belirsizlik olan” (Staples, 2008’den aktaran Bauman ve Lyon, 2013: 12) kültürlerde meydana geldiğini ileri sürer. Güvensizlik, belirsizlik kurumları ve insanları daha çok gözetim pratiklerine sarılmaya iter; önceden sabit, katı, belirli olan şeyler akışkanlaşır. Öyle ki patron çalışanını gözetime tabi tutar işyerine giriş ve çıkışlarda kart okutma, kamera ile gözetleme yapar, devlet vatandaşlarını veri gözetimine tabi tutar, gündelik hayatlarımızın kamusal alanda geçirdiğimiz kısmını MOBESE ve güvenlik kameralarıyla denetim altına almaya çalışırız, internette firmaların reklam çerezleri gözetim uygularken attığımız her adım sistemde bir iz bırakır, bunların dışında küçük çocuğumuzu gözetime tabi tutarız, onun dadısını da kamera ile gözetleriz, ergen çocuklarımızı ise akıllı telefonlara kurulan bir sistemle yer bildiriminde bulunmasını sağlayarak gözetime maruz bırakırız. Modern çağda gardiyan bilinir ve görünürken, şimdi gözetleyiciler ya da kontrolü elinde bulunduranlar gözle görülmez, muhatap alınamaz halde hatta bazen yokturlar. Elektronik göz, kendini görünmez kılarken gözetleyen ve gözetlenen arası fiziksel mesafeyi de kaldırmış olur.

Mesafeler gözetim pratiğinde söz konusuysa verilerin dolaşımı da bu kurala tâbidir. Kişisel veriler çeşitli biçimlerde küreselleşmiştir. Bu ülkelerin güvenlik gerekçesiyle yaptıkları karşılıklı anlaşmalarla PNR numaraları şeklinde bir paylaşım olabileceği gibi özel bir şirketin topladığı mail adresi, isim, tüketim alışkanlıkları bazında oluşturduğu müşteri profillerini ulusal ya da ulus aşırı düzeyde satması şeklinde de olabilir. Verilerin paylaşılması ve satılması dışında dolaşıma çıkmasının bir üçüncü oluru da çalınan verilerin ortalığa saçılması şeklinde de olabilir.

Veriler alınıp satılırken, paylaşılırken ya da gözetim uygulanırken, Bauman ve Lyon’un dikkat çektiği bir kayıtsızlaşma söz konusudur. Kayıtsızlaşmadaki mesele “gözetimin uzaktan bir şeyler yapmayı mümkün kılarak, insanı eyleminin sonuçlarından

ayırma sürecini kolaylaştırmasıdır. Bu nedenle sınır kontrolleri, “yanlış” bir etnik kökenden gelen ve ülkesine geri gönderilmesi durumunda yaşamı tehlike altında olacağından endişe eden bir mültecinin girişini engellerken bile otomatikleşmiş, duygusuzlaşmış bir hal alabilir” (Bauman ve Lyon, 2013: 16). Bu durum gözetimin dijitalleşmesine bağlı olarak gözetleyen ve gözetlenen arasındaki fiziksel mesafenin ortadan kaybolması ve sistemde engel görülen durumun uygulamacının inisiyatifine bırakılmamasıyla alakalıdır.

İlişkiler dijital ya da başka bir deyişle sanal ortamlardan yürütüldükçe nasıl ki sosyal medya ya da paylaşım ağlarından bir takipçiyi silmek veya bir kimse ile arkadaşlığa son vermek bir tuşa basmak kadar kolaysa gözetim yapan için de sistemde engel görülen durum olağan, sıradandır. “Gözetimdeki kayıtsızlaştırmanın bir başka boyutu da, bedensel (biometri, DNA gibi) veya bedenin tetiklediği (çevrimiçi olmak, erişim kartlarını kullanmak ve kimlik göstermek gibi) verilerin işlenebilecek, analiz edilebilecek, diğer verilerle birleştirilebilecek ve daha sonra “veri kopyaları” olarak yeniden bünyeye dahil edilecek veritabanlarına dönüştürülmesidir. Kişiyi temsil eden bilgi, yalnızca onun bedenine dayanan ve hayattaki şanslarını ve seçimlerini etkileyebilecek “kişisel veri”lerden oluşur” (Bauman ve Lyon, 2013: 16). Bu durumda da bireyler kendi verilerine kayıtsız kalmış olur. Burada birey gözetimin uygulayıcısıyla benzer konumdadır. İstenilen veriyi sağlamaktan başka şansı yoktur ve kendinden ya da bedeninden kopup giden veri bireyin hayatını etkilese bile kayıtsız kalır -bu çoğunlukla da verinin nasıl, ne amaçla saklanacağını bilmediğindendir.

Bireylerin kayıtsız kalması ya da gözetim uygulayıcılarının iddia edildiği gibi duygusuz davranmaları çoğunlukla bu bilgileri toplamaya ya da vermeye zorlanmaları gibi bir durumdan çoğunlukla da bilgilerin hangi amaçla toplandığını, ne şekilde kullanılacağını, tasnifleneceğini bilmediklerindendir. Çünkü gözetim pratiklerinde gözetimi uygulayan ne kadar görünmez kılınırsa gözetimin arkasında güdülen amaç da o kadar gizlenmiş ve bilinmez kılınır. Böylece gözetimi uygulayan ve gözetime maruz kalan ilişkisinde bir taraf sürekli şeffaflaşırken diğer taraf bulanıklaşır.

Gözetim toplumuna biraz daha sosyal medya ya da internet ağlarına dayalı iletişim kanalları üzerinden bakacak olursak yüz yüze ilişkilerin kendini dijital ortama taşıdığını söyleyebiliriz. Bilhassa da genç ve orta yaş gruplarında iletişim için internet kanalları sıkça tercih edilmektedir. Örneğin işyerlerinde profesyonel iş kolları ya da masa başı iş diye tabir edilen iş gruplarında maille haberleşme, şirket içi internet iletişim kanalları kullanılmakta. Gündelik hayatta da yine bireyler sınıf arkadaşına ödev sorma ya da sohbet etme ihtiyacını

akıllı telefonlar ya da bilgisayarlar vasıtasıyla internet kanallarını kullanarak gerçekleştirmeyi tercih etmektedir. Günlük haberler, gündem sosyal medya aracılığıyla takip edilirken en önemli husus takipçi edinilerek ilişkilerin dijital boyutta hapsedilmesidir.³

Her gün gelişen ve bir yenisi eklenen internetteki sosyal medya araçları ile sadece ilişkiler dijital boyutta kalmaz aynı zamanda takipçi edinmek, arkadaş kazanmak için insanlar mahremlerini ya da gündelik hayatlarının her anını bu kanallarda paylaşmaya başlar ve ‘like’, yorum alarak daha çok kişi tarafından takip edilir kendi de daha çok kişiyi takip eder. “Anladığım kadarıyla bu durum, gözetimin yaygınlaşması ile skopofilinin (ya da görülme sevdasının) iç içe geçtiği ve bazı çarpıcı sonuçlara yol açtığı [...] uzun soluklu bir süreçle alakalı” (Bauman ve Lyon, 2013: 126). Gözetim kültürüyle gelen “kendini kayıt altına alma tutkusunu, Descartes’ın “Düşünüyorum öyleyse varım” sözünün güncel uyarlamasının “Görülüyorum (izleniyorum, fark ediliyorum, kaydediliyorum) öyleyse varım” olduğu çağımızda Hegelci hâkimiyetin en başta gelen ve belki de en açık örneğidir” (Bauman ve Lyon, 2013: 129). Bu şekilde özetim kültürünün içselleştirilmesini ve normalleştirilmesini Bayhan da Lyon’a benzer bir ifade olan “gözetleniyorum öyleyse varım” (2012: 166) ile anlatır. Aynı zamanda sadece takipçiler ya da arkadaşları tarafından değil, özel şirketlerin reklamları ya da devlet tarafından da takip edilebilir konuma yani gözetimin nesnesi konumuna gelir. Birçok alışveriş sitesi internette sizi takip eder, müşteri profilleri çıkarır, ürünlerini her fırsatta gözünüze sokar. Fakat “Amazon.com, Wish List4 özelliği sayesinde müşterilerini başkaları tarafından izlendiklerinden haberdar etmenin neşeli bir yolunu bulmuştur. Bunun pek de gizemli bir süreç olduğu söylenemez! Gizemli olmak şöyle durusun, prensipte herkes bu özelliğe göz atabilir. Wish List aynı zamanda, insanların izlenmeyi ne kadar çok sevdiklerini de bize hatırlatıyor; burada aslında bir nevi müşteri röntgenciliği işbaşındadır” (Bauman ve Lyon, 2013: 121-122). Yani gözetim kültüründe bazı gözetim şekillerinden rahatsız olmuyorken hatta mutluluk duyabiliyorken bazılarında rahatsız oluyor, şüphe, endişe duyabiliyoruz.

İşyerlerine tekrar dönersek gözetim kültürünü tam manasıyla benimsemiş kurumlardan bahsetmekteyiz. Birçok işyeri daha adımınızı atmadan gözetime başlar. Her sabah sizi işyerinin dış kapısında bir güvenlik ve güvenlik kameraları karşılar, bina içinde yine güvenlik ve kameralar eşliğinde -belki de üstünüz aranarak- işyerinize girer ve o

³ Konuyla ilgili daha kapsamlı bir tartışma için bkz. Tüfekçi, Z. (2012). Social Media’s Small, Positive Role in Human Relationships.

⁴ Wish List, daha sonra satın almak istediğiniz, ilgilendiğiniz kitap, film ve benzerini liste halinde tutmanızı sağlar ve bu liste herkes tarafından bakılabilir özelliktedir.

kuruma ait çalışan kartınızı turnikelere okutur, böylece kuruma giriş saatinizi tescilletir ve mesaiye başlayabilirsiniz. Mesai boyunca da ofislerde ve koridorlarda yerleştirilmiş kameralarla hatta bazen veznedarsanız hemen ensenizde sizi gözetleyen bir kamerayla karşılaşsınız. İş akışı mailleşme ya da kurum içi yazışmaları sağlayan iletişim kanallarıyla sağlanır. İnternete bağlantısı olan bilgisayar kullanıyorsanız mesai saatlerinde iş harici herhangi bir şeyle uğraşmamanız için IT departmanı bilgisayarlarınızla girdiğiniz siteleri kontrol eder, alakasız gördüklerine erişimi engeller. Bu yaşananları iş sözleşmesinde duraksamadan imzalar, bire bir yaşarken de işyeri kuralları kapsamında değerlendirir, kanıksarsınız. Mesai bitiminde de yine çıkış saatini tescil eder ve güvenlik kameraları eşliğinde çıkarsınız.

Gözetim kültürü her geçen gün başka bir unsuru bünyesine katarken biz bazılarını – mesela eğlenceli olanları- seviyor ve kullanıyor bazılarını ise yadırgıyoruz. “Pekâlâ, dijital gözetimin, henüz nasıl körelteceğimizi bilmediğimiz bir kılıç -nasıl tutmamız gerektiğini bile hâlâ bilmediğimiz çift taraflı bir kılıç- olduğu konusunda en azından şimdilik (insanların tarih-yapmasıyla daha sağlam ve daha net bir kanıt ortaya çıkana kadar) hemfikir olabilir miyiz?” (Bauman ve Lyon, 2013: 147). Belki olabiliriz ama bazen el yordamıyla bazen ise daha profesyonelce her yerde bulunan (akışan) gözetime karşı direnç gösterildiği kesindir.

2. BÖLÜM

2. BİYOPOLİTİKA

Bilgi toplumu olarak adlandırdığımız günümüz koşullarında kendini teknolojinin imkanlarıyla donatan ve bilme istenci artan devletin biyopolitika anlayışı da elbette değişmiştir. Nüfus dinamiklerinin hızla değiştiği günümüz koşullarında devletlerin biyopolitikaları da farklılaşmaya başlamıştır. Ülkemizdeki değişimleri tezin konusunu oluşturan AHBS ile görebilmemiz mümkün. AHBS ile devlet hem sağlıktaki açıklarını görerek yeni sağlık politikaları geliştirmekte hem de vatandaşlarını isim isim kaydederek ayrıntılı olarak biyopolitikalarını uygulama imkânı bulabilmektedir. Devletlerin nüfusla ilgili kayıtlar tutması, gündelik hayatı düzenlemek ve yönetimi kolaylaştırmak için elbette önemlidir. Fakat sağlık kurumları aracılığıyla tutulan ayrıntılı bilgiler biyopolitikanın sadece nüfusun bilinmesiyle değil aynı zamanda nüfusun mahrem bilgilerinin yönetilmesiyle de alakalı olarak kullanıldığını düşündürmektedir. Gündelik hayatımıza dair birçok ayrıntı sağlık olarak tanımlandığında, birçok ayrıntı sağlıkla birlikte devletin de müdahale alanına girmiş olmaktadır. Aynı zamanda devletler biyopolitika geliştirirken yine gözetim stratejilerine başvurmuş olmaktadır.

Biyopolitika günümüzde sanattan, edebiyata, sosyolojiden felsefeye, tıptan medyaya kadar birçok dalda tartışılan ve ayrıntılarda farklı tanımlansa da genel olarak nüfusun bilinmesine ve yönetilmesine dayalı devletlerin uyguladığı stratejilerdir. Foucault, biyopolitikayı incelemeye nüfus probleminden yola çıkarak başlar ve bu kavramı çoğunlukla devletin ölçme aşkı, yönetim anlayışı ve aynı zamanda içinde barındırdığı şiddet ile bağlantılandırır. Foucault biyopolitika kavramını ilk kez 1974 yılında *Toplumsal Tıbbın Doğuşu* başlıklı seminerini verirken kullanır. Foucault için biyopolitika; “18. yüzyıldan itibaren, yönetim pratiğinin nüfusu oluşturan canlıların karşılaştığı sorunları (sağlık, hijyen, doğum oranı, yaşam süresi, ırklar...) akılsallaştırma çabasıydı” (Foucault, 2015: 263). Yaşama ve nüfusa dair sorunlar 18. yüzyılın sonundan itibaren devletler tarafından daha incelikli olarak ele alınmıştır. Devletler toprak üzerindeki egemenliklerinin yanı sıra toprak üzerinde yaşayan nüfusun kontrol edilmesi meselesine de eğilmeye başlamışlardır. “İnsan kitlelerinin biyo-toplumsal süreçlerinin” idaresi, okul, hastane, kışla, atölye gibi sınırlı kurumlarda yaşama geçirilen disiplinlerden farklı olarak, devlet aygıtını gerekli kılar. Bu amaca yönelik “karmaşık koordinasyon ve merkezileştirme organları” devlet düzeyinde

bulunurlar. Biyopolitika ancak “devlet tarafından yürütülen bir biyo-regülasyon” olarak anlaşılabilir” (2015: 285) der Foucault.

Disiplin toplumundan farklı olarak burada ilgilenilen beden değil, canlı olan insandır. “XVIII. yüzyılda temeli atılan, insan bedeninin anatomo-politiğinden sonra, bu yüzyılın sonunda, artık insan bedeninin anatomo-politiği olmayan, ama insan türünün "biyo-politiği" olarak adlandıracağım bir şeyin belirdiği görülür” (Foucault, 2002: 24). Disiplin bedenlerle bireysel bazda ilgileniyordu oysa ki biyoiktidar; insanı bir canlı türü olarak ele alarak doğum/ölüm, hastalık, hijyen gibi daha kitlesel faktörlerle ilgileniyordu. 18. yüzyıldan önce devletler ne kamu hijyeni politikalarına ne de doğum kontrolüne bu denli eğiliyorlardı (Foucault, 2013).

Ancak on sekizinci yüzyılın sonları disiplinci iktidardan farklı, yeni bir iktidar teknolojisinin doğuşuna tanıklık eder: biyoiktidar... Buradaki formülasyonu bu yeni iktidar teknolojisi, insanları bireysel olarak değil, bir canlı ya da popülasyonun üyesi olarak hedef almaktadır. Bedene olan yatırımları, disiplinin ıslah pedagojisine yaslanmaz. Bedeni bireysel kipte etkileyen detaycı disiplinin aksine, kitlesel kipte etkiler. Tikeli disiplin altına almaktan ziyade, genelin düzenliliğiyle ilgilenir; yani eğitici değil, istatistiki anlamda dengeleyici, düzenlileştiricidir (Koyuncu, 2016: 39).

Yani biyoiktidar beden üzerinden yürütülen politikaların genel adıdır. İktidarlar ilk olarak 17. ve 18. yüzyıllarda doğum, ölüm oranı, yaşam süresi, hastalıklar gibi istatistiki değişkenlerle ilgilenmişlerdir. Günümüzde ise bu liste –gerekli ya da gereksiz- daha fazla ayrıntıyı içermektedir. Özellikle aile hekimliği uygulaması ile birçok kişisel ayrıntı sağlık ile bağdaştırılarak bilinmek istenmektedir. 15-49 yaş kadınlar, üretken çağda kabul edilmesi ve “üreme sağlıklarının korunması” adına sıkı bir takibe maruz kalmaktadırlar, bu yapılırken kişilerin cinsel tercihleri ve yaşamları sağlık adı altında sorgulanmaktadır. Biyopolitikanın cinsellikle bağdaştırılması yeni değildir. Foucault biyoiktidarı ilk kez *Toplumu Savunmak Gerekir*’de cinsellikle bağdaştırır. Burada Foucault, cinselliği üremenin başlangıcı olması nedeniyle, iktidarın hedefi olduğunu söylemiştir (Koyuncu, 2016). Günümüzde bu durumun daha da ileri taşındığı cinsellikle ilgili bilinmek istenilenlerin ayrıntısı ve kapsamının arttığı görülmektedir. Ayrıca üreme amaçlı olmayan cinsellik sürekli kontrol altında tutulmaya çalışılmaktadır. AHBS’de çocuk yapmamanın sebepleri detaylıca kaydedilmektedir.

Şüphesiz biyopolitika sadece cinsellikle sınırlandırılan bir kavram değil. Biyoiktidar hem biyolojik hem de politik bir varlık olarak nüfusu kendine hedef seçer ve Foucault, nüfusun yönetimine dair olan tüm stratejileri biyopolitika olarak adlandırır. Daha sonraları ise nüfusu düzenleştirmek adı altında biyoiktidarın yaptığı her uygulamayı biyopolitika olarak adlandırmıştır (Koyuncu, 2016). Foucault biyopolitika kavramıyla hem iktidarın yaşama hakkına karar vermesi ile bağlantılı tıbbi da kullanarak girdiği yönetim etkinlikleri hem de kendisini olumlu, üretken pratiklerle de ortaya koyan iktidar ilişkilerini anlatır. İktidar mekanizmaları halkın yaşamına müdahale edip nasıl yaşayacağına karar verir. Bu durum çift taraflı okunabilir; bu hem bir yaşama müdahaledir hem de bazı durumlarda sağlık imkanlarından yararlanılmasını sağlar.

Foucault ile çağdaş sayılabilecek ve biyopolitika olarak kavramsallaştırmasa da biyopolitika, mahremiyet, kamusal alan üzerine yazan önemli bir düşünür de Hannah Arendt'tir. Arendt, *İnsanlık Durumu*'nda (2016) biyopolitika üzerine düşüncelerini “doğarlık” kavramıyla ifade eder. Anlatımlarında Foucault'dan izler taşıyan Arendt'e göre doğarlık, biyolojik bir terimdir fakat biyolojinin politikanın merkezine oturtulması negatif anlam taşır. Bu yüzden Arendt, doğarlık kavramını politikanın doğrudan bir amacı olarak pozitif anlamda kullanır (Yıldırım, 2016). Doğarlık kavramını politika etrafında tartışmak için de “*vita activa*” kavramını emek-iş-eylem üçlüsüyle açıklar (Arendt, 2016). Vita activa yani emek-iş-eylem, insanın dolaysız olarak yaşama bağlandığı üç insanlık halidir (Yıldırım, 2016).

Antik Yunan'da şehir işlerinin yürüdüğü kamusal alan ile ev idaresi, bireyin hayatını, türün devamlılığının sağlandığı özel alan vardır. Özel alan tanımı gereği politik değildir (Yıldırım, 2016). Fakat modern devletlerde bu ayrımın ortadan kalktığını görmekteyiz. Politika nüfusun modern öncesi dönemde özel alanına tekabül eden üreme, doğum, yaşama gibi pratiklere sirayet etmiştir. Bu da nüfusun artışı ve kontrol edilmesi sorunuyla birlikte, istatistik tutma ihtiyacını gerektirmiştir. “Nüfusun politik etkisi yerine onun düzenlenmesi, nizamı, dağıtımı, sayılarla açıklanması ve yönetilmesi fikri oluşur” (Yıldırım, 2016: 262). İstatistiğe ideolojik bir manipölasyon aracı diyerek eleştirel bakan Arendt, biyopolitikayı; biyolojinin politikaya dahil, istatistiğin rolü, thanatopolitika ve doğarlık olarak dört bağlamda ele almıştır (Yıldırım, 2016). Arendt biyopolitikayı biyolojik olanın olumlu ya da olumsuz olarak politikanın dahilinde düşünülmesi üzerinden ele alır.

Günümüz geç modern toplumunda biyopolitika salt yaşatma ya da ölüm kararı vermenin ötesinde çok daha karmaşık ve ayrıntılı anlamlara sahiptir.

Disiplin mekanizmaları aracılığıyla bireyin bedensel ve zihinsel inşası; doğum kontrolünden sağlık politikalarına nüfusun düzenlenmesi ve denetlenmesi; yaşatmayı önüne hedef olarak koyan iktidarın hiçbir çelişkiye düşmeksizin ölüm makinesine dönüşmesi; egemenliğin en yetkin formunu, aşkın değil içkin, merkezi değil merkezsiz bir iktidar mantığında bulması; yaşamın yalın, salt hayatta kalma, canlılığını muhafaza etme olarak canlılığa dönüşmesi; bu dönüşümü sağlayan ve yürürlüğe sokan bilgi-kuramsal pratikler ... dilimizin giderek tıbbın terminolojisine hapsolması ve sağlıklı yaşam uğruna yaşanmaya değer bir yaşam ufkunu hasıraltı eden biyotoplumsallık stratejileri...” (Kartal, 2016b: 9-10).

“İkinci Dünya Savaşı sonrasında Batı ülkelerinde doğa ve yaşam farkı bir bilimsel ve kültürel ekolojiyle sarılı hale gelmişti. Bu ekolojide insan mühendisliğinin yerini iletişim kontrolü, Yerkes’in psikobiyolojisinin yerini Edward Wilson’ın sosyobiyolojisi, kişilerin yerini genler, ırkın yerini popülasyon, öjeniğin yerini ise nüfus kontrolü almıştı” (Haraway, 1991’den aktaran Kara, 2016: 237). Biyopolitika; ırkçılık, ötenazi, kürtaj, öjeni, güvenlik, sağlık, eğitim, borçlandırma, psikiyatriye kadar birçok konu başlığında ve disiplinde tartışılır olmuştur (Kartal, 2016a). Çünkü “istatistikten demografiye, kamu sağlığından barınmaya kadar uzanan çeşitli politik teknolojiler aracılığıyla biyoiktidar, doğum/ölüm oranları, sağlık, göç, mesleki kapasiteler, malların dolaşımı vb. unsurlar üzerinden tüm nüfusu düzenlemeyi hedeflemektedir” (Ojakangas, 2016: 28). Nüfusun düzenlenmesi, niteliğinin artırılması çabaları ise aslında 18. yüzyıldan itibaren farklı bir boyut ve yoğunluk kazansa da insanlık tarihi kadar eskiye dayanır. Farklı olan disiplin toplumunun yerini kontrol toplumuna bırakmasıdır.

Disiplin toplumunda okul, hapishane, hastane gibi belli bir formu, şekli olan kurumlar disiplin sağlamakla görevliydi. Kontrol toplumunda ise şekilsel kalıplar yoktur. “Disiplinci kalıplar analogik bir dizilimi beraberinde getirirken kontrol makineleri dijital bir veri sistemi üzerinde örgütlenirler” (Çalcı, 2016: 80). Bu; numaralarla sahip olup tanındığımız kimlik kartları, MERNİS gibi nüfus bilgileriyle kayıtlığımız devlet veritabanları ya da Aile Hekimliği Bilgi Sistemi gibi sanal düzlemde kayıtlanan ve her yere peşimizden gelen verilerle örneklendirilebilir. Gündelik hayat tıbbileştirilmiştir ve beden böylece kontrol altında tutulabilmektedir. Kontrol kısa vadelidir, formlarını hızla değiştirir,

aynı zamanda da sürekli ve sınırsızdır (Çalıcı, 2016); kendini birçok farklı formatta ve düzeyde gösterir. Hardt ve Negri de Foucault'nun disiplin toplumu kavramı için eksik nitelendirmesi yapar çünkü ne disiplin ne de denetleme belirli kurumlar sınırında tutulamaz. Bu nedenle ikili disiplin toplumu kavramı yerine denetim toplumu kavramını önerir. Onlara göre denetim mekanizmaları belli kurumlarla ve işlevlerle sınırlı değildir. Belli kurumları kullanmak yerine iktidar, iletişim sistemleri, enformasyon ağları içinde doğrudan beyinleri ve gözetim etkinlikleriyle bedenleri denetlemektedir. Bu beden bireylerin tek tek bedeni olduğu gibi aynı zamanda da toplumsal bedeni yani nüfusu temsil eder (Özmkas, 2016).

2.1. Biyoiktidar ve Tıp İlişkisi

Foucault biyopolitika kavramını tartışırken modern tıbbın birey odaklı anlayışını eleştirir. “Modern tıpta doktor-hasta ilişkilerinde belli bir bireyselleşme öne çıksa da, Foucault’ya göre “modern tıp temeli belli bir toplumsal beden teknolojisi olan toplumsal bir tıptır” (Koyuncu, 2016: 23). Tıp 18. yüzyıldan itibaren hem kendi uzmanlıklarını geliştirerek ve standartlaşarak kendi içinde dönüşüm geçirmiş hem de devletle ve bireylerle olan etkileşiminde dönüşüm geçirmiştir. Foucault’nun sorun gördüğü tıbbın toplumsal alanda etki sahasını genişletmiş olmasıdır. Çünkü tıbbın müdahale alanı hastalık teşkil etmeyen alanlara doğru genişlemeye başlamıştır. Örneğin şehrin su kaynakları, kanalizasyon ya da eşcinsellik tıbbın müdahale alanına girmiştir. Sağlık toplumu ilgilendiren bir durum olarak görüldüğünden tıbbın otoritesi güçlenmiş ve tıp bu sayede normal-anormal olanı belirlemeye başlamıştır. Tıbbın standartlaşması, doktorluğun ve tıp eğitiminin standartlaşması ve doktorların yönetimin belirlediği başka bir otoriteye tabi olması -örneğin İl Sağlık, İlçe Sağlık Müdürlükleri, Sağlık Bakanlığı gibi- Foucault’nun devlet tıbbı dediği, sağlıklı devleti öngören toplumsal tıbbın oluşmasını beraberinde getirmiştir. İngiltere örneğinde ilk defa yoksul halk toplumda risk olarak görülmüş ve bu kitleyle özel olarak ilgilenilmeye başlanılmış. Daha sonra ise İngiltere önlem uygulamalarının da ötesine geçerek aşılari ve bazı hastalıkları kayıt altına almaya başlamış, temiz olmayan mekanları tespit ederek aktif müdahaleye başlamıştır (Koyuncu, 2016). Günümüzde uygulanan bazı Birinci Basamak hekimlik pratikleri de 18. ve 19. yüzyıl Avrupası’nın devamı niteliğindedir. Birçok durumda devletin bedene müdahalesi tıp aracılığıyla, sağlık politikalarının sahada yansıma bulmasıyla mümkün olabilmektedir.

Bu güçten hareketle tıp normal doğum önerme, doğum oranları, düşük oranları, cinsel yaşamın tıbbi hale getirilmesi, kabul gören ve görmeyen cinsel yaşam formlarının

denetlenmesi hatta uyuşturucu, alkol ve sigara kullanımının bilinmesi gibi konu başlıklarında biyopolitika aracı olarak kullanılmaktadır. “Normalleştirici bir toplumu, yaşam üzerinde düzen ve tahakküm kurma araç ve mekanizmalarını işleterek var kılmaya çalışan bir biyo-iktidarın gelişimi, ... modern zamanların mukayese edilemez tecrübesi içinde zuhur edişiyle mümkün olur” (Yalçiner, 2016: 62). Türkiye’de bunun en büyük yansımasını Aile Hekimliği pratiklerinde kullanılan Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde görebiliyoruz. Nüfusun yönetilebilmesi için bilgi ancak bu şekilde bu kadar detaylı toplanabilir ve nüfusun iyiliğine kullanılabilir. Haraway, biyopolitika artık teknobiyopolitikadır⁵ der. İktidar bedenlerden ziyade bedenin bilgisini önemsemektedir (Kara, 2016). Bu yüzden nüfusu değil nüfusun bilgisini kayıt ve kontrol altında tutar. Bedenin gözetimi değil, veri gözetimi ön plandadır. Biyopolitika yaşatmayı nüfusu sürekli bir ölçüm ve düzenleme anlayışı içinde tercih etmiştir. Bunu yaparken de bu yeni yönetimin akıllı tıp ile kol kola olmuştur. Belirli istatistikî hesaplamalar yapılmış ve bunlar “normal” olanın belirlenmesinde kullanılmıştır (Foucault, 2013). Normal ölüm oranı, ortalama yaşam süresi, normal cinsel yaşam gibi normaller tıptan büyük destek alınarak belirlenmiştir. Yani insanların biyolojik özellikleri, yaşantıları iktidarların politikalarına konu olmuştur.

Foucault, ailenin iyi yönetim için bir model olmaktan çıkıp nüfusların yönetimi için bir araca dönüştüğünü söyler (Foucault, 2013). Şuan AHBS aracılığıyla insanlar hem aile olarak istatistiğe konu oluyorlar hem de bireysel bazda gözetime ve istatistiğe maruz kalıyorlar. Bireyler hem aile birimi üzerinden denetleniyor hem de bireyler olarak sağlık üzerinden denetleniyorlar. Foucault’ya (2013) göre nüfusun yönetilmesi problemini açıklayan bu tarz yönetimsellik anlayışı 18. yüzyılda keşfedilmiştir. Bu anlayışın günümüzde neo-liberalizmin pratikleriyle birleşmesi temelde aynı, ayrıntılarda farklı uygulamaları karşımıza çıkarabilmektedir. Örneğin Aile Hekimliği Bilgi Sistemiyle hem en az ilaç yazılarak, en ekonomik tedavi uygulanarak, hekimlere de performans sistemi getirilerek sağlık sisteminde verimlilik arttırılmaya ve kar edilmeye çalışılıyor hem de bu uygulamayla tüm nüfusun yani toplumun “sağlık” verileri kişisel bazda kimlik ve ikamet – sosyodemografik- verileriyle toplanıp gözetim sağlanıyor.

⁵ Aslen, Foucault’nun nesnesi nüfus olan biyopolitika kavrayışı çerçevesinde, biyopolitikanın bilgisayarlar başta olmak üzere enformasyon işleyen makinelerin gelişimiyle tarihsel olarak yakın bir ilişki olmuştur. Nüfus sayımları eninde sonunda dev miktarda veri üretir ve bu verileri işlemenin zorluğu Batılı devletlerin verileri hızla işleyebilen yeni enformasyon teknolojilerini aktif olarak arayıp, benimsemesine yol açmıştır. 1880 tarihli Amerikan Nüfus Sayımının sonuçlarının işlenmesi tam yedi yıl sürmüştü ve bu süreçte zaten veriler eskimişti. Sonradan IBM ismini alan şirket 1890 tarihli Amerikan Nüfus Sayımına bilgi işleyen makineleriyle yardım ederek işe başlamıştı (bkz. Hacking, 1982) (Kara, 2016: 242-243).

Gözetim ise hem nüfusu hedef almakta hem de nüfusun gözetimini sağlayan hekimi yaptığı iş-işlem üzerinden gözetime tabi tutarak performans adı altında ceza yöntemleriyle kontrol etmektedir. Bu tür bir denetim ve gözetim için daha öncesinde tıbbı ait görülmeyen konular da tıp alanına dahil edilmiştir. Kadınların çocuk yapma kapasitelerine karar verilmesi -“en az üç çocuk” ya da “normal doğum”-, hamilelik, canlı-ölü doğumlarının, düşüklerinin kayıt altına alınması, kadınlar hamile kaldıklarında bunun acilen kayıt ve kontrol altına alınması, aynı zamanda evlilik dışı ilişkilerinin sorgulanarak bilinir kılınması, dahası alkol, sigara, uyuşturucu kullanımının sağlıklıla alakalı ya da alakasız olsun hekimler tarafından sorgulanması ve tıbbı dahil edilmesi dikkati çeken en bariz örneklerdir. Kartal ve Elbek bu durumu şöyle ifade etmektedir:

günümüz Türkiye’si ile Viktorya dönemi arasında paralellikler bulunmaktadır. Örneğin bugünün Türkiye’si, bir yandan sigara paketlerinde “sigara içmek cinsel iktidarsızlığa neden olur” uyarısına eşlik eden bir kadın ve erkeğin fotoğrafını dahi ayıplarken; diğer yandan da hep bir andan ağızdan “üç çocuk yapın!” telkinlerinde bulunan, kürtajı yasaklamayı arzulayan ve dahası “her kürtajın bir cinayet” olduğuna hükmeden bir iktidar tarafından yönetilmektedir... Elbette tıp da bu zeminde sözünü esirgememekte ve güvenli seksi “heteroseksüel vajinal ilişki” olarak tarif edip, bu tarihin dışına taşan alanı güvensizlikle damgalayarak, eşcinselliği hastalık olarak gören cinsiyetçi/homofobik ahlâkın temellerini sağlamlaştıracak bir söylemin inşasına katkı sunmaktadır (2013: 158).

Tüm bu anlatılanların altında üretken olmayan cinselliğin iktidar tarafından devletin bekasını -ya da gelecek işgücünü- sağlamayacak olması açısından benimsenmediğini görmekteyiz. Tüm bu “en az üç çocuk”, “kürtaj cinayettir”, “normal doğum sağlıklıdır”, sigara-alkol karşıtı söylemler biyopolitikanın en dile dökülmüş biçimleridirler. Bu söylem dillendirilirken de tabi ki Sağlık Bakanlığı arka planda kamu spotları, afişler, ilanlar piyasaya sürmekte ve bunların kontrolünü sağlayacak ekipmanları sağlık basamaklarında faaliyete sokmaktadır.

Bu noktada tıbbın, tarihsel misyonuna uygun davranarak iktidarın herkesi izleyen ve kayıt altına alan “büyük gözü” haline evrildiğini rahatlıkla iddia edebiliriz. Ancak bu yeni “big brother”ın eskisinden farkı yalnızca engelleyici ve dışsal olmamasıdır. Aksine medikal paradigmanın ürettiği sağlıklı yaşam bilgisi temelinde şekillenen uygarlık, bireylerin ve toplumların sağlığı için, her bir kişinin “gönüllü” olarak onayladığı ve içselleştirdiği

biçimde onların nasıl sağlıklı kalabileceklerini denetlemekte ve hastalıklarını – ve elbette kendilerini- yine onların rızasını almış biçimde kontrol etmektedir (Kartal ve Elbek, 2013: 166).

Aile hekimliği bilgi sistemi örneğine bakıldığında toplanan “sağlık” bilgileri için bilgilendirilmiş onamin da alınmadığı görülüyor. Bazense aile hekimine “aile” ile bağlantılı olarak kaydedilmiş bireylerin “tebrikler kızınız hamile” mesajlarıyla mahremiyetleri tehlikeye atılmakta, bazen “üç çocuk” mesajları sıklaşmakta, “kürtaj cinayet” olarak görülmekte, bazense tütünle ya da obeziteyle mücadele edilmekte. Fakat tüm bu biyopolitikalar için toplanması gereken veriler AHBS aracılığıyla kişileri işaret eden verilerle bağdaşık bir şekilde toplanmaktadır.

Bu örnekleri çoğaltmak mümkün. “Hekimlerin sigara içenleri ameliyat etmemesi ya da dönemin Sağlık Bakanlığı Kanseri Dairesi Başkanı’nın -ki kendisi şu an Hacettepe Üniversitesi Rektörü’dür- ifadesiyle “Verdiğim vergilerden bile bile sigara içip kanser olan kişilere verilen ilaçları kendi adıma haram ediyorum” yaklaşımı arasında fark olmadığını belirtmek zorundayız. Çünkü her iki durumda da devlet aygıtı, ya bizzat ya da ideolojik aygıtı tıp aracılığıyla kendisinin gösterdiği “sınırı aşanlar”ın diğerleri gibi yaşamaya hakkı olmadığını vurgulamaktadır” (Kartal ve Elbek, 2013: 171). Dolayısıyla birinci basamak sağlık hizmetleri aracılığıyla kişisel bazda, muntazam ve sürekli bir şekilde toplanan bilgiler birçok açıdan endişe duymamıza sebep olmaktadır. Bu endişelerden belki de en önemlisi mahremiyet olanağının ortadan kaybolmasıdır.

3. BÖLÜM

3. MAHREMİYET

3.1. Mahremiyet Kavramı

Mahremiyet, en basit manada bireyin yalnız kalma hakkıdır. Özel hayat ile sıkça bağdaştırılan mahremiyet kavramını kişinin kamusal alanda açığa çıkarmadığı veya kamusal alanda çok kısıtlı paylaşımda bulunduğu duygu, düşünce ve davranışlar olarak tanımlayabiliriz. Giddens mahremiyeti “bireyin kamuya açmayacağı duyguları ve eylemleri açması (2010: 129) olarak tanımlarken Arendt, mahremiyet kavramının mahrumiyetten türediği savunur. Mahremiyet halindeki insan kamusal alandan uzakta olduğundan diğer insanları ilgilendirmez, kamusal alandan ve müşterek paylaşılan dünyadan mahrumdur (Arendt, 2016). Yüksel ise mahremiyeti; “genel olarak kişilerin tek başlarına kalabildikleri, istedikleri gibi düşünüp davranabildikleri, başkalarıyla ne zaman, nerede, nasıl ve hangi ölçüde ilişki ve iletişim kuracaklarına kendilerinin karar verebildikleri bir alan ve bu alan üzerinde sahip olunan hak” (2003: 182) olarak tanımlamaktadır. Bu anlamda mahremiyet özgürlükle ilişkilidir. Mahremiyet:

Kişinin kendisine ilişkin bir alanın olması, kendi başına kalabilmesi; yalnız kendisinin bildiği ve sadece kendi istediği kişilerle paylaştığı özel bilgi ya da niteliklerine ilişkin doğal, insani bir haktır. Bu anlamda bireysel anlamda “iyi”dir. Mahremiyet ayrıca kişinin kendi öz gücüne erişebilmesini de sağlayan, araçsal bir “iyi”dir. Kişinin bağımsız karar verme niteliğini geliştirmesinde etkin bir rol oynar. Sağlıklı düşünme ve karar mekanizmasının varlığı bireysel ve toplumsal anlamda olumlu sonuçlar üretir. Mahremiyet bu boyutuyla da sadece bireysel değil, “toplumsal” anlamda da “iyi”dir” (Dedeoğlu, 2014: 5891).

Mahremiyet kavramını ele aldığımızda “mahremiyetin farklı boyutlarından bahsetmek mümkündür. Gizlilik şeklinde mahremiyet; bireylerin kendileri hakkındaki bilgileri, belirli eylemlerini, herkese veya seçtiği bazı kişilere karşı gizli saklamayı istemesi şeklinde ortaya çıkar. Anonim mahremiyet; bireylerin bazı davranışları (toplum içerisinde yapılmış olsa dahi) bireyle ilişkilendirilemeyecek şekilde yapma isteğidir. Otonomi mahremiyeti ise, bireyin bazı davranışlarının aleni veya gizli kalması tercihinin kendine bağlı olması, devlet veya diğer kişilerin ilgisine kapalı kalmasını tercih etmesidir” (Özbay

vd., 2011: 98).

Mahremiyet kamusal alandaki ilişkilerimizi eşit düzeyde sürdürmemizi de sağlar. Giddens *Mahremiyetin Dönüşümünde* (2010) mahremiyet olanağının demokrasi vaadi anlamına geldiğini söyler. Demokrasi olan alanlarda mahremiyet bir hak olarak görülür ve böyle toplumlarda kişiler arası ilişkiler ve kişilerle devlet arasındaki ilişkiler demokratik bir düzeyde ilerleme imkanı bulur. Fakat modern toplumlara baktığımızda mahremiyetin hem bireyler tarafından ihlal edilmeye çalışıldığı hem de devletler ve yönetici otoriteler tarafından sürekli deşilip bilinmeye çalışıldığını görüyoruz. Foucault, disiplin edici iktidarların bedenlerin denetimini cinselliği kısıtlaması ve belirlemesiyle sağlayarak modern zamanda itaatkar bedenleri ortaya çıkarttığını söyler. Çünkü “modern uygarlıkta cinsellik yeraltına sürülmez. Tersine, sürekli tartışılmaya ve araştırılmaya başlanır” (Giddens, 2010: 23). Aile Hekimliği Bilgi Sistemi özelinde mahremiyeti inceleyecek olursak hem Foucault’nun ifade ettiği gibi denetim sağlanarak itaatkar bedenler üretilmeye çalışılmakta hem de hastalara mahremiyet hakkı tanınmayarak Giddens’in ifade ettiği demokrasi ortadan kaybolmakta ve teraziye eşitlik devlet ve vatandaş arasındaki ilişkide devletten yana ağır basarak ortadan kaybolmaktadır.

Günümüze baktığımızda mahrem dediğimiz konuların sadece kurumlar ya da otoriteler tarafından değil kamusal alanda bizzat sıradan insanlar tarafından da açıldığı görülmekte. Hem sıradan insanlar tüp bebek, kısırlık, aldatma vb. konularda çok rahat konuşur oldular hem de ünlüler özel hayatlarının ifşasını yadırgamaz oldular bu örneklerle bir de siyasilerin “*kürtaj*”, “*üç çocuk*” gibi söylemlerini her ortamda yinelediklerini ekleyebiliriz. Fakat tüm bu örnekler mahremiyetin bir hak olarak ortadan kalktığını kanıtlamaz. Yine Foucault’cu manada mahrem bilgilerin kontrolü ve ifşasına dair baskı hem devlet hem de toplum tarafından sürdürülmektedir.

Cinselliğin bugün sahip olduğu öneme, modernliğin kontrol sistemleri için taşıdığı önem yüzünden değil de, diğer iki süreç arasında bağlantı noktası olduğu için sahip olduğunu savundum: Deneyimin tecrit edilmesi ve mahremiyetin dönüşümü. Cinselliğin üremeden ve üremenin toplumsallaştırılmasından ayrılması, tüm ahlaki zenginlikleriyle ve cinsiyet iktidarındaki dengesizlikleriyle geleneksel davranış tarzları yerine modernliğin göndermeleri kendi içinde olan düzenlerinin girmesiyle geliyor. Eskiden "doğal" olan giderek toplumsallaştırılıyor ve kısmen bunun dolaysız sonucu olarak kişisel etkinlik ve etkileşim alanları temelden değişmeye başlıyorlar. Cinsellik bu değişimler için bir metafor

görevi görüyor ve özellikle düşününsel benlik projesi bakımından bunların ifade edildiği odak durumunda (Giddens, 2010: 166).

Bu alıntıda üzerinde durulması gereken en önemli nokta üremenin toplumsallaşması meselesi. Üremenin toplumsal fayda için yapıldığı varsayıldığından beri “devlete, millete faydalı birey yetiştirmek” üzere devlet, cinselliği kontrol altına almaya çalışmaktadır. Bundan dolayıdır ki çocuk sayısını arttırmak ve sağlıklı doğum koşullarını sağlamak için anne ve bebek sağlığına önem verilmektedir. Fakat “sağlıklı yaşam” adına kişilerin ne ile korunduğu, cinsel aktivitelerinin ne olduğu, düşük sayıları gibi bir çok mahrem nokta da kayıt altına alınmaktadır. Gözetimin bu denli yaygınlaşması ve kendini mahrem alanın her yerinde hissettirmesi, mahrem hayatın iktidarın etki alanını genişletmesi sonucu işgal edildiği ve yeniden tanımlandığı konusunda Foucault’nun altını çizdiği hususlara katılıyor, bunun yansımalarını da bu araştırmanın konusu olan AHBS özelinde tıp aracılığıyla yapıldığını gözlemleyebiliyoruz.

Mahremiyet ile ilgili sorunlar en temelde mahrem alanın kamusala açılması gibi ele alınsa da bu sorunlar çelişkili ve çeşitlidir. Bilgi toplumunda yaşadığımız gelişmelerin de etkisini dikkate alarak, mahremiyet ile ilgili sorunları Solove 2007 dört kategoride incelemektedir:

- 1- Bilgi toplama: izleme ve sorgulama süreçleri ile ilgili sorunları,*
- 2- Bilgi işleme: gereksiz detaylı bilgilerin toplanması, tek başına anlamsız verilerin kişilerin siyasi görüş, inanç vb gibi özelliklerinin tanımlanmasında kullanılması, bilgilerin toplanma amaçlarının dışında kullanılması, kategorize edilen bireylerin dışlanması, kişisel bilgilerin işlenmesi sonucunda Şüpheli veya riskli olarak tanımlanan bireylerin bilgilerinin istismar edilmesi ve ayrımcı davranışla karşılaşma olasılığı.*
- 3- Bilginin yayınlanması ve dağıtılması: bilgilerin korunması ve saçılması, ifşa edilmesi, istenmeyen kişilerin erişimine açık olması, Şantaj amacıyla kullanılması ve bilgilerin çarpıtılması.*
- 4- Mahremiyet İstilasası: kişisel bilgilere izinsiz ve kanunsuz ulaşım, keyfi müdahaleler. (akt. Özbay vd., 2011: 114-115).*

3.2. Bir Hak Olarak Mahremiyet

Mahremiyet bir hak olarak çeşitli düzeylerde ve mecralarda kabul edilmiştir. Mahremiyet hakkını sadece kamusal alanda gerçekleşen ilişkilerle sınırlı tutmak günümüz koşullarında yeterli olmamaktadır. Gelişen bilgi teknolojileriyle birlikte veri mahremiyeti, kişisel verilerin işlenmesi, saklanması gibi kavramlar ve yeni gereklilikler türemiştir. Mahremiyet hakkı en basit anlamda;

sadece bir kimsenin özel ve aile hayatının saygı görmesini kapsamadığı gibi, yalnızca kişisel bilgi üzerinde denetim ya da egemenlik hakkı anlamına da gelmez. Özel hayat, bir kimsenin fiziki ve ahlâki bütünlüğü üzerindeki mahremiyet iddiaları ve ilgileri kadar, onun kişiliğini geliştirme özgürlüğünü, başkalarıyla kişisel ilişkiler kurma hakkını ve profesyonel iş yaşamına ilişkin etkinliklerini muhafaza etme yetkisini de içerir. Mahremiyet hakkı, hem bir şey yapma veya etme anlamında pozitif yükümlülükleri, hem de bir şeyi yapmaktan veya etmekten kaçınma anlamında negatif yükümlülükleri kapsar (Yüksel, 2009: 278-79).

Mahremiyet hakkı modernleşme ile başlayan teknolojinin özellikle de bilişim teknolojilerinin ilerlemesi sürecinin sonucunda bir gereklilik olarak ortaya çıkmıştır. Modernleşme sürecinde devlet ve özel sektör ile birey arasındaki iletişim arttıkça devlet ve özel sektörün de –farklı nedenlerle de olsa- bireyi daha yakından tanıma ihtiyacı doğmuştur. Günümüzde özellikle bilişim teknolojilerindeki gelişmelerle daha fazla kişisel bilgi saklanır, depolanır, birbiriyle ilişkilendirilir hale gelmiştir. Tüm bunlar da mahremiyeti, daha fazla zedelenenebilir bir olgu olarak karşımıza çıkarmaktadır. Mahremiyet hakkı kişiye kendisine ait bilgilerin gizli kalabilmesi, kayıt altına alınmaması, silinmesini ya da düzeltilmesini talep etme hakkı anlamına gelir.

Günümüzde devlet bilgi teknolojilerinde değişimlere uyum sağlamak ve bu teknolojileri kurumlarında kullanmaktadır. Bununla bağlantılı olarak gözetim teknolojilerinin kötüye kullanımı, kişisel verilerin korunamayışı bazen bireysel hak ve özgürlükler için tehdit oluşturabilmektedir.

Özel hayatın gizliliğinin korunması ya da mahremiyet hakkı; bireyin özel yaşamını diğerlerinin izleme alanının dışında tutabilme ve kendisi hakkındaki bilgi akışını denetleyebilme kabiliyeti, yetisi ya da hakkı olarak tanımlanabilir. Çağdaş toplumlar da mahremiyet, bir hak ve özgürlük olarak görülmektedir. Kişisel verilerin korunması ve veri

güvenliği kavramları da mahremiyetin/ özel hayatın gizliliğinin korunması hakkının ayrılmaz parçalarını oluşturmaktadır. Kişisel verilerin korunması ve veri güvenliği; 'devlet birimleri tarafından vatandaşlar hakkındaki bilgilerin sınırsız, gelişigüzel bir şekilde toplanmasının, toplanan verilerin denetimsiz olarak açıklanmasının önlenmesi ve bu bilgilerin yetkisiz kişilerin eline geçmesi halinde kötüye kullanılması riskinin ortadan kaldırılması' olarak tanımlanabilir (Aydın, 2012: 530).

Modern toplumlarda mahremiyet bir hak olarak görüldüğünden çeşitli düzeylerde kanunlarla mahremiyet hakkı yasal bir statüye kavuşturulmuştur. Örneğin 1995 yılında 95/46/EC sayılı kabul edilen Avrupa Parlamentosu ve Konseyi yönergesi, “kişisel verilerin işlenmesi ve bu verilerin serbestçe dolaşımına ilişkin bireylerin korunmasına yöneliktir. Bu yönergeye göre veriler yasal çerçevede toplanabilir, verinin öznesi bilgilendirilir. Veriler, verinin öznesine açıktır, itiraz, düzeltme hakkı vardır. Verinin gizliliği ve güvenliğini koruma ilkesi güdülür” (Dedeoğlu, 2004: 3) demektedir. Uygulama aşamasında ülkemizde henüz bu statüde olmasa da geç de olsa 24.03.2016 tarihinde 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu çıkmıştır.

Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 4. Maddesinin 2. Bendinde kişisel verilerin işlenmesinde;

- Hukuka ve dürüstlük kurallarına uygun olma,
- Doğru ve gerektiğinde güncel olma,
- Belirli, açık ve meşru amaçlar için işlenme,
- İşlendikleri amaçla bağlantılı, sınırlı ve ölçülü olma,
- İlgili mevzuatta öngörülen veya işlendikleri amaç için gerekli olan süre kadar muhafaza edilme (Resmi Gazete, 2016)

şartları getirilmiştir. Bu noktada araştırmanın ana konusu olan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi çerçevesinde bakarsak her türlü bilgi süresiz ve her gün artan miktarda sisteme işlenmektedir. Ölçülülük, amaç, verilerin saklanması süresi konusunda Bakanlığın belirttiği herhangi bir bilgi bulunmamaktadır. Ayrıca kişiler hangi kişisel verilerinin hangi şartlarda ve ne kadarının toplandığını ve hangi birimlerle ya da kurumlarla paylaşıldığını bilmemektedir.

Aynı kanunun 5. Maddesinin 2. bendinde kişisel bilgilerin işlenmesi;

- *Kanunlarda açıkça öngörülmesi*
- *Fiili imkânsızlık nedeniyle rızasını açıklayamayacak durumda bulunan veya rızasına hukuki geçerlilik tanınmayan kişinin kendisinin ya da bir başkasının hayatı veya beden bütünlüğünün korunması için zorunlu olması*
- *Bir sözleşmenin kurulması veya ifasıyla doğrudan doğruya ilgili olması kaydıyla, sözleşmenin taraflarına ait kişisel verilerin işlenmesinin gerekli olması*
- *Veri sorumlusunun hukuki yükümlülüğünü yerine getirebilmesi için zorunlu olması*
- *İlgili kişinin kendisi tarafından alenileştirilmiş olması*
- *Bir hakkın tesisi, kullanılması veya korunması için veri işleminin zorunlu olması*
- *İlgili kişinin temel hak ve özgürlüklerine zarar vermemek kaydıyla, veri sorumlusunun meşru menfaatleri için veri işlenmesinin zorunlu olması (Resmi Gazete, 2016).*

hallerinde kişinin rızası olmaksızın gerçekleştirilebilir denmektedir. 6.maddeye göre; kişinin ırkını, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi, kılık kıyafeti, dernek, vakıf, sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkumiyeti, biyometrik ve genetik verileri özel nitelikli kişisel verilerdir ve ilgili kişinin açık rızası olmadan işlenmesi yasaktır. 6. Maddenin 3. Bendinde ise “sağlık ve cinsel hayat dışındaki kişisel veriler, kanunlarda öngörülen hâllerde ilgili kişinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir. Sağlık ve cinsel hayata ilişkin kişisel veriler ise ancak kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi amacıyla, sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişiler veya yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından ilgilinin açık rızası aranmaksızın işlenebilir” (Resmi Gazete, 2016) denilmektedir. Aile Hekimliği her ne kadar tedavi edici hekimlik olarak işlev görse de koruyucu hekimlik olarak nitelendiğinden kişilerin sağlık ve cinsel hayatlarına dair bilgilerin toplanması yasal zemine dayandırılmaktadır. Kişilerin cinsel hayat, korunma yolları, alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı gibi mahrem bilgileri koruyucu hekimlik, sağlık gerekliliği olarak kayıt altına alınsa da bu bilgilerin neden isim bazında Sağlık Bakanlığı

veri tabanlarında saklandığı açıklığa kavuşması gereken bir noktadır.⁶

Bazı yazarlar bilişim teknolojilerinin gelişmesinin bireysel özgürlükleri artırdığını savunmaktadır buna karşın bazı yazarlar da bu tür gelişimler karşısında bireysel özgürlüklerimizden çok şey kaybettiğimizi belirtmektedir. İzgi, bilişim teknolojileri ile kitleleri gizlice izleme ağının büyümekte olduğunu ve bu gizli izleme sisteminin kârı azamileştirmek, verimliliği artırmak, ulusal güvenliği güçlendirmek ve kolluk kuvvetlerine hizmet etmek üzere tasarlandığını belirtir. Teknolojiyi özgürleştirici olarak nitelendirenlere, ve buna kanıt olarak devletin şeffaflaştığını söyleyenlere bunun demokrasinin bir gereği olduğunu söyler. Ve “bireyin şeffaflaşması, kendisiyle ilgili bilgilerin kendisinden habersiz toplanması, bunları silme hakkı tanınmaması, gözetim altında olmanın bilinmesi bireyin temel haklarına, birey olma olanağını yaratan özerkliğine, mahremiyetine, özgürlüğüne zarar verdiğini” (İzgi, 2014: 27) ekler. Ayrıca bu teknolojilerin her geçen gün ucuzlaması gözetimin daha da yaygınlaşmasını, insanların gündelik hayatlarını sürdürürken bireysel haklarından yararlanmak için kişisel bilgilerini vermeyi, onayları olmaksızın konuşmaları, bilgileri kayıt altına alınmasını sağlamaktadır (İzgi, 2014). Tüm bunlar daha iyi hizmet alma ya da güvenlik gibi gerekçelerle sunulmaktadır fakat durum irdelendiğinde gözetim toplumunun içinde yaşadığımız gerçeği ile yüzleşilmektedir. Bilgisayarlaşmış bir toplumda mahremiyetimiz istila ediliyor olabilir ve bilgilerin zararlı kullanımı söz konusu olabilir ve biz bu durumda haklı olarak endişelenebiliriz (Moor, 1997). Moderniteyle birlikte tanınan mahremiyet hakkı teknolojik gelişimlerle birlikte elden kaçmaktadır. İnsanlar mahremiyetini koruma ve kamu hizmeti alma konusunda ikileme düşmektedirler.

3.3. Tıp ve Mahremiyet

Mahremiyet hususu tıpta hep bilinen bir klişe ile sunulmuştur: tıpta utanma olmaz. Tedavi, teşhis vb. için elbette tıpta utanma olmaz ve her hekim Hipokrat yemini ve mesleğine, kişiye saygısı ve kanunlar gereği hasta mahremiyetini koruyacaktır. Fakat

⁶Konuyla alakalı Avrupa İnsan Hakları Mahkemesinin ülkelerdeki çeşitli uygulamalara yönelik aldığı kararları Küzeci şöyle örneklendiriyor: bireylere ilişkin kişisel bilgilerin resmi makamlarca toplanarak arşivlenmesi (Amann İsviçre’ye karşı, b.n. 27798/95; k.t. 16 Şubat 2000; Rotaru Romanya’ya karşı, b.n. 28341/95, k.t. 4 Mayıs 2001); telefon görüşmelerine ilişkin kayıtları izleme (Malone, Birleşik Krallığa karşı, b.n. 8691/79, k.t. 2 Ağustos 1984; P.G. ve J.H., Birleşik Krallığa karşı, b.n. 44787/98, k.t. 25 Eylül 2001); toplanan verilerin toplanma amacı dışında kullanılması (Leander, İsviçre’ye karşı, b.n. 9248/81, k.t. 26 Mart 1987); sağlık verilerinin gizliliği (Z., Finlandiya’ya karşı, b.n. 22009/93, k.t. 25 Şubat 1997; M.S., İsveç’e karşı, b.n. 20837/92, k.t. 27 Ağustos 1997); emniyet güçleri tarafından parmak izi ve fotoğrafların alınması (Murray, Birleşik Krallık’a karşı, b.n. 14310/88, k.t. 28 Ekim 1994); kişisel verilere erişim hakkı (Gaskin, Birleşik Krallık’a karşı, b.n. 10454/83, k.t. 7 Temmuz 1989); kişisel verilerin gerektiğinden uzun süre tutulması (S. ve Marper, Birleşik Krallığa karşı, b.n. 30562/04, 30566/04, k.t. 4 Aralık 2008) (2011: 48).

günümüzde değişen şeyler mevcut. Türkiye’de henüz sayısı ve etkisi az da olsa özel sağlık sigortaları, ilaç şirketleri ve en başta devlet kişinin her türlü sağlık/hastalık bilgisine sahip olmak istemektedir. Gelişen bilgi teknolojileri ile birlikte hekimlerin hasta bilgisine tek başına sahip olma rolü geçmişte kalmıştır. Devlete ait her kurumda uygulanan e-devlet sistemi, özelde kurumlar arası kimlik alışverişine müsaade eden MERNİS’den türemiş KPS ve hastanelerde kullanılan hasta bilgi sistemleri hekimleri bilgi işledikten sonra etkisiz bırakmaktadır.

Herhangi bir sağlık işlemi yaptırmak için gidilen kuruma T.C. kimlik numarasıyla başlayan, kişinin şikayeti, sosyal güvenlik numarası ve diğer bilgiler verildikten sonra muayene sonrası test sonuçları, teşhis, ilaçlar vb. her ayrıntı kişinin izni olmaksızın Ulusal Sağlık Sistemine gönderilmektedir. Dolayısıyla özel ya da kamu kuruluşu olması fark etmeksizin mahrem bilgilerin verilmesini şart koşan yazılımlar karşımıza çıkmaktadır (Özbay vd., 2011). Bu durum da devlete karşı mahremiyet hakkını sorgulamamıza neden olmaktadır. Çünkü devlete karşı mahremiyet hakkı, diğer kişilere karşı mahremiyet hakkından iki bakımdan farklılık gösterir. Birincisi, özel hayatta kişiler birbirlerinin mahremiyet hakkını ihlal edebilse de çoğu durumda karşılıklı ilişkiler gönüllülük esasına dayalıdır ve kişiler karşısındaki bir diğer kişiye vereceği bilgiyi iradi verir ve bu bilgi üzerinde kontrolü vardır. Aynı zamanda bireyler karşılıklı ilişki kapsamında mahremiyetlerini koruyacak güce sahiptirler ve olası mahremiyet kayıpları için önlemler alabilirler. Fakat aynı durum devlet-birey ilişkisinde geçerli değildir; devlet zoraki eylemlere başvurabilir. İkincisi ise, devlet yurttaşları üzerinde fiziksel güç uygulamaya da dayanan bir egemenliğe sahiptir (Özbay vd., 2011). Özellikle Aile Hekimliği Bilgi Sistemi özelinde baktığımızda toplanan onlarca mahrem bilgi üzerinde kişinin söz hakkı ya da bilgisi yoktur. Her ne kadar devlet neoliberal politikaları sonucunda kamusal hizmet alanlarından çekiliyor gibi görünse de kullandığı bilgi sistemleri ile gücü elinde bulunduran taraf olmaya devam etmektedir.

Uzun bir süredir sosyoloji bilgi ile güç arasında ayrılmaz bir ilişki olduğunu tartışmaktadır. Buna göre; bilgi güçtür ve sağlık sistemine baktığımızda tüm sağlık bilgilerini tek elde (USS’de) toplayan Sağlık Bakanlığı bu ilişki ağında en güçlü konumdadır. Sağlık istatistiği olarak son on yılda “sağlıklı veri” toplamaya başlayabilmemiz göz önünde bulundurulduğunda olması gereken düzeyde verinin toplanabilmesini sağlaması açısından Ulusal Sağlık Sistemi gibi veri tabanları çok önemli ve çağdaş devlet olmanın gerekliliğidir. Fakat istatistik toplarken sayılarla yetinmeyip, kişilerin isimleri ve T.C.

numaraları ile bağlantılı detaylı ve mahrem verileri toplamak akla gözetim olgusunu getirmektedir. Sağlık Bakanlığı tıbbın otoritesini ve insanlara ulaşma kapasitesini kullanarak detaylı bilgilere erişmektedir. Sağlık verilerinin işlenmesi hususunda Türk Tabipler Birliği gibi kuruluşlar Anayasa Mahkemesine başvuruda bulunsalar da 663 sayılı KHK’da madde 47’nin 1. fıkrasındaki “Sağlık hizmeti almak üzere, kamu veya özel sağlık kuruluşları ile sağlık mesleği mensuplarına müracaat edenlerin, sağlık hizmetinin gereği olarak vermek zorunda oldukları veya kendilerine verilen hizmete ilişkin kişisel verileri işlenebilir” hükmü bağlayıcılığı arttırmıştır. Yine 47. Maddenin 2. Fıkrasındaki “Sağlık hizmetinin verilmesi, kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbi teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi ile sağlık hizmetlerinin planlanması ve maliyetlerin hesaplanması amacıyla Bakanlık, birinci fıkra kapsamında elde edilen verileri alarak işleyebilir. Bu veriler, Kişisel Verilerin Korunması Kanununda öngörülen şartlar dışında aktarılamaz” hükmü Sağlık Bakanlığının yaptığı mahrem veri toplama faaliyetinin her ne kadar kişisel hakların ihlaline sebep olsa da yasal temele dayandırıldığını gösteriyor.

Ulusal Sağlık Sisteminde ya da 5 Ocak 2017 tarihinden önce Sağlık-net 2’de toplanan kişisel verilerin veri tabanında ya da Bakanlık serverlarında saklanırken uygulanması gereken güvenliğe dair 663 sayılı KHK’da madde 47’nin 4. fıkrasında verilerin saklandığı “sistemlerin güvenliği ve güvenilirliği ile ilgili standartlar Kişisel Verileri Koruma Kurulunun belirlediği ilkelere uygun olarak Bakanlıkça belirlenir. Bakanlık, bu kanun uyarınca elde edilen kişisel sağlık verilerinin güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirleri alır. Bu amaçla, sistemde kayıtlı bilgilerin hangi görevli tarafından ne amaçla kullanıldığının denetlenmesine imkân tanıyan bir güvenlik sistemi kurar” hükmü verilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi anlayışının sonucu sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesine bağlı olarak Sağlık Bakanlığı (SB), Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ve özel sağlık sigortaları aracılığıyla toplanması ve metalaştırılarak ulusal ve uluslararası paylaşımı sağlanmaktadır. SGK’nun bütçe açıklarını kapatmak amacıyla sağlık verilerini sattığı iddiasının ulusal basında yer alması konunun önemini artırmıştır. SGK’nın kuruluşuyla birlikte daha çok muhasebe amaçlı oluşturulmuş MEDULA adlı elektronik kayıt sistemiyle sınırlı olarak toplanan kişisel sağlık verileri artık daha kapsamlı toplanmakta ve yaygınlaştırılmaktadır (İzgi, 2014: 33).

Yine de gazetelerde zaman zaman Bakanlık verileri çalındı⁷, SGK kamu hastanelerindeki hastaların bilgilerini sattı⁸ gibi doğrulanmamış haberler çıkabiliyor ve sistemler iyi korunsa bile hacker saldırılarına da maruz kalabiliyorlar. Sağlık-net 2 ile toplanan sağlık verilerinin kapsamı Ulusal Sağlık Sistemi (USS) ile ülke çapına ve tüm kuruluşlardan bilgilerin toplanması ile daha da genişletilmiştir. AHBS ile ise;

tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarından hastalara ait her türlü bilgiyi - bütün kimlik, adres, iletişim bilgileri, sağlık geçmişi, özürllülük durumu, medeni hal, alkol-madde-sigara kullanımı, tetkik sonuçları, 15-49 yaş arası kadınların, doğum, düşük türü ve sayıları, kullanılan aile planlaması yöntemi vs.- herhangi bir filtreleme, koruma ve denetleme önlemi ve hastaların aydınlatılmış onamlarını almadan depolaması, yaygınlaştırması bireyin şeffaflaşması, mahremiyetinin örselenmesi tehlikesini içermekte, mesleğin andlara yansıyan binlerce yıllık en temel değerlerini sarsmaktadır. Söz konusu bilgisayar programı zorunlu olması ve ülke çapında merkezi bir sistem olması nedeniyle dünyada uygulanan tek örnektir (İzgi, 2014: 34)..

İzgi, sistemin mevcut halindeki uygulamalarının DHB Hasta Hakları Bildirgesi, Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi (Amsterdam) Bildirgesi, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, Hasta Hakları Yönetmeliği, Deontoloji Tüzüğü gibi birçok ulusal ve uluslararası belgeye aykırı olduğunu ve hasta hakkı olarak belirlenen gizlilik hakkının engellenerek yasal sorumlulukların çiğnendiğini belirtmektedir.

Devletin verileri toplama biçimi her ne kadar bazı hukuksal belgelerle çelişse de görüldüğü üzere 663 sayılı KHK'nın 47. maddesi ile kanunlaşmış ve yasal hale gelmiştir. Dolayısıyla bu durum devlet ve vatandaş arasındaki hiyerarşiyi arttırmış, aynı zamanda e-devlet ile gerçekleşmesi gereken şeffaf devlet anlayışını da zedelemiştir. Var olan durumda vatandaş hizmet almak için istenen her türlü bilgiyi vermek zorunda kalmaktadır. Veri tabanlarında toplanılan kişisel veri yığınlarının ve hassas kişisel veri olarak kabul gören sağlık verilerinin kişiden koparılıp üzerinde her türlü işlemin yapılabilecek olması ve aynı zamanda kişilerle bağdaştırılabilecek şekilde saklanması hem devletin bu verileri kullandığı hem de siber saldırı tehdidinde maruz kalabileceği düşüncesi olduğunda kişilerde kaygı, korku ve endişeye sebebiyet vermektedir. “Bu bakımdan e-devlet, sunduğu pek çok olumlu

⁷ Cnn.turk.com Kimlik Bilgilerimiz Nasıl Çalındı? ve hürriyet.com Kimlik Bilgileri Çalındı. Şimdi Ne Olacak? 06.04.2016 tarihli haberler.

⁸ ntv.com SGK Mahrem Sağlık Bilgilerimizi Sattı 17.01.2013 tarihli ve cnnturk.com SGK Vatandaşın Bilgilerini Satıyor Mu? 04.12.2013 tarihli haberler

gelişmelerin yanında kişi mahremiyeti ve demokrasi açısından olumsuz pek çok kritik tehlikeyi bünyesinde barındırmaktadır” (Özbay vd., 2011: 97). Korku ve endişeleri haklı kılacak birkaç sebebi İzgi şöyle ifade ediyor:

23 Ekim 2013 tarihinde yayınlanan Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği hükümleri gereği sigorta yaptırmak isteyen her bireyin, sigorta şirketinin depolanan kişisel sağlık verilerine ulaşımına izin vermesi veya sigorta şirketinin kişinin sağlık durumunu tespit edebilmesi amacıyla isteyeceği hekim görüşü için gerekli masrafı kendisinin karşılaması gerekmektedir. Tamamlayıcı sağlık sigortasının gündemde olduğu günümüzde sigorta yaptırmak isteyen kişi sayısının her geçen gün artacağı göz önüne alındığında kişisel sağlık bilgilerinin nasıl yaygınlaşabileceği tahmin edilebilir. Ayrıca yine aynı yönetmeliğin 16. Maddesinde sigorta şirketinin, elindeki sağlık bilgilerini “diğer yetkili merciler” şeklinde açık uçlu olarak tanımlanan kurumlara da verme zorunluluğu, yaygınlaşmanın farklı boyutunu göstermesi açısından önemlidir (İzgi, 2014: 33-34).

Devletin tıbbın otoritesi aracılığıyla kişisel sağlık verilerini topladığı tartışmaya açıldı, bahsedilmesi gereken bir diğer husus da insanların mahrem kabul edilen bilgilerini rahatlıkla kamuya açmalarıdır. Örneğin kanser gibi zor hastalıklar eskiden saklanır hatta kolayla hastalık ismi zikredilmezken günümüzde tanınmış kişiler kanser hastalığına nasıl yakalandıklarını ya da bu hastalığı nasıl yendiklerini herkese anlatmaktadırlar. Benzer şekilde eskiden birçok hasta kendini dış yaşamdan tecrit ederken şimdi bu hastalar internet üzerinden örgütlenip meydanlarda haklarını dile getirebiliyorlar. Tüm bu örneklerden hareketle diyebiliriz ki hastalık ve hasta olana dair tecritler, ötekileştirmeler ve hassasiyetler yeniden inşa edilmekte ve yeni bir sağlık anlayışı ortaya çıkmaktadır (Özbay vd., 2011). Dolayısıyla da kamusal olan ve özel olan bir kez daha muğlaklaşmakta. Tüm bunlar gerçekliğini korurken yine de devletin ve Sağlık Bakanlığının çeşitli yasal düzenlemelerle sağlık verilerini toplamasını kaliteli sağlık hizmeti sunmak gibi gerekçelerle süsleyerek gerçekte bireyleri şeffaflaştırması, hassas kişisel bilgileri toplaması bilginiz dahilinde gerçekleşmeyen bir süreç olduğu için daha önemli durmaktadır.

Uluslararası yasalarla çelişen 02.08.2013 tarihli Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un 73. Maddesinin “h” fıkrasının 3. Bendinde

kişisel sağlık bilgilerinin toplanma amacı tüm uluslararası belgelerin aksine genel

bir ifadeyle açıklanmakta, gerekçe açık olarak ifade edilmemektedir. Ayrıca toplanacak verilerle ilgili herhangi bir sınıflandırma yapılmamakta, tüm veriler toplanmakta, bilgi toplama süreklilik göstermekte, verilere kimlerin nasıl ve hangi oranda ulaşacağı ve toplanan verilerin üçüncü kişilerle paylaşımıyla ilgili herhangi bir düzenleme yer almamaktadır. Bunlarla birlikte bilgisi toplanan bireyler uygulamayla ilgili bilgilendirilmemekte, onamları alınmamakta, bireylerin kendi bilgilerine ulaşımı, düzeltilmesi ve/veya silmesi olanakları düzenlenmemektedir (İzgi, 2014: 34).

Bu noktada mahremiyeti koruması gereken devlet, Sağlık Bakanlığı kurumuyla en başta kendisi mahremiyeti zedelemektedir. Dolayısıyla daha sağlam yasalara ve konuyla ilgili daha fazla bilinçlenmeye ve hak talebine ihtiyacımız bir gerekliliktir. Ulusal Sağlık Sistemindeki bilgilerin kişilerin de denetimine, bilgisine açık olması önem teşkil etmektedir. Bunun yanı sıra devletin de şeffaflaşması toplanan sağlık verilerinin hangi amaçla, ne kadar süre ile, kimler ile paylaşıldığını vatandaşlara bildirmesi gerekmektedir. Konuyla ilgili olumlu tek gelişme e-nabız sistemi olup, o da tüm sağlık bilgilerini içermemesi ve hastaya bilgilerinin çok kısıtlı kontrolünü sağlama olanağı vermesi açısından yetersizdir. E-nabız sisteminin uygulanabilmesi için Bakanlık tüm sağlık verilerini kaydedeceğini bildirdiğinde Türk Tabipleri Birliği Başkanı Dr. İlhan: sağlık verilerinin hasta ve hekim arasında kalması gereken psikiyatrik sorundan cinsel rahatsızlığa kadar birçok mahrem bilgiyi içerdiğini ve bu bilgilerin tümünün paylaşılmasının mahremiyet ihlaline yol açacağını belirtmiştir (Hürriyet, 2016). Yine mahremiyet hakkını ihlal edilebilecek ve pek fazla dikkat edilmeyen durum da Görüşülen 8'in ifade ettiği üzere eczacılar tarafından T.C. kimlik numarası girilerek hastanın tüm muayene, ilaç geçmişinin görülebilmesidir.

Türkiye'de günümüzde durum böyle özetlenilebilecek iken konuyla ilgili Amerika'da da birçok eyalette sağlık bilgilerinin kişilerden izinsiz toplandığı, kamu yararına, sağlık politikası geliştirmek gibi amaçlarla kullanıldığı bunun yanı sıra Mahremiyet Yasalarının olmadığı bilinmekte. Mahremiyet Yasası olan eyaletlerde ve birçok Avrupa ülkesinde vatandaşlar bireysel sağlık kayıtlarına ulaşabilmekte eğer kayıtları tam değilse, kayıtlarında bir eksiklik ya da yanlışlık varsa düzeltebilmekte, ifşa sürecini engelleyebilmekte, bazı bilgileri paylaşmak için rıza göstermekte, gerekli merciler de sağlık bilgilerinin toplanmasının amacını açıklayan duyurular yapmaktadır (Hodge, 2003). Görüldüğü üzere bazı mahremiyet kanunlarını uygulama ülkeden ülkeye, eyaletten eyalete farklılık gösterebilmektedir. Bu kanunları uygulamak isteğe ya da talebe bağlı olarak değişebilmektedir. Konuyla ilgili uluslararası belgelere (OECD'nin Mahremiyetin

Korunması ve Sınıraşırı Veri Akışına Dair Rehber İlkeler, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, AB Konseyi Sözleşmelerinde vb.) baktığımızda veri toplamanın sınırlı olması, veri güvenliği, amacın belli olması, şeffaflık, hesap verilebilirlik, bireyin verileri üzerindeki kontrolü gibi ilkeler karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık alanında toplanan her türden veri Bakanlığın aşı kampanyası geliştirmesi, yükselen hastalık düzeylerini belirlemesi, sağlıkla ilgili yanlış giden ya da aksayan yönleri tespit edebilmesi, düzeltebilmesi, sağlıkla ilgili ihtiyaçların belirlenebilmesi, sağlık politikası üretilmesi için çok önemlidir. Fakat tüm bunların yanında Sağlık Bakanlığının isim bazında topladığı sağlık verileri kişilerin şeffaflaşması, kişilerin gözetime tabi tutulması, mahremiyetin ihlal edilmesi hatta kişilerin sağlık hizmeti almaktan vazgeçme yolunu seçmesi, sağlık programlarına katılımını sınırlaması sonuçlarına yol açabilir (Hodge, 2003). Bu tür olasılıklar göz önünde bulundurulmalı ve mahremiyet hakkının sağlık hizmeti alma hakkının önüne geçmesi engellenmelidir. Çünkü “korku içindeki bir toplum, riskin kendisini ortadan kaldıramasa bile, riskli sandığı her türlü davranışı mahkum eder” (Delibaş, 2017: 57).

3.4. Mahremiyetin Dönüşümü

Mahremiyet kavramı ve içeriği yıllar içinde dönüşmüştür, kamusalait olan konular özel alana, özel alana ait olan konular kamusal alana aktarılmıştır. Modern dönemde iktidarların baskıcı tavırlarıyla dahil olmaya çalıştığı özel hayat bugün internette paylaşım sitelerinde, televizyon programlarında, Reality Showlarda ve tüm kamusal alanlarda gönüllü olarak ifşa edilmektedir. Devlet ise topladığı verilerle yetinmeyerek vatandaşlarını daha da “özel” olarak gözetime tabi tutmaktadır. Modern dönemde yine de mahremiyet hakkı gibi haklar yasal olarak tanınmaya başlanırken günümüzde hukukun arkasından dolanarak çeşitli mecralarda yapılan hak ihlalleri mevcuttur.

Giddens (2014: 123) *Mahremiyetin Dönüşümü* adlı eserinde mahremiyetin dönüşümünü modernliğin küreselleştirici etkileriyle gündelik yaşamın etkileşimi, bireyin kimliğinin refleksif inşası, karşısındakine kendini açmak üzerine kurulmuş bir güven ve kendini gerçekleştirme dürtüsü, bu dürtüyle gelen karşılıklı açılmaların beraberinde erotik bağların ilişki biçimini alması ve hem bireylere karşı hem de gündelik yaşama saldırıları da içeren küresel koşullara karşı özgerçekleştirmeye yönelik ilgi olarak özetler.

Giddens’tan yola çıkarak şu ifadeye varabiliriz: Modern dönemde mahremiyet

yüceltilen bir değerken günümüzde ortalığa saçılan hatta kişinin rızasına başvurulmadan kişiden koparılan bir değer haline gelmiştir. Bu durumda gelişen bilgi teknolojilerinin de rolü yadsınamaz önemdedir. Bilişim teknolojileri sıradan insanlara özgürlük hissi sunarken bu teknolojileri geliştirenlere, bilişim teknolojisini kullanan özel sektör ve devlet kurumlarına inanılmaz bir veri zenginliği sağlamaktadır. Bu veriler ise çoğunlukla kişilerden kopartılan özel bilgilerden oluşmaktadır. Teknolojinin sağladığı olanaklardan faydalanan bireyler farkında olarak ya da olmayarak gözetime tabi olmaktadır. Dolayısıyla teknoloji çoğu durumda mahremiyeti kısıtlamakta ve tehdit etmektedir. İletişim araçları ve özellikle de internetin yaygın kullanımı mahremiyetin tehdit altında olmasını ve zarar görebilmesini kolaylaştırmıştır (Dedeoğlu, 2014).

Bilişim teknolojisinin sağladığı imkânlarla gözetimin kapsamı ve çeşitliliği genişlemekte ve şirketler kişisel verilerden kazanç elde etmek için mahremiyeti ihlal etmekten kaçınmamaktadırlar. Gözetim pratikleri kapsamında değerlendirilebilecek olan telefonların dinlenmesi, e-postaların izlenmesi artık sıradanlaşmıştır. Kişilerin özel bilgileri kâr getirici ticaret metaları haline dönüşmüştür (İlhan, 2007). Tüm bu gelişmelerde big data olgusunun önemini gözler önüne sermektedir. Teknolojinin bu imkanlarından devletler de faydalanmakta, sistemler arası iletişimi mümkün kılarak, veri aktarımı sağlayarak, farklı zaman ve bağlamlarda toplanan verileri yapılandırabilmektedir. Dahası devletler de çoğu zaman sahip olduğu kişisel verileri kendi çıkarları doğrultusunda da kullanabilmektedir.

Big data olgusunun önemi kavrandığından beri, mahremiyetin dönüşümünde en önemsiz kişisel veriler bile ticari meta haline dönüşebildiğinden kişilerin ziyaret ettiği sitelerden, görüştüğü arkadaşlarına, yeme içme alışkanlıklarından adresine kadar önemli ya da önemsiz her bilgi kullanılabilir konuma gelmiştir. Yıllar içinde toplumsal tabanda da benzer bir süreç işlemiş mahremiyet dahilinde önemsiz önemliye, konuşulamayan konuşulana, önemsenmeyen umursanana dönüşürken mahrem olanla kamusal olan iç içe geçmiştir (Özbay vd., 2011). Böylece kamusal alan mahrem olanlara yönelik ilgisini arttırırken, mahremiyete dahil olan şeyler de kamusala ait olanı içinde barındırmaya başlamıştır. Özbay ve diğerleri bu durumu;

Mahremiyetin dönüşümünün de iki veçhesi var. Birincisi, mahrem kabul edilen hususlara devlet, ekonomi, popüler kültür ve tıp gibi “dış” kuvvetlerin artan ve önüne geçilemeyen etkisi. İkincisi de, ilkinde paralel bir biçimde, mahremiyetin gittikçe daha çok konuşulur, kurcalanır, değil, araştırılır, açığa çıkarılır, anlatılır, paylaşılar ve temsil edilir

hale gelmesi. Dolayısıyla üzerinde durduğumuz ikili bir süreç. Hem mahremiyetin ne olduğu ve mahrem alanlarımızı nasıl kurguladığımız değişiyor hem de bu kurgunun sınırları, mahremin bitip kamusallığın başladığı yerler ve arada kalan alanların toplumsal ve kültürel niteliği şekil değiştiriyor (2011: 10)

şeklinde açıklıyor. Yine Özbay ve arkadaşları mahrem olanla kamusal olanın iç içe geçmesini çarpıcı örneklerle şöyle aktarıyor:

Ayşe Paşalı cinayeti ile akıllara kazanan “aile içi” (ya da mahrem) şiddet; bir devlet bakanının ısrarlı hükmüne karşılık eşcinselliğin bir hastalık olmadığı savunulması; ... siyasetçiler ve diğer şöhretlerin özel hayatlarına dair görüntü ve ses (gizli) kayıtlarının yayımlanması; başbakanın ağzından “her evlilikte en az üç çocuk olmalı” düsturıyla akıllara takılan aile planlaması; bazen devletten bir hak olarak talep edilen bazen de bizzat devletin vaat ettiği biyo-kontrol ve biyo-izleme teknikleri; ... “konuşulmayanın konuşulmaya başlanması ve gözlerden irak tutulmanın gözler önüne serilmesi” dinamiklerinin öngörülemez ve kontrol edilemez biçimde ivme kazandığını kavramamıza yardımcı olabilir. (2011: 12).

Bu tür örnekler günümüzde kamusal alan ile özel alanı ayırt eden çizginin ortadan kalktığını ve kamusal olan ile mahrem olanı ayırt etmenin zorlaştığını göstermektedir. Bu tez kapsamında irdelenen Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ise sorgulanamaz kabul edilen mahrem bilgilerin tıbbın otoritesi ve gücü kullanılarak nasıl kamusal olana dahil edildiğini gösteriyor. Her ne kadar güvensizlik, kaygı ve korku oluştursa da çeşitli mecralarda toplanan ya da herhangi bir işlem yapmak için mecbur kalınarak verilen bilgiler hem mahremiyeti ihlal etmeye devam etmekte hem de (kamusal hizmet alamama, kimliğin belirlenememesi gibi) herhangi bir “mağduriyet yaşamamamızı” sağlamaktadır.

3.5. Kişisel Veri - Hassas Kişisel Veri Ayrımı

Mahremiyeti daha detaylı anlamak için kişisel veri, hassas kişisel veri gibi kavramları anlamak yerinde olacaktır. Kişisel Verilerin Korunması Kanununda da belirtilen; bir insanı tanımlayabilecek ya da ayırt edebilecek başta kişinin T.C. kimlik numarası, sigorta numarası olmak üzere adresi, medeni durumu, doğum tarihi, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, hastalıkları vb. kişisel verilerdir. Dülger kişisel verileri; insanın varoluşundan kaynaklanan kişisel veriler ve bilişim toplumunda yaşamamız nedeniyle çeşitli hizmetlere ulaşabilmemiz için verilen bilgiler olarak ikiye ayırmaktadır (2015).

Özetle kişisel veri kişiyi tanımlayabilen her türlü veridir.

“Kişisel Veri” kavramı, verinin bir kişiye ilişkin olması ve bu kişinin de belirlenebilir olması bileşenlerini kapsar. Kişisel veri kavramı isimden, tercihlere, duygu ve düşüncelere kadar çok geniş yelpazede ele alınan ve “ben”e ait bir kavramdır. Bu nedenle bireyin bu veriler üzerindeki denetim yetkisini kaybetmesi bireyin özgürlüğünün, özerkliğinin, mahremiyetinin kısaca “ben” olma özelliğinin kaybedilmesini getirir ... Tüm bunlar bireyin korunması amacıyla verilerin güvenliğinin sağlanmasından öte, bireyin “ben”e ait veriler üzerindeki denetim yetkisini gerektirmektedir (İzgi, 2014: 29).

Bu anlamda “kişisel verilerin korunması; verinin korunması değil, “kişiyle ilgili verilerin işlenmesi nedeniyle bireyin özgürlüğünün korunması”dır; bir başka deyişle veri güvenliği sorunu değil, bir özgürlük sorunudur” (Aydın, 2012: 30). Bu yüzden kişisel verilerin anonimleştirilmesi önem arz etmektedir. “Verinin belirli veya kimliği belirlenebilir bir gerçek kişiyle ilişkilendirilemeyecek veya kaynağı belirlenemeyecek hale getirilmesi sonucunda ortaya çıkan bilgiye “anonim veri” adı verilmektedir. İstatistik, araştırma, planlama vb. amaçlarla tutulan ve herhangi bir kişiyi belirtmekten ziyade kitlesel bilgi yığını olarak çıkan bu tür veriler, ilgili kişilerle ilişkilendirilmeleri mümkün olmadığından kişisel veri sayılmamaktadır” (Dülger, 2015: 50).

Kişisel Verilerin Korunması Kanununda ve birçok uluslararası hukuk metninde bir kişinin ırkı, etnik kökeni, siyasi düşüncesi, felsefi inancı, dini, mezhebi, kılık ve kıyafeti, dernek ya da sendika üyeliği, sağlığı, cinsel hayatı, ceza mahkumiyeti hassas kişisel veri olarak tanımlanmıştır. Avrupa Konseyinde de sağlık verileri tıbbi veriler olarak hassas kişisel veriler kategorisinde değerlendirilmiştir. Bu sebeple istatistik, politika üretme, sağlık planlaması yapmak için ihtiyaç duyulan veri var olan sağlık verilerinin anonimleştirilmesiyle kullanılabilirdir. Türkiye’deki uygulamaya baktığımızda öncesinde Sağlık-net 2, 05.01.2017 tarihinden itibaren de USS kişisel sağlık verilerini, cinsel yaşama dair sorgulamaları, alkol, sigara, uyuşturucu kullanımını ve mahkumiyet durumu gibi hassas kişisel verileri isim bazında toplamaktadır.

Konuyla ilgili Kanada’da aile hekimleri ve hastaların katılımıyla elektronik sağlık kayıtları hakkında yapılan bir araştırmada çok küçük bir azınlık işlenmiş sağlık bilgilerinin kağıtlar üzerinde tutulan sağlık bilgilerinden daha güvende tutulabileceğini savunmuş, işlenmiş sağlık bilgilerinin faydalarının mahremiyet kaybı riskine ağır bastığı fikrine ise

katılımcıların çoğu savunmuştur. Şunu belirtmek gerekir ki makalede söz konusu sağlık kayıt sisteminde sınırlı bilginin bulunduğu söyleniyor. Yine de katılımcılar sağlık bilgilerinin ilaç şirketleri, sağlık sigortası şirketleri ya da hükümet tarafından aleyhlerinde kullanılabileceğinden endişe duymaktadırlar. Buna karşın aile hekimleri işlenmiş sağlık kayıtlarının endişesini daha az yaşamakta ve bu tür sistemlerin getirdiği faydaların olası risklere daha üstün olduğunu savunmaktadırlar (Perara vd., 2011). Türkiye’de ise hastalar tarafından kişisel verilerin işlenmesiyle ilgili bir rahatsızlık ve buna dair bir bilinçten tam olarak bahsetmek mümkün gözükmemektedir. Hastalar şuan için sadece mahrem bilgilerini vermekten çekinmekte, eğer sorgularlarsa bilgilerin Bakanlığa gittiğini bilmekte. Bu bilgilerin sonucunda ise ya bilgi vermekten kaçınmakta ya da süreci kabullenmiş bir şekilde sağlık bilgilerini vermekteler. Yasal düzenlemelere dair eleştirel bir düşünce ise hem hastalar arasında hem de aile hekimleri arasında gelişmiş değildir.

Goldman (1998) ise Amerika’da sağlık kayıtları ile ilgili kapsayıcı bir yasanın olmadığını, vatandaşların korunmasız olduğunu, sağlık kayıtlarını anonimleştirmek gibi bir kolaylık sağlayabildiği halde teknolojiye bu yönde faydalanılmadığını, sağlık kayıtları konusunda hastalara da bir miktar otorite verilebileceğini söylüyor. Yedi ülkede kullanılan elektronik hasta kayıt sistemlerini inceleyen Ludwick ve Doucette da pratisyen hekimlerin yüksek maliyet, sorumluluk riski ve veri güvenliği sorunundan dolayı bu tür kayıt sistemlerini benimsemekte zorluk çektiklerini belirtiyor (Ludwick ve Doucette, 2009).

Gözetim toplumunda yaşadığımızın aşikar olduğu şu yıllarda her türlü verimiz bilişim teknolojileri sayesinde kolayca toplanıyor, tasnif ediliyor. Bu teknolojilerin hayatın her alanında olduğunu söylemek mümkün. Konu hassas veri olarak sınıflanan sağlık verilerine gelince insanlar çoğunlukla ne yapacağını bilemiyor. Çünkü hem sıradan vatandaşlar olarak hem de -veriler kapsamında- aile hekimleri olarak gözetim toplumunun kapsamı konusunda ve yasalar konusunda halk fazlaca bilgi sahibi değildir. Ayrıca devlet de sağlık bilgileri konusunda aydınlatıcı olmaktan uzaktır. Çoğunlukla kişisel bilgilerin ne kadarının, nerede, ne amaçla, hangi güvenlik önlemleri kapsamında, ne kadar süre ile tutulduğunu ve bu bilgilerin hangi kurum ya da kişilerle paylaşılacağı bilinmiyor. Mevcut uygulamalar fiziksel bedenlerin veri bedenlerden daha sonra geldiği izlenimi veriyor. Biz bir kuruma varmadan önce veri olarak bilgilerimize ulaşılabilir ve bu profiller bizi temsil ediyor (Stalder, 2002).

Bize “daha iyi hizmet sunmak için” görüşmelerimiz; kamusal ve kimi özel alanlarda güvenliğin sağlanması, suçluluğun önlenmesi gibi amaçlarla görüntülerimiz; doğru teşhis için en mahrem sağlık bilgilerimiz; alışverişlerde kullandığımız kartlar aracılığıyla beğenilerimiz; işyerine, yurtlara ya da spor kulüplerine giriş-çıkış saatlerimizin izlenmesi ve giriş izniniz olup olmadığının belirlenmesi için biometrik verilerimiz kayıt edilmekte. Bu noktada sorulması gereken ancak çoğu zaman ihmal edilen soru: Devletin ve özel teşebbüslerin her geçen gün biraz daha gelişen, yaygınlaşan ve çeşitlenen araçlarla topladıkları bu bilgilerin, daha sonra nerelerde, kimler tarafından kayıt edildiği, hangi amaçlar için, ne kadar süre kullanıldığı, hangi işlemlerden geçirildiği, kimlere aktarıldığı (Küzeci, 2011: 143).

Bu durum bir süreç olarak işliyor ama bu süreci tersine çevirmek tam olarak mümkün değildir. Dolayısıyla bu süreçte neler olduğu ile ilgilenilmesi ve kişisel veriler konusunda bilinçlenilmesi gerekmektedir. Kişisel sağlık verilerimiz hakkında olması arzulanan gelişmeleri Mandl (2001) şöyle sıralıyor;

- Hastaların mahremiyetlerini korurken onlara sağlık bilgilerine erişim imkanı bunun yanı sıra hastaların bilgilerini tanımlama, girme, açıklama, değiştirme, yayma, kullanma, silme hakkı tanınmalı,
- Kayıt sistemleri hekimlerin ofisleri, hastane bilgisayar sistemleri, laboratuvarlar ve hastaların kişisel bilgisayarlarını da içeren çeşitli kaynaklardan (radyolojik, tarihsel, laboratuvar vb) veri kabul edebilmeli,
- Kayıtlar her zaman hasta ile paylaşılmalı. Ve hastalar verilerinin hangi kısmının kim tarafından kontrol edileceğine karar verme hakkına sahip olmalı. Böylece sağlık verilerinden kaynaklı hastanın karşılaşabileceği ayrımcılık gibi durumlar ortadan kalkabilir.
- Birçok sağlık kurumu teknolojik imkana rağmen verileri hasta ile paylaşmak konusunda gönülsüzdür. Hasta bilgilerinde herhangi bir değişiklik yapıldığında da bu durum hasta ile paylaşılmalı. Ayrıca hastalar bilgilerine kimin, hangi koşullarda ve hangi amaçlarla ulaştığını da görebilmelidir.

Bu konuda Mandl’in önerilerinden birkaçı önümüzdeki yıllarda gerçekleşse veri mahremiyeti konusunda bir adım daha ileri gidilmiş olunacaktır. Yukarıda da bahsedilen devletin şeffaflaşması kapsamında özellikle sağlık, cinsel hayat gibi hassas kişisel

verilerimizin hangi kapsamda, ne kadar süre ile, hangi amaçla toplandığının açıklanması elzemdir. Hasta kayıtlarının belirli otonomilerin hastalara da sağlanarak hastaların bilgisine açılması ve e-nabız uygulamasının geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Bu araştırma kapsamında elde edilen verilerde de bu tür uygulamaların mahremiyete zarar vermese bile buna olanak sağladığını göstermiştir. Bu sebeple hem sağlık personelinin dikkatli olması hem de yasaları ve mevzuatları iyi bilmesi önem arz etmektedir. Hastanın bilgilerinin paylaşımı konusunda -bilinç kaybı gibi durumlar dışında- ancak ve ancak sadece hastanın onamıyla paylaşım yapılmalıdır. Böylece hem ‘kızınız hamile’ vakalarının önüne geçilebilecek hem de oluşabilecek diğer ihlal durumlarına karşı hak ve yükümlülüklerini bilen sağlık personeli daha temkinli olmak durumunda kalacaktır. Hastaların da mahremiyet hakkı başta olmak üzere kişisel hak ve özgürlüklerinin bilincinde olması bilişim teknolojileri imkanlarının oldukça yaygın kullanıldığı günümüzde oldukça önemlidir.

4. BÖLÜM

4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMI

4.1. Sağlık Dönüşümünde E-Devletin Rolü

Günümüzde hiçbir toplum yoktur ki bilgi toplumu süreçlerini yaşamamış olsun. Er ya da geç her devlet bilgi toplumu süreçlerine entegre olmaktadır. Bu, bazen uluslararası bürokrasiyi yakalama telaşından bazen ise ulusal çıkarlar doğrultusunda geliştirilen yönetim anlayışından kaynaklanır. Bilgi çağında her şey elektronik ortamda gerçekleştirilmeye başlanmış ve bürokrasi de buna uyum göstermiştir. Artık birçok işlem için online olmamız gerekiyor ve bu durum çoğunlukla ulus devletler tarafından destekleniyor. 1990’lardan bu yana devletlerin elektronikleşmesi süreciyle karşı karşıyayız. Devlet kurumlarının kağıtlar üzerinden yürütülen hantal bürokrasisini aşmak, bürokraside hız, şeffaflık kazanmak, zamanda, parada, kağıtta tasarruf sağlamak amacıyla e-devlet projeleri hayata geçirilmektedir.

E-devlet, devletin bürokrasisine ait devlet kurumlarında gerçekleştirilen işlemlerin elektronik ortamda gerçekleştirilmesidir.

Bütün ülkelerin e-devlet uygulamalarında hedeflenen amaçlar şöyle sıralanabilir: Şeffaf devlet vizyonuna ulaşılması; vatandaşların, devletle olan işlerini daha hızlı halledebilmesi; kamusal hizmet birimlerinin daha verimli olmasının sağlanması; kamu kurumları arasında bilgi bütünlüğünün sağlanarak, her türlü kötüye kullanımın önünün kesilmesi; bireylerin, kamu hizmetlerinden 7 gün 24 saat faydalanmasının sağlanması; kamusal hizmetlerin yaygın ve erişilebilir hale getirilmesi; katılımcı yurttaşlığın arttırılması ve devlet kurumlarının daha rasyonel ve verimli işleminin sağlanması (Çukurçayır ve Çelebi, 2009: 66).

E-devlet projesi, modern çağın sunduğu bütün teknolojik, elektronik ve telekomünikasyon olanakları kullanılarak; devletin vermesi gereken kamu hizmetlerini daha hızlı ve verimli bir biçimde sunması ve yurttaşın devlete karşı yükümlülüklerini, daha kolay ve hızlı bir biçimde yerine getirmesi projesidir. Aynı zamanda e-devlet “devletin yurttaşlara karşı yerine getirmekle yükümlü olduğu görev ve hizmetler ile yurttaşların devlete karşı olan görev ve hizmetlerinin karşılıklı olarak elektronik iletişim ve işlem ortamında güvenli ve kesintisiz olarak yürütülmesidir” (Akgül, 2015: 53). Dolayısıyla e-devlet sadece kamu

işlerinin elektronik ortamda yürütülmesi anlamının çok ötesinde devlet ve vatandaşın birbirine olan karşı yükümlülüklerinin de yerine getirilmesidir.

Teknoloji ve devlet ilişkisine bakıldığında, yönetim bağlamında teknolojinin kullanımı e-devlet projeleriyle başlamamış, tarih boyunca her zaman var olmuştur. Bu gerçek elbette devletin kendini teknoloji ile meşrulaştırdığı anlamına gelmez fakat devletler için teknoloji meşruiyetlerini sağlamaları ve yönetimlerini kuvvetlendirmeleri için kaçınılmazdır. Dolayısıyla büyük güçler ön planda olsa da ulus devletler de teknolojiye ideolojilerini katarlar. E-devlet projesinden görüleceği üzere devlet ideolojisini teknolojinin sağladığı iyi imkanlarla sunmaktadır. “Günümüzde endüstri toplumunun çalışma sisteminde araştırma süreçleri teknik uyarlama ve ekonomik değerlendirmeye, bilim ise üretim ve yönetimle çiflenmişlerdir: bilimin teknikte kullanılması ve teknikteki ilerlemelerin tekrar araştırmalarda kullanılmaları çalışma dünyasının özü haline gelmiştir” (Habermas, 2016: 82). Dolayısıyla e-devlet projesini tamamıyla ideoloji kavramıyla okuyamasak da proje içerisindeki birçok ayrıntı, bilgiyi yönlendiren ilgilerin iktidar dolayımında oluştuğunu (Habermas, 2016) göstermektedir.

Ulus devletlerin e-devlet sistemlerine geçişlerinin birçok sebebi olmakla birlikte geçtiğimiz elli yılda yaşanan ekonomik krizler, devletlerin küçülmesi, bilgi ve bilişim teknolojilerinde yaşanan gelişmeler, devletlerin bu gelişmelere kayıtsız kalmaması, yönetim anlayışının değişip yönetim anlayışının dünyada hakim olması ve tüm bunlarla bağlantılı olarak kamu hizmetlerinde hız, şeffaflık, zaman tasarrufunun önemli hale gelmesi (Yıldırım, 2008) ve ulus devletler piyasadan çekilip küçülürken, yönetim olarak güçlenme ve hükmetme sanatına dayalı olarak “bilme istençleri” artmış olması en başta sayılabilecek sebeplerdendir. Bu noktada e-devlet projeleri hükümetlerin değil, devletlerin politikaları olagelmektedir. Dahası e-devlet şeffaf, verimli, hızlı devlet hizmeti vermenin yanı sıra, verimli, hızlı, online, şeffaf, katılımcı vatandaş profilini de gerektirmektedir.

Mevcut kriterlerdeki e-devlet tanımlarına bakıldığında “toplam kalite yönetimi” anlayışı çerçevesinde, bir tür düşük maliyet, etkili iş süreçleri, ürüne odaklanmış, yurttaşı müşteri, devleti bir tür hizmet üreten şirket gibi algılama eğiliminin baskın olduğu” göze çarpmaktadır (Akgül, 2015). Ayrıca çoğu kamu yönetimi alanından yapılmış bu tanımlar ve açıklamalar birçok sorunlu olguyu da içinde barındırmaktadır. E-devlete, birçok çalışmada abartılmış bir anlam yüklenmektedir. Şeffaf, açık, hızlı, verimli devlet anlayışı olarak yansıtılan e-devlette belirli konularda gelişme gösterilmiş olsa da şeffaflık hâlâ bir

muammasıdır. E-devlet üzerinden hizmet alırken bizden talep edilen bilgilerin arka planını kavramakta sıkıntı yaşamaktayız. Sistem üzerinden işlem yapılabilse de yurttaş halen pasif bir pozisyonundadır. Aktif yurttaşlık iddiaları halihazırda gerçekleşmiş değildir. Çünkü sistem hiçbir şekilde iki yönlü iletişime izin vermemektedir. Vatandaş sisteme, sistemin istediğini vermekte buna karşın kendisi sistemin ona sunduğu kadarını alabilmektedir. Bu noktada e-devlet; vatandaşa hızlı, otomatik ve sistemli bir hizmeti sağlarken kendi adına yönetimini kuvvetlendirme, vatandaşını her yönüyle bilme, sayma, sayısallaştırma ve hiyerarşik yapının devamını sağlamaktadır. Tüm bunlara ek olarak, eğer yönetim kötüyse e-devlet uygulamalarının belirli bir standarda oturması devlete olan güven problemini gidermeyecektir. Örneğin bir hastanede yönetim kötüyse ya da muayene ücretleri, ilaç politikaları vatandaşın aleyhine değişiyorsa e-devlet ya da MHRS üzerinden alınan “zahmetsiz” randevu bu kuruma olan güven için yeterli gelmeyecektir. Kaldı ki tamamen elektronikleşmemiz mümkün değilken e-devlet uygulaması tek başına yetmez; kamu kurumlarında yönetim ve hizmet kalitesi birçok yönden iyileştirilmelidir. Yine de en azından daha modern bir devlet yapısına kavuşma ve bürokrasi zincirlerinden birkaç halkayı kırabilmek adına olumlu; çağdaş devlet anlayışında gerekli bir adımdır.

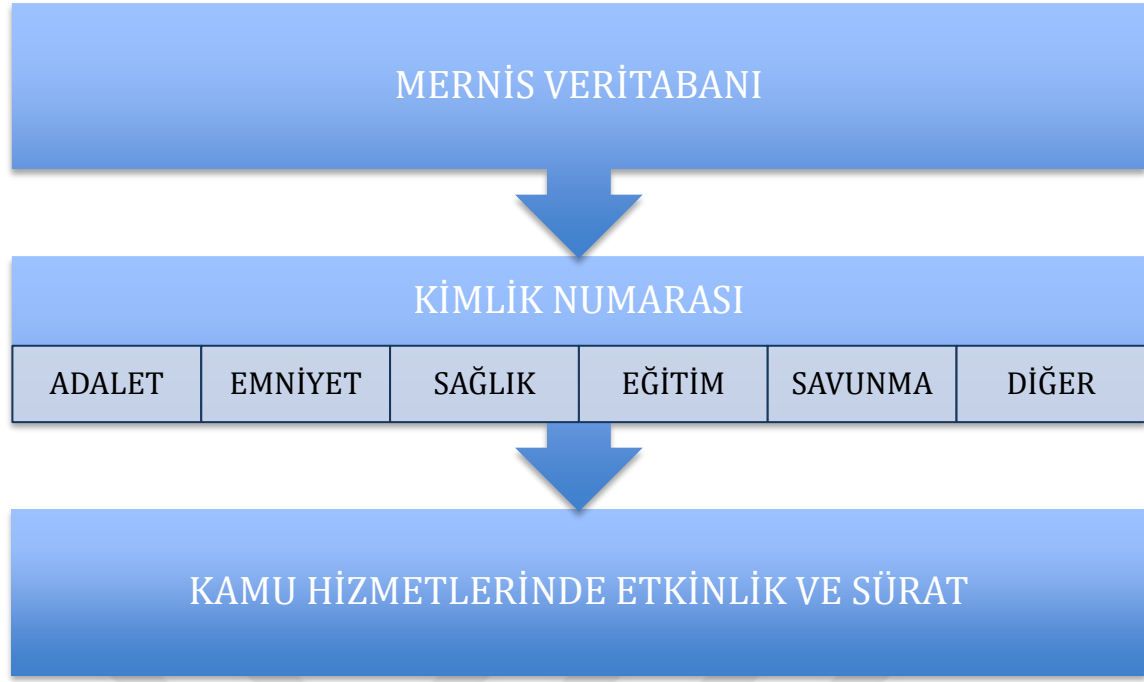
E-devlet uygulamaları tarihsel olarak gelişmiş ve yerleşmiş devlet-yurttaş ilişkisinde önemli dönüşümlere yol açmaktadır. Ancak bu etkilerin sosyolojik olarak ne anlama geldiği konusu pek anlaşılmas görünmektedir. Çünkü e-devlet üzerine yapılan çalışmaların çoğu Kamu Yönetimi bölümleri tarafından çalışıldığından tasvir düzeyinde kalmış çalışmalardan oluşmakla birlikte “çalışmalar çoğunlukla klasik siyaset biliminin bakış açısından yani çoğunlukla devlet cephesinden e-devlet, e-yönetişim cephesinden incelenmektedir. Diğer yandan Mernis gibi nüfus kayıt sistemleri, e-ekonomi, e-ticaret ağlarının oluşturulması, polisin ve jandarmanın ulusal çaptaki bilgi ağlarının oluşturulması gibi devletin daha çok kendi hizmet ve güvenlik ihtiyaçlarına fazlasıyla odaklanmış bir bakış açısı göze çarpmaktadır” (Delibaş ve Akgül, 2010: 136). Bu açıdan e-devlet sistemi tartışılırken sistemin olumlu ve olumsuz özelliklerini bir arada ortaya koymak önem taşımaktadır.

Türkiye’de de uygulanmaya başlanmış bu sistem, tüm kamu kurum ve kuruluşlarının yanı sıra özel kurumların da sisteme entegrasyonunun sağlanmasıyla; 2000’li yıllarda fıkri olarak başlayan proje 2003 yılında E-Dönüşüm Türkiye Projesi ile hayata geçmiştir. Kalkınma Bakanlığının sitesinde e-dönüşüm ve bilgi toplumu ilişkisi ve bu dönüşümün gereklilikleri anlatılmıştır. Bu vesileyle vatandaşın doğumdan ölüme kadar devletle olan bağı ve sorumlulukları elektronik sistemde düzenli olarak kayıt altına alınmaya

başlanmıştır. Bu durum, vatandaşlıkla bağlantılı olarak vatandaşın devletten alabileceğin hizmetleri göstermekle birlikte, devletin vatandaş hakkında düzenli bilgi sağlayıp bu bilgileri veriler olarak kullanıp sağlıklı istatistiksel bilgiler sağlamasının ve bu verileri kullanarak sistemdeki ya da işleyişteki aksaklıkları düzeltmesinin yolunu açar. Fakat devlet bu bilgileri vatandaşları için kullanabileceği gibi vatandaşlarına karşı da kullanabilir. Bu durumda bilginin gizliliği ve güvenliği sorunu da akla gelmektedir. Bu konuda koruma, yeterlilik, güvenilirlik konuları yine de tartışmalıdır. Bakanlıklar, basına yansıyan veriler çalındı haberleri eşliğinde birçok güvenlik zafiyetini halen gidermeye çalışmaktadır. Güvenlik zafiyetlerini bir kenara bırakırsak, e-devletleşmenin önemli bir yol aldığı söylenebilir. Bu gelişme devletin hizmet verdiği her alandan açıkça gözükmemektedir. Bu açıdan tezin konusu doğrultusunda sağlık sisteminin e-devletleşmesi ve mahremiyet ilişkisi incelenmektedir. Bu noktada Sağlıkta Dönüşüm Projesiyle başlatılan Aile Hekimliği sistemine eleştirel bir bakış yöneltmemize sebep olan iki e-devlet uygulamasına bakmak faydalı olacaktır.

4.1.1. MERNİS (Merkezi Nüfus İdare Sistemi)

E-devlet projesinin hayata geçirilmesiyle birlikte kamu kurumlarına ait birçok hizmet elektronik ortamda sağlanır olmuştur. Bunlardan belki de en önemlisi nüfus kayıtlarının elektronik ortamda tutulması ve paylaşılmasını sağlayan MERNİS'tir. 1980'lerde temeli atılan ancak 2000'den itibaren kullanımına başlanılan MERNİS'ten (Merkezi Nüfus İdare Sistemi) T.C. İçişleri Bakanlığı'nın resmi sitesinde henüz bitmemiş bir proje olarak bahsedilmekte ve amacı şöyle ifade edilmektedir: "Mernis Projesi tüm Ahval-i Şahsiye bilgilerinde meydana gelen her tür değişikliğin ülkenin her tarafına dağılmış 957 merkezden anlık güncellemesini ve bir ağ üzerinden güvenle paylaşımını sağlayan bir projedir" (Nüfus Ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, 2009). MERNİS, devlet tarafından övülmekte, kırtasiye masraflarını azaltıp, vatandaş devletle yakınlaştıran bir proje olarak görülmektedir. MERNİS'i mümkün kılan en önemli unsur ise kimlik numarasıdır. Kimlik numarası, isim benzerliklerinin yarattığı problemleri ortadan kaldırması, kimlik tespitinin hızlı gerçekleştirilmesi, kişinin doğumundan ölümüne kadar her türlü işleminin ortak bir numara ile yürütülmesi ve en dikkat çekici nokta olarak kamu kuruluşları arasında bilgi alışverişini kolaylaştırması için 28 Ekim 2000 tarihinde uygulanmaya başlanmıştır. MERNİS projesiyle oluşturulan veri tabanının kamu kurum ve kuruluşlarının paylaşımına açılması 2004 Aralık ayı sonunda gerçekleşmiştir.



Şekil 4.1.: Nüfus Bilgilerinin Paylaşıldığı Kurumlar (Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, 2017)

Sitede sistem, nüfus istatistiklerinin iyi bir kaydının tutulmasıyla ön plana çıkarılırken sağlık yönünden başlığı altında “Her vatandaş için sağlık kuruluşunda açılan dosyalar kimlik numarası esasına göre açılacağından kişinin sağlık bilgilerinin bir bütün halinde tutulabilmesi mümkün olabilecektir, Planlama açısından sağlık politikaları, örneğin; bölgelere göre hastane ve sağlık ocağı ihtiyaçları MERNİS veri tabanındaki gerçek bilgiler ışığında planlanabilecektir” (Nüfus Ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, 2009) denmektedir. Kamu Kuruluşları-Mernis İlişkisi başlığında “Türkiye Cumhuriyeti Kimlik numarası Kamu kurum ve kuruluşları arasında anahtar görev yapacak bilgi alışverişini gerçekleştirmesine olanak sağlayacaktır” (Nüfus Ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü, 2009) denmektedir ve İçişleri Bakanlığı bu kurumları bir tabloda (Şekil 4.1) sunmaktadır. MERNİS projesinin nüfus ve vatandaşlık işleri adına çok olumlu bir gelişme olduğu gerçekliğini korurken nüfus bilgilerinin birçok kurumla paylaşılması ve bunun kişinin izni olmadan yapılması sorgulanması gereken bir durumdur. Örneğin Aile Hekimliği Bilgi Sistemi uygulamasının ilk başladığı yıllarda Aile Sağlığı Merkezi personeli sisteminden hastasının vukuatlı nüfus kayıt örneğine ulaşabiliyordu. T.C. kimlik numarasıyla adının soyadının çıkması yeterli olan sağlık işlemleri için bu kadar nüfus bilgisinin sağlık personeline verilmesi işleminden daha sonraları vazgeçilmiştir. Fakat yine de hangi

kurumların hangi bilgilere sahip olduğu konusu net değildir. En azından sağlık sisteminde halen çok fazla bilgi yer almakta ve bakanlık serverlarına gönderilmektedir.

4.1.2. KPS (Kimlik Paylaşım Sistemi)

MERNİS ile bağlantılı bir diğer sistem Kimlik Paylaşım Sistemidir (KPS). KPS yukarıda MERNİS ile ilgili ifade edilen sakıncaların yanı sıra kamu kurum ve kuruluşlarında hızlı ve verimli hizmet verilmesinin yolunu açmıştır. Bunun yanı sıra devlet ile anlaşma yapan başta bankalar olmak üzere birçok özel sektör kuruluşu da KPS’den faydalanarak kimlik doğrulama sürecini oldukça hızlı ve kimlik karışıklıklarına mahal vermeyecek şekilde yapmaya başlamıştır. Yıldırım’a göre “Kimlik Paylaşım Sisteminin en önemli sonuçlarından birisi de vatandaşlarımıza kamu kurum ve kuruluşlarında farklı numaralara ihtiyaç kalmaksızın tek bir numara ile işlem yapabilme imkânını vermesidir. Kamu kurum ve kuruluşları farklı yerlerde tutulan bilgilere T.C. kimlik numarası üzerinden ulaşabilmekte gerekli durumlarda numarayı KPS üzerinden sorgulayabilmekte ve doğrulayabilmektedir. Bu yapılanma kurumlar açısından elektronik ortamda birlikte çalışabilirliğin standardının ve altyapısını oluşturmuş” (2008: 196) olmasıdır.

4.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

E-dönüşüm Türkiye programı 1980’lerde uygulanmaya başlanan neo-liberal politikaların 2000’lerin başında yeni bir görüntüye ve tanıma bürünmesi olarak görülebilir. Konuyla ilgili çıkarılan Başkanlık Genelgesinde her ne kadar yukarıda bahsedilen şeffaflık, hızlılık gibi söylemler kullanılsa da maddi tasarruflar özellikle projenin sağlık ayağında daha fazla göze çarpmaktadır (Sosyal Güvenlik Kurumlarının tek çatı altında toplanması, ilaç fiyatlandırma ve ödeme politikaları vb.). E-dönüşüm Türkiye programı uygulamaya konulduktan sonra birçok ayağı olan bir proje olarak devam etmiştir. Bunlardan biri de Sağlıkta Dönüşüm Programıdır. Sağlık alanında on yıllardır devam eden aksaklıkları “düzeltmek” adına sağlık sistemiyle ilgili radikal değişiklikler yapılmıştır. Bu değişikliklerle 82 Anayasası’nın 56. maddesine “devlet, herkesin hayatını, beden ve ruh sağlığı sürdürmesini sağlamak; insan ve madde gücünde tasarruf ve verimi arttırarak, iş birliğini gerçekleştirmek amacıyla sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermelerini düzenler. Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimdeki sağlık ve sosyal kurumlardan yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir” hükmü (Akdağ, 2012: 49) getirilmiştir.

Sağlık alanında bir reforma gidilmesi fikri 1990'lardan beri olagelmış fakat ancak 2003 yılında 58. hükümet döneminde uygulamaya konabilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte köklü değişiklikler gerçekleşmiş; tüm hastaneler Sağlık Bakanlığı'na bağlanmış, Emekli Sandığı, SSK, BAĞ-KUR, yeşil kart ayrımı yapılmaksızın her vatandaşın her hastanede muayene ve tedavi olabilmesi için ayrı sigorta kurumları, sağlık sigortalılığı kapsamında birleştirilmiş, birinci basamak sağlık hizmetleri kökten değiştirilerek Aile Hekimliği sistemi getirilmiştir. Ayrıca özel sektör anlayışına terkedilemeyecek konular olan sigara satışları, kan transfüzyonu, ilaç suiistimali, ötenazi düzenlenmiştir (Akdağ, 2012). Sağlık hesaplarının rutin olarak tutulmasını ve izlenmesini sağlayan, performans temeline dayalı bir bütçeleme sistemi olan, mali saydamlığa sahip ve aynı zamanda doğru verilere ulaşılmasını sağlayan bir “ulusal sağlık hesabı sistemi” kurulmuştur (Akdağ, 2012). Bu durum da ilaç ve muayene ücretleri bazında eczacıları devletin sağlık hesaplarını tutan veznecileri haline getirmiştir. Ayrıca devletin bu tasarruf etme biçimi, eczacının hangi ilacın ne zaman hangi eczaneden alındığını görerek, hangi ilacın hangi hastalık için olduğunu bilerek ve sistemde ilaç ve muayene geçmişini görerek hasta mahremiyeti durumunu da sorgulamaya açmaktadır.

Sağlıkta Dönüşüm Programıyla birlikte değişen ve en çok vurgulanan husus veri toplamada bir düzenlilik ve güvenilirlik elde edilmesidir. Sağlıkta Dönüşüm Değerlendirme Raporu'nda bu durum; tüm kurumlardan toplanan bilgilerle sağlıklı istatistikler toplanması, sağlık verilerinin akışında düzenlilik, güvenilir verilerin toplanması, verilerin arşivlerde kaybolmasının ve kişiler hakkında düzensiz veri toplanmasının önüne geçilmesi böylece kişiyle ilgili bütüncül veri toplanması ve analizi, verilerin bilgiye dönüştürülmesi, kullanılması ve yönetime yardımcı olması (Akdağ, 2012) gibi örnekler üzerinden anlatılmıştır. Özellikle Birinci Basamak sağlık sistemlerinin MERNİS ve KPS aracılığıyla bilgi çekmesi ve bütüncül olan “mahrem” sağlık bilgilerinin tek merkezde T.C. kimlik numarası, adres, isim gibi kişiyi işaret eden bilgilerle birlikte toplanmasından ne Bakanlık sitesinde ne de başka bir kuruluşun resmi açıklamalarında rastlanmamaktadır. Bu kadar kapsamlı ve bütüncül sistemlerin sağlıklı veri toplama, yorumlama, sağlık politikası geliştirme gibi olumlu özelliklerinin yanı sıra hasta mahremiyetini zedeleyebilecek kapasitede olduğu da her zaman göz önünde bulundurulmalıdır.

4.2.1. USS (Ulusal Sağlık Sistemi)

Daha düzenli ve güvenilir veri elde edilmesi için Sağlık-Net sistemi kurulmuş ve özellikle Aile Hekimlikleri bu sisteme veri aktaran en önemli unsurlar olmuşlardır. Sağlıkta Dönüşüm Programı raporunda Sağlık-Net; tüm sağlık kuruluşlarından güvenli, hızlı, entegre bilgi toplayan, ve ilgili kurumlara bilgi verebilen iletişimsel bir yapıda olan, güvenliği sağlanmış olarak tüm yurttaşlara ait sağlık verilerini tek çatı altında toplayan, sağlık politikalarına ve yatırımlara yön veren (Akdağ, 2012) nitelikleriyle anlatılmaktadır. Birçok hastalığın takibini yaptırması, çağdaş sağlık kayıtlarına olanak vermesi açısından elbette olumlu bir sistemdir ama eleştirilecek çok yönü de vardır. Örneğin alt yapısının temel özelliği olarak bahsedilen vatandaşın sağlık kayıtlarına erişmesi ve bunları yönetebilmesi durumu birçok Avrupa ülkesinde olduğu gibi bizde de uygulanmakta ama eksiktir. E-nabız sistemi incelendiğinde verilerin tartışıldığı bölümde daha detaylı anlatıldığı gibi vatandaşların verileri yönetmesi hem çok kısıtlı bir çerçevede kalmakta hem de 15-49 listesi, alkol, sigara, uyuşturucu kullanım bilgisi toplanan birçok verinin bilgisi yurttaşlara sunulmamaktadır.

Üniversiteler, kamu kurumları ve özel sektörün Sağlık Bilgi Sistemini oluşturmak için bir arada çalıştığı, “E-Dönüşüm Türkiye Projesi 2005 yılı Eylem Planı’nda “e-Sağlık” ile ilgili olarak Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğunda;

1. Sağlık hizmeti veren ve ödeme yapan kurumlar arasında klinik ve idari verilerin değişimi
2. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi
3. Hastane (İkinci Basamak) Yönetim Bilgi Sistemi
4. Elektronik Hasta Kayıtları
5. Sağlık Kayıtları Mahremiyetinin korunması

Olmak üzere 5 eylem yer almıştır (Yurt, 2012: 441). Böylece Sağlık Bakanlığı, tüm mali kalemler ve sağlık ile ilgili kayıtları tek bir veri havuzunda toplayabilme imkanına kavuşmuştur.

Sağlık Bakanlığı 05.01.2017 tarihinde ise bilgilerin toplandığı veri tabanını değiştirmiş ve tüm sağlık kurumları USS’ye veri göndermeye başlamıştır. Sağlık Bakanlığı’nın sitesinde USS; tüm sağlık kuruluşlarından verilerin online alındığı, verilerin

işlenmesini ve kalitesinin yükseltilmesini sağlayan sistematik ve işlevsel kayıt sistemi (Sağlık Bakanlığı, 2017) olarak lanse edilmektedir. Araştırma verilerinin tartışılması sırasında ayrıntılı olarak irdelenilecek olan USS sistemi istatistiksel olarak faydalı olmasının yanı sıra bireysel özgürlükler ve mahremiyetle ilgili de birçok sorunu içinde barındırmaktadır, vatandaşın sağlık kayıtlarını yönetmesi de sistemde şuan için çok mümkün değildir çünkü vatandaşlar bu sistemde toplanan bilgilerden bihaberlerdir ve bilgi toplanması sırasında vatandaşın rızası sorulmamaktadır.

Bakanlık ayrıca koruyucu ve temel sağlık hizmetleri kapsamında halkın doğru sağlık davranışları geliştirmesini sağlamak amacıyla; fiziksel aktivitelerin artırılması, obezitenin önlenmesi, tütün kullanımının önlenmesi, alkol kullanımının önlenmesi, kişisel temizlik, ağız ve diş sağlığı, kazaların önlenmesi, akılcı ilaç kullanımı, ruh sağlığı, kadın ve üreme sağlığı, sağlıklı doğum, işçi sağlığı ve sağlıklı işyerleri, sağlıklı okullar, sağlıklı çevre, sağlık okuryazarlığı, sağlıklı yaşlanma gibi konularda program geliştirmektedir (Akdağ, 2012). Bu programların bir kısmı gerçekten vatandaşlar için olumlu adımlar olarak nitelendirilebilecek olsa da ilaç kullanımı, kadın ve üreme sağlığı, sağlıklı doğum gibi konular kişinin sağlığı ile ilgili iradesinin yok sayılmasına ve tek otorite olarak tıp gösterilerek devletin otoritesi ve biyopolitikalarına maruz kalınmasına sebebiyet vermektedir. Örneğin doğum konusunda, kişilerin seçim hakkını sınırlayabilecek şekilde “normal” doğuma zorlanması ve çocuk doğurma şeklinin bile “sağlıklı” tanımlanmasına alınarak belirli bir pratiğe zorlanması söz konusudur. Bu noktada kişisel istekler, korkular ve fizyolojik, biyolojik yetersizlikler söylemlerde göz ardı edilmektedir. Benzer şekilde ilaç kullanımı da sağlık politikaları kapsamında belirli ilaçların önerilmesi pahalı ya da anlaşılması yenilenmemiş ilaçların verilmemesi şeklinde ve birçok ağrı kesici ilacın alınması için bile vatandaşın doktora gitmeye zorlanması şeklinde gerçekleşmektedir. Bu hastanın yanlış ilaç kullanmasının önüne geçerken; muayene ücreti ödeyip, belirli kayıtlara geçmesini de sağlamaktadır.

USS'nin toplanmasını ön gördüğü 15-49 listeleriyle alakalı olarak son yıllarda kadının doğuracağı çocuğun doğum şeklinden, yine kürtaj gibi önemli hususlarda tanık olduğumuz tartışmalar, artan veri toplama faaliyetlerinin gözetimi güçlendireceği yönünde işaretler vermektedir. Örneğin o dönemin başbakanı kürtaj⁹ yaptırmayı cinayet olarak tanımlarken, sağlık bakanı Akdağ, daha da ileri giderek tecavüz sonucu doğacak çocukların

⁹ milliyet.com.tr, Erdoğan: Kürtaj Bir Cinayettir.

devlet tarafından bakılacağını dillendirerek kadının bedeni üzerindeki kontrolüyle ilgili tartışmaları ateşlemiştir¹⁰. Sezaryene bile karşı olan devlet politikası kadın yurttaşlarını çaresiz bırakmaktadır. Cumhurbaşkanı Erdoğan ise yine bir demecinde çocuk yapmayan kadını “yarım” addederek, üreme amaçlı olmayan cinselliği lanetlemektedir¹¹. Sağlıkla hamilelik bu kadar bağdaşmışken konuyla alakalı kadına şiddet, kadın cinayeti ve tecavüzde caydırıcı yasalar getirilmedi. Hatta bireyin en temel özgürlüklerine zarar vermiş kişiler korunarak tecavüzcü, şiddet gösteren yüceltilir ve korunur hale geldi öyle ki mağdur tecavüzcüsüyle evlendirilsin diye yasa önerisi meclise sunulmuştur¹². Tüm bu tartışmalar, Sağlıkta Dönüşümün “sadece teknik değil, aynı zamanda siyasi bir süreç” (Akdağ, 2012: 99) olduğuna işaret etmektedir. Dolayısıyla sıradan yurttaş SDP uygulamalarından doğan bir sonuç olarak, iyiden iyiye devletin biyopolitikasının kısıkcı altına alınmaktadır.

Bakanlığın sahada -özellikle aile sağlığı merkezlerinde- uygulanması için hazırladığı veri setleri incelendiğinde son derece ayrıntılı bilgiler istendiği görülmektedir. Kanser taramaları, bulaşıcı hastalıklar, aşılar gibi rutin işlemler yurttaş sağlığının ön planda tutulduğunu düşündürürken, muayene bilgisi, fatura bilgisi kaydı işlemlerin vatandaşların sağlık işlemlerinde giderek maddi yükü üstlendiklerini ve sağlık ödemelerinin yurttaş kaynaklı açıklardan arındırılmaya çabalandığını düşündürmektedir. Tezin konusu kapsamında mahremiyetle en çok bağ kurulan 15-49 Yaş Kadın İzlem Veri Setinde bulunan ayrıntılar (konjenital anomalili doğum varlığı, canlı-ölü doğan bebek, izlemin yapıldığı yer, kullanılan aile planlaması yöntemi ve lojistiği, işlem zamanı, işlem yapan, bilgi alınan kişinin adı-soyadı, telefon numarası, aile planlaması yöntemi kullanmama nedeni, bir önceki kullanılan aile planlaması yöntemi) ise hayrete düşürücü ve hasta mahremiyetini riske atıcı boyuttadır. Madde bağımlılığı ve tütünle mücadele geline nokta ve hassasiyet önem arz etmektedir. Fakat USS’de Madde Bağımlılığı Bildirimine bakıldığında alkol-madde kullanımı, enjektör paylaşım durumu, hasta kodu, iş durumu, kullanılan esas madde, öğrenim durumu, sigara adedi, sigara kullanımı, tedavi merkezi, uygulanan tedavi, yaşadığı bölge, yaşam biçimi ayrıntıları bir arada düşünüldüğünde hastayı tedavi etmenin yanı sıra toplanan kişisel bilgiler ve detaylı kayıtların tüm sağlık kuruluşlarınca bilinmesi kişi mahremiyetini zedeleyici nitelikte olup, yapılan gözetimi de düşündürmektedir. Yine tütün ve alkol konusunda sadece bağımlılığın değil ürün isimlerinin de alınması (bağımlı olduğu

¹⁰ haberturk.com.tr Tecavüz Bebeğine Devlet Bakabilir Mi?, turkiyegazetesi.com.tr “Tecavüze uğrayan kadın da bebeği de temizdir”

¹¹ hürriyet.com.tr Erdoğan: Anneliği reddeden kadın eksiktir, yarımır.

¹² birgun.net AKP’den ‘Çocuk tecavüzcüsüyle evlendirilsin’ önergesi.

ürün bilgisi örneğin kırka yakın alkol ismini içermektedir) bu düşüncüyü destekler niteliktedir.

4.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programına Eleştirel Yaklaşımlar

Sağlıkta Dönüşüm Programı her ne kadar 2003 yılında AK Parti iktidarıyla başlamış olsa da sağlık alanında değişim isteği 1990'lar boyunca hep var olmuştur. Bu gerçeklik Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın neo-liberalizm etkisiyle gerçekleştiği ve performans ekseninde yeni bir anlayış oluşturarak devletin biyopolitikalarının yanı sıra esnekleştirme, rekabete dayalı olma, maliyet azaltma gibi ekonomi-politiğin de bir uygulama alanı olması nedeniyle eleştirilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'na getirilen en yoğun eleştiriler projenin ekonomik boyutu üzerinden yapılmaktadır. Proje hantal ve şeffaf olmayan mali giderlerin önüne geçmek iddiasına sahipti ve bu durumun önüne geçmek için İlaç Takip Sistemi, Ulusal Sağlık Hesabı Sistemi kurulmuştur. Fakat sistem;

iddiasının ve toplumsal ön kabullerinin aksine, ne kamu sağlık harcamalarını azaltmış ne de sağlık güvencesinin toplumsal tabanını daraltmıştır. Ancak söz konusu reform, sağlık alanındaki aktörler arasındaki güç dengesini dünyanın aksine bürokrasi ve piyasa lehine dönüştürmüştür. Hekimler, sosyal devlet politikalarının başat olduğu dönemde; devletin sağlık hizmetlerini doğrudan kendisi sunması nedeniyle yüksek mesleki özerkliğe ve sağlık politikalarını şekillendirme gücüne sahip bir meslek grubu iken, 1980'lerden itibaren devletin fiili sağlık hizmeti sunumundan çekilerek sağlık hizmeti alanını piyasa dinamiklerine bırakmış olması nedeniyle mesleki egemenliklerini sınırlandıran birçok dinamikle karşılaşmışlardır (Adaş, 2013: 206-207).

Tüm bunların yanı sıra vatandaşlar sigorta kapsamına giren ve girmeyen hastalıkları öğrenmek, devlet hastanelerinde dahi ameliyat için cepten ödemeler yapmak, hizmet kalitesinin sürekli düşmesi, hekim başına hasta sayısının çok olması nedeniyle özel sağlık kuruluşlarına başvurmak ve sağlık için daha da fazla ücret ödemek zorunda kalmaktadır. Sigorta kapsamına giren hastalıklar listesinin ve devlet tarafından ödenen ilaçlar listesinin sürekli daraltılması, bazı maliyetli tedavilerin cepten karşılanmak zorunda olması uzun vadede SDP'nin işleyemeyeceğinin ve yeni reformların gerekliliğinin göstergesidir.

Tüm sigorta kurumlarının Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) olarak tek bir çatı altında birleştirilmesi birçok kişiyi kapsar hale gelmesi başlangıçtaki olumlu ve vatandaşları da mutlu eden adımlardandı fakat zamanla iddia edilenin aksine SDP sağlık bütçesi giderlerini azaltmadı ve ek önlemler alınmak zorunda kalındı. Bu önlemler “Sağlık Bakanlığının icracı yanının giderek düzenleyici/koordine edici yanıyla değiştirilerek, yeniden yapılandırılması; kamu hastanelerinin işletme haline getirilmesi; birinci basamakta aile hekimliğine geçilmesi; sağlık çalışanlarının ücretlendirilmesi (performansa göre) ve istihdamında (sözleşmeli çalışma) yeni tercihlerde bulunulması (Soyer, 2009: 179) gibi çoğunlukla ekonomik tabanlı önlemlerdi.

Bir diğer bakış açısı ise tüm bunların sağlıklı yaşam endüstrisinin ve güçlü bir özel sağlık sektörünün önünü açmaktadır. Deniz’e göre (2011) sağlıklı yaşam önerilerinin ardında özel sektörün kazançları, kârlılık gibi sebepler yatmaktadır. Sağlıklı yaşam söylemleriyle sağlıklı yaşam endüstrisi ve medya bedenlerin denetimini sağlamakta ve kârlılığını artırmaktadır. Bunu ömür boyu hasta kazanmak adına birçok konuyu tıbbileştirerek yapabilmektedir. Örneğin ilaç endüstrisi belirli ilaçları önererek, kronik hastalıklara ilaç üreterek bunu yaparken, kozmetik sanayi sürekli genç ve zayıf kalmayı “sağlıklı” addederek ürün satar, özel sağlık sigortaları ise sağlık sigortalarını yaygınlaştırıp satar. Dahası bu endüstri hastalıkları, ilaçları, hastalık geçmişlerini kayıt altına alarak bu bilgileri piyasaya “daha kaliteli yaşam önerileri” olarak tekrar satar.

Sağlıkta Dönüşüm Programı’na getirilen eleştirilerden bazıları da yine sistemin neo-liberal formlara bırakılarak sağlık personelinin statü kaybına uğramasıyla ilgilidir. Çünkü Sağlıkta Dönüşüm Programı; hasta başı ücret, performans ve ceza sistemlerini aile hekimleri ve ebe/hemşireler için ön görerek sağlık personelinin özerkliğini yitirmesine, mesleki dayanışmanın ortadan kalkmasına, hekimleri AHBS gibi sistemlerin ve bürokrasinin denetiminde kalmasına sebep olmuştur. Yaygınlaştırılan Birinci Basamak sağlık hizmetleri sağlığa erişimi kolaylaştırmış olsa da toplumun geçirdiği kültürel dönüşüm sağlık personelleriyle olan ilişkileri de dönüştürmüş, paternalist hekimlik aşınmış ve hekimler ile yurttaş daha gerilimli bir ilişki biçimine sahip olmuşlardır (Elbek, 2013). Bu noktada zaman zaman performans kriterleriyle tehdit edilen hekim, hastanın istediği ilacı yazan, istenildiğinde rapor veren kişi konumuna düşmektedir. Aslında, Adaş ve Elbek’in işaret ettiği gibi Neoliberal doktrini tümüyle içinde barındıran Sağlıkta Dönüşüm Programı,

sağlık birimlerini tek çatı altında toplayarak sağlığa erişimde hiyerarşik yapılanmayı çözen, istihdama dayalı eşitsizliği ortadan kaldıran, hekimlerin tam zamanlı çalışmasını zorlayan, sağlık harcamaları içerisindeki cepten harcama miktarını oransal olarak azaltan ve hekimlerin paternalist tutumlarını aşındıran kısa vadedeki olumlu uygulamaları göz önüne alındığında, toplumun geniş kesimlerinin tıbbi bakım ihtiyaçlarına yanıt verdiği de görülmektedir (2013: 235).

Fakat bu durum uzun sürmemiş kısa zaman içinde sağlık muayene ücretleri, ilaç ücretleri artmış, özellikle aile hekimleri sözleşmeli ve güvencesiz personellere dönüşmüş, hekimler toplumsal statülerini fazlasıyla kaybetmiş ve sistemde oluşan aksaklıklarda hastanın öncelikli olarak çatıştığı kişi (hatta dayak yiyen kişi) haline gelmişlerdir. Sonuçta hem sağlık hizmeti alan vatandaşlar hem de sağlık personelleri uzun vadede sistem değişikliğinin sınırlı olumlu yönlerinin yanı sıra birçok olumsuzlukla karşı karşıya kalmışlardır.

Sağlıkta Dönüşüm Programına getirilen bir diğer eleştiri ise yaşamlarımızın giderek tıbbileştirilmesi¹³ ve sağlık ile ilgili konuların bireysel sorumluluğa bırakılmasıdır. Gündelik hayatta yürüyüş, spor, beslenme, cinsel ilişki gibi birçok konu tıbbileştirilmektedir. Ve bu gibi konularda sürekli bilgi verilerek ve “doğru yol” gösterilerek hem bedenin denetimi sağlanmakta hem de sağlık ile ilgili yük bireyin sorumluluğuna bırakılmaktadır. Böylece hem göze batmayan, belirsiz bir iktidar tarafından bedenler tahakküm altına alınmakta hem de sağlığıyla ilgili inisiyatifi kendinde sanan birey sağlıklı bir yaşam için çaba göstermektedir.

Bir diğer tıbbi sosyal kontrol şeklinin, tıbbi gözlem olduğu söylenebilir. Tıbbileştirilen yaşam nedeniyle, bireyler herhangi bir hastalık açısından risk altında olabileceği gerekçesiyle, gözetim altında tutulmaktadır. Hipertansiyon, prostat değerleri (PSA), kolesterol düzeyleri ve benzerleri ile bireylerin sahip oldukları risk faktörleri izlenmektedir. Hastalıkların erken teşhisi açısından önemli olarak ifade edilebilecek, benzer tetkik ve teşhis yöntemleri elbette yararlıdır; ancak, bir tıbbi sosyal kontrol mekanizmasının parçası oldukları da unutulmamalıdır. Tıbbileştirilen alanların genişlemesi ve bireylerin tıbbi gözetim altında tutulmalarıyla; nüfusun daha büyük kesiminin potansiyel hasta olarak görülmesi, bu koşullar altında normalleşmektedir (Sezgin, 2011: 57).

¹³ tıbbi yapmak, tıbbi hale getirmek

Ayrıca “sağlıklı yaşam önerileriyle beden denetim altına alınırken; özellikle kadın bedeninin bu denetimin önemli nesnesi haline getirildiği görülmektedir. Kadın, toplumsal rolü nedeniyle sadece kendi bedenini değil; ailesinin bedenini de denetim altında tutmaya çalışmaktadır. Bu nedenle, hem kadının güzel, formda, çekici olma düşünceleri hem de çocukları ve ailesinin sağlıklarını koruma içgüdüğü ideolojik olarak harekete geçirilmiş olmaktadır” (Sezgin, 2011: 53). Tüm bunlara ek olarak araştırmada görüleceği üzere kadın üremeden de sorumlu tutulan kişidir; aile planlaması, üreme sağlığı, korunma yolları vb. süreçler -aile hekimliği vasıtasıyla da- çoğunlukla kadın üzerinden ilerletilmektedir.

4.2.3. Aile Hekimliği Uygulaması

Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında Aile hekimliği uygulaması, 2005 tarihinde Düzce’de pilot uygulama ile başlamış, 13 Aralık 2010 tarihinden itibaren ise tüm ülkede uygulanmaya başlamıştır. Sağlık ocakları, verem savaş dispanserleri, Kızılay gibi birçok kurum tarafından sağlanan birinci basamak sağlık hizmetlerinin herkesin T.C. kimlik numarası esasına dayalı olarak kayıtlı olduğu aile hekimi tarafından verilmesi öngörülmüştür. Böylece hem vatandaşın hastalıklarını bilen bir hekim tarafından sürekli takibi mümkün kılınmış, hem basit rahatsızlıklar için ikinci basamak sağlık kurumlarına olan başvuruların önüne geçilmeye çalışılmış hem de Aile Hekimliği Bilgi Sistemi vasıtasıyla kişilerin hastalık bilgileri, sağlık geçmişleri tutulurken standart ve düzenli sağlık verisi toplanmaya başlanmıştır. Aile hekimliği ilk uygulanmaya başlandığında hekimlerin atandıkları Aile Sağlığı Merkezinin bulunduğu bölge sokaklara ayrılarak her hekime belirli bir bölgedeki nüfus verilmiştir. Hastalara ise hekim değiştirme hakkı tanınmıştır. Önceleri Sağlık Müdürlüğüne dilekçe verilerek gerçekleştirilen, hekim değiştirme işlemi şuanda istenilen hekime kimlik belgesiyle gidilip yapılabilmekte. Aile hekimliğine geçişle birlikte yaygınlaşan birinci basamak sağlık hizmetleri vatandaşlar tarafından olumlu karşılanmış ve sağlık hizmetine erişim en azından il ve ilçe merkezlerinde görece kolaylaşmıştır.

Bu projenin en önemli özelliklerinden birisi bilgisayar destekli olması, hekimin hastasını yakından takip ederek bilgisayara kaydetmesi ve izlemesi, hastaya en kısa yoldan ulaşarak ikinci kademe sağlık kuruluşlarının içinde bulunduğu sıkışıklığı ve hasta yoğunluğunu azaltmaktır. Projede hastalık tanı kodlarında ICD-10 standartları kullanılmıştır. İlaçlar için ATC kodları, tetkikler için ise BUT kodları kullanılmıştır” (Turhan, 2006: 71).

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile beraber hastaların elektronik kayıtlarının tutulması, aşı, bebek, çocuk, gebe vb. takiplerini kolaylaştırmıştır. Bahsi geçen hastalık kodlarının kullanılması kayıtlardaki standartlaşmayı sağlamıştır. Aile hekimliklerinde sosyal güvenceye bakılmaksızın muayene olma hakkı sigortasız birçok kişi için kurtarıcı olabilmektedir. Ayrıca koruyucu sağlık hizmetlerine “tütünle mücadele, obezitenin önlenmesi, diyabet, kalp ve damar hastalığı başta olmak üzere kronik hastalıkların önlenmesi ve erken tespiti uygulamaları” (Akdağ, 2012) gibi önemli başlıklar da eklenmiştir. Fakat her uygulamada olduğu gibi aile hekimliği uygulamasında da olumlu gelişmelerin yanı sıra olumsuz özellikler de bulunmaktadır. Sezgin’e göre

Artık bireylerin bedenleriyle ilgili sağlık geçmişleri, teknolojinin olanaklarıyla kayıt altına alınmaktadır. Geçmişte doktorun hafızasında olan bilgiler ve bu alandaki gizlilik, günümüzde, iki anlamda sanal ortama alınmıştır. Birinci olarak, bilgisayara kayıtlı bu bilgiler, unutulmaması, atlanmaması gereken bilgiler olarak kayıt edilmektedir. İkinci olarak da bireyin bağlı bulunduğu sağlık sigorta kurumunun isteğiyle bilgiler doktorun bilgisayarından bir başka bilgisayara, sigorta kurumuna aktarılmaktadır. Bilginin aktarımı, hasta ve doktor arasında gerçekleşen muayene sürecinin gizliliğinin de ortadan kalkmasına neden olmaktadır (2011: 20-21).

Bu noktada teknolojiyle gelen riskler unutulmamalıdır. Bunun yanı sıra özel sektör bilhassa da sağlık sigorta kurumlarıyla olan hasta ilişkileri iyi bir şekilde düzenlenmelidir. Sistemin yürütülebilirliği düşünülerek ilaç fiyatlandırmaları ve birinci basamak muayene ücretleri de vatandaşın lehine tekrar düzenlenmelidir. Zira sigortasız bir vatandaş aile hekimliğinde muayene olabilse de birikmiş muayene ücretlerini ödemediği için eczaneden ilacını alamamaktadır.

Elbek ve Adaş’a göre ise aile hekimliği sistemi bünyesinde üç temel yapısal sorun barındırmaktadır. Bunlardan ilki ana-çocuk sağlığı, verem savaş dispanserleri gibi halk sağlığı kurumlarını görevlerini tamamlamış ve boşuna faaliyet sürdüren sağlık merkezleri olarak göstererek bu merkezlerin çoğunun kapatılmasıdır. İkinci sorun ise aile hekimliğiyle birlikte birey ve toplum sağlığının birbirinden ayrılması ve bu ikisinin ayrı kategorilerde gibi gösterilmesidir. Dahası toplum sağlığına yönelik görev yapan hekimler aile hekimlerine kıyasla daha zor çalışma koşullarında, daha düşük ücret düzeylerinde bırakılmışlardır. Sorunlardan üçüncüsü ise, aile hekimliğinin kırsal alanı ve dezavantajlı grupları fazlaca kapsayıcı olmamasıdır. Muayene ücret düzenlemeleri yapılmazsa kronik hastalar gibi

hekime sık başvurular sistem dışında kalma tehlikesi yaşayacaklardır (Elbek ve Adaş, 2009: 33-44).

Aile hekimliği sisteminin getirdiği bu tür olumsuzlukların yanında, sağlık ocaklarını ve beklediğimiz uzun sıraları hatırladığımızda bizim sağlık geçmişimizi bilen, bizimle ilgilenen gerektiğinde hızlıca ulaşabileceğimiz bir doktor ve yanında görevli hemşire fikri kesinlikle kulağa hoş gelmektedir. Ancak bu sistemin dizaynı hastaları en başından kategorilere ayırması uzun vadede ortaya çıkabilecek olumsuzlukların habercisi gibi görünmektedir. Aile hekimi uygulamasıyla ilgili katsayı ayrıntısını biraz açmak istiyorum çünkü bu katsayılar devletin biyo-politikalarıyla örtüşmektedir. Kayıtlı kişiler için ödenecek ücretler,

- Gebeler:3,0 katsayı
- Cezaevinde tut. ve hüküm. : 2,25 katsayı
- 0-59 ay grubu: 1,6 katsayı
- 65 yaş üstü:1,6 katsayı
- Diğer kişiler: 0,79 katsayı şeklinde belirlenmiştir. (Resmi Gazete, 2010).

Bu sınıflandırma tesadüfi değildir; gebelerin ve bebeklerin önemini devletin nüfus politikalarının bir parçası, eril tahakkümle bütünleşen politik görme biçiminin yansıması olarak görmek mümkündür. Yakından takip edilen tüm kayıtlı hastalar devlet için önemlidir. Bu bağlamda, aile hekimliği de devlet için önemlidir çünkü devletin gizli gözü olarak tanımlayabileceğimiz AHBS'nin vatandaşa hem en yakın hem en gizli olduğu nokta aile hekiminin odasıdır.

Tüm bu eleştirilerin yanı sıra 80'lerden beri yürütülen neo-liberal ekonomik politikaların bir uzantısı şeklinde görülebilecek çeşitli uygulamalar aile hekimliği sistemine entegre edilmiştir. Buna göre, 15-49 yaş kadın izlemleri, gebe, bebek, aşı takipleri aile hekimlerinin sorumluluğundadır. Hastalar ilk olarak adres esasına göre bir aile hekimine atanırlar ve eğer bu hekimden memnun kalmazlarsa hekim değiştirme hakları vardır. Hekimin üzerine kayıtlı hasta sayısı, bir ay içinde yapılan muayene, sevk, tetkik sayısı gibi belirleyiciler hekimin performansını ve maaşını etkilemektedir. Ayrıca eğer hekim gebe olan bir hastasını fark etmezse, aşı kaçırsa maaşından kesinti olacak şekilde bir ceza almaktadır, hekime bir ay için belirlenen tetkik sayısı da aşılsa aşılacak tetkik sayısı kadar

işlemi hekim cebinden ödemek zorundadır. Bu hem hekimin tercih edilebilir bir hekim olma yolunda teşvik eder hem de cebini ve sözleşmesini düşünmek durumunda kalan hekim devletin aile hekimliği bilgi sisteminde istediği tüm bilgileri doldurarak, en az yılda bir defa hasta bilgilerini güncelleyerek devletin gözetim pratiklerine katkı sunar.

4.2.4. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

Aile Hekimliği Sistemi, her vatandaşın doğumdan ölüme kadar bir aile hekimine bağlı kalarak sağlık kayıtlarının düzenli ve sistemli bir şekilde kaydedilmesini öngörür. Hastaya, hastasının hastalıklarını ve hassasiyetlerini bilen bir hekim tarafından hizmet verilmektedir. Bu sürekli birliktelik tüm hastalık kayıtlarının düzenli bir şekilde kayıt altına alınmasını sağlamaktadır. Kayıtların düzenli olarak tutulabilmesini sağlayan bir koşul aile hekimi ise diğer koşul, AHBS’dir. Her aile hekiminin bilgisayarına kurulu olarak kullanılan AHBS belirli bir standardı sağlamak üzere aile hekimi tarafından seçilecek özel bir yazılım şirketinden de temin edilebilmektedir. 2011 yılından itibaren kullanılan Aile Hekimliği Bilgi Sistemi vasıtasıyla aile hekimleri “bakmakla yükümlü oldukları hastaların sağlık bilgilerini Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kaydetmekte ve güncel bir şekilde Sağlık Bakanlığı veri merkezine elektronik sağlık kayıtlarını iletilmektedir. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği uygulaması kapsamında sağlık plan ve programlarını Aile Hekimliği Bilgi Sistemi üzerinden değerlendirmekte ve toplumun sağlık düzeyini etkin bir şekilde izleyebilmektedir” (Yurt, 2012: 443). Toplumun sağlık düzeyinin izlenmesi, sağlıklı istatistiki veriler sağlamanın yanı sıra AHBS, hasta ve doktor arasında kalan mahrem meselelerin, her türlü hastalığın, tedavinin, teşhisinin bizzat o hastanın T.C. kimlik numarasıyla beraber sisteme işlenmesini de gerektirir. Bu ise aslında devlet politikaları için sayı olarak yetebilecek kalemler olarak hastalık, tedavi, ilacın kişisel veriler olarak saklanmasını da beraberinde getirir. Aile hekiminin her hastasını tanıması ve hasta-hekim ilişkisi içinde hastanın tüm hastalık geçmişine haiz olması elbette bir sorun teşkil etmez ama bu bilgilerin -hatta daha fazlasının- internet ortamında serverlara, bakanlık veritabanlarına aktarılması kişisel özgürlüklerin ve hasta mahremiyetinin zedelenmesine yol açabilmektedir.

Aile hekimi, sisteme T.C. Kimlik numarası ve şifresiyle giriş yapabilmektedir. Bu da Bakanlığa göre aile hekiminin kendi işlediği bilgilere Aile Sağlığı Merkezi çatısında hekimen başkasının müdahil olmadığına garantisidir. Aile hekimi, daha önce çeşitli kurumlarca yapılan istatistiki işlemler ve raporları belirli aralıklarla AHBS sayesinde

gerçekleştirir. “AHBS’ye kaydedilen tüm veriler, Aile Hekiminin bu programı kullanıyorken İnternet’e bağlanması durumunda, en geç 3 saat içerisinde Sağlık Bakanlığı’ndaki Merkez Veritabanına gönderilmektedir. Dolayısıyla Aile Hekiminin yaptığı tüm işlemlere ait bilgiler Merkez Veritabanında toplanmakta ve daha önce Sağlık Ocakları tarafından hazırlanan tüm raporlar, otomatik olarak merkezden de alınabilmektedir” (Sağlık Bakanlığı, 2005: 10). Böylelikle Sağlık Bakanlığı ülkenin tüm sağlık verilerini ve daha ötesini de takip edebilmektedir. Bakanlığın hasta odaklı yaklaşım diye sunduğu; hastaların T.C. kimlik numarası esasına göre sistemde kayıt altına alınmasıdır ve kayıtlar vasıtasıyla her türlü detaya ulaşmaya elverişli olmasıdır.

AHBS’nin hastaların verilerine ulaşma yollarını incelediğimizde karşımıza çıkan manzara şudur: Aile hekimi kendisine tanımlanmış hastaları sisteme kaydeder ve belirli aralıklarla bu bilgileri günceller, sisteme eklenen yeni soruları hastalarına sorar. Peki AHBS’de ne tür bilgiler ve sorular bulunmaktadır? AHBS incelendiğinde temel iş butonları olarak; hane halkının düzenlenmesini sağlayan (aynı evde yaşayanlar hane halkı kabul edilir) ETF Listesi, nüfus işlemlerinin düzenlenmesini sağlayan nüfus işlemleri butonu, günlük veya haftalık raporların gönderilmesini sağlayan raporlar butonu, 15-49 yaş kadın izlemi ya da aşı gibi izlemlerin takibini sağlayan iş planı butonu, formlar butonu, belirli tarihler arasında yapılmış işlemleri görüntülemeyi sağlayan takip ekranı butonu, yapılan işlemler ya da formların Sağlık Bakanlığı’na gönderilmesini sağlayan AHBS gönderim butonu, aile hekiminin performansını görebileceği karar destek sistemi KDS butonu, diğer kullanıcılarla mesajlaşmayı, iletişimi sağlayan sohbet butonu, malzeme işlemleri ve ayarlar butonu bulunmaktadır. Bunların dışında aile hekiminin kişisel bilgileri görmesini sağlayan kişi kartı, hane halkının görüntülenmesini sağlayan ETF kartı, bu gibi bilgilerin başka bir listeye alınmasını sağlayan Excel’e aktar, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen riskli kişilerin listelendiği aranan kişiler butonları sistem sayfasının alt kısmında yer almaktadır. AHBS’nin sağ tarafında muayene bekleyen hastalar listesi bulunmaktadır. Onun hemen altında ise duyurular bölümünde Sağlık Bakanlığı ve ilgili kurumlardan gelen duyurular yer almaktadır. AHBS mesajları butonundan ise Sağlık Bakanlığı’ndan/ Sağlık Müdürlüğü’nden aile hekimine gelen ya da aile hekiminin Sağlık Bakanlığı’na/ Sağlık Müdürlüğü’ne gönderdiği mesajlar görüntülenebilmektedir.

Aile hekimi, kendi listesine kayıtlı kişileri, sistemin ön gördüğü şekilde, çeşitli kategoriler haline getirmiştir. Bunlardan belki de en önemlisi 15-49 Kadın Listesidir. Bunların dışında çocuk listesi, bebek listesi, gebe listesi, lohusa listesi, aşılar, 65 yaş üstü

kişiler, özel hasta grupları (astım, bedensel engelli, diyabet, evde sağlık hizmeti verilenler, görme engelliler, hipertansiyon, işitme engelli, kalp damar hastalıkları, kanser, koah, kronik akciğer hastalıkları, RS30, zihinsel engelli) bulunmaktadır. Kişi adının üzerine tıklandığında yapılacak işlemler olarak; muayene işlemleri, kişi kartı, EFT kartı, Adres işlemleri, kişisel işlem dokümanları, kişi sil, kadın sağlığı işlemleri, aşı, enjeksiyon/pansuman, obezite izlem, halk eğitim çalışmaları, T.C. kimlik numarası değiştir, ölüm kaydı bulunmaktadır. Her kişi üzerine tıklanarak kadın sağlığı işlemleri menüsünden 15-49 yaş kadın izlem, gebe izlem, lohusa izlem, hızlı demir/dvit, Aile Planlaması yöntemi gibi seçeneklere ulaşılabilir. Aile planlaması soruları ise gebelik, düşük bilgileri, kadının “kız” ya da “dul” olduğu ve ayrıntılı korunma bilgilerinden oluşmaktadır. Daha güncel olarak AHBS’ye eklenen bir diğer seçenek de sigara, uyuşturucu bilgilerinin girildiği butonlardır. Hekimlere ne kadar doğru bilgi verildiği şüpheli olsa da yine de Sağlık Bakanlığı’nın tütünle mücadele konusunda çalışmalarında yönlendirici olduğu söylenebilir.

AHBS sağlıkla ilgili hastalık, tedavi, teşhis, ilaç gibi bilgileri toplarken bunları en ince ayrıntısına kadar kayıt altına almaktadır. Örneğin bir çocuğa bir aşı uygulandığında o aşının seri numarası, aşı sayısı gibi ayrıntılı bilgiler sisteme işlenmektedir. Aile hekiminde ayrıntılı olmasının sakınca yaratmadığı bu bilgilerin Sağlık Bakanlığı’na sadece sayılar olarak verilmesi yeterli olmamaktadır. Sağlıkla ilgisi olmayan bazı bilgiler de gereğinden fazla kaydediliyormuş gibi durmaktadır. Örneğin ayrıntılı adres, ayrıntılı nüfus kayıt bilgileri aile hekiminin kolaylıkla erişebileceği bilgilerdir. Bu tür bilgilerin zamanla kısıtlandığı da görülmektedir; AHBS’nin ilk uygulanmaya başlandığı yıllarda aile hekimleri, hastanın vukuatlı nüfus kayıt örneğine bile ulaşabiliyorlardı. Yine de MERNİS’ten çekebildikleri kimlik bilgisi kişinin nüfus kağıdındaki seri no hariç tüm bilgileri vermektedir. Bir hekimin bu kadar ayrıntılı nüfus kaydına ihtiyacı var mıdır? Bilindiği üzere ülke içindeki tüm kurumsal işlemleri T.C. kimlik numarasıyla gerçekleştirmekteyiz ve T.C. kimlik numarası ile hangi aile hekimine bağlı bulunduğu bulunarak aile hekiminin hasta listesinde olan koruma altındaki kişilerin güvenliği tehlikeye girebilmektedir¹⁴. AHBS’de görülen resmi medeni hali ve beyan edilen medeni hali ayrımı da sorgulanmaya açık bir konudur. Aile hekimleri özellikle yalnız yaşayan kadınların “kız” ya da “dul” olma durumlarını da sorgulamaktadır. Hastaya –“mahrem” konular olduğu için- doktor/hemşire

¹⁴ Örneğin görüşmelerde koruma altındaki bir kadının yüksek ihtimalle eczane ödeme sistemleri üzerinden ilaç aldığı eczane ve gittiği aile hekiminin bulunması ve hekimin savcılıktan belge göndereceğiz diyerek koruma altındaki kadının peşindeki kişilerce aranması ve adresinin öğrenilmeye çalışılması, güvenliğin tehdit altında olduğunu göstermektedir. Bir başka durum ise sisteme yeni eklenen ergen takip sistemi sonrasında okullardaki bazı yetkililerin öğrencilerin aile hekimlerini arayarak öğrencilerin sağlık bilgilerini almaya çalışmasıdır.

ve hasta arasında kalacakmış gibi sessizce odanın bir köşesinde sorulan mahrem soruların cevapları sisteme işlenir. Bu noktada aile hekimliği kurum olarak sağlık hizmeti sağlama fonksiyonunun yanında denetime de katkı sağlama fonksiyonunu göstermektedir.

AHBS'nin bazı kategorileri de sorunlu görünmektedir. TUIK'e göre 2011-2015 yılları arasında 15 yaşından küçük ve 50 yaşından büyük doğum gerçekleşmemiştir. Bu istatistiğe bakarak AHBS'de 15-49 yaş kadın kategorisi oluşturulmuştur. İstatistiki bir gerçeği yansıtsa da resmi olarak doğurganlık yaşının 15'ten başlatılması adolesan gebelik olgusunu normalleştirme eğilimi gibi durmaktadır. Sonuçta bir kişi 14 yaşında ya da 52 yaşında da hamile kalsa elbette sağlık kurumlarından faydalanacaktır. Dolayısıyla bu liste için resmi evlilik yaşı ve menopozun en son gerçekleşme yaşı bazı alınabilir ya da gebelik dolayısıyla doktora başvuran her kişi zaten bakılmak durumunda olduğundan ve AHBS'de gebe takip listesi bulunduğundan bu listeye neden ihtiyaç duyulduğu sorgulanmalıdır. Devlet nüfus politikaları kapsamında aile planlaması stratejileri işlemektedir. Bunlardan en önemlisi de korunma yollarıdır. Aile hekimliği sisteminde korunmadan ya da aile planlamasından kadın sorumlu tutulmaktadır. 15-49 kadın listesinde korunma yöntemleri kadınlara işlenmektedir. Eğer bir kadın korunma şekli beyan ettiği halde gebe kalırsa bunun hesabı aile hekimine sorulmaktadır. Bunun gibi gebelik durumların kaçırılması söz konusu olduğunda aile hekimlerine para cezası kesilmektedir.

Konuyu örneklendirecek olursak, aile hekimlerine en iyi performans puanını getiren kişiler bebekler ve hamile kadınlardır¹⁵. Bebeklerin sağlıklı büyümeleri, sağlığa ulaşım hakları tabii olarak önemli ve bu kısmı şimdilik tartışma dışı bırakıyorum. Ama hamile kadınlara bakınca iş biraz daha politik. Devletin “*en az üç çocuk*” beklentisi¹⁶ ve “*kürtaj cinayettir*” söylemleri göz önüne alınıp düşünüldüğünde aile hekimlerine en iyi puanı getiren kesimin hamile kadınlar olması beklenir bir durumdur. Aile hekimleri hamile hastalarının her tetkikini vaktinde yapmak, onları kontrol altında tutmak, izlemek; doğumdan sonra da bebeği ve aşılarını takip etmek zorundadır aksi halde alacağı para cezasına razı olmak durumundadır. Burada ilginç olan nokta hastanın ille de aile hekimi tarafından takibidir, devlet çocuğun ve annenin takibini başka kurumlara kaptırmak istememektedir gerekirse bu takibi kaçıran doktora para cezası vermektedir. Özel kurumlarda işlerini yürütse de hastanın bilgi takibini yine de aile hekimi yapmaktadır. Bu

¹⁵ Gebeler: 3,0 katsayı, Cezaevinde tutuklu ve hükümlüler:2,25 katsayı, 0-59 ay grubu: 1,6 katsayı, 65 yaş üstü: 1,6 katsayı, diğer kişiler: 0,79 katsayı şeklinde belirlenmiştir. (Resmi Gazete, 2010)

¹⁶ Çalışan Kadınlara 6 Yıl Erken Emeklilik Geliyor. (<http://www.sgk.com.tr>.)

durum elbette devletin insan sağığına önem vermesinin yanı sıra nüfus politikası olarak çocuk sayısını önemsemesindendir. Yani devlet biyo-politikasını aile hekimliğı üzerinden yürütmektedir hatta gerekirse evlilik dışı hamile kadınların ailelerine aile hekimleri tebrikler kızınız hamile¹⁷ içerikli kısa mesaj gönderebilmektedir.

Aile hekimliğı çift taraflı düşünölmesi gereken bir sistemdir. Sağık ocağı sistemine göre daha düzenli, kurumsal ve çağdaş hizmet vermesi gibi yukarıda bahsedilen olumlu yönlerinin karşısında birçok olumsuzluğu da içinde barındırmaktadır. Bu olumsuzlukların en önemli boyutları, sistemin aşırı merkezileşmiş olması, kapsamlı bilgi toplanmasından kaynaklanabilecek hasta mahremiyetini tehlikeye atan birçok uygulamayı da barındırıyor olmasıdır.

¹⁷ ‘Tebrikler kızınız hamile’ 20.06.2013 tarihli gazete haberi (www.hurriyet.com.tr). “Tebrikler kızınız hamile” (www.haberturk.com.tr).

5. BÖLÜM

5. ARAŞTIRMA VERİLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

5.1. Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin Yapısı ve Özellikleri Üzerine Tartışmalar

2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı uygulanmaya başlanmış ve neticesinde 2005 yılında pilot uygulaması başlayan Aile Hekimliği Sistemi 2010 yılından itibaren tüm ülkede Sağlık Ocağı pratiklerinin yerini almıştır. Aile Hekimliği pratiklerinin bir gerekliliği olarak Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ise 2011 yılından itibaren kullanılmaya başlanmıştır.¹⁸ İlk uygulamalarda aile hekimleri piyasada satılan özel AHBS programlarını ya da Denizli merkezli, aile hekimlerinin kendi yazdığı yazılımları kullanılıyordu. Kasım 2016'da Sağlık Bakanlığının talebi üzerine AHBS yazılımlarının belirli güvenlik standartlarını sağlayabilmesi koşulu koyuldu ve şuan piyasada sadece bu koşulu sağlayabilen özel yazılımlar kullanılmaktadır. Aydın ili özelinde ise saha çalışmasında ziyaret edilen Aile Sağlığı Merkezlerinde özel AHBS programlarından Ankara menşeli SAYE ve Bursa menşeli NBYS kullanıldığı görülmüştür.

AHBS ilk uygulanmaya başladığında toplanan veriler Sağlık-net'e gönderiliyordu. Ocak 2017 tarihinden itibaren toplanan veriler Ulusal Sağlık Sistemine¹⁹ (USS) gönderilmeye başlandı. Aile Hekimleri ve ebeler yaptıkları muayeneleri, takipleri ve güncellemeleri USS'ye göndermekte ve her ay yapılacak takip listelerini ve kendilerine bağlı olan hastaların diğer sağlık kurumlarından yaptırdıkları işlemleri belirli periyotlarda USS'den çekmektedirler. Yeni başlayan bir uygulama olması sebebiyle sahada görüşmeler yapılırken USS'den veri alamamak görüşmecilerin en çok yakındıkları nokta olmuştur. Bu durumun çok uzun sürmeyeceği ve veritabanının olması gerektiği gibi çalışacağı şüphesizdir.

Aile Hekimlikleri bulundukları bölgedeki nüfusa göre bir ya da daha fazla ekipten oluşmaktadır. Köy ya da küçük mahallelerde bir ekip çalışırken, nüfusun yoğun olduğu mahallelerde bir Aile Hekimliğindeki ekip sayısı 10'a kadar çıkabilmektedir. Aile Sağlığı Merkezlerinde bir aile hekimi ve bir ebe beraber çalışan bir ekibi oluşturmaktadır. Aile hekimi muayene, poliklinik hizmetleri gibi sorumlulukları üstlenirken özellikle aile hekiminin erkek olması durumunda 15-49 takipleri ve bebek aşıları ebenin sorumluluğunda

¹⁸ Detaylı bilgi için bkz. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>

¹⁹ Detaylı bilgi için bkz. <https://www.turksat.com.tr/tr/haberler/uss-projesi-hayata-geciyor>

olmaktadır. Bazı ASM’lerde fiziki şartlara göre bir ekibi oluşturan ebe ve aile hekimi aynı odayı paylaşırken bazen de farklı odalarda hizmet verebilmekteler. Aile Sağlığı Merkezindeki ekibinden “memnun olmayan” hastalar nüfus cüzdanı ile başka bir hekimin sistemine kaydolduğunda ekibini/aile hekimini değiştirebilmektedir.

AHBS’de; 15-49, aşı, gebe, lohusa, bebek, obezite gibi çeşitli takip grupları, muayene butonları, nüfus ve adres bilgileri, alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı, mahkumiyet durumu gibi çeşitli sorgulamaların olduğu butonlar mevcut. Bu butonlardan nüfus ve adres bilgileri MERNİS’ten çekilmekte, takip listeleri ise Bakanlık tarafından düzenlenmekte ve veri güncellemesi yapıldığında ebe ve aile hekiminin ekranına o ay yapılacak olan takipler düşmektedir. AHBS’deki verilerin güncellenmesi ise hasta her görüldüğünde yapılmakla birlikte takip listelerindeki sürelerle uyularak hasta aranıp muayene zamanları hatırlatılarak ASM’de ya da telefonda sorular sorularak yapılmaktadır. Bir ekibi oluşturan ebe ve aile hekimi kendilerine bağlı hastalara dair aynı ekranları görebilmekte, takiplerin yapılıp yapılmadığına dair aile hekimi ekip arkadaşı olan ebeyi kontrol edebilmekte ve isterse belirli butonları ebeden saklayabilmektedir.

Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin Değerlendirilmesi

Yukarıda görüşmelerden edinilen bilgilerle özetlenmeye çalışılan Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin ne olduğu ve hangi soruları, takip listelerini içinde barındırdığı ifade edilmiştir. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile beraber sağlık-hastalık verileri daha sistemli bir biçimde kayıt altına alınmıştır. Böylece sıklıkla dile getirildiği üzere hekim hastasının sağlık geçmişini, kullandığı ilaçları sistemden görebildiği için sağlıkta hızlı bir hizmet sunumu ve teknolojinin sağlıkla entegrasyonunun sağlanması amaçlanmış ve bu amaca belirli ölçülerde ulaşılmıştır. Ayrıca sistemde kullanılan hastalık kodları ile uluslararası sağlık standartlarına uyum sağlanmıştır. Aile Hekimliği uygulaması ile ayrıca gereksiz ilaç yazımının önüne geçmek ve sevk zinciri oluşturmak da hedeflenmiştir fakat uygulamada henüz başarıya ulaşılamamıştır.

Yürütülen saha çalışmasında tezin ana sorununu oluşturan mahremiyet ve gözetim kavramları ekseninde aile hekimleri ve ebe/hemşirelerle görüşülmüş ve bu süreçte hasta mahremiyeti ve gözetim gibi unsurlar eleştirel bir bakışla incelenmiştir. Bu doğrultuda görüşülen kişilerden AHBS’yi tanımlamaları ve sistemi anlatmaları istendiğinde sistemle ilgili şu noktalara vurgu yapmışlardır:

Görüşülen 1 (Aile hekimi, erkek): Burada sorular yok. Takip listeleri var. Örneğin aşılar var, çocuk, ergen takibi var. Ergen yok da bakıyoruz. 15-49, hamile takip listesi var. Bakanlığın bizden istediklerini yapıyoruz. Sağlıklı cinsel ilişki, sağlıklı gebelik ve çocuk gelişimi için takipler var. Bunları Ulusal Sağlık Sistemine gönderiyoruz. Eskiden Sağlık Net’e gönderiyorduk, 5 Ocak’tan beri Ulusal Sağlık Sistemine gönderiliyor.

Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek): Sistemin işleyişi ee özel yazılım şirketleri var. Bunların belirli bir veri setleri oluyor. Bakanlığın ön gördüğü kurallar içerisinde hazırlanmış olması gerekiyor. Örneğin mesela çocuk izleminde minimum veri seti diyor. Yani en az girilmesi gereken özellikleri Bakanlık belirliyor. O veri özelliklerine göre verilerin toplanmasını sağlayacak bir yazılım yazıyor. Tamamen o şeyi sağlamak zorundalar o güvenliği sağlamak zorundalar. Tek bir server’da toplanıyor, ikinci bir yerde yedek alınması, saklanması tamamen yasak olan bir sistem.

Görüşülen 6 (Ebe, kadın): Bebek İzlemimiz var; adres, kimlik, iletişim bilgileri var. Muayene bilgilerini doktor giriyor. Bebek izlemleri: kilo, boy, baş ve göğüs baş çevresi, frontonel muayene, kırmızı refleks muayenesi. İşitme testi gibi sorgulama, yeni doğanın topuk kanı, psikososyal izlem yapıyoruz.

AHBS’de aile hekimleri kendisine kayıtlı olan nüfusun herhangi bir sağlık kurumunda yaptırdığı tetkikleri, yazılan ilaçları, geçirilen operasyonları, teşhisleri yani kısaca sağlık geçmişini, demografik bilgilerini, adres bilgilerini ve kendi kayıt yaptıkları daha detaylı sağlık bilgilerini görebiliyorlar. Bir AHBS uzmanı sistemden hangi bilgilere ulaşabildiklerini **Görüşülen 8 (AHBS uzmanı, erkek):** “Doktor hastanın profiline ulaşabiliyor. Hastanın bilgilerini online bir şekilde Bakanlığa gönderiyor. Bakanlık istatistik tutarken hangi ilacı yazdığı, nasıl izlem yaptığı, izlemdeki verileri vs görüyor, kontrol ediyor. Ulusal Sağlık Sisteminden veri çekebilir ve hastasının hangi hastaneden muayene olduğunu, ne teşhis konduğunu, hangi ilaçları aldığını, hangi tetkikleri yaptırdığını görebilir fakat tetkiklerin sonucunu göremez” şeklinde özetliyor.

Saha gözlemlerinden edinilen bilgiler sistemin kendisinin de sürekli bir değişim içerisinde olduğu yolundadır. Sisteme sürekli yeni butonlar ve takip grupları eklenerek tüm nüfusa ait sağlık bilgilerini kontrol etmeye yönelik adımlar atılıyor ve belki de hem *gündelik hayat tıbbileştiriliyor* hem de tüm nüfus gözetim pratiklerinin öznesi konumuna sokuluyor. Saha verilerinden edinilen bilgilere göre erkekler ve ergenler aile hekimine en az giden

gruplardır. Yeni eklenen takip listelerinde ergen ve adult takibinin olması tüm nüfusun sisteme dahil edilmeye çalışılması anlamında şaşırtıcı değildir. Bu durum Bakanlığın herkesi gözetim pratiklerine katmak ve teoride düşündüğü biyopolitikaların işlerliğini fiiliyatta test etmek istediği izlenimi vermektedir. Sağlık Bakanlığının 2014-2018 Temel Politikaları incelendiğinde bu doğrultuda Bakanlığın, Birinci Basamak sağlık hizmetlerine herkesi dahil etmeye çalıştığını “Sağlıklı beslenme alışkanlıklarını geliştirmek, fiziksel aktivite düzeyini arttırmak ve obeziteyi azaltmak, tütün ile mücadeleyi sürdürmek, tütün maruziyeti ve bağımlılık yapıcı madde kullanımını azaltmak, bireylerin kendi sağlığı üzerindeki sorumluluğunu arttırmak için sağlık okuryazarlığını geliştirmek, üreme sağlığı konusundaki farkındalığı arttırmak ve sağlıklı davranışları teşvik etmek, anne, çocuk ve ergen sağlığını korumak ve geliştirmek, sağlık hizmet sunumunun izlenmesi” (Sağlık Bakanlığı, 32-33) vb. hedeflerinden anlamaktayız. Görüşülen sağlık çalışanları da sürekli yeni takip gruplarının sisteme dahil edilmesini sıklıkla şöyle dile getirmişlerdir:

Görüşülen 11 (Aile hekimi, erkek): [Genç izlemi] O yeni başladı. Özellikle hani ortaokul ve lisedeki öğrencilerin izlemleriyle ilgili Bakanlığın yeni çalışması. Daha önce yoktu böyle bir şey.

Görüşülen 14 (Aile hekimi, kadın): Gebe takibi, bebek takibi yani kronik hastalıkların takibi henüz gelmedi o daha onlar gelecekmiş... İşte şeker, kalp hastalıkları, obezite, kanser hastalıkları. Onlar bize izlem gelecekmiş ama daha olmadı.

Kronik hastalıkların, obezite gibi çağa ait sorunların takibi ve tedavisi elbette önemlidir fakat her yaştan insanın tüm sağlık durumunu sürekli aile hekimiyle paylaşmak zorunda olması ve tüm sağlık bilgilerinin tek elde toplanması akıllara gözetim olgusunu getirmektedir. Kişinin tüm sağlık geçmişinin ve mahrem bilgilerinin giderek artan oranda kişiden alınarak sistemlerde tutulması mahremiyet ve gözetim bağlamında değerlendirildiğinde önemli sorunları da beraberinde doğurmaktadır.

Sisteme Girilecek Bilgilere Kim Karar Veriyor?

Sağlık Bakanlığı sistemin kapsamını sürekli genişletiyor ve hedefleri doğrultusunda soruları ve kişi hakkında istenilen bilgileri arttırıyor. Sisteme yapılacak her yeni değişikliği özel yazılımlar yerine getirip kendilerini güncelliyorlar. Bu değişikliklerde Bakanlık sahada sistemin uygulayıcısı olanlardan ne kadar faydalıyor, onlara neleri danışıyor? Sisteme

sürekli olarak eklenen sorulara kim ya da hangi birim karar veriyor sorularına sıklıkla alınan yanıtlardan bir kısmı şöyledir:

Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek): Ha Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı diye bir birim var Bakanlığın. Burada tabi içlerinde doktorların da olduğu şeyler oluyor. Zaman zaman derneklerin ya da işte uzmanlık derneklerinin özellikle görüşlerini alıyorlar. Bir de Dünya Sağlık Örgütünün öngördüğü veriler var onları topluyorlar. Hani belirlemeleri o şekilde. O şekilde bir politika oluşturuyorlar.

Görüşülen 16 (Aile hekimi, erkek): Danışıyorlar aile hekimi derneğimizle daha çok muhatap oluyorlar ona göre karar veriyorlar. Fikirlerimiz alınıyor.

Görüşülen 31 (Aile hekimi, erkek): Takip grupları bize AHEF²⁰ yoluyla danışılıyor. Bir yönetmelik hazırlanıyor, tabip odaları vs. yönetmelik onlara danışılarak yapılıyor.

Görüşülen 36 (Aile hekimi, erkek): Danışıyor mu. Tabi direkt kalkıp da beni aramazlar ama aile hekimliği dernekleri var TAHEF²¹ denilen büyük bir kuruluşuz aslında yani dernekler olarak ve Türkiye'deki aile hekimlerinin büyük bir kısmı bu derneklere üye artık. Bakanlık o yüzden sürekli onlarla görüş alışverişi içinde, bilgi alışverişi içinde. Bununla beraber bazı şeyleri bizim öngörümüze göre yapıyor. Bazen de hani biz böyle istiyoruz, bu böyle olacak deyip de işte dayatma benzeri direkt dayatma demesem de kendisi de hani şeyler yapabiliyor bizim görüşlerimizi çok fazla önemsemeden.

Görüşülen 20 (Aile hekimi, erkek): Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu var. Bizim derneklerin görüşleri bir çatı altında toplanıp iletiliyor. Çok fazla göz önüne alındığını düşünmüyorum.

Görüşülen 14 (Aile hekimi, kadın): Hayır bize danışılan bir şey yok.

Görüşülen 18 (Aile hekimi, erkek): Genelde danışmıyor, zaman zaman danışıyor. Bizim algımız bu. Seyrek olarak danışılıyor. Danıştığı şeyleri de dikkate almadığını düşünüyoruz.

²⁰ Aile Hekimleri Dernekleri Federasyonu

²¹ Türkiye Aile Hekimleri Forumu

Görüşülen 27 (Aile hekimi, kadın): Hiç danışmıyor. Kendi yapıyor sistemi, kendini adapte etmeye çalışıyor, biz de buradan öğreniyoruz.

Görüşüne yer verilen görüşülenlerin sorulara kimin karar verdiği konusunda farklı şeyler dile getirdikleri dikkatten kaçmıyor. İfadelerine bakıldığında görüşülenlerin bazıları sistemdeki değişikliklerde hiçbir etkilerinin olmadığını Bakanlık kendilerine sorsa dahi sahadan beslenmeden karar alındığını, bazıları ise çeşitli aile hekimliği federasyonları ve dernekleri aracılığı ile kararlarda etkili olduğunu düşünmektedir. Saha verileri Bakanlığın AHEF ve TAHEF ile çeşitli çalıştaylar düzenlediği ve burada tartışılan bazı eksiklik ya da yanlışlıkların -bazen zor da olsa- giderildiğini gösteriyor. Birkaç görüşülen ise bu konuda diğerlerinden oldukça farklı düşünmektedir. Bu hekimler eklenen soruların çoğunlukla Bakanlık tarafından hazırlandığını ve kendi görüşlerinin alınmadığını ya da alınsa bile uygulamada bir karşılığının olmadığını belirtmiştir. Bu durum ise sahada sağlık hizmet sağlayıcılarının fikirlerinin pek fazla önemsenmeyip devletin kendi biyopolitikaları doğrultusunda sağlık politikaları geliştirme yolunu seçtiğini düşündürmektedir.

Sağlık Bakanlığı elde edilen verilerle sağlık politikaları geliştiriyor mudur?

Sağlık Bakanlığının yaptığı çalışmalar incelendiğinde Bakanlığın sağlık sistemini sürekli yenileme çabasında olduğu, politikalarını hedeflerini güncellediği görülebilmektedir. Yayınlanan kamu spotlarıyla sağlık bilincini halka aşılama gayret etmektedir. Sağlık sisteminde uygulanan hastalık kodları bir standardı oluşturmaya yönelik bir adım olarak değerlendirilmeli ve istatistiksel anlamda ülke olarak açıklarımızı kapamaya daha fazla gayret gösterilmelidir. AHBS'ye bakıldığında da istatistik toplamaya yönelik çok sayıda soru ve veri olduğu göze çarpmaktadır.

Konuyla ilgili fikir beyan eden görüşülenlerin büyük çoğunluğu toplanan verilerin sağlık politikası geliştirmekte kullanıldığını ya da kullanılması gerektiğini düşünmektedir.

Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek): Sistemden daha sonra bu veriler strateji geliştirmek için toplum sağlığını ilgilendiren konularla ilgili tedbir almak için ya da kanun politikalar yapmak için kullanılabilir, bilimsel çalışmalarda da kullanılıyor.

Görüşülen 5 (Aile hekimi, erkek): Şimdi tabi sosyal politikalara, nüfus politikalarına yol gösterebilecek sorular var... Bizlerden veri alıyorlar bizlerden kullanıyorlar. Bizim kullandığımız sistemlerde bunlarla ilgili altyapısıyla ilgili, nüfus

oranları, yaş oranları, gebe oranları, bebek oranları, evlilik oranları var. Biz de o bilgileri veriyoruz onlara. Oradan faydalanıyorlar bence gerekli.

Görüşülen 17 (Aile hekimi, kadın): Değerlendiriliyor, kaale alınıyor. Kronik hastalıkları takibe alırken, obezite, kronik hastalıkları da koydu.

Görüşülen 24 (Aile hekimi, erkek): Topladığımız veri eğer pratikte olumsuz bir şeyler yakaladığınızda onu değiştirmeye yönelik olmayacaksa bir anlamı yok. Hani sigara içilmesi kötü bir şey ama sigara alışkanlığını yok edecek bir şey yapmayacaksanız bu sigarayla ilgili veri toplamamızın hiçbir anlamı yok.

Görüşülen 26 (Aile hekimi, erkek): Mutlaka kullanıyordur. Manyak veri var. Müthiş veri tabanı var. Kullanıyordur ama ne kadar verileri kullanıyordur o konuda yorum yapamam. Kullanmayacak olsa niye böyle bir projenin altına girsin ki.

Aile hekimleri ve ebeler topladıkları verilerin büyüklüğü konusunda hemfikirdirler. Verilerin sağlık istatistikleri oluşturmak, kişilerin sağlık takiplerini yapmak amacıyla toplanması olumlu karşılanabilir. Buna karşın toplanan verilerin bir köşede kalması ya da kişinin adı, T.C. kimlik numarası ve sigorta sicil numarası gibi belirleyici bilgileriyle birlikte belirli bir kişiyi işaret eder bir biçimde kaydedilmesi ise akıllara büyük veri (big data) tartışmalarını getirmektedir. Aile hekiminin “manyak veri” diye ifade ettiği durum sistem aracılığıyla toplanan bilgilerin fazlalığıdır. Aynı zamanda devlet topladığı verileri kullanarak nüfusu bilme -yani biyopolitika üretme- adına adımlar atmaktadır. Aksi halde sahibiyle ilişki kurulabilen yüksek miktarda veriyi sağlık kurumları aracılığıyla toplaması açıklanamazdır. Bakanlık birçok bilgiyi tıbbileştirerek yani tıbbın gücünü kullanarak toplamaktadır.

AHBS Hakkında Olumlu Değerlendirmeler

AHBS için yine mahremiyet ve gözetim ekseninde tartışılabilir olumlu ve olumsuz değerlendirmeler yapmak mümkündür. Sağlık çalışanları tarafından birçok açıdan övülen hasta kayıtlarının elektronikleşmesi yine devletin biyopolitikalarına katkı sunma görevini üstlenmektedir. Görüşülenlerden AHBS’yi değerlendirmeleri istendiğinde sisteme dair olumlu gördükleri özellikleri ve memnuniyetlerini; maaşa dair olumlu etki, kağıtta kayıt tutmaktan kurtuluş, elektronik sistemde kayıtların önemi, istatistiklerin daha iyi tutulması, düzenli kayıt tutulması, hekimin hastayı hastanın hekimi tanınması, hastaya ulaşımın kolay

olması, sistemin kapsamlı bilgi vermesi ve uyarılar vererek hatırlatıcı olması vb. konular üzerinden ifade etmişlerdir. Görüşülenlerin sisteme dair olumlu değerlendirmelerinden bazıları şöyledir:

Görüşülen 1 (Aile hekimi, erkek): sistemle birlikte belirli hastaları olmasının avantajını şöyle ifade ediyor: Hastalar kendi dediklerini yaptırmak istiyorsa başka birine gitsin. Ben hastalarımın hastalıklarının nesi olduğunu, hangi ilaçların iyi geleceğini biliyorum. Kontrol bende bu durumda. Sonucuna ben katlanacaksam ilacını ben vermeliyim, tedavisini ben yapmalıyım. Kendi istediği ilacı yazdığında ya da başka birinden ilaç kullanıp iyileşmediğinde sorun oluyor.

Bu ifade; eğer aile hekimi hastasını ikna ederse gereksiz ilaç yazımının ve kullanımının önüne geçilebileceği gibi farklı hekimlerden tedavi olarak kaybedilen iş ve para kaybının da önüne geçebilmenin mümkün olduğunu gösteriyor.

Diğer bir hekim (**Görüşülen 3; Aile Hekimi, erkek**) sistemin avantajını; Maaşımızın artması, sizin hastayı, hastanın sizi tanıması ifadesiyle özetliyor. **Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek)** elektronik kayıtların önemini; “eksik ya da hatalı bilgi girme şansını ortadan kaldırıyor. Mesela kağıt üzerinde bir şeyi eksik bırakabilirsin ama onun eksik olduğunun anlaşılması için on beş yıl sonra bir yerde birisinin ona ihtiyacı olacak da bakacak. Bunda anlık online olarak gönderiyorsun veriyi ve bilgisayar otomatik olarak verinin eksik olup olmadığını ya da uygunsuz olup olmadığını sana geri dönüyor, en büyük avantajı bu zaten” diye ifade ederken, **Görüşülen 11 (Aile hekimi, erkek):** “Çünkü takip açısından işte gebe izlem, bebek izlem, çocuk izlem bunlar zaten rutin şeyler yani devam eden izlemler. Sonra bu çocukların aşıları, bebeklerin aşıları özellikle bizim açımızdan [önemli] onun dışında yine gebelerin aşıları var. Bunların hepsini sistemden görebilmek gerçekten güzel bizim açımızdan. Mesela bizim kullandığımız özel yazılımlarda bizi uyarıyor duruma göre. Ayrıca tabi bir de kanser taramaları var. Kanser taramalarında da kadınlarda işte smear mesela eğer smear gerekiyorsa o kişiyi açtığımız anda uyarı geliyor ekrana işte bu kişiye smear yapılması lazım. Biz de bununla ilgili o kişiyi bilgilendirme yapıyoruz” şeklinde ifade etmiştir.

Görüşülen 5 (Aile hekimi, erkek) ve Görüşülen 14 (Aile hekimi, kadın) hastanın hekimi, hekimin hastayı tanımasının avantajlarını şöyle ifade etmişlerdir:

Görüşülen 5 (Aile hekimi, erkek): Hasta aile hekimini tanıyor. Aile hekimi ona gidiyor ve yazdığı ilaçlarını rahat yazdırabiliyor. Hastaların en büyük kolaylığı bu. Tetkiklerini yaptırabiliyor yani gideceği hekimi biliyor. Bir karmaşa içinde değil yani.

Görüşülen 14 (Aile hekimi, kadın): Bence iyi bir şey. Sen tanıyorsun hastayı biliyorsun ne kullandığını, ne kullanacağını. Her istediğini yazmıyorsun yani. Öbür türlü olsa bir o doktora gidecek durumunu bilmeyecek. İyi bir şey yani bence şey fikri güzel de tam uygulanabilir olmuyor tabi Türkiye’de bu şartlarda. O zor yani, uygulamak tam olarak zor. Evet evet tanıyınca hastalar iletişim kurabiliyorsanız hastalarınızla o zaman iyi yani, güzel.

Sistemin bilgisayar ortamında kayıt alması ve internete dolayısıyla Ulusal Sağlık Sistemine doğrudan bağlı olmasının ve sistemin takipler vb. için uyarı vermesinin getirdiği avantajlar şöyle ifade edilmiştir:

Görüşülen 19 (Aile hekimi, erkek): İşimizi kolaylaştırıyor tabi. T.C. girdin mi kullandığı ilaçları, hastalıkları görüyoruz sormamıza gerek kalmıyor. Çoğu işimizi kolaylaştırıyor. Hasta başka bir doktora gitse bile görüyoruz ilaçlarını.

Görüşülen 23 (Ebe, kadın): Sistem güzel. En kullanışlı sistem bizimkisi. Aylık planlarımız, uyarı sistemleri var. Olumlu buluyorum çok çok fazlasıyla, eskiden kara düzendi. Hiçbir şey yoktu, aşılar yoktu şimdi hepsi yapılıyor.

Görüşülen 18 (Aile hekimi, erkek): Kayıt önemli. Gelişmiş toplumların gelişmişliğin göstergesidir. Var olanı kaydetme ve kaydedilene ulaşma ve kaydedileni işleme konusunda çok etkin ve gelişiyor. Ciddi boyutlarda da standartlaşma var. ICD kodları²² kullanıldığı için. Bu dünya sağlık istatistiğine girişi kolaylaştırıyor ve diğer ülkelerle eşit konuma geliyor.

Sağlık çalışanlarının sistem hakkında olumlu gördükleri yaptıkları işleri bir standarda sokması ve kolaylaştırması, hastanın hekimi hekimin hastayı tanıması ve onunla ilgili tüm sağlık geçmişini bilmesi, sistemin uyarı vererek takipleri hatırlatması gibi olguların hepsi tüm nüfus hakkında standart veri toplanması çabalarıdır. Veri toplama işi bir standart sağlanarak yapılmakta ve tüm nüfusa ait bilgiler toplanmaktadır. Bu noktada Roger Clarke’ın (1998) kavramı olan *veri gözetimi* göze çarpmaktadır. Devletin gizli gözü gözetim

²² ICD Kodları (International Classification of Disease): Uluslararası Hastalık Sınıflandırması

yapmak için hekimlerin bilgisayarlarına gizlenmiştir ve *büyük veri* için çalışmaktadır. Sağlık çalışanları yukarıda aktarıldığı şekilde sistemden memnun olsalar da arka planda işleyen gözetim olgusu atlanmaktadır.

AHBS Hakkında Olumsuz Değerlendirmeler

AHBS hakkında yapılan olumlu değerlendirmelerin *büyük veri* ve gözetim ile olan bağlantısını tartıştıktan sonra AHBS hakkında yapılan olumsuz değerlendirmeleri tartışmaya açmak faydalı olacaktır. Sahadan elde edilen veriler görüşülen sağlık çalışanlarının AHBS'ye karşı aynı duyguları taşımadıkları ve AHBS'yi aynı şekilde değerlendirmediklerini göstermektedir. Görüşülenlerden bir kısmı AHBS'yi değerlendirmeleri istendiğinde sisteme dair olumsuz gördükleri özellikleri ve memnuniyetsizliklerini; evrak işinin bitmemesi, sistemsiz eksiklikler, hastaya ulaşmada yaşanan zorluklar, USS'den veri çekememek, İkinci Basamak sağlık hizmetleri ile olan uyumsuzluk, hasta sayısının çokluğu, koruyucu hekimliğin gerçekleştirilememesi, hastaların ilaç, rapor vb almak için sistemi kötü yönde kullanması temaları üzerinden ifade etmişlerdir. Görüşülenlerin sisteme dair olumsuz değerlendirmelerinden bazıları aşağıda aktarılmıştır.

Sağlık kurumlarında özellikle hekim ve ekibinin en önemli yanı ekip çalışması yürütebilmeleridir. Fakat sistemle birlikte getirilen bazı kurallar, performans beklentileri hekimler arasındaki ekip ruhunu bozmuş ve hekimleri bireyselleştirmiş durumdadır. Hekimlerden **Görüşülen 3 (Aile hekimi, erkek)** bu durumu “Aile hekimliğiyle toplum odaklı sistemden bireysel odaklı sisteme geçildi. Aile hekimliği sayesinde maaşlarımız iyi oldu fakat doktorluğun tadı kaçtı. Ekip ruhu gitti. Gerçi biz çok şükür kendi aramızda bir problemimiz yok. Ama doktorluk, sağlık ekip işidir. Kelle başı sistemi geldi. Öncesinde bir hastayla daha çok ilgilenebiliyorduk. Şimdi bir hastaya daha iyi bakmak yerine daha çok hastaya bakılıyor” şeklinde açıklıyor.

Sistem gereği her hekime bağlı hasta sayısı başlangıçta eşite yakın paylaştırılmıştı fakat hastaların hekim seçme hakkı hekimleri zora sokmuş ve hastaları kaybetmemek adına zaman zaman hastaların isteklerini yapmak durumunda bırakmıştır. Bir aile hekimi **Görüşülen 19 (Aile hekimi, erkek)** bu durumdan “Bizim hasta seçme hakkımız yok ama onların hekim seçme hakkı var. Bazı hastalar geliyor kovalamak istiyorsun, bazı ukalalar geliyor” ifadeleriyle yakınmaktadır. Başka bir aile hekimi **Görüşülen 16 (Aile hekimi, erkek)** de “Genel olarak hastalardan kaynaklı sorunlar var: ilaç yazdırma, rapor alma,

muayene olmada. Belirli bir yasal şeyi yok. Hasta gelmeden ilaç yazdırılmaz. Hasta kendi lehine olan her türlü şeyi istiyor. Başkasının ilacını başkasına yazdırıyor. Bir nüfus kağıdı almış eline gelmiş ilaç yazın buna diyor. Hasta değil sahte rapor almaya çalışıyor. Kendi kafalarından geçen ilaçları istiyorlar. Anlayan hasta var anlamayan var. Durumu çözemezsek şiddete kadar gidiyor” ifadelerini kullanmıştır.

Görüşülen 30 (Ebe, kadın) da durumu şöyle özetlemektedir: “Sistemin çok artıları olduğu gibi eksileri de var. Düzeltilebilir konumunda ilk başta görevlendirmeler var. Sağlık personelinin daha memnuniyetsiz olduğunu düşünüyorum. Çünkü hastanın memnuniyetine göre yapılan bir sistem. Hastanın beş dakikada doktor değiştirebildiği bir sistem. Ama siz hastayı silemiyorsunuz. Bunun iki yolu var ya hasta kendi gidecek ya da ölecek. Hasta silme butonu olmalı. Hasta istediğini yapmadığında seni anında bırakıyor. Bu da usullü ya da usulsüz hastanın istediğini yapmak zorunda bırakıyor.”

Aile Hekimlerinin sıklıkla dile getirdikleri bir diğer olumsuzluk ise hekimler arasında birbirinin “hastasını çalan” ve bunu hastaya istediği ilaçları yazacağını ya da her istediklerinde rapor vereceğini vadederek yapan meslektaşlarının olmasıdır. Bu durumun da temel sebebi hasta sayısı kadar ücret alma kuralıdır. Sistemde kayıtlı hasta sayısı kadar ekstra ücret alma söz konusu olunca her ne kadar hasta yoğunluğundan şikayet edilse de hekimler ücretinde düşüş yaşamak istemediklerinden hasta sayılarının azalmasına da razı değillerdir. Bu duruma karşın Bakanlıktan talepleri, ücretlerde bir düşüş yaşamadan hasta sayılarının düşürülmesidir. Bu durumu birkaç ifade ile örneklendirmek mümkün.

Görüşülen 32 (Aile hekimi, erkek): Fakat tabi mevcut nüfusun biraz azaltılması lazım. Bu yönde de çalışmalar var zaten. Şuanda da 3500-4000 civarında bir nüfusla bu işi yapabilmek çok kolay olmuyor tamamına hakim olamıyorsunuz.

Görüşülen 19 (Aile hekimi, erkek): Bizim poliklinik şartlarımız ağır. Avrupa’da 15 dakikada bir hasta bakıyorlar bizde iki dakikada çıkmadı mı kapıda bekleyen ameliyat mı ediyor diye bağıyor. Günde 50-100 hasta baktığımız oluyor. Başka türlü mümkün mü?

Görüşülen 5 (Aile hekimi, erkek): Birinci basamağa iş yükünü fazla bindirdikleri için yani gerçek görevimiz olan poliklinik yani koruyucu sağlık hizmetleri, sağlık istatistikleri kısmına çok zaman ayıramıyoruz. O da neden? Poliklinik yoğunluğundan dolayı. Yani sağlık kalitesinin daha iyi olması isteniyorsa eğer poliklinik yoğunluğunun

azaltılması, randevu sisteminin getirilmesi, hasta sayısının sınırlandırılması, yani esas görevimiz olan koruyucu sağlık hizmetleri görevini yapmamız bence daha mantıklı olur.

Hasta sayısı ve fazla çalışma sık ortaya çıkan bir şikayet konusu olarak göze çarpmaktadır. Benzer şekilde negatif performans sistemi ve sistemden kaçırılan takiplere kesilen cezalar da anlatılarda çıkan en yoğun memnuniyetsizlik sebeplerindendir. Özellikle köy/mahallelerdeki Aile Sağlığı Merkezlerinde bir aile hekimi ve bir ebe/hemşire çalışmaktadır. Bu durumda ekip izin kullanmak istediğinde yerine başka biri görevlendirilmekte ve izne çıkan hekim ya da ebe ekstra ücret alamamakta ama eğer takip, aşı vb. atlanır, unutulursa ceza olarak para ödemek zorunda kalmaktadır. Görüşülen 23 ve Görüşülen 20 bu durumu şöyle ifade etmişlerdir.

Görüşülen 23 (Ebe, kadın): Bir de bağımlı hissediyoruz. İzindeyken bile performansta geçen hasta var mı diye aklımız kalıyor. Köle gibiyiz valla. Akşam yatarken düşünüyorum bir şey kaldı mı diye... Diyorum ya acaba şunu yaptım mı yapmadım mı her ay sisteme düşmezse acaba sisteme düştü mü diye tereddüt ediyoruz. Yaptığımız halde karın ağrısı çekiyoruz. Yani kişi sayısı ikiye çıkarılabilir. İzne çıkıyorum tek kişi sorun oluyor, iki ebe olmalı. Çok yoğun oluyor evrak işlemleri... Burada 2600 civarı hastamız var. Çok fazla kontrol var, denetim fazla. Ve cezayı kesiyor diyelim ki 150 TL kesiyor. İtiraz edince sana 100 TL geri veriyor. Ben öyle biliyorum. Orada çalışanın vergisi bir şey diyor. Az geri veriyor.

Görüşülen 20 (Aile hekimi, erkek): Genel olarak olumlu buluyorum ama tek başına çalışma zaten yorucu. Bu sistem içerisinde yıllık izin kullanma durumumuz yok. Yıllık izin alınca maaşınızdan kesinti oluyor. Maaşınızdan oldukça fazla kesinti oluyor ve devlet tüm giderleri benim ödememi bekliyor. Benim yerime buraya bir arkadaşımı görevlendiriyor ama interneti, faturaları benim ödememi bekliyor. Bu insan haklarına aykırı bir süreç. Ben hiç kesintisiz bir ay izin kullanamadım. Bu yıl yedi gün kesintisiz yıllık izin yapabileceğimizi söylediler. Bakanlık dinlemiyor. Burada tek çalıştığım için böyle. Ben burada olmasam da performans sistemi yürüyor. Ben yokum ama aklınız burada acaba bir aksaklık çıktı mı? Yerine gelen kişinin herhangi bir sorumluluğu yok. Hasta bakıyor, gidiyor. Sistem hasta bakma üzerine kurulmuş değil. Hasta bakmasam geleni sevk etsem kesinti olmuyor.

Bu anlatıların ortaklaştığı nokta ise sağlık çalışanlarının sağlık hizmeti vermenin yanı sıra veri toplama görevlerinden kaynaklanan sorumluluklarının neo-liberal politikalar kapsamında bazı performans ve ceza sistemlerine bağlanmış olmasıdır. Şikayetlere ya da memnuniyetsizliklere sebep olsa da, devlet veri toplama faaliyetlerini garanti altına alma ve aynı zamanda sağlık hizmetlerini aksatmama adına ceza ve performans sistemini uygulamaktadır.

İnternete Bağlı Hekimlik

Enformasyon teknolojilerinin gelişimi etkisini her alanda göstermiş ve devletler bu teknolojileri bünyelerine katarak hem çağın hızını yakalayabilmiş hem de yönetim anlayışlarını güncellemişlerdir. Ağlar üzerinden işleyen sistemlerle hem büyük çapta veriler saklanabilir hem de bu veriler birbiriyle ilişkilendirilerek büyük veriler (big data) elde edilmiştir. Bilişim teknolojilerinde değişim aynı zamanda gözetimi daha az görülür ve hissedilir fakat her alanda uygulanır hale getirmiştir. Sağlık Bakanlığı da teknolojinin bu tür olanaklarından yararlanmış AHBS gibi programları sağlık alanında işler hale getirmiştir. Böylece hekimlik internete bağlı hale gelse de gözetimin kapasitesi ve işlerliği artırılmıştır.

AHBS temelde web tabanlı bir sistem olduğundan ve veri güncellemeleri Sağlık Bakanlığı serverlarından (USS) yapıldığından temelde internet üzerinden işleyen bir sistemdir. Bu durum istenilen bilgiye anında ulaşma ya da gelen hastanın bilgisine hızlı erişim, e-imzalı reçete hazırlama gibi faydalar sunmasının yanı sıra olası bir aksaklıkta sistemi kullanışsız hale getirmektedir. Bu durumu bir aile hekimi **Görüşülen 32 (Aile hekimi, erkek)** şöyle ifade etmektedir: “Sistemin olumsuz gördüğüm yanları aslında web tabanlı çalışıyor sistemimiz yani internet bağlantımız olmasa da biz hasta bakabiliyoruz. Ancak e-reçete dediğimiz sistem uygulandığı için, e-imza kullandığımız için ne kadar da internet olmasa da reçeteyi yazıcı çıktısıyla versek bile altına not düşmek zorunda kalıyoruz. Bu da güvenliğimiz açısından sıkıntı yaratıyor. Çünkü e-imza ile imzalanmamış oluyor. Endişemiz o oluyor ama bunu da aşabilmek çok mümkün değil, internet bağlantısı yani bilhassa hekimliğimiz internete bağlı hale geldi. İnternet yoksa hekimliğin de yok gibi maalesef böyle bir durum. Tabi ki muayene edebilirsiniz, tabi ki hastayla görüşmenize devam edersiniz ve tanınızı koyarsınız ama tedavi noktasında bir internet bağımlılığı söz konusu sistemde. Bu tabi çok olumlu yansımıyor ama tabi önceki sistemi düşünürsek de zaten güvenlik açığı çok büyüktü, en azından internet üzerinden de olsa e-imzayla bu güvenlik açığı kapatıldı ama başka bir çözüm bulunabilir mi diye düşünüyorum açıkçası

bunun için sistemin dezavantajı anlamında... Hani belki dijital çağın gerekliliği ama ben yüz yüze konuşup bazı şeyleri o şekilde halletmeyi daha çok seven bir hekim olarak bu kadar dijitalleşmenin sağlıkta ne kadar doğru olduğu konusunda endişelerim var.”

Görüşülen 15 (Aile hekimi, kadın) ise internet bağlantısıyla çalışmayı “Onun avantajları dezavantajları var ama ben bunu sadece aile hekimliği sistemi olarak söylemiyorum. Geçen mesela üniversite tıp fakültesinin sisteminde hata vardı bir tane reçete yazamadılar. Böyle şeyler çıkabiliyor, elektrik kesiliyor hasta bakamıyorsun, hiçbir şey yapamıyorsun yani. Tabi böyle durumlar var hani teknik problemler olduğu zaman elin kolun bağlanıyor” şeklinde ifade etmektedir.

İnternete bağlı hekim olmakla bağlantılı bir diğer durum da aile hekiminin masa başına bağlı kalması, gözetimi sağlarken ve poliklinik hizmeti verirken; koruyucu hekimlik görevini yeterince yerine getiremiyor olmasıdır. Konuyla ilgili birkaç örnek vermek faydalı olabilir.

Görüşülen 21 (Aile hekimi, erkek): Tüm sağlık sistemi baştan değişmeli diyorum. Aile Hekimliği sisteminde hekimlik dışında her şey yapıyoruz. Oturup bilgisayar başında veri atarak da bu işi yapabilirsiniz. Sistem hatalı, kriterler hatalı Türkiye’de.

Görüşülen 5 (Aile hekimi, erkek): Tam dört dörtlük mü dersiniz değil, diyemeyiz. Biz masa başında çalışıyoruz. Eskiden mesela aile sağlığı elemanları bu sistemin dışında mahalle dolaşma şeyleri vardı. Bence daha mantıklıydı Sağlık Ocağı sistemindeyken onu karşılaştırmamı istiyorsan çünkü o zaman gebe tespitleri ve ne bileyim kadınlarla da izlemleri daha sağlıklıydı. Şimdi telefonla yapmak zorunda kalıyoruz çünkü sistemin gereği yani. Tam dört dörtlük değil ama yine de fena değil.

Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek): Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin tek olumsuz yanı hastayla olan iletişimi biraz sekteye uğratmış olması... Hastaya geldiğinde hastanın yüzüne bakma süremle ekrana bakma süremle aramda orantısızlık olabiliyor bazen. İletişimi bozan bir yaklaşım; araya giriyor bir şey.

AHBS ile birlikte sağlığın her kesime ulaştırılması ile ilgili olumlu adımlar atılırken koruyucu hekimlik hizmetlerine ise ket vurulduğu görülmektedir. Yeni sistem ile koruyucu hekimlikten ziyade istatistik toplamaya yönelik faaliyetler önemsenmekte ve hekimler masa başı çalışmaya ve internete bağımlı kalmaya mahkum olmaktadır.

ASM ekiplerinin sıkça şikayet ettikleri ve onları zora sokan bir süreç ise takibi gelen hastanın zamanında ASM'ye gelmemesi ve telefonla, adrese gidilerek hastaya ulaşılamamasıdır. Bu durumlarda sağlık personeli ya muhtara giderek adres bilgilerini doğrulatmakta ya da hastayı komşularına sorarak ona ulaşmaya çalışmakta. Bu işlemleri evraklarla kayıt altına alan ve takibi hastaya ulaşılamaması sebebiyle kaçırdığını Bakanlığa ya da İl Sağlık Müdürlüğüne açıklamak zorunda olan sağlık personeli sözlerine güvenilmediği için ve bir çok evrak işiyle uğraşmak zorunda kaldığı için durumdan şikayet etmektedir. Sağlık personeli kendisine bilgi vermek istemeyen ya da çocuğunun aşı olmasını istemeyen kişilere de dilekçe yazdırıp işlemleri hasta kaynaklı olarak yapamadıklarını kanıtlamak zorundadır. Ayrıca her ay sonunda yaptıkları işlemler basılı olarak da Sağlık Müdürlüklerine gönderilmektedir. Dolayısıyla AHBS gibi günümüz gelişmelerine uyum sağlayan, web tabanlı bir sisteme geçiş yapılması maalesef ki basılı evrak işlerini ne bitirmiş ne de azaltmış değildir. Görüşülen 23 ve 4 bu durumu şöyle aktarmışlardır:

Görüşülen 23 (Ebe, kadın): Hastalara ulaşamıyoruz, telefon numaraları olmuyor, ararsak da gelmiyorlar, eşten dosttan öğreniyoruz.

Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek): E tabi onlarla karşılaştığınız zorluklar oluyor. Bir şekilde ulaşman gerekiyor. Bir şekilde ulaşmak gerekiyor onlara. Yani ama çok az oluyor mesela bir yüz tane bebeğiniz varsa bir tanesinde hatta belki bin bebekten bir tanesi binde bir gibi bir oranla oluyor. O da tamamen ailelerin sosyolojik yapısıyla ilgili. Mesela aşının işte içinde atıyorum istemediği bir madde mesela çok inançlı bir aile olduğunu söylüyor diyor bunun içinde domuzdan yapılmış şeyler var diyor ben aşı vurdurtmuyorum diyor. Onlarda sıkıntı yaşıyoruz. Onlardan da zaten beyanname alıyoruz, imzalarını atıyorlar yani kendi istekleriyle yaptırmadıklarını. Zorla da yapmıyoruz yani sonuçta kimseye. O tip zorluklar oluyor.

Bu noktada vatandaşın sağlığının önemsendiği ve sistematik bir şekilde takibinin yapıldığı dikkat çekmektedir. Fakat aynı zamanda işlem kaçırılmaması sağlık personeli üzerinde baskı yaratmaktadır. Bu noktada sağlık alanında gözetim faaliyetlerinin yürütülmesine yardımcı olan sağlık personelinin de yaptıkları işlemler üzerinden gözetime maruz kaldıkları görülmektedir.

Hasta Memnuniyeti ve Hizmet Kalitesine Dair Değerlendirmeler

Sistemin olumlu ve olumsuz bulunan özellikleriyle bağlantılı olarak AHBS ile birlikte, verilen hizmetin kalitesinde bir artış ve hasta memnuniyeti açısından gerçekleşen değişimler ve bunların deneyimlenmesi hususlarında oldukça dikkat çekici veriler ortaya konmuştur.

Görüşülen 16 (Aile hekimi, erkek): Genelde iyi tepkiler alıyoruz sistemle ilgili. Ama hastanın işini çözemedin mi bazen bazı ilaçları yazamıyoruz, rapor veremiyoruz, hastanın işine gelmedi mi kızıyor.

Görüşülen 18 (Aile hekimi, erkek): Çok heterojen hizmet verdiğimiz kitle. Kimi çok memnun kimi memnun değil. Kimisi eski sistem çok iyi diyor, kimisi yeni sistem iyi diyor. Ama benim yorumum şu: eskiden kişi odaklı değildi, genel olarak veriliyordu. Şimdi kişi odaklı olunca Ayşe Hanım incelememiz var, Fatma Hanım bebeğinizin aşısı geldi gibi ilgi arttı, memnunlar bence devlet sıkı markaj yapıyor vatandaşına. Aşmayı, izlemi her şeyi biz negatif performanstan dolayı yapıyoruz, kara kaşımızdan gözümüzden değil. İsmiyle bile seslenince hoşuna gidiyor onun. Doğrusu o zaten. Biz bir de aramızda rekabet olduğu için daha fazla memnun ediyoruz. Ben bir de çalışmayı sevdiğim için. Daha gelişmiş, daha Avrupalı, daha iyi bir sistem. Çalışan memnun, hasta memnun.

Görüşülen 36 (Aile hekimi, erkek): [Hizmet kalitesinde gelişme] Bence kesinlikle var... Eskiden hastalar doktoru görmek için çaba harcardı. Ama şimdi aile hekimi veya aile sağlığı elemanı sürekli olarak hastayı görmek için çaba harcıyor... Yani hastalar memnun olmazlar mı; evine kadar telefon açıp da işte yarın geleceksin aşını yaptıracaksın diyen bir ebesi var, hekimi var, işte üç ay sonra, bir ay sonra şu tahlillerini yaptıracaksın tekrar geleceksin diyen. Hastalar tabii ki memnunlar.

Verilerin tamamına bakıldığında sistemin kişi odaklı olması hekimin kişiyle daha fazla ve tüm sağlık durumunu bilerek ilgilenmesi hem Aile Sağlığı Merkezi personeline hem de hastalarda olumlu sonuçlar doğurmuştur. Hekimin hastanın ilaçlarını ya da durumunu bilmesi, hastayı hatırlayarak ismiyle hitap etmesi olumlu gelişmelerdir. Ama aynı zamanda hastanın her zaman aynı hekime gitmesi ilaç, sağlık raporu gibi hususlarda hekimin otoritesini sarsan ve sistemin suistimal edilmesine kadar giden sonuçlara da sebep olabildiğini unutmamak gerekmektedir.

5.2. Mahremiyet ve Gözetim Üzerine Tartışmalar

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile beraber hekimler hasta kayıtlarını daha düzenli tutmaya başlamış, kendisine bağlı olan hastaların hastalık geçmişlerini bildiğinden ya da ekrandan bakarak hastasını daha kısa sürede hatırlayabildiğinden hasta-hekim ilişkisinin olumlu yönde gelişmesine katkı sağlamıştır. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi 2011 yılında ilk kullanılmaya başlandığında sağlık dışı bilgiler olarak görebileceğimiz nüfus, adres vb. bilgiler MERNİS üzerinden hekimlerle paylaşılmaktaydı. Hekimler hastanın vukuatlı nüfus kayıt örneğine kadar bilgi sahibi olabilmekteydiler. Daha sonraları bu bilgiler kısıtlanmış ve nüfus kayıt bilgileri belirli oranda ekranlarda gözükmeye başlamış ve misafir hastalar için görülebilen bilgiler daha da kısıtlanmıştır. Hasta mahremiyetini koruma adına olumlu görülebilecek bu ilerleme daha sonradan sisteme eklenen alkol, sigara ve uyuşturucu kullanımı vb. sorularla sekteye uğramıştır.

Çalışma süresince yapılan detaylı gözlem ve derinlemesine görüşmelere dayalı olarak sistem incelendiğinde çeşitli soruların kişilerin mahremiyetini ihlal edebileceği izlenimi çıkmaktadır. Sistemde sağlık adına yapılan sorgulamalar Sağlık Bakanlığı ile paylaşıldığında mahremiyet sorununa yol açabilecektir. Bu bilgilerin Bakanlık serverlarında saklanabilir, geri çağırılabilir ve ulaşılabilir olması, gözetim faaliyetlerinde de kullanılabileceğinin göstergesidir. Zira gözetim artık Foucault’cu manada kurumlarda değil ama kurumlar vasıtasıyla elektronik ortamda “*elektronik göz*” tarafından gerçekleştirilmektedir. Aşağıda daha detaylı bahsedileceği üzere Bakanlık sağlık verilerini kullanarak istatistik yapmak ya da belirli kuralları düzenlemek istese aile hekimlerinden sadece genel sayılar olarak bilgi isterdi. Bakanlığa gönderilen bilgilerin T.C. kimlik numarası, adres vb. bir kişiyi işaret eden bilgiler içermesi gözetime maruz kalma ihtimalini yükseltmektedir. Aşağıda görüşülenlere, gözetim ve mahremiyet temaları üzerinden yöneltilen sorular tartışmaya açılmıştır.

Hastaların Sağlık Geçmişini Görmek Mahremiyet Sorunu Mudur?

Sorudan anlaşılabileceği üzere, madalyonun bir yüzünde Aile Sağlığı Merkezi çalışanları hastaların sağlık kayıtlarına ayrıntılı bir şekilde ulaşmaktan memnun. Bu sayede işlerini daha hızlı yaptıklarını ve hasta memnuniyetinin arttığını düşünmekteler. Madalyonun diğer yüzünde ise son derece ayrıntılı sağlık bilgilerinin sadece aile hekiminde kalmadığı gerçeği vardır. AHBS, aile hekimlere hastalarının başka sağlık kuruluşlarında

yaptırdıkları tetkik, muayene dahil ilaç kullanımı, doğumdan ölüme tüm sağlık geçmişi gibi ayrıntılı kayıtlarına ulaşma ve hastalarını sürekli takipte tutma imkanı vermektedir. Örneğin gebe bir kadın herhangi bir sağlık kuruluşundan hamilelik testi yaptırdığında bu aile hekiminin sistemine düşmekte ve en az dört gebe izlem için kişi takibe alınmaktadır. Bu tür durumlar sağlık açısından fayda sağladığı gibi hastaların çok ayrıntılı sağlık bilgilerini görmek mahremiyet problemlerine de yol açabilmektedir. Bu durumda mahremiyet ihlaline yol açabilecek en büyük soru işareti AHBS’de yer alan bilgilerin USS’ye gönderilmesi noktasında akıllara takılmaktadır.

Bu durumla bağlantılı olarak görüşülenler arasında sağlık bilgilerinin Bakanlıkla paylaşılması hususunda görüş ayrılıkları mevcuttur. **Görüşülen 5’e (Aile Hekimi, erkek)** göre gelen hastanın geçmiş hastalık bilgilerini, raporlarını, ilaçlarını görebilmek ilaç suiistimallerini önlemekte etkilidir; “Benim hastam olmayan birisi geldiğinde ben T.C. kimlik numarasıyla yerini, kullandığı ilaçları ve hastalıklarıyla ilgili bilgilerini giriyorum. SGK’nın Sosyal Güvenlik Kurumu’nun sitesine girdiğimde bunun da olumlu yanları var bana göre. Neden? Hastanın mesela bir ilacı sürekli kullandığını iddia edip tekrar yazdırmak istediğinde, antidepresan ilaçları uzun süre kullandığında veya hipertansiyon ilaçlarını uzun süre kullandığında uzun süreli kullanımı olduğu için o hastanın gerçekten o hastalığı var mı raporlarını kontrol edebiliyoruz, T.C. numarasıyla girdiğimizde, raporlarını kontrol edebiliyoruz ve ilaçlarını kontrol edebiliyoruz. Yani ilaç suiistimallerini önlemeye çalışıyoruz; sağlık kayıtlarını görerek. Ama öbür türlü tamamen özel bilgilere girme şansımız yok yani kendi hastamız olmayan.”

Anlatılanlardan yola çıkılarak hastanın sağlık geçmişini tamamıyla görebilme, kontrol edebilme imkanı ortadadır. Bu durum da alışlagelmiş tıbbi otoritenin bir ürünü gibi görülmektedir. “Korku, risk ve belirsizlikler çağı olarak nitelendirdiğimiz bu dönemde kuşkusuz sağlık alanı da dahil olmak üzere birçok konuya bakışımızda önemli değişimler yaşandı. Bu bağlamda önceden bildiğimiz ve hatta sorgulama ihtiyacı bile duymadan güvendiğimiz her türden otorite zayıflamaya başladı” (Delibaş, 2013: 107). Fakat yine de tıp, toplum üzerindeki otoritesini tamamen kaybetmiş değildir. Verilerde görülen bilgi asimetrisi sorunu bunun sağlık çalışanları tarafından normal karşılanması tıbbi otoriteyi göstermektedir. Her ne kadar tedavi, teşhis vb. için faydalı olsa da birçok sağlık çalışanı tarafından hastaların mahrem bilgilerinin bu denli geniş çapta bilinmesinde bir sakınca görülmemesi kendilerini otorite olarak görmelerinden kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca kanunlarda hassas kişisel veri olarak kabul edilen hastalık/sağlık bilgileri sağlık çalışanları

tarafından sıradan bilgilermişçesine algılanmaktadır. Yukarıdaki ifadeye bakılacak olursa; Görüşülen 5'in mahremiyetten anladığının sağlık dışındaki birtakım özel bilgiler olduğu anlaşılmaktadır. Fakat Görüşülenlerden bazıları Görüşülen 5'in aksine fikir beyan etmişlerdir. Çünkü onlara göre hekimin de her bilgiyi görmesi bir mahremiyet sorunudur.

Görüşülen 21 (Aile hekimi, erkek): Hastaların ilaçlarını görebilmemiz, onların unuttuklarını hatırladığımız için, daha önceki tedavilerini görebilmemiz hoşlarına gidiyor ki bu da bir mahremiyet sorunu aslında.

Görüşülen 18 (Aile hekimi, erkek) ve Görüşülen 30 (Ebe, kadın) isim bazında saklanan bütünlüklü kişisel sağlık bilgilerinin Bakanlıkla paylaşılmasında bir sakınca görmezken; **Görüşülen 32 (Aile hekimi, erkek), Görüşülen 22 (Aile hekimi, erkek) ve Görüşülen 21 (Aile Hekimi, erkek)** konuya daha sorgulayıcı bakmaktadır.

Görüşülen 18: Bir mahsuru yok. Biz biliyorsak onlar da bilebilir. O konuyu yapan o. Tüm projeksiyonları üretiyor biz onun uygulayıcısıyız. Çünkü o bilecek uygulayacak, gerekli değişiklikleri o sağlayacak, bilmezse olmaz. Biz biliyorsak o da bilecek. O sorun [soruları] diyor zaten.

Görüşülen 30: Doğru mu, değil ama bir şekilde kopacak, verilecek o bilgi gibi geliyor bana. Terazide verilmesi, görülmesi taraftarıyım. Örneğin ben smear veriyorum, doktor görüyor. Utanıyorsun önce ama tıpta çekinme, utanma olmaz. Bazı çalışanların psikolojik rahatsızlığı var yazıyor orada. O tanıları orada görünce ona göre de davranmıyor değilsin.

Görüşülen 22: Belki biraz mahremiyete aykırı gibi görünse de atıyorum Başbakanın sağlık kayıtlarını bir sağlık, Bakanlık çalışanı merak etti gördü. Kötü bir şey bu. İyi yöntemlerin de dezavantajları vardır. Ama bizim için pozitif ama elin adamının karısının kızının ne yaptığını görüyorsun o da mahremiyete aykırı bir durum.

Görüşülen 32: Bizim kendi veri tabanımıza ben ve hemşire hanım ulaşabiliyoruz ama onun dışında bir defa bana T.C.nizi verdiğinizde artık T.C.nizi bana söylemenize gerek yok, ben adınızın ve soyadınızın bir-iki harfini yazdığım da bile sistemim hemen sizi benim ekranıma getiriyor ve dediğim gibi USS web tabanları olarak kısıtlı ama yarın USS diğer web tabanlarını da açtığında sizinle ilgili tüm daha detaylı bilgileri de oradan anında ulaşabileceğim üstelik sizden de müsaade almadan.

Görüşülen 21: Bunlar iç içe giren konular. Mahremiyet, veri güvenliği. Bakanlık bunları istiyor ve gönderiyorsunuz. Burada mahremiyeti zedeliyor musunuz bilmiyoruz.

Bu örneklerin yanı sıra literatürde kişisel veri mahremiyetini riske atıcı bir durum olarak tartışılan verilerin isim bazında Sağlık Bakanlığı serverlarına gönderilmesi hususunda da görüşülenler arasında duruma şüpheli yaklaşanların olduğu görülmüştür. Konuyla ilgili Avrupa devletlerinde var olan ve Türkiye’de de uygulanması gereken kişinin bilgilerini yönetebilmesi yaklaşımına en benzer öneriyi **Görüşülen 36 (Aile Hekimi, erkek)** sunuyor; “Olması gereken bence o. Yani kişi çünkü kendi bilgilerini görmeli. Ama başkasının görmesine açık olmamalı. Kişilerin o bilgiyi almaya hakkı var. Bilgilendirme anayasada da zaten geçen haklardan bir tanesi yanlış hatırlamıyorsam kişi kendi bilgilerine ulaşmalı. Ama kişinin bilgilerine o izin vermediği sürece ulaşmamalı öyle düşünüyorum.”

Görüşülen 32 (Aile Hekimi, erkek) ise sağlık verilerinin mahremiyetin zedelenmesi açısından riske açık olduğunu ifade ediyor; “[Mahremiyeti] Aslında daha önce konuşmuştuk bunu bence riske atıcı durumlar var. Özellikle iş yapıyorsanız eğer. Tabii ki sıradan herhangi bir vatandaşın da mahremiyeti çok çok çok önemli. Ve biz hekim olarak herhangi bir hastayı ayırmayız; şu şuradaki hasta ya da ev hanımı hasta demeyiz. Bizim için hasta hastadır ama özellikle üst düzey kamu görevlilerinin bir takım bilgilerinin her yerde olmaması lazım. Hatırlarsanız zamanında Başbakanlık yapan sayın Cumhurbaşkanımızın artık T.C. numaranız geldi bakın T.C. numarası diye kocaman bir tabelayla T.C. numarasını gösterdiği anda o T.C. numarası üzerinden tüm rahatsızlıkları sistem üzerinden görüldü herkes tarafından. Böyle bir handicap taşıyor. Bilmem anlatabildim mi? Örneğin ciddi derecede psikolojik problemi olan savcının bu rahatsızlığının aleni bir şekilde ortaya çıkması çok istenecek bir şey değil gibi.”

Tüm bu anlatılardan varılacak nokta sağlık bilgilerimizin tek bir merkezde toplanması mahremiyet ihlallerine yol açabilecek niteliktedir. Sağlık verileri mahrem veriler niteliğindedir ve insanların rızası alınmadan toplanıp Bakanlık serverlarında isim bazında bütünlüklü olarak saklanması uygun değildir. Kişinin sağlık bilgilerini yönetebilecek konumda olması mahremiyet hakkı açısından elzemdir.

E-nabız: Kişisel Sağlık Kaydı Sistemi

Bu konuyla ilgili Bakanlığın e-nabız çalışması vardır fakat bu çalışmanın yeterli olduğu söylenemez. E-nabız kişileri kendi sağlık bilgileri hakkında haberdar etme ve kendi

sağlık bilgilerini yönetmesi adına Bakanlık tarafından oluşturulmuş bir kişisel sağlık sistemi portalıdır. E-nabız portalı²³, kişilere sağlık bilgilerini görmek ve bu bilgileri istedikleri doktorlara açık istemediklerine kapalı hale getirme yetkisini sunmak amacı taşımaktadır. Sistem Avrupa’da uygulanan sistemlere benzemesi açısından faydalı olsa da böyle bir uygulamanın varlığından insanlar çok da haberdar değildir.

Kişinin kendi sağlık verilerini görebilme imkanı iyi bir uygulama olsa da, sistem içerisinde yer alan raporlar, reçeteler, hastalıklar, tahliller, görüntüler, alerjiler, acil durum notları, dokümanlar, ilaçlar gibi bilgileri de kısmen gizleme ya da yanlış bilgileri silme veya düzeltme talebi de yer almalıdır. Sistemde Sağlık Tesisi Ziyaretlerim kısmında sil butonu olsa da kişilere bilgileri silmeden diğer kişilere karşı bu bilgileri saklama olanağı sunulmalıdır. Sağlık Tesisi Ziyaretlerim silinse dahi reçetelerim, hastalıklarım, tahlillerim, ilaçlarım vb. bölümlerden veri silme olanağı bulunmamaktadır. Hekimlerden veri saklama seçenekleri olarak,

- Hiçbir hekim verilerimi görmesin
- Aile hekimim verilerimi görsün
- Muayene olduğum hekim verilerimi görsün
- Muayene olduğum hastanedeki tüm hekimler verilerimi görsün
- Sağlık Bakanlığındaki tüm hekimler verilerimi görsün yer almaktadır (enabiz.gov.tr).

Her ne kadar hekimlere karşı filtreler düzenlenmiş olsa da bunların ya hep ya hiç mantığında değil daha alt filtreler halinde hazırlanıp isteğe bağlı yapılması daha uygun olacaktır. Örneğin saklanmak istenen bir teşhis için tüm sağlık bilgilerini hekime kapatmak yerine sadece o teşhis ve ona ait tahlillerin kapanması daha uygun olacaktır. Tüm bu uygulamaları yine de olumlu olarak değerlendirmeliyiz. Fakat hekimlere karşı saklanan bu bilgilerin ne ölçüde Bakanlık tarafından kullanılacağı net değildir. E-nabız incelendiğinde daha çok hastanelere ya da muayenelere yönelik olarak toplanan bilgilerin derlendiği görülmektedir. AHBS’ye baktığımızda ise çok daha detaylı ve mahrem bilgilerin yer aldığını görmekteyiz. Hatta yine bilgilendirme yapılmadığı için aile hekiminde hangi bilgilerin bulunduğunu vatandaş olarak bilmenin imkanı yoktur. Örneğin alkol-sigara-

²³ Detaylı bilgi için <https://enabiz.gov.tr/Giris.aspx> adresinden örnek e-nabız hesabını inceleyebilirsiniz.

uyuşturucu sorularından rahatsız olup bu konuda verilen cevapların silinmesi ya da gizlenmesi seçenekleri hak olarak sunulmalıdır. E-nabız bu araştırmada temelde öğrenilmesi amaçlanan sorunsallardan biri olmasa da bazı görüşülenler tarafından dile getirilmiş sorunlu alanlardan biridir. Bu sorunları **Görüşülen 36 (Aile hekimi, erkek)** ve **Görüşülen 32 (Aile hekimi, erkek)** şöyle aktarmışlardır:

Görüşülen 36: Şimdi ben değil zaten anayasa mahkemesi güvenli bulmadığı için bundan önceki e-nabız sistemini anayasa mahkemesi iptal etti... E-nabız devam ediyor ama e-nabıza artık veri gönderilmiyor.

Görüşülen 32: Bize kayıtlı olmayan hastaların bilgileriyle ilgili sıkıntılar var. Onları da e-nabız üzerinden görmek lazım ama e-nabızı kullanmak çok kolay değil. Çünkü karşınızdaki size ne kadar da güvense aranızda bir bilgisayar var ve ben hastaya şimdi size bir telefonunuza bir mesaj gelecek o şifreyi bana verin dediğimde insanlar doğal olarak endişeleniyorlar, bunu yüzlerinden görebiliyorsunuz. Dolayısıyla e-nabızı kullanabilmenin böyle bir sıkıntısı var. Bunlar bizim programımız dışında Bakanlığın uyguladığı bir e-nabız projesi. Fakat dediğim gibi e-nabız üzerinden görün öyleyse diye bir yaklaşım var. Belki süreç içerisinde düzelecek ama e-nabız üzerinden bir şeye bakmaya kalktığımızda da hastanın buna müsaade etmesi gerekiyor, onay vermesi gerekiyor, onay verdikten sonra geçici şifre oluşturmanız lazım, o geçici şifre oluşturulurken kişiye size bir şifre geldi onu söyleyin dediğimizde, biliyorsunuz bankacılık işlemleri de böyle olduğu için doğal olarak insanların bir endişesi oluyor. Hasta hekim arasında olmaması gereken bir noktaya gidiyor bu da. Hani belki dijital çağın gerekliliği ama ben yüz yüze konuşup bazı şeyleri o şekilde halletmeyi daha çok seven bir hekim olarak bu kadar dijitalleşmenin sağlıkta ne kadar doğru olduğu konusunda endişelerim var.

E-nabıza aile hekimlerinin veri gönderilmesi durdurulmuştur. E-nabız, sadece aile hekimlerinin veri çekmesinin beklendiği kişilerin de bu kısıtlı verilerini yine kısıtlı seçenekler arasında yönetebildiği ve şeffaflık kuralını tam olarak yerine getiremeyen gelişmesini temenni ettiğimiz bir sistem olarak devam etmektedir.

“Sağlıkla İlgili Sağlıksız Sorular”

Mahremiyetle ilgili en önemli sorunlardan biri de sistemde yer alan alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı ve 15-49 takibinde yer alan korunma yöntemi sorularıdır. Hekimler kişinin verilerini güncellemek istediğinde, bu bilgileri doldurmak zorunda kalmaktadır.

Bunların dışında sistemde mahkumiyeti olup olmadığı, demografik bilgiler, meslek, öğrenim durumu, yaralanma geçmişi gibi sağlıkla doğrudan bağlantılı olmayan sorular da mevcuttur. Kimi görüşülenler korunma yolları, mahkumiyet durumu, alkol, sigara, uyuşturucu gibi soruları direkt sağlıkla alakalı bulurken kimi görüşülenler ise Aile Hekimliği Bilgi Sistemindeki bu soruları sağlık dışı konular olarak nitelendirmiştir.

Görüşülen 30’a (ebe, kadın) göre; “[AHBS’deki tüm sorular] Sağlıkla ilgili. Az bile sorular. Korunma yolları bizi direkt ilgilendiriyor. Bazen butonlar yetmiyor kişiye özel notlar da ekliyoruz bile. İş ebede. O kişiyle o işi yapmak zorundasın. O aşırı yapacaksın, uygulayacaksın. O kişiyle arayı iyi tutman lazım ve çok ayrıntı bilmelisin.”

Görüşülen 17’ye (Aile hekimi, kadın) göre; “[Sağlık dışında soru] Var. İçkinin tipi soruluyor mesela. Yorumsuz ve anlamsız. Viski içenle bira içen tansiyon hastası ise olumsuzluktan her ikisi de etkileniyor. İçkinin tipi önemli değil. Uyuşturucu madde sorgulaması ise bir hekim olarak bunu sorgularsın ve kişiye yardımcı olabilirsin, o kişiyi bilinçlendirmek adına iyi olabilir. Ama işte öbür bilgilerle beraber o da gidiyor artık.”

Görüşülen 20’ye (Aile hekimi, erkek) göre ise; “Tüm sorular sağlıkla ilgilidir ama standardizasyon konusunda hepsi aynı standartta diyemem. İşte bir standart viski, iki standart viski; benim standardım ne, sizin standardınız ne? İçtiği bira bu onu alkolik mi yapar? Miktar, cins belirleme sıkıntılı, alkol yüzdelerine göre şey yaratma yok. Bu beni alkolik yapar mı?”

Görüşülen 32 (Aile hekimi, erkek) de tereddütlü olanlar arasında; “[Tüm sorular sağlıkla ilgilidir] Diyemeyiz örneğin sistemde hasta kayıt bilgilerinin içerisinde ‘alkol kullanıyor mu’ya evet dediğinizde önünüze kocaman bir liste çıkıyor. Alkol isimleri işte; cin, votka vs. rakı, bira gidiyor böyle. Şimdi böyle çalışmanın bir anlamı yok. Biraz bilimle uğraşan bir insan bunu bilir. Size ne onun kullandığı alkolden. Bunun ne bir bilimsel tarafı var ne de bir sosyolojik tarafı var. Alkol kullanıyor mu ya da kullanmıyor mu, sosyal içici mi yoksa yüksek düzeyde risk mi taşıyor alkolizm için bu anlamda önemli ama ne içtiğinin bir önemi yok. Ne kadar içtiğinin bir önemi var belki hani hafta doz gibi; zaten böyle uygulanıyor, böyle bakılıyor birim bazında. Ama bu tür sorularla karşılaşılması işin çok da sağlıkla ilgili sağlıklı sorular olmadığını düşündürüyor. Böyle.”

Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek) ise tüm soruların sağlıkla ilgili olduğunu şöyle açıklıyor; “[Sistemdeki tüm sorular] ee yok sağlıkla ilgilidir. Çünkü şey demografik veriler

bizim için çok önemli niye hani biz sağlığı şöyle tanımlıyoruz; sosyal, biyolojik ve psikolojik olarak tam iyilik halinde olma hali. Yani bir hastanız gelir hiçbir biyolojik sorunu yoktur ama işsizdir; bu sizin için bir sağlık göstergesidir aslında çünkü bu hasta depresyona yatkındır, işte atıyorum hatta başkasına zarar vermeye meyilli hareketler yapma ihtimali yüksektir. Ya da bunun çocuk sahibi olması doğacak çocuk için risk faktörüdür. Yani birbirinden bağımsız düşünemeyiz bu verileri bütün dünyada böyledir yani. Dünyadaki bütün sağlık kayıtlarında ilk alınan şey hatta araştırmalarda da sosyo demografik veriler mutlaka her türlü çalışmada gereklidir. Çünkü sizin sosyolojik durumunuzla biyolojik ve psikolojik durumunuz ayrı değil. Gerçi sizin branşınıza da giriyor bu yani siz de bizim gibi biliyorsunuz bunu. Ama sağlıktan bağımsız diyemeyiz, sağlığın tanımı çok geniş olduğu için bu. Biyo-psiko-sosyal olarak tam bir iyilik hali dediğimiz için sağlığa hepsini kapsıyor dolayısıyla.”

Bu noktada Görüşülen 4’ün AHBS’deki gözetim faktörünü ve olası mahremiyet problemlerini es geçtiğini ve kişisel bilgiye fazlaca ulaşmayı mesleki pratiğinin bir ayrıcalığı olarak gördüğü fark edilmektedir. Tıbbi otoriteden gelen bilgi asimetrisinin sürdürüldüğü ve gözetim pratiklerine olanak sağladığı görülmektedir. Bu durum aynı zamanda Foucault’nun belirttiği tıbbi otoritenin kullanılarak biyoiktidarın güçlenmesi sorununu da bir dereceye kadar açıklamaktadır.

Görüşülen 27 (Aile hekimi, kadın) ise tüm soruların sağlıkla ilgili olduğunu düşünmemektedir. Görüşülen 27 sağlıkla ilgisi olmayan sorulara mahkum oldunuz mu sorusunu örnek veriyor: “Mesela hapse girdi soruları var. Alakalı mı bilmem. Sağlık taraması olarak iyi ama kişinin özeli de oluyor; bana doğru söyler mi bilmem. Bunları kaydedip bir şey de yapmıyoruz. Bir insana mahkum oldun mu diye sormak da zor.”

Görüşülen 36 (aile hekimi, erkek) ise yine sigara, alkol sorularıyla ilgili tereddütlerini dile getiriyor: “Tabi sistemdeki tüm sorular sağlıkla ilgili midir, değil midir? Tabi biz genellikle sağlıkla ilgili olduğunu düşünüyoruz ama hani ucu başka yere çekilebilecek sorular da var. Mesela şeyi düşünüyorduk, işte sürekli o aklıma gelir. Sigara kullanan bir insana bir süre sonra sağlık sigortaları -başka ülkelerde var bu mesela- işte sigaradan kaynaklanan hastalıklar için tedavi masrafları ödenmediği falan söyleniyor. Acaba Türkiye’de de böyle karşımıza çıkar mı diye düşünüyorum mesela. Adam yirmi senedir sigara içiyor, akciğer kanseri olmuş, sen sigara içtiğin için sana tedaviyi karşılamıyoruz sana, yardımcı olmayacağız diye sağlık politikası başka ülkelerde var mesela, sigortalarda.”

Sağlık personeli tarafından nasıl değerlendirilirse değerlendirilsin bir noktadan sonra bu soruların sağlık dışı olduğunu kabul etmek gerekmektedir. Bir aile hekiminin yaptığı açıklamadan yola çıkarak bu durum şöyle açıklanabilir; örneğin bir koah hastası ya da akciğerlerinden şikayeti olan bir hasta geldiğinde hekim zaten hastalığı aydınlatması açısından hastaya sigara kullanıp kullanmadığını soracaktır ya da karaciğer rahatsızlığı olan bir hastaya alkol kullanıp kullanmadığını soracaktır. Bu soruların cevabı sisteme işlendiğinde durumun rengi değişmektedir. Durum böyle iken koşulsuz şartsız, gerekli ya da gereksiz istatistik toplamaktan çok da öteye gitmeyen bu soruların cevaplarının sistemde isim bazında tutulması mahremiyet ihlalidir ve ileride bu bilgilerin kişinin karşısına çıkıp çıkmayacağı belli değildir.

Mahremiyet; başkalarından saklamak istediğimiz bilgilerimiz, kendimizle baş başa kalma isteğimiz, kendimize ait alanlarımızda korku, endişe duymadan vakit geçirebileceğimiz ve kendi bedenimiz hakkında söz sahibi olabilmemiz gerekliliği (Yüksel, 2003) olarak tanımlandığında yukarıda bahsedilen *hassas kişisel verilerin* toplanması suretiyle mahremiyetin zedelenmeye açık ve veri öznesinin savunmasız hale getirilmesi sürecidir. Bu durum, ayrıca Lyon'ın (2013) bahsettiği teknoloji tabanlı gözetimin kişisel verilere yönelik bitmek bilmeyen açlığına da işaret etmektedir.

Güvenli Sistem Güvensiz Hackerler

Aile Hekimliği Bilgi Sistemini piyasada satan şirketler son düzenleme ile belirli güvenlik standartlarını sağlamak durumundalar. Aksi takdirde Bakanlık programı satmaya devam etmelerine izin vermemektedir. Ulusal Sağlık Sistemini ele aldığımızda Bakanlığın serverlarının güvenliğini sağlamış olması gerekiyor. Bireysel düzeyde program kullanıcılarının da veri güvenliği için azami özeni göstermeleri beklenmektedir. Sistemin teknik olarak güvenliğini değerlendirmek bu çalışmanın konusunun ve uzmanlığımızın dışındadır. Fakat veri mahremiyeti söz konusu olduğunda görüşülenlerin sistemin güvenliğine dair düşüncelerini almak önem arz etmektedir. Aile Hekimliği Bilgi Sisteminin güvenli olup olmaması konusunda sahada görüşülen sağlık çalışanları çoğunlukla sistemi güvenli bulmadıklarını ifade etmişlerdir. İnternet bağlantısıyla kullanılan bir sistem olması sebebiyle güvenliği sarsan en önemli unsur hacker olarak ifadelerde yer bulmuştur. Güvenlik için kişisel bilgisayarını dolaba kilitlediğini belirtenlerin yanı sıra virüs programları kullananlar da mevcut. Veri güvenliğinin Bakanlık tarafından delinebileceğini düşünenler de sistemin satan özel şirketler tarafından kullanılmaya açık olduğunu

düşünenler de mevcut. Bu konuda görüşülen kimi sağlık çalışanları şunları dile getirmişlerdir:

Görüşülen 3 (Aile hekimi, erkek): [AHBS’yi] Güvenli bulmuyorum. Sonuçta internete bağlıyız. Her türlü veriler sızılıp, elde edilebilir. İşi bilen kişi girip alabilir verileri. Güvenlik açısından kullandığımız bir şey, bir program yok.

Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek): Yani sonuçta bilgisayarlara giren her şey hatta artık bence bir insanın hani iki kişinin bildiği sır değildir diyor ya yani bu insan da olsa şey de olsa riskler taşıyor tabi. Sonuçta elektronik bir ortam.

Görüşülen 5 (Aile hekimi, erkek): [Veri güvenliği] Şimdi şöyle diyeyim Bakanlıkta nasıl değerlendirildiğine bağlı. Şimdi bizim açımızdan bir sıkıntı yok. Biz zaten sağlık kayıtlarının şeylerini alıyoruz, biz başka hiçbir yere vermiyoruz, direkt Bakanlığa gönderiyoruz. Ama oradaki veri bankasında ve veri tabanında kullanım yerine göre güvenli mi değil mi o konuyu onlar yorumlasınlar diye düşünüyorum.

Görüşülen 26 (Aile Hekimi, erkek): Bunlar lokalde çalışan sistemler eğer bunun güvenli olmasını istiyorsanız sizin güvenlik tedbirleri almanız gerekiyor. Birinci şart anti-virüs. Bizim burada hekimin bu konudaki hassasiyetine bağlı. Hekim anti-virüs konusuna dikkat etmezse risk oluşturabilir.

Görüşülen 8 (AHBS Uzmanı, erkek): “Bakanlık tarafını bilmiyorum ama güvenli. Sahada çalışan firmalar uluslararası veri güvenliği dercesine sahiptir diye belge alıyor. Bu belgeyle istenen derecede veri güvenliğinin sağlandığını Bakanlığa beyan edince Bakanlık bu programın satılmasına izin veriyor. Bu kural 5-6 ay önce geldi” derken bazı çalışanlar ise belki de haklı olarak konu hakkında bilgisizlerini dile getirmişlerdir. Hatta bazı görüşülenler yorum yapmaktan kaçınarak yanlış bir şey söylemekten kaynaklanan korkularını belli etmişlerdir.

Görüşülen 18 (Aile hekimi, erkek): Bu bizim cevap verebileceğimiz bir soru değil. Bu sistemi doktorlar delebilir, hacker’lar delebilir, Bakanlık delebilir. Bunun üç ayağı var. Biz bunun güvenliğini kendimiz korumaya alıyoruz burada kalanını Bakanlık sağlayacak. Kötü niyetli bunu delebilecek doktorlar da vardır, olabilir. Bizim için güvenli şuan şifrelerimiz var. Kötü niyetli biri girerse sisteme darmaduman edebilir. Kötü niyetli saldırılara açık.

İçinde bu kadar geniş veriyi barındıran bir sistemin birçok kişinin ilgisini çekebileceği ve tehlikelere açık olduğu aşîkardır. Günümüz teknolojik koşullarında ne kadar önlem alınır sa alınsın yine de elektronik ortamların siber saldırılara açık olduğu gerçekliğini korumaktadır. Tüm bu durumlarla ilgili olarak online veri güvenliğı tartışılırken Sağlık Bakanlığından sağlık verilerinin çalındığına ilişkin çıkan bazı tartışmalar konuyu daha da karmaşıklştırmıştır.

Sağık Verileri Çalındı Mı?

Program üreticileri tarafından belirli güvenlik standartları sağlanıyor olsa da Bakanlığıın verileri sattığı yönünde ya da hastane sistemlerinden sağık verilerinin çalındığı yönünde çıkan haberler insanları tedirgin etmeye yeterli olmaktadır. Birkaç yıl önce bazı hastanelerden hasta bilgilerinin çalındığı haberleri²⁴ gazetelerde yer aldı. Sonrasında ise Sağlık Bakanlığı verileri sattı²⁵ şeklinde basında yansımalar oldu. Görüşülenlere Aile Hekimliğı Bilgi Sisteminde de benzer vakaların olup olmadığı sorulduğunda görüşülenlerin verdiği bazı yanıtlar aşağıdaki gibi olmuştur:

Görüşülen 11 (Aile hekimi, erkek): [Veri çalınması] Bu sistemden pek olmadı. Önceki sistemimiz de güzeldi bizim. Sağlık-net vardı o da sıkıntılı değildi.

Görüşülen 20 (Aile hekimi, erkek) ise konuyla ilgili “Bakanlık kendisi sattı. Kendi sistemim içinde güvenli olduğunu düşünüyorum” şeklinde fikir beyan etmiştir. Görüşülen 20 sistemin güvenli olduğunu fakat Bakanlığıın güvenliğı ihlal eden unsur olduğunu düşünmektedir. Buna karşılık Görüşülen 11 sistemi an itibariyle güvenli bulunduğunu belirtmiştir.

Görüşülen 11 (Aile hekimi, erkek): Şuan için güvenli duruyor. Yani herhangi bir kırılma sistemde verilerin çalınması, alınması öyle bir şey olmadı. Yani o konuda bir şey diyemem.

Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek): O veriler işte çalındığının kişisel veriler olması yani sağıkla ilgili değil de hastanın T.C. kimlik numaraları, sağıkla ilgili değil de ama

²⁴ Cnn.turk.com Kimlik Bilgilerimiz Nasıl Çalındı? ve hürriyet.com Kimlik Bilgileri Çalındı. Şimdi Ne Olacak? 06.04.2016 tarihli haberler.

²⁵ ntv.com SGK Mahrem Sağlık Bilgilerimizi Sattı 17.01.2013 tarihli ve cnnturk.com SGK Vatandaşın Bilgilerini Satıyor Mu? 04.12.2013 tarihli haberler

kimlik bilgileri belki şey yapılmış olabilir. O risk her şeyde var. Aynı veri sistemini Nüfus Müdürlüğü de kullanıyor mesela. İnternet ortamı olduğu için öyle bir risk her zaman var.

Görüşülen 26 (Aile hekimi, erkek): [Sistemin] Güzel tarafı şu; Bakanlık tarafından veri güvenliği sağlandığı takdirde bu veri gönderimi hastamın başka yerlerdeki her türlü bilgisini görmemi sağlıyor. Bunu kötüye kullanırsa. Bakanlığın bunları sağlaması lazım. Orada ekonomik değeri olan, para edecek çok bilgi var. Bir ara SGK bilgileri parayla sattı diye söylenti çıktı. Bu hiç ortaya çıkmadı, gerçeği hiçbir zaman öğrenemedik.

İnternetin doğası gereği saldırılara açık olması gerçeği bir kenara kişinin izni olmadan verilerinin toplanması ve hatta çalınması, satılması tamamen mahremiyet hakkıyla bağlantılıdır. Konuyla ilgili çağın gerekliliklerini karşılayabilecek yasal düzenlemeler ve takipler geliştirmek faydalı olabilecektir. Fakat her şeyden önce yine de bilgilerin toplandığı serverlar için gerekli teknik önlemlerin alınması ve sağlık personellerinin de azami düzeyde konuyla ilgili bilgilendirilmesi mahremiyet hakkı için önem arz etmektedir.

Mahremiyet İhlali Vakaları

Araştırma kapsamında görüşülen kişilerin hepsi hasta mahremiyetine özen gösterdiklerini, yapılan tetkikleri, testleri sadece kişinin kendisiyle paylaştıklarını dile getirmişlerdir. Fakat bazı kurumlar ya da kişilerin zaman zaman kişisel çıkarlar ya da bürokrasi ile uğraşmamak adına mahremiyet ihlali yolunu denedikleri kaydedilmiştir. Bu örnekler görüşmeler sırasında şöyle aktarılmıştır:

Görüşülen 15 (Aile hekimi, kadın): [Mahremiyet ihlali] Yok. Ama şöyle bir şey oldu yok yani ama bunu kullanmak isteyen oldu. Sığınma evinde bir kadıncağz, kızcağz vardı işte burayı aradılar birisi aradı işte ben polis memuru bilmem kim, işte Konya'dan arıyorum. Muhtemelen bir şekilde buraya giriş yaptığını gördü ya da eczaneden ilaç aldığını. Çünkü eczacıların da böyle bir sistemi var yani nereden, ne zaman ilaç alınmış, kim yazmış onlar da görebiliyorlar. Benden ısrarla adresini ve şeyini istedi. Mahkeme celbi göndereceğiz falan diye. Ben kızın durumunu da bildiğim için biraz ayıldım. Dedim savcılık kanalıyla isteyin. Ya işte hocam uğraştırmayın bizi savcılık yazısı çıkarmak şu kadar zaman. Tamam dedim ne kadar sürerse o kadar sürede olur. Sonra ben işte kızla görüştüm. Dedi onlar evet amcasının oğulları filanmış, bunun peşindelermiş. Hani bu şekilde suistimal edilmek isteyen oldu yani.

Görüşülen 20 (Aile hekimi, erkek): Orman Müdürlüğü’nden kredi alan bir vatandaş ödeme gücü nedeniyle hasta olduğunu söylemiş ve ödemenin ertelenmesini talep etmiş. Müdürlük personeli beni arayıp hastalık hakkında rapor vermemi istedi. Hasta mahremiyeti nedeniyle böyle bir şeyin mümkün olmayacağını bu yaptıklarının suç olduğunu ancak ve ancak kendi kurum amirlerimin istemesi halinde kendilerine bilgi verebileceğimi, onun dışında kimseye bilgi veremeyeceğimi söyledim.

Görüşülen 26 (Aile Hekimi, erkek): Bana Milli Eğitimden şu yaş grubu çocukların listesi diye isterlerse vermiyorum. Bilgi bizden sadece Sağlık Müdürlüğü vasıtasıyla istenirse veririz. Eşlere de tek geldikleri zaman bilgi verilmez.

Tebrikler Kızınız Hamile

Sahadan elde edilen veriler çoğunlukla mahremiyet ihlallerinin olmadığı yönünde olsa da Türkiye genelinde ve Aydın özelinde mahremiyet ihlallerinin olduğu biliniyor. Bunlar da birkaç aile hekimi tarafından anlatılarda aktarılmıştır. Teorik kısımda gazete haberleriyle örneklendirilen ‘Tebrikler Kızınız Hamile’ vakaları hakkında görüşülenlere ne düşündükleri soruldu. Örneğin bir **aile hekimi (Görüşülen 19)** gebe kaçırmamak ve ceza yememek adına sistemine hamile diye düşen genç kıza ulaşma çabasını şöyle aktarıyor: “[Mahremiyete] Dikkat ediyoruz. Kız öğrenci Afyon’da bize gebe çıkmadığı halde gebe izlemine düşüyor. Çünkü gebelik testi yaptırmış. Ailesinden numarasını aldık. Mümkün mertebe aileye yansıtmadan ulaşmaya çalışıyoruz. Kıza ulaştık, test yaptırdığı Sağlık Ocağı’na ulaştık. Muayene yapıldı mı olmuş gibi işliyorlar hastalık kodunu, bizim buraya hamile diye düşüyor. Direkt hastaya ulaşmaya çalışıyoruz.”

Bir diğer **aile hekimi (Görüşülen 36)** ise gebeliklerin zorunlu bildirimi, takibinden dolayı içine düştükleri zor durumu şöyle aktarıyor: “Şöyle tabii ki 18 yaş altı gebeliklerin tabii ki özellikle bildirilmesi gibi bir zorunluluk var. Ama tabii ki bu affedersin iki ucu şeyli değnek. Yani hani hem hekim için belki şey için belki diğer hekim arkadaş anlatmıştır hastanede bir yanlış tahlil bakılması 18 yaşın altındaki bir genç kız ailesiyle beraber şeye gidiyor, Doğu’da bir ilde bu Doğulu bir ailenin kızı. Sisteme gebelik düşüyor sonrasında çocuğun gebe olmadığı da ortaya çıktı ama sistemde öyle bir şey vardı sonradan sistemden o kayıt silinmesi gerekti öyle şeyler oldu. Tabi bu riskli bir durum. Türkiye gibi bir ülkede bunu anlayışla karşılayabilecek ya da ne oluyor demeyecek bir aile yoktur herhalde.”

Görüşülenlere geçtiğimiz yıllarda yaşanan “*Tebrikler Kızınız Hamile*” vakaları ile ilgili ne düşündükleri sorulduğunda bir **ebe (Görüşülen 30)** gizli kalması gereken bilgilerin bazen istemeyerek de olsa başka kurumlarla paylaşılabilirdiğini şöyle örneklendirmiştir: “[Sistem] Güvenli değil. Olmadı mı vaka. Gebeliği üzerine aramışlar hamilesiniz diye adamın esas eşini aramışlar. Sistem güvenli değil. Genç kızlar geliyor, hamile kalıp doğuruyor, topuk kanı alıyoruz, çocuk ortada. Sonra kız kayboluyor arıyoruz evlatlık verdim diyor. Kolluk kuvvetlerine intikal ediyor durum. Öldürdü mü, verdi mi bilmiyorum. USS’yi herkes görüyor. Gizli kalması gereken bilgiler görülüyor. Kadın Doğum bildiriyor biz de takip etmek zorunda kalıyoruz. Bu sistemin açığı ama nasıl kapanır bilmiyorum.”

Diğer görüşülenler ise bunun sistemden kaynaklanmadığını, sistemleri kullanan kişilerin olmaması gereken bir duruma sebebiyet vermeleriyle ilgili olduğunu ifade etmişlerdir.

Görüşülen 15 (Aile Hekimi, kadın): [Kızınız hamile vakaları] Yani o şey. Sistemle bir ilgisi yok onun. O münferit bir olay. Yani o muhtemelen ya ebenin ya da doktorun patavatsızlığı yani. Yoksa yani etik olarak şudur; biz mesela kimseye vermeyiz tahlilini, hele gebelik tahliliyse kimseye vermeyiz. Etik olan budur. Direkt bire bir kişiyle o yani ya acemiliklerine geldi ya da biraz patavatsız davranmışlar belki ama o tamamen münferit bir şey.

Görüşülen 8 (AHBS Uzmanı): [Kızınız hamile vakaları] Bu sistem mesaj atmaz. Sistemde gebe testi düşüyor. Hastane mesaj atabilir. Bizim bir tane 14 yaşında gebe durumu oldu. Savcılığa bildiriliyor o zaman.

Görüşülen 11 (Aile Hekimi, erkek): Öyle olmadı ama yani basında da çıktı duymuşsunuzdur yani İstanbul’da oldu orada GEBLİZ diye bir sistem var, -bizde öyle bir şey yok- gebelik ile ilgili muayene olan kişilerin listeleri aile hekimlerinin listelerine düşüyordu GEBLİZ sistemi üzerinden görüyorlardı. Onunla ilgili olarak yani bir ebenin hastanın babasını arayarak gebelik ile ilgili bilgi verdiği ama gizlenen bir gebelik olduğu bununla ilgili basında bayağı haber olduğunu biliyorum ama biz yaşamadık. Ya da o tür sistemler bizde olmadığı için.

Sistemden kaynaklanan bir sıkıntı gibi durmasa da sistemden alınan bilgilerin veri öznesinden farklı kişilerle paylaşılması durumundan kaynaklanan mahremiyet ihlalleri yaşanmaktadır. Sistem bu tür durumları öngöremese de sağlık personelinin hassas kişisel

verilerin paylaşımında daha dikkatli olması ve bu tür hataların Türkiye gibi ülkelerde “namus” gibi kadın bedeni üzerinden geliştirilen algılarla ölüm gibi vakalarla da son bulabileceği unutulmamalıdır.

Verilere Kimler Ulaşabilir?

Görüşme bulgularına göre hasta bilgilerinin tümüne hastanın kendi doktoru ulaşabilmekte ve gerektiğinde hasta bilgileri üzerinde hatırlatıcı notlar alabilmektedir. Doktorun görmesine izin verdiği ekranları hastanın ebesi de görebilmekte. Bunların dışında sağlık verileri Bakanlığa gönderildiğinden Bakanlıktaki yetkili kişiler, Sağlık Müdürlüklerindeki yetkili personel sağlık verilerini görebilmektedir. Bunların dışında bazı görüşülenler isterlerse Aile Hekimliği Bilgi Sistemlerini satan şirketlerin çalışanlarının da arka plandan bu verilere erişebileceklerini ifade etmiştir.

Sistemin yapısı gereği hastaların her zaman kendi aile hekimlerine gitmeleri gerekir fakat hastalar, kendi aile hekimlerinin izinli ya da raporlu olduğu günlerde başka hekimlere gitmek zorunda kalırlar. Görüşülenler bu tür durumlarda başka bir aile hekimine T.C. kimlik numarasının verilmesi durumunda o doktorun da kişinin tüm sağlık bilgilerini görebileceğini yalnızca, kendi hekimin hasta üzerine aldığı notları göremeyeceğini ifade etmişlerdir. Bunun dışında hastalar ilaç almak için eczanelere gittiklerinde eczacılar tarafından da kişilerin birçok bilgisine erişilebilmektedir. Görüşmelerden çıkarılabilecek sonuç ise şudur; kişinin sağlık verileri alakalı ya da alakasız birçok kişinin erişimine açıkken bir tek kişinin kendisi sağlık verileri üzerinde söz sahibi değildir.

Veri Güncelleme

Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde güncellenmesi gereken demografik bilgiler, hastalık bilgileri, 15-49 listesi, alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı bilgileri ve benzeri bulunmaktadır. Bunun dışında Ulusal Sağlık Sisteminden o ay yapılacak takip listeleri ve aşılar güncellenmektedir. Aile hekimi bir işlem yaptığında söz konusu işlem gün içinde USS'ye otomatik olarak aktarılmaktadır. Takip listeleri ya da sistemin güncellediği bilgiler için doktor ya da ebe ihtiyaç duyduğunda günlük ya da haftalık periyotlarda sistemi güncelleyebilmektedir. Demografik bilgiler gibi verileri güncelleme fırsatını hasta geldikçe bulan görüşülenler için en büyük handikap, altı ayda bir güncelleme gereken 15-49 takip grubudur.

Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek) güncellenmesi gereken bilgileri şöyle sıralıyor: “Hastanın kimlik bilgileri yani; yaşı, ekonomik durumu, sigara kullanıp kullanmadığı, alkol alıp almadığı, yaralanma geçirip geçirmediği, engelli olup olmadığı, kan grubu, çalıştığı iş, ekonomik düzeyi ile ilgili bir kısım da var ama onu genelde boş bırakıyoruz. Çalıştığı iş yeterli oluyor. Mesleği bunlar. Boy, ağırlık, bel çevresi, baş çevresi gibi bizim şey dediğimiz antropometrik ölçümler diyoruz. Vücudun belirli ölçüleri var yaşıya göre gelişimleri var ya da bazı hastalıklara öngördürücü olmasına istinaden alınan ölçüler var. Bunlar yılda bir defa güncellenmesi istenen bilgiler hepsi.”

Görüşülen 15 (Aile hekimi, kadın) ise güncellenmesi gereken takip gruplarını şöyle ifade ediyor: “Şimdi hepsinin farklı tabi o Bakanlığın verdiği bir şey. Mesela kolon sea eğer iki yılda bir, serviks, HPV bakıyoruz beş yılda bir, tabi yaş grupları farklı. Mesela serviks 30-65 yaş arası bayanlar, MMSA 40-65 yaş arası bayanlar, kolon sea 50-75 yaş arası bütün erkek ve kadınlar iki yılda bir, lohusa dört izlemi var doğumdan sonra, gebelikte dört izlem var, çocuğun beş yaşına kadar yani doğumdan beş yaşına kadar ilk bir yılda ayda bir daha sonra yaş grubuna göre seyrekleşerek devam eden izlemi var. Sanırım sekiz ya da dokuz izlem olması lazım. Onu tam bilmiyorum yani bakalım buradan bir tane mesela bir bebeğe bir bakalım kaç izlemi varmış? Buradan izlem takvimleri var, izlem takviminden bakabiliriz. Evet, dokuz izlemi var, dokuz tane bebeklik döneminde var. Ondan sonra çocuk izlemleri başlıyor. Bakalım orada kaç izlem var. Orada da yaklaşık bir beş-altı tane izlem var. 15-49’lar altı ayda bir kronik hastalıkların bir sıklığı yok, hasta geldikçe ben onları güncelliyorum. O konuda şey yok ama yakında herhalde değişti yönetmelik kronik hastalık izlemleri de performansa girecek.”

Görüşülen 24 (Aile hekimi, erkek) de veri güncelleme konusunu şu ifadelerle özetliyor: “Bilgileri güncellemek için belirli aralıkları var mesela 15-49 kadınları altı ayda bir takip etmek zorundasınız. Bazen daha sık da takip edebiliyorsunuz çünkü bu en geç altı ayda bir. Hasta size sık gelirse, durumunda bir değişiklik olduysa 15-49 yaş kadında. İşte kullandığı doğum kontrol yöntemi değişmiştir, hamile kalmıştır vs. o tür durumlarda daha sık güncelliyoruz. İzlem aralıkları var, gebelerin izlem aralıkları var, bazen daha sık izliyoruz. Aşıların aşı aralıkları var, daha sık güncelliyoruz ama güncellediğimiz her bilgiyi günlük olarak sistemden Ankara’ya ana server’a gönderiyoruz.”

Görüşülen 19 (Aile hekimi, erkek): “Sağlık Bakanlığı, her akşam USS’ye gönderiyor. Kapat dediğim zaman otomatik Bakanlığa gönderiyor. Onlar bir şey görürse uyarıyorlar, arıyorlar vs.” şeklinde paylaşımda bulunmuştur.

Görüşülen 31 (Aile hekimi, erkek): “Bilgi güncellemeleri genelde günlük yapılıyor. Takip listeleri aylık olarak çıkıyor. Programda uyarı şeklinde çıkıyor” demektedir.

Veri güncellemesiyle ilgili dikkat çekici ifadelerden biri de Görüşülen 15’e (Aile hekimi, kadın) ait. **Görüşülen 15’in (Aile hekimi, kadın)** ifadesine göre alkol, sigara sorularını cevaplamak zorunlu değil ama bu sorular cevaplanmadığında kişi verileri güncellenemiyor: “Evet şimdi şöyle bir şey getirdiler mesela onları [alkol-sigara soruları] doldurmadan hasta bilgilerini güncelleyemiyorsun. Hani Bakanlık yazılım şirketlerine böyle bir şey söyledi. E hasta bilgisini güncellenen gerektiği zaman onları doldurmadan güncelleyemiyorsun dolayısıyla... [Alkol-sigara sorularını cevaplamak] Zorunlu değil aslında ama hani güncelleme yapmam gerekiyor ya boş bırakırsam güncelleniyor, şurası eksik diyor.”

Veri kullanımı konusunda ise özellikle **Görüşülen 26’nın (Aile hekimi, erkek)** aktardıkları dikkat çekicidir: “[Bakanlık verileri] Mutlaka kullanıyordur. Manyak veri var. Müthiş veri tabanı var. Kullanıyordur ama ne kadar verileri kullanıyordur o konuda yorum yapamam. Kullanmayacak olsa niye böyle bir projenin altına girsin ki. Eskiden şu kadar hepatit aşısı yaptım, şunu yaptım diyordum. Sayılar toplanıp İlçe Sağlık Müdürlüğüne oradan toplanıp İl Sağlık Müdürlüğüne gönderiliyordu, sayılar toplanıyordu. Çok verimsiz bir sistem vardı. Burada her türlü bilgiye daha doğru ulaşıyor tabi doğru girildiyse.”

Sistemde verilerin güncellenmesi hastalık takiplerinin yapılması açısından olumlu görünse de sistemin Bakanlığa sürekli veri göndermesi ise Lyon’un bahsettiği “*veri açlığı*”nı doğrular gibi gözükmektedir. Sistem, sahip olduğu verilerle yetinmeyip her zaman daha fazlasını talep etmektedir. AHBS kapsamında bilgi edinilmek istenen en detaylı liste ise 15-49 yaş takibidir.

Olabildiğince Sessiz ve Yumuşak Sorulan Sorular

15-49 yaş takipleri; kadın üreme sağlığının takibini öngörür ve altı ayda bir güncellenir. Bakanlığın her ay güncellediği ve özellikle hamile olanların en kısa sürede

tespitini yapmaya çalıştığı ve en çok önem verdiği iki takip listesinden biridir. -Diğer takip listesi de hamilelerin izlem listesidir-. 15-49 takibinde gebelik, düşük, doğum (ölü-sağ) bilgileri, kürtaj sayısı, medeni durum gibi bilgiler ve korunma yöntemleri ayrıntılı bir şekilde sorulmaktadır. Gebelik korunma yöntemlerinden biri (hap, kondom, iğne, tüp ligasyon vb.) seçilirse işlem tamamlanıyor ama hekime başvuran kadın eğer korunmuyorsa; bekar, kocası infertil, kocası uzakta çalışıyor, çocuk istiyor gibi seçenekler çıkıyor. Tüm bu sorular hasta aile hekimine ilk başvurduğunuzda soruluyor, sonrasında ise altı ayda bir güncelleniyor.

Odanın bir köşesinde özellikle ebe/hemşire tarafından tepki çekmemek adına sessiz ve yumuşak bir biçimde sorulan bu sorular; kadınlarda utanma, yalan söyleme, düşük vb. durumları saklama ya da bu tür mahrem bilgilerini vermeyi istememek vb. şekillerde sonuçlanabilmektedir. Medeni durumu bekar olan genç kız ya da boşanmış kadınlar da bu tür sorulara muhatap olmaktadır. Hekimlerden bazıları bu soruların sağlıklı cinsel yaşam için önemli olduğunu bildirirse de bazı hekimlere göre de bu tür sorular son derece mahremdir ve bu şekilde mahrem veri toplanması mahremiyete aykırıdır. Eğer kişi kendi hekimine üreme sağlığıyla ilgili soru sorarsa hekim zaten gerekli bilgilendirmeyi yapacaktır. Düşük ya da ölü doğum sayıları da hastanelerde bu tür vakalar oldukça kayıt altına alınacaktır. Aile hekimlikleri vasıtasıyla isim bazında bu tür istatistikler toplamak mahremiyetin ihlalinden başka bir sonuç doğurmayacaktır.

Sahada yapılan görüşmelerde sağlık çalışanlarına 15-49 yaş takibi yaparken zorlanıp zorlanmadıklarını ve ne tür tepkiler aldıkları sorulduğunda ekip olarak çalışan bir ebe ve doktorun şu diyalogu oldukça çarpıcı ve konumuz açısından da aydınlatıcı niteliktedir:

Görüşülen 2 (Ebe, kadın): [Tepki] Olmaz mı bir gün ATV’de dayak yemiş bir ebe görürseniz o benimdir. Ben korunma yönteminiz nedir diye sorduğumda “yatak odama gizli kamera da koyacak mısınız?”, “MİT ajanı gibisiniz, size ne neyle korunduğumdan”, “tutanak tutabilirsiniz neyle korunduğumu söylemeyeceğim” gibi tepkiler alabiliyoruz. Ama doktor bey sorduğunda aynı kişi gayet normal bir şekilde cevaplıyor soruyu.

Görüşülen 1 (Aile hekimi, erkek): Ama ben boyfriend var mı gibi yumuşatıp soruyorum. Sen ilişki yaşadınız mı diye soruyorsun.

Görüşülen 2 (Ebe, kadın): Ama sistemde böyle diyor, olabildiğince yumuşak, kısık sesle soruyorum.

Bu noktada mahrem bilgileri toplamak sağlık çalışanı ve hasta arasındaki ilişkiyi zedeleyecek boyutlara da varabilmektedir. Hastalar tabii bir biçimde mahrem bilgilerinin neden alındığını anlamlandırmaya çalışmakta ve çoğunlukla durumu kanıksayana kadar tepki göstermektedirler. Diğer görüşülenler de aldıkları tepkileri şöyle ifade etmişlerdir;

Görüşülen 11 (Aile hekimi, erkek): Ben sana bilgi vermeyeceğim deyip telefonu kapatanlar filan oluyor.

Görüşülen 18 (Aile hekimi, erkek): Erkekler daha muhafazakar. Sorulan şeyler de tıbbi şeyler de. Birine eşinle ilgili şeyler sorduğunda ne diyorsun sen lan diyebiliyor. Bizim bu bölge sosyo-ekonomik düzeyi yüksek bölge. Öyle olunca artık tanıdılar da bizi, süreç içinde halloldu bu sorunlar. Zaman içerisinde açıldı. Bu konuda Bakanlığımızı çok yanımızda hissetmiyoruz.

Görüşülen 15 (Aile hekimi, kadın): Bunları yapıyoruz ama bir sürü tepki alıyoruz. Sana ne benim neyle korunduğumdan diyor mesela hakikaten bana ne. Beni hiç ilgilendirmiyor neyle korunduğu.

Görüşülen 21 (Aile hekimi, erkek): Halk arasında cevap verirken zorlanıyor bayanlar o yüzden daha çok ebe hanıma yönlendiriyorum. Gebelik vs. sayısını söylerken çekiniyorlar. Özellikle kürtaj sayısını saklamaya çalışanlar oluyor.

Görüşülen 27 (Aile hekimi, kadın): Bazen 15 yaşındaki kızların durumlarını sorarken sıkıntı oluyor. Ne demek istiyorsunuz diyorlar. Cinsel yaşamı sorgulamak zor oluyor 15-49’da. Büyüklerde bile durumunuzda değişiklik var mı diyoruz. Gebe misiniz diye soramıyoruz.

Görüşülen 7 (Aile hekimi, kadın) ise durumu olumlayıp bu sorular sayesinde hastasına korunma yollarını öğrettiğinden bahsediyor; “şimdi herkes bilinçli değil. Doğum kontrol yöntemlerini sorarak, bilmeyenlere yardımcı olabiliyoruz. Mesela bir hastam var üç çocuğu var ve daha ocuk düşünmüyor ama korunma yollarını bilmediği için korunmuyormuş. Ona hemen yardımcı olduk, anlattık. Gelen hastalar hap isterse hap, kondom isterse kondom veriyoruz. Ne alırsa bu da işleniyor sisteme.” Hastasına korunma yollarını öğretmiş olması mesleğinin gereği olsa da kimin ne ile korunduğunun bu kadar ayrıntılı bilinip sisteme işlenmesi yine de düşündürücüdür.

Bekar hastalara da korunma yöntemlerinin sorulması kulağa tuhaf gelmekte ve bu durumun gözetim pratikleriyle bağlantılı olduğu düşünülmektedir. Bir **aile hekimi (Görüşülen 5)** bekar hastalarına da korunma yöntemlerini sormasını şöyle aktarıyor: “Bekarlığı korunan hastaları sadece bekar diye not alıyoruz. Tabi bekarken de eşinden ayrılmıştır gebelikten de korunuyor olabilir, belli bir yaştan 18 yaştan üzerindeki herkesle bunları da tabi ki incitmeden veya rahatsız etmeden sormaya çalışıyoruz. Ama neden yaptığımızı da açıklıyoruz. Sağlık sistemiyle ilgili bu.”

Her ne kadar sağlık sisteminin gerektirdiği uygulamalar gibi algılsa da durumun gözetimle ve uygulanan biyopolitikalarla ilişkisi inkar edilemezdir. Devletin istatistik anlamında veri açlığı aşikar fakat kişilerin sağlık gibi mahrem ve hassas kişisel bilgilerinin Sağlık Bakanlığının veritabanlarına isim bazında gönderilmesi ancak gözetim kavramıyla okunabilir. Bakanların, son dönem Başbakanlarımızın ve Cumhurbaşkanımızın “*kürtaj yasağı*”, “*üç çocuk*” gibi söylemleri göz önünde bulundurulduğunda 15-49 takibi ile gebelerin takibe alınması, sağlıklı doğum yapabilmelerinin sağlanmasının yanı sıra kürtaj vakalarının da önüne geçilmesi hedeflenmektedir. Yani ASM’ler biyopolitikalara işlerlik kazandıran bir kurum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu işlerlik de adı 15-49 yaş listesi olsa da sadece kadınları sorgulaması açısından sadece gözetim değil; aynı zamanda biyopolitikaların kadın bedeni üzerinden işlemesidir de. 15-49 listesi göstermektedir ki kadın bedeni cinselliğin kontrol edileceği bir birim olarak görülmektedir.

Neden 15-49 yaş sınırlaması?

Sistemde var olan, en çok önem verilen takip listelerinden biri, kadın cinsel sağlığının takibini sağlayan ve altı ayda bir güncellenmesi zorunlu olan 15-49 yaş takibidir. Peki 15-49’a neden 15-49 yaş sınırlaması getirilmiştir? TÜİK verilerine göre son altı yılda 15 yaş altı doğum hiç gerçekleşmemiştir. Dolayısıyla 15 yaş doğurganlık çağının başlangıcı kabul edilmektedir. Doğurganlığın sona erdiği menopoza da ortalama 49 yaşında 45-55 yaşları arasında görülebiliyor. Türkiye’de uzun yıllardır bu yaş aralığındaki kadınların takibi yapılmaktadır. Yani 15-49 yaş takibinde, üretken çağda bulunan kadınların aktif bir şekilde izlenenler listesinde olması en nihayetinde doğurganlık (gebe kalma) olasılığından dolayıdır. Her ne kadar istatistiki bilgidan yola çıkılsa ya da Türkiye’nin gerçeği çocuk evlilikleri gerçekleşse de 15-49 takibi ilk başta kulağa adölesan gebeliği normalleştiriyor

gibi gelmektedir. Bir kişi hangi yaşta hamile kalırsa kalsın sağlık hizmeti alabilir ve bununla ilgili gebe takip listeleri de mevcuttur. Ergenlik çağında cinsel sağlığın önemi de dikkat edilmesi gereken bir husustur. Fakat 15-49 takibinin resmi evlilik yaşından başlatılmaması Bakanlığın gözünde bu durumun normalleştirilmesi gibi algılanmaktadır.

Görüşölenlere 15-49 yaş listesinin neden 15-49 yaş olarak belirlenmiş olabileceği sorulduğunda hekimlerin uzun yıllardır yaptıkları bu takipteki yaş sınırını yadırgamadıkları ve tıbbi olarak doğurganlık çağı olarak kabul ettikleri görölmüştür.

Görüşölen 15 (Aile hekimi, kadın): Doğurganlık çağı diye düşünölüyor o yüzden. Ama tıbbi olarak doğurgan.

Görüşölen 4 (Aile hekimi, erkek): 15-49 yaş takibi. 15-49'un asıl amacı doğurganlık çağıdır 15-49 yaş. Aslında gelecek nesillerin biraz daha sağlıklı büyümesi için ön hazırlık yapmayı amaçlar. Yani temel felsefesi odur. 15-49 yaşına girmiş bir kadın yani 15 yaşından sonra işte cinsel olarak aktifliğin başladığı dönemler. O yaştaki bir çocuğa sizin yapacağınız mesela atıyorum bir HPV aşısı onun ileride geçireceği bir işte servikal kanser dediğimiz, rahim ağzı kanseri olmasını engelleyebilir. Bunların o dönemden itibaren yapılmasını öngörüyor. Dünya Sağlık Örgütünün öngördüğü şeyler bunlar yani. Yani sağlıklı nesiller için 15-49 yaş çok önemli, bebek aşısı kadar önemli.

Saha verilerinden hareketle takip listelerinin genişlemesinin ve adölesan gebelik gibi toplumsal açıdan normal görölmeyen olguların *tıbbileştirildiği* söylenebilir. Tıbbileştirme sayesinde tıbbın müdahil olabileceği konuların kapsamı genişletilmekte hatta gündelik hayata dair birçok durum tıbbın müdahalesine açık hale gelmektedir. Yine 15-49 listeleri ile mahrem konular tıbbileştirilerek bir takip mantığı oturtulduğunda mahrem konuların gözetiminin de sistematikleşmesi sağlanmaktadır.

15-49 yař takibi ile bağlantılı olarak bir soru daha akıllara takılmaktadır. Madem 15-49 yař takibi sağlıklı cinsel yaşamla ilgili neden sadece kadınlar üzerinden süregiden bir sorgulama söz konusu; erkeklerin de düzenli kontrolü gerekmez mi, erkekler de korunma yöntemlerine başvurmaz mı? 15-49 listesinde bir sečenek olarak sunulan kocası infertil, kondom kullanıyor gibi cevaplar neden erkekler üzerinden kayıt edilmemektedir? Bu tarz sorular karşısında görüşölenlerden çok çeşitli yanıtlar gelmiştir; yanıtların bir kısmı sosyolojik gerçeklikler bir kısmı da biyolojik açıklamalardan oluşmaktadır. Kimi görüşölenler erkeklerin toplumsal olarak korunma yöntemleri vb. durumlarda doktora

başvurma konusunda daha çekingen ve tutucu olduklarını, kadınların eşlerine sormadan zaten bir korunma yöntemine başvurmadığını ya da doğurganlık özelliği kadında olduğu için kadın üzerinden yapılacak takibin daha önem arz ettiğini belirtmişlerdir. Fakat soruda bahsi geçen nokta gebelik takibi değil 15-49 yaş sorgulaması gibi sorular neden erkekler için de uygulanmamaktadır. Soruyla ilgili bazı görüşülenlerin açıklamaları aşağıdaki gibidir:

Görüşülen 15 (Aile hekimi, kadın): Hayır erkekle ilgili böyle bir uygulama yok. Ama bu çok mantıklı bir şey. Şöyle düşüneceksin gebe kalan kadın o yüzden kadının üreme sağlığı önemli anlatabiliyor muyum. Hani mesela düşük; bu bebekle de ilgili olabilir, babayla da ilgili olabilir, anneyle de ilgili olabilir. Mesela kaç düşük yaptı. Ama gebe olan kadın yani adama kaç düşük yaptın mı diyeceksin... [Erkekler için de üreme sağlığı ile ilgili butonlar] Yok olmaz o zaman şey olur parçalanır, onları birleştiremezsin. Kadın aslında üremenin merkezi, temel nokta kadın olduğu için böyle bir izlem yapılacaksa doğru olan bu. Hani erkeğinki şey değil yani bizi ilgilendirmiyor. Gebe kalma ihtimali olduğu için, üreme sağlığının korunması gerektiği için, gebelikte efendim onun sağlığının korunması gerektiği için, işte ne bileyim neden düşük yapıyor, habitüel düşüğü mü var, bunları anlamak için kadını izlemen gerekiyor. Adam küçük bir ayrıntı aslında olayda (gülüyor). İşin şeyi de o, doğası da, fizyolojisi de o. O yüzden o anlamda doğru bir sistem bence.

Görüşülen 1 (Aile hekimi, erkek): Erkeklerle ilgili 50-70 yaş takipleri olabiliyor, kadınlarda rahim ağzı kanseri, serviks yapıyoruz. Ama erkeklerde hamilelik gibi bir durum olmadığı için gebelik takibi en önemlisi çünkü gebelikte bütün vücut fonksiyonları değişiyor, vitamin, demir gibi değerler değişiyor, takibi önemli oluyor dolayısıyla.

Görüşülen 4 (Aile hekimi, erkek): İşte 15-49 dediğimiz izlem kadınla bağdaşılıyor da 15-49 yaş izlemi aslında 15-49 yaş bayan izlemi de değil adı. 15-49 izlemi diye geçiyor. Yani dediğin doğru. Haklısın yani... Evet sadece evliliğin ilk aşama kısmında soruluyor ama kadınlar şöyle bir şey var birlikte karar veriyorlar. Yani korunma yöntemini Türkiye’de hiçbir kadın kolay kolay tek başına karar vermez. Eşiyle mesela siz öneriyorsunuz atıyorum diyorsunuz ki siz doğum kontrol yöntemi değil de atıyorum spiral kullanın yani hap değil de spiral kullanın diyorum. Eşimle konuşmam lazım diyor. Yani dolaylı bir şey var aslında siz bir hastaya bir şeyler anlatıyorsunuz seçenekleri sunuyorsunuz, eşiyle konuşup geliyor. İdeali eşiyle beraber gelmesi ama bu mümkün değil.

Görüşülenlerin ifadelerinden de anlaşıldığı üzere üreme, korunma, cinsel sağlık gibi konular Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde kadınla özdeşleşmiş durumdadır. Gebelik takibi için ayrı listeler olmasına karşın korunma yollarına dair yöntemler kadın üzerinden ilerlemekte ve erkekler benzer sorularla muhatap olmamaktadır. AHBS aileyi bir birim olarak alsa da kayıtlar bireysel bazda tutulmaktadır. Bu noktada kocası infertil, kocası uzakta çalışıyor, kondom kullanıyor gibi seçeneklerin kadın üzerine işlenmesi biyoiktidarın ve gözetimin kadın bedeni üzerine odaklanması olarak yorumlanabilir. Cinsel hayatın kontrolü ve üretken olmayan cinselliğin bilinmesi kadın bedeni aracılığıyla izlenmektedir.

Dahası cinsel hayatı öğrenme -ve müdahale- için kadın daha uygun görülmekte ve kontrol kadın bedeni üzerinden yapılmaktadır. Bir ebenin ifade ettiği üzere kadınlar kendilerini kadınlara daha yakın hissettiği için dedikodu yapar gibi cinsel hayatın bilgilerini almaktadırlar. Aynı zamanda ifadelerden 15-49'un kadınlar için sağlıklı cinsel yaşamı sorgularken çoğunlukla gebe kalma ihtimaliyle bağdaştırıldığı; bu yüzden de erkeklerin cinsel hayatlarının sorgulanmadığı, kadınların mahremiyetlerinin ise gebe kaçırmamak adına bu kadar irdelendiği görülmektedir.

Alkol-Sigara-Uyuşturucu Soruları

Sistemde yer alan ve veri güncellemesi yaparken girilmesi zorunlu olan alkol, sigara ve uyuşturucu sorularını; en az cinsel yaşam kadar kişinin özelini sorgulayan mahremiyeti ilgilendiren ve doğrudan ihlal edecek türden sorular olarak düşünmek mümkün. Alkol, sigara ve uyuşturucu elbette sağlığı etkileyen maddelerdendir fakat aile hekimine gittiğinizde bu sorular size durup dururken yöneltirse belki de en 'sağlık dışı' olarak nitelenebilecek sorular haline gelebilmektedir. Bu sorular kişilere yöneltildiğinde kişide endişe ve korku uyandırmaktadır. Özellikle bazı ülkelerde uygulanan özel sağlık sigortalarının kişilerin sağlık bilgilerini alarak sigara-alkol kullanımı gibi durumlarda bazı hastalıkları sigorta dışı bırakması durumunun gelecek yıllarda Türkiye'de de uygulanması fikri endişe ve korkuyu beslemektedir. Bu durumda özellikle ilgili butonda alkol kullanıyor işaretlendikten sonra gelen uzun alkol listesi (40 civarı içki adı mevcut) ve doz listesi (1 standart içki, 2 standart içki...) etkilidir. Aile hekimlerinin birçoğu alkolün türünün hiç önemli olmadığını, bir hastalığı etkileme düzeyinde her tür alkolün neredeyse aynı etkiye ya da etkisizliğe neden olduğunu belirtmiştir.

Görüşülenlere alkol, sigara ve uyuşturucu kullanımı soruları hakkında ne düşündükleri sorulduğunda verdikleri yanıtlardan bazıları şöyle olmuştur:

Görüşülen 36 (Aile hekimi, erkek): [Alkol, sigara sorularını] Bazen doğru bile cevaplamıyorlar. Onu anlıyorsun, hissediyorsun. Ama bu soruları sormak zorundasın. Soruyu ne için sorduğunu da izah edince tabii ki aldığın cevap çok daha doğru, çok daha içtenlikli cevaplar oluyor. Ama öncelikle bunu izah etmek zorunda kalıyorsun. Diyorsun ben bu soruları bunun için soruyorum. Biraz da tabi kişisel şeyler giriyor işin içine. Hekimine güveniyorsa, ebesine güveniyorsa çok daha kadınlar şey bu konuda açılabilir. Ya da kadın, erkek de olsa fark etmez o yüzden iletişimi iyi tutmaya çalışıyorsun. Onlara bir güven vermeye çalışıyorsun. Ve o güveni sarsmamaya çalışıyorsun. O zaman da daha iyi cevaplar alabiliyorsun.

Görüşülen 24 (Aile hekimi, erkek): Hiçbir anlamı yok bir. İkincisi gerçekten doğru yazıyor muyuz? Kim doğru yazıyor? Alkol durumu; şimdi bir insana eğer alkol almak toplumda bir kıyaslama sebebiyse, dini açıdan bakılıyorsa benim o kişiyi buraya alkol alıyor diye not almam kişinin sağlığı açısından bile alsam o kişiyi alkol açısından fişlemiş oluyorsunuz. Hoş bir şey değil... Bir kere şey hani hemen örnek; sigara içiyor musun dediğim zaman hasta bir duraklıyor. Çünkü bir hekimin, sigara içmesiyle neden ilgilendiğini önce algılayamıyor ya da alkol alıyor musun direkt algılayamıyor. Ve kaçak cevap vermeye başlıyor. Yok içmiyorum diyor, az içiyorum diyor, eskiden içiyordum diyor. Doğru cevap vermiyor yani gerçeği doğruca söyleyen insan sayısı da çok az.

Görüşülen 21 (Aile hekimi, erkek): Tereddüt edilen bir şey maddesi var. Alkol kullanıp kullanmama ve alkolün cinsi o soruya çok takılıyorlar. Bakanlık ne içtiğimizi ne yapacak diyorlar. Alkol gereklidir ama yazılı olarak sorulması, çeşidini sorunca şey karşılıyorlar. Çok hoş olmuyor bence.

Görüşülen 26 (Aile hekimi, erkek): Sağlıkla ilgili ama gerekli mi? Gerekli değil. Uyuşturucu, sigara kullanması sağlıkla ilgili bir konu ama burada illa onun güncellemesini istiyorlar. Ben de burada içkiyi sormuyorum, o onun özelidir. Sigarayı soruyorum, uyuşturucuyu sormuyorum. Bunları sormak nahoş şeylere yol açabiliyor. 15-49 standart zaten orada bir sıkıntımız yok. Bir insana sen uyuşturucu kullanıyor musun diye soramazsın. Nahoş şeylere yol açıyor demeyeyim de açabilir diyeyim. Çünkü uyuşturucu kullanan insan

zaten hassastır, tartışmaya vs. açıktır. Burada kullanan var biliyorsun geliyor buraya maddenin etkisinde ya da içki almış belli ama sorunca kullanmıyorum diyor.

Yurttaşların bu tür mahremiyetlerinin sorgulanması sağlıkla ilgili durumlarda elbette anlaşılabilir bir durum olarak meşrulaştırılabilir. Fakat bu bilgilerin sisteme işlenip Bakanlık serverlarına gönderilmesi konusu tekrar düşünülmesi gereken önemdedir. Devletin tütünle mücadele ile ilgili aldığı kararlar ve uygulamalar yerinde ve gerekli olan uygulamalardır. Fakat aile hekimleri tarafından alkol, sigara ve uyuşturucu kullanımının bu denli detaylı ve kişi bazında sorgulanması yine akla gözetim kavramını getirmektedir. Çalışma boyunca tartışıldığı gibi bu tür veriler, özellikle -kimi hekimlerin de belirttiği gibi- alkol tüketimi hususunda toplumsal, dini ve kültürel hassasiyetler ve olası olumsuz tutumlar göz önünde bulundurulduğunda kişisel mahremiyeti yok saymakta ve önemli bir risk faktörü oluşturmaktadır.

Kişisel Verilerin İsim Bazında (Kişiyi İşaret Eden Kimlik Numarası vb.) Tutulması

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile ilgili tartışılmaya açık bir husus da sisteme işlenen sağlık verilerinin isim bazında kayıt altında tutulması ve belirli bir kişiyi işaret eden verilerin Sağlık Bakanlığı serverlarına gönderilmesidir. Çalışmanın kuramsal kısmında mahremiyet başlığı altında daha geniş tartışıldığı üzere sağlık verileri ulusal ve uluslararası yasalara göre *hassas kişisel veri* olarak kabul görmektedir. Ayrıca veri koruma kanunlarına göre kişisel veriler tutulurken verilerin anonimleşmesi yani T.C. kimlik numarası, SGK numarası vb. gibi kişiyi belirleyen, işaret eden unsurlarla bağdaştırılamaması gerekmektedir. Tüm bunların yanı sıra kişinin hastalık/sağlık, cinsel yaşam, mahkumiyet, sigara, alkol, uyuşturucu kullanımı bilgileri de hassas kişisel veri niteliğindedir. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi incelendiğinde sistem, kişilerin T.C. kimlik numarasıyla detaylı bir kaydının tutulmasına dayanmaktadır. Dahası bu bilgiler Bakanlık serverlarında bütünlüklü bir şekilde saklanmaktadır. Sağlık verilerinin bu koşullarda saklanması verilerin mahremiyet ihlaline açık olması anlamını taşımakla beraber bu bilgilerin farklı mecralarda insanların karşısına çıkıp çıkmayacağı şuanda bilenememektedir.

Sağlık istatistiği konusunda ülkemizin zayıf olduğu ve yaklaşık son on yıldır daha düzenli sağlık istatistiği toplanabildiği aşıkardır. Fakat sağlık istatistiği toplanırken verilerin anonimleşmesi mahremiyetin korunması açısından hayati öneme sahiptir. Zira devletin

sağlık politikası geliştirmek için vaka sayıları, vakaların nerelerde sık görüldüğü gibi bilgilere ihtiyacı vardır; isim olarak kişilerin rahatsızlıkları, alkol, sigara kullanımları, cinsel hayatları, meslekleri, mahkumiyetleri gibi bilgilerin ancak ve ancak anonimleştirilerek istatistiklere yansması kabul edilebilir bir durumdur.

Mahremiyet çerçevesinde tartışılacak bir diğer konu ise kişilerin sağlık bilgilerini yönetememesi durumudur. Kişiler sağlık bilgilerinin nerede toplandığını, hangi amaçla kullanılacağını ya da Bakanlıkla paylaşılıp paylaşılmadığını bilmemekte ve kendi sağlık verileri üzerinde söz sahibi olacak mekanizmalardan yoksun bırakılmaktadırlar. Bu koşullarda toplanan bu veriler ancak gözetim pratikleriyle bağlantılı ve şeffaflıktan uzak olarak görülebilir.

Görüşülenlere kişisel sağlık verilerinin isim bazında saklanması ve Ulusal Sağlık Sistemine gönderilmesi konusunda ne düşündükleri sorulduğunda bazı görüşülenler bunun kişi odaklı bir sistem olduğu, hastanın bilgilerine detaylı ulaşabilmek adına isim bazında kayıt tutmak gerektiğini belirtirken, bir kısım görüşülen de yapılan bu işlemlerin hasta mahremiyetini zedelediğini belirtmiştir.

Görüşülen 18 (Aile hekimi, erkek): Kişi odaklı bir çalışma sistemi bu. 2005 yılından önce Sağlık Ocağı sistemi vardı. 2010'a kadar kademeli olarak Aile Hekimliği sistemine geçildi. Verdiği hizmet tarzını Birinci Basamakta değişti. Avrupai sistem olduğu söylendi. Kişi odaklı sistem. Sistem özü gereği kişinin her şeyini aile hekimine odaklıyor.

Görüşülen 31 (Aile hekimi, erkek): Kişisel baz... Özel bilgilerin alınmasına karşıyım. Sigara, içki, yaralanma geçmişi, korunma yöntemleri soruluyor. Bu sistemde hasta mahremiyetini koru butonu var, diğer koşullardan koru butonu var. Doktor eğer hassasiyet gösterirse örneğin bulaşıcı hastalık olabilir butonu tıklarsa diğer doktorlar göremez.

Görüşülen 15 (Aile hekimi, kadın): Bu bilgileri toplamaya ihtiyacımız yok. Ben bilgilerin kişi bazında gitmesine karşıyım yani neden isim isim özel bilgiler toplanıyor. Bunlar özel bilgilerdir ve toplanmasına karşıyım. Ben istatistik kurumu değilim, neden bu bilgileri ben topluyorum. Benden aylık bazda rapor istesinler ben şu kadar kişi sigara kullanıyor, şu kadarı şöyle korunuyor diye kişi bazında değil de sayı olarak yollayayım ama istenen bu değil. Orada nasıl kullanılıyor bu bilgiler ya da kullanılıyor mu bilemiyoruz ama kötü niyetle kullanılmak istenirse kullanılır. Ne bileyim ben hastalarımı kullanmıyor yazıyorum çünkü bir iş görüşmesinde içki içtiği karşısına çıkabilir, bir yerde bunları kişilere

karşı kullanabilirler. Bunlar kötü niyetli kullanılmak istenirse kullanılabilirler. Mesela orada yazıyor içki diye çok ayrıntılı sormuşlar yok viski, cin, rom, votka, rakı vs. vs. bu kadar ayrıntı çok. Sıklığı soruluyor bir standart içki, iki standart içki diye. Özel bilgiler bunlar.

Görüşülenlerin ifadelerine bakıldığında ise bu durumla ilgili hassasiyetlerini ifade edenler olmakla birlikte tıbbi, bir otorite olarak görmekten kaynaklanan bir bakış açısıyla bu tür bilgileri toplamanın tamamen sağlıkla ilgili olduğunu da belirtenler olmuştur.

AHBS'nin kişi odaklı bir sistem olduğu ve toplanan kişisel sağlık bilgilerinin sağlık personeli için kişiyi hatırlama, ilaçlarını, sağlık geçmişini görme vb. birçok konuda yardımcı ve hatırlatıcı olduğu aşikardır. Bunun yanı sıra hekimlerin bile kişilerin bilgisi olmadan başka kurumlardan yapılan muayene, tetkik bilgisini görebilmesi, bir mahremiyet sorunudur. AHBS'de toplanan kişiyi işaret eden bilgilerin anonimleşmeden USS'ye gönderilmesi ise başlı başına bir mahremiyet sorunu olmakla beraber bu durum aynı zamanda gözetim pratiklerine de işaret etmektedir.

Sonuç itibariyle denilebilir ki; e-devlet uygulamaları ile bağlantılı olarak kurumlarda uygulanan kayıt sistemleri kişileri gündelik ayrıntılarına kadar kayıt altına almakta ve neredeyse kişiye mahremiyet alanı bırakmamaktadır. Bu anlamda bu çalışmanın da konusunu oluşturan AHBS bilişim teknolojilerinin de gelişmesi ve bilgi toplumunda yaşadığımız gerçekliğiyle mahremiyet ve gözetim açısından tartışmaya açık bir konumdadır. AHBS hekimler ve hastalar için sunduğu olanakların yanı sıra yukarıda tartışılan birçok noktadan dolayı devletin biyopolitikalarına yön veren uygulamaları da içinde barındırmaktadır. Bu uygulamalar sayesinde ise AHBS hem bireyler hakkında detaylı bilgi toplanarak gözetim pratiklerine taban oluşturmakta hem de birçok açıdan kişilerin mahremiyetlerini yok saymaktadır. Tüm bunlar tıbbileştirme denilen süreçlerle sağlanmakta ve devlet gücü AHBS üzerinden tıbbın otoritesi ile sağlanmaktadır.

Toparlanacak olursa AHBS ve tüm diğer e-devlet uygulamaları ile devletin modern yönetim anlayışlarını gerçekleştirmek ve günümüz koşullarına uyumlu çağdaş sistemler kullanmak için adımlar atmaktadır. Devletin birçok konuda olduğu gibi sağlık alanında da istatistik olarak ilerlemesi gerektiği de aşikardır. Bu noktada olumlu görünen süreç sistemde bilgilerin isim bazında toplanması, alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı, korunma yöntemleri, korunmama sebepleri, mahkumiyet durumu vb. kişisel mahremiyetleri de içeren bilgilerin Bakanlık serverlarına (USS) gönderilmesi ile gözetime katkı sağlayan bir noktaya

evirilmektedir. Ayrıca AHBS’de yer alan 15-49 listesi; mahrem bilgileri kadın üzerinden toplamaya çalışması, biyopolitika olarak kadın bedeni üzerinden cinselliği sorgulaması, kadın bedeninin tahakküm altına alınması açısından ayrıca tartışmalı bir noktadır.

Tüm bu noktaların anlaşılması ve bu sistemin kullanıcıları olan ASM çalışanları tarafından sistem hakkında bilgi alınırken mahremiyet ve gözetim ile alakalı olan uygulamaların(soruların) tartışmaya açılması bu çalışma açısından önemli bulunmuştur.



6. TARTIŞMA VE SONUÇ

Son elli yılda bilişim teknolojilerinde yaşanan hızlı değişimler toplumları derinden etkilemiş ve benzeri görülmemiş bir değişime sebep olmuştur. Bu dönemde toplum hem teknolojik gelişmelerden etkilenmiş hem de bazı teknolojileri benimseyip bazılarını işlevsiz kılarak teknolojik değişimlere de yön vermişlerdir. Teknoloji birçok yönde ilerleme kaydetse de en büyük gelişim bilgisayar ve internet yani bilişim teknolojilerinde gerçekleşmiştir. “Bilgi parmaklarınızın ucunda” sloganıyla bilgi toplumunun başlangıcı ilan edilmiştir. İnternetin ve bilişim teknolojilerinin gelişimi kimilerine göre sıradan insanlar için özgürlükçü bir ortam sunmaktayken kimilerine göreyse bu özgürlük fikri sadece bir yanılgıdır; tam tersine internet sıradan vatandaşlara sınırlı bir özgürlük sunarken devletlere, büyük şirketlere sınırsız bilginin kapılarını açmaktadır.

Bilişim teknolojilerindeki gelişmeler halk tarafından benimsendiği kadar devletler tarafından da benimsenmiştir. Eski usul evrak işlerine son vermek modern ve çağdaş bir yönetim anlayışına geçmek adına devletler bu teknolojileri benimsemişlerdir. Elektronik devlet anlayışına geçiş birçok noktada devlete ve yurttaşlara fayda sağlamaktadır. Örneğin bürokrasiyi önemli derecede azaltan, daha şeffaf, hızlı, sistematik bir sisteme geçiş hem devletin iş yükünü ve kağıt bürokrasisini azaltmış hem de vatandaşların zamandan tasarrufunu ve görece daha eşit muamele görmesini sağlamıştır. E-devlet uygulamaları olarak adlandırılan devlet ve bürokrasi işlerinin elektronikleşmesi, her zaman görüldüğü kadar olumlu değildir. Çünkü bürokrasinin sistemli ve düzenli hale gelmesi çift yönlü bir süreçtir: Hem işleri düzene koyarak verimliliği artırır hem de gözetim pratiklerine olanak sağlar.

Tarih boyunca, gözetim pratiklerinin vatandaşlık haklarıyla paralel geliştiğini ve her zaman çift yönlü okunması gereken bir süreç olduğunu unutmamak gerekir. Örneğin nüfus sayımında bilgisi alınan biri olmak, bireyi o ülkenin vatandaşı yaparken aynı zamanda vergi mükellefi olduğu ve artık kayıtlarda ve devletin takibinde olduğu anlamına da gelmektedir. Artan bir nüfusun kontrolü ve bilgisine sahip olmak adına genişleyen bürokrasi; modern devlet olma anlayışıyla birleşince hem e-devlet uygulamalarını zorunlu kılmış hem de sistematik gözetimin yolunu açmıştır. Söz konusu uygulamalar standart, düzenli, sistematik veri toplamaya olanak sağlarken kurumlar arası veri paylaşımı, birbiriyle iletişime geçebilen bilgisayarlar sayesinde gözetimi de olanaklı kılmıştır. Ayrıca bilgisayarların veriyi saklama, depolama, çağırma ve birbiriyle ilişkilendirme kapasiteleri sayesinde tüm kurumlarca

toplanan veriler kişilerle ilgili profil oluşturmaya da olanak sağlarlar. Dolayısıyla devletler kurumlarını değiştirip dönüştürürken bilgisayar ve internete bağlı teknolojileri benimsemiş ve gözetim “*şeffaf bir göz*” haline bürünmüştür.

Bu noktada bu çalışma kapsamında ele alınan gözetim kavramı Bentham’ın geliştirdiği panoptik modele uygun gözetimden ve Foucault’nun *Hapisanenin Doğuşu*’nda (2000) ele aldığı beden üzerinden işleyen disiplin ve gözetim anlayışından farklıdır. Ayrıca gözetim her ne kadar bürokrasiyle bağlantılı olsa da Weberci manada bürokrasiye de indirgenemezdir. Çünkü günümüzde gözetim rutindir, sistemlidir, süreklilik arz eder ve bedenden ziyade veriler üzerinden işlemektedir. Dolayısıyla gözetimin “etkileme, yönetme, koruma, yönlendirme gibi amaçlarla kişisel enformasyona dönük odaklı, sistemli ve düzenli ilgi olduğunu” (Lyon, 2013: 31) söyleyebiliriz.

Gözetime tabi olan bilgilerin elektronik ortamda saklanması ve işleme tabi tutulması kişilerin hapisane gibi kurumlarda bedenlen gözetime tutulması fikrinin çok ötesine geçmiştir. Bilgisayar bilimci Roger Clarke gözetimin fiziksel olmayan bu halini anlatmak için “*dataveillance (veri gözetimi/ veritim)*” kavramını kullanmıştır. Benzer şekilde Lyon’un da kullandığı “*elektronik göz*” kavramı bu çalışma kapsamında bahsedilen gözetim pratiklerini anlatmak için daha uygun düşmektedir. İktidarlar ya da gücü elinde bulunduranlar bu durumun devamı için bilgiyi ve veriyi önemserler. Bu da gözetim kapasitelerinin önemini doğurur. Bu anlamda veri gözetimi daha göze batmaz ve yumuşak bir gözetim olanağı sunmaktadır. Bilgisayar vasıtasıyla yapılan gözetim çok daha derinden işlediğinden sıradan insanların gözetimi kavraması da zorlaşmaktadır. Dolayısıyla gözetim süreçlerine vatandaşların katkı sunması da son derece kolaylaşmıştır.

Bu çalışma ile mahremiyet ve gözetim kavramları etrafında Aile Hekimliği Bilgi Sistemi uygulamasının sosyolojik bir incelemeye tabi tutulması amaçlanmıştır. AHBS aracılığıyla yapılan bir gözetimin var olup olmadığı varsa buna katkı sağlayanların ne derece bunun farkında olduğunun ve mahremiyet kavramının nasıl algılandığının ortaya çıkarılmasına önem verilmiştir. AHBS ile birlikte gözetim pratiklerinin nasıl işleyebileceği, mahremiyetin sağlık çalışanları tarafından nasıl yorumlandığı Aydın İl merkezi örneğiyle sosyolojik bir perspektifle değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu araştırma ile durum tespiti yapılmaya ve AHBS’nin gözetim ve mahremiyet ile ilişkisi ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu sebeple görüşmeler ASM çalışanları ile gerçekleştirilmiş ve hastalar ya da sağlık hizmeti alanlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Bu çalışmanın amacı olan AHBS uygulaması ile hasta mahremiyeti, biyopolitika ve gözetim olguları arasındaki ilişki ve buna bağlı olarak ortaya çıkan uygulamalar incelenmeye çalışılmıştır. Bu noktada bürokrasiye sirayet eden gözetim kendini AHBS uygulamasında da göstermekte ve giderek yaygınlaşmaktadır. Weber’e göre bürokrasiye sirayet ederek tüm toplumsal hayata yayılan gözetim, veri gözetimi şekline bürünerek artık kurumlardan çıkmış ve sosyal hayatın dokusuna nüfuz etmeye başlamıştır (Lyon, 1997). Toplumsal hayatta gözetimin bu kadar yayılması ve her alanda görülebilmesi de Staples’ın ifade ettiği “*gözetim kültürü*”nü beraberinde getirmektedir. “Onlar” bizim hakkımızdaki şeyleri bilirler, ama biz çoğu kez ne bildiklerini, niçin bildiklerini veya bilgilerini başka kimlerle paylaştıklarını bilmeyiz” (Lyon, 1997: 16). Bu durum da gözetimin rahat işlemesini ve bilgi sahibi ile bilgi veren arasındaki asimetrik bilgi sorununu doğurur.

Gözetim pratikleri iyiye kullanılabileceği gibi (vergi kaçırانların yakalanması, suçluların yurtdışına çıkışının engellenmesi vb.) kötüye de (kişinin cinsel tercihlerini ya da dini inancını bilip ayrımcılık yapma vb.) kullanılabilir. Buna karar verebilecek kişi vatandaş (verinin asıl sahibi) değil; devlet ya da bürokrasidir (verinin ikincil sahibi). Fakat gerçek şudur ki kişiler hakkında toplanan veriler veritabanlarında tasniflenip bir kişi ile bağlantılı hale getirilebilir. Bu “*veri ikizi*” de bürokrasinin herhangi bir aşamasında kişinin karşısına çıkabilecek ve gündelik hayatı etkileyebilecektir. Bu noktada verilerin denetimi önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır.

“Kişisel hayatımızın hassas ayrıntıları her gün, büyük şirketlere ve devlet dairelerine ait dev bilgisayar veritabanları içinde toplanıyor, saklanıyor, çağrılıyor ve işleniyor. İşte bu “*gözetim toplumu*”dur” (Lyon, 1997: 16). Giddens (2014) da gözetimin dolaylı olduğu ve enformasyon kontrolü üzerine kurulu olduğunu söyler. “Bu, hem “*güç*” oluşumunun kaynağını oluşturacak şekilde bir kurum ya da topluluk tarafından depolanabilecek veriler bağlamında vatandaşlara ait bilgilerin biriktirilmesini, hem de topluluk içinde alt kademelerde bulunanların etkinliklerinin daha üsttekiler -ya da daha genel anlamda devlet- tarafından denetlenmesini içerir” (Dolgun, 2015: 115).

Tüm bunlarla bağlantılı olarak devlet hem nüfus politikaları geliştirmek, hizmet eksikliklerini kapatmak, modern bir hizmet anlayışına sahip olmak, çağın gerekliliklerini yakalamak gibi nedenlerle e-devlet uygulamalarını kullanmakta hem de bu uygulamalar sayesinde vatandaşlarına gözetim uygulayabilmektedir. “Gözetimin büyük bölümü,

kelimenin tam anlamıyla gözden ırak olduğu, dijital (sayısal) sinyaller alanında meydana gelir” (Lyon, 1997: 17-18). Gözetimin kapsamı da gittikçe artan oranda veriyle genişler.

Saha çalışmalarından elde edilen veriler ve gözlemler çerçevesinde şu değerlendirmeyi yapmak mümkündür; bu çalışmanın ana konusunu oluşturan AHBS diğer e-devlet uygulamaları gibi veri açıklığı gösteren bir gözetim organıdır. AHBS, birçok bilgisayarın gösterdiği işlevlerle çalışmakta ve kapsamını sürekli genişletmektedir. Bu program sayesinde devlet hem nüfusun sağlık ihtiyaçlarını gidermekte hem de nüfusu sağlık verileri gibi son derece mahrem verileri üzerinden gözetleyebilmektedir.

AHBS, Sağlıkta Dönüşüm Programı ile 2010 yılında uygulamaya konulmuştur. Aile Sağlığı Merkezlerinde bir ekip olarak çalışan aile hekimi ve ebe/hemşireler tarafından kullanılmaktadır. Sistem Sağlık Bakanlığının istediği önceden tanımlanıp belirlenmiş olan (minimum) veri setini karşılamak ve belirli güvenlik sertifikalarına sahip olmak koşuluyla özel yazılım şirketleri tarafından aile hekimlerine satılmaktadır. Bu araştırmanın ana eksenini oluşturan nokta ise Bakanlık tarafından belirlenen AHBS’nin içerdiği minimum veri setleri, toplanan verilerin niteliği ve kullanımudur.

Sağlık ve nüfus politikaları birbiriyle bağlantılı konulardır. Sağlık Bakanlığı AHBS aracılığıyla topladığı sağlık verilerini minimum veri setleri çerçevesinde toplamakta, sağlık ve nüfus politikası geliştirmekte örneğin bulaşıcı hastalıklarla mücadele, düşük doğumları engelleme, obeziteye karşı önlem ve benzeri şeklinde kullanmaktadır. Söz konusu programdaki veri setlerine bakılınca kişinin nüfus bilgileri MERNİS üzerinden çekilmekte ve hastaların hastalık bilgileri T.C. kimlik numarası, adres gibi kişiyi işaret eden bilgilerle beraber kayıt edilmektedir. Sistemde kişiler her ne kadar bireyler olarak yer alsalar da Aile Hekimliği sistemi aileyi bir birim gibi ele almaktadır. Veri setleri incelendiğinde cinsellik ve doğurganlık ile ilgili mahrem bilgilerin özellikle kadınların üzerinden sisteme kayıt edildiği görülmektedir. Bu bilgiler arasında doğum şekli, düşük sayısı, korunma yöntemleri, korunmama sebepleri, regl tarihleri gibi birçok ayrıntı yer almaktadır. Kocasını infertil, kondom kullanıyor gibi bilgilerin dahi kadınlar üzerinden ele alınması; bazı görüşmeciler tarafından kadınların sağlık kurumlarına daha sık baş vurması gibi bir ön sebebe dayanırken, asıl gerçek kadın bedeni üzerinden biyopolitika üretilmesi ve kadın bedeninin biyolojik olarak üremenin merkezi olmasından dolayı üremeden ve korunmadan sorumlu tutulmasıdır.

Halihazırda bulunan veri setlerinin yanı sıra Sağlık Bakanlığı her geçen gün sisteme yeni takipler ekletmekte ve veri kapasitesini genişletmek istemektedir. Bu noktada devletin nüfusuna ait sağlık bilgilerini kapsamlı bir şekilde tutması ve sağlık istatistikleri üreterek bunları sağlık politikalarına yansıtması elbette önemli gelişmelerdir. Fakat birçok ayrıntılı bilginin toplanması ve bu bilgilerin istatistik amacının dışına çıkarak kişilerin kimlik bilgileriyle bağlantılı veri setleri şeklinde toplanması, sisteme yeni takip listeleri eklenerek sadece kadınların değil, gençlerin ve yaşlıların sistemde sürekli takibe alınması, bu takip listelerinden aile hekimi ve ebeyi sorumlu tutarak belirli aralıklarla bilgilerin güncellenmesinin şart koşulması gözetim kavramıyla açıklanabilir.

Sistemde kaydedilen bilgilerle toplum bilinmekte, sağlıklı toplum için adımlar atılmakta aynı zamanda da tek tek bireylerin kaydı ve sağlık geçmişi tutularak gözetim yapılmaktadır. Sistemde yer alan birçok ayrıntılı bilgi (teşhis, tedavi, ilaçlar vb.) hekimin bilgisayarında web tabanlı olarak işleyen AHBS'den her gün Sağlık Bakanlığı serverlarına gönderilmekte ve yüksek miktarda bilgi bütünlüklü olarak buralarda saklanmaktadır. Sağlık temel bir hak olduğundan bu alanda gözetimden kaçış pek mümkün görünmemektedir. Devletin *şeffaf gözü* bu noktada hizmet almaktan vazgeçilemeyecek bir sağlık kurumu olarak aile hekiminin odasında karşımıza çıkmaktadır.

Araştırma kapsamında AHBS sorgulanırken karşımıza çıkan diğer bir önemli kavram da mahremiyet olmaktadır. Tüm bu gözetim süreçlerine maruz kalmak aynı zamanda kişisel bir hak olan mahremiyet hakkını zedelemektedir. Ancak bu konudaki hakim tartışmalarda ve literatürde Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Aile Hekimliği Uygulaması gibi konular neo-liberal politikalar ekseninde ele alınmıştır. AHBS ile başlayan gözetim ve mahremiyet ihlalleri boyutlarına ise neredeyse hiç yer verilmemiş ve bazı çalışmalarda sadece satır aralarında bahsedilmiştir.

Gündelik hayata dair ayrıntılar tıbbın ve sağlığın konusu haline gelince bu ayrıntılara müdahale ve hatta bunları yeniden tanımlayıp devlet-yurttaş arasında devletin lehine yepyeni bir yönetim hakkı da devlete verilmiş olunmaktadır. Devletlerin nüfusla ilgili kayıtlar ve istatistikler tutması, toplum sağlığıyla ilgili tedbirler alması 17. yüzyıldan itibaren ortaya çıkan uygulamalardır. Lakin bu araştırmanın bulguları çerçevesinde AHBS değerlendirildiğinde ortaya çıkan durum şudur: son derece mahrem ve gündelik hayata dair bilgilerin nüfusun bilinmesinin çok ötesindedir. Çünkü gerçek kişilerle bağdaştırılabilen bilgiler tek tek kişilerin bilinebilmesini mümkün kılmakta ve mahremiyetleri ihlal ederek

kötü kullanıma açık bırakmaktadır. Bu bağlamda Foucault'cu manadaki panoptik gözetim günümüzde kat kat aşılmış buna karşın “veri gözetimi” daha ön plana çıkmıştır. İnternetin doğasından dolayı da gözetim “akışkan” bir hale gelmiş ve her yerde karşımıza çıkmaktadır. Bu durum gündelik hayata dair tüm bilgilerin mahrem olsun ya da olmasın toplanması durumunu karşımıza çıkarmaktadır. Ayrıca akışkanlık durumu verilerin mahremiyeti önemsenmeden kurumlar arası dolaşımını da açıklamaktadır.

AHBS’de yakın geçmişe kadar vukuatlı nüfus kayıt örneği dahil ayrıntılı nüfus bilgisi MERNİS ve ona bağlı KPS uygulaması ile aile hekimlerinin incelemesine açıktı. Halihazırda ise yine gereken bilginin fazlasını içeren nüfus cüzdanının ön ve arka yüzündeki bilgiler aile hekimlerinin ekranlarında görülebiliyor. Sadece T.C. kimlik numarası kullanarak kendi hastası olsun ya da olmasın herhangi bir kişiye ait, birçok alanda kimliğin şahsa ait olduğunu doğrulamak adına sorulan, bütün bilgiler tek bir tuş ile doktorun önüne dökülmektedir. Bir meslek grubu olarak doktorlar hasta-hekim mahremiyeti ilişkisinde genel olarak mesleğin doğası gereği güvenilir bulunmakla birlikte her uzmana bir noktaya kadar güvenilebileceği günümüzde aşikârdır. Kaldı ki aile hekiminin sisteme işlediği bilgiler ağ üzerinden gönderildiğinden her tür ağ sisteminde olduğu gibi bilgiler siber saldırıya açıktır. Ayrıca doktorun bir hastasını muayene ederken hastalık, kullanılan ilaç gibi son derece hassas bilgilerin yanı sıra bu kadar açık nüfus ve adres bilgisine ihtiyacı olduğu da düşünülmemektedir. Çoğunluğu özel şirketlerce hazırlanan yazılımlar olan AHBS’ler server bilgisayarların başında bulunan kişilerin de bir ölçüde risk oluşturduğunu düşündürmektedir. Ayrıca saha verilerinden eczacıların da kullandığı sistemden kişilerin ilaç ve buna bağlı muayene geçmişini görebildikleri öğrenilmiştir. Tüm bunlar da aslında birer mahremiyet problemini işaret etmektedir. Görüşmelerde de bu tür mahremiyet riskleri sık sık dile getirilmiştir. Bu noktada sağlık çalışanları internete bağlı olması sebebiyle siber saldırılara açık sisteme, verileri koruyamaması ihtimaline karşı Bakanlığa ve piyasada programları satan şirketlere güvenmediklerini belirtmişlerdir.

AHBS’ler MERNİS’le bağlarından kaynaklı sorunlar barındırdığı kadar aile hekimlerinin bu sisteme işlediği bilgiler açısından da sorunlu görülebilir. Sistemin yapısı ve “sağlık için” sorduğu söylenen sorular kişinin en mahrem alanlarına indikçe doktor ve hasta arasında kalması gereken mahrem bilgiler sisteme işlendikçe sistemi kullanan herkes tarafından görülür, bilinir hale geliyor. Sistemde kişinin sağlık bilgisi adı altında bütün özel, mahrem bilgilerinin işlenmesi ve bilgilerin belli periyodlarla Ulusal Sağlık Sistemi (USS) denilen Bakanlık bilgi sistemine aktarılması uygulaması, yurttaşın en temel ve kişisel

haklarından biri olan özel hayatın dokunulmazlığını/gizliliğini hiç olmadığı kadar tehdit altına sokmaktadır. Bu durum da AHBS'nin mahremiyet ve gözetim toplumu kavramları çerçevesinde değerlendirilmesini mümkün kılmaktadır. Sağlıklı istatistiki veriler elde edilmesi için devletin tüm kurumlarından bilgi almasının doğal olmasına karşılık kişilerden onam alınmadan hekimin odasından kişiden alınan sağlık bilgilerinin kimlik numaraları esasına göre tutulması bir gözetim pratiği olarak açıklanabilecek bir durumdur. Aksi halde istatistiki bilgiler anonimleştirilerek kurumlardan toplanabilirlerdi.

AHBS üzerinden de kolayca görülebilecek olan gerçek şudur ki; kişinin korunma yolları, hastalıkları, alkol, sigara, uyuşturucu kullanımı gibi hasta-hekim arasında kalması gereken mahrem bilgiler istatistikî veriler olarak değil isim bazında Bakanlığa gönderildiğinden biyopolitik bir uygulama ve gözetim pratiklerinin yansıması olarak vücut bulmaktadır. Yani bu bağlamda da gözetim toplumundan bahsedilmek pekala mümkündür. Çünkü devletler; “modern” yönetim anlayışının getirdiği bu olanaklara ayak uydurmuş, vatandaşı gözetleme ve denetim altında tutma stratejilerini değiştirmişlerdir. Ayrıca “modern uygarlıkta cinsellik yeraltına sürülmez. Tersine, sürekli tartışılmaya ve araştırılmaya başlanır” (Giddens, 2010: 23). Siyasilerin “*üç çocuk*”, “*kürtaj cinayettir*” gibi söylemleri 15-49 listesi ile düşünüldüğünde devletin biyopolitikaları uygulama alanı olarak AHBS belirgin bir biçimde karşımıza çıkmaktadır. Cinsellik ve üremenin aşırı tıbbileştirilerek toplumsallaştırılması ve üremede devletin söz sahibi olması cinselliğin kontrol altına alınmasının kapısını aralamıştır. Bu sebeple çocuk sayısını belirlemek, “normal” doğum ya da “sağlıklı” cinsel yaşam önermek tıbbın görevi haline gelmiştir. Devletin gözetim politikaları için tıbbın otoritesini kullanması uygun bir yol gibi seçilmiş görünmektedir. Bu sebeple 15-49 listeleri altı ayda bir güncellenmekte ve gebelik durumunun kaçırılmamasına azami özen gösterilmektedir.

Özbay vd. (2011) devlet, tıp gibi dış kuvvetlerin mahrem hususlara etkisiyle mahremiyetin dönüştüğünü söyler. Dış müdahalelerle mahrem konular daha çok konuşulur, kurcalanır, paylaşılır, değilir hale gelmiştir. Araştırma verileri bu durumun sağlık çalışanları tarafından çoğunlukla yadırganmadığını gösterirken bir kısım çalışanlar ise cinsel hayatın onları ilgilendirmediğini ve bu bilgilerin Bakanlıkla paylaşılmasını doğru bulmadıklarını ifade etmişlerdir. Bazı görüşülenler ise bu soruların sağlıkla alakalı ama “sağlıksız” olduğunu yani örneğin mahkumiyet durumunun ya da alkol kullanımının insanın sağlığını etkileyebileceğini ama bunları kayıt altına almanın etiketlenme, dışlanma gibi olumsuzluklara neden olabileceğini belirtmiştir.

Saha araştırmasında tanık olunan dikkat çekici bir uygulama da mahremiyet ihlali sorunsalını daha da kuvvetlendirici niteliktedir. Bu konuyla alakalı olarak sistemde yer alan alkol sorusunun derinliğiyle ilgili görüşülenler alkol kullanımının vücuda etkisinin aynı olduğunu alkolün kırka yakın çeşidini sormalarının bir mantığının bulunmadığını ifade etmişlerdir. Dolayısıyla tüm bu mahrem sorgulamaların hasta mahremiyetini zedelediği gibi aynı zamanda da hekimleri istatistik toplayan memurlar haline getirdiğini belirtmek gerekir.

AHBS’de kimlik, adres, iletişim bilgileri, sağlık geçmişi, medeni hali, özürlülük durumu, alkol-uyuşturucu-sigara kullanımı, mahkumiyet durumu, yaralanma özgeçmişi, tetkik sonuçları, kullanılan ilaçlar, 15-49 listesinde doğum, düşük sayıları, gebelikten korunma yöntemleri, ya da korunmama sebepleri gibi ayrıntılı bilgiler yer almaktadır. E-devlet uygulamalarının getirmesi hedeflenen şeffaflık anlayışı vatandaş tarafında işlerken devlet tarafı karanlıkta kalmaktadır. Terazide denge devletin bilgide ağır basmasıyla bozulmaktadır.

Devlet kullandığı bilgi sistemleri ile gücü elinde bulunduran taraf olmaktadır. Sistemde verilere kimlerin ulaşabildiği bilinmemektedir. Bu da bilgi asimetrisi sorununu doğurmaktadır. Veri toplama, depolama ve kullanma süreçlerinde birçok Avrupa Birliği ülkelerinde yaygın olan uygulamaya göre; veriler verilerin öznesine açık bir biçimde toplanmalı ve verilerin paylaşımı ya da saklanması hususunda veri öznesi bilgilendirilmektedir. Dolayısıyla yurttaşlara verilerini düzeltme, silme vb. haklar tanındığı durumda mahremiyet tartışmaları biraz daha olumlu bir yönde ilerleyebilecektir.

Bilgi toplumunda yaşadığımız gerçeğinden hareketle veri toplama, işleme, verinin dağıtılması, paylaşılması, izinsiz kullanımı gibi konular da literatürde *veri mahremiyeti* olarak tartışılmaktadır. DHB Hasta Hakları Bildirgesi, Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, Meslek Etiği Kuralları gibi birçok ulusal ve uluslararası belgede hak olarak belirlenen gizlilik hakkı sağlık kurumlarına verilen kişisel ve mahrem bilgilerin birleştirilmesiyle yok sayılmaktadır. Dahası 663 sayılı KHK’nın 47. maddesiyle bu tür sağlık bilgilerinin toplanması yasalaşmıştır. Oysa bilişim teknolojileriyle çevrelendiğimiz günümüz dünyasında kişisel verilerin korunması çok önemli bir gerekliliktir. “Kişisel verilerin korunması; verinin korunması değil, “kişiyle ilgili verilerin işlenmesi nedeniyle bireyin özgürlüğünün korunması”dır; bir başka deyişle veri güvenliği sorunu değil, bir özgürlük sorunudur” (Aydın, 2012: 30).

Veri gözetimi ve milyonlarca yurttaşın vazgeçilemez bireysel haklarından olan mahremiyetlerin zarar görmesinde AHBS'nin merkezi bir rol oynadığı görülmektedir. Hekimlerinin işlerini bir standarda koyması, hasta takiplerini kolaylaştırması, hastanın sürekli aynı doktora muayene olması, sistemin takipleri uyarı vermesi AHBS ile ilgili olumlu noktalar olsa da toplanan veriler düşünüldüğünde sistemin *büyük veri* ve devletin biyopolitikalarıyla olan bağlantısı göze çarpmaktadır. Görüşmeler sırasında görüşülenler hastaların ve sağlık çalışanlarının sistemden memnun oldukları belirtilse de arka planda işleyen gözetim olgusu atlanmaktadır. AHBS ile hem Foucaultcu manada denetim sağlanarak itaatkar bedenler üretilmeye çalışılmakta hem de Giddens'in (2010) belirttiği üzere sağlık sisteminde mahremiyet hakkı tanınmayarak demokrasi ortadan kalkmaktadır.

Gözetim ve mahremiyet kavramları etrafında AHBS'nin incelendiği bu çalışmada Birinci Basamak Sağlık sistemi üzerinden yapılan veri gözetimi ve bununla bağlantılı olarak mahremiyet ihlallerine dair tartışmalar ve pratikteki uygulamalar ortaya konulmuştur. Bu tartışmaların objektif bir perspektiften ve veriye dayalı olarak ortaya konulabilmesi için Aydın Merkezde yer alan ASM'lerde çalışan 10 ebe/hemşire, 15 aile hekimi ve 1 AHBS uzmanı toplam 36 kişi ile görüşmeler yapılmıştır.

Sonuç itibarıyla devlet çipli kimlik kartları, T.C. kimlik numarası ile başlayan daha özelde ise AHBS gibi yazılımlarla gözetim pratiklerini genişletmiş ve gözetimi gündelik hayatımızın bir parçası haline getirmiştir. Bunu yaparken de hızlı, şeffaf, erişilebilir hizmet gibi neo-liberal söylemleri kullanmıştır. Aile hekimliği uygulaması da herkese eşit ve ulaşılabilir hizmet anlayışıyla başlatılmış gözetim pratiklerinin ve mahremiyet zedelenmelerinin sağlık verileri üzerinden yürütüldüğü hale AHBS ile ulaşmıştır.

Bu noktada Bakanlığın verilerin nerede, ne şartlarda saklanıldığını belirtmesi, bu verilerin hangi şartlarda hangi kurumlarla paylaşılacağını ifade etmesi önem arz etmektedir. Bu konuda atılması gereken adımlar, alınması gereken tedbirlerin yanında mahremiyeti koruma adına en azından vatandaşın bilgileri alırken onamlarının alınması gereklidir.

Bir süreliğine anayasa mahkemesince sakıncalı bulunup kapatılsa da şuan için işlerliği olan e-nabız uygulaması kişisel sağlık bilgilerinin yönetilebilmesi adına Bakanlık tarafından atılan önemli bir adımdır. E-nabız uygulaması ile kişi bazı sağlık bilgilerini silebilmekte bazılarını istedikleri hekimlere açabilmektedir. Dolayısıyla kişisel bilgilerin ve

sağlık bilgilerinin yönetilmesi kısmen de olsa mümkün ve geliştirilecek bir farkındalık ile bazı mahrem bilgilerin saklanması taleplerini oluşturmak ve gözetimi görece de olsa azaltabilmek olanaklı görünmektedir. Fakat uygulama dikkatlice incelendiğinde bazı sağlık kayıtlarını silmeye izin vermemesi gibi yetersizliklerin yanı sıra e-nabız, aile hekimine verilen birçok mahrem bilgiyi de ekrana yansıtmamaktadır. Oysaki Bakanlık serverlarında yer alan sağlık verileri sadece muayene, tetkik ve ilaçlardan oluşmamakta aynı zamanda cinsel hayata, sigara-alkol-uyuşturucu bağımlılığına, mahkumiyete, kalıcı hastalıklara dair de bilgileri içermektedir. Bu anlamda e-nabızın geliştirilip daha işlevsel hale getirilmesi mahremiyet açısından önem arz etmektedir.

Bakanlık veri mahremiyeti ve kişisel hak ve özgürlükler konusuna itina ile eğilmeli ve AHBS aracılığıyla toplanan veriler anonimleştirilerek toplanılmalıdır. Ayrıca Bakanlığın toplanan verilerin hangi amaçla, ne kadar süre ile, hangi koşullar altında toplandığını, saklandığını ve hangi kurum ya da kuruluşlarla paylaşıldığı konusunda şeffaf olması gerekmektedir.

Devlet tarafından bakıldığında ise veri koruma yasasının gerekirse revize edilmesi daha önemlisi ise sağlık verilerinin toplanmasına yasal zemin hazırlayan 663 sayılı KHK'nın 47. maddesinin tekrar düşünülmesi hayati önemdedir. Aile Sağlığı Merkezi çalışanları tarafından ise mahrem bilginin günümüzde sahip olduğu anlam ve kapsam kavranmalı ve verilerin paylaşımı konusunda daha fazla hassasiyet göstermeleri beklenmelidir. Bu noktada tıbbi otorite gören klasik söylemlerin arkasında durmak ve bunları benimsemek; AHBS özelinde kişi mahremiyetini es geçmek ve gözetim faaliyetlerine katkı sunmak anlamlarını taşımaktadır.

7. KAYNAKLAR

- Adaş, E. B. (2013). Piyasa ve Toplum Kıskaçında Hekimlik, *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde. Elbek, O. (Ed.). İstanbul: Hayykitap.
- Adaş, E. B. ve Elbek, O. (2013). Hastalar ve Sağlıksız İşaretler, *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde. Elbek, O. (Ed.). İstanbul: Hayykitap.
- Akdağ, R. (2012). *Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*. 05.02.2017. <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453>
- Akgül, A. E. (2015). E-Devlet ve Yurttaşlık İlişkisi Üzerine Sosyolojik Bir Değerlendirme: Aydın İli Örneği. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Arendt, H. (2016). *İnsanlık Durumu*. (Çev. Şener, B. H.). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Arslantaş- Toktaş, S., Binark, M., Dikmen, E. Ş., Fidaner, I. B., Küzeci, E. ve Özaygen, A. (2012). *Türkiye’de Dijital Gözetim T.C. Kimlik Numarasından E-kimlik Kartlarına Yurttaşın Sayısal Bedenlenişi*. İstanbul: Alternatif Bilişim Derneği
- Aydın, M. D. (2012). Veri Güvenliği, Mahremiyet, Gözetim Uygulamaları ve E-Devlet. *E-Devlet Kamu Yönetimi ve Teknoloji İlişkisinde Güncel Gelişmeler* içinde. Mehmet Zahid Sobacı, M. Z. ve Yıldız, M. (Ed.). Ankara: Nobel Yayıncılık. 529-547.
- Bal, H. (2016). *Nitel Araştırma Yöntem ve Teknikleri*. Bursa: Sentez Yayıncılık.
- Bauman, Z. ve Lyon, D. (2013). *Akışkan Gözetim*. (Çev. Yılmaz, E.). İstanbul: Ayrintı Yayınları
- Bayhan, V. (2012). Küresel Gözetim Toplumu Kentlerinde Bireyin Ontolojik Mottosu: “Gözetleniyorum Öyleyse Varım”. *Sosyo-Kültürel Farklılık ve Alaşım Mekânları* içinde, Sam, N. ve Sam, R. (Ed.). Bursa: Ezgi Kitabevi
- Bayhan, V. (2013). Gözetim Toplumunda Otoritenin Alâmeti Fârikası: Küresel Kapatılma. *Sosyologca Dergileri*. (6), 125-141. 05.11.2017. <http://sosyologcadergileri.org/dergiler/sosyologca/arsiv/sayi-5/>
- Becker, H. S. (2015). *Mesleğin İncelikleri Sosyal Bilimlerde Araştırma Nasıl Yürütülür?* (Çev. Ünsaldı, L.). (İkinci baskı). Ankara: Heretik Yayınları.
- Birgun. (2016). AKP’den ‘Çocuk Tecavüzcüsüyle Evlendirilsin’ Önergesi. 08.02.2017. <http://www.birgun.net/haber-detay/akp-den-cocuk-tecavuzcuyle-evlendirilsin-onergesi-136035.html>.
- Bozkurt, V. (2000). Gözetim ve İnternet: Özel Yaşamın Sonu Mu? *Birikim Dergisi*. 136. 12.04.2016. <http://www.birikimdergisi.com/birikim-yazi/2499/gozetim-ve-internet-ozel-yasamin-sonu-mu#.WfyqGq3BKt8>
- Bozkurt, V. (2014). *Endüstriyel ve Post-Endüstriyel Dönüşüm: Bilgi, Ekonomi ve Kültür*. (Üçüncü baskı). Bursa: Ekin Yayınları

- Clarke, R. (1998). Informational Technology and Dataveillance. *Communications of the ACM*. 31(5). 12.01.2016 <https://dl.acm.org/citation.cfm?id=42413> 498-512
- CNN Türk, (2016). Anonymous Türkiye'deki hastaneleri hack'ledi. 29.06.2016. <http://www.cnnturk.com/turkiye/anonymous-turkiyedeki-hastaneleri-hackledi>.
- CNN Türk. (04.12.2013). SGK Vatandaşın Bilgilerini Satıyor Mu? 07.08.2017. <https://www.cnnturk.com/2013/turkiye/12/04/sgk-vatandasin-bilgilerini-satiyor-mu/733209.0/index.html>
- CNN Türk. (06.04.2016). Kimlik Bilgilerimiz Nasıl Çalındı? 07.08.2017. (<https://www.cnnturk.com/turkiye/kimlik-bilgilerimiz-nasil-calindi>)
- Çalcı, S. (2016) Gilles Deleuze: Arzu Politikasından Dışsallığın Biyopolitikasına. *Biyopolitika Foucault'dan Günümüze* Biyopolitikanın İzdüşümleri içinde. Cilt 2. Kartal, O. (Ed.). Ankara: NotaBene Yayınları 61-86
- Çukurçayır, M. A., Çelebi, E. (2009). Bilgi Toplumu ve E-Devletleşme Sürecinde Türkiye. *ZKÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(9).
- Dedeoğlu, G. (2004). Gözetleme, Mahremiyet ve İnsan Onuru. *TBD Bilişim Dergisi*. (89). (elektronik derginin 19 Nisan 2004 tarihli 153. sayısında) 12.08.2017. - <http://dergi.tbd.org.tr>
- Dedeoğlu, G. (2014). Özgürlük, Mahremiyet, Demokrasinin Değeri ve Bilişim Toplumunda Maruz Kaldığı Tehditler. *Yaşar Üniversitesi Dergisi*. 9 (34). 25.07.2017. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/jyasar/article/view/5000066354> 5887-5897.
- Delibaş, K. (2013). Sağlığa İlişkin Korkular Güven Erozyonu Bağlamında Sağlık Korkularını Anlamlandırmak. *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde. Elbek, O. (Ed.). İstanbul: Hayykitap. 101-112
- Delibaş, K. (2017). *Risk Toplumu Belirsizlikler ve Söylentiler Sosyolojisi*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları
- Delibaş, K. ve Akgül, A. E. (2010). Dünyada ve Türkiye'de E-Devlet Uygulamaları: Türkiye'de E- Demokrasi ve E-Katılım Potansiyellerinin Harekete Geçirilmesi. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*. 13(1).
- Dolgun, U. (2004). Gözetim Toplumu'nun Yükselişi: Enformasyon Toplumu'ndan Gözetim Toplumu'na. *Yönetim Bilimleri Dergisi*. 1(3). 12.04.2016. <http://dergipark.ulakbim.gov.tr/comuybd/article/view/5000037417/5000036292>.
- Dolgun, U. (2015). *Şeffaf Hapishane Yahut Gözetim Toplumu Küreselleşen Dünyada Gözetim, Toplumsal Denetim ve İktidar İlişkileri*. (Üçüncü baskı). İstanbul: Ötügen
- Dülger, M. V. (2015). Sağlık Hukukunda Kişisel Verilerin Korunması ve Hasta Mahremiyeti. *İstanbul Medipol Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*. 1(2). 18.08.2017. https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2564595 43-80.
- Elbek, O. (2013). He-kimliğin Dönüşümü. *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde, Elbek, O. (Ed.). İstanbul: Hayykitap.

- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni* 12(1). 33-44
- Element AHBS. Genel Program Anlatımı. 20.12.2016. <https://www.youtube.com/watch?v=sNZUcRDU88>.
- E-nabız Kişisel Sağlık Sistemi. 18.10.2017. <https://enabiz.gov.tr/Giris.aspx>
- E-nabız Kişisel Sağlık Sistemi. Örnek E-nabız Hesabı 18.10.2017. <https://enabiz.gov.tr/Default.aspx>
- European Commission, (2017). Transfer of Air Passenger Name Record (PNR) Data and Terrorist Finance Tracking Programme (TFTP). 5.08.2017
- European Council, (04.12.2015). Passenger Name Record (PNR) directive: Council confirms agreement found with EP. 05.08.2016. <http://www.consilium.europa.eu/en/press/press-releases/2015/12/04-eu-passenger-name-record-directive/>.
- Foucault, M. (2000). *Hapishanenin Doğuşu Gözetim Altında Tutmak ve Cezalandırmak* (İkinci Baskı). (Çev. Kılıçbay, M. A.). Ankara: İmge Kitabevi. (Eserin orijinali 1975'te yayımlandı).
- Foucault, M. (2002). *Toplumu Savunmak Gerekir*. (Çev. Aktaş, Ş.). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları
- Foucault, M. (2003). *İktidarın Gözü*. (Çev. Ergüden, I.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2013). *Güvenlik, Toprak, Nüfus Collège De France Dersleri (1977-1978)*. (Çev. Taylan, F.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Foucault, M. (2015). *Biyopolitikanın Doğuşu. Collège de France Dersleri 1978-1979*. (Çev. Tayla, A.). İstanbul : Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Fuchs, C. (2012). Political Economy and Surveillance Theory. 39(5). *Sage Journals*. 28.06.2016. <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0896920511435710>
- Giddens, A. (2010). *Mahremiyetin Dönüşümü Modern Toplumlarda Cinsellik, Aşk ve Erotizm*. (Çev. Şahin, İd.). (İkinci baskı). İstanbul: Ayrıntı Yayınları
- Giddens, A. (2014). *Modernliğin Sonuçları* (Altıncı Baskı). (Çev. Kuşdil, E.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları. (Eserin orijinali 1991'de yayımlandı).
- Goldman, J. (1998). Protecting Privacy To Improve Health Care. *Health Affairs At the Intersection of Health, Health Care and Policy*. 17(6). 13.04.2016. <http://content.healthaffairs.org/content/17/6/47> 47-60.
- Greenwald, G. (2014). *No Place To Hide Edward Snowden, the NSA and the Surveillance State*. England: Penguin Books
- Habermas, J. (2016). *“İdeoloji” Olarak Teknik ve Bilim*. (Dokuzuncu baskı). (Çev. Tüzel, M.). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

- Habertürk. (2012). Tecavüz Bebeğine Devlet Bakabilir Mi?. 08.02.2017. <http://www.haberturk.com/polemik/haber/747024-tecavuz-bebegine-devlet-bakabilir-mi>.
- Hodge, J. G. (2003). Health Information Privacy. 11.05.2017. <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1748-720X.2003.tb00133.x/asset/j.1748-720X.2003.tb00133.x.pdf;jsessionid=BAB77D8C90EE465832607AB6CC7E825F.f02t02?v=1&t=j2kerl1e&s=bf427bac015804c683ddfc1c0818d6e7aa6f3478663-671>.
- http://ec.europa.eu/justice/data-protection/international-transfers/pnr-tftp/pnr-and-tftp_en.htm .
- Hürriyet Gazetesi. (06.04.2016). Kimlik Bilgileri Çalındı. Şimdi Ne Olacak? 07.08.2017. <http://www.hurriyet.com.tr/kimlik-bilgileri-calindi-simdi-ne-olacak-40083035>
- Hürriyet Kelebek. (2016). Sağlık Bakanlığı Hasta Bilgilerini İstiyor. 19.11.2017. <http://www.hurriyet.com.tr/saglik-bakanligi-hasta-bilgilerini-istiyor-40109405>.
- Hürriyet. (2013). Tebrikler Kızınız Hamile. 27.12.2015. <http://m.hurriyet.com.tr/tebrikler-kiziniz-hamile-23547603>
- Hürriyet. (2016). Erdoğan: Anneliği reddeden kadın eksiktir, yarımır. 08.02.2017. <http://www.hurriyet.com.tr/erdogan-anneligi-reddeden-kadin-eksiktir-yarimdir-40113493> .
- İlhan, S. (2007). Yeni Kapitalizmin Karanlık Yüzü: İnsanlık ve Ahlâkîlik Söylemlerinin Sahiciliği Üzerine. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 17 (2). 08.05.2017. <http://web.firat.edu.tr/sosyalbil/dergi/arsiv/cilt17/sayi2/283-306.pdf> 283-306.
- İzgi, M. C. (2014) Mahremiyet Kavramı Bağlamında Kişisel Sağlık Verileri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*. 1 (1). 25-37.
- Journal of Social Issues*, 59 (2). 14.08.2016. <http://web.mit.edu/gtmarx/www/tack.html>
- Kara, U. Y. (2016). Donna Haraway: Biyopolitik bir Giriş. *Biyopolitika Foucault'dan Günümüze Biyopolitikanın İzdüşümleri* içinde. Cilt 2. Kartal, O. (Ed.). Ankara: NotaBene Yayınları. 229-258
- Kartal, O. (2016a). Giriş: Biyopolitikanın İzini Felsefe Tarihinde Sürmek. *Platon'dan Arendt'e Biyopolitikanın Felsefî Kökenleri* içinde. Cilt 1. Kartal, O. (Ed.). Ankara: NotaBene Yayınları. 7-26
- Kartal, O. (2016b). Giriş Olumlayıcı Bir Biyopolitikaya Doğru: Kurucu Alternatifler. *Biyopolitika Foucault'dan Günümüze Biyopolitikanın İzdüşümleri* içinde. Cilt 2. Kartal, O. (Ed.). Ankara: NotaBene Yayınları. 7-19

- Kartal, O. ve Elbek, O. (2013). Tıp Asla Sadece Tıp Değildir “Normun Ötesine Geçebilmek”. *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde. Elbek, O. (Ed.). İstanbul: Hayy Kitap
- Kaya, E. (2006). Özel Hayata Gizli Bakış. *Hukuk Gündemi Dergisi*. 6. 10.06.2016. <http://www.ankarabarusu.org.tr/siteler/ankarabarusu/hgdmakale/2006-3/9.pdf>
- Koyuncu, E. (2016). Foucault’nun Siyaset Felsefesinde Biyopolitikanın Doğuşu. *Biyopolitika Foucault’dan Günümüze Biyopolitikanın İzdüşümleri* içinde. Cilt 2. Kartal, O. (Ed.). Ankara: NotaBene Yayınları. 21-60
- Kuş, E. (2012). *Nitel-Nicel Araştırma Teknikleri*. Ankara: Anı Yayıncılık.
- Küzeci, E. (2011). Anayasal Bir Hak: Kişisel Verilerin Korunması. 10.08.2017. <http://www.bilisimdergisi.org/s128/pdf/142-149.pdf> 142-149.
- Layder, D. (2013). *Sosyolojik Araştırma Pratiği Teori ve Sosyal Araştırmanın İlişkilendirilmesi*. (Çev. Ünal, S.). Ankara: Heretik Yayınları.
- Ludwick, D. A & Doucette, J. (2009). Adopting Electronic Medical Records in Primary Care: Lessons Learned From Health Information Systems Implementation Experience in Seven Countries. *International Journal of Medical Informatics*. 78. 18.05.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18644745> 22-31.
- Lyon, D. (1997). *Elektronik Göz Gözetim Toplumunun Yükselişi*. (Çev. Hattatoğlu, D.). İstanbul: Sarmal Yayınevi
- Lyon, D. (2012). *Vesikalı Yurttaş Gözetim Aracı Olarak Kimlik Kartları*. (Çev. Baysal, B.). İstanbul: Kalkedon Yayınevi. (Eserin orijinali 2009’da yayımlandı).
- Lyon, D. (2013). *Gözetim Çalışmaları Genel Bir Bakış*. (Çev. Toprak, A.). İstanbul: Kalkedon Yayınevi. (Eserin orijinali 2007’de yayımlandı).
- Marx, G. T. (2003). A Tack in the Shoe: Neutralizing and Resisting the New Surveillance.
- Marx, G. T. (2004). What’s new about the “new surveillance”? : Classifying for change and continuity. *Surveillance and Society* 1(1). 06.11.2017. https://www.researchgate.net/publication/240357361_What%27s_new_about_the_new_surveillance_Classifying_for_change_and_continuity.
- Marx, K. (2011). *Kapital (Cilt 1)*, (Çev. Selik, M. ve Satlıgan N.). İstanbul: Yordam Yayınları.
- Milliyet. (2012). Erdoğan: Kürtaj Bir Cinayettir. 08.02.2017. <http://www.milliyet.com.tr/erdogan-kurtaj-bir-cinayettir-siyaset-1545254/>.
- Moor, J. H. (1997). Towards a Theory of Privacy in the Information Age. *Computers and Society*. 18.05.2017. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.224.4731&rep=rep1&type=pdf> 27-32.

- Neuman, W. L. (2013a). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*. 1. Cilt. (Çev. Özge, S.). (Altıncı basım). Ankara: Yayınodası.
- Neuman, W. L. (2013b). *Toplumsal Araştırma Yöntemleri Nitel ve Nicel Yaklaşımlar*. 2. Cilt. (Çev. Özge, S.). (Altıncı basım). Ankara: Yayınodası.
- NTV. (17.01.2013). SGK, Mahrem Sağlık Bilgilerimizi Sattı. 07.08.2017. <http://www.ntv.com.tr/turkiye/sgk-mahrem-saglik-bilgilerimizi-satti,9x1BGlb0YkuTjGPE7sjNZA>
- Nüfus ve Vatandaşlık İşleri Genel Müdürlüğü. 27.12.2015 http://www.nvi.gov.tr/Hakkımızda/Projeler,Mernis_Genel.html?pageindex=2
- Ojakangas, M. (2016). Platon'un Devlet Irkçılığı: Biyopolitikanın Tarihini Yeniden Okumak. *Biyopolitika Platon'dan Arendt'e Biyopolitikanın Felsefi Kökenleri* içinde. Cilt 1. (Çev. Kartal, O.). Kartal, O. (Ed.). Ankara: NotaBene Yayınları. 27-48
- Orwell, G. (2015). *Bin Dokuz Yüz Seksen Dört*. (Çev. Üster, C.). (Elli İkinci basım). İstanbul: Can Sanat Yayınları.
- Özbay, C., Terzioğlu, A., ve Yasin, Y. (2011). GİRİŞ Türkiye'de Neoliberalleşme ve Mahremiyetin Dönüşümü. *Neoliberalizm ve Mahremiyet. Türkiye'de Beden, Sağlık ve Cinsellik* içinde. İstanbul: Metis Yayıncılık. 9-28.
- Özmkas, U. (2016). Hardt ve Negri: Biyopolitikanın Kurucu Uğrağı. *Biyopolitika Foucault'dan Günümüze Biyopolitikanın İzdüşümleri* içinde. Cilt 2. Kartal, O. (Ed.). Ankara: NotaBene Yayınları. 167-192
- Perara, G. Holbrook, A. Thabane, L. Foster, G. & Willison, D. J. (2011). Views on Health Information Sharing and Privacy From Primary Care Practices Using Electronic Medical Records. *International Journal of Medical Informatics*. 80 (2). 10.05.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21167771> 94-101.
- Resmi Gazete (24.03.2016). 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. 05.04.2017. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/04/20160407-8.pdf>.
- Resmi Gazete, (2010). Aile Hekimliği Uygulaması Kapsamında Sağlık Bakanlığınca Çalıştırılan Personele Yapılacak Ödemeler İle Sözleşme Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. 04.01.2016. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/12/20101230-12.htm>
- Resmi Gazete. (02.11.2011). 28103 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. 05.04.2017. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102m1.htm>
- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. (2017) Performans Programı. 09.10.2017. http://sgb.saglik.gov.tr/content/files/performans_programi_2017.pdf
- Sağlık Bakanlığı. (2017). Ulusal Sağlık Sistemi. 10.10.2017. <http://www.e-saglik.gov.tr/TR,7197/ulusal-saglik-sistemi-uss.html>

- Sağlık Bakanlığı. (2017). Veri Paketleri. 10.10.2017. <https://sys.sagliknet.saglik.gov.tr/dokumanonline/#element351>
- Sarantakos, S. (2005). *Social Research*. (Üçüncü baskı). New York: Palgrave Macmillan.
- Sezgin, D. (2011). *Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sosyal Güvenlik Kurumu. Çalışan Kadınlara 6 Yıl Erken Emeklilik Geliyor. 07.01.2016. <http://www.sgk.com.tr/1368-Haber1-calisan-kadinlara-6-yil-erken-emeklilik-geliyor.html>.
- Soyer, A. (2009). Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan Sonra, Bizi Neler Bekliyor? *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 2 (4). 10.10.2017. <http://acikerisim.deu.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/12345/4540/8.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Stalder, F. (2002). Opinion. Privacy is not the Antidote to Surveillance. *Surveillance and Society* 1 (1). 10.08.2017. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.585.2724&rep=rep1&type=pdf>
- Staples, W. G. (1997). *The Culture Of Surveillance Discipline and Social Control in the United States*. New York: St. Martin's Press.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı. (2005). Aile Hekimliği Uygulamasına Başlarken Bilgi Sistemleri Konusunda Yapılması Gereken Hazırlıklar. 10.01.2017.
- TÜİK. (2015). Annenin yaş grubuna göre doğumlar, 2001-2015. 23.02.2017. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068.
- Turhan, S. (2006). *E-devlet Uygulama Alanları: Türkiye'deki Sağlık Yönetiminde E-devlet Kullanımı*. Abant İzzet Baysal Sosyal Bilimler Enstitüsü yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Tüfekçi, Z. (2012). Social Media's Small, Positive Role in Human Relationships. *The Atlantik*. 04.11.2017. <http://illinois-online.org/krassa/ps410/Readings/Social%20Media's%20Small,%20Positive%20Role%20in%20Human%20Relationships.pdf>.
- Türk Halk Sağlığı Kurumu. 09.10.2017. <http://ailehekimligi.gov.tr/aile-hekimlii/tuerkiyedeki-aile-hekimlii.html>
- Türkiye Gazetesi. Tecavüze uğrayan kadın da bebeği de temizdir. 08.02.2017. <http://www.turkiyegazetesi.com.tr/turkiye/13772.aspx>.
- TÜRKSAT. (2016). USS Projesi Hayata Geçiyor. 09.10.2017. <http://www.turksat.com.tr/tr/haberler/uss-projesi-hayata-geciyor>
- Weber, M. (2008). *Sosyoloji Yazıları*. (Çev. Parla, T.). (Sekizinci baskı). İstanbul: İletişim Yayınları.

- Wood, M. (09.2006). A Report on the Surveillance Society For the Information Commissioner by the Surveillance Studies Network Full Report Wood, D. M. (Ed.). 10.07.2016. <https://ico.org.uk/media/about-the-ico/documents/1042390/surveillance-society-full-report-2006.pdf>.
- Yalçın, R. (2016). Bios Politikos. *Biyopolitika Platon'dan Arendt'e Biyopolitikanın Felsefi Kökenleri* içinde. Cilt 1. Ankara: NotaBene Yayınları. 49-82
- Yıldırım, A. (2016). Hannah Arendt'te Biyopolitika Düşüncesi. *Biyopolitika Platon'dan Arendt'e Biyopolitikanın Felsefi Kökenleri* içinde. Cilt 1. Ankara: NotaBene Yayınları. 249-280
- Yıldırım, Ş. (2008). Kamu Hizmetlerinde Etkinliğin ve Verimliliğin Arttırılmasının Bir Aracı Olarak Kimlik Paylaşım Sistemi Projesi (KPS). *E-Devlet: Gerçek ya da Hayal* içinde Marquardt, K. ve Gökçe, O. (Ed.). Konya: Çizgi Kitabevi.
- Yurt, N. (2012). Avrupa Birliği ve Türkiye'de E-Sağlık: Politikalar ve Uygulamalar. *E-Devlet Kamu Yönetimi ve Teknoloji İlişkisinde Güncel Gelişmeler* içinde. Sobacı, M. Z. ve Yıldız, M. (Ed.). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Yüksel, M. (2003). Mahremiyet Hakkı ve Sosyotarihsel Gelişimi. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi* 58 (1). 181-213.
- Yüksel, M. (2009). Mahremiyet Hakkına ve Bireysel Özgürlüklere Felsefi Yaklaşımlar. *Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Dergisi*. 64 (1). 276-298.
- Zimmer, M. (2006). The Panoptic Gaze of Web Search Engines: Google as an Infrastructure of Dataveillance. 04.11.2017. <http://www.michaelzimmer.org/files/Zimmer%20NCA%20Draft.pdf>.

8. EKLER

Ek.1.: Görüşülen Tablosu

Görüşülen Kodu	Görüşülen No	Mesleği	Cinsiyeti
G1	Görüşülen 1	Aile Hekimi	Erkek
G2	Görüşülen 2	Ebe	Kadın
G3	Görüşülen 3	Aile Hekimi	Erkek
G4	Görüşülen 4	Aile Hekimi	Erkek
G5	Görüşülen 5	Aile Hekimi	Erkek
G6	Görüşülen 6	Ebe	Kadın
G7	Görüşülen 7	Aile Hekimi	Kadın
G8	Görüşülen 8	AHBS Uzmanı	Erkek
G9	Görüşülen 9	Aile Hekimi	Kadın
G10	Görüşülen 10	Aile Hekimi	Erkek
G11	Görüşülen 11	Aile Hekimi	Erkek
G12	Görüşülen 12	Aile Hekimi	Erkek
G13	Görüşülen 13	Ebe	Kadın
G14	Görüşülen 14	Aile Hekimi	Kadın
G15	Görüşülen 15	Aile Hekimi	Kadın
G16	Görüşülen 16	Aile Hekimi	Erkek
G17	Görüşülen 17	Aile Hekimi	Kadın
G18	Görüşülen 18	Aile Hekimi	Erkek
G19	Görüşülen 19	Aile Hekimi	Erkek
G20	Görüşülen 20	Aile Hekimi	Erkek
G21	Görüşülen 21	Aile Hekimi	Erkek
G22	Görüşülen 22	Aile Hekimi	Erkek
G23	Görüşülen 23	Ebe	Kadın
G24	Görüşülen 24	Aile Hekimi	Erkek
G25	Görüşülen 25	Ebe	Kadın
G26	Görüşülen 26	Aile Hekimi	Erkek
G27	Görüşülen 27	Aile Hekimi	Kadın
G28	Görüşülen 28	Ebe	Kadın
G29	Görüşülen 29	Aile Hekimi	Kadın
G30	Görüşülen 30	Ebe	Kadın
G31	Görüşülen 31	Aile Hekimi	Erkek
G32	Görüşülen 32	Aile Hekimi	Erkek
G33	Görüşülen 33	Ebe	Kadın
G34	Görüşülen 34	Ebe	Kadın
G35	Görüşülen 35	Ebe	Kadın
G36	Görüşülen 36	Aile Hekimi	Erkek

Ek.2 .: Görüşme Formu

Bu çalışma, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde yürütülmekte olan “Mahremiyet ve Gözetim İlişkisi Bağlamında Aile Hekimliği Bilgi Sistemine Dair Bir Değerlendirme” başlıklı Yüksek Lisans tez çalışması kapsamında yapılan bir saha araştırmasıdır. Sahadan elde edilecek olan veriler sadece bilimsel amaçlı kullanılacak ve kesinlikle saklı kalacaktır. Katılımınız için teşekkür ederiz.

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Kayhan DELİBAŞ

Öğrenci: Arş. Gör. Tuğçe Zeynep ABALI AKGÜL

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Üzerine;

1-) Bana Aile Hekimliği Bilgi Sistemi anlatabilir misiniz? Sistemin yapısı, işleyişi, sistemin kullanım zorluğu vb. hakkında neler söyleyebilirsiniz?

- a-) Bu sistemde ne tür sorular bulunuyor?
- b-) Sistemle ilgili siz aile hekimlerine yönelik herhangi bir yaptırım var mı? Varsa hangi konularda yaptırımlar bulunuyor?
- c-) Siz bir aile hekimi olarak, sistemi nasıl değerlendiriyorsunuz? Bana biraz sistemin olumlu ve olumsuz yönlerinden bahsedebilir misiniz?
- d-) Sizce sistemdeki soruların tümü sağlıkla mı ilgilidir? Örneğin sağlık ya da nüfus politikalarında yol gösterici olabilecek sorular da var mıdır?
- e-) Sistemdeki sorular nasıl belirleniyor?
- f-) Sistemdeki bilgilerle ilgili Aile Hekimine danışılıyor mu? Bir değişiklik/yenilik yapılırken sizlerin de fikriniz alınıyor mu?
- g-) Normal koşullarda ne sıklıkta bilgi güncellemesi yapıyorsunuz? En sık güncellemek durumunda olduğunuz bilgi türleri nelerdir?
- h-) AHBS'de bilgi işlenmesi konusunda herhangi bir zorlayıcı yaptırım söz konusu mu? Bu durumdan dolayı hiç ceza aldığınız oldu mu?

Sistemin Mantığı ve Güvenliği Üzerine;

2-) Sistem ve bilgi güvenliğini bir arada düşündüğünüzde neler söyleyebilirsiniz?

- a-) Sistem kimler tarafından kontrol ediliyor?
- b-) Bilgiler nerede depolanıyor?
- c-) Genel olarak hasta hakları ve mahremiyeti çerçevesinde düşündüğümüzde sistemin herhangi bir mahremiyet sorununa sebep olabilecek durum ya da uygulamaları var mıdır?
- d-) Aile Hekimliği Bilgi Sistemi nereden satın alınıyor?
- e-) Sistemi denetleyen kurum ya da kurumlar nelerdir?
- f-) Sisteme işlenen bilgilere kimler ulaşabilir? (Örneğin, il içi ya da il dışından herhangi bir hekim sizin hastalarınızın bilgilerine ulaşabilir mi?)

Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ve Mahremiyet Üzerine;

3-) AHBS kullanıldığından bu yana hasta hakları konusunda bir iyileşme olduğu söylenebilir mi?

- a) Hastaların Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile ilgili geri bildirimde bulunduğu oluyor mu? Sistemle ilgili neler söylüyorlar?
- b) AHBS'nin kullanılışını göz önünde bulundurarak hasta mahremiyetinin tehlikeye/riske atıldığı herhangi bir vaka ile karşılaştınız mı ya da böyle bir vaka duyduunuz mu?
- c) Bilgi sistemi çerçevesinde hastalarınızın zaman zaman da olsa “bu soruyu da niye sordunuz” gibi tepkiler oluyor mu yoksa hastalarınız tüm soruları doğal karşılayıp, sorulara içtenlikle/anlayışla mı yanıt veriyorlar?
- d) AHBS çerçevesinde şimdiye kadar tanık olduğunuz ya da duyduğunuz en kötü deneyimler nelerdir? (Hasta mahremiyetinin ihlali veya diğer türlü bir kötüye kullanma vb. gibi)
- e) Sizce AHBS'nin en iyi ve en kötü yönleri nelerdir?

4-) AHBS'yi kullanmaktan memnun musunuz?

- a-) Size göre birçok işlemi internetten gerçekleştirmek hasta memnuniyeti ya da hizmette bir iyileşme sağladı mı?
- b-) Bir doktor olarak AHBS, sizin için faydalı diyebilir miyiz?
- c-) AHBS'yi hasta hakları ve mahrem bilgilerin saklanması hususunda güvenli görüyor musunuz?
- d-) Sağlık Bakanlığı'nın veritabanında toplanan bilgilerin ticari amaçla kullanıldığı yönünde çıkan söylentiler konusunda ne düşünüyorsunuz?
- e-) Kadın sağlığı işlemleri menüsü ve erkek sağlığı işlemleri menüsünü anlatabilir misiniz?



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı Soyadı : Tuğçe Zeynep ABALI AKGÜL

Doğum Yeri ve Tarihi: Bakırköy / 15.11.1989

Eğitim Durumu

Lisans Öğrenimi : Marmara Üniversitesi / Fen-Edebiyat Fakültesi / Sosyoloji (İngilizce)

Lisansüstü Öğrenimi : Adnan Menderes Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Sosyoloji ABD / Yüksek Lisans

Bildiği Yabancı Diller : İngilizce (KPDS: 85,00 / YOKDİL: 87,50)

İş Deneyimi

Araştırma Görevlisi (2015-Devam etmekte) Adnan Menderes Üniversitesi, Fen-Edebiyat Fakültesi, Sosyoloji Bölümü Efeler \ Aydın

İletişim

e-posta Adresi : tugcezeynepabali@gmail.com /
tugcezeynepabali@adu.edu.tr

Tarih 21.12.2017