

GÖZETLEMEK VE GÖZETMEK ARASINDA: AİLE HEKİMLİĞİ BİLGİ SİSTEMİNDE GÖZETİM, MAHREMİYET VE BİYOPOLİTİKA İLİŞKİSİNE DAİR SOSYOLOJİK BİR DEĞERLENDİRME*

Tuğçe Zeynep ABALI AKGÜL**

Öz: Bilgisayar ve internet kapasitelerindeki gelişim son yıllarda artan bir hızla ilerlemektedir. Hem bireyler hem de kurumlar bu gelişmeleri benimsemektedir. Bu çalışma kapsamında ise elektronikleşen birinci basamak sağlık hizmeti sistemi ele alınmaktadır. Aile Hekimliği Bilgi Sistemi pek bilinmeyen yapısı itibarıyla anlaşılmalı, aynı zamanda mahremiyet, gözetim ve biyopolitika kavramları etrafında tartışılmaya çalışılmıştır. Bu amaç doğrultusunda Aydın'da AHBS'yi kullanan ve sağlık bilgilerinin gözetimine katkı sağladığı düşünülen aile hekimleri ve ebe/hemşireler ile derinlemesine görüşmeler ve yarı-yapılandırılmış görüşmeler yapılmıştır. Saha çalışmasından elde edilen bilgilerden hareketle AHBS sistemi sayesinde modern iktidarın kendini sağlık üzerinden meşrulaştırmasının görünümü tartışılmaya açılmıştır.

Anahtar sözcükler: aile hekimliği bilgi sistemi, gözetim, veri gözetimi, mahremiyet, biyopolitika

Between Take Care and Monitor: A Sociologic Evaluation of the Relationship Between Privacy, Surveillance, Biopolitics in the Family Health-Care Information System

Abstract: In recent years, the development of computer and internet capacities has been progressing at an increasing pace. Both individuals and institutions have been adopting these developments. Within the scope of this study, the electronicized primary health care system is discussed. The Family Healthcare Information System (FHCS) has been tried to be understood not only by its unknown structure, but also by the concepts of privacy, surveillance and biopolitics. For this purpose, in-depth interviews and semi-structured interviews were conducted with family physicians and midwives / nurses who were using FHCS in Aydın and were thought to contribute to the surveillance of health data. Based on the data collected from the fieldwork the article argues that modern power legitimizes itself via health-care system as it is apparent in the FHCS.

Key words: family healthcare information system (fhcs), surveillance, dataveillance, privacy, bio-politics

Genel bilgiler

Bu çalışmada Aile Hekimliği Bilgi Sistemi ile sağlık verileri üzerinden yapılan gözetim, mahremiyet ihlali ve devletin uyguladığı biyopolitikalar arasındaki ilişki saha verileriyle de desteklenerek tartışmaya açılacaktır. Ayrıca iktidarın sağlık alanı üzerinden bedenlerin denetimini ve kontrolünü nasıl sağlamaya çalıştığı ve birinci basamak sağlık çalışanlarının devletin biyopolitikalarını yürütmesi adına farkında olarak ya da olmayarak iktidarın gözetim aracına nasıl dönüştüğü gözler önüne serilecektir.

Bu çalışmanın yapılmasına sebep olan tüm gelişmeler 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programının uygulanması ile başlamıştır¹. SDP ile 2010 yılından itibaren Birinci Basamak sağlık hizmetleri Aile Hekimliği çatısı altında birleştirilmiştir. Sonrasında ise

yönetişim, hızlı bürokrasi, aktif yurttaşlık vb. söylemler etrafında gerçekleştirilen elektronikleşme hamlesiyle Aile Hekimliği Bilgi Sistemi uygulamaya konulmuştur. Bakanlık web sitesinde sadece olumlu özellikleriyle bahsedilen AHBS, gözetim, mahremiyet, biyopolitika gibi kavramlar etrafında tartışılabilecek sorunları da içerisinde barındırmaktadır. AHBS ile iktidar sağlık verileri üzerinden gözetimi ve denetimi sağlayabilmekte, mahrem bilgileri tıbbın otoritesine dayanarak kolaylıkla edinebilmekte ve böylece biyopolitikalarına yön verebilmektedir. İktidarların sağlık politikaları yürütmek için çeşitli istatistikler toplaması, sağlık verilerine ulaşması tabi olsa da AHBS incelendiğinde toplanan verilerin sağlık politikaları için ihtiyaç duyulandan fazlası olduğu ve iktidarın nüfus politikalarıyla örtüştüğü göze çarpmaktadır.

*Mahremiyet ve Gözetim İlişkisi Bağlamında Aile Hekimliği Bilgi Sistemine Dair Bir Değerlendirme" isimli Yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

**Arş. Gör., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi (ORCID No:0000-0001-9545-9495)

Geliş Tarihi / Received : 03.10.2019

Kabul Tarihi / Accepted : 08.08.2020

Gereç ve yöntem

AHBS içerisinde aile hekimleri ve ebe/hemşireler yapılan sistematik gözetimin araçları konumundadırlar. Dolayısıyla bu çalışmada, çalışmanın ortaya koymayı amaçladığı tartışmalar doğrultusunda AHBS'yi kullanan ana aktörler olarak hekimler, ebe/hemşireler ile 2017 yılında Aydın ilinde nitel görüşmeler yapılmıştır. Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 25 aile hekimi, 10 ebe/hemşire ve 1 Aile Hekimliği Bilgi Sistemi Uzmanı olmak üzere toplam 36 kişi ile görüşülmüştür. Bir araştırma metodunun yeterliliği/uygunluğu, araştırmanın amacına ve sorulan sorulara bağlıdır (Kuş, 2012; Sarantakos, 2005; Becker, 2015). Dolayısıyla 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 anlamanın, açıklamanın, bu konularda nitelikli bilgi elde etmenin derinlemesine görüşme tekniğiyle mümkün olacağına karar verilmiştir. 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) örnekleme kullanılmıştır. Bu çalışmada 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.

İlerleyen kısımlarda Gözetim, Mahremiyet, Biyopolitika ve Dijital Veriler başlığında ilgili kavramlar literatüre atıfta bulunularak ve AHBS ile ilişkileri çerçevesinde tartışmaya açılmıştır. Sonrasında ise verilerin daha iyi anlaşılmasını sağlamak adına AHBS ve Aile Hekimliği uygulaması detaylarına değinilerek okuyucuya aktarılmıştır. Verilerin aktarıldığı bölümde ise verilerin sisteme işlenmesinde temel aktörler olan AHBS çalışanlarının sesinden sistemin en can alıcı noktaları ortaya konulup, mahremiyet, gözetim ve biyopolitika kavramlarıyla ilişkisi çerçevesinde tartışılmış ve yorumlanmıştır.

Gözetim, mahremiyet, biyopolitika ve dijital veriler

Castells, Bell, Webster ve daha birçok çağdaş bilim insanı yaşadığımız çağı, bilgi toplumu olarak nitelendirmektedir (Castells, 2008; Bell, 2013; Webster, 1996). Bilgisayar ve internet teknolojilerinin kapasitelerindeki gelişmelerle de birlikte hem

sıradan insanlar hem de özel ve tüzel kuruluşlar bu teknolojileri daha fazla benimseyip kullanmaya başlamışlardır. 90'lı yıllardan itibaren bu iki teknolojinin veriyi saklama, depolama, geri çağırma, profil oluşturma vb. kapasiteleri kamu kuruluşlarının veri tabanlarında daha fazla bilginin toplanmasına sebep olmuştur. Dolayısıyla elektronikleşen bürokrasi ile standart, düzenli, sistematik veri toplamak mümkün hale gelmiştir.

Bu minvalde yaşanan bürokratikleşme süreçleriyle bağlantılı olarak Weber (2008) gözetimi bürokrasi kavramı etrafında düşünür. Bürokrasi hem gözetimi zorunlu kılmış hem de gelişen elektronik tabanlı bürokrasi gözetimi beraberinde getirmiştir. Fakat günümüzde gözetim, bürokrasiden öte bir olgu olabilmektedir. Çünkü gözetim bürokraside hız, işlerlik, kolaylık kazandırmasının yanı sıra bilgi teknolojilerinin gelişmesiyle politikalara yön veren, gözetimi kolaylaştıran, biyopolitika oluşumunu destekleyen bir boyut da kazanmıştır. Artık gözetim Foucaultcu (2000 ve 2013) manada disiplin kurumlarında işleminin yanı sıra gönüllü ya da rıza alınarak işleyen yeni gözetim stratejileriyle birlikte işlemektedir. Bugün 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 olabilmektedir.

Tüm bu gelişmeleri işaret eden 'Gözetim Toplumu' kavramı 1985'te ilk kez Gary T. Marx (2003, 2004) tarafından kullanılmıştır. David Lyon (1997) da gözetim toplumu kavramını, bilgisayarlarda, veri tabanlarında toplanan verileri kastederek kullanmaktadır. Lyon (1997)'a göre de gözetim 'elektronik göz' vasıtasıyla yapılmaktadır. Bilgisayar bilimci Roger Clarke (1998) ise gözetimin günümüzde aldığı elektronik hali 'veri gözetimi/veritim' (dataveillance) kavramı ile ifade etmektedir. Dolayısıyla günümüzde gözetim fiziksel takipten ziyade kişisel verilerin elektronik ortamlarda depolanması ve tasniflenmesi ile yapılmaktadır.² Gözetim artık gündelik hayatımızın her alanında, bağlamsız ve yoğun bir şekilde uygulanmaktadır. Bauman (2013) bu durumu "akışkan gözetim" olarak adlandırırken, Staples (1997) "gözetim kültürü" olarak adlandırmaktadır.

Gözetim toplumunda yaşadığımızı ifade eden bu kavramlar sağlık alanında da kendini göstermekte, fiziksel bir görünüm kazanmadan işlemektedir. Bilgisayarlara kaydedilen sağlık verileri, bedene ait veriler olduğundan çoğunlukla hassas kişisel

verilerden oluşmaktadır. Günümüzde bedene ait DNA, doku örneği, kan örneği, parmak izi vb. veriler kimlik, iletişim bilgileri gibi depolanıp saklanmaktadır. Bu sayede beden moleküler düzeyde bir gözetime maruz kalmakta ve hayatın kendisi moleküler düzeyde siyasete açık bir hale gelmektedir (**Rose, 2007**)³. Timmermans ve Berg sağlıkta bu tür elektronikleşmenin en nihayetinde toplumsal eşitsizlikleri kuvvetlendireceğini iddia etmektedir (**Timmermans ve Berg, 2003**). 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 toplayan Sağlık Bakanlığı bu ilişki ağında en güçlü konumdadır.⁴ Olması gereken düzeyde verinin toplanabilmesini sağlaması açısından Ulusal Sağlık Sistemi gibi veri tabanları çok önemli ve çağdaş devlet olmanın gerekliliği sayılabilir. Fakat istatistik toplarken sayılarla yetinmeyip, kişilerin isimleri ve T.C. kimlik numaraları ile bağlantılı detaylı ve mahrem verileri toplamak akla gözetim olgusunu getirmektedir. Bu koşullarda sıradan insanların hem mahremiyetleri hem de veri mahremiyetleri ihlal edilmeye açıktır.⁵

Yine de gözetim olgusunun 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.

Gözetim biyopolitik bir gözetim halini aldığı anda, doğrudan nüfusu hedef almaktadır. 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 durumun acilen kayıt ve kontrol altına alınması, aynı zamanda evlilik dışı ilişkilerinin sorgulanarak bilinir kılınması, dahası alkol, sigara, uyuşturucu kullanımının sağlıkla alakalı ya da alakasız olsun aile hekimleri tarafından sorgulanması ve tıbbi dâhil edilmesi dikkati çeken en bariz örneklerdir. Görülen odur ki Foucault'nun (2015) işaret ettiği biyoiktidar beden üzerinden yürütülmeye devam etmektedir. İktidar mekanizmaları halkın yaşamına müdahale edip nasıl yaşayacağına karar vermektedir. Bu durum çift taraflı okunabilir; bu hem bir yaşama müdahaledir hem de bazı durumlarda sağlık imkanlarından yararlanılmasını sağlar. Türkiye'de bunun en büyük yansımasını Aile Hekimliği pratiklerinde kullanılan Aile Hekimliği Bilgi Sisteminde görebiliyoruz. Ve sisteme bir bütün halinde bakıldığında "en az üç çocuk", "kürtaj cinayettir",

"normal doğum sağlıklıdır", sigara-alkol karşıtı söylemlerin biyopolitikanın en dile dökülmüş biçimleri olduğu görülmektedir.⁶

Aile hekimliği ve aile hekimliği bilgi sistemi

Tüm bu kavramlar etrafında saha verileriyle tartışılacak olan aile hekimliğine kısaca bakmak faydalı olacaktır. SDP kapsamında Aile hekimliği uygulaması, 2005 yılında 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. Fakat her uygulamada olduğu gibi aile hekimliği uygulamasında da olumlu gelişmelerin yanı sıra olumsuz özellikler de bulunmaktadır. Sezgin'e göre bu durum doktor-hasta arasında kalması gereken mahrem bilgilerin veri tabanlarında toplanıp farklı kurumlara iletilmesine neden olmaktadır (**Sezgin, 2011**).

Bu noktada kayıtların düzenli olarak tutulabilmesini sağlayan bir koşul aile hekimi ise diğer koşul, AHBS'dir. Her aile hekiminin bilgisayarına kurulu olan AHBS programı belirli bir standardı sağlamak üzere aile hekimi tarafından seçilecek Sağlık Bakanlığı'ndan onaylı özel bir yazılım şirketinden temin edilebilmektedir. 2011 yılından itibaren kullanılan AHBS vasıtasıyla aile hekimleri tarafından bakmakla yükümlü oldukları hastaların sağlık bilgileri Aile Hekimliği Bilgi Sistemine kaydedilmekte ve güncel bir şekilde Sağlık Bakanlığı veri merkezine elektronik sağlık kayıtları 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**). Toplumun sağlık düzeyinin izlenmesi, sağlıklı istatistik veriler sağlamasının yanı sıra AHBS, hasta ve doktor arasında kalan mahrem meselelerin 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 veri tabanlarına aktarılması kişisel özgürlüklerin ve hasta mahremiyetinin zedelemesine yol açabilmektedir.

AHBS'nin hastaların verilerine ulaşma yollarını incelediğimizde karşımıza çıkan görünüm şudur: Aile hekimi kendisine tanımlanmış hastaları sisteme kaydeder ve belirli aralıklarla bu bilgileri günceller, sisteme eklenen yeni soruları hastalarına sorar. AHBS incelendiğinde aile hekiminin kişisel bilgileri görmesini sağlayan kişi kartı, hane halkının görüntülenmesini sağlayan ETF kartı, 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 hekimine kayıtlı kişiler sistem tarafından çeşitli kategorilere ayrılmıştır. 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 tıkladığında yapılacak işlemler olarak; muayene işlemleri, kişi kartı, ETF 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 ulaşılmaktadır. 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. Hastaya -"mahrem" konular olduğu için- doktor/hemşire ve hasta arasında kalacakmış

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

Tüm bu tartışmalar, Sağlıkta Dönüşümün "sadece teknik değil, aynı zamanda siyasi bir süreç" (**Akdağ, 2012**) olduğuna işaret etmektedir. Dolayısıyla sıradan yurttaş SDP uygulamalarından doğan bir sonuç olarak, iyiden iyiye devletin biyopolitikasının kıskaçı altına alınmaktadır. Çalışmanın 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 hasta mahremiyetini riske atıcı boyuttadır. USS'ye aktarılan 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.⁷ Yine tütün ve alkol konusunda sadece bağımlılığın değil ürün isimlerinin de alınması (bağımlı olduğu ürün bilgisi örneğin kırka yakın alkol ismini içermektedir) bu düşünceyi destekler niteliktedir.

Bulgular ve tartışma

AHBS'deki mevcut 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.⁸ 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.

Görüşülenlerden Aile Hekimliği Bilgi Sistemini anlatmalarını istendiğinde sistemin takiplerden oluştuğunu,

Bakanlığın isteği doğrultusunda sürekli bir yenisi eklenen takip listelerinin doldurulduğunu ifade etmişlerdir. Yenilenen takip listeleriyle 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 dâhil 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 dâhil etmeye çalıştığını belirtilen hedeflerinden anlamaktayız.

Görüşülenlerin aktardıklarına göre sisteme eklenen takip listeleri ve sorulara Aile Hekimliği personeli etki edememekte, sağlık personeli bazı derneklerle sisteme etki etmeye çalışmakta fakat nihayetinde Bakanlık bu sistemdeki değişimleri tepeden gerçekleştirmekte ve sistemin kullanıcılarını pek önemsememektedir. Bakanlığın topladığı verileri sağlık politikalarına yön vermek amacıyla kullanıp kullanmadığı sorusuna, verilerin politika geliştirme amaçlı kullanıldığı yargısı hakimdir. Aynı zamanda AHBS kullanıcıları topladıkları verilerin büyüklüğü konusunda da hemfikirlerdir.

G-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.

G-26 (Aile hekimi, erkek): [Bakanlık] 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.

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 kaydın önemi, istatistiklerin daha iyi tutulması, düzenli kayıt tutulması,

hekimin hastayı hastanın hekimi tanıması, hastaya ulaşımın kolay olması, sistemin kapsamlı bilgi vermesi ve uyarılar vererek hatırlatıcı olması vb. konular üzerinden ifade etmişlerdir. Görülen o ki 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 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.

Sahadan elde edilen veriler görüşülen sağlık çalışanlarının AHBS'yi aynı şekilde değerlendirmediklerini göstermektedir. Görüşülenlerden bir kısmı AHBS'yi değerlendirmeleri istendiğinde sisteme dair olumsuz gördükleri özellikleri ve memnuniyetsizliklerini; evrak işinin bitmemesi, sistemsel 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.

Çalışma süresince yapılan detaylı gözlem ve derinlemesine görüşmelere dayalı olarak sistem incelendiğinde çeşitli soruların kişilerin mahremiyetini ihlal edebileceği izlenimi oluşmaktadır. Sistemde sağlık adına yapılan sorgulamalar Sağlık Bakanlığı ile paylaşıldığında mahremiyet sorununa yol açabilecektir. Bu bilgilerin Bakanlık serverlarında saklanabilir, geri çağrılabilir ve paylaşılabilir olması, gözetim faaliyetlerinde de kullanılabilirliğinin göstergesidir. Zira gözetim artık Foucaultcu manada kurumlarda değil ama kurumlar vasıtasıyla elektronik ortamda *"elektronik göz"* tarafından gerçekleştirilmektedir. 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. Görüşülenlere hastaların sağlık geçmişini görmek bir mahremiyet sorunu mudur diye sorulduğunda; 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 düşünmektedirler. Madalyonun diğer yüzünde ise son derece ayrıntılı sağlık bilgilerinin sadece aile hekiminde kalmadığı gerçeği dile getirilmektedir.

Bu noktada görüşülenler arasında sağlık bilgilerinin Bakanlıkta paylaşılması hususunda görüş ayrılıkları mevcuttur. *G-5'e (Aile Hekimi, erkek)* göre gelen hastanın geçmiş hastalık bilgilerini, raporlarını, ilaçlarını görebilmek ilaç suiistimallerini önlemekte etkilidir; "Hastanın mesela bir ilacı sürekli kullandığını iddia edip tekrar yazdırmak istediğinde, ... 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 tamamiyle görebilme, kontrol edebilme imkânı ortadadır. Bu durum da alışılmış tıbbi otoritenin bir ürünü gibi görülmektedir.

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

G-18 (Aile hekimi, erkek): Bir mahsuru yok. Biz biliyorsak onlar [Bakanlık] 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.

G-32 (Aile Hekimi, erkek) ise; sağlık verilerinin mahremiyetin zedelenmesi açısından riske açık olduğunu ifade ediyor; "[Mahremiyeti] 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 Cumhurbaşkanı'nın 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. 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 portalı, kişilere sağlık bilgilerini görmek ve bu bilgileri istedikleri doktorlara açık istemediklerine kapalı hale getirme yetkisini sunmak amacı taşımaktadır.⁹ Sistem Avrupa'da uygulanan sistemlere benzemesi açısından faydalı olsa da insanlar böyle bir uygulamanın varlığından çok da haberdar değillerdir. 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. 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-uyuşturucu sorularından rahatsız olup bu konuda verilen cevapların silinmesi ya da gizlenmesi seçenekleri hak olarak sunulmalıdır.

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

G-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 aşığı yapacaksın, uygulayacaksın. O kişiyle arayı iyi tutman lazım ve çok ayrıntı bilmelisin."

G-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."

G-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."

G-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."

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'un (2013) bahsettiği elektronik tabanlı gözetimin kişisel verilere yönelik bitmek bilmeyen açıklığına da işaret etmektedir. İçinde bu kadar geniş veriyi barındıran

bir sistemin birçok kişinin ilgisini çekebileceği ve tehlikelere açık olduğu aşıkardır. Günümüz teknolojik koşullarında ne kadar önlem alınırsa alınsın yine de elektronik ortamların siber saldırılara açık olduğu gerçekliğini korumaktadır. Tüm bu durumlarla ilgili olarak online veri güvenliği tartışılırken Sağlık Bakanlığında sağlık verilerinin çalındığına ilişkin çıkan bazı tartışmalar konuyu daha da karmaşıklaştırmıştır. Bu noktada görüşülenlerden bazıları sistemi güvenli bulmakta, bazıları ise sistem ne kadar güvenli tutulmaya çalışılsa da siber saldırılardan korunamayacağına inanmaktadır. Bakanlığın sağlık verilerini sattığına yönelik bilgiyi ise hiçbir görüşülen teyit edememiştir.

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:

G-15 (Aile hekimi, kadın): [Mahremiyet ihlali] Yok. Ama şöyle bir şey oldu yok yani ama bunu kullanmak isteyen oldu. Sığınma evinde bir kadıncağız, kızcağız 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 peşin delermiş.

G-20 (Aile hekimi, erkek): Orman Müdürlüğü'nden kredi alan bir vatandaş ödeme güçlüğü nedeniyle hasta olduğunu söylemiş ve ödemenin ertelenmesini talep etmiş. Müdürlük personeli beni arayıp hastalık hakkında rapor vermeme 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.

Sahadan elde edilen veriler çoğunlukla mahremiyet ihlallerinin olmadığı yönünde olsa da Türkiye

genelinde ve Aydın özelinde mahremiyet ihlalleri birkaç aile hekimi tarafından anlatılarda aktarılmıştır. Gazetelere yansıyan '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 meritebe 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."

Görüşülenlere geçtiğimiz yıllarda yaşanan "*Tebrikler Kızınız Hamile*" vakaları ile ilgili ne düşündükleri sorulduğunda bir *ebe (G-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."

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.

Mahremiyetle alakalı bir diğer husus ise bu tür hassas bilgilere kimlerin ulaşabildiğidir. 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/hemşiresi de görebilmekte. Bunların dışında sağlık verileri Bakanlığa gönderildiğinden Bakanlık-taki 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.

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 bilgilerinin vermeyi istememek vb. şekillerde sonuçlanabilmektedir. Medeni durumu bekar olan her yaşta kadın 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 ihlalden 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:

G-2 (Ebe, kadın): [Tepki] Olmaz mı bir gün ATV'de dayak yemiş bir ebe görürseniz o benimdir. Ben korunma yönteminiz nedir diye sorduğumda "yatac 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.

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

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

G-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.

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.

Her ne kadar sağlık sisteminin gerektirdiği uygulamalar gibi algılsa da durumun gözetimle ve uygulanan biyopolitikalarla ilişkisi inkar edilemezdir. Devletin istatistik anlamında veri açıklığı aşıkarak fakat kişilerin sağlık gibi mahrem ve hassas kişisel bilgilerinin Sağlık Bakanlığının veri tabanlarına isim bazında gönderilmesi ancak gözetim kavramıyla okunabilir. Bakanların, son dönem Başbakanlarımızın ve Cumhurbaşkanımızın "kürtaj cinayettir", "üç çocuk" gibi söylemleri göz önünde bulundurulduğunda 15-49 takibi ile gebelerin takibe alınması ile, 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. 15-49 listesi göstermektedir ki kadın bedeni cinselliğin kontrol edileceği bir alan olarak görülmektedir.

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 maddelerdir fakat aile hekimine gittiğinizde bu sorular size durup dururken yöneltilirse 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.

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. 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.

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. 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 belirli bir kişiyi işaret eden unsurlarla bağdaştırılamaması gerekmektedir. Tüm bunların yanı sıra kişinin hastalık/sağlık, cinsel yaşam, mahkûmiyet, 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 bilinememektedir. 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 sağlıklı 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.

Araştırmanın sınırlılıkları

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 dâhil edilmemiştir. 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 geçitirici ve kısa yanıtlar alınmış, araştırmacıya şüpheye 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.

Sonuç ve öneriler

Saha çalışmalarından elde edilen veriler ve gözlemler çerçevesinde şu değerlendirmeyi yapmak mümkündür; bu çalışmanın ana konusunu oluşturmuş AHBS de 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. 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. Yani AHBS gözetlemek ve gözetmek arasında bir noktada yer almaktadır.

AHBS üzerinden 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. Çünkü devletler; "modern" yönetim anlayışının getirdiği bu olanaklara ayak uydurmuş, vatandaşı gözetleme ve denetim altında tutma stratejilerini değiştirmişlerdir. Ayrıca "modern uygarlıkta cinsellik yeralına sürülmez. Tersine, sürekli tartışılmaya ve araştırılmaya başlanır" (Giddens, 2010). 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 tıbbin görevi haline gelmiştir. Devletin gözetim politikaları için tıbbin otoritesini kullanması uygun bir yol gibi seçilmiş görünmektedir. Bu sebeple 15-49 listeleri altı ayda bir güncellenmekte ve gebelik durumunun kaçırılmamasına azami özen gösterilmektedir.

AHBS'de, 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 bilgilendirilmelidir. Dolayısıyla yurttaşlara verilerini düzeltme, silme vb. haklar tanındığı durumda mahremiyet tartışmaları biraz daha olumlu bir yönde ilerleyebilecektir.

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 daima 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 olduklarını belirtse 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.

Bu noktada Bakanlığın verilerin nerede, ne şartlarda saklandığını belirtmesi, bu verilerin hangi şartlarda hangi kurumlarla paylaşılabilirliğini ifade etmesi önem arz etmektedir. Bu konuda atılması gereken adımlar, alınması gereken tedbirlerin yanında mahremiyeti koruma adına en azından vatandaşın bilgileri alınırken onamlarının alınması gereklidir. Bakanlık veri mahremiyeti ve kişisel hak ve özgürlükler konusuna itinayla eğilmeli ve AHBS aracılığıyla toplanan veriler anonimleştirilerek toplanmalıdır. 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.

Dipnotlar

1. Sağlıkta Dönüşüm Programı için bkz. Akdağ, R. (2012). Sağlıkta Dönüşüm Programına eleştirel bir değerlendirme için bkz. Adaş, E. B. (2013), Adaş, E. B. ve Elbek, O. (2013).
2. Türkiye'de Kişisel Verilerin Korunması Kanunu kapsamında, veri koruma kişisel hak ve özgürlükler boyutunda düşünülmüş ve otomatik ya da dosyalarda tutulan verileri, gerçek ve tüzel kişileri kapsamaktadır. 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 (resmigazete.gov.tr, 2016).
3. Halk Sağlığı adına beden üzerinde yapılan kontrol ile ilgili bir tartışma için bkz. Lupton (2012).
4. Sağlık verilerinin işlenmesi hususunda Türk Tabipler Birliği gibi kuruluşlar Anayasa Mahkemesine başvuruda bulunmuşlar fakat 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 ihlali sebepten olsa da yasal temele dayandırıldığını gösteriyor.
5. Gazetelerde zaman zaman Bakanlık verileri çalındı, SGK kamu hastanelerindeki hastaların bilgilerini sattı gibi doğrulanmamış haberlere rastlayabiliyoruz ve sistemler iyi korunsa bile hacker saldırılarına da maruz kalabiliyorlar. Örneğin; Cnn.turk.com Kimlik Bilgilerimiz Nasıl Çalındı? ve hürriyet.com Kimlik Bilgileri Çalındı. Şimdi Ne Olacak? 06.04.2016

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

6. Biyopolitika kavramının gelişimi için bkz. Kartal (2016). Ayrıca bkz. Kartal, O. ve Elbek, O. (2013).

7. Ulusal Sağlık Sistemi.

8. Aile Sağlığı Merkezi.

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

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)*. , <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453>, Erişim Tarihi 05 Şubat 2017.

Bal, H. (2016). *Nitel Araştırma Yöntem ve Teknikleri*. Bursa: Sentez Yayıncılık.

Becker, H.S. (2015) *Mesleğin İncelikleri Sosyal Bilimlerde Araştırma Nasıl Yürütülür?* (Çev. Ünsaldı, L.). (2. baskı). Ankara: Heretik Yayınları.

Bauman, Z. ve Lyon, D. (2013) *Akışkan Gözetim*. (Çev. Yılmaz, E.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Bell, D. (2013) *İdeolojinin Sonu Ellilerdeki Siyasi Fikirlerin Tükenişine Dair*. (Çev. Hacıoğlu, V.). Bursa: Sentez Yayıncılık.

Castells, M. (2008) *Enformasyon Çağı: Ekonomi, Toplum ve Kültür*. 3 Cilt. (2. Baskı). (Çev. Kılıç, E.). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

Clarke, R. (1998) *Informational Technology and Dataveillance*. *Communications of the ACM*. 31(5). <https://dl.acm.org/citation.cfm?id=42413> s.498-512, Erişim Tarihi 12 Ocak 2016.

CNN Türk. (06.04.2016) *Kimlik Bilgilerimiz Nasıl Çalındı?* Erişim Tarihi 07 Ağustos 2017, (<https://www.cnnturk.com/turkiye/kimlik-bilgilerimiz-nasil-calindi>).

E-nabız Kişisel Sağlık Sistemi. Örnek E-nabız Hesabı. <https://enabiz.gov.tr/Default.aspx>. Erişim Tarihi 18 Ekim 2017.

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. (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.

Kartal, O. (Ed.) (2016) *Biyopolitika Foucault'dan Günümüze Biyopolitikanın İzdüşümleri*. Ankara: NotaBene Yayınları.

Kartal, O. ve Elbek, O. (2013) *Tıp Asla Sadece Tıp Değildir "Normun Ötesine Geçebilmek"*. *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır*

çinde. Elbek, O. (Ed.). İstanbul: Hayy Kitap.

Kuş, E. (2012) *Nitel-Nicel Araştırma Teknikleri*. Ankara: Anı Yayıncılık.

Layder, D. (2013) *Sosyolojik Araştırma Pratiği Teori ve Sosyal Araştırmanın İlişkilendirilmesi*. (Çev. Ünal, S.). Ankara: Heretik Yayınları.

Lupton, D. (2012) *Medicine as Culture Illness, Disease and the Body*. (3rd ed.) London: Sage Publication.

Lyon, D. (1997). *Elektronik Göz Gözetim Toplumunun Yükselişi*. (Çev. Hattatoğlu, D.). İstanbul: Sarmal Yayınevi

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*. *Journal of Social Issues*. 59(2). s.369-390.

Marx, G.T. (2004) *What's new about the "new surveillance"?: Classifying for change and continuity*. *Surveillance and Society* 1(1).https://www.researchgate.net/publication/240357361_What%27s_new_about_the_new_surveillance_Classifying_for_change_and_continuity. Erişim Tarihi 06 Kasım 2017,

NTV. (17.01.2013) *SGK, Mahrem Sağlık Bilgilerimizi Sattı*. Erişim Tarihi 07 Ağustos 2017, <http://www.ntv.com.tr/turkiye/sgk-mahrem-saglik-bilgilerimizi-satti,9x1BGlb0YkuTjGPE7sjNZA>

Resmi Gazete (24.03.2016). 6698 sayılı *Kişisel Verilerin Korunması Kanunu*. Erişim Tarihi 05 Nisan 2017, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/04/20160407-8.pdf>.

Rose, N. (2007) *The Politics of Life Itself. Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. New York: Princeton University Press.

Sarantakos, S. (2005) *Social Research* (3rd ed.). New York: Palgrave Macmillan.

Sezgin, D. (2011). *Tibbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Staples, W.G. (1997) *The Culture Of Surveillance Discipline and Social Control in the United States*. New York: St. Martin's Press.

Timmermans, S. ve Berg, M. (2003) *The Practice of Medical Technology*. *Sociology of Health and Illness* 25. Silver Anniversary Issue: 97-114.

Weber, M. (2008) *Sosyoloji Yazıları*. (Çev. Parla, T.). (8. baskı). İstanbul: İletişim Yayınları.

Webster, F. (1996) *The Information Society: Conceptions, and Critique* (Ed.Allen Kert). *Encyclopedia of Library and Information Science içinde*. 58(21). New York: Marcel Dekker: 74-112.

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.