

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SOSYOLOJİ ANABİLİM DALI
2022-YL-012

**DİJİTAL HASTANE VE HEKİMLERİN TIBBİ
PROFESYONALİZMLERİ**

HAZIRLAYAN
Dilek ALDEMİR

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğr. Üyesi Emin YİĞİT

AYDIN - 2022

T.C.
AYDIN 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.

12/01/2022

Dilek ALDEMİR

ÖZET

DİJİTAL HASTANE VE HEKİMLERİN TIBBİ PROFESYONALİZMLERİ

Dilek ALDEMİR

Yüksek Lisans Tezi, Sosyoloji Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Emin YİĞİT

2022, XVI+255 sayfa

18. yüzyılda mekanik dokuma ile başlayan endüstrileşme çabalarından günümüze gelinceye kadar teknolojiye baş döndürücü gelişmeler yaşanmış ve halen de yaşanmaya devam etmektedir. Günümüzde gelinen noktada ise birbirine bağlı süreçlerin iletişim halinde olduğu, internet üzerinden iletişim kuran nesnelerin veri toplayıp üretim sürecini tümüyle değiştirdiği, makinelerle bireylerin etkileşiminin ön plana çıktığı IV. Endüstri Devrimi (Endüstri 4.0) yaşanmaktadır. Gen dizilemeden nanoteknolojilere kadar birçok alanda eş zamanlı ilerlemelerin olduğu Endüstri 4.0, bu teknolojilerin iç içe geçip kaynaşmasını ve fiziksel, dijital ve biyolojik alanlarda karşılıklı etkileşimlerini olanaklı hale getirmektedir. Dolayısıyla tüm endüstri devrimlerinin temelinde yer alan teknolojiler ve bunların üretim süreçlerine aktarılmasıyla üretim ilişkileri dönüşmektedir. Nitekim kapitalist üretim ilişkilerinin yaratmış olduğu rekabet baskısı sebebiyle teknolojik gelişmeler üretim süreçlerine gün geçtikçe daha fazla uygulanmaktadır. Hal böyle olunca toplumun üretim ilişkileri ile belirlenen toplumsal koşullar, sağlık ve sağlık hizmetlerine etki etmekte ve toplumsal koşullar tarihsel süreç içerisinde değişim gösterdikçe sağlık ve sağlık hizmetleri de değişim göstermektedir.

17. yüzyılın sonlarından itibaren, Endüstri Devrimi sonrası emek gücünün “işe yarar” durumda hazır bulundurulması, tıbbın 18. yüzyıldan itibaren kurumsallaşıp merkezileşmesi, 19. yüzyılda sosyal güvenlikle birlikte sağlık sistemlerinin temellerinin atılması ve tıptaki bilimsel gelişmelerin “tıbbın/sağlığın piyasalaşmasına” yol açması sayesinde kapitalizm ve sağlık ilişkisi tarihsel bir süreçle 20. yüzyıla kadar gelmiştir. Gelişen süreçte, kapitalizmin küreselleşmesi, devletin neoliberal bir anlayışla yeniden biçimlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasında etkili olmuştur. Dolayısıyla toplumsal koşulları belirleyen egemen ideoloji sağlıkla hastalık kavramlarını belirlediği gibi hizmet, meslek ve iş bölümünü de biçimlendirmektedir. Böylelikle hekimlik mesleği; geleneksel ve muhafazakâr bir görüntüye sahip olmasına rağmen hızlı bir şekilde bu etkenlerin yönlendirmesiyle pratik ve kavramsal çerçevede yeniden tanımlanmaya doğru evrilmekte ve teknoloji tarafından yeniden

kurulmaktadır. Nitekim 2000'li yılların başında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte uygulanan neoliberal uygulamaların da etkisiyle hekimler, mesleki özerkliklerinin kısıtlanması ve piyasa kurallarına göre hareket etmeleri sonucunda statü kaybı yaşamaya başlamışlardır. Öte yandan dijital hastanede Bilgi ve İletişim Teknolojileri (BİT) aracılığıyla yaşanan dönüşümün/dönüşümlerin ürettiği gelişmelerin meşruiyeti, tartışmalara açık bazı dinamikleri de (bilgilerin/verilerin metalaşması riski, mahremiyet ihlalleri, yeni gözetim ve denetim pratikleri, mesleki özerkliklerin kısıtlanması gibi) üretebilme potansiyeline sahiptir. Bu bağlamda hekimlik mesleğinin pratik ve ontolojik dönüşümü devam etmekte olan Endüstri 4.0 tartışmalarından bağımsız olamamaktadır. Hal böyle olunca bu çalışma hekimlerin Endüstri 4.0 teknolojisine bağlı olarak çalışma yaşamlarının nasıl dönüştüğü sorusuna odaklanmaktadır. Bu çalışmadaki temel amaç, dijital hastanelerin sağlık hizmetlerinin üretilmesinde yaratacağı/yarattığı dönüşümün (teknolojik gelişmelerin neoliberal politikalarla eklenmesine bağlı olarak) hekimlik mesleği ve hekimlerin tıbbi profesyonallıklarına içkin süreçler ve dinamikler üzerinden irdelemektir. Bu amaç doğrultusunda, nitel araştırma deseninde tasarlanan bu araştırma Türkiye'nin "Seviye 7" unvanını alan ilk dijital hastanesi olan Tire Devlet Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. 11 Kasım 2019 - 21 Kasım 2019 tarihleri arasında 31 katılımcı hekim ile derinlemesine görüşmeler yapılarak veriler toplanmıştır.

Sonuç olarak; gerek teknolojilerin (BİT, bilgi sistemleri, tıbbi teknolojiler) gerek neoliberal politikaların etkisiyle hekimlerin emeğinin; metâya dönüşmesi, anlamının değişmesi ve değerinin düşmesi, hekimlerin ustalık bilgisinin, profesyonallıklarının, teknoloji karşısında çelişki yaşamasına ve mesleki becerilerinin dönüşüm geçirmesine neden olduğu belirtilebilir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Dijital Hastane, Endüstri 4.0, Hekimlik Mesleği, Tıbbi Profesyonallık,

ABSTRACT

DIGITAL HOSPITAL AND MEDICAL PROFESSIONALISM OF PHYSICIANS

Dilek ALDEMİR

MSc Thesis at Sociology

Supervisor: Dr. Öğr. Üyesi Emin YİĞİT

2022, XVI+255 pages

From the industrialization efforts that started with mechanical weaving in the 18th century to the present day, dizzying developments have been experienced in technology and still continue to be experienced. At the point reached today, interconnected processes are in communication, objects communicating over the internet collect data and completely change the production process, came into prominence interaction between machines and individuals, IV. The Industrial Revolution (Industry 4.0) is happening. Industry 4.0, where there are simultaneous advances in many fields from gene sequencing to nanotechnology, makes it possible for these technologies to intertwine and interact in physical, digital and biological fields. Therefore, with the technologies that are at the base of all industrial revolutions and their transfer to production processes, production relations are transformed. As a matter of fact, due to the competitive pressure created by the capitalist production relations, technological developments are being applied to the production processes more and more. As such, the social conditions determined by the production relations of the society affect health and health services, and as the social conditions change in the historical process, health and health services also change.

Since the end of the 17th century, thanks to the fact that the labor force was available in a “useful” condition after the Industrial Revolution, the institutionalization and centralization of medicine from the 18th century, the foundations of health systems were laid with social security in the 19th century, and scientific developments in medicine led to the “marketization of medicine/health” the relationship between capitalism and health has come up to the 20th century with a historical process. In the developing process, the globalization of capitalism, the reshaping of the state with a neoliberal understanding have been effective in the marketization of health services. Therefore, the dominant ideology that determines the social conditions not only determines the concepts of health and disease, but also shapes the service, profession and division of labor. Thus, the profession of medicine; although it has a traditional and conservative appearance, it rapidly evolves to be redefined in a practical and

conceptual framework with the guidance of these factors and is re-established by technology. As a matter of fact, with the effect of neoliberal practices implemented together with the Health Transformation Program at the beginning of the 2000s, physicians began to lose their status as a result of the restriction of their professional autonomy and acting according to market rules. On the other hand, the legitimacy of the developments produced by the transformation/transformations experienced through Information and Communication Technologies (ICT) in the digital hospital has the potential to produce some controversial dynamics (such as the risk of commodification of information/data, violations of privacy, new surveillance and control practices, restriction of professional autonomy). In this context, the practical and ontological transformation of the medical profession cannot be independent of the ongoing Industry 4.0 discussions. As such, this study focuses on the problem of how physicians' working lives are transformed depending on Industry 4.0 technology. The main purpose of this study is to examine the transformation that digital hospitals will create / create in the production of health services (depending on the articulation of technological developments with neoliberal policies) through the processes and dynamics inherent in the profession of medicine and the medical professionalism of physicians. For this purpose, this research, which was designed in a qualitative research design, was carried out in Tire State Hospital, which is the first digital hospital in Turkey to receive the title of "Level 7". Data were collected through in-depth interviews with 31 participating physicians between 11 November 2019 - 21 November 2019.

As a result; the labor of physicians with the effect of both technologies (ICT, information systems, medical technologies) and neoliberal policies; It can be stated that its transformation into a commodity, the change in its meaning and the decrease in its value, cause the physicians' mastery knowledge, professionalism, conflict against technology, and transformation of their professional skills.

KEY WORDS: Digital Hospital, Industry 4.0, Medical Profession, Medical Professionalism,

ÖNSÖZ

Lisans eğitimimi “sosyal hizmet” alanında almış olduğum için “sosyoloji” alanının “sosyal hizmet” alanına yakın olduğunu düşünerek yüksek lisans eğitimime başladım. Bilimsel hazırlık dersleri almaya başladığımda gördüm ki sosyoloji kocaman bir derya deniz ve “sosyal hizmet” alanından çok farklı. İlk başlarda sosyolojik bakış açısı kazanmakta, bazı zihinsel ön yargıları kırabilmekte, eleştirel ve çok boyutlu bakış açısını geliştirebilmekte çok zorlandım. Zaman zaman “sosyoloji çok zor”, “anlamakta çok zorlanıyorum”, “bu yaştan sonra yüksek lisansta ne işim var” dediğim anlar oldu. Bugün ise tezimin bitmiş halini gördüğümde iyi ki vazgeçmemişim ve yoluma devam etmişim diyorum.

Yüksek lisans eğitimim boyunca benim başarabileceğimi ve vazgeçmemem gerektiğini telkin eden, bana inanan ve her anlamda desteğini hiçbir zaman esirgemeyen öncelikle tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Emin YİĞİT hocama ve Arş. Gör. Tuğçe Zeynep ABALI AKGÜL’e çok teşekkür ederim. Tez konumu doğru bir şekilde ifade edebilmemde ve yazabilmemde, araştırma süreci boyunca bana yardımcı olan, zamanlı zamansız kapısını her çaldığımda sabırla defalarca açıklamalar yapan kıymetli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Emin YİĞİT hocama bir kez daha teşekkürü borç bilirim. Ayrıca tez jürimde yer alarak görüş ve önerileri ile çalışmama katkı sunan değerli hocalarım Prof. Dr. Nurşen ADAK ve Doç. Emin Baki ADAŞ’a,

Bilimsel hazırlık ve yüksek lisans derslerime giren kendilerinden farklı seviyelerde ve farklı akademik kazanımlar elde ettiğim Dr. Öğr. Üyesi Gülhan DEMİRİZ ve Prof. Dr. Ümit TATLİCAN hocalarıma,

Saha çalışmasını yaptığım Tire Devlet Hastanesi Başhekimi Op. Dr. Fatih HAYALİ’ye, Başhekim Yardımcısı Uz. Dr. Elife ÖZKAN’a, Başhekim Yardımcısı Uz. Dr. Özgür BOLAT’a, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Fatoş YÜRÜRDURMAZ’a, büyük fedakârlıklarla değerli vakitlerini bana ayırıp benimle görüşme yapan ve çalışmama büyük katkılar sağlayan tüm katılımcı hekimlere,

Bütün eğitim hayatım boyunca beni her daim yüreklendirip duâları ile hep yanımda olan, varlığıyla şükür nedenim ve en büyük destekçim Sevgili Biricik Annem Habibe ALDEMİR’e, çok teşekkür ederim.

Dilek ALDEMİR

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY SAYFASI.....	iii
BİLİMSEL ETİK BİLDİRİM SAYFASI.....	iv
ÖZET.....	v
ABSTRACT	vii
ÖNSÖZ.....	ix
EKLER DİZİNİ.....	xiii
KISALTMALAR DİZİNİ	xiv
GİRİŞ.....	1
1. BÖLÜM	6
1. TEKNOLOJİ VE TOPLUMSAL DEĞİŞME	6
1.1. Kavram Olarak Teknoloji	6
1.2. Üretim Devrimleri, Üretimin Dönüşümü ve Toplumsal Yansımaları	8
1.2.1. IV. Endüstri Devrimi (Endüstri 4.0) ve Üretimde Dijitalleşme.....	15
1.2.2. Üretimde Dijitalleşme ve Sonrası: Toplum 5.0	18
1.2.3. Endüstri 4.0 ve Toplum 5.0 Bağlamında Türkiye	20
2. BÖLÜM	22
2. ÜRETİM BİÇİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ.....	22
2.1. Tarihsel Süreçte Dönüşümün Hikâyesi.....	22
2.1.1. Tıbbi Teknolojiler ve Donanımlar	22
2.1.2. Hastaneler	24
2.1.3. Hekimlik Mesleği	25
2.2. Sağlıkın Piyasalaşması: Kapitalizmin Mekânı Olarak Hastane ve Tıp Eğitimi	29
2.2.1. Kapitalizmin Mekânı Olarak Hastane	30
2.2.2. Sağlıkın Piyasalaşması.....	33
2.2.3. Tıp Eğitiminin Piyasalaşması	35

3. BÖLÜM	40
3. PROFESYONALİZM, NEOLİBERAL POLİTİKALAR VE DİJİTAL HASTANE.....	40
3.1. Profesyonizm Üzerine.....	40
3.1.1. Hekimlerin Uzmanlık Yitimi ve Değersizleşme.....	43
3.2. Neoliberal Politikalar, Dijital Hastanede Hekim(lik) ve Hasta Olmak	49
3.2.1. Mekân Olarak Hastane ve Dijitalleşme	50
3.2.2. Verilerin Metalaşması, Gözetim ve Mahremiyet.....	54
3.2.3. Sağlığın Verileştirilmesi, Biyopolitika ve İktidar Alanının Dijitalleşmesi ...	58
3.2.4. Hegemonik Bir Strateji: Verilerin Ele Geçirilmesi, Hak İhlalleri ve Hekimlerin Pasifizmi	63
3.2.5. Sayısallaştırılan Hastalar ve Hekimlerin Yabancılaşması	67
3.2.6. Zaman Mekân Kısılcısındaki Hekimler	71
3.2.7. Hekimler Üzerinde Artan Gözetim ve Denetim	74
4. BÖLÜM	82
4. ARAŞTIRMANIN SORUNSALI VE METODOLOJİSİ.....	82
4.1. Araştırmanın Amacı ve Sorunsalları.....	82
4.2. Araştırmanın Yöntem ve Tekniğı, Sorgulama Temaları	84
5. BÖLÜM	91
5. BULGULAR VE TARTIŞMA.....	91
5.1. Sağlık Sermayesi, Teknolojik Dönüşüm ve Tıp	91
5.1.1. Sağlık Hizmeti Sunumundaki Dönüşüm, Teknolojik Gelişim ve Tıp-Hekimlik	91
5.1.2. Teknolojik Gelişim, Sağlık Sermayesi ve Hekimlik	97
5.1.3. Sağlık Sermayesi, Mekân, Tıp ve Hekimlik.....	111
5.1.4. Dijital Hastane, Sağlık Sermayesi ve Tıp Eğitimi.....	122
5.1.5. Dijital Hastane, Hız ve Hekimlik Mesleğı	134
5.2. Dijital Hastane, Tıp ve Hekimlik.....	145

5.2.1. Tıp, Dijital Hastane ve Bilgi/Veri Güvenliği	145
5.2.2. Sermaye, Dijital Hastane ve Verilerin Metalaşması.....	155
5.2.3. Hekimlik Mesleği, Toplumsal Statü ve Güç/İktidar.....	162
5.2.4. Dijital Hastane, Hekimlik ve Gözetim Pratikleri	174
5.2.5. Dijital Hastane, Hekimlik ve Hekimlerin Mesleki/Klinik Özerklikleri	187
6. DEĞERLENDİRME VE SONUÇ	199
7. KAYNAKLAR.....	211
8. EKLER	252
ÖZGEÇMİŐ	255

EKLER DİZİNİ

Ek 1. Etik Kurul Uygunluk Onayı.....	252
Ek 2. Tire Devlet Hastanesi Başhekimliği Ön İzin Belgesi	253
Ek 3. İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzin Belgesi	254



KISALTMALAR DİZİNİ

3D	: Üç Boyutlu
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABIM	: American Board of Internal Medicine
ACGME	: Accreditation Council for Graduate Medical Education
AR-GE	: Araştırma ve Geliştirme
BCG	: Boston Consulting Group
BİT	: Bilgi ve İletişim Teknolojileri
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
CeBIT	: Centrum für Büroautomation, Informationstechnologie und Telekommunikation
CMS	: Centers for Medicare and Medicaid Services
DB	: Dünya Bankası
DEF	: Dünya Ekonomi Forumu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EBSO	: Ege Bölgesi Sanayi Odası
EEG	: Elektroensefalografi
EKG	: Elektrokardiyografi
EMRAM	: Electronic Medical Record Adaption Model
ETK	: Elektronik Tıbbi Kayıtlar
HBYS	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemini
HES	: Hayat Eve Sığar
HHY	: Hasta Hakları Yönetmeliği
HIMSS	: Healthcare Information and Management Systems Society
HIV	: Human Immunodeficiency Virus

IBM	: International Business Machines
ICD	: International Classification of Disease
IMF	: International Monetary Fund
KPS	: Kimlik Paylaşım Sistemi
KVKK	: Kişisel Verilerin Korunması Kanunu
MEDULA	: Medikal Ulak Sistemi
MERNİS	: Merkezi Nüfus İdaresi Sistemi
MHRS	: Merkezi Hekim Randevu Sistemi
MR	: Manyetik Rezonans Görüntüleme
PACS	: Picture Archiving and Communication Systems
PET	: Pozitron Emisyon Tomografisi
RFID	: Radio Frequency Identification
RF	: Rockefeller Foundation
RV	: Rockefeller Vakfı
SABİM	: Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SBGM	: Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi
SBYS	: Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SİNA	: Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler
SKS	: Sağlıkta Kalite Standartları
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
TBK	: Türk Borçlar Kanunu
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TEPDAD	: Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği

TİG	: Teşhise İlişkili Gruplar
TMK	: Türk Medeni Kanunu
TTB	: Türk Tabipleri Birliği
TUS	: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı
TÜBİTAK	: Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜSİAD	: Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği
UÇEP	: Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
USBS	: Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi
USG	: Ultrasonografi
WEF	: World Economic Forum
WHO	: World Health Organization
YÖK	: Yükseköğretim Kurulu

GİRİŞ

18. yüzyılda mekanik dokuma tezgâhı ile başlayan endüstrileşme çabalarından itibaren günümüze gelinceye kadar teknolojiye baş döndürücü gelişmeler yaşanmıştır. Dolayısıyla I. Endüstri Devrimi'nde su ve buhar gücünün kullanılması ile mekanik üretim sistemleri ortaya çıkmış, II. Endüstri Devrimi'nde elektrik gücünün yardımı ile seri üretimler gerçekleştirilmiştir. III. Endüstri Devrimi'nde ise elektroniklerin kullanımı ve Bilgi ve İletişim Teknolojileri'nin (BİT) gelişmesi ile üretim daha da otomatikleştirilmiştir. Geline nokta da ise 2011 yılında Almanya'nın Hannover Fuarı'nda adı ile kez duyulan teknolojilerin ve değer zinciri organizasyonları kavramlarının kolektif bir bütünü olan IV. Endüstri Devrimi yani Endüstri 4.0 söz konusudur. Endüstri 4.0 ile birbirine bağlı süreçlerin iletişim halinde olduğu, internet üzerinden iletişim kuran nesnelerin veri topladığı ve üretim sürecini bütünüyle değiştirdiği, makineler ile bireylerin etkileşiminin ön plana çıktığı bir dönem yaşanmaktadır. Endüstri 4.0 sadece akıllı ve bağlantılı makine ve sistemlerle ilgili olmayıp kapsamı çok daha geniştir. Gen dizilemeden nanoteknolojilere kadar birçok alanda teknolojilerin iç içe geçip kaynaşmasını, fiziksel, dijital ve biyolojik alanlarda karşılıklı etkileşimlerini mümkün kılmaktadır. Görüldüğü üzere, teknoloji kavramı her ne kadar boyut değiştirirse de tüm endüstri devrimlerinin temelinde yer almaktadır. Yeni teknolojiler ile bunların üretim sürecine aktarılması, üretim ilişkilerini dönüştürmektedir. Dolayısıyla ana dinamiğini üretim ilişkilerinin oluşturduğu teknolojik gelişmeler, kapitalist üretim ilişkileri altında kendi başına bir amaç olmayıp kâr oranını arttırmanın bir aracı durumundadır. Kapitalist üretim ilişkilerinin yarattığı rekabet baskısı nedeni ile teknolojik gelişmelerin üretim süreçlerine uygulanması gün geçtikçe artmaktadır. Nitekim sağlık ve sağlık hizmetlerine etki eden toplumsal koşullar, toplumun üretim ilişkileri ile belirlenmektedir. Böylece toplumsal koşulları belirleyen egemen ideoloji sağlık ile hastalık kavramlarını, hizmet, meslek ve iş bölümünü de biçimlendirmektedir.

Çağlar boyu insan topluluklarının hayati işlevlerinden olan tıp mesleğinin, uzun zaman teknik imkânları, bilgisi ve müdahale gücünün kısıtlı kalmasına bağlı olarak hekim büyücü/din adamıyla benzer konumda olmuştur. Endüstri devrimlerinin gelişimine koşut olarak sağlık alanında, üretim araçları (sağlık kurumları, alt yapı, donanım ve teknik donanım) ve sağlık emek gücünde özelinde tıp mesleğinde de önemli değişimler yaşanmıştır. 17. yüzyılın sonlarından itibaren, Endüstri Devrimi sonrası emek gücünün "işe yarar" durumda hazır bulundurulması, tıbbın 18. yüzyıldan itibaren kurumsallaşıp merkezileşmesi, 19.

yüzyılda sosyal güvenlikle birlikte sağlık sistemlerinin temellerinin atılması ve tıptaki bilimsel gelişmelerin “tıbbın/sağlığın piyasalaşmasına” yol açması sayesinde kapitalizm ve sağlık ilişkisi tarihsel bir süreçle 20. yüzyıla kadar gelmiştir. Gelişen süreçte, kapitalizmin küreselleşmesi, devletin neoliberal bir anlayışla yeniden biçimlendirilmesi, sağlık hizmetlerinin piyasalaşmasında etkili olmuştur. Kapitalizmin erken döneminden itibaren tıbbın değişiminin “küçük meta üretiminden manifaktür üretimine dönüşümü”ne benzetilmesinin sebebi tıp ve tıbbın kurumsal yapısının cazip bir alan olmasıdır. Çünkü tıp piyasa belirsizliklerini azaltan bir yapıya sahiptir. Kâr maksimizasyonu konusunda istikrarlı, büyüyen ve devamlı bir pazar sunmaktadır. Diğer tüketim mallarına göre sağlık hizmeti ihtiyacı öncelik taşımaktadır. Tıp alanında yer almak neredeyse bütün tüketim üzerinde stratejik bir denetim kurulmasını kolaylaştırmaktadır. Ayrıca devlet sağlık alanında devamlı olarak kârın garantörü şeklinde davranmaktadır.

Günümüzde teknolojinin hem yaşamın hem de tıbbın merkezine yerleşmesi sadece bir bilimsel ilerlemeden ibaret değildir. Daha da derininde finans kapitalizminin, değeri soyutlaştırması ve 1980’li yıllardan beri uygulanmakta olan neoliberal ekonominin biçimlendirdiği toplumsal-politik sistemin bir parçası yatmaktadır. Tarihsel süreçte olduğu gibi, devamlı birikim krizi yaşıyan ve krizlerden kendini yeniden üreterek çıkan kapitalizm, sermayenin kâr güdüsünü sağlayıcı uygulamalarını 1980 sonrasında neoliberal politikalar aracılığıyla devreye sokmuştur. Böylece tüm coğrafyalarda mal ve sermaye hareketleri önündeki sınırların kaldırılması, tüm iç pazarların küresel pazarlara entegre edilmesi, devletlerin ekonomiden uzaklaşmaları ve görmekte oldukları sosyal işlevleri piyasaya açmaları öngörülmüştür. BİT’ndeki hızlı gelişmenin üretim sürecine uygulanması ile hızlanan sermaye birikimi için yeni yatırım alanları aranmıştır. Dolayısıyla neoliberal politikalar kapsamında uygulamaya konulan özelleştirme, piyasalaştırma ve serbestleştirme gibi uygulamalar ile devletin çoğu hizmet alanından çekilmesiyle birlikte sağlık, eğitim vb alanlar rekabet ortamına (piyasa kurallarına) göre yeniden yapılandırılmıştır. Böylelikle en gelişmiş olanlardan yükselen çevre ülkelere kadar sağlık, “endüstri haline” getirilmiştir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) kapsamında, Sağlık Bakanlığı (SB) tarafından 2011’de yayınlanan Türkiye’nin tıbbi teknoloji tercihlerini yansıtan “Türkiye’de Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri, 2011 - 2023” adlı çalışmada; “üst bölge merkezlerine” tesis ve donanım bakımından ileri teknoloji ürünü ve yüksek maliyetli, alanında uzmanlaşmış, nitelikli sağlık insan gücü gerektiren kemik iliği, cyberknife,

mikrocerrahi uygulamaları, robotik cerrahi sistemi gibi planlamaların yapıldığı görülmektedir. Diğer yandan SB'nın 2013-2017 Stratejik Planı'nda dijital hastanelerin yaygınlaştırılması hedefi ile birlikte dijital hastane çalışmaları hız kazanmıştır. Nitekim "kurucu güç" zemininde uzunca yıllar toplum tarafından saygı, sevgi ve itaat gören hekimler, 2000'li yılların başında SDP ile hayata geçirilen neoliberal uygulamaların etkisi ile mesleki otonomilerinin kısıtlanması ve piyasa kurallarına göre hareket eder olmaları neticesinde statü yitimi de yaşamaya başlamışlardır. Bu bağlamda hekimlerin Endüstri 4.0 teknolojisine bağlı olarak çalışma yaşamlarının nasıl dönüştüğü sorunsalına odaklanan ve dijital hastanelerin sağlık hizmetlerinin üretilmesinde yaratacağı/yarattığı dönüşümün (teknolojik gelişmelerin neoliberal politikalarla eklemlenmesine bağlı olarak) hekimlik mesleği ve hekimlerin tıbbi profesyonallıklarına içkin süreçler ve dinamikler üzerinden irdelenmesi amaçlanan bu çalışma altı bölümden oluşmaktadır.

İlk bölümde teknoloji kavramı ile birlikte üretim devrimlerine yer verilmiştir. Nitekim sağlık ve sağlık hizmetleri üzerinde etkili olan toplumsal koşulları, toplumun üretim ilişkileri belirlemektedir. Üretim devrimleri bağlamında üretimin dönüşümü ve toplumsal yansımaları bu bölümde irdelenmiştir. Sonrasında günümüzde yaşanmakta olan, Endüstri 4.0 ve insanın merkeze alınıp yaşam kalitesi, toplumsal sorumluluk ve sürdürülebilirliğin iyileştirilmesinde Endüstri 4.0'ın yarattığı sonuçlar ve teknolojilerin tüm insanlığın refahı ve yararına kullanıldığı yeni toplumsal kurgu Toplum 5.0 ele alınmıştır. Türkiye'nin de sanayi-teknoloji ekosistemini geliştirmesi, Endüstri 4.0'ın gerekliliklerini yerine getirmesi, küresel alanda gerçekleşen teknolojik dönüşümün gerisinde kalmaması, sermayeye karşı gücünü koruma ve halk sağlığını koruyarak geliştirmesi önem arz etmektedir. Bu kapsamda Endüstri 4.0 ve Toplum 5.0 bağlamında Türkiye'nin durumunu değerlendiren çalışmalar ile Türkiye'nin Vizyon 2023 Strateji belgesinde yer alan sağlık alanındaki hedefleri ele alınmıştır.

İkinci bölümde üretim süreçleri ve sağlık hizmetlerinin tarihsel bir süreçte dönüşümleri ana hatları ile açıklanmıştır. Çünkü sağlık, üretim ilişkileri ile biçimlenen ve belirlenen, ekonomik ve siyasi dönüşümle birlikte işlevleri değişen ve dönüşen bir toplumsal olgudur. Nitekim Karl Marx'a göre, endüstri devrimlerine koşut olarak üretim süreçlerinde aynı zamanda iletişim ile ulaşım süreçlerinde de yaşanan dönüşümler sonrasında teknik iş bölümü farklılaşmıştır. Bu farklılaşma, toplumsal alanda izdüşümünü yaratırken mekânsal değişikliklerde üretim biriminin dışında bulunan toplumsal alanların dönüşmesini sağlamıştır. Bu bağlamda endüstri devrimleri ile birlikte gelişim gösteren sağlık alanının üretim

araçlarından olan hastanelerin, tıbbi teknolojiler ve donanımların, emek gücü olarak da hekimlik mesleğinin tarihsel dönüşümlerinin uğrak noktaları ele alınmıştır. Aynı zamanda günümüzde kamu sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılmasıyla birlikte, sermaye tarafından (ilaç, sigorta, tıbbi teknoloji ve tıbbi hizmet şirketleri gibi) sağlığın sermaye birikimi haline getirilmesi hem ürün hem de hizmet bazında tıbbi tüketimin kısıktırılması söz konusudur. Bilimsel çalışmalar, tedavi kılavuzları, tıp kongreleri, tıp fakültelerindeki eğitime kadar tıbbi bilgi zincirini oluşturan her halka sermayenin etkisi altındadır. Sermayenin sağlık alanına yatırım yapmasında hem sağlık emek gücü hem de üretim araçları önem arz etmektedir. Bu çerçevede kapitalizmin mekânı olarak hastane, sağlığın piyasalaşması ve tıp eğitiminin piyasalaşması serimlenmiş olup hem mekânın hem sağlığın hem de tıp eğitiminin sermayenin etkisinde kalışı ve devletlerin mekân, sağlık ve tıp eğitimi üzerindeki etkisinin giderek azaldığı ortaya konulmuştur.

Üçüncü bölümde profesyonizm, neoliberal politikalar ve dijital hastane; hekimlik mesleği ve hastalar süzgecinden geçirilerek sunulmuştur. 20. yüzyılın sonlarından bu yana küresel sermaye tarafından sağlık alanının yatırım ve kazanç için cazip bir alan olarak görülmesiyle birlikte 21. yüzyılın başlarında hızla tamamlanan reformlarla teknolojik ve örgütsel dönüşümü çarpıcı bir boyut kazanan sağlık hizmeti alanları, hekimlerin tıbbi profesyonizmlerinde ve mesleki konumlarında önemli değişimleri de beraberinde getirmiştir. Elbette ki sermaye, önemli yatırım ve tüketim alanı haline gelen sağlık hizmetlerinin denetimini hekimlerin elinde bulundurmalarına müsaade etmemektedir. Hal böyle olunca kamusal sağlık hizmetlerinin SDP ile yeniden inşa süreci sağlık hizmetlerinin metalaşmasını beraberinde getirmiş, metalaşmayla hizmet üretimi kamusal ihtiyaçlardan çok kâr elde etme amacı ile yapılmaya başlanmıştır. Dolayısıyla sağlık emek sürecinin özelinde hekim emeği sürecinin, kamusal hizmet özelliklerini yitirerek meta üretim süreciyle benzeşmesi, hekimlerin üzerindeki baskı ve denetimi arttırmıştır. Bu kapsamda öncelikle profesyonizm kavramı, tarihi gelişimi ve Türkiye’de profesyonizme yönelik çalışmalara değinilmiş arkasından hekimlerin uzmanlık yitimi ve değersizleşmelerine etki eden dinamiklere yer verilmiştir. SDP ile birlikte yaygınlaşmaya başlayan dijital hastanelerde tıbbi teknolojilerin yanında BİT ve bilgi sistemleri başat konumdadır. Dijital hastanelerde hiçbir işlem kâğıt üzerinde yapılmamakta, idari ve klinik süreçler BİT ve bilgi sistemleri ile yönetilmektedir. Dolayısıyla kapitalist sistemde üretim bütünüyle kâr amacı ile gerçekleştirilmektedir. Yaratılan artı değer, üretim süreci içerisinde tarafların görece güçlerine göre belirlenmektedir. Bundan dolayıdır ki kapitalizmde emek süreci daha kârlı bir üretim

mücadelesinin arenası olmuştur. Bu nedenle sermaye yalnızca üretim için gerekli olan en son teknoloji üretim araçlarını, malzemeyi ve binayı temin etmekle kalmayıp emek gücü üzerinde tam bir denetim kuracak şekilde teknoloji geliştirmekte böylelikle emek sürecini bütünüyle denetimi altına almaya çalışmaktadır. Hal böyle olunca metalaşma ile birlikte kârlılığın hedeflenmesi nedeniyle, sağlık hizmetlerinde bir yandan emek verimliliğini arttırarak artı değer miktarı arttırmaya, denetimi sağlamaya öte yandan ise emeğe olan bağımlılığı azaltmaya yarayan yöntem ve araçların kullanılması tercih edilmektedir. Bu bağlamda dijital hastane, sağlığın verileştirilmesi, verilerin metalaştırılması, biyopolitika, gözetim, mahremiyet, hastaların sayısallaştırılması, hak ihlalleri kavramları üzerinden hekimlik mesleği ele alınmıştır.

Dördüncü bölümde araştırmanın sorunsalı ve metodolojisine yer verilmiştir. Bu bölümde araştırmanın amacı, konusu, problemi ve önemine değinilmiştir. Aynı zamanda araştırmanın nasıl yapıldığı, hangi veri toplama tekniğinin ve neden bu veri toplama tekniğinin kullanıldığı, saha çalışmasında karşılaşılan sorunlar ve araştırmanın sınırlılıkları bu bölümde anlatılmıştır. Bunlarla birlikte araştırmanın problemi, amacı ve yönetimine uygun biçimde tespit edilen ana temalar ile alt temalara yer verilmiştir.

Beşinci bulgular ve tartışma bölümü, araştırmanın yapıldığı temel kitle olan, Endüstri 4.0'ın sağlık hizmetlerinin üretilmesine dönük vaat etmiş olduğu verimlilik artışının meşruiyet zemininde faaliyet gösteren hekimlerle görüşmeleri ele alması açısından çalışmanın en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Dijital hastanelerin sağlık hizmetlerinin üretilmesinde yaratmış olduğu dönüşüm (teknolojik gelişmelerin neoliberal politikalarla eklemlenmesine bağlı olarak) hekimlik mesleği ve hekimlerin tıbbi profesyonallıklarına ilişkin süreçler ve dinamikler üzerinden açıklanarak sermayenin ve teknolojinin (özelinde BİT ve bilgi sistemleri) hekimlik mesleği üzerine etkileri ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Son bölüm olan değerlendirme ve sonuç bölümünde araştırmanın genel bir değerlendirmesi yapılmış olup, araştırmadan elde edilen temel bulgular ve araştırmaya dair sonuç verilmiştir. Bu araştırma ile özgün bir çalışma ortaya koymak ve sosyoloji literatürüne katkı sağlamak amaçlanmıştır.

1. BÖLÜM

1. TEKNOLOJİ VE TOPLUMSAL DEĞİŞME

1.1. Kavram Olarak Teknoloji

Zanaat bilimi anlamına gelen “teknoloji” kelimesinin köken olarak Yunanca “tekhne” ya da “techne” kavramına dayandığı, böylece bir “sanat” ya da “zanaat” yaratma süreci ve aynı zamanda yaratılışın arkasındaki “bilgi (episteme), nihai ürün” olarak tanımlandığı görülmektedir. “Techne” kavramının bir şeyi bilmek ve üzerine çalışmak anlamındaki “logia” ekiyle birlikte “zanaat çalışması” anlamını aldığı belirtilmektedir (Tulley, 2008). Genel anlamda teknoloji kavramı insan yapımı, doğal olmayan her türlü nesneyi içerecek şekilde kullanılmaktadır. Ancak 20. yüzyılın başlarından itibaren birbirine bağımlı teknolojilerde meydana gelen karmaşık ağların geliştirilmesiyle beraber teknoloji politikaları ile birtakım düzenlemelere gereksinim olmuş ve böylelikle teknoloji, bu politikalar ve düzenlemeler vasıtasıyla hükümetlerce şekillendirilmeye başlanmıştır. Böylece 19. yüzyılda vagon tekerlekleri, telefon, buhar makinesi gibi fiziksel ürünler üretimde kullanılan pratik sanatları ifade etmek için kullanılan teknoloji sözcüğü 20. yüzyılda bireylerin taleplerini ve hazlarını karşılayan araçlar, bunları üreten fabrikalar, bilimsel bilgi, mühendislik bilgisi, teknik ürünleri işleyen örgütlenmeler şeklinde her şeyi kapsayan bir anlama dönüşmüştür (Başaran Özdemir ve Taşdemir, 2011). Artık teknoloji kavramının ürün, süreç, bilgi, amaç ve anlam boyutları bulunmaktadır. Teknolojinin ürün boyutu sadece bir makine veya teknik olarak ele alınabilir. Fakat teknoloji bir ürün olarak insanın düşünce, emeği ve çabasını icap ettiren bir süreçtir de. Yaşama sahip çıkma, sorunlara çözüm getirme gayesiyle bir amaca yönelen teknoloji, çevre ve evreni tanıma çabasıyla da bir anlama sahiptir (İnam, 1999). Böylelikle kendi bir iç işleyişi bulunan teknoloji, bilim ve mekanik ilkelerini, problemlerin çözümüne uygulayan bir insani kültürel faaliyet biçimi olup, belirli bir ekolojik, ekonomik ve sosyal bağlamda görevleri yerine getirmek, acil özel ve kişisel ve/veya rekabet avantajları oluşturmak için geliştirilen kaynakları, araçları, süreçleri, personeli ve sistemleri içermektedir (McOmber, 1999).

Son birkaç yüzyılda hızlı değişim geçiren, kavrayabildiğimiz ve görelî olarak yeni olan teknolojinin tarihine bakıldığında; geçmiş zamanlarda mucitler, ekseriyetle kuramsal bilgi olmaksızın becerilerini sezgileriyle bütünleştirip teknolojik yenilik olarak adlandırılabilirler üretimler yapmışlardır. Endüstri Devrimi’nden sonraysa teknoloji; zanaatkârın bileceği/bilebileceğinden fazla ve farklı bilgi birikimi gerektirmiş, böylece yeni

teknolojileri geliştirmek, üretmek ve işletmek amacıyla geniş çaplı örgütlenmelere ihtiyaç duyulmuştur (Başaran Özdemir ve Taşdemir, 2011). Nitekim endüstri devriminden sonra teknoloji ve bilim arasındaki ilişkinin hızlandığı ve günümüzde ise teknolojik gelişmeler ile bilimsel bilginin sıkı sıkıya bağlı hale geldiği hatta teknoloji ve bilim arasındaki çizginin de silikleştiği belirtilebilir. Endüstri devrimi; üretimde mekanizasyon, gittikçe karmaşık hale gelen fabrika düzeni, üretilen ürün miktarında artma ve bu artmaya bağlı ortaya çıkan küresel piyasa şeklinde nitelendirildiğinde, endüstri devriminin sonrasında neredeyse dünyanın tüm yerlerinde toplumsal yaşamın, ekonomik, politik ve teknolojik yönden dönüştüğü görülebilmektedir. Teknolojik gelişme ve makineleşme nötr bir olgu olmamakla birlikte toplumsal hayatı meydana getiren süreçler ile yakın ilişkisi bulunmakta ve bu ilişkinin içerisinde hem toplum hem de teknoloji devamlı değişme göstermektedir. Böylece insanoğlu teknoloji vasıtasıyla toplumsal değişmenin hem nesnesi hem öznesi haline gelmiştir. Ayrıca teknoloji, toplumsal hayatın oluşmasında esas olan üretim-bölüşüm ilişkileri ve egemenlik ilişkilerinin de içerisinde girmiştir. Üretim ilişkileri, üretim biçimi ile ilişkiliyken üretici güçlerse emek gücüyle birlikte üretim teknolojisini, üretim organizasyonunu ve üretime uygulanan bilimi kapsamaktadır. Üretici güçlerdeki gelişimin seviyesi belli bir zamandaki insan gereksinimlerinde kullanılan teknolojiyi yansıtmakta olup teknolojideki gelişimlerle emek sürecindeki değişimler ise emeğin üretkenliğinde olan artışı belirlemektedir (Kaymaz, 2016). Teknolojik gelişme ve makineleşme; toplumsal yaşam şekli olarak kapitalizmde, sadece ilerlemenin ve gelişmenin işaretleri olarak alınabileceği gibi meta üretip eşitsizlikler üzerinde yükselen sistem olarak alındığındaysa toplumsal içeriğe sahip olmakla birlikte mülkiyet ilişkileri dolayımında eşit olmayan emek-sermaye ilişkisinin güçlenmesine ve yeniden üretilmesine sebep olmaktadır. Hal böyle olunca teknoloji toplumsal hayatı ve bireyleri etkilediği gibi çalışma biçimlerinde, çalışma yaşamında hatta mesleklerde ve deneyimlerde de önemli dönüşümlere sebep olabilmektedir. Bu bağlamda insanlık tarihinde saptanan önemli dönüşümlerin aslında üretim biçimlerinin dönüşümleri olduğu ve insanların doğa ile kurdukları ilişkinin niteliğini büyük ölçüde değiştirdiği bilgisinden hareketle, tekniğin bir güç haline dönüştüğü ve insanların teknik sayesinde doğaya egemen olmaya başladığı üretim devrimleri, üretimin dönüşümü ve toplumsal yansımaları bir sonraki bölümde ele alınmıştır.

1.2. Üretim Devrimleri, Üretim Dönüşümü ve Toplumsal Yansımaları

İnsanlık tarihi tarafından tanıklık edilen iki köklü değişimden birisi tarım diğeri ise endüstri devrimidir. Endüstri devrimleri, her zaman, tarihsel dönemlerinde teknolojik yeteneklerin artmasıyla ilişkilendirilmiştir. Çünkü verimliliği ve üretkenliği artırma arayışı, üretimi ve üretim sektörünü, teknolojik dönüşüm ve inovasyon sürecinin ana aktörlerinden yapmaktadır. Endüstrileşme, teknolojinin mümkün kıldığı yeni makineleri, süreçleri ve hizmetleri kullanmak için geliştikçe, çalışanları, sermayedarları ve toplumu içeren ilişkilerin toplamı haline gelmektedir. Fabrika üretimi sisteminin hâkimiyetinde bir toplumsal örgütlenme şekli olarak tarif edilen (Bozkurt, 2014) ve endüstri toplumunu karakterize eden endüstrileşmenin insanlık için ne zaman devrim yaratacak duruma geldiği konusunda bir uzlaşma bulunmamaktadır. Ancak bireyin kendisiyle, diğer bireylerle ve canlılarla olan ilişkisini hem de dünyanın algılanmasına yönelik geliştirdiği algının değişimine sebep olan teknolojik gelişme 1763’de James Watt tarafından buhar makinasının icat edilmesi olmuştur. İngiltere’de, buhar makinesinin icadıyla birlikte “Endüstri Devrimi” olarak adlandırılan toplumsal değişim, haliyle toplumsal ilişkileri de dönüştürmüştür. Endüstri Devrimi’yle; sınırlı, kendi kendilerine yeterli yaşam çevreleri sisteminden, kocaman balık ağyımışçasına tüm bireyleri, tüm toplumları, tüm yaşamları, tüm çalışma biçimlerini, tüm gereksinimleri içerisine alan dünya ölçüsünde bütün insanlığı ilgilendiren ve etkileyen bir sisteme geçilmiştir (Freyer, 1968). Aslında endüstri devrimi başlangıcı ve sonu olmayan bir hadise olmakla birlikte, Dünya’da sosyal, ekonomik, siyasal ve kültürel değişimlere neden olan, birbirinden farklı yapılara ve etkilere sahip üç endüstri devriminden söz edilmektedir. Günümüzde ise “IV. Endüstri Devrimi”nin hatta ve hatta “V. Endüstri Devrimi”nin yaşandığı belirtilmektedir.

Buhar makinesinin icat edilmesi ve enerji kaynağı olarak buharın kullanılmasıyla başlayan “I. Endüstri Devrimi” aletlerin terkedilmesinin ve teknolojinin egemen olduğu makineleşmeye geçişin başlangıcı olmuş, ardından da Avrupa’ya ve tüm dünyaya yayılmıştır (Şenkal, 2011). Buhar makinesinin üretim süreçlerinde kullanılmaya başlanmasıyla geleneksel el tezgâhları ile el zanaatları işlevsizleşmiş, yeni teknik ve makinelerle teçhiz edilen fabrika düzeni; üretim biçimleri ve üretim ilişkilerini değiştirmiş, insan ve hayvan gücünün yerine makine gücünü geçirmiştir (Güven,1995). Makineleşmeyle birlikte üretim miktarının yükselmesi, nüfusun ve tüketimin artması, hammaddeye bağımlılığı da arttırmış, hammaddeye bağımlılık fabrikaların kuruluş yerlerinin neresi olacağını etkilemiş, fabrikalar özellikle hammaddeye kolay ulaşılabilecek yakın yerlere kurulmaya başlamıştır.

Endüstrileşme sürecinde fabrikaların kurulması endüstri kentlerinin oluşumunun da önemli bir unsuru olmuştur.

I. Endüstri Devrimi döneminde makinelerin üretime katılmasıyla ve tren, gemi taşımacılığı gibi ulaşım alanında yaşanan gelişmeler sayesinde demir, çelik ve tekstil gibi alanlarda üretim hacmi artarken ürünlerin fiyatları gerilemiş, tüketicilerin talepleri kolayca karşılanabilmiş, ülkeler arası ticaret canlanmıştır. Ulaşım alanındaki gelişmeler yalnızca iç pazarın gelişmesini sağlamakla kalmayıp dünya pazarının iç pazar olmasını da sağlamıştır (Çakıroğlu ve Karadirek, 2019). Dolayısıyla burjuva tarafından, feodalizm yerine, malların serbest mübadelesine dayanan, kâr etme amacı güden kapitalizmin hâkim olduğu bir toplumun kurulmasıyla birlikte, önceden mal mübadelesinin yanında fetih, korsanlık, talan, yağma, sömürüyü kapsayan esnek ticaret sayesinde biriken sermaye, büyük çaplı kapitalist üretim için yeterli olmamaya başlamış ve sermayenin kar sağlayacak bir emeğe ihtiyacı doğmuştur (Huberman, 2019). Emeğe olan ihtiyaç nedeniyle bu dönemde endüstriye ilgi göstermeyen ve geleneksel yaşamlarını terk etmeye niyetli olmayan insanların üzerinde ekonomik ve toplumsal güçlükler kamçı etkisi gösterirken yüksek ücretler ile kentlerin sağlamış olduğu özgürlükler havuç görevi görmüştür. Çünkü o dönemde endüstri ile birlikte kapitalist sermayenin devamlı gelişip fazlaşması için insanların endüstriye çekilmesi hatta mecbur edilmesi gerekmiştir (Hobsbawm, 2008). Böylelikle büyük bir emek yedeği olmadan yürüyemeyen makineli üretim, el işçisini mahvederek emek yedeğini sağlamış ve sermaye birikimiyle birlikte endüstriyel kapitalizm için gerekli hatta zorunlu olan mülksüz emekçi sınıfı doğmuştur. Çünkü kapitalist sistem; üretimin ve sermaye birikiminin artmasına yönelik özel sermayeyle mülksüz ücretli emekçi arasında oluşan ilişki bağlamında gerçekleşen meta üretim sistemi şeklinde işlemektedir (Giddens, 1998). Endüstri Devrimi'yle görünür hale gelen kapitalist üretim biçiminde; işçi emeğini satın alan kapitalistin denetimi altında çalışmakta ve çalışmanın sonucunda ortaya çıkan ürüne onu üreten işçinin değil de kapitalistin malı olmaktadır. Dolayısıyla işçi ile yarattığı ürünler arasındaki ilişki nesneleşmekte yani işçi önce yarattığı ürüne, sonra üretimin kendisine yabancılaşmakta bağlı olarak öteki toplumsal ilişkiler de bundan etkilenmektedir. Fabrikalı üretim sistemi sayesinde emeğin gücü sermayeye bağımlı kılınmıştır. Böylelikle hem kapitalizm gelişme göstermiş hem de sermayenin artı değer, arttırmaya yönelik gereksinimi karşılanmıştır. Fabrikalı üretim sistemi bir yandan çalışanların; emek güçleri ile yaptıkları iş üzerindeki bireysel denetimlerini ortadan kaldırırken diğer yandan da gözetim altında çalıştırılmalarının güvencesi olmakla kalmamış aynı zaman da niteliksizleşmelerine sebep olan teknik iş bölümü süreçlerinin de

başlangıcını oluşturmuştur (Öngen, 1996). Böylece bu Endüstri Devrimi, emeğin yoğun olduğu üretim şeklinden teknolojinin yoğun olduğu üretime geçilmesini, işçi-burjuva (geleneksel tarım toplumunun köylülerinin endüstri işçisine dönüştürülmesi ve sermaye sahibi burjuvaziye de toplumun üst ve saygın sosyal sınıfı olarak ön plana çıkarılmasıyla) şeklinde iki farklı toplumsal sınıfın oluşmasını beraberinde getirmiştir. Ayrıca sermayedarlarla işçiler arasındaki makasın da gittikçe açılmasını sağlayan süreci başlatmıştır.

Kapitalist endüstrileşmenin bu aşamasında en temelde iş ve çalışma yaşamı ile yapısı değişime uğramıştır. Daha önceleri serf toprağı işlerken çalışacağı saatler ile işini yapma şekli doğaya ve ürettiği ürünlere bağılıyken kentsel alanlarda büyük kitleler şeklinde yaşayan aynı zamanda da kent toplumu ve kültürünün temelini oluşturan fabrika işçisi ise belirli saatlerde işe gitme, iş sürecinde dakik olma, iş dışındaki zamanların nasıl ve ne biçimde değerlendirileceğinin (Çağlayan, 2020) belirle(n)me(si), tüketim sürecine eklemleşme dinamikleri üzerinden hareket eder olmuştur. İşçinin geleneksel bağlarından kurtarılması ve fabrika düzenine uygun olması için ailenin fonksiyonu elinden alınarak kurumlara verilmiştir. Örneğin; okullarda çocuklara endüstri için gerekli olan, disiplinli olma, söz dinleme, her şeyi zamanında yapma gibi davranışların kazandırılması hedeflenmiştir. Böylelikle montaj düzeni ile çalışan fabrikada, işçi zamanında işe gidip gelecek, verilen emirleri sorgulama ve tartışma olmadan uysal bir şekilde yerine getirecek aynı zamanda da tekrarlardan ibaret olan işini sıkılmadan yapabilecektir (Toffler, 1981). Nitekim zamanla geleneksel davranışların yerini rasyonel davranışlar almıştır.

I. Endüstri Devrimi döneminde işgücü arzının yüksek olması ve işsiz sayısının çok olması nedeniyle işçiler düşük ücret ve uzun çalışma saatleri konusunda ağır koşullarda çalışmalarının (bütün işçilerin 12-16 saat arası çalışmak zorunda bırakılmalarının olumsuz etkilerini kadınlar ve çocuklar yaşamışlardır) yanında katı çalışma kuralları, yüksek hızda çalışma ve kolay işten çıkarılma gibi problemlerle de karşılaşmışlardır (Hobsbawm, 2005). Çalışma koşullarındaki sorunlara ek olarak işçi ve işveren arasındaki çıkar farklılaşmalarının derinleşmesi hem işçilerin hem de işverenlerin birlikler kurmasını sağlamış, dernekleşme faaliyetlerinin akabinde işçi hareketleri ve sendikalaşma hızı artmış ve böylece işçiler işverenler karşısında toplu bir şekilde haklarını arayabilmişlerdir. Endüstri Devrimi'nin ilk başlarında insan faktörü görmezden gelinmiş olmasına karşın son dönemlerinde işçilerin çalışma şartları iyileşmeye başlamıştır. Çünkü ortaya çıkan toplumsal hareketler, parlamento tarafından çalışma saatlerinde ve günlerinde yasal düzenlemeler yapılarak önlenmeye

çalışılmıştır (Çakıroğlu ve Karadirek, 2019). Çalışma yaşamındaki ve işçi-işveren arasındaki sorunların yanı sıra bu değişme sürecinde kapitalist ilişkiler bağlamında kurgulanan kentsel ilişkiler kendi kültürel formlarını da meydana getirmiştir. Kentlere göç sonrasında kent nüfusunun çoğalmasıyla kent dışında artmaya başlayan her türlü alt yapıdan eksik banliyö gecekondular gibi çarpık ve plansız yerleşim yerlerinde ortaya çıkan çevresel kirlilik, temiz su ve yiyecek ihtiyacının karşılanmaması, salgın ve hastalıkların görülmesine neden olmuştur. Zamanla buralara özgü bir kültürün ortaya çıkmasıyla beraber kent dışı nüfus ile kent merkezi nüfusu arasında kültür farklılıkları oluşmaya başlamıştır (Çağlayan, 2020).

Endüstrileşme; fabrikalarda üretimde elektriğin kullanılması, elektrik gücünün montaj hatlarını yönlendirmesi ve seri üretimin ortaya çıkması ile yeni bir boyut kazanmış, Almanya ve Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'inde "II. Endüstri Devrimi" yaşanmaya başlamıştır. Bu dönemde üretimin altyapısında köktenci bir biçimde dönüşüm yaşanırken bunda akılcı yönetim yaklaşımlarının büyük payı bulunmaktadır. ABD'de ve II. Dünya Savaşı sonrasında çoğu ülke endüstrisinin egemen emek rejimi olan Taylorizm; II. Endüstri Devrimi'nin temeli olan mekanizasyona ve bunun sonucunda oluşan aşırı uzmanlaşmaya bağlı gelişmiştir. Ekip çalışmasına dayalı mekanik bir hat üzerinde gerçekleşen üretimde emek türdeşleşerek çalışmanın sürekliliğiyle çalışanların kesin itaati, iş sürecinin temel prensipleri haline gelmiştir. Çalışmanın sürekliliğiyle kesin itaat; makineler arası iş bölümüne imkân veren zaman ve hareket yasaları ile sağlanmıştır. Zaman ve hareket yasaları hem işlevler arası koordinasyonu hem de çalışma şartları ile çalışanlar üzerinde devamlı denetimi mümkün kılmaktadır (Aglietta, 2000). Öte yandan II. Endüstri Devrimi'nin ürünü ve endüstrileşmenin klasik paradigması olan Fordizm; Frederick Winslon Taylor'un "Bilimsel Yönetim Yaklaşımı" baz alınarak geliştirilmiştir. Fordist üretim sistemini Henry Ford kendi otomobil fabrikasında kullanmıştır. Bu sistemde, üretim sürecindeki bütün aşamaları kapsayan bir planlama sistemi sayesinde işler sistematik şekilde alt bölümlere ayrılarak detaylı biçimde yazılı olarak tanımlanmıştır. Böylece üretimde, standartlaşma ve merkezi örgütlenme esas alınarak seri üretimin kitlesel üretime dönüştürülmesi sağlanmıştır (Taylor, 2018). Rutin işlerin yapılmasında ise bireyin, makineler yardımıyla üretime etkin şekilde katıldığı ve esasını hat sistemlerinin meydana getirdiği formal örgütsel bir yapı oluşturularak nitelikli işgücüne olan bağımlılık azalmıştır (Kapas, 2008). Bilimsel yönetim anlayışıyla rasyonel bir yapıya kavuşan Fordist üretim süreçlerinde iş bölümü, uzmanlaşma, standartlaşma, hızlı hareket, süreklilik, merkeziyetçilik ve dikey hiyerarşi başarı ve verimlilik açısından önemliyken Max Weber'e göre bu hiyerarşi işçinin hem üretim araçlarından soyutlanmasına

hem de yönetim araçlarından uzaklaşmasına neden olmaktadır. Ayrıca bu hiyerarşinin, üretim ve yönetim araçlarından soyutlanmanın ana sorumlusu da sadece devleti değil, ticari şirketleri, dernekleri, siyasal partileri, üniversite, hastane ve benzeri tüm büyük çaplı kuruluşları kapsayan bir örgütlenme biçimi olan bürokrasidir (Öngen, 1996). Nitekim Fordizmle birlikte karar almanın tümüyle üretim çarkının dışına taşınması ve emeğin yabancılaştırılması; performansa dayalı adil bir ücret ve ödül sistemi olduğu düşünülen parça-başı ücretle telafi edilmeye çalışılmıştır (Aydınlı, 2004). Fordist üretim sistemi yalnızca üretim sistemini biçimlendirmekle kalmayıp toplumsal yaşama sirayet ederek yeni bir insan tipi yaratmış, böylece tüketime odaklanan bir kâr anlayışıyla kapitalist sistem toplumsal bağlamda da etkisini göstererek bireylerin gözetim/denetim altına alınmasında etkili olmaya başlamıştır (İlhan, 2007). Fordist kitlesel üretim mekanizmaları tarafından tetiklenen tüketim toplumunda, kitle iletişim araçlarının etki ve baskısı önemli olmuştur (Krogh, 1999). Dolayısıyla kapitalizmin tesiri sonucunda gelişen, Frankfurt Okulu düşünürlerinden Theodor W. Adorno ve Max Horkheimer'in kullanmış olduğu kültür endüstrisi, kitleleri büyülemek ve peşinden sürüklemek için yeni odaklar oluşturmakta, uluslararası piyasanın varyasyonlarına ve gereksinimlerine uygun olarak şekillenmektedir (Kejanlıoğlu, 2011). Böylece kültür endüstrisi tarafından kültür soğurularak ideolojik bütünleşmenin, sosyal kontrol ve kâr hırsının, "Aydınlanma karşıtlığının" bir aracına dönüştürülmektedir (Açıkgöz, 2013). Dolayısıyla ürünler bireylere tekeli yapılanma içerisinde sunulmakta ve bireyler paralarına göre istatistik verilerine dönüşmektedir. Yani kültür endüstrisinde tüketici olarak görülen birey, sunulan ürünlere göre sınıflandırılmaktadır (Yaylagil, 2008). Sistem yalnızca tüketim için üretmekle yetinmemekte rasyonelliğiyle birlikte nicelik ve nitelik olarak önceden hesaplanabilir tüketici kitlesi de üretmektedir. Nitekim günümüzde kültür endüstrisinin görevini Bilgi ve İletişim Teknolojileri (BİT) devralmış, kişisel veriler üzerinden bireyler hedefli reklamcılık yoluyla tüketilmeye çalışılmaktadır. Aslında kültür endüstrisiyle toplumsal olarak eşitlikçi bir yapının oluşturulduğu, bireyselleşmenin desteklendiği iddia edilse de birey şeyleştirilmekte/nesneleştirilmekte ve makinenin bir dişlisi haline gelmektedir. Böylelikle modern dünyada çelik kafes içerisinde yaşayan birey kültür endüstrisi aracılığıyla denetim altına alınmakta ve Herbert Marcuse'nin de belirttiği üzere toplumda tek boyutlu düşünceyle davranışlar biçimlenmektedir. Yani bu dönemde, üretim ile tüketim normlarının birbirine eklemlenmesiyle toplumsal ve ekonomik yaşam birbirine bağlı hale gelmiştir. Sermaye, ücretli emeği sadece üretim ve emek süreçlerinde değil tüketimde dâhil olmak üzere yaşamın her alanında denetimi altına almıştır.

1960'ların sonlarına kadar, savaş sonrası ekonomik dünya düzeninde Fordist-Weberyen örgütlenmedeki bürokrasiyle birlikte bürokrasinin kuralları, rasyonel örgüt yapısının gelişmesinde itici güç olurken yine bu yıllarda oluşmaya başlayan rekabetçi ve yenilikçi dünya düzenine uyumu zorlaştırmıştır. 1970'lerde kendini gösteren krizden dolayı, ekonomik büyümenin yavaşlaması, vergi yüklerinin artması, işten çıkarmaların çoğalması, talebin azalması, enflasyonun artması, gelir dağılımının bozulması, özel sektörde verimliliğin ve kârın düşmesi, yeni teknolojilerin maliyetlerinin artması ve uluslararası rekabetin yoğunlaşması, 1973 yılındaki petrol krizi ve ardından finansal krizlerin yaşanması, tüketici tercihlerinin çeşitlenmesi, hammadde kaynaklarının tükenmesi ve çevre kirliliği tartışmaları yeni birikim rejimini zorunlu hale getirmiştir (Aydınlı, 2004). Bu kriz ışığında ulusal kapitalistlerin, kârlarını yeniden oluşturmak için izledikleri temel strateji olarak üretimin uluslararasılaşmasının ortaya çıkmasıyla dünyanın dört bir yanındaki ulusal ekonomiler, özellikle de çevredeki düşük ücretli bölgeler, en gelişmiş kapitalist ülkelerden ürünlere ve finansal yatırımlara açılmıştır (Tauss, 2012). Böylece sermayenin ve emek sürecinin bölümlerinin, dünyadaki düşük ücretli ülkelere ihraç edilmesi, malların fiziksel üretiminin hareketiyle beraber teknolojik gelişme ve yeniliğin çekirdek bir alanda yoğunlaştığı yeni bir uluslararası iş bölümünün yükselişine yol açmıştır. Üretim yavaş yavaş merkezden çevresel alanlara kaymış ve çevre üretimi merkezde bulunan kontrol mekanizmaları tarafından merkeze bağlanmıştır (Cox, 1980). Fordizmin krizi sonrasında; küçük ölçekli firmalar rekabet yetisi kazanmış ve bilgisayara dayalı esnek üretim sistemi kendini göstermiştir. Böylece refah devletinin çökmesi ve âdem-i merkeziyetçi bir yapıyla birlikte, üretim, tüketim ve istihdam da esnekleşme ve desantralizasyonun öne çıktığı Post-Fordizm gelişmeye başlamıştır (Manicas, 1997).

Aynı zamanda bu dönemde savaş sırası ve sonrasında ortaya çıkan ihtiyaçlar doğrultusunda elektronik, nükleer fizik ve modern iletişim teknikleri, bilgi teknolojileri alanında geliştirilen birçok teknoloji "III. Endüstri Devrimi"nin başlangıcına ışık tutmuştur. Haliyle III. Endüstri Devrimi döneminde bilgi teknolojileri; bilginin toplanması, işlenmesi, düzenlenmesi, depolanması, aktarılması ve erişilmesi gibi işlevlerinden dolayı stratejik kaynak haline gelmiştir. Bilgi ve bilgi üretimi, değer yaratmanın vazgeçilmez unsuru olmuştur. Bilginin, para gücü ve kas gücünün bir eki değil de özü haline gelmesiyle işletmelerin başarısı artık sermaye miktarı ile değil, sahip olduğu bilgi ve bu bilgiyi teknolojiyle entegre edebilmesi ile ölçülür olmuştur (Bozkurt, 2014). Çünkü verimliliği temel alan bir toplumsal yapıda artık bilgi ana unsur olmuştur.

Mikro elektronik teknolojileriyle birlikte yenilenen iletişim teknolojisi ve internet; bilgi toplumu, bilişim toplumu, endüstri ötesi toplum şeklinde değişik adlandırılmalar yapılan yeni toplumsal örgütlenmenin temelini atmıştır (Öngen, 1996). Elbette bu dönemde yeni üretim faktörü olarak bilgi, bilgi üreten ve bilgi tüketen endüstrilerin önem kazanmasıyla, kurum ya da kuruluşların teknolojik gelişmelerin tamamını tek başına yapabilmeleri hem maliyet hem de zaman açısından mümkün olmamıştır (Vogt, 2015). Bu nedenle birlikte hareket etme zorunluluğunun ortaya çıkması işletmeler, üniversiteler, araştırma kurumları ve ülkeler arası iş birliklerini gerekli kılmıştır (Rifkin, 2014). Dolayısıyla teknoloji, kurumlar ve politikalar arasında karmaşık ve çeşitlenmiş ilişkiler şeklinde ifade edilen esnek uzmanlaşma, esnek ve genel amaçlı makine kullanımı ile nitelikli işgücü yanında bu dönemde iş akışını yavaşlatan ve ihtiyaç duyulmayan her şey üretim sürecinin dışında bırakılmıştır. Örneğin yalın üretim gibi (Öngen, 1996). Hal böyle olunca BİT'deki gelişmelere ve sektörel değişimlere bağlı olarak maddi ürün üretiminin yerine hizmet üretimine geçişi ihtiva eden bir ekonomik dönüşüm sürecine girilmiş, bilgi ile enformasyonun ağırlığı artmıştır (Bozkurt, 2014). Böylece tüm toplum modellerinde hizmet sektörü var olmasına rağmen bilgi toplumunda farklılaşarak beşerî hizmetler (sağlık, eğitim ve sosyal hizmetler) ile mesleki hizmetlerde (bilgisayar, sistem analizi ve araştırma-geliştirme) yoğunluk kazanmıştır. Dolayısıyla hizmet sektörünün gelişmesi mesleki yapı, çalışılan yer ve işlerin türünde, iş yapma süreçlerinde değişimlerin yaşanmasına sebep olduğu gibi eğitim, yönetim ve büro işlerinin artmasına bağlı beyaz yakalı işçilerin sayısının ve çalışma alanlarının çoğalmasını hatta bu dönemde bilim adamı, öğretmen, mühendis, hekim, teknisyen gibi profesyonel ve teknik sınıflarda da sayıların yükselmesini sağlamıştır (Bell, 1973). Bu meslekleri, diğer mesleklerden fiziksel güçten ziyade bilgiyi gerekli kılan sembolik kapasiteye sahip deneyimleri ayırt etmektedir (Giddens, 1999). Çalışanların, sadece üretimin bir kısmında değil üretimin tüm aşamasında söz sahibi olmaları istenmekte, ast ve üst ayrımı olmadan tüm çalışanlar yetkilendirilerek katı hiyerarşik kurallara bağlı olmadan ekip halinde çalışmaları beklenmektedir (Robbins ve Judge, 2013). Ayrıca çalışanların verimliliğinin arttırılmasının yolu, işin sonucundaki çıktıların değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Bu da çalışanların devamlı değişen fırsatlara, iş uygulamalarına, iş prototiplerine, ekonomik ve sosyal organizasyon şekillerine uyum sağlayarak yaşam boyu eğitim almaları zorunluluğunu doğurmuştur (Genç ve Çakıroğlu, 2019). Yine bu dönemde gelişen toplam kalite yönetimi ve tam zamanında üretim gibi anlayışlar ile bilgisayar destekli teknolojilerin kullanımı, çalışanları bürokratik örgütlerin içine hapsederek evden, uzaktan çalışma imkânı vererek çalışanlara zaman ve mekân esnekliği kazandırmıştır (Doru, 2020).

Üretim sürecinde yaşanan bu değişikliklerin yanında postfordist paradigmayla beraber Keynesçi refah devleti yerini Schumpeterci iş bulucu devlete bırakmıştır. Artık devlet arz yönlü müdahaleler ile ulusal ekonominin yapısal rekabetini ürünlerin/süreçlerin geliştirilmesi ve örgütsel yenilikler yoluyla geliştirmeyi amaçlamaktadır. Bunların yanı sıra devletin sosyal politikalarını piyasadaki esneklik talepleriyle birlikte uluslararası rekabet sınırlandırmalarını temel alarak düzenlemesi gerekmektedir. Uluslararası rekabetçe tam istihdamı hedefleyen politikaların gündemin alt sıralarına yerleştirilmesi nedeniyle devlet tarafından, özel sektörün istihdam yaratabilmesi yönünde teknik ve hukuki yenilikler planlanarak uygulamaya konulmakta aynı zamanda paylaşımcı refah hakları da sosyal politikaların üretken yeni düzenlemeleriyle yok olmaktadır (Oğuz, 2018). Böylece özelleştirme, kuralsızlaştırma, imtiyaz sözleşmesi gibi neoliberal politikalar ile piyasa kamuya göre öne çıkarılarak devletin küçültülmesi söz konusu olurken koşulların değişmesine bağlı klasik yönetim yaklaşımlarının hantallığa ve kırtasiyeciliğe sebep olduğu gerekçesiyle kamu sektöründe esnek ve âdem-i merkeziyetçi bir yaklaşım benimsenerek yönetim temelli dönüşüm gerçekleşmiştir (Aydınlı, 2004). Nitekim hem kamu da hem de özelden etkililik ve verimlilik talebi baskın hale gelmiş, serbest girişim ve serbest piyasa fikirleri ön plana çıkmıştır. Dolayısıyla neoliberal yönetimler, emek piyasalarının, kurumların/firmaların ve çalışma ilişkilerinin esnek bir zemine geçmesinde teşvik edici olmuştur (Doru, 2020).

1.2.1. IV. Endüstri Devrimi (Endüstri 4.0) ve Üretimde Dijitalleşme

Günümüzde, üç Endüstri Devrimi'nde gerçekleştirilen mekanik, elektronik ve bilgi teknolojileri alanlarında oluşan kazanımların üstüne kurulmakta hatta bazı ülkelerde yaşanmakta olan IV. Endüstri Devrimi olarak da adlandırılan Endüstri 4.0 yaşanmaktadır. Almanya'nın çevre ile uyumlu, az insan gücü ile daha fazla, daha kaliteli ve daha çok kişiye özel üretim yapabileceği bir yol olarak bulduğu Endüstri 4.0 kavramı; ilk kez 2011 yılında Almanya'daki Hannover Fuarı'nda küresel değer yaratma zincirlerindeki dönüşüm sürecini anlatmak için kullanılmıştır. Başlangıçta, Almanya Eğitim ve Araştırma Bakanlığı'nın, Geleceğin Yüksek Teknolojileri 2020 Projesi'nin bir parçası şeklinde söz edilirken daha sonra bir amaç haline gelip yeni bir sanayi stratejisi olarak ele alınmıştır. Bu haliyle Endüstri 4.0 kavramsallığın ötesine geçerek resmi bir nitelik elde etmiştir. Hazırlanan planla seri ve sürekli inovasyon, esnek ve düşük maliyetli üretim ve süratli bir şekilde pazara çıkabilme amaçlanmıştır (Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği [TÜSİAD] ve Boston Consulting Group [BCG], 2017). Kısaca makinelerin insan gücüne ihtiyaç duymadan kendileri ile birlikte

üretim süreçlerini yönetebilmeleri şeklinde ifade edilen (Gabaçlı ve Uzunöz, 2017) Endüstri 4.0'ın merkezinde akıllı üretim/akıllı fabrikalar yer almaktadır. Önceki endüstri devrimleriyle ilk önce makineleşen ardından seri ve otonom hale gelen üretim süreçleri günümüzdeyse daha esnek, hızlı ve akıllı hal alırken otomasyonun gelişmesiyle birlikte karar alma ve akıllı gözlem süreçleri de içermektedir.

Her ne kadar III. Endüstri Devrimi'ndeki internet ve bilgisayar teknolojileri tarafından çevrelenmiş olsa da, Endüstri 4.0; üretimin tüm aşamalarının dijitalleşmesi, sensör (makinelerin veri toplayıcıları), veri (algılayıcılardan alınanların depolanması, seçilmesi, sınıflandırılması ve işlenmeye hazır hale getirilmesi), bilgi (yapay zekâ aracılığıyla verilerin bilgiye çevrilip en uygun kararın verilmesi) ve işlem (verilen kararın makineye yaptırılması) mekanizmalarıyla III. Endüstri Devrimi'nden ayrılmaktadır (Şener ve Elevli, 2017) Endüstri 4.0'ı önceki endüstri devrimlerinden ayırt eden diğer öğelerse, hız, genişlik ve sistem etkisidir (Schwab, 2017). Başka bir anlatımla doğrusal olmayan, üstel hızla ilerleyen gelişmelerin üretimin yanında iş dünyası, toplum ve bireyin hayat şartlarında derin değişiklik yaratması, firmaların ve sektörlerin yapısıyla birlikte ülkelerinde yapısını değiştirerek sistemlerin bütünsel dönüşümünü içermesiyle diğer endüstri devrimlerinden farklılaşmaktadır (Fırat ve Fırat, 2017).

Üretimde dijitalleşme, otomasyon ve otomatik veri değişiminde ilerlemeyi temsil eden hatta otonom makineler ile sanal ortamların düzeni şeklinde de belirtilen Endüstri 4.0'ın bileşenleri; sensörler (algılayıcılar), akıllı fabrikalar, siber-fiziksel sistemler, nesnelerin interneti, büyük veri ve analizi, arttırılmış gerçeklik, 3 boyutlu (3D) yazıcılar, bulut teknolojileri, siber güvenlik, otonom robotlar ve yapay zeka, yatay ve dikey sistem entegrasyonu ve simülasyon şeklinde sayılmaktadır (Ege Bölgesi Sanayi Odası [EBSO], 2015). Endüstri 4.0'da anahtar kavram iletişimdir. Endüstri 4.0'da ürün veya hizmetlerin geliştirilmesinde, nihai ürünün hammaddeden üretime ve son tüketiciye ulaşıncaya kadar tüm üretim süreçlerinde insan, makine ve bilgi sistemleri birbirine bütünleştirilmektedir (Yazıcı ve Düzkaya, 2016). Üretim süreçlerinde tüm birimlerin birbirleri ile iletişim halinde olması, üretimde karar verme süreçlerini makinelerin otonom yapması, büyük verilere gerçek zamanlı ulaşılabilmesi, ürünün esnek, anlık ve kişiye özel olması yani üretim ile tüketim ilişkilerinin tümünün yapısal olarak değiştirilmesi hatta kullanıcıların üretime tamamen katılabilmesi amaçlanmaktadır (Soylu, 2018). Endüstri 4.0'ın sağladığı akıllı ve kendini yöneten makine-makine etkileşimlerinin, akıllı izleme denetim sistemleri ve akıllı karar alma süreçleri

tarafından yönetilmesiyle üretimin daha kontrol edilebilir, verimli, hızlı yüksek kalitede, ekonomik olması ve kaynak verimliliğinin yüksek ölçüde iyileştirilmesi öngörülmektedir (Gabaçlı ve Uzunöz, 2017). Bu bağlamda Endüstri 4.0'ın tasarlanması esnasında sektörlerin; birlikte çalışabilirlik, sanallaştırma, sorumluluğun dağıtılması, gerçek zamanlı yetkinlik, hizmet oryantasyonu, modülerlik ilkelerini göz önünde bulundurmaları tavsiye edilmektedir. Her şeyin her şeyle ağ oluşturacak biçimde ilintili olduğu hatta bina, üretim makineleri, lojistik faaliyetler, bilgi/veri güvenliği, iş ortamı ve sosyal ağlar gibi tüm işlemlerle öğelerin, akıllı (yapay zekâ) bilişim teknolojilerinin etkisinde olduğu belirtilmesine (Fırat ve Fırat, 2017) karşın Endüstri 4.0 sadece akıllı-bağlantılı makineler ve sistemlerle alakalı olmayıp çok daha geniş kapsamlıdır. Genetik, nanoteknoloji, yenilenebilir enerji ve kuantum bilgi işlem gibi birçok alanda eş zamanlı atılımlar yaşanmaktadır. Ayrıca Endüstri 4.0'ın getirdiği teknoloji ve yeniliklerin, sürdürülebilirlik hususunda da katkı sağlaması beklenmektedir (Schwab, 2017).

Diğer yandan, fiziksel, dijital ve biyolojik dünyalarda teknolojilerin iç içe geçtiği, birbirlerini güçlendirerek geliştikleri, yaşamı, çalışma ve insanların birbirleri ile ilişki kurma tarzlarını kökten değiştireceği ifade edilen (Schwab, 2017) Endüstri 4.0'ın modern toplumu güçlü bir şekilde etkileyeceği, olumlu ve olumsuz tezahürlerinin olacağı vurgulanmaktadır. Olumlu tezahürleri; üretim performansının gerçek zamanlı izlenebilirliği, artan işgücü kalitesi, fabrikaları ve işletmeleri uzaktan yönetebilme, artan müşteri deneyimi, yeni teknoloji devlerinin ortaya çıkışı, tüm cihazların dijitalleştirilmesi ve aralarındaki ağ bağlantısı, ürünlerin kalite, standart ve estetik seçeneklerine çözüm bulma, daha hızlı, daha verimli ve kişiselleştirilmiş ürünler sağlamaya izin vererek nüfusun yaşam standartlarının yükselmesini teşvik etmesi şeklinde sıralanmaktadır. Olumsuz tezahürleri ise; Endüstri 4.0'ı yakalayamayan işletmelerin ortadan kaybolması, operasyon kabiliyetine sahip işgücünün istihdamında azalma, kamu hizmetlerinin belirli bir seviyede olmadığı ülkeler üzerindeki sınırlı etkiler, veri güvenliği ve depolama zorlukları, verileri yönetemeyen işletmelerin kaybolması, istihdam açısından dezavantajlar şeklinde sıralanmaktadır (Yüksel ve Şener, 2017).

Ayrıca Endüstri 4.0'ın yeni işler, meslekler yaratabileceğinden bahsedilirken otomasyonun, üretimde mavi yakalı işçilerin yerini aldığı gibi aynı şeyi yapay zekânın da vasıflı ve yüksek eğitimli işlerde yapacağından bahsedilmektedir (Prisecaru, 2016). Bu bağlamda Dünya Ekonomi Forumu'nca (DEF) 2016 yılında hazırlanan "İşlerin Geleceği

Raporu'na (Future of Jobs Report)" bakıldığında; gelecek yıllarda Endüstri 4.0'ın istihdam ve iş modelleri üzerinde derin etkilerinin bulunacağı hatta iş modelleri üzerinde yıkıcı değişimlerinin olacağı dile getirilmektedir. Bu raporda 702 mesleğin bilgisayarlaşma olasılığı tahmin edilmiş olup bilgisayarlaşmaya en uygun olan meslekler vergi danışmanları ile saat tamircileri iken en az uygun olan meslekler ise mekanik, montajcılar ve tamircilerin birinci süpervizörleri ile doktorlar ve cerrahlar şeklinde belirtilmiştir (World Economic Forum [WEF], 2016a). Ancak işlerin robotikleşmesi ve dijitalleşmesinden, mesleklerin yanında vergi gelirlerinin, emeklilik fonlarının etkilenmesinin, emeklilik gelirlerinin daha eşitsiz hale gelmesinin, vergilerin erozyonundan dolayı sosyal güvenlik harcamalarının kısılmasının ve yaşlılara sağlık hizmeti sağlama da zorlanmanın söz konusu olabileceği ayrıca robotik ve yapay zekânın, empati, duyarlılık, yaratıcılık ve ilham gibi benzersiz değerleri etkileyerek insanların yaşamlarının "insanlıktan çıkarılmasına" neden olabileceği, ahlaki ve etik zorlukları da artırabileceği ifade edilmektedir (Prisecaru, 2016).

1.2.2. Üretimde Dijitalleşme ve Sonrası: Toplum 5.0

Endüstri 4.0'ın insan faktöründen çok ekonomik faydaları önemsemesi, işsizliği arttırması, bazı meslekleri yok etmesi şeklindeki olumsuz tezahürlerinin en aza indirilerek yaşanabilir bir dünya yaratılması hedeflenmiştir. Bu nedenle insanın merkeze alındığı, yaşam kalitesinin, toplumsal sorumluluğun ve sürdürülebilirliğin iyileştirilmesinde Endüstri 4.0'ın yaratmış olduğu sonuçların ve teknolojilerin, bütün insanlığın refahı ve yararına kullanılarak, çok çeşitli toplumsal gereksinimlere cevap verilebildiği, bireylerin gereksinim duydukları ürünler ile hizmetlerin gerekli zamanda ve doğru miktarda sunulabildiği, her bireyin kolayca kaliteli hizmet alabildiği, bölge, yaş, cinsiyet ve dil farklılıklarının üstesinden gelebildiği, güçlü ve rahat biçimde yaşayabildiği yeni toplumsal kurgu olan Toplum 5.0 (Society 5.0) ya da süper akıllı toplum programı 2017 yılında Almanya Hannover Ofis Otomasyonu, Bilgi Teknolojisi ve Telekomünikasyon Merkezi (Centrum für Büroautomation, Informationstechnologie und Telekommunikation [CeBIT]) fuarında Japonya tarafından açıklanmıştır. Ayrıca Toplum 5.0 "teknolojinin toplumlarca tehdit şeklinde değil de yardımcı olarak algılanması" inancıyla temellendirilmiştir (Eren, 2020). Toplum 5.0'ın hedefleri, yaşanan dünya nüfusu için çözümler geliştirmek, sanal dünyayla gerçek dünyanın birlikte işlemlerini sağlamak, nesnelere internetinden toplum çıkarlarını göz önünde bulundurarak faydalanmak, çevre kirliliği ile doğal afetlere yönelik çözümler üretmek şeklinde ifade edilirken Toplum 5.0'ın geliştirilmesinde üstesinden gelinmesi gereken 5 engelin olduğu da

belirtilmektedir. Bunlar hukuk sistemi engelleri, nesnelere dijitalleşmesi sırasındaki bilimsel eksiklikler, kalifiye personelin yetersiz oluşu, sosyo-politik peşin hükümler, toplumsal karşı koymalar şeklinde sıralanmıştır (Keidanren, 2018). Ayrıca Toplum 5.0 her ne kadar Japonya'nın büyüme stratejisi olsa da yaşlanan nüfusla, azalan doğum oranlarıyla ve nüfus azalmasıyla çoğu ülkenin zamanla karşılaşacağı için bu ülkelerin de benzer stratejileri benimsemeleri gerekebileceği belirtilmektedir (Fukuyama, 2018).

Fiziksel alan ile siber alanın etkili biçimde içi içe geçtiği Toplum 5.0'da nesnelere interneti, büyük veri, yapay zekâ, robotik ve kablosuz sensör ağı gibi birçok teknoloji kullanılmaktadır. Dolayısıyla yapay zekâ süper akıllı toplumlarda bireyin fiziksel ve sosyal ihtiyaçlarını belirleyerek bireye standartlaştırılmış çözümler sunma temelinde çalışmaktadır. Burada temel gaye yalnızca mamul üretim yapmaktan ziyade insanın toplumsal sermayesinin dikkate alınarak daha yaşanır hem fiziksel hem de sosyal çevreler oluşturmaktır. Bundan dolayıdır ki Toplum 5.0; akıllı evler, akıllı binalar, akıllı şehirler, akıllı otonom arabalar, akıllı cihazlar gibi yeni gelişimler temelinde makine ile insanın iletişime geçerek hayatını daha kolay, ucuz ve verimli kılmaya yönelik ilişkiler sistemi olarak belirtilmektedir. Elbette ki Toplum 5.0'ın uygulamalarını yalnızca akıllı mekânlar oluşturarak süper akıllı topluma evrileceğini düşünmemek gerekir. Çünkü Toplum 5.0 uygulamalarının sağlık ve eğitim alanlarında da kullanılmaya başlanmasının geleceğin toplumunu inşa etmede bir hayli etkili olacağı, bu etkinin en temelde emek ve üretim süreçlerinde gerçekleşeceği dile getirilmektedir (Çağlayan, 2020). Bu bağlamda stratejideki kamu hizmetleri ve sağlıkla ilgili bölümlere bakıldığında; öncelikle dijitalleşme ile birlikte üretim ve hizmetlerin 20. yüzyıldaki gibi olmayacağı hatta var olanların bir uzantısı şeklinde bile olmayacağı belirtilmektedir. Kamu hizmetlerinin dönüştürüleceği, merkezle birlikte yerel yönetimlerinde sistemlerini dijitalleşmeye bağlı yeniden inşa edecekleri/dönüştürecekleri, görevlerinin birçoğunu dijitalleştirecekleri için diğer aktörlerle aralarında hızlı veri paylaşımı yaparak daha yaratıcı kamu hizmetleri sunacakları ifade edilmektedir. Tıbbi bakımın ise yaşam süresince sağlık hizmetlerine dönüştürüleceği, bireyler tarafından yaşam evreleri verilerinin kendi inisiyatifleri ile kullanılacağı/yönetileceği, tedavi sisteminin önceki geleneksel tıbbi yaklaşımdan farklılaşacağı, hastalıkların başlaması ya da şiddetlenmesini durdurma amacıyla önleyici aşamadayken bireysel sağlığa göre tedavinin ve bakımın sağlanacağı, yüksek kalitede sağlık hizmetlerine her yerden erişim için yeni nesil iletişim ağları ve yapay zekâ destekli tele tıp hizmetleri ile tıbbi hizmetlerin teşvik edilip kullanılacağı belirtilmektedir (Keidanren, 2018).

1.2.3. Endüstri 4.0 ve Toplum 5.0 Bağlamında Türkiye

Dünya Ekonomi Formu'nun (DEF) 2016 yılındaki Küresel Bilgi Teknolojisi Raporu'nda Türkiye'nin ağı hazır olma indeksinde dünyadaki 139 ülke arasında 48. sırada olduğu ve 2015 yılındaki yerini koruduğu görülmektedir (WEF, 2016b). Diğer önemli raporlardan biri olan, ilk kez Küresel Rekabetçilik Endeksi 4.0'ın (Global Competitiveness Index 4.0) temel alınarak DEF tarafından 2018 yılında yayınlanan Küresel Rekabetçilik Raporu'nda; rekabet gücü sıralamasında yer alan 140 ülke arasında Türkiye'nin 2017 yılında 58. sıradayken 2018 yılında 61. sıraya gerilediği (Schwab, 2018), 2019 Küresel Rekabetçilik Raporu'nda da 61. sıradaki konumunu koruduğu ayrıca sağlık bileşeninde ise 2018 yılında 48. sırada iken 2019 yılında 42. sırada yer aldığı görülmektedir (Schwab, 2019). Türkiye'nin sanayi-teknoloji ekosistemini geliştirerek, Endüstri 4.0'ın gerekliliklerini yerine getirmesi, küresel alanda gerçekleşen teknolojik dönüşümün gerisinde kalmayarak, sermayeye karşı gücünü koruma ve halk sağlığını koruyarak geliştirme adına önemlidir.

Endüstri 4.0 kavramının doğduğu ülke Almanya başta olmak üzere diğer sanayi devi ülkelerde 2013 yılından bu yana Endüstri 4.0 çerçevesinde çalışmalar yapılırken Türkiye'nin bu kavramla tanışması 2015 yılında olmuş, akabinde Endüstri 4.0 ve Toplum 5.0'a geçişini destekleyici çalışmalara başlanılmıştır. Bu çalışmalardan biri olan, Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (TÜBİTAK) tarafından 2016 yılında "Yeni Sanayi Devrimi: Akıllı Üretim Sistemlerine Yönelik Kilit ve Öncü Teknolojiler Önceliklendirme" araştırmasında Türkiye sanayisinin dijital olgunluk seviyesi Endüstri 2.0 ile Endüstri 3.0 arasında olduğu bulunmuştur (TÜBİTAK, 2016).

Öte yandan sanayi alanında yapılan çalışmalara ilave Türkiye'nin Vizyon 2023 Strateji belgesinde yer alan sağlık alanında ulusal vizyonunun ve bu vizyona ulaşmak için hedeflenen çalışmaların, Toplum 5.0'daki sağlık alanındaki çalışmalarla olan benzerliği göze çarpmaktadır. Bu vizyon kapsamında yapılacak olan ve Toplum 5.0'dakine benzer olan çalışmalar; Türkiye'de yaşayan herkese, her yerde ve zamanda yaşam bilimlerini alanındaki yeniliklerle uyumlu çağdaş teknoloji ile donatılmış kaliteli ve ekonomik sağlık hizmeti sunulması, yaşlı nüfusun; yaşlılığa özgü hastalıkların ve evde bakıma ihtiyacın artması nedeniyle tele tıp teknoloji ve uygulamalarının geliştirilerek uzaktan sağlık hizmetleri verilmesinin yaygınlaştırılması, sağlık alanında planlama, bilgi akışı, veri girişinin tamamlanarak bilgi yönetiminin sağlanması, uzaktan hasta izleme aygıt ve sistemleri üretilmesi şeklindedir (TÜBİTAK, 2004). Ayrıca günümüzde Türkiye'de genetik bilimi, kök

hücre tedavisi, nanoteknoloji gibi alanlardaki gelişmelerle beraber kişiselleştirilmiş tıp derinlik kazanmaya başlamıştır (Kabaklarlı, 2018).

Aslında sağlık girişimlerindeki bu değişiklikler aynı zamanda sorumlulukların da değişmesi anlamına gelmektedir. Uzaktan sağlık hizmetlerinin verilmesi, uzaktan hasta izleme sistemleri, kendi kendini izleme uygulamaları ve bunların ürettikleri çeşitli veriler, mevcut kamu sağlık sistemlerinin karşı karşıya olduğu ekonomik zorluklara bir çözüm olarak tasarlanan önleyici, katılımcı ve kişiselleştirilmiş sağlık hizmetleri modellerinin ideallerine ulaşmanın bir aracı olarak görülmektedir. Dolayısıyla bu modeller içinde ve neoliberal özgürlük ve seçim söyleminin ortasında bireylerin kendi sağlıklarının, refahlarının ve hastalıkların önlenmesinde/yönetiminde merkezi bir rol oynaması beklenirken, geleneksel sağlık kurumlarının baskın rolünün küçülmesinin beklenmesi, artan bireysel sağlık bilinci ile yükselen kendi kendini takip etme kültürü, sağlık sorumluluğunun devletten ve sağlık kurumlarından, özelleştirilmiş ve bireyselleştirilmiş bir sorumluluk çerçevesine kaymasına katkıda bulunduğunu/bulunacağını gözler önüne sermektedir.

2. BÖLÜM

2. ÜRETİM BİÇİMİ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1. Tarihsel Süreçte Dönüşümün Hikâyesi

Toplumdaki üyelerin üretici güçlere sahip olma biçimleri ve aralarında oluşan ilişki bağlamında oluşan üretim biçimi günümüze kadar geçen sürede farklı şekillerde ortaya çıkmıştır. Üretim biçiminin devinen, gelişen ve değişen yönünü üretici güçler oluşturmaktadır. Üretici güçler gelişmesinin belli bir seviyesinde üretim ilişkilerinin zorunlu olarak değişmesini dayatmakta ve bunun neticesinde de tüm üretim tarzı belirli bir biçimde değişime uğramaktadır (Marx, 1975). Bilindiği üzere Karl Marx tarafından üretim araçları ile emek gücü üretici güçler şeklinde belirtilmiş olup sağlık alanında; sağlık kurumları, alt yapı, donanım ve teknik donanım üretim araçlarını oluştururken sağlık personeli de emek gücünü oluşturmaktadır. Sağlık alanındaki üretim araçları ile sağlık emek gücü, endüstri devrimlerine koşut değişim göstermiştir. Günümüze gelindiğindeyse erken kapitalizme göre sağlık emek gücü niteliksel ve niceliksel olarak büyümüştür. Aynı zamanda sağlık kurumları da sayı ve çeşit açısından çoğaldığı gibi donanım bakımında da güçlenmiştir. Dolayısıyla sermayenin sağlık alanına yatırım yapmasında hem sağlık emek gücü hem de üretim araçları önemli bir rol oynamaktadır (Zencir, 2021). Bu bağlamda gerek mekânın gerek sağlık gerekse eğitimin; özelde ise tıp eğitiminin piyasalaşma sürecinin anlaşılabilmesi için sağlık hizmeti üretiminde tarihsel olarak önemli değişimler gösteren üretici güçlerin bileşenleri olarak tıbbi teknolojiler ve donanımların, hastanelerin ve hekimlik mesleğinin tarihsel gelişimine bakılmalıdır.

2.1.1. Tıbbi Teknolojiler ve Donanımlar

Tıbbi teknoloji ve donanımın ilk temsiliyeti 1816 yılında steteskobun bulunmasıyla başlamıştır. Anestezi, kan transferi teknikleri, cerrahi müdahalelerin gelişmesi tıbbi cihazlar ile tıbbi aletlerin sanayileşmesini ve bu sanayiye yönelen teknolojilerinde ilerlemesini sağlamıştır. Günümüzdeki sağlık teknolojilerinin temelini oluşturan 1800'lü yıllarda icat edilen tıbbi cihazlar Sağlık 4.0'ın zeminini de hazırlamışlardır (Neuman vd., 2012). Modern sağlık teknolojilerinin dönüm noktalarının endüstri devrimlerinin tarihiyle bir araya getirildiğinde, aralarında bir korelasyon gözlemlendiği ve endüstri devrimlerince ortaya konulmuş mühendislik yeteneklerinin sağlık alanındaki teknolojik devrimlerin temeli şeklinde karşılık bulduğu ifade edilmektedir (Pang vd., 2018).

I. Endüstri Devrimi döneminde (Endüstri 1.0 ve Sağlık 1.0), kliniklerde kullanılmak üzere esnek tüp stetoskop, pistonlu şırınga ve taşınabilir klinik termometre gibi basit, güç kaynağı olmayan, pasif tıbbi aletler icat edilmiştir. Bu tıbbi aletleri, Endüstri 1.0'la gelişen mekanik tasarım ve işleme teknikleri mümkün kılmıştır. II. Endüstri Devrimi döneminde (Endüstri 2.0 ve Sağlık 2.0) kliniklerde kullanılan daha karmaşık, X-ışını görüntüleme, tansiyon aleti, elektrokardiyografi (EKG) gibi tıbbi aletler keşfedilmiş ve Endüstri 2.0 tarafından sunulan elektrik gücü tıbbi aletlere elektrikleme çağını getirmiştir (Pang vd., 2018). İkinci Dünya Savaşı'nın yaşandığı yıllarda hızlı bir şekilde gelişen tıbbi cihaz teknolojisi gelecek 40 yıllık dönemin teknolojik gelişmelerinin temelini sağlamıştır (Zencir, 2021). III. Endüstri Devrimi döneminde (Endüstri 3.0 ve Sağlık 3.0) ise, mikroelektronik, bilgisayar, otomasyon ve biyomedikal mühendisliğin ilerlemesiyle birlikte tıp, mühendislik ve teknoloji arasında disiplinlerarası çalışmalar başlamış ve bunlar sağlık biliminin gelişmesini sağlayarak ultrasonografi (USG), implante edilebilir kalp pili, bilgisayarlı tomografi (BT), manyetik rezonans görüntüleme (MR), yapay kalp, Pozitron Emisyon Tomografisi (PET) gibi karmaşık medikal sanayi ürünlerinin geliştirilmesine imkân vermiştir. Tüm bu tıbbi sistemler Endüstri 3.0 tarafından geliştirilen gelişmiş üretim teknolojileri yani mekanik, elektronik, bilgisayar yazılımı ve kontrol algoritmaları gibi karmaşık tasarımlarla oluşturulmuştur (Pang vd., 2018). 1985 yılında ilk robotik cerrahinin uygulanmasıyla birlikte robotların tıp alanında kullanımları gittikçe artarken aynı zamanda bu yıllardan itibaren hastanelerde kullanılan tıbbi cihaz sayıları da artmaya başlamış hatta tıbbi cihazların sağlık hizmet sunumunda tanı ve tedavilerin her seviyesinde kullanım oranları gün geçtikçe de artmaya devam etmektedir (Kiper, 2018).

Günümüzdeyse Endüstri 4.0'daki anahtar teknolojilerle desteklenen ve sağlık hizmetleri sunumunda maliyetin azaltılması ve kazancın artırılması amacıyla yaygınlaştırılması tavsiye edilen yenilikler; yeni nesil sekanslama, 3D yazıcılar, immünoterapi, yapay zekâ, bakım noktası teşhisi, sanal gerçeklik, hasta deneyimi geliştirilmesi amacıyla sosyal medyadan faydalanma, biyosensörler ve izleyicilerle uygun bakım, tele sağlık şeklinde sıralanabilir (Deloitte Raporu, 2017). Görüldüğü üzere Sağlık 4.0'ın, yalnızca sayısallaştırılmış sağlık ürünleri sunmayıp beraberinde dijitalleştirilmiş sağlık hizmetleri ve girişimleri imkânı sunmasıyla, tüm sağlık hizmetleri segmenti; önleyici, öngörücü, katılımcı, hasta merkezli, kişiselleştirilmiş, hassas ve yaygın sağlık hizmeti vizyonuna doğru önemli ilerlemeler kaydetmektedir (Pang vd., 2018).

2.1.2. Hastaneler

Antik çağlardan beri insanların sağlıklarına kavuşmak ve korumak adına dini görüş ve inançların etkisi altında tıbbi yorumlayarak sağlık amaçlı yapılar inşa ettikleri görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin türü ile gelişimi, kişilerin taleplerine, kurumsallaşmaya, kültüre, ekonomik özelliklere ve daha pek çok etkene bağlı oluşmakta ve toplumlara göre değişiklik göstermekte hal böyle olunca da sağlık hizmetlerinin örgütlenmesinde standart bir model oluşturulamamaktadır (Evans vd., 2000). Aynı şekilde hastanelerin kuruluş amaçları, yapı türleri, bölgeleri, araç ve gereçleri, personel sayısı, tedavi yöntem ve ilaçları dönemsel olarak değiştiği gibi hastanelerin kullanım şekillerinde de uygarlıklar ve ülkeler arasında değişiklikler bulunmaktadır (Illich, 2011). Bu bağlamda hastane mekânı, Henri Lefebvre'nin belirttiği gibi sorularda sorgulanmakta olanın aksine sürekli olarak biçim değiştiren, başka mekânlara doğru akmakta olan ve dönüşen bir oluşumdur. Mekânın kendinde, yalıtılmış bir şey olmadığı; tersine devingen, canlı ve tarihsel olarak evirilen bir şey olduğu (Lefebvre, 2014) ifade edilebilir. Michel Foucault tarafından, hastanelerin ortaya çıkışının, tıbbın başlangıcının insanlık tarihi kadar eski olduğu bilgisinden yola çıkıldığında hasta bakımı yapılan yani ibadethane olarak inşa edilmiş mekânlar olduğu ifade edilmektedir (Foucault, 2006). İlk hastane Antik Çağ'daki Asklepion olduğu, modern hastane kavramının ise M.S. 331'den sonra Roma İmparatoru I. Constantinus'un putperestlere ait bütün hastaneleri kapatıp yenilerini açmasıyla geliştiği belirtilmektedir. İlerleyen zaman içerisinde tıpta ve tedavi biçimlerinde yaşanan değişimler neticesinde sağlık yapılarında da değişimler yaşanmıştır. Rönesans döneminin yaşanması ile tedavi ve gözlem benimsenmiş, değişik üniversitelerde tıp eğitimi verilmeye başlamış, tedavi amaçlı özel klinikler açılmış ayrıca İtalya ve Almanya'da büyük hastaneler yapılmıştır (Aslan ve Erdem, 2017). 18. yüzyılda klinik ve anatomik incelemeler sonucu doğru teşhislerin konulmasının mümkün olması ve hasta başı incelemelerin önem kazanmasıyla klinikler yenilenmiştir. Hastaneler gerçek anlamda ve tam olarak kullanılmaya başlanmış ayrıca çeşitli dal hastaneleri kurulmuş ve yarı uzmanlaşma ortaya çıkmıştır (Foucault, 2018). 18. yüzyılın sonrasında ise uzmanlaşmaların yaygınlaşmasıyla Hastane Yönetmeliği oluşturulmuştur (Aslan ve Erdem, 2017). 19. yüzyılda hekim ve hekim dışı sağlık çalışanının azalmasıyla birlikte hem tıp eğitiminin hem de tedavi hizmeti sunan hastanelerin zayıflaması sonucu özel sağlık okulları açılmış, hekim ve hekim dışı sağlık çalışanı adayları eğitimlerine ilave hastanelerde pratik yapmaya başlamışlar ve böylece kamu-özel ortaklığıyla tıp eğitiminin iyileştirilmesine çalışılmıştır (Foucault, 2018). Nitekim dünyada yaşanan, tıp, tedavi, ilaç ve hastane mimarisindeki gelişim ve değişimlere

koşut Türkiye’de de değişimler yaşanmıştır. Osmanlı tıp tarihinde “*hastahane*” sözcüğü ilk kez 1843 yılında genel sağlık koşulları göz önünde bulundurularak, şehirdeki yerleşme alanlarının biraz uzağına inşa edilen ve vakıf niteliğinde faaliyet gösteren Bezm-i Alem Valide Sultan Guraba-i Müslimin Hastahanesi için kullanılmıştır (Yavuz, 1988). Selçuklular döneminden bugüne kadar pavyon, blok tipi şeklinde birtakım yapısal değişiklikler geçirerek gelen ve günümüzde kamu, özel ve üniversite hastanelerinin yanı sıra Türkiye’de, şehir hastaneleri ile dijital hastaneler uygulamaya geçirilmiştir. Bünyesinde her türlü sağlık birimi bulunan şehir hastaneleri, bireylerin tüm sağlık gereksinimlerini en ileri teknolojik ve tıbbi imkânlarla karşılamayı amaçlayan bölgesel büyük sağlık kompleksleri şeklinde yapılandırılmışlardır. Diğer yandan hastanedeki tüm bilgi sistemlerinin birbirleri ile entegre bir şekilde çalıştığı, her çeşit tıbbi cihazın bilgi yönetim sistemine ağlarla veya sensörlerle veri/bilgi iletebildiği, çalışanlarla hastaların yetkileri ve onamları kapsamında bu sistemde bulunan verilere/bilgilere hastane veya hastane dışından ulaşabildikleri dijital hastaneler (Sağlık Bakanlığı [SB], 2019a) yaygınlaştırılmaya başlamıştır.

Bir mekân olarak hastanelerin Dünya’daki ve Türkiye’deki doğuşu, hizmet verme şekli ve yapısal durumları tarihsel dönemler içerisinde toplumlara göre farklılaşmıştır. Her toplum kendi üretim biçimini yarattığı gibi her üretim biçimi de toplumdaki topluma farklılık göstermektedir. Bu nedenle her toplum ve her üretim biçimi kendi mekânını üretmekte hal böyle olunca her özgül üretim biçimi ile sosyal yapı, kendine özgü bir zaman, mekân pratikleri ve kavramlar bohçası içermektedir (Çetin, 2008).

2.1.3. Hekimlik Mesleği

Geçmişten günümüze tıp anlayışında evrimsel yenilenmeler devam etmektedir ve muhtemelen gelecekte de devam edecektir. Sınıfsız toplumların olduğu dönemlerde insanlar doğa ile bütünleşik bir şekilde yaşamışlar, deneme yanılma yoluyla doğadaki bitkilerden hangilerinin kendilerine yararlı ve şifa verici olduğunu bulmuşlar, çeşitli yaralanmalara maruz kalmamak için hayvanlardan nasıl korunacaklarını öğrenmişler, mevsimleri öğrenerek gerekli önlemleri almışlar ve bu şekildeki temel uygulamalarla sağlıklarını geliştirmeye çalışmışlardır. Kapalı toplum olmaları nedeniyle, sağlık bilgisi kullanımı herkes tarafından, herkesin yararına ve herkes için olup, tedaviler herhangi bir sağlıkçı, şifacı ya da iyileştirici kişi olmaksızın beraberce ve amatörce yapılmaya çalışılmıştır (Belek vd., 1998). Dolayısıyla o dönemlerdeki insanlar kendilerinin hem hekimi hem de eczacısı olmuşlardır (Aydın, 2006).

Zamanla insanlar hastalıkların nedenini açıklayamadığı ya da gözlemleyemediğinde bunu bazı doğa dışı güçlerin eylemlerine bağlamış, bitkilerden yarar görüldükçe bitkiler saygın ve kutsal varlıklar olarak düşünölmeye başlamış, bu da büyü, kehanet, sihir, duaya dayanan büyüsel tıp anlayışını doğurmuştur. Dolayısıyla hem büyücü hekimlerin daha doğrusu şamanların, büyücülerin, şifacıların hem de maskların, ayinlerin, dinsel törenlerin ortaya çıkmasına karşın yalnızca sağlık işleri ile uğraşan kişiler yani hekimler halen ortaya çıkmamıştır (Belek, 1998).

Tıbbın ilk uygulaması olarak ifade edilen şifacılık, Sümer tanrıçalarının hâkimiyetinde bulunmaktayken zamanla şifacılık, gücünü tanrıçalardan aldığına inanıldığı için kadınlara geçmiştir. Ticaret yollarının gelişmesiyle bedenın çalışması ve bununla bağlantılı kuramlar Fenike, Mısır ve Greklere aktarılmıştır. Böylelikle doktor, kâtip, berber, aşçı gibi meslekler kadınlara ait meslekler olarak kabul görmeye başlamıştır. Sonraları savaş, kıtlık, hastalık ve doğal afetler gibi sebeplerle yaşanan toplumsal kötüye gidişlerin suçlusu olarak görölen tanrıçalar ve kadınlar halkın güvenini kaybetmeye başlamışlardır. Esasında gücü ele almak amacıyla yapılmış maksatlı teşebbüsler erkeklerin pozisyonunu değiştirerek tıbbi gücün erkek egemenliğine geçmesini sağlamıştır (Achterberg, 2009). Mezopotamya, Mısır, Hint ve Çin medeniyetlerinde ise, tıp alanında ilerlemeler yaşanmış, hekim kavramı gelişmiş ve tedavi konusunda önemli adımlar atılmıştır. Nitekim tarihte ilk hekim ve hekimlik uygulamalarına köleci toplumlarda rastlanmıştır. Örneğin Eski Mısır'da bulunan Thebai (Thebes) şehrinde ilk hekimlik uygulamaları yapılmıştır. Hatta tıp sözcüğünün kökenini ve tıbbın sembolü olan yılan da Thebai şehrinde gelmiştir (Tözün ve Sözman, 2015).

Bütün eski medeniyetlerdeki gibi Yunan medeniyetinde de çok tanrıçılık inancı bulunduğundan tıbbi gücün erkek egemenliğine geçmesiyle hâkimiyet tanrı/yarı tanrılara uzanan lonca biçiminde ilerlemiş (Achterberg, 2009) olup hastalar, Asklepionlarda hekim olarak çalışan rahipler yani din adamı hekimler tarafından tedavi edilmişlerdir (Altıntaş, 2016). Hatta bu dönemde hekimlik uygulamalarının lonca biçimde yürütölmesinde standart bulunmaması ve dinsel görüşün hâkim olması sebebiyle eleştirilmiştir. M.Ö. yaklaşık 6. ila 5. yüzyıla denk düşen dönemde, düşünce dünyasında yaşanan önemli değişimler sonrasında felsefi tıp döneminin başlamasıyla Yunan filozofları gözlem ve deneyim sonucu elde ettikleri bilgilerini, eleştirel düşünce ile uygulamaya aktarmaya çalışmışlar, kendi felsefi görüşleri paralelinde tıp konusunda akıl yürütücü olmuşlardır. Felsefi tıp dönemi Hipokrat öncesi ve onun döneminde etkili olmuştur (Aydın, 2006). Hipokrat andı ve tıbbında, hasta ile hekimin

ilişkisi, hastanın psikolojisi, hastaya değer vermenin ve etik ilkelerin önemli olduğu, hekimlik rolünün ahlaki ilkeler gerektirdiği vurgulanmaktadır. Hipokrat'ın, öğrencilerle beraber hasta başında klinik dersi vermesiyle de hekimlikle eğitimin ilişkisi kurulmaya başlanmıştır (Erdemir, 1996).

Kölecî toplumlarda, egemen sınıf, her türlü kültürel aktiviteyi, bilimi ve teknolojiyi sahiplendikleri gibi sağlık bilgisine sahip olan ve tedavi ile uğraşan kişileri de egemenliklerine alarak yalnızca kendilerine hizmet sunulmalarını sağlamışlar bundan dolayı da sınıfsız toplumlarda hastaya tedavi yapıl(a)maması bilmemekten kaynaklanırken sınıflı toplumlarda çözümün bilinmesine karşın sağlık bilgisinin hizmet olarak örgütlenişi bu bilgiyi ihtiyacı olan kişilere yabancılaştırırken onu egemen sınıfın hizmetinde bulunan sağlıkçının/hekimin denetimine sokmuş, sağlıkla ilgili uğraşlar yalnızca hekimler için uğraş alanı olmuştur (Belek vd., 1998).

Feodal toplumlardaysa sağlık problemleri kiliseler tarafından çözüme kavuşturulurken zamanla mantık ile önsezi beraberliğinin kaybolması ve toplumsal bölünmelerin artmasıyla soyluların hastalıkları ile yoksulların sağlık sorunları farklılaşmaya başlamıştır. Böylece yoksullar için tıbbi güç yine büyü, sihir, dua ve bitkisel ilaç yapma gibi özellikleri olan şifacı kadın hekimlere geçmiştir (Achterberg, 2009). O dönemde yaşanan salgınların denetim altına alınamaması, kiliselerin sağlık konularında egemen olmaları dinin etkisinin azalmasına sebep olmuş böylece krallıklar devreye girmiştir. Krallıkların devreye girmesi sonucunda hekimler kraliyet koruması altına alınmışlar, meslekten olmayıp sağlıkla uğraşan kişiler dışlanmışlar ve akabinde de 1518 yılında İngiltere'de Kraliyet Hekimler Koleji'nin kurulmasıyla kurumsallaşma resmileşmiştir. Geleneksel olarak hekimlik yapanların yasaklama ya da baskı hatta infazlar ve cadı avları nedeniyle etkilerini yitirmeleriyle halkla hekimler arasında bulunan ayırımı artmaya başlamıştır (Soyer, 2005). Halkın artık iyileştirici kişilere gereksinim duymaları ve bu kişilerin yine egemen sınıfın korumasında olmasından dolayı ulaşılamamaları söz konusuken bile halkın yararını gözettileri inancıyla hastayla hekim arasındaki güven ve bağ kaybolmayıp varlığını kapitalizmin başlangıcı olan 16. yüzyıla değin sürdürmüştür (Çolak, T.Y.). Ancak kapitalizmin yani kapitalist manüfaktür üretimin ortaya çıkmasına sebep olan dinamiklerin etkisiyle küçük ev tıbbı, kapitalist şirket tıbbi halini almıştır. Bu durum ABD ve Güney Afrika gibi ülkelerde tekelleşen kapitalist sınıfın gücünü engelleyecek etkili işçi hareketi gibi herhangi kısıtlama olmaması nedeniyle korkusuzca yaşanmış ve haliyle hekimler ile profesyonel

kişilerin konumları bu güç ilişkilerince belirlenmiştir. Kuzey Avrupa'yla İngiltere gibi ülkelerdeyse etkili işçi hareketlerinin yaşanması sonrasında hekimlerle sağlık profesyoneli kişilerin muhalefet etmesine rağmen ulusal sağlık programı oluşturulmuş ve böylece hekimlerle sağlık profesyoneli kişiler mesleklerini hep bir egemen sınıfın (köle sahibi, kilise, kraliyet) himayesi altında sürdürmeye devam etmişlerdir. Kapitalist sistemin devamlı kâr amacı gütmesine bağlı sağlığın sürekli müşterisi olan bir pazar şeklinde tanımlanması hastayla hekim arasına kâra odaklanan bir sistem getirmiştir (Soyer, 2005). Kapitalizmin ilk dönemleri yaşanırken burjuva, hasta işçileri kendilerine ve sisteme tehdit olarak görmüş ve bu nedenle de sağlık alanında feodal sistemin korunmasını sağlayarak yardım kuruluşlarının faaliyetlerine eskiden olduğu gibi devam etmesine müsaade etmiştir. Kapitalizmin ilerleyen dönemlerindeyse özellikle 18. ve 19. yüzyıllarda işçi sınıfının yükselişiyle ve Paris Komünü'nün etkisiyle sağlık alanında ödünler verilmiş, Bismarck Almanyası'nda hastalık sigortası yasası çıkmış ve akabinde de diğer ülkeler tarafından sosyal güvenlik alanında birtakım iyileştirmeler yapılmıştır (Çolak, T.Y.).

19. yüzyılda ABD'de çeşitli tıp ekollerinin arasındaki rekabetin ve çeşitliliğin sağlıklı olmadığını iddia eden Amerikan Tabipler Birliği, bilimin baz alınarak bir düzenleme yapılması gerektiğini belirtmiştir. Dolayısıyla yeni endüstri ideolojisi temelinde olan bilim tıba uygulanmıştır. 19. yüzyılın sonlarına doğru ABD'de açılan John Hopkins Üniversitesi'nde bulunan pahalı laboratuvarların bütün tıp fakültelerinde bulunması koşulu, sermayedarlarca desteklenmeyen çoğu fakültenin kapanmasına neden olurken sermayedarlar tarafından desteklenen tıp fakülteleri devamlılığını sürdürebilmiş ve bu fakültelerdeki zengin ailelerin özellikle erkek çocuklarının hekim olabilmelerinin yolu açılmıştır. Ayrıca bu dönemde ABD'nin Rockefeller ve Carnegie gibi zengin yatırımcıları endüstrileşme yolunda ilerleyen tıp fakültelerini kazanç açısından cazibeli bir alan görerek Amerikan Tabipler Birliği'nin bilimsel tıp yaklaşımını hem desteklemişler hem de bu alana yatırımlarını yapmışlardır (Soyer, 2005).

20. yüzyıl başlarındaki yaşanan savaş dönemlerindeyse, savaşma gücünü bulamayan, sağlıklı olmayan ve engelli erkek nüfusuna sahip devletler işçilerin sağlığının düzeltilebilmesi için birtakım girişimleri gündemlerine almışlardır. Hatta 1948 yılında İngiltere'deki Ulusal Sağlık Hizmetleri bu bakış açısıyla oluşturulmuştur. Çünkü sağlık hizmeti işçinin üretim kapasitesinin tamamlayıcı bileşenidir. Artık bundan sonraysa kapitalist sistemin işçiler için öngördüğü/örgütlediği ve kendi üretkenlik artışı hesapları çerçevesinde bir sağlık hizmeti

anlayışıyla işçilerin sağlıklı olmaları yönünde planlar yapılmaya başlanmış ve sermayenin kâr mantığının dışına çıkmayan asgari sağlık hizmeti hedeflenmiştir (Belek vd., 1998). 20. yüzyılın sonlarından yani 1980'li yıllardan bu yana küresel sermaye tarafından sağlık alanının yatırım ve kazanç için cazip bir alan olarak görülmesiyle tüm dünyada neoliberal politikalar aracılığıyla sağlıkta piyasalaştırma ve özelleştirmenin yolunun açılmasının yanı sıra zamanla teknolojinin de gelişiyor olması ve tıp alanında yoğunluklu olarak kullanılması da hekimin mesleki konumunda önemli değişimleri beraberinde getirmiştir.

Görüldüğü üzere tarihsel süreç içerisinde toplumların üretim biçimleri, kapitalizm, egemen sınıflar ve egemen ideolojinin, tıbbi teknolojilerin ve donanımların, sağlık kurumlarının ve hekimlik mesleğinin gelişimlerinde ve dönüşümlerinde/dönüştürülmelerinde önemli etkileri olmuştur. Kapitalizmin yaşadığı krizlerin aslında başka dünya yaratmanın kapıları olduğunu fark eden sermaye, krizlerden çıkış yolu olarak her zaman yeni değerlendirme alanları keşfetme, denetimini ele geçirme ve gereksinimine uygun düzenlemeler yapmakla meşgul olmaktadır.

2.2. Sağlık Piyasalaşması: Kapitalizmin Mekânı Olarak Hastane ve Tıp Eğitimi

Kapitalizm her zaman kâr etme güdüsüyle hareket ettiğinden dolayı, şayet artı-değer sekteye uğrarsa sermaye kâr edemeyeceği için sistem krize girecektir. Kapitalizm krize girmemek ya da krizden çıkmak için sürekli, insana, doğaya, çevreye, mekâna, yaşama müdahalelerde bulunmuş, çıkarlarına uygun düzenlemeler yaparak gerektiğinde yeniden yeniden üretebilmiş ya da zarar verebildiği gibi yok da edebilmiştir. Bugüne kadar yaklaşık 40 yılı aşan süre, çoğu ülkede yönetimden işleyişe kadar her şeyde etkili olan neoliberal politikalarla devletin yeniden yapılandırılmasına, sermayenin önünün açılmasına, devletin etkinliğinin azaltılmasına, politikalarında bu kapsamda değişmesine ve sağlık, eğitim gibi çoğu alanın yanı sıra mekânında yeniden ele alınmasına neden olmuş, zamanla bu alanlar ve mekân neoliberal anlayışın etkisiyle piyasa egemenliğine bırakılmıştır (Cansever ve Tüfekçi, 2020). Mekânın, sağlığın ve tıp eğitiminin piyasalaşmasının domino etkisi göstererek hekimlerin profesyonizmlerini dönüştürdüğü/dönüştürebildiği bağlamından hareketle konunun daha iyi anlaşılabilmesi açısından piyasanın egemenliğinde mekânın yeniden üretilmesi, sağlığın ve tıp eğitiminin piyasalaşması ele alınmıştır.

2.2.1. Kapitalizmin Mekânı Olarak Hastane

Mekân, sadece insan ilişkileri, toplumsal yapılar, politikalar ve ideolojiler yansıtan ve tekil bir düzlem değil aksine bir sistem biçiminde düşünülmesi gerekli olan, üzerinde insan algılamaları ve deneyimlerini de taşıyan, geleceğe dönük bir düzlemdir. Önceleri mekân sadece nesnelere yer aldığı durağan bir boşluk şeklinde değerlendirilirken zamanla mekânın toplumsal süreçleri etkileyen aynı zamanda da bu süreçlerden etkilenen, değişken ve sabit olmadığı değerlendirilmesi kabul görmüştür. Aydınlanma ve sanayileşmenin beraberinde mekân sadece coğrafi unsurların belirleyici olduğu bir kavram olmaktan çıkmıştır. Sanayi ile teknoloji mekânı biçimlendiren güçler olarak egemen hale gelmiştir. Değişik yerlerdeki mekânların birbirlerini etkileyebildiği, ekonomik ve kültürel etkileşimin gittikçe artıp küresel köy haline dönüşen dünyada yerellikten küreselliğe evrilen mekân anlayışı oluşmuştur (Gökşen, 2020).

Lefebvre, mekânın, ideolojiden ya da politikadan ayrıştırılabilecek bilimsel bir nesne, bir özne veya yalnızca sosyal ilişkiler ile eylemlerin basit bir sahnesi olmadığını, mekânı bir şey değil fakat şeyler arasındaki ilişkinin bir kuruluşu şeklinde ifade ederken aynı zamanda toplumsal olarak üretildiğini, toplumsal faaliyetin ürünü olduğunu ayrıca hiçbir mekânın toplumsal bakımdan tarafsız olmadığını, stratejik ve siyasi anlamlar taşımakta olan toplumsal bir ürün olduğunu ve her üretim biçiminin kendi mekânını ürettiğini belirterek toplumsal mekânı aşağıdaki şekilde açıklamaktadır (Lefebvre, 2014: 110-111);

“Mekân asla bir kilo şeker ya da bir metre kumaş gibi üretilmez. Keza, bu ürünlerin (...) bulunduğu yer ve alanların toplamı da değildir. Hayır. Bir üstyapı gibi mi üretilir? Hayır. Daha ziyade üstyapının koşulu ve sonucudur: Devlet ve onu oluşturan kurumların her biri, bir mekân varsayar ve bunu kendi ihtiyaçlarına göre düzenler. Dolayısıyla, mekân, kurumların ve bu kurumların tepesinde bulunan devletin önsel koşulundan başka bir şey değildir. Toplumsal ilişki midir? Evet, kuşkusuz; ama mülkiyet ilişkilerine (...) içkin ve diğer yandan, (...) üretici güçlere bağlı olan toplumsal mekân hem biçimsel hem maddi çok-değerliliğini, gerçekliğini ortaya koyar. Kullanılan, tüketilen ürün olan mekân, aynı zamanda, üretim aracıdır; mübadele ağları, hammadde ve enerji akışı hem mekânı şekillendirir hem de mekân tarafından belirlenirler. Bu şekilde üretilmiş olan bu üretim aracı, ne üretici güçlerden, teknik ve bilgiden ayrılabilir, ne onu şekillendiren toplumsal iş bölümünden, ne de doğadan, devletten ve üstyapılardan”

Lefebvre'nin açıklamasından da anlaşılacağı üzere toplumsal üretim ilişkilerinden, yasallaşmış ideolojilerin sunduğu bilgi ve teknolojik ütopya kadar her şeyin izdüşümü olan mekân, çoğu kişi tarafından sermaye ve kapitalizmin mekânla ilişkili pratik oluşumlarda etkili olduğu yadsınmasına karşın binalar yapmaktan, yatırım alanlarının yayılmasına ve emeğin bölünmesine kadar her şeyde bu etki kendisini göstermektedir.

İster ilkel, ister feodal, ister merkantilist isterse modern kapitalist sistem olsun sistemler işlevlerini en iyi biçimde sürdürebilmek için mekâna gereksinim duymakta, mekânlar da bu sistemlerin ihtiyaçlarına göre devamlı yeniden üretilmekte ve mekân yalnızca bir ürün olmadığı gibi üretilen ürünleri de sistematik olarak içermektedir. Mekân toplumsal bir ürün olarak kabul edildiği zaman, mekânın tekrar tekrar yeniden üretilebileceği ve alınıp satılabileceği de kabul edilmiş olmakta, bu da kapitalist gelişme süresince, sermayenin, mekânı metalaştırması anlamına gelmektedir. Ayrıca kapitalizm, malların mekânsal yerleşmede üretildiği evreden, mekânın kendisinin kıt bir kaynak olarak üretildiği bir modele dönüşmüş yani metaların mekânda üretimi yerine mekânın meta olarak üretimine geçilmiştir. Böylelikle mekânsal ve toplumsal organizasyon tümüyle mekânın üretimi ile mekânın sosyo-ekonomik düzenin yeniden üretiminde oynadığı role bağlı olmaktadır (Madanipour, 1996; Akt. Çetin, 2008).

Kapitalizm, içsel çelişkilerinin sistemi sarsacak krizlere dönüşmesini önleme ve kendi varlığını yeniden üretme amacıyla mekânı devamlı dönüştürmektedir. Bu dönüşümse sermaye birikiminin tarihsel ihtiyaçları yönünde biçimlenmektedir. Bu bağlamda her üretim biçimi kendi mekânsal üretimini yaparak krizlerini ötelemeyi başarabilmektedir. Kapitalizm girmiş olduğu krizi aşabilmek ve 1970'li yıllarda düşük refah düzeyini yükseltmek amacıyla serbestleşme ve özelleştirme etrafında biçimlenen neoliberal politikalar ve küreselleşme süreciyle birlikte ekonomik, sosyal ve mekânsal düzlemde ülkeler üzerinde etkili olmaya başlamıştır. Türkiye'de de öncelikle ekonomik yapıyı, ilerleyen yıllardaysa mekânsal yapıyı etkilemiş, devletin rolü, uygulama biçimleri, ekonomik yatırım politikaları ile kaynakların dağılımı gibi konularda değişiklikler yaratmıştır. Yani devletin karar verici ve denetleyici rolü kolaylaştırıcı role dönüşürken sosyal devlet merkezli uygulamalarda sermaye merkezli yatırım kararlarına dönüşmüştür. 2000'lerden beri mekânsal düzlemdeki somut yansımalar gözle görülür hale gelmiş, bilhassa kamu alanları yeni biçim, araç ve yasal dayanaklarla (Özel hastaneler yönetmeliği, mekânsal planlar yapım yönetmeliği, stratejik planlar, dijital hastane anlaşmaları vb) gerek yerli gerekse yabancı özel sektörün yatırımlarına açılmış, yasal mevzuat

özel sektör ve yatırımcıları teşvike dayalı şekilde yeniden düzenlenmiş, dolayısıyla kamusal yatırımlar azalmıştır (Okumuş ve Türk, 2017). Devletinse, süreçteki gelişmelere ilişkin yasal altyapıyı oluşturma şeklindeki görevi, uygun kurumsal çerçeveyi oluşturma, özel mülkiyeti güvenceyi alacak hukuksal yapılar kurma ve piyasanın ilgili olmadığı vaziyetlerde sağlık, eğitim gibi alanlarda etkili olmaktır (Harvey, 2007). Bunun haricinde devletin oluşan piyasalar ile piyasanın ilgili olduğu alanlarda müdahalesi asgari seviyede tutulmuş minimal devlet modeliyle kamu hizmetlerindeki ağırlığı azaltılmış, ücrete dayalı hizmet sunumu hâkim olmuş, özel sektör mantığı kamuya getirilerek sermayenin sektördeki konumu büyütülmüştür (Yıldırım, 2019a). Burada asıl amaç, neoliberalizm öncesinde sermayenin müdahale edemediği alanları, sağlık, eğitim, ulaşım gibi faaliyetleri, üniversiteleri, kamu kurum (hastaneler vb) ile hizmetlerini, araştırma laboratuvarlarını sermayenin yatırımları ve girişimleri için elverişli duruma getirmektir (Okumuş ve Türk, 2017).

Sağlık alanında yaşanan değişiklikleri yalnızca uluslararası sermayeye bağlamanın da daraltıcı olacağı çünkü hâlihazırdaki değişikliklerde uluslararası sermayenin yanında yerli sermayenin de çıkarının bulunduğu belirtilmelidir. Sağlık alanının metalaşması yerli burjuva açısından da yeni yatırım alanı oluşturmaktadır. Çünkü uluslararası ve yerli sermaye grupları, sağlık alanına sigorta ve hastanecilik hizmetleri, tıbbi teknoloji ve ilaç endüstrisi, bilişim ve yazılım teknolojisi, tıbbi destek ürünleri ile hizmetleri, inşaat ve emlak işleri ile girmektedirler. Uluslararası sermaye grupları açısından üretim araçlarının yaygın şekilde kullanılması da önemli bir ihtiyaç olduğundan teknoloji (tıbbi, bilişim gibi) ve ilaç kullanımını arttırmaya ilişkin reformları ciddi olarak savunmaktadırlar. Ayrıca teknoloji (tıbbi, bilişim gibi) ve ilaca yatırım yapan uluslararası sermaye grupları, yeni hastaneler ile laboratuvarların açılması, sağlık kampüslerinin kurulması, hâlihazırdaki hastanelerin teknolojik (tıbbi, bilişim gibi) yatırımlar ile güçlendirilmesi, güncel tanı ve tedavi yelpazesinin genişletilmesine ilişkin politikalar oluşturulması için baskı uygulamaktadırlar. Yani sağlığın bir rant haline gelmesiyle, sağlık hizmeti, tıp eğitimi ve biliminin tüm alt bileşenlerinin büyük şirketler ve taşeronlar şeklinde sektörleşmesiyle ilaç, tıbbi teknoloji ve daha pek çok alandaki ticari şirket gittikçe bu alanda belirleyici olmaya başlamıştır. Bu çerçevede sermaye grupları açısından özel hastanelerin açılması, devlet hastanelerinin yenilenmesi, hastanelere teknolojik yatırımların yapılması, poliklinik müracaatlarının, hasta yatışlarının, teşhise yönelik tetkikler ile girişimlerin ve ameliyatların artması son derece önemlidir. Diğer yandan sigortacılık alanında faaliyet gösteren sermaye ise hem genel sağlık sigortasının kamudan özele devri için ısrarcı olurken hem de tamamlayıcı sağlık sigortası ile

tıbbi hatalar üzerinden pazarlarını genişletme çabasının yanında hukuki düzeyde de ihale ve kontrat sistemindeki düzenlemelerle özelleşme süreci hızlandırılmaktadır. Kamu-özel ortaklığıyla devlet hastanelerinin yenilenmesi, şehir hastanelerinin açılması ve dijital hastanelerin yaygınlaştırılması çalışmaları emlak sektörü, yazılım, bilişim, tıbbi teknoloji vb birçok sermaye grubu açısından kârlı yatırımlar şeklinde değerlendirilebilir (Zencir, 2012). Bugün uygulamaya geçirilen şehir hastaneleri sayesinde özel sektörle devletin ilişkileri daha da arttırılmış olmuştur. Devlet mülkiyetinde olan varlıkların piyasaya sürülmesi ve özelleştirmelerle yalnızca kamu devre dışı bırakılmakla kalmayıp aynı zamanda oligopol piyasa monopol piyasa ile yer değiştirmekte sektörel bazda da tekelleşme yoğunlaşmaktadır. Kamudan özel sektörlere kaynak aktarımının yanında özel sektörlerin kendi aralarında satın alma ve birleşme biçimindeki uygulamalarının da tekelleşmenin ivmesini arttırdığı hatta özel sektöre ait payın artması amacı ile 2000'lerde sağlık ve sosyal hizmete yönelik alanlarda yapılan hukuki ve teknik düzenlemelerin somutlaşmış halinin satın alma ve birleşme yoluyla gerçekleştirildiği belirtilmektedir (Yıldırım, 2019a). Görüldüğü üzere kapitalist sistem, 1970'li yıllardan itibaren içine girmiş olduğu döngüsel uzun dönemli krizini aşmak ve kâr oranlarını arttırmak için tüm sosyal harcamaların sınırlandırılmasına ve sosyal sektörlerin piyasaya açılmasına haliyle de sermaye için yeni yatırım alanlarının oluşturulmasına yönelmiş ve yeni alanlar olarak da sağlık ile eğitim başta olmak üzere kamu hizmetleri önemli yer tutmuştur (Belek, 2001).

2.2.2. Sağlık Piyasalaşması

Sosyal refah modeli ile sağlık hizmetlerinin yaygın sunumu yaşlı nüfustaki artış, hastalık biçimlerindeki değişimler maliyetlerin artmasını ve sağlık sektörünün devlete olan maliyetinin tartışılmasını beraberinde getirmiştir. Neoliberal süreçle sağlık sektörü piyasaya açılarak devletin sağlık hizmeti üretmede görece olarak geri çekilmesine bağlı olarak özel sektörün bu kârlı alana girmesinin yolu açılmıştır (Cansever ve Tüfekçi, 2020). Bu noktada hantal ve verimli olmayan kamunun ürettiği mal ve hizmetlere karşın serbest piyasa mekanizmasının daha etkin ve verimli olduğu savından hareket edilmiş, piyasa ekonomisinin siyasal ve toplumsal özgürlükleri arttırdığı gibi ekonomik aktörler ile işletmeler arasında artan rekabete bağlı olarak mal ve hizmetlerin hem daha kaliteli hem de daha ucuza mal edileceği söylemleri (Elbek ve Adaş, 2009) temele oturtulmuştur. Dolayısıyla piyasalaştırma operasyonu olan neoliberal politikaların hükümleri gereğince sağlık sektörü; sağlık düzeyinin, memnuniyetinin ve kalitesinin arttırılması, sağlık eşitsizliklerinin kaldırılması,

sağlıktaki harcamaların azaltılması, toplumun katılımının sağlanması, kaynakların daha etkin ve verimli kullanımının sağlanması amacıyla yeniden düzenlenmeye başlamıştır. Bununla birlikte hekim seçme özgürlüğü ve özel kesim tarafından sunulan sağlık hizmetleri faaliyetlerinin özendirilmesine yönelik ibarelerde sıkça vurgulanmıştır. Türkiye’de sağlık sektöründeki neoliberalleşmenin aşamaları; mevzuat çalışmaları, sağlık projeleri, I. ve II. Ulusal Sağlık Kongreleri, Ulusal Sağlık Politikası, Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP), Sağlıkta 2023 Vizyonu (Cansever ve Tüfekçi, 2020) ile ifadesini bulmuştur. Türkiye’de sağlık reformu adı altında yapılan çalışmalar; ulus ötesi sermaye tarafından Türkiye’deki sağlık ve sosyal hizmet alanlarına yatırım yapılabilmesini mümkün hale getirmiştir. Öncelikle Sağlık Bakanlığı’nın sağlık hizmeti sunumundan çekilerek planlayıcı ve denetleyici hale getirilmesi ile sosyal güvenlik kurumlarının tek çatıda toplanması, özel sektöre kaynak akışını hızlandıracak biçimde sağlık hizmeti üretmeyen, satın alan genel sağlık sigortası oluşturup işlerliği sağlanmıştır. Aile hekimliği sistemi getirilmiş, hastaneler özerk işletmeler halini almış, hem özel hem de kamu sağlık kuruluşlarının hizmetleri fiyatlandırılmıştır. Kamuya ait sağlık kuruluşlarının sunduğu hizmetlerden bazıları (yemekhane, temizlik, çamaşırhane, radyoloji, bilgi işlem vb.) taşeronlaştırılmış, sözleşmeli çalıştırma ile performansa dayalı ödeme sistemine geçilmiş, özel muayenehane açmayı/özelde çalışmayı engelleyen ve sağlık personelinin mesai saatleri dışında hastaneye veya sağlık kuruluşuna çağrılmasını sağlayan tam gün yasası çıkarılmıştır. Sosyal Sigortalar Kurumu tasfiye edilmiş, vatandaşlardan katkı payı alınmaya başlamış ve sağlık harcamalarında hedefin aşılması halinde diğer kalemlerden kesinti yapılmasının yolu açılmıştır (Soyer, 2003). Tüm bu neoliberal anlayış eksenindeki uygulamalar SDP’deki hedeflerle uygulanmış olup sosyal güvencesi bulunan kişilerin ister özel ister kamu sağlık kuruluşlarından istedikleri gibi faydalanabilmeleri olanaklı kılınmıştır. 40 yılı aşan süreçte piyasaya mantığının sağlık sektörüne iyice hâkim kılınmasıyla gerek kavramları gerekse uygulamaları etkilemesi sonucunda piyasa mantığı; özel sektördeki artışla kendini gösterirken kamu sektörü içerisindeyse işletme mantığı, kalite, yalın hastane, performans gibi uygulamalarla kendini göstermiştir (Cansever ve Tüfekçi, 2020). Kuşkusuz uygulanan neoliberal politikaların sağlık göstergelerinde (bebek ölüm hızı, anne ölüm hızı gibi) gözle görülür iyileşmeler yaratması, hasta yatağı ve yoğun bakım sayılarında artış, hastanelerin alt yapı ve teknik kapasitelerinde gelişme, bekleme sürelerinde azalma gibi olumlu sonuçları olmuştur (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Ancak sağlık hizmetlerinin metalaşmasıyla toplam sağlık harcamaları içinde kamu payının ve devletin finansal yükünün iddia edilenin aksine artmıştır. Özellikle SDP ile birlikte hizmet sunumunda özel sektörün artış hızı yükselmiş, sağlığın bir hak olarak görülmeyip satın alınan bir hizmet olduğu

yönünde toplumun inandırılmasıyla hem sağlık hizmet alıcılarının hem de sağlık hizmeti sunanların sorunları çoğalmıştır. Çalışanlar ve halk eşit, ücretsiz ve katılımcı biçimde sağlık hizmetlerine katılamamaya başladıkları gibi halkın sağlığa kavuşumu da parasına göre belirlenir olmuş ve hizmet kalitesi düşmüştür (Kurutkan, 2010). Neoliberal politikalarla birlikte koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici hizmetler önem kazanmıştır. Dolayısıyla hastanelere gitme oranları, ilaç ile pahalı teknolojilerin tüketilme oranları artmıştır. Diğer yandan sağlık çalışanları işletme mantığı ile tanışmışlar, hükümete karşı oluşacak tepkileri dindirme aracı olan performansla dayalı ödeme getirilmiş ve bu ödeme sistemi nedeniyle hekimler arasında rekabet ile birlikte etik ihlaller artmış, ekip çalışmasının bir şartı olan iş barışı bozulmuş ve sağlık çalışanlarının özlük hakları kaybolmaya başlamıştır. Aynı zamanda çalışanların iş güvencesi yok edilmiş, sözleşmeli çalışma durumu artmış ve uzun sürelerle çalışma özendirilmiştir (Ünlütürk Ulutaş; 2011). Dolayısıyla SDP uygulamaları ile gerekli olmayan tetkik, tedavi, girişimsel işlemlerle kâr amacı güden hizmetin yaygınlaştırılması, hekimlerin özerkliklerinin kaybolmasını da beraberinde getirmiştir. Diğer yandan hastaların birer tüketici/müşteri olarak görüldüğü, cepten ödemelerin arttığı, sigortaların kapsamının daraltıldığı, sağlık çalışanlarının ve hekimlerin yedek iş gücü ordusu haline geldiği bir dönem yaşanır olmuştur. Böylelikle sağlığın piyasanın bir bileşeni olabileceği ideolojisi yaygınlaştırılmıştır (Işıklı; 2011).

2.2.3. Tıp Eğitiminin Piyasalaşması

Kapitalist üretim tarzının birikimini arttırma arzusunu gerçekleştirebilmesinin yolu artı değere el koymasından yani kapitalist sömürünün devamlılığının sağlanmasından ve niceliksel büyüklüğün arttırılmasından geçmektedir. Sömürü oranındaki artış üretimin devamlılığının güvenli bir şekilde sağlanmasıyla ve mutlak artı değer ile nispi artı değer arttırılmasıyla mümkün olabilmektedir. İşin yoğun hale getirilmesiyle, yaygınlaştırılmasıyla veya devamlı kılınmasıyla karşılığı ödenmemiş artı emeğin olduğu zaman dilimi uzatılarak mutlak artı değer arttırılmaktadır. Mutlak artı değer arttırılması sınıra ulaştığındaysa, üretim sürecinde yapılan düzenlemeler (iş bölümünün arttırılması, üretim araçlarının teknik ve teknolojik yönden iyileştirilmesi, uzmanlaşmasının arttırılması, nitelik ve nicelik yönünden esnekliğin sağlanması) vasıtasıyla emek gücünün değeri (ücretleri) azaltılırken üretim araçlarının gelişkinliğiyle emek üretkenliği arttırılarak nispi artı değer arttırılmaktadır (Marx, 1975). Erken kapitalizmin hâkim olduğu dönemlere göre neoliberal dönemde sağlık hizmeti üretimi ve sunumunda yer alan sağlık emek gücü hem sayı olarak hem de ekipteki çeşitlilik

açısından bir artış göstermiştir ve göstermeye devam etmektedir. Çünkü daha önce neoliberal politikalara geçişte etkili olan uluslararası aktörler, bu seferde genel ekonomik büyümede sağlık hizmetlerinin büyük katkısı olacağı savıyla sağlık emek gücüne yapılacak yatırımların önemini vurgulamışlardır (Kavas ve İlhan, 2010). Tam da bu nokta da üstyapı kurumlarını (ki üniversiteyi de) belirleyen ve şekillendiren alt yapı yani üretim biçimi olduğu, egemen güç değiştikçe egemen ideolojinin de değişeceği bilgisiyle hareket edilmektedir. Her şeyin piyasalaştığı, piyasalaşmanın domino etkisi yarattığı ve neoliberal politikaların hâkim olduğu dönemde, kapitalizmle temelleri atılmış olan zamanla kitleleştirilerek elitlere yönelik olmaktan çıkarılan ve yalnızca piyasanın istediği işi bilen kişilerin yetiştirildiği piyasa odaklı üniversitelerin, piyasanın ihtiyaçlarına göre konumlanması yeterli olmamaktadır. Dolayısıyla piyasada yer alması ve ticari işletmeymiş gibi yönetilmesi gereken, egemen ideolojinin, yeniden üretim alanı olan üniversiteler neoliberal politikalara göre uyarlanmıştır. Böylece üniversite sisteminin tamamında mutlak hâkimiyet kurulmaya, sermaye açısından düşünsel, ideolojik ve bilimsel yönden pürüz olabilecek tüm öznelerin etkinlikleri ve üretim imkânları kısıtlanmaya, bütün şeyler kâr üzerinden değerlendirilmeye, öğrencilerde müşteri olarak nitelendirilmeye başlamıştır (Nalbantoğlu, 2003). Aynı zamanda bilimsel süreçte parçalara ayrılarak denetlenebilir olmuştur. Türkiye’de piyasacılığın neoliberal ideolojisinin yeniden üretimi açısından üniversitelerin biçimlendirilmesi amaçlı, piyasalaşma süreci, 1981 yılında kurulan Yükseköğretim Kurulu (YÖK) ile başlamış ve bu dönemde neredeyse her bir şehre üniversite (hatta özel üniversiteler yasal hale getirilmiştir) açılmıştır (Günel, 2020). Öte yandan Bologna süreci ile Avrupa’da yaşanan gelişmeler Türkiye üzerinde baskı oluşturur hale gelmiş, yükseköğretim planlamaları ile politikaları Avrupa entegrasyon programları ve sözleşmeleriyle belirlenmeye başlamıştır (Gümüş ve Kurul, 2011). Bir yandan sağlık çalışanları ile hekimlerden yedek iş gücü ordusu oluşturulurken (yani hekim emeğinin değersizleştirilmesi ve sağlık emek gücü piyasası oluşturulması) diğer yandan da tıp eğitiminin piyasa şartlarına göre düzenlemesi daha doğrusu piyasalaştırılması söz konusu olmuştur.

Aynı zamanda toplumun ideolojik denetimi açısından da kullanılan üniversitelerin piyasalaştırılması ile birlikte eğitim ile bilginin kamu yararına olma özelliği kaldırılmış, bilginin üretimi (üniversite-sanayi iş birlikleri, projecilik faaliyetleri gibi) piyasaya bağımlı kılınmıştır. Böylelikle, hem araştırma ve eğitim bağı koparılmış hem de eğitim ikincilleştirilmiş ayrıca özel sektörün Araştırma ve Geliştirme (AR-GE) ile eğitsel işlevlerini üstlenen üniversiteler yaygınlaşmıştır. Tüm bunlar bilimin, piyasanın ve sermayenin

gereksinimlerine tabi kılınmasını güçlendirirken öte yandan üniversiteyi felsefi idea olarak bilimsel bilginin meşru temsilciğinden de azletmiştir (Özüğurlu ve Hamzaoglu, 2020). Böylelikle akademik kapitalizmle birlikte üniversitelerdeki eğitim ve üretilen bilgi, araçsal mantık ile endüstrinin veya piyasanın dolaysız talepleri kapsamında ele alınmaya başlamıştır (Kaymak, 2013). Yani piyasanın ihtiyaçları doğrultusunda yeni üniversiteler, yeni fakülteler ve yeni programlar açılmış, eğitim kitleleştirilmiş, böylelikle de yalnızca piyasanın talep ettiği işi bilen, başka hiçbir şeyden anlamayan üniversite mezunları verilir olmuştur. Hal böyle olunca sermaye için uzman enflasyonu yaratılmakta ve piyasa değeri düşürülmektedir.

Bu durum, eğitimin tekellere bırakılarak özelleşmesi ve (eğitim sonrası çalışma şartlarına ve bu şartlara adapte olması beklenen yeni bir hekim modeli oluşturulması amacıyla) eğitim içeriğinin belirlenmesi olarak tıp eğitimine yansımıştır. Oysaki tıp eğitiminin, ülke genelinde bağımsız bir şekilde oluşturulan sağlık politikalarına ve önceden tespit edilen ihtiyaçlara uygun olarak topluma dayalı kamucu anlayış ile düzenlemesi gerekmektedir. Ancak tıp eğitiminin, ücretli olmasının yanı sıra müfredatı ile organizasyonunun piyasaya koşulları gereğince biçimlenmesi, tıp eğitiminin amaçlarını da toplumsal ihtiyaçlardan kopuk hale getirmiştir. Hal böyle olunca tıp öğrencileri; bir hekim tarafından edinilmesi gerekli olan temel bilgiler ve becerilerin yanı sıra dönemin neoliberal değerleri ile örülmüş gizli müfredat ile piyasa koşullarına uyumlulaştırılmaktadırlar. Dolayısıyla toplumsal gerçekliklere yabancılaştırılan aynı zamanda da seçkin bir sınıfın üyeleri olabilmelerinin öğretisini alan tıp öğrencilerinin hekimlik değerleriyle birlikte kamucu, eşitlikçi ve toplumcu değerlerin birleştirildiği anlayışla yetiştirilmeleri mümkün ol(a)mamaktadır. Böylece hem akademik kadronun hem de tıp öğrencilerinin rekabet eden fakat daha itaatli, az sorgulayan, bireyci, sindirilebilen, ürkek ve egoist sağlık çalışanları yaratılmak üzere dönüştürülmesi ve tıp eğitiminin sistemin gereklerine uygun teknisyenler yetiştirmek üzere yapılandırılması muhtemel görülmektedir (Kavas ve İlhan, 2010). Tıp fakülteleri piyasalaşmanın etkisiyle bilgi üretiminden daha çok sağlık hizmeti sunmaya başlamışlardır. Aynı zamanda tıp alanındaki bilimsel/klinik/ilaç araştırmaları ya ilaç tekelleri ya da Avrupa Birliği (AB) fonlarının desteğiyle yapılmaya başlanmıştır. Bunun yanı sıra ilaç ve tıp teknolojisinin hızlı bir şekilde büyümesiyle birlikte tıp fakültelerinde yürütülen araştırmalarda ve tıp eğitiminin içeriğinde etkinlikleri artmıştır. Böylelikle hekim adayları ve tıp fakülteleri; toplum sağlığıyla birlikte koruyucu hekimlik anlayışını terk etmeye, ilaç ve tıp teknolojisi piyasasını besleyen tıbbi tedavi modeline geçmeye yöneltilmiş olmaktadır. Öte yandan tedavi edici hekimliğin öne çıkarılmasıyla pratisyen hekimlik değersizleştirilerek

uzman hekimin değerli bir konum şeklinde sunulmasıyla Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı (TUS) piyasa dinamikleri içerisinde yeni bir pazar yaratılmasını (yani TUS dershanelerinin yaygınlaşmasını) sağlamıştır.

Gerek belirlenen politikalardaki hedeflere yani sağıktaki insan gücü sayısı hedefine ulaşılması gerekse piyasalaştırma bağlamında sağık alanındaki personeli yetiştirmek üzere okullarla birlikte öğrenci kontenjanları arttırılmıştır. Aynı zamanda da gerek kamu gerekse özel eğitim sektörleri de bu gereksinimi yatırıma çevirerek fazla sayıda okul ve fakülte açmışlardır. Hatta 2021 itibarı ile tıp fakültesi sayısı 125, öğrenci kontenjanı ise 16.484 olmuştur (Türk Tabipleri Birliği [TTB], 2021). Böylece hekim sayısının fazlalaşmasıyla hekim işsizliğinin artacağı, bundan dolayı da hekimin emeğinin ucuzlaması/değersizleşmesi/metaya indirgenmesi gibi durumların ortaya çıkacağı aynı zamanda tıp fakültelerinin çoğunluğunun altyapı imkânları ve yeterli öğretim üyesine sahip olmadan açılmasının tıp eğitiminin niteliğini düşüreceği belirtilmektedir (Kavas ve İlhan, 2010). Diğer taraftan sağık hizmeti üretiminde dijital teknolojinin, robotik ve diğer otomatik teçhizatın artması ve gelecekte de artmasının öngörülmesi nedeniyle hem hekimlere hem de hemşirelere yeni işlevlerin yüklenileceğine dikkat çekilmektedir. Gelecekte hekimlerin; karmaşık bakımları yönetebilen, araştıran, eğiten, dijital danışmanlar ve veri/bilişim uzmanları olması beklendiği ifade edilmektedir (Deloitte Raporu, 2019).

Günümüzde; kamuculuk, adalet, eşitlik, dayanışma gibi değerlere yönelik söylemlerin eridiği, piyasa kültürü ile alışkanlıklarının baskın olduğu bir yapı içerisinde tıp eğitimi; tedavi edici hekimliğin öncelendiği ve ileri teknolojilerin kullanımına dayalı sağık sistemine uygun olarak biçimlendirilmiştir. Dolayısıyla tıp fakültelerinde; hastalık ve sağığın içinde olduğu bütünü göremeyen, sorgulamayan sadece mikro ölçekte hastalıkları tanıyabilen, halk sağığı anlayışını yok sayan, hastanın içinde yaşadığı çevresel koşullarla ilgilenmeyen, sağığı moleküller seviyeye indirgen yani bütüncül olmayan bir anlayışla hastalık, ilaç ve teknolojiyi bilen hekimler yetiştirilmektedir. Nitekim bütüncül olmayan bu anlayış, ilaç sektörünü besleyebilecek bir yapıyı ortaya çıkarmaktadır (Kavas ve İlhan, 2010). Böylelikle kamu yatırımlarıyla birlikte kamu sağık hizmetleri sermaye birikimine uygun duruma getirilmekte, kamu yönetiminde ve emek sürecinde yapılan düzenlemelerle sağık hizmetleri özel sağık sektörüne benzetilmektedir (Belek vd., 1998). Haliyle fordist üretim tarzı fabrikalardaki kitlesel üretim ve kitlesel tüketim gibi hastanelerde de aşırı teşhis, aşırı tedavi, aşırı ilaç gibi sağık tüketimi artmaya başlamış ve sağık bir hak olmaktan çıkarılarak metalaştırılmıştır

(Soyer, 2010). Dolayısıyla bu süreçten ayrı tutulamayacak olan tıp eğitiminin piyasacı anlayış gereğince dönüştürülmesi sonucunda piyasalaşmaya uygun değerlerle ve ideolojiyle şekillenen tıp öğrencilerinin; hekimlere tarihsel olarak yüklenmiş mesleki etikleri/ahlakları yıkıma uğramaya başlamıştır. Bununla birlikte tıp öğrencilerinin, piyasalaşmanın etkisiyle hem mesleklerine hem hastalarına hem de kendilerine yabancılaşmaları söz konusu olmaktadır (Kavas ve İlhan, 2010). Böylelikle neoliberalizm, gereksinimlerine uygun insan tipini yaratarak pür piyasa mantığına engel olan ortaklaşa yapıları yok ederek yoluna devam etmektedir (Bourdieu, 2009). Hal böyle olunca gerek mekânın gerek sağlık hizmetlerinin ve sunumunun gerek sağlık hizmetleri sunumundaki tıbbi teknolojilerin gerek çalışma ortamının ve gerekse tıp eğitiminin piyasalaşma içerisine çekilerek dönüştürülmesi sürecinden tıp mesleği ve hekimlerin profesyonallıkları bağımsız tutulamayacağından dönüşmesi kaçınılmaz bir durum olmaktadır.

3. BÖLÜM

3. PROFESYONALİZM, NEOLİBERAL POLİTİKALAR VE DİJİTAL HASTANE

3.1. Profesyonizm Üzerine

Türkçe'ye profesyonellik şeklinde çevrilen, önceleri kavramsal tartışmalarda yer alan, günümüzde mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi müfredat programlarında profesyonizm kavramına yetkinlik olarak yer verilmektedir (Mıdık, 2012). Mesleklerin eylemleri için esas oluşturan uzmanlık, yöntemler, standartlar, bağlılık, sorumluluk, özerklik, etik vb. değerlerden meydana gelen profesyonel ideoloji olarak ele alınan profesyonizm, aynı zamanda bunları geliştirmeyi taahhüt eden, profesyonelleşme sürecinin başlayabilmesinde gereken ancak kâfi olmayan bir öğedir (Wollmer ve Mills, 1966; Akt. Karasu, 2001). Aynı zamanda konuları açık ve dürüst bir şekilde belirten bireylerin uzmanlık özellikleri, profesyonelin veya profesyonel bir örgütün; statü, özellikleri, standartları, sorumlulukları uygulaması için gereken nitelikler seti biçiminde de belirtilmektedir. Ayrıca bir eylemi veya süreci belirten “izm” takısı alması sebebiyle mesleğe ait profesyonelleşme süreci şeklinde de tanımlanmaktadır (Jahn Gonsenhausner ve Whitehouse, 2006).

Tıbbi profesyonizm (tıbbi profesyonellik) kavramının tanımlanmasına yönelik çalışmaların profesyonelliğin geliştiğini, dinamik bir güç olduğunu belirten ve aynı zamanda profesyonelliği sistem yaklaşımıyla ele alan Abraham Flexner ile başladığı görülmektedir. Flexner'in çalışmalarında; davranışlar bütünü olan tıbbi profesyonizm, tıp meslek üyelerince sahip olunması gereken özellikler (hekimlerin tanı ve tedavi aşamalarında eleştirel düşünceleri, problem çözme ile entelektüel sorgulamaları, ticarileşmeye direnilmesi) arasında gösterilmektedir (Flexner, 1910). Ya da profesyonel bir hekimin hem klinisyen hem de tam zamanlı akademisyen-bilim adamı olmasının iyi hekim/hekimlik için gerekli olduğu belirtilmektedir. Çünkü klinisyen hekimlik toplumsal güçlerin değişiminin ürünüken akademisyen-bilim adamıysa toplumsal değişim için güçtür. Böylelikle profesyonel hekimler mesleki hâkimiyeti ve özerkliği savunmakta olan özgecil klinisyenler/akademisyenler olarak ifade edilmektedirler (Hafferty ve Castellani, 2010).

Amerikan İç Hastalıkları Kurulu [American Board of Internal Medicine (ABIM)] tarafından profesyonizme yönelik belirlenen özgecilik, hesap verebilirlik, mükemmeliyet,

sorumluluk, saygınlık, dürüstlük, saygılı olma tıbbi profesyonallığa yönelik yapılan tanımlamalardan en önemlileridir (Sox, 2002). Akabinde tıbbi profesyonallık kavramına ilişkin hekimlerin hastalar ile topluma karşı sorumluluklarını belirten tanımlama yapılmış ve bir davranış seti oluşturulmuştur. Örneğin; hekimler diğerlerinin çıkarlarını kendi çıkarlarının önünde tutmalıdırlar. Etik ve ahlaki yasalara bağlı kalmalıdırlar. Kültürel çeşitliliklere duyarlı olmalıdırlar. Mevcut toplumsal değerleri uygulamalarına yansıtmalıdırlar. Toplumun sosyal gereksinimlerini karşılamalıdırlar. Toplumsal sözleşmeye uygun davranışlar sergilemelidirler. Temel insani değerleri (dürüst, yardımsever, şefkatli, empati kuran, hastalara ve meslektaşlarına saygılı, güvenilir olma vb.) göstermelidirler ve bunları geliştirmeyi taahhüt etmelidirler. Hesap verebilir olmalıdırlar (ki bu günümüzde önemli ilkelerden biri haline gelmiştir). Kendilerini ve mesleklerini geliştirme sözlerine bağlı kalmalıdırlar. Hastalar ve uygulamalarla ilgili karmaşık durumlarla baş edebilmelidirler. Hayat boyu öğrenme ve reflektif becerilerini geliştirmelidirler (Swick, 2000). Hasta ve hekim etkileşimleri, ekip içindeki etkileşimler, uygulama yerleri/egitim ortamları, ödemeler, düzenlemeler, sağlığın sosyo-ekonomik göstergeleri; profesyonallık ile profesyonallığı etkileyen etmenlerin ortaya çıkmasını sağlamaktadırlar. Aynı zamanda bireysel yetkinliklerin güçlendirilmesi, hekim liderliği ile kurum kültürünün güçlendirilmesi, hekimlerin savunuculuk ve sağlık reformlarına katılımının teşvik edilmesi gibi yöntemler ile profesyonallığın güçlendirilebileceği belirtilmektedir (Lesser vd., 2010). Ayrıca Genel Tıp Konseyince, tıbbi profesyonellik kavramının meslekle alakalı değil de hasta/toplum ile ilgili bir kavram olması nedeniyle artık ustalık, otonomi, kontrol, güç, otorite, imtiyaz, üstünlük, otokontrol gibi eski profesyonellik kavramları üzerinden tanımlanmayıp hasta merkezli yeni bir tanımın, oluşturulmasının gerekliliği dile getirilmektedir (Smith, 2006). Öte yandan tıbbi profesyonallığa yönelik yapılan birçok tanımlama ve açıklamaya rağmen, etkileşime açık olması, özgecilik, dürüstlük, şefkat ve sorumluluk kavramlarının kişilere göre algılanması ve benimsenmesinde farklılıklar olması nedeniyle lokal tanımlamalar yapılması da tavsiye edilmektedir (O'Sullivan vd., 2012). Dolayısıyla içeriğe özgü olan, yaşam boyu devamlı gelişen ve değişen tıbbi profesyonallıkla ilgili evrensel tek bir gerçek olmamasının yanı sıra kültürel arka planlar teorik olarak tıbbi profesyonallık kavramına kültüre özgü unsurlar ekleyebilmektedir. Bununla birlikte tıbbi profesyonallığın uygulanması ve devamını etkileyen kişisel (stress, tükenmişlik, depresyon durumu, motivasyon eksikliği, kişilik özellikleri, etik çalışma özellikleri ve iletişim becerileri) veya çevresel (kurumsal kültür, profesyonallıkla alakalı resmi-gayri resmi ayrıntılar ve uygulama özellikleri) etmenler söz konusudur. Dolayısıyla hem kişisel hem de çevresel etmenler, beklentilerle uygulamalar arasındaki uyumun

derecesini negatif yönde etkileyebilmektedir (West ve Shanafelt, 2007). Halen Batı kültürünün etkisinde olduğu gözlemlenen tıbbi profesyonizm, tıbbi, eğitsel ve sosyolojik ele alışla; dünyada ve Türkiye’de kabul gören en mühim hekim yetkinlikleri arasında olan hem de etik, lider, eğitici vb. öbür yetkinlikleri kapsayan bir çatı kavram olarak ifade edilmektedir (Mıdık vd, 2015).

Şimdilerde mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimi müfredat programlarında yetkinlik olarak yer verilen profesyonizm kavramı ilk kez, ABIM tarafından 1992’de hazırlanan “The Professionalism Project” adlı bildiriye ele alınmıştır. Bu bildiriye profesyonizmi tanımlamak, iç hastalıklarında profesyonizm konusunda farkındalığı arttırmak, profesyonizmle alakalı amaçları müfredata yerleştirmek amaçlanarak uzmanlık sertifika sınavlarında profesyonizme ait değerlere yer verilmesi istenmiştir (Members of ABIM Project Professionalism, 2001). Amerika Uzmanlık Eğitimi Akreditasyon Komitesince de (Accreditation Council for Graduate Medical Education [ACGME]) 2000’de profesyonizmin altı yetkinlik alanından (hasta bakımı, tıbbi bilgi, uygulamaya dayalı öğrenme ve geliştirme, kişilerarası iletişim becerileri, sisteme dayalı uygulama ve profesyonizm) biri olarak belirlenmesiyle profesyonizm asistan eğitim programlarında yer almaya başlamıştır (Swing, 2007).

Türkiye’de ise 2000’lerde hekimlerde olması gereken değer ve niteliklerle ilgili çalışmalara başlanmış, Türk Tabipleri Birliği’nce (TTB) hekimlerde olması gerekli değer ve nitelikler için iyi hekimlik tanımlaması yapılmıştır. 2006’dan sonra tıbbi profesyonizm kavramının daha geniş şekilde ele alınmasıyla birlikte uygulamalar içinde yer almaya başladığı belirtilmektedir (Civaner vd., 2001). Nitekim 2003 yılındaki Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı’nda (UÇEP), tıbbi profesyonizm kavramı yer almazken 26 maddenin sıralandığı tutum ve davranışlar bölümü tıbbi profesyonizm kavramına ilişkin içeriği kapsamaktadır (UÇEP, 2002). Ayrıca bu bölümdeki hedefler daha sonraki UÇEP-2014’de profesyonelliğe yönelik yeterlikler çerçevesinde ele alınmıştır (UÇEP, 2014). Diğer yandan Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği (TEPDAD) tarafından 2018 yılında yapılandırılan mezuniyet öncesi tıp eğitimi standartlarında ise profesyonizme işaret eden alanlar bulunmaktadır. Öncelikle tıp eğitiminin topluma dayalı bir eğitim olması üzerinde durulmuştur. Tıp öğrencilerine, sürekli mesleki gelişim ve yaşam boyu öğrenme tutumunun kazandırılmasının önemine değinilmiştir. Tıp eğitiminde, davranış ve sosyal bilimler ile birlikte kanıta dayalı tıp

uygulamalarına yer verilmesi, öğrencilere bilimsel ilke ve yöntemleri kullanarak analitik, eleştirel düşünme ve değerlendirme, problem çözme, karar verme gibi becerilerin kazandırılması, bilimsel araştırma yapma deneyimi kazandırılması, ekip çalışması anlayış ve becerilerinin kazandırılması, elektronik hasta bilgi yönetimi ve karar destek sistemlerini kullanma becerilerinin kazandırılması hedeflenmiştir (TEPDAD, 2018).

Ancak bugünlerde gelişen teknoloji ile birlikte değişen piyasa güçleri, küreselleşme, neoliberal politikaların sağlığı piyasalaştırmasına yönelik düzenlemeler, sigorta şirketleri ve sağlık sermayesinin (tıbbi cihaz, ilaç endüstrisi gibi) sağlık hizmet sunumu/hekimler/hastalar/tıp eğitimi üzerindeki rolü, medikalizasyon, malpraktis davaları, hekimlere/sağlık çalışanlarına şiddet uygulanması, hesaplı uzmanlık alanı seçimleri, medya gibi durumlar karşısında, profesyonel hekime ilişkin geleneksel anlayışların artık gerçekçi ve sürdürülebilir olmadığı, bu nedenle tıp eğitimi süreçlerinin eski tıp profesyonellik anlayışıyla yapılandırılmaması gerektiği belirtilmektedir (Mıdık, 2020). Bu bağlamda hekimliğin dönüşümünde etkili olabilecek dinamikler konunun daha iyi anlaşılabilmesi için bir sonraki bölümde ele alınmıştır.

3.1.1. Hekimlerin Uzmanlık Yitimi ve Değersizleşme

19. yüzyıl boyunca tıpta yaşanan gelişmelerle birlikte tıbbın kurumsallaşmasına ilişkin çalışmaların (1832’de İngiliz Tabipler Birliği, 1847’de Amerikan Tabipler Birliği kurulması gibi) başlamasıyla, hekimler yalnızca bilimsel ve teknik yetkinliklerini kazanmakla kalmamış aynı zamanda meşrulukları ve statüleri de gelişmiştir. 1950’li ve 1960’lı yıllara gelindiğinde hekimlere “sorunları çözmeleri, toplumun öncü gücü olmaları” gibi toplumsal düzeni sağlama adına sorumluluklar yüklenmiştir (Castellani ve Hafferty, 2006). Diğer yandan hekimler otonom gruplaşmayla birlikte bir nebze de olsa siyasal iktidardan bağımsız toplumsal güç oluşturmuşlardır. Aynı zamanda hem işin kendisi hem de hekim dışı sağlık mesleği üyelerince yerine getirilen işler üzerinde denetim/kontrol sağlanması ve tıp alanına yönelik kültürel inançların yaratılması sonucunda tıp gücünü kurumsallaştırmıştır. Böylelikle toplum ile tıp arasındaki toplumsal sözleşmenin kapsamı şekillenmiş olmasına karşın hem otonominin korunması hem de toplumun beklentileri göz önüne alınarak standartlar ve etik kurallar oluşturulmuş, meslek dışı tesirlere kapatılmıştır (Freidson 1970; Akt. Cirhinlioğlu, 1996). Dolayısıyla hekimler sosyal kapanmayla birlikte tıp eğitimini ve tıp bilgisini tekellerine almışlar, aynı zamanda meslek içi ilişkilerde de yapılan düzenlemeler yoluyla tıp alanında özel denetim mekanizmaları oluşturmuşlardır (Turner, 2017). Bununla beraber hekimlerin,

sağlık sistemini düzenleme, yürütme ve yönetimi konularında etkin olmaları onlara özerkliğin ötesinde bir güç sağlamış ve mesleki sınıf hiyerarşisinde en üste yerleşmişlerdir (Cruess vd., 1999). Böylece tıp alanına yönelik yapılan devlet desteğiyle birlikte tıp; mesleğe girişte, tıp öğreniminde, mesleğin bağımsız icra edilmesi hakkı üzerinde bir denetim/kontrol sağlamıştır. Hatta o dönemlerde tıp için, hekimlerin birbirlerinin faydalarını gözetmesi, koruması ve mesleğin itibarını devam ettirmesi yönüyle kapitalist toplumun ortasındaki loncalar benzetmesi yapılmıştır (Light ve Levine, 1988).

Ancak 1970’li yıllara gelindiğinde, neoliberal politikaların etkisiyle piyasa yönelimli sağlık hizmeti (managed care) sisteminin temelini atılmasıyla birlikte sağlıkta piyasalaşma sürecine girilmiştir. Sağlığın piyasa kapitalizmi dinamikleri tarafından şekillendirildiği bu süreçte iyileştirme gücünü eline geçiren ulusal ve uluslararası büyük şirketler (banka, sigorta, tütün, ulaştırma, ilaç vb.) faaliyet gösterdikleri alanlar doğrultusunda maddi güçlerini kullanmışlar, hekimlerin çalışmalarını büyük ölçüde etkilemeye ve tayin etmeye başlamışlardır (Castellani ve Hafferty, 2006). Sağlıkta piyasalaşmanın sağlık sistemine rekabet ile kâr üzerinden düzenlemeler getirmesi ve kamusal sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sonucunda yeterliliğe, uzmanlığa, etkililiğe ve kaliteye yönelik görüşlerin ve tıbbi uygulamaların ticari tutumdan etkilenmesi söz konusu olmuştur. Buna bağlı olarak sağlık sisteminin içindeki kültür farklılaşırken haliyle ticari tutuma ilişkin politikalarda bireysel ve kurumsal düzenlemeleri etkilemiştir. Bunun yanı sıra özel sağlık sigortası, performansa göre ödeme gibi sağlık politikaları sebebiyle kurumlarda finans temelli hekimlik uygulamaları oluşmuştur (Ludmerer, 1999). Neoliberal politikaların uygulamaya konulmasıyla birlikte hastanelerde tıbbi cihaz sayıları artmış, tetkik istemleri artmış, ameliyat oranları artmış bu da beraberinde aşırı teşhisi, aşırı tedaviyi ve aşırı ilaç kullanımını getirmiştir. Haliyle bu durumda sağlık alanındaki çeşitli paydaşların (ilaç endüstrisi, tıbbi cihaz endüstrisi, sigorta şirketleri gibi) kazançları artarken tıbbi kararların alınması yön değiştirmiş, yöneticilere, endüstri şirketleri ile politikacılara geçmiştir (Oreopoulos, 2003). Bağlı olarak devletin, maliyetin etkililiği için özel sektöre benzer işletme mantığıyla, hekimlerden verimlilik, kazanç sağlama gibi piyasanın önceliklerine uyma beklentisi sonucunda hekim-hasta/hasta yakınları-hekim dışı sağlık çalışanlarının arasında saygı, iş birliği ve ekip çalışması gibi etik kurallar azalmaya başlamıştır (Hafferty, 2004). Sağlığın bir metaya dönüşmesiyle birlikte hastalar müşteri/tüketici olarak görülmeye başlanmıştır. Dolayısıyla neoliberalizmden, moderniteden ve postmoderniteden beslenen bir kültür ortaya çıkmıştır. Hal böyle olunca profesyonallizm değerler sisteminin (doktor, hasta, güven/itimat,

bakım veren/sağlayan, hizmet, değerler, tedavi, övünç, önce zarar vermemek) yerini ticari tutum değerler sistemi (hizmet veren, müşteri, güvensizlik/kuşku, çıkar amaçlı memnuniyet sağlayan, meta, kâr/getiri, menfaat/çıkar, ek ödeme/prim, sorumluluk alıcınıdır) almıştır (Cohen, 2006).

Diğer yandan sağlık alanında uygulanan neoliberal politikalarla birlikte kendi muayenehanelerinde bağımsız çalışan hekimlerin gittikçe büyük hastanelerde maaşlı olarak çalışmaya başlamaları yani hekimliğin şirketleşmesi (bürokratikleşmesi) söz konusu olmuştur (Soyer, 2012). Hekimliğin şirketleşmesine Türkiye’de uygulanan tam gün yasası örnek gösterilebilir. Böylelikle muayenehanesini kendi inisiyatifi ile yöneten hekimlerin artık büyük ve merkezi sağlık kuruluşlarında eskisi gibi inisiyatifli davranma durumları ortadan kalkmış, kendi emeklerinin nesnesi, aletleri, araçları ve nemalanma düzeyleri üzerinde sahip oldukları denetimleri azalmış ve hastalar nesneleşmişlerdir (McKinlay ve Stoeckle, 1988). Öte yandan şirketleşmeyle beraber çalışma yaşamında emek sürecinin unsurlarından çalışma saatleri, konumları, ödeme şekilleri, uygulama biçimlerine ilişkin düzenlemeler çalışanlarca değil, güçlerini birleştiren dev ölçekli işletmeler tarafından yapılmaya başlanmıştır. Dolayısıyla bu süreçle hem çalışma konumları hem de toplumsal konumları etkilenen hekimler mesleki özerkliklerini kaybetme durumuyla karşı karşıya kalmışlar ve otonomileri aşınmaya başlamıştır (Cirhinlioğlu, 1996). SDP ile getirilen performansa dayalı ödeme sistemi sonrasında hekimlerin performans kotalarını doldurma ya da performans ödemelerinin kesilmemesi için izinlerini kullanmamaları, çalışma saatlerini uzatmaları, hekimlerin zaman üzerindeki otonomilerinin kaybolmasına örnek verilebilir.

Öte yandan 19. yüzyılda yaşanan düşünsel dönüşüm ve hakikat rejiminin değişimiyle tıp bilgisinde, tekniklerinde ve sistemlerinde yaşanan ilerlemeler neticesinde tıpta uzmanlık alanlarının sayısı artmış ve uzmanlaşma modern tıp için önemli hale gelmiştir. Dolayısıyla uzmanlaşmayla birlikte tıp bilgisinin parçalanması ve her bir parçadan farklı bir uzmanın sorumlu olması hekimlerin bütüncül tıptan uzaklaşmalarına neden olmuştur. Günümüzde uzmanlaşmanın giderek artmasına bağlı olarak hekimliğin önemli unsurlarından biri olan bireyi çevresi ile birlikte değerlendirme göz ardı edilmektedir. Hastalar bir doku, organ boyutuna indirgenmekte, hekimlerin temel klinik becerilerini (dokunma ayrıcalığı, öykü alma, fiziki muayene, hekim-hasta iletişimi gibi) kullanmaya vakitleri olmamakta, teknolojinin sunduğu görüntüleme yöntemlerini kullanmayı temel klinik becerilerine tercih etmektedirler ya da tercih etmek zorunda kalmaktadırlar. Kuşkusuz, tıbbi teknolojilerin

hekimlere ve hastalara, teşhis ve tedavi aşamalarında olumlu katkıları yadsınmaması gereken bir gerçektir. Ancak hekimlerin tetkik istemi ya da tıbbi teknolojileri kullanmayı tercih etmeleri tıbbi gereklilikten çok, klinik rehberleri/kılavuzları kullanma baskısını üzerlerinde hissetmeleri, malpraktis davalarından korunma ya da hasta talepleri gibi nedenlerle olabilmektedir. Dolayısıyla önceleri önemli olan temel klinik becerilerin, değer kaybetmeye başlamasıyla yeni teknolojilere hızlı ve kolay uyum sağlayan hekimler toplumun gözünde daha başarılı bir imaj çizmektedir. Böylece tıp teknolojisinin hastalarla hekimlerin arasına soktuğu onca cihaz, araç, gereç, bilgi ve beceri hasta ile hekim arasındaki ilişkiyi zayıflatmaya başlamış ve hastalar sadece tedavi edilmesi gereken bir obje olurken aynı zamanda da hekimlerin gözünde karmaşık verilerin soyutlaması halini almıştır (Ertong, 2011). Hatta ve hatta hekimin sihirli dokunuşlarının yerini artık fazlaca istenen tahlil, film vs almıştır. Böylece teknoloji hasta ile hekimin birbirine yabancılaşmasına sebep olmaktadır denilebilir. Çünkü bu durumda hekim amacını tedavi etmekle sınırlayabilmekte, görevini yerine getirmeyi tanı ve tedavi şeklinde düşünebilmekte ve bu konu da teknolojiye güvenmeyi tercih edebilmektedir. Hâlbuki hekimin amacı tanı ve tedavi ile sınırlı kalmayıp, korkularından/endişelerinden kurtulmaya ve hastalığıyla alakalı sorularına cevap bulmaya çalışan hastayı, anlamaya, sorununu çözmeye ve beklentilerini karşılamaya yönelik olmalıdır. Tıbbi teknoloji tanı ve tedavi imkânları bireylere biyolojik açıdan katkı sunarken psiko-sosyal açıdan ihmal etmekte yani hekim-hasta ilişkisinin insani boyutunu giderek zayıflatmakta ve mekanikleştirmektedir (Atıcı, 2007). Dolayısıyla teknoloji yoğun tıp; çalışanlarda, mekanikleşme yani her şeyi standartlara göre yapma (robotluğu), standartlar dışında başka bir şey düşünmeme, uzmanlaşma dar alanında branşının esiri olarak bütünü kaçırma ve hastalara “x” muamelesi yapma gibi durumları beraberinde getirebilmektedir (Sur, 2017).

Ayrıca tıbbi teknolojilerin yanı sıra sağlık kurumlarında yoğunluklu olarak kullanılan BİT ve bilgi sistemleri, profesyonel yeteneklerin rasyonalize olmasını ve hekimlerin meslek dışı değerlendirmelere daha fazla açık hale gelmesini sağladığı gibi tıp uygulamalarını karşılaştırılabilen bilgisayar destekli sistemler sayesinde yanlış uygulamaların saptanabilmesini ve aynı zamanda kabul edilebilir uygulamalara yönelik normların oluşturulmasını da sağlamaktadır. Bundan dolayı da bilgisayarlaşmanın hekimlerin üstünlük sultasını bozduğu belirtilmektedir (Cirhinlioğlu, 1996). Bu değişimin yasal yönünde ise, hasta bilgilerinin bilgi sistemleri sayesinde depolanabilmesiyle yöneticiler (hastaya ayrılan süre, uygulanan tetkikler, klinik sonuçlar, hasta memnuniyeti, yapılan harcamalar vs.) tüm yapılan işlemleri kolaylıkla izleyebilmektedir. Ayrıca istihdam ile ücretlendirmenin performansa göre

düzenlemesi de hekim ve sağlık çalışanlarının denetimini kolaylaştırmaktadır. Yöneticiler, hekimlerin performanslarını, standardize tedavi kılavuzları üzerinden değerlendirebilmekte, daha önceleri dokunulmaz olan hekimler, hatalı tedavi uygulamaları sonucu şikâyet edildiklerinde nesnel olarak soruşturulabilmektedirler. Eskiden hekimlerin soruşturmalarında başka hekimlerin tanıklığı veya bilirkişiliği gerekli iken şimdilerde bilgisayar kayıtları çoğu şeyi açıklığı ile ortaya koyabilmektedir (Soyer, 2012). Bir diğer denetim mekanizması ise hastalar üzerinden oluşturulmuştur. Değer yargılarında oluşan değişimler, insan hakları ile birlikte hasta hakları ve güvenliğine verilen önemin artması gibi gelişmelerin yanı sıra SDP ile birlikte Hasta Hakları Yönetmeliği yayımlanmış, hastanelerde kurulan Hasta Hakları Birimleri ve Sağlık Bakanlığı İletişim Merkezi (SABİM) gibi şikâyet/memnuniyet mekanizmaları oluşturulmuştur. Dolayısıyla Hasta Hakları Yönetmeliği ile düzenlenen hasta hakları ve bunların sağlık hizmetlerindeki uygulamalarının, görünürde hasta merkezli olma çabasıyla başlamış olmasına karşın hastalar için sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırmaya yönelik işlemlere (örneğin hekim poliklinikte bakabileceği hasta sayısına ulaşınca, muayene sırasını verilmemesini isteyebilmektedir. Bu durumdan dolayı bir hasta poliklinik sırası alamadığında hasta hakları birimine müracaat ettiğinde, birimin hekimle yaptığı görüşmenin akabinde hekim, şikâyetle uğraşmamak için muayene sırası verilebilmektedir) ve sağlık profesyonellerinin disipline edilmesine yönelik tedbirlere (Güven, 2014) dönüşmüştür. Dolayısıyla sağlık sektöründeki piyasalaşma ve özelleşme, rekabet ve kâr maksimizasyonu için denetimleri arttırmış ve yaygınlaştırmıştır.

Diğer taraftan son yıllarda medyadaki konuların başında sağlık ve hastalık gelmektedir. Yaklaşık 20 yıl öncesi sağlık ve hastalık vurgusu hastane, doktor, hemşire ve ilaçtan ibaretken 2000’li yıllardan itibaren sağlıklı yaşam, vitaminler, sağlıklı beslenme, alternatif tıp ve sağlık kontrollerini kapsamaktadır. Çünkü küreselleşmiş dünyada bedenin post-modern algılanışı, sağlığa/bedene bir tüketim maddesi gibi bakılması, tıp bilgilerinin popülerleşerek medyada prim yapan bir konu haline gelmesi yani sağlık piyasası geliştikçe, hekimler; rasyonel ve geleneksel tıbbın temsilcileri olarak, piyasanın yalnızca bir aktörü haline gelmektedirler (Cirhinlioğlu, 2014). Aynı zamanda BİT vasıtasıyla bilginin yaygınlaşması ve seçeneklerin artması, sağlık hizmeti alımı esnasında hasta/hasta yakını ile hekim arasında etkileşimin yoğun olduğu tanı ve tedavi sürecinde yaşanan hekimden hastaya doğru olan asimetrik bilgi akışını da değiştirmektedir. Bilindiği üzere hekimlerin teknik uzmanlıkları ve bilgi monopolları toplumsal düzende hekimlere ayrıcalıklı bir konum sağlamıştır. Bu da halkta, hekimle karşı karşıya gelindiğinde güvenilir tıp bilgisine

ulaşabileceği kabulünü oluşturmuş ve hekim-hasta ilişkisinin paternalistik tarzda olmasını sağlamıştır (McKinlay ve Marceau, 2002). Fakat günümüzde tüketici konumuna yükselen bireylerin eğitim düzeylerinin de yükselmesiyle birlikte BİT aracılığıyla, hekimlerin sahip olduğu ezoterik tıp bilgisine (belirli bir insan topluluğu haricinde kimseye bildirilmeyen, sadece sınırlı, dar bir çevreye aktarılan her türlü bilgi, öğreti) kolay bir şekilde ulaşabilmeleri sonucunda, bireyler artık hekime sağlık ve hastalık konusunda güncel ve daha fazla bilgi ile gitmektedirler (Haug, 1973; Akt. Cirhinlioğlu, 1996). Haliyle bireylerin eskiye kıyasla daha fazla malumat (hem hastalık, teşhis, tedavi vb. hem de hekimlerin kişisel biyografileri hakkında) sahibi olmaları, edilgen hasta tipinin yerini sorgulayan hasta tipine bırakmış ve emreden hekim tipi aşınmaya başlamıştır. Dolayısıyla sorgulayıcı olan hastalar karşısında artık hekimlerin her istediklerini uygulayamadıkları bundan dolayı da tıbbi bilgi üzerinde kontrol kaybı yaşadıklarından ve kültürel otorite aşınmasından söz edilmektedir (Kurutkan, 2010). Öte yandan medya tarafından sağlık alanına olan ilginin giderek artmasıyla birlikte, haberlerde ya da sosyal paylaşımlarda tıbbi hatalar ve tıbbi hatalarla ilgili açılan davaların devamlı gündemde tutulması, sağlık harcamalarının kontrolüne yönelik çabalar, toplumsal sözleşmenin en önemli özelliği olan hekimlere güveni ciddi derecede zedelemekte ve hekimlerin toplumsal imajına zarar vermektedir (Ertong, 2011). Bunların yanı sıra önceden hekim-hasta ilişkisinin mahremiyeti varken adli olgularla ilgili yapılan yasal düzenlemeler (kadına yönelik şiddet vakalarının, çocuk ihmal ve istismar vakalarının, iş kazalarının, bulaşıcı hastalıkların bildirilmesi yükümlülüğü gibi), hekimlerin gizliliği sağlama kuralını uygulamasını yani sır saklama yükümlülüğünü zorlaştırmaktadır. Öte yandan tıp pratiğinin parçalanması sonucunda uzman parçaların sahibi olurken bu parçalanmış bölümlerin özellikle bilgisayar ortamında ve hekimlere ait olan tıbbi bilginin hekim olmayan kişilerce (sermaye ve onun temsilcileri) kolay bir şekilde denetlenmesi mümkün hale gelmektedir. Böylece kayıt altına alınan ve denetimi üçüncü şahıslara (sermaye ve onun temsilcileri) geçen hem hastalık hem de hastalara ait bilgiler/veriler metalaşma riski ile karşı karşıya kalmaktadır.

Bunların yanı sıra, önceleri tıbbın, tabi kılma, sınırlama ve dışlama stratejilerini kullanarak diğerleri (yani hemşirelik, eczacılık gibi meslekler) üzerinde kurmuş olduğu baskınlık ve özerklikte kaybedilmeye başlamıştır (Turner, 2017). Çünkü daha önce tıba tabi kılınan bu meslekler profesyonelleşme sürecini yaşamaktadırlar. Bu nedenle hekimlerin diğer sağlık meslekleri ile aynı seviyeye getirilme mekanizmasına tabi kılındığı belirtilmektedir (Tekin ve Kaya, 2015). Böylelikle hekimlerin, performansları ve başarıları gittikçe meslektaşları ve hekim dışı sağlık çalışanlarıyla etkileşimlerine ve uyumlarına bağlı olmaya

başlamıştır. Buna bağlı olarak hekimler, işlevlerini yitirmeleriyle birlikte ekip başı olmaktan çok ekibin bir üyesi haline gelmişlerdir. Dolayısıyla tıp uygulamalarını tek başına yerine getiren ve önemli kişi olan ancak zamanla bürokratik kurumlarda yalnızca hizmet sunan, uzmanlaşmaya eğilimli olduğu kadar gittikçe de vasıfsızlaşan hekimler artık ekip içinde çalışarak ekibe uyum sağlamak zorunda kalmıştır (McKinlay ve Arches, 1985). Ayrıca tıp eğitiminde uygulanan politikalar ve bilgi yükü neticesinde öğrencilerin gittikçe mekanikleştikleri, hümanist özelliklerini kaybederek bilgi yüklü duygu yoksunu sağlık uygulayıcıları olmaya başladıkları, hastayı dinlemeyen, hasta ve topluma yabancılaşan profesyoneller oldukları belirtilmektedir (Başer ve Şahin, 2017).

Özetle, 20. yüzyılın son çeyreğinden itibaren küreselleşme, neoliberal politikalarla birlikte refah devletleri; sağlık alanındaki sorumluluklarını terk etmeye, sağlık alanını piyasa güçlerine bırakmaya ve piyasalaşmış sağlık hizmetleri ile onun arkasında bulunan temel aktörleri desteklemeye başlamışlardır. Giderek sermayenin egemenliğine geçen tıp; hekimlerin iktisadi, idari ve klinik özerkliklerini tehdit etmektedir. Böylece hekimlerin profesyonel egemenlikleri gerilemekte ve bunun yerini sermaye tıbbının çıkarlarının uygulayıcısı olan bürokrasinin egemenliği almaktadır. Dolayısıyla hekimlerin profesyonel ayrıcalığının korunması yerine çok uluslu şirketlerin çıkarlarının korunmaya başlamasıyla önceden toplumsal kontrolün özneleri olarak desteklenen hekimlerin ve hekimlik mesleğinin değer yitimi süreci küresel sermayenin hâkimiyetine paralel olarak toplumlarda farklı düzeylerde de olsa yaşanmış ve yaşanmaya devam etmektedir (Soyer, 2012).

3.2. Neoliberal Politikalar, Dijital Hastanede Hekim(lik) ve Hasta Olmak

Küresel kapitalist ekonomi, çok uluslu sermaye ile para akışını güvenli bir biçimde sağlayabilmek için görülmedik bir şekilde mekânları kontrol edip yönetmekte, mekânı kârlılığını maksimize edecek bir araç olarak görmekte, değişen koşullar karşısında devamlı revize etmekte yani bir yandan tüm hızıyla mekânı dönüştürürken diğer yandan da ortadan kaldırmaktadır (Yıldız ve Alaeddinoğlu, 2011). Bununla birlikte küreselleşme, iletişim ve ulaşım teknolojilerinin gelişmesi, dijitalleşme tüm mekânsal duvarların yıkılmasına, parçalanmasına neden olmuş, aynı zamanda da mekânları tamamıyla egemenlik altına almıştır. Böylelikle bireyin kendisini tanımladığı zaman ile koordinatlarında bir belirsizlik ve kayma yaratan aynı zamanda da algılamalarını sarsan zaman mekân sıkışması sayesinde mekân zaman vasıtasıyla yok edilirken bu süreç zamanında mekânsallaşmasını sağlamakta dolayısıyla teknolojik değişimler, dijitalleşme ve zaman mekân sıkışması yaşama inanılmaz

bir hız katmaktadır. Hal böyle olunca mekânlar birbirine yaklaşmış ve değişen algılar çerçevesinde dijital mekânlar (akıllı şehir, akıllı bina, dijital hastane) yükselmeye başlamıştır. Bilgi ve İletişim Teknolojilerinde (BİT) yaşanan gelişmeler ile dijital görünüm kazanan üretim, dolaşım ve tüketim süreçlerinin kapitalist sisteme gittikçe daha fazla eklemlenmesiyle sağlık sistemi, sağlık tesisleri, sağlık hizmetleri bu sistemin gereklerine uygun şekillenen bir yapı halini almış dolayısıyla çalışma biçimlerinde de dönüşümler yaşanmaya başlamıştır. Bu bağlamda konunun daha iyi anlaşılabilmesi amacıyla öncelikle hastanelerin dijitalleşme süreci, BİT aracılığıyla yaşanan dönüşümün/dönüşümlerin ürettiği gelişmelerin meşruiyetinin, tartışmalara açık bazı dinamikleri de üretebilme potansiyeli nedeniyle, sağlığın verileştirilmesi, verilerin metalaşması, mahremiyet, gözetim, biyopolitika, kamusal mekân/zaman ile özel mekânın/zamanın silikleşmesi, hastaların sayısallaştırılması kavramları üzerinden sağlık sisteminin, hekimlik mesleğinin ve hastaların durumu ele alınmıştır.

3.2.1. Mekân Olarak Hastane ve Dijitalleşme

Teknolojideki gelişmeler ve dijital yeniliklerin yanı sıra günümüzde tıbbi hataların, hasta güvenliğinin ve sağlık bakım maliyetlerinin çoğalması, sağlık bakımına erişimin iyileştirilmesine olan ihtiyaç, ileri teknolojilerin kullanıldığı tedavi metotlarının kendisinden kaynaklı zorluklar, hastaların bakım süreçlerine daha fazla katılma talepleri gibi unsurlar sağlık bakım sektörünün değişiminde önemli rol oynamaktadır. Günümüzde sağlık kurumları tedavi yaklaşımı olarak hastaların sağlıklarını bütüncül bir yaklaşım ile yönetmeye doğru evrilmektedir. Dolayısıyla artık hastaneler daha iyi klinik sonuçlar almak, tedarik zincirinin etkinliğini arttırmak, hasta deneyimlerini iyileştirmek gibi amaçlarla BİT kapasitelerini arttırmaya yönelik girişimlerde bulunmakta ve yatırımlar yapmaktadırlar. Hal böyle olunca hem sağlık sektörünü etkileyen bu dinamikler hem de teknoloji alanında yaşanan yenilikler dijital hastane kavramını gittikçe yaygınlaştırmaktadır. Türkiye’de sağlık sisteminin dijitalleşme sürecinde önemli adımların atılmasında Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın etkisi büyük olmuştur (Peker vd., 2018). Sağlık politikalarının üretilebilmesi için sağlık verilerinin toplanması, depolanması ve analiz edilmesinde gerekli olan, ulusal düzeydeki standardizasyonun sağlanması için SDP ile “Karar Sürecinde Etkili Bilgiye Erişim: Sağlık Bilgi Sistemi” başlıklı hedefle e-sağlık projesi gündeme getirilmiştir. Bu hedef kapsamında sağlık sistemine yeni dijital altyapının getirilmesi için Sağlık-Net sistemi hayata geçirilmiştir (SB, 2014). Akabinde dijitalleşme bağlamda Sağlık Bakanlığı (SB) 2013-2017 Stratejik Planında “Bakanlığa ve Bağlı Kuruluşlarına Bağlı Tesislerde Dijital Hastane Kavramını

Oluşturmak ve Yaygınlaştırmak” şeklinde amacını ortaya koymuştur. Bu çerçevede, tele tıp ve tele sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması, evde sağlık hizmetlerinin mobil teknolojilerle desteklenmesi, internet üzerinden tıbbi danışmanlık (e-aile hekimliği) hizmetinin verilmesi, tüm sağlık kurumlarını kapsayan e-randevu sisteminin oluşturulması, kurumsal mobil uygulamalar ve giyilebilir/takılabilir kablosuz algılayıcılar vasıtasıyla uzaktan hastalık takiplerinin geliştirilmesi, hekimler arasında portal vasıtasıyla bilgi ve iletişim platformunun kurulması gibi konular üzerinde çalışıldığı belirtilmiştir (SB, 2012). Stratejik plan çerçevesinde söz edilen tüm bu insan-makine-veri birlikte çalışabilirliğiyle ilgili çalışmalar Endüstri 4.0’ın bileşenlerini anımsatmaktadır.

Bu bağlamda, SB’na bağlı hastanelerin, uluslararası tek dijital hastane modellemesi olan HIMSS (Healthcare Information and Management Systems Society [Sağlık Bilgi ve Yönetim Sistemleri Topluluğu]) EMRAM (Electronic Medical Record Adaption Model [Elektronik Tıbbi Kayıt Uyum Modeli]) modeli çerçevesinde, mevcut seviyelerinin tespit edilmesi, üst seviyelere çıkarmak için gerekli eğitim ve yönlendirmenin yapılması, Seviye 6 ve Seviye 7 olan hastanelerin sertifikalandırılması amaçlanmıştır. Bu amaç kapsamında SB ve 1961 yılında kurulan ABD, Avrupa ve Asya’da yapılanmaları bulunan ve kâr amacı gütmeyen HIMSS ile 15 Kasım 2013’de anlaşma imzalanmıştır (SB, 2019b). Bu anlaşmanın akabinde, kamu hastanelerinin, EMRAM değerlendirme anketi (hastaneler tarafından doldurulan) üzerinden yapılan ücretsiz seviye tespiti (diğer ülkelerde ücrete tâbi olan) sonucunda seviye 6 veya 7 olan hastanelerin talebiyle HIMSS tarafından hastanelere yerinde ziyaret yapılarak ücretli teyit ölçümü gerçekleştirilmektedir (SB, 2018a; SB, 2018b). EMRAM değerlendirme anketinin ilk başta ücretsiz olarak yapılması akla “alınan hizmete karşılık herhangi bir ücret ödemiyorsanız ürün sizsiniz” cümlesini getirmektedir. Çünkü günümüzde kapitalizm; artık dijitalleşen teknolojileri kendi amaçlarına yönelik kullanmanın yolunu bularak dönüştürmüştür. Dolayısıyla kapitalizmin dönüşen varyasyonu gözetim/veri kapitalizminde, sistem gerek bireylere gerekse kurumlara ücretsiz hizmetler sunmakta ve hizmet sunucularına, özgürlük yanılsaması içindeki kullanıcıların davranışlarını (çoğunlukla rızaları dışında) en küçük detayına kadar izleme imkânı tanımakta, böylece gözetim/veri kapitalizmince tek taraflı olarak sahiplenilen bireylerin deneyimleri hammadde olarak alınıp davranışsal verilere dönüştürülmektedir. Verilerin bazıları hizmetlerin geliştirilmelerine yönelik kullanılmasına rağmen üretim fazlası şeklinde nitelendirilen davranışsal veri fazlası, makine zekâsı ile şimdi, yakın ve gelecek zamanda bireylerin ne yaptıklarını ve yapacaklarını tahmin eden öngörülerin üretilmesinde kullanılmaktadır. Üretilen öngörülerse davranışsal

opsiyon piyasaları şeklinde adlandırılan yeni piyasa türünde alınmakta ve satılmakta böylece gözetim/veri kapitalistleri alma ve satma işlemleriyle büyük kazançlar elde etmektedirler. Dolayısıyla ağlar vasıtasıyla hem bireyler hem kurumlar gözetlenip sonra da manipüle edilmekte/edilebilmektedirler. Aynı zamanda gözetim bireylerin haklarının ihlal edilmesi gibi olumsuzlukları da beraberinde getirmektedir. Gözetim/veri kapitalizminin kâr yaratan temelleri olarak belirtilen, davranışsal veri fazlası, veri bilimi, maddi altyapı, bilgisayar gücü, algoritmik sistemlerle otomasyon platformları (Naughton, 2019) Endüstri 4.0'ın bileşenleri ile örtüşmesi bağlamında Endüstri 4.0'ın sunduğu imkânların gözetim/veri kapitalizminin gelişmesini ve yaygınlaşmasını desteklediği ifade edilebilir. Diğer yandan bu durum, dijital hastanelerde BİT sayesinde elde edilen hastalara ait sağlık verilerinin metalaşması riskini de beraberinde getirmektedir.

BİT sayesinde ağların yeni mekanı olan, “Hastane Bilgi Yönetim Sistemini (HBYS), dijital tıbbi kayıtları, Görüntü Arşivleme ve İletişim Sistemlerini (Picture Archiving and Communication Systems [PACS]), dijital tıbbi arşivi, barkodu, Radyo Frekansı ile Tanımlama (Radio Frequency Identification [RFID]) teknolojilerini, ilaç ve malzeme takibini, mobil ve tablet bilgisayarları, tıbbi teknolojileri, bina, enerji, aydınlatma teknolojilerini ve bilgi sistemlerini, haberleşme sistemlerini, veri, ses, görüntü ve multimedya teknolojilerini, tele tıbbi, tele eğitimi, sanal otopsiyi, sanal ameliyatı, sanallaşmayı, yönetim hizmetlerini, danışmanlığı, yönlendirmeyi, bahçe, otopark ve her çeşit entegre hizmetleri ve birçok yönetim öğelerini barındıran tam entegre hastane” (Aydın vd., 2018) şeklinde ifade edilen dijital hastane aynı zamanda e-sağlık (e-nabız) ve e-devlet sistemleri ile de veri alışverişinde bulunmaktadır (Zehir, 2017). Dijital hastane, klinik ve idari iş akış süreçlerine entegre edilen BİT ile yüksek kalitede sağlık hizmetleri sunabilmenin yanı sıra bireylere verdiği sağlık bakım hizmetlerini hastane dışına taşıyarak birbirinden uzak mesafede bulunan sağlık çalışanları ile birimleri birbirine bağlamaktadır. Ayrıca çeşitli gelişmiş teknolojilerle uygulamaların klinik süreçlere entegre edilmesiyle klinik kalitenin iyileştirildiği, hasta güvenliğinin ve personel verimliliğinin arttırıldığı, hastane işlemlerinin hızlandığı belirtilmektedir (Kılıç, 2016).

Dijital hastanenin çalışanlar, hastalar ve kurum açısından önemli avantajlarının olduğu elbette kabul edilebilir bir gerçektir. Ancak bir de madalyonun öbür yüzünden bakıldığında çalışanlar ve hastalar açısından birtakım dezavantajlarının olduğu da görmezden gelinemeyecek bir gerçektir. Öncelikle sağlık kurumlarındaki elektronik sağlık bilgi

sistemlerinin etkin ve sürdürülebilir şekilde kullanılması ve beklenen faydaların sağlanmasında; veri güvenliği ve mahremiyeti, standartlaşma, birlikte çalışabilirlik ve uyum, ulaşılabilirlik, kullanılabilirlik, sağlık okuryazarlığı, teknoloji ve internet sahipliği gibi etmenlerin yanı sıra bireylerin sosyo-kültürel statüleri ve sosyo-ekonomik düzeyleri de etkili olmaktadır (Yıldırım 2019b). Bu bağlamda 2020 yılı Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırmasına bakıldığında; 16-74 yaş grubundaki bireylerde internet kullanım oranının %79,0 iken yine aynı yaş grubunda e-devlet hizmetlerini kullanma oranının %51,5 olduğu (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2020a) görülmektedir. Öte yandan 2018 yılı Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması'nda ise yaklaşık olarak 10 kişiden 7'sinin sağlık okuryazarlığı düzeyinin düşük olduğu belirtilmektedir (SB, 2018c). Bu verilerden e-devlet hizmetleri kullanımı ile sağlık okuryazarlığı oranlarının elektronik sağlık bilgi sistemlerinin toplum genelinde benimsenmesi ve kullanılması için yeterli olmadığı anlaşılmaktadır. Ayrıca çalışanların teknoloji kullanım yetersizliği, teknolojiye karşı güvensizlik ve dirençleri de söz konusu olabilmektedir. Diğer yandan BİT ve bilgi sistemleri aracılığıyla elde edilen verilerin güvenliği; siber güvenlik, kurumlarda veri gizliliği sözleşmelerinin imzalanması ya da yasal düzenlemeler gibi güvenlik zırhları ile sağlanmaya çalışılsa da veri gözetimi sayesinde hem çalışanların hem de hastaların gözetimleri mümkün olabilmektedir. Aynı zamanda çalışanların denetimleri artmakta, hastalar sayısallaşmakta, yapılan yasal düzenlemelerdeki istisnalar (kamu yararının birey yararına öncelendiği durumlarda -bulaşıcı hastalıkların bildirim zorunluğu- bilgilerin paylaşılması gibi) sayesinde bireylerin hakları ihlal hattına taşınabilmektedir.

Yaşanan/karşılaşılan tüm bu zorluklara ve teknoloji kullanımına gösterilen dirence ya da teknolojiye erişim kısıtlarının bulunmasına rağmen sermayenin, genişletilmiş yeniden üretim sürecinde ve dolaşımında, “zamansız mekânlar, mekânsız zamanlar eyleme” dürtüsünden (Tankut, 2013) Dünya'da ve Türkiye'de hastadan hekime, hizmet sağlayıcılardan tıbbi malzeme tedarikçilerine kadar bütün paydaşlar bir şekilde etkilenmektedir. Geleneksel sağlık sistemleri, hastaneler, tedavi süreçleri, çalışma koşulları, hekim-hasta ilişkileri dönüşüm yaşamakta ve yeni bir yapıya bürünmektedir. Dijitalleşme ile birlikte hastanelerin büründükleri yeni yapının getirdikleri hizmet alan bireylerin yani hastaların ve hekimlerin penceresinden serimlenmeye çalışılmıştır.

3.2.2. Verilerin Metalaşması, Gözetim ve Mahremiyet

Modern dönemde hükümetler ve işletmeler tarafından bireylerin ya da durumlarının (doğum, ölüm, çalışanların ücretleri gibi) kayıt altına alınmaya başlamasından itibaren yaygınlaşan ve farklı varyasyonlar olarak yaygınlaşmaya devam eden gözetim, günümüzde mobese kameraları, IP adresli bilgisayarlar, çipli kimlik kartları, kimlik numaraları, akıllı telefon, giyilebilir teknolojilerin yanı sıra internette yapılan ve kaybolmayan işlemlerle kolayca ve derinden yürütülebilmektedir. Artık her zaman, her mekânda ve her tıklamada bireylerin izlenilebildiği gözetim toplumu sarmalında genellikle elektronik göz aracılığıyla yapılır olmuştur. Bilgisayar sistemleriyle ağlarının yanı sıra büyük veri kullanımı günümüzün en mühim gözetim aracı olmuştur. Dolayısıyla günümüzde verilerin toplanması yalnızca kamu kurumları ile sınırlı değildir. Her zaman, her mekân da değişik alanlarda kullanılmak, etkilemek, yönetmek, korumak, yönlendirmek gibi amaçlarla (özellikle kişisel enformasyona dönük) tesadüfi olmayan yani belli protokol ve tekniklere dayalı, kasıtlı, odaklı, sistemli, ayrıntılı, sürekli, düzenli ve artan bir şekilde her türlü veri toplanmaktadır (Lyon, 2013).

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan sağlık sistemlerindeki dijitalleşme sürecinin önemli adımlarından biri olarak oluşturulan sağlık bilgi sistemlerinde bireylerin geçmiş, şimdi ve gelecekteki (kök hücre, dondurulmuş sperm, kadınlarda yumurta dondurma gibi) fiziksel ve mental sağlığı ya da hastalıklarına yönelik kişisel sağlık verileri tüm detaylarıyla tutulmaktadır. Hem devlet hem de özel sektör tarafından verimlilik gerekçelendirmesiyle veri tabanları oluşturulup veriler işlenmekte gerek devletin gerekse özel sektörlerin bilgi elde etme kaynakları ile bilgileri işleme becerileri giderek artmaktadır. Dolayısıyla bilgiye olan gereksinim modernite sürecinde yalnızca devletle sınırlı kalmamış kapitalist işletmelerde dâhil olmuşlar (Küzeci, 2010) ve bilgiler özel sektörlerin arasında olduğu gibi özel sektörle kamu arasında ya da bunun tam tersi kamudan özel sektörlere devamlı akış halindedir (Solove, 2004). Elbette bilgilerin akış halinde olması ve paylaşılmasıyla olumlu amaçlara hizmet edilmesi hedeflense de bireylerin kişisel verilerinin ulusal ve uluslararası kapsamda ticari meta olarak paylaşılabilirliği veya kullanılabilirliğine ilişkin örneklerle de karşılaşılmaktadır. Örneğin geçmiş yıllarda Türk Tabipleri Birliği tarafından kişisel sağlık verilerinin hem paylaşılması/satılması hem de bu konuda yapılan düzenlemelerin hukuka aykırı olması nedeniyle Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) açılan dava sonucunda, "Sosyal Güvenlik Kurulu Verilerinin Kullanımı, Paylaşılması ve Korunması" ile ilgili usul ve esasların yürütülmesinin durdurulmasına karar verilmiştir (Şenyürek, 2017).

Günümüzde bireylerin, her tür kişisel bilgilerini veri olarak elektronik ortamlara kayıt etmek, güncellemek, sıralamak, tasniflemek yolu ile yapılan veri gözetimi; özel sektör, bürokrasi ve devlet tarafından yapılmaktadır. Bu durum rutin bir hal alarak bürokratik yönetime ve BİT'ne bağlı olan tüm toplumlarda gündelik yaşamın olağan bir parçası olarak ortaya çıkmaktadır (Lyon, 2013). Dolayısıyla gözetim bireylerin yaşam rutinlerine öylesine yerleşmiştir ki bireyler gözetimin farkına varmadıkları gibi olağan bir süreç/durum gibi karşılamaktadır. Örneğin çoğu gündelik rutin işlemler sırasındaki gibi hastanede hasta kayıt birimi, bireyin bilgilerini hız, verimlilik, faturalama işlemleri, kalite standartları vs amacıyla alırken bireyse muayene sırası alacağı için kişisel bilgilerini rızası ile vermektedir. Bu bilgilerin gerek alımında görevli olan birey gerekse bilgileri veren birey gözetimin derin anlamı üzerine düşünmeden, bunları bürokratik, sıkıcı, hizmet alımının/sunumunun önünde engel teşkil eden ve bir an önce bitirilmesi gereken işlemler şeklinde düşünmektedirler. Bu bilgilerin kim/kimler tarafından ne amaçla kullanılacağı, ne kadar zaman saklanacağı, diğer bireylerle/kurumlarla paylaşılıp paylaşılmayacağı konularıyla ilgilenmemektedirler. Ek olarak farklı zamanlarda kendileri ile ilgili toplanmış olan bu bilgilerle haklarında bir profillemeye yapılacağı/yapılabileceği de akla getirilmemektedir. Haliyle bu durumda bireyler gözetimin nesnesi olduklarını nadir olarak bilmekle beraber bunu bilseler dahi diğerlerinin kendileri hakkında gerçekte ne derece kapsamlı bilgiye sahip olduklarının farkında olmamaktadırlar. Gerçi bireylerin bir bölümü haklarında detaylı bir profillemeye yapıldığını öğrendiklerinde, gizli bir şekilde gözetlendiği hissine kapılmaktadır. Aslında onların, bireyler hakkındaki şeyleri bilmelerine karşın bireyler onların haklarında ne bildiklerini, niçin bildiklerini ve kimlerle paylaştıklarını bilmemektedirler (Lyon, 1997). Dolayısıyla bu da rıza ve asimetrik bilgi sorununu ortaya çıkartmaktadır. Yani bu bir işlem sırasında bir gereklilik sonucu verilen bilgi, uzun süre kayıt altında kalabilme, bireyin rızası dışında kullanılabilme, bilgi verilen kurum/birey; bireyin kendisinden daha fazla bilgi sahibi olabilme durumudur. Mesela sosyal güvencesi bulunmayan birey, madde kullanımı tedavisi için bir sağlık kurumuna müracaat ettiğinde, Medikal Ulak Sistemi'nden (MEDULA) provizyon alınamayınca muayenesi de yapılamayacaktır. Bu durumda birey sağlık kurumunda provizyon işlemleri ile ilgilenen birime (tıbbi sosyal hizmet birimi, fatura birimi gibi) bilgi alması için yönlendirilecektir. Dolayısıyla bu bireyin sağlık hizmetinden faydalanabilmesi ve istisnai halinin başlatılabilmesi için SGK'nun ya da ALO 170 (Çalışma Hayatı İletişim Merkezi) hattının aranması gereklidir. Haliyle SGK ile ya da ALO 170 hattıyla yapılacak görüşme öncesinde, birey yükümlü/hükümlü (açık ceza infaz kurumlarında bulunan veya açık ceza infaz kurumlarına ayrılmaya hak kazanan hükümlüler ile denetimli serbestlik tedbiri

uygulanmak suretiyle cezalarının infazına karar verilen yükümlüler Covid-19 iznine gönderilmiştir) ve izinli olduğu bilgisini mahremi olduğu için ilgili personele vermemeyi tercih edebilir. Ancak görüşme esnasında bu durumundan ötürü istisnai hal kapsamına alınmayacağı ortaya çıkacaktır. Dolayısıyla bu durumda bireyin, mahremiyetinin ihlal edilmesi ve insan haklarından biri olan sağlık hakkının engellenmesi sorunu ortaya çıkacaktır. Hatta bireyin damgalanmaya maruz kalması dahi söz konusu olabilecektir.

Yukarıdaki örnekten görüldüğü üzere devlet; genellikle hedefli reklam ve satış amacıyla kullanıcılarla ilgili profillemeye yapan özel sektöre göre daha kapsamlı profillemeye yaparak neredeyse herkes hakkında gelişen teknolojiler ile bu teknolojiler bağlamında kendisini geliştiren bürokrasi vasıtasıyla her türlü bilgiye sahip olabilmektedir. Profillemeler ve tasnif veya işaretleme yapılan veriler tek bir tuşla çağrılabilirdiği gibi veri sahibi bireylerden de habersiz bir şekilde bürokratik ağlarda her an çağrılmaya hazır bir şekilde dolaşım durumundadırlar (Abalı Akgül, 2018). Dolayısıyla gelişen ve gittikçe karmaşık bir hal alan, rasyonelleşme ve gözetimi artırıcı bir kapasiteye sahip olan, tüm kurumlarda (hastane, devlet daireleri, iş yerleri vs) ve daha pek çok yerde mevcut olan bürokrasiler için ad verme, kimliklendirme, sayma, sınıflara ayırma, kaydetme vs işlemler hayli önemli hale gelmiştir (Lyon, 2013).

Artık katılımcı kültürle kullanıcı türevli içeriğin üretimi imkânı üzerinden gerçekleşen yeni kamusal alanda, iktidar kaynakları tarafından bireyler dijital gözetim altında kayıtlanmakta, verileri eşleştirilmekte, veriler aracılığıyla “geçer” ve “geçer olmayan” şeklinde profillemeye yapılmakta ve bireylerin fiziksel bedenlerinin dijital bedenlere dönüştürülmesiyle fiziksel bedenlerin dijital veri ikizleri üretilmektedir (Binark ve Altıntaş, 2016). Haliyle oluşturulan bu veri ikizleri bireyleri yaşamlarında etkileme/etkileyebilme potansiyeline sahip olmaktadır. Bireylerin kişisel dokunulmazlıkları ve bütünlükleri, kişi hakları, mahremiyetleri, itibarları zarar görebildiği/görebileceği gibi kendisi hakkında geçer bir profillemeye yapılmayan bireylerse bürokratik engellere de takılabilmektedirler. Örneğin bulaşıcı hastalıklar polikliniğine müracaat eden bir bireyden hepatit (sarılık) tahlillerinin istemi, sisteme bir ön tanı girilmesinin akabinde yapılabilmektedir. Çünkü SGK geri ödemelerinde herhangi bir sorun yaşanmaması için özellikli olan bazı tahlillerin ön tanı ile ilişkili olması gerektiği gibi ilgili branş tarafından istenmesi gerekmektedir. Tahlil sonucunun pozitif olması halinde sistemdeki ön tanı kesin tanıya dönüştürülmektedir. Ancak tahlil sonucunun negatif çıkması durumundaysa ön tanının değiştirilip yeni kesin tanının girilmesi

gerekmektedir. Şayet negatif çıkan sonuca rağmen ön tanının sistemde kesin tanı olarak onaylanması, kesin tanının girilmesinin unutulması vs gibi bir durumun yaşanmasından sonra bu bireyin aile hekimine işe giriş raporu almak amacıyla müracaat etmesi halinde, aile hekimi E-Nabız (erişim yetkisinin bulunması halinde veya E-nabız hesabı açmayanların bilgilerini görebilmektedir) sisteminde, bireyin hastanedeki hepatit tanısını görecektir ve bireye (sistem bireyi geçer olmayan olarak işaretlediği için) işe giriş raporunda “işe girer” ibaresini yazmayacaktır. Çünkü bireyin bulaşıcı bir hastalığı olması nedeniyle toplum sağlığı açısından risk oluşturan bir durumu söz konusudur. Bu bireyin hepatit hastası olmadığı halde sağlık sistemindeki kişisel sağlık verilerinde hepatit tanısı (yani International Classification of Disease [ICD] kodu ile) geçer olmayan şekilde işaretlenmesi nedeniyle işe giriş hakkı engellendiği gibi bürokratik engellere takılacak ve itibarı da zedelenebilecektir. Fakat bu duruma bireyin kesin tanı almış olması ve toplum açısından bakıldığında ise, girecek olduğu iş yerindeki, bu durumdan bihaber olan çalışanları ve işyerinin hizmet sunduğu bihaber bireyleri koruması yani kamu sağlığının korunması gibi olumlu yönü de bulunmaktadır. Gözetim; çağrışımlarından dolayı bütünüyle etki, idare ve denetim gibi olumsuz amaçlarla yapılmayıp bireyin/toplumun faydasına yapılabildiği durumlarda olmaktadır. Dolayısıyla her kurum/kuruluş kendi amaçlarına yönelik veri toplamakta olup bu veriler her ne kadar ticari, güvenliği sağlama veya politika üretme gibi belli amaçlar güdümlenerek toplanıyor olsa da gözetim bazı durumlarda gizli amaçlar için de yapılabilmektedir (Lyon, 2013).

Devlet olarak anılan bürokrasi basamaklarında yer alan bireylerin elinde bulunan veriler ve mahrem bilgilerin gelinen noktada kullanım tasarrufu artık kendilerinde değildir. Az sayıdaki vakalar için yaygın olarak tüm bireylerin gözetime tabi tutulması, devamlı toplanan bilgilerin yapılan profillemelere eklenmesi ve veriler sayesinde bireylerin kişilik özelliklerinin veya kim olduğunun önemi olmaksızın tasnif edilmesi söz konusudur. Mesela bireylerin tüketimleri, harcamaları, hastalıkları gibi verilerin toplanması önemli değilmiş gibi görünmesine rağmen, sigara tüketimi olan bireyin bu alışkanlığını devam etmesi halinde akciğer kanserine yakalanması ya da akciğer kanseri olan bireyin sigaraya devam etmesi durumunda kanser ilaçlarının devlet tarafından verilmesi engellenebileceği gibi sigara içmesi ya da yüksek tansiyon hastası olması vb nedeniyle risk puanı yüksek olabilecek bireylerin tamamlayıcı sağlık sigortası olmasını güçleştirebilir, primlerinin daha fazla olmasını sağlayabilir ya da tamamen kaybetmesine de sebep olabilir. Artık insan dışı teknik bir hal alan gözetim sayesinde bilgisayar sisteminde yapılan tasnifleme gereğince birey geçer ya da geçer olmama durumuna göre sistemin sunduklarından faydalanabilmekte veya

faidalanamamaktadır. Hal böyle olunca gözetimle vatandaşlığın iç içe ilerlediği, vatandaşlık haklarından (okul kaydı, sağlık hizmeti alma, işe girme vs) faydalanılması sırasında gözetimden kaçışın mümkün olmadığı, her seferinde bireyler tarafından sisteme yeni bilgiler sunularak veri tabanlarının güncellenmesinin sağlandığı anlaşılmaktadır. Böylelikle de vatandaşlık haklarından faydalandığı esnada bir yandan gözetimin işlemlerine katkı ve katılım sağlanırken öte yandan ise gözetim ve mevcut düzen beslenmekte sonucunda da vatandaşlık haklarından faydalanılmış olmaktadır. Dolayısıyla bürokrasiden öte bir şey olmakla birlikte, bürokrasi ile yakından ilişkili ve bürokrasiye indirgenemez olan gözetim, bireylerin mevcut toplumsal düzene uygunluğuyla çok güçlü bir şekilde ilişkili olup toplumsal denetiminde bir aracı olabilmekte hatta politikalara yön verici ve biyopolitika oluşumunu destekleyici olabilmektedir.

3.2.3. Sağlık Verileştirilmesi, Biyopolitika ve İktidar Alanının Dijitalleşmesi

Günümüzde devlet, teknoloji olanakları ile kendisini donatmakta ve bilme istenci de artmaktadır. Bilgi istenci aslında hiçbir zaman tarafsız bir arayış olmamıştır. Çünkü bilgi, Francis Bacon'un belirttiği gibi, bir güçtür (Ajana, 2016). Devletlerin rasyonalitelerinin, bilgi toplama, kayıt altına alma ve toplanıp kayıt altına alınan bilgilerden sonuçlar çıkarılması üzerine yükselmesi modern devletin kişisel bilgilere olan bağımlılığının kaynağını oluşturmaktadır. Devletin bireylerle olan ilişkisini nesnel bir temele oturtması ve ekonomik yapısını da bu temel üzerinden inşa etmesi nedeniyle devletler bilgiye olan gereksinimlerini gözetim yoluyla sağlamaya çalışmışlardır (Küzeci, 2010). Dolayısıyla nüfusun genel durumuna ve niteliklerine yönelik her türlü bilgiyi toplamak, depolamak, derlemek ve kullanmak bir ülkenin üretimle tüketim potansiyeli ve siyasal-yönetimsel mekanizmalarının hangi yönde gelişip değiştiğini anlayabilmek açısından önem teşkil etmektedir. Nitekim nüfusa dair bilgiler devlet kadar sermaye (özelinde sağlık sermayesi) içinde önemlidir.

17. yüzyılın başlarından beri toplumsal dinamiklerin değişip gelişmesi sonucunda yönetim; gözetmek, kontrol etmek, ayırıştırmak, mekânsal düzenleme yapmak, sınıflandırmak ve rasyonalize etmek şeklindeki tekniklerle bireyleri norma uygun olarak terbiye eder olmuştur. 17. yüzyıl monarşi döneminde kralın bedeninin yerini, 18. yüzyıldan itibaren toplumun bedeni ile onun dolayımı olan devletin bedeni almıştır (Çankaya ve Ekiz, 2018). Yine aynı dönemlerde modern devlette, egemenliğin kaynağı vatandaşlara haklar sağlanması ve hizmetler sunulması şeklinde tanımlanan anlayış hâkimken 19. yüzyıla gelindiğindeyse, kalabalıkları, toplumsal beden tarafından yaratılan hastalıkların tedavisiyle suç işleyenlerin

kontrolü gibi konuları ele alan bir anlayış hâkim olmuştur (Foucault, 2019a). Günümüzde ise, iktidar artık kendini gizlememekte, tek bir beden de merkezleşmemekte, toplumsal bünyenin bütün boyutlarına nüfuz etmekte, toplumsal beden halini almakta ve öldürme, kapatma ile değil hayatta tutma ile kendini var etmektedir (Akay, 2016). Dolayısıyla biyoiktidar olarak adlandırılan bu yeni iktidarla, iktidarın disipline eden, baskı kuran özelliğinden uzaklaşmakta, düzenleyicilik rolüne odaklanılmakta, nüfus politikaları ile biçimlenen ve bastırma yerine ortaya çıkarma ve göz önünde bulundurma yoluyla iktidar altına alma amaçlanmaktadır (Aslantürk, 2016). Biyoiktidar bireyin temel biyolojik niteliklerini iktidarın nesnesi durumuna getiren mekanizmaları içerirken biyopolitikanın nesnelere ise, bireylerin tek tek kendilerinden ziyade belirli nüfus büyüklüğü içerisinde ölçülebilir biyolojik özellikleri oluşturmaktadır (Çankaya ve Ekiz, 2018). Bu nedenle biyoiktidarın hedefi biyolojik ve politik varlık olarak nüfustur. Nüfusun düzenlenmesine yönelik biyoiktidar tarafından yapılan her uygulama sonraları Foucault tarafından biyopolitika şeklinde adlandırılmıştır (Koyuncu, 2016). Özetle; biyopolitika, nüfusa özgü fenomenlerin (sağlık, sağlığın korunması, doğum, yaşam süresi, ırklar) hükümetin uygulamaları karşısında çıkardığı problemlerin akılsallaştırılması olarak ifade edilmektedir (Foucault, 1993).

Biyoiktidar ve biyopolitika teorilerinin arkasında iki müdahale biçiminin bulunduğu belirtilmektedir. İlk müdahale biçimi, insan bedenini bir yandan devlet için bir üretim çıkışı olarak kullanılırken, amacı bedenin üretken olmasıdır. Disiplinli, etkili ve yüksek üretken bir nüfus yaratmaya odaklanarak devlete ve çıkarlarına (askerlik, eğitim ve işyeri) hizmet etmeye odaklanmaktadır. İkinci müdahale biçimi ise, popülasyonun regüle edilmesi, insan vücudunun üreme kapasitesini kontrol etmeye odaklanarak zoe'ye (hayvanın yaşamına benzer, en yalın haliyle yaşam) indirgenmesidir (Filipe, 2014). Dolayısıyla ilk müdahale biçimi bedenin anatomo-politiği olarak adlandırılırken ikinci müdahale biçimi ise nüfusun biyopolitiği olarak adlandırılmaktadır (Foucault, 2007). Biyoiktidar hem beden hem de nüfusa odaklanarak amacını gerçekleştirmektedir. Modern devlet ve onun; yaşamı ve nüfusu yönetme kaygısıyla doğan müdahalelerine modern tıp, üreme kontrolü, ulusal istatistikler, nüfus sayımları, kentsel temizlik ve hijyen örnek verilebilir (Filipe, 2014). Böylece iktidar mekanizmalarıyla toplumun yaşamına müdahale edilirken nasıl ve ne şekilde yaşayacaklarına da karar verilmekte yani bireylerin bedenlerinden çok nüfus içerisindeki yerleri ile hayatlarının düzenlenmesi önem kazanmaktadır. Buradaki asıl amaç bireylerin normalleşmesinden ziyade norma uygun duruma getirilmeleridir. Böylelikle norma uygun şekilde davranan bireyler gözetleme, ölçme ve biçimlendirme sistemleri ile yumuşatılmaktadırlar. Dolayısıyla bir

yandan yaşama müdahale edilirken diğer yandan da bazı durumlarda sağlıkla ilgili imkânlardan faydalanılması sağlanılmaktadır.

Öte yandan biyoiktidar kapitalizmin gelişmesinde önemli bir unsur haline de gelmiştir. Çünkü kapitalizme göre beden; üretim sürecine denetimli bir şekilde girmeli ve nüfus ekonomik süreçlere uygun hale getirilmelidir. Kapitalist üretim tarzında beden emeği üreten biçimde maddeleştirilmeli ve üretim sürecinde kullanılmalıdır. Bunun için bedenin itaatkâr ve uysal olmasının yanında sağlıklı da olması gereklidir. Biyoiktidar bireyi güçlendirmek ve en iyi şekilde kullanmak için bireyleri denetimi altında tutmaktadır (Aslantürk, 2016). Böylelikle biyopolitika ile beraber nüfusun düzenlenmesi (doğum kontrolü, gebelik izlemleri, çocuk gelişimi ve sağlığı takipleri, kürtaj gibi nüfusu düzenleme pratikleri bulunmaktadır) önemli hale gelmiştir. Nitekim nüfus/sağlık politikaları, iktidarların amaçlarına ve ideolojik yönelimlerine göre farklı şekillerde yorumlanmakla birlikte dünyadaki gelişmeler, uluslararası etkileşimler, diğer ülkelerde uygulanan program ve politikalar, uluslararası kuruluşların yönlendirmeleri nüfus/sağlık politikaları üzerinde etkili olabilmektedir (Karaca Bozkurt, 2011).

Devlet çoğu durumda bedene tıp aracılığı ve sağlık politikalarının saha uygulamalarıyla müdahale edebilmektedir. Bu bağlamda SB'nın yeni anlayış ve gereksinimlere yönelik uygulamaları SDP ile herkese sağlık anlayışı kapsamında yeni sürece girmiş, sağlık hizmeti sunumuna ilişkin yeni uygulamalara gidilmesi yönünde kararlar alınmıştır. SDP ile oluşturulması hedeflenen ve kısa sürede oluşturulan sağlık bilgi sistemleri aracılığıyla toplamış olduğu gerek bireylerin kişisel sağlık verileri gerek kurumların verileri ve gerekse istatistikler sayesinde devlet; sağlık alanındaki açıklarını görmekte, bunlara göre yeni politikalar üretmekte ve nüfusa yönelik biyopolitikalarını uygulama olanağı bulabilmektedir (Abalı Akgül, 2018). SDP ile beden ve ruhen sağlıklı bir toplumun hedeflendiğinin ve bunların sağlık altyapısı ve teknolojik donanımla desteklendiğinin ayrıca sağlıkta “insanı yaşat ki devlet yaşasın, insanı yücelt ki devlet yücelsin” anlayışının benimsendiğinin söylemlere yansımından, beden ve ruhen sağlıklı bireylerden sağlıklı toplumların oluşacağı düşüncesinde bulunduğu anlaşılmaktadır. Bu manada SDP, biyoiktidarın kendi devamını sağlama amacıyla toplumun sağlıklı olması gerektiğine odaklanan, modern anlayışın izdüşümü şeklinde okunabilir (Aslantürk, 2016).

Öncelikle kadın bedeni (aile hekimliği gebelik izlemleri gibi) üzerinden birey, doğmadan önce nüfus politikaları kapsamında düzenlenmekte ve denetlenmekte olup

doğumdan itibaren sağlık sisteminin odağında yer almaya başlamaktadır. Bireye doğmadan önce gebelik izlemleri yani anne vasıtasıyla ulaşılmakta, anneye gebeliği sürecinde bebeğini sağlıklı dünyaya getirmesi için eğitimler ve vitamin takviyesi devlet tarafından ücretsiz verilmektedir. Sonrasında yeni doğan bebeğin belirli aralıklarla düzenli olarak sağlığı ve aşıları takip edilmekte, D vitamini ve Demir takviyesi devlet tarafından ücretsiz verilmektedir. Dolayısıyla tüm bu bilgilerin istatistikleri tutulmaktadır. Bireylerin gittikçe sağlık istatistiklerinin nesnesi haline gelmesine karşın bireyler siyasal manada nesneleşir gibi gözüксе de esasında karar alma sürecinde temel belirleyen ve özne olarak hep merkezde yer almaktadır. Kadınlara sağlıklı gebelik geçirmeleri için verilen hizmetlerle sağlıklı nesillerin yaratılması yolunda ilk adımlar atılmakta, dolayısıyla devletin bekası veya gelecek işgücünün sağlanması için üretken olan cinsellik önemsenmektedir.

Üremenin başlangıcı cinsellik olması sebebiyle iktidarın hedefi olmasına karşın biyopolitika yalnızca cinsellik ile sınırlı olmayan bir kavramdır. Yaşam tarzı ya da kronik hastalıkların yönetimine dair uygulamalarda hayata geçirilmektedir. Dolayısıyla biyoiktidarla birlikte amacı yaşatma olan iktidar anlayışına göre, sağlıklı toplumla kendisini yaşatabileceği için, “kanserde erken tanı hayat kurtarır”, “sigara öldürür”, “sağlık için hareket et”, “obezite ile mücadele ediyoruz” gibi söylemlerle biyopolitikanın dile dökülen biçimleri SB tarafından, sağlıklı hayat merkezleri faaliyete geçirilerek, sigara bırakma ve obezite gibi poliklinikler açılarak, sigara bırakma ilaçları ücretsiz dağıtılarak, kanser taramaları ücretsiz yapılarak hatta mobil araçlarla köylere giderek vatandaşlardan numune alınarak ya da taramalara gelmek isteyip gelemeyen bireylere ulaşım imkânı sağlanarak, bu konularda kamu spotları, afişleri piyasaya sürülerek bunların kontrolünü sağlayacak donanımlar ve uygulamalar sağlık kurumlarında faaliyete sokulmaktadır.

Diğer yandan bireyler sağlıklı yaşam sürebilmek ve sağlıklarını kontrol altında tutabilmek amacıyla koruyucu sağlık kapsamında sunulan taramalardan faydalanmalarının yanı sıra diyet ve egzersizi de günlük yaşamlarının bir parçası haline getirmişlerdir. Sağlıklı ve formda olmak için birey yaşamının farklı yönlerine ilişkin veriler elde etmek amacıyla sensörler ve giyilebilir teknolojiler kullanmakta ve giderek kendini izleme kültürü artmaktadır. Sloganı “sayılarla kendini bilmek” olan Niceliksel Benlik (Quantified Self) gibi hareketlerden cesaret alan, dünya çapında giderek artan sayıda insan, refahlarını ve üretkenliklerini iyileştirme veya zindelik ilerlemelerini grafikleştirme ruhu içinde niceliksel benlik uygulamalarını (kendi kendini ölçme ve izleme uygulamalarını yani akıllı

telefonlardaki adımsayar, günlük içilen su miktarını ölçme gibi) benimsemektedir. Niceliksel benlik uygulamalarıyla beden, genellikle neoliberalizmin ethosunu yansıtan yönetim ve izleme tekniklerine uygun hale getirildiği bir benliğin biyopolitikasının somutlaştırılmasını temsil ettiği savunulmaktadır. Biyopolitika çerçevesinde kontrol; yetenekleri, performansını ve üretkenliğini kontrol eden benliğin kendisiyle başlar. Niceliksel benlik, benlik ve dış kontrol, benliğin nesneleştirilmesi ve toplumsal sağlık normlarına uygun düzenleme arasındaki bu dayanak noktasında yer almaktadır (Ajana, 2016). Niceliksel Benlik Uygulamaları bu nedenle, örneğin Dünya Sağlık Örgütü tarafından tavsiye edildiği gibi günde 10.000 adım yürümek gibi, üzerinde anlaşmaya varılan bir dizi fitness normuna göre vücudun yönetim tekniklerine uygun hale getirildiği benliğin biyopolitiği şeklinde ifade edilmektedir (World Health Organization [WHO], 2010). Şu anda, tüm sağlık platformlarında ve kendi kendini takip eden cihazlarda, 10.000 adım normu artık kullanıcılar tarafından sağlıklı ve aktif biyo-vatandaş olarak kabul edilmeleri için karşılanması gereken temel olarak alınmaktadır (Hille, 2015). Bu tür normları içselleştirirken birey, önceden belirlenmiş bir sağlık ve zindelik standardına uymakta ve idealize edilmiş bir sayısal özdeşliğe göre normalleştirilmektedir (Ajana, 2016). Bundan dolayıdır ki, günümüzde biyopolitikanın giderek dijitalleştiği bir çağa girildiği ifade edilmektedir. Görüldüğü üzere veri izleme sadece biyolojik yaşamın izlenmesi ve modülasyonu ile değil, aynı zamanda günlük seçimler ve ritimler, tercihler ve eğilimler dâhil olmak üzere vücut dışı unsurların da izlenmesi ve modülasyonu ile ilgili olduğundan, yeni bilgi gözetimi, toplama ve dağıtım biçimlerini biyopolitikanın karşılayamayacağı ve postbiyopolitik bir yöne doğru hareket ettiği (Ruckenstein ve Schüll, 2017) bu nedenlerle de tek başına biyopolitik merceğin, gerçek zamanlı ve tahmine dayalı analitik veya kişisel verilerin; sigorta veritabanları, klinik bakım ve günlük kendi kendine bakım uygulamaları arasında dolaşan verileştirmenin ayırt edici özelliklerini aydınlatmak yerine belirsizleştirebileceği ifade edilmektedir (Fotopoulou ve O’Riordan 2016). Diğer yandan izleme araçlarının refah devletinin bireylerinin yaşamlarından çekilmesini hızlandırdığı ve sağlık hizmetlerini öz bakıma dönüştürdüğü vurgulanarak sağlığın verileştirilmesi bir neoliberal özneleştirme biçimi olarak görülmektedir (Lupton, 2013).

Aynı zamanda büyük veri uygulamaları aracılığıyla biyopolitik kategorizasyon da etkinleştirilmektedir. Kategoriler, bilindiği gibi, hiçbir şekilde tarafsız veya apolitik değildir. Kategoriler, örneğin demografik veya coğrafi bilgilere dayalı fiyat ayrımcılığında olduğu gibi, ayırım yapmak için kullanılabilir. SGK ve sağlık harcamalarının, sağlık sigortası türleri gibi sistemlerin; tüketim eğilimleri benzeri bedeni ölçek ve ölçüm seviyesinde sayısallaştırması

ile elde edilen bilgiler üzerinde kontrol mekanizmalarının kurulmasıyla yaratılan siyasallaşmış yönetim mantığı disiplinden sonra ikinci bir kip olan güvenlik kipinin işleyiş girmesini sağlamıştır (Çankaya ve Ekiz, 2018). Bu da risk analizi ve yönetimi amacıyla bireylerin ve grupların sistematik olarak sıralanmasını, profillenmesini ve sınıflandırılmasını beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla sağlık ve sağlık sigortası bağlamında, kategorizasyon uygulamalarına dayanan riske dayalı ve veriye dayalı yönetim teknikleri, bazı bireylerin kamu ve sağlık hizmetlerine erişiminin sağlandığı, diğerlerinin ise reddedildiği daha fazla dâhil etme ve dışlama biçimlerinin güçlendirilmesine yol açabilir (Ajana, 2016). Ayrıca sağlığın verileştirilmesi, sonucunda kişisel verilerin korunması adına yapılan yasal düzenlemeler bir yandan nüfusun sağlığı ve eğilimlerine ilişkin tüm bilgilerin gerekli olduğunda kullanılmasına imkân sunarken diğer yandan ise bireylerin temel haklarına, özerkliklerine, mahremiyetlerine, özgürlüklerine, onurlarına zarar vermektedir/verebilmektedir. Hal böyle olunca bireyin en mahrem sağlık bilgilerinden harcamalarına kadar geniş yelpazede bütün yaşamı, üretim ve tüketim döngüsünün modeli şeklinde tasarlanarak biyoiktidarın bir nevi dispositifi olmaktadır (Çankaya ve Ekiz, 2018).

3.2.4. Hegemonik Bir Strateji: Verilerin Ele Geçirilmesi, Hak İhlalleri ve Hekimlerin Pasifizmi

SDP'nin temel bileşenlerinden olan Ulusal Sağlık Bilgi Sistemi (USBS) ile yetkin ve sistemli bilgi sistemi oluşturmak, verileri ayrıntılı şekilde toplamak, toplanan veriler üzerinden analizler yapmak ve yönetime destek sağlamak hedeflenmiş ve bu kapsamda Medikal Ulak Sistemi (MEDULA), Sağlık Net-2, Biyometrik Kimlik Doğrulama Sistemi, Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS), E-nabız gibi sistemler oluşturularak hastalara ilişkin tüm bilgiler bu sistemler aracılığıyla toplanmaya başlamıştır. Bu sistemler aracılığıyla toplanan kişisel sağlık verileri, mevzuatlarla belirlenen usul ve esaslara uygun olarak merkezi sağlık veri sistemine aktarılmaktadır (Yüksel, 2019). Kişisel sağlık verilerine SB ve SGK'nın yanı sıra kamu ve özel hastaneler, eczaneler, özel ve diğer kamu sigorta kurumları, ilaç firmaları, sigorta firmaları, adli ve idari kolluk makamları da erişebilmektedir (Resmi Gazete, 2016).

Sağlık hizmetlerinin bütün süreçlerinde kaydedilen sağlık verileri; tedavinin devamlılığı, bilimsel ve istatistiksel değerlendirmelerde, herkesin sağlık durumunun takip edilmesi, toplum sağlığının korunması, hukuksal anlamda belge-delil, sağlık hizmetlerinin daha etkin ve hızlı yürütülmesi, sağlık hizmetlerinin planlanması, finansmanı ve sağlık

politikaları oluşturulması hususlarında kullanılmaktadır (Yüksel, 2019). Ancak bu süreçlerin insan onurunun ve kişi özerkliğine saygı değerlerinin gözetilerek yerine getirilmesi önem arz etmektedir. Çünkü kişisel sağlık verileri her ne kadar çeşitli güvenlik önlemleri ile korunuyor olsalar da bu kadar çok verinin fiziki arşivlerde ya da elektronik ortamlarda kayıt edilip, depolanması bireylerin verilerinde güvenlik ve mahremiyet sorunlarına yol açmaktadır/açabilmektedir. Aynı zamanda bilgilerin, devlet ve özel sektör tarafından paylaşılması amacı ile bütün bilgisayarların birbirine bağlanması, bireysel özgürlüklere yönelik riskleri de çoğalmaktadır. BİT ve veriler vasıtasıyla bireylerin izlenebilirliğinin artması, bireylerin şeffaflaşmasını ve basit birer veri haline dönüşmelerini sağlayarak; kendileri ile alakalı bilgilerin kendilerinden habersiz toplanması, toplanırken onam alınmaması ya da bilgilendirme (toplanan bilgilerin, depolanması, kullanılması, yaygınlaşması, saklanma süresi, ilerleyen zamanlarda nasıl kullanılacağı vb konularında) yapılmaması, bunların silinmesine yönelik hakkın tanınmaması, gözetlendiklerini bilmemeleri; bireylerin temel haklarına, özerkliklerine, mahremiyetlerine, özgürlüklerine, onurlarına zarar vermektedir/verelebilmektedir (İzgi, 2014).

Günümüzde verilerin metalaşması, verilerin kullanımı konusunda yeterli denetimin olmaması, mahremiyet, ayrımcılık, sağlık hakkını kullanamama, üçüncü şahısların eline geçmesi tehlikesi gibi pek çok oluşabilecek sorun nedeniyle kişisel sağlık verilerinin güvenliği ve korunmasına yönelik hem uluslararası (Amsterdam Bildirgesi, Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, Genel Veri Koruma Tüzüğü, İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi, 108 sayılı Avrupa Konseyi Sözleşmesi) hem de ulusal (Anayasa, Türk Ceza Kanunu, Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, Türk Borçlar Kanunu, Türk Medeni Kanunu, Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Hasta Hakları Yönetmeliği) düzenlemeler yapılmıştır (Aslan ve Güzel, 2020). Yasal düzenlemeler öncesinde, bireylerin kişisel sağlık bilgilerinin (tanı, tedavi, bakım ya da başka nedenlerle paylaşmak zorunda kaldıkları ancak toplumun diğer bireylerinden gizleme, saklama gereği duydukları bireysel yaşamları gibi özel alanlar) korunması hekim ile hasta arasında oluşturulan güven değeri üzerinden sağlanmıştır. Yani hasta ile hekim ilişkisi tek boyutluken bu bilgilerin, hekimlerin, kontrolü altında kalması, hastaların mahremiyetlerinin korunması ve hekimlerin sır saklama yükümlülüklerini yerine getirmesi daha kolay olmuştur. Ancak sağlığın hak olarak kabulü, erişilebilir sağlık hizmetlerinin oluşturulması ve çeşitliliğinin artması, teknolojilerin sağlık hizmetlerindeki yerinin hızla ve gün geçtikçe artması, sağlık hizmetleri finansmanının sağlanması gibi nedenlerden ötürü hasta ile hekim ilişkisinin çok boyutlu hale gelmesiyle bilgilerin korunması

zorlaşmıştır. Sağlık hizmetleri sunumunda mahremiyet; hastaların, hekimlere açıkladıkları bilgilerin başkalarına anlatılmayacağına inanmalarına imkân vermektedir. Bu durum hastaların hekimlerine kendileri ile ilgili bilgileri esirgmeden vermesini aynı zamanda da hasta ile hekim arasında güven bağı oluşmasını sağlamakta, oluşan bu güven bağı da teşhisin ve tedavinin seyrini olumlu yönde etkilemekte, bireylerin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmelerini sağlamaktadır (İzgi, 2014).

Kişisel sağlık verileri hassas veriler olarak nitelendirilmesi nedeniyle işlenmeleri, saklanmaları, aktarılmaları, paylaşılmaları, silinmeleri ve yok edilmeleri ile ilgili şartlar; özel hayatın gizliliğinin yanı sıra kişisel ve mesleki itibar, şeref ve haysiyet gibi kişisel değerlerle bağlantılı olmasından dolayı kişisel verilere göre daha sıkı ve özel şartlarla/kurallarla korunmaktadır (Akkurt, 2020). Diğer taraftan ise, kişisel sağlık verilerinin gerek toplanması, gerek dosyalanması, gerek paylaşılması gibi veri süreçlerinde yer alan yasal düzenlemelerdeki istisnai haller, bireylerin haklarını ihlal hattına taşıma riskini barındırmakta ve yasal mekanizmaların bir denge kurmasını güçleştirmektedir (Mattelart, 2012). Örneğin, kişisel sağlık verilerinin, bireylerin açık rızası olmaksızın işlenmesi yasaklanmış olmasına karşın Kişisel Verilerin Korunması Kanunu'na (KVKK), yerleştirilen istisna (28. madde) bariyeriyle rıza aranmaksızın işlenebileceğinin şartları da belirlenmiştir. Bunun en yakın örneği Covid-19 sürecinde görülmüştür. Covid-19 salgınında, mücbir nedenler ya da kamusal gerekçeler (kamu sağlığının korunması, koruyucu hekimlik, tıbbî teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin yürütülmesi, sağlık hizmetleri ile finansmanının planlanması ve yönetimi) ile sır saklama yükümlülüğü altında bulunan kişilerce ya da yetkili kurum ve kuruluşlarca bireylerin rızaları olmaksızın kişisel sağlık verileri işlenmiştir. Sağlık verilerinin elde edilmesi, işlenmesi ve aktarılması ile ilgili neredeyse bütün hükümetlerin politikalarını zaruri esnettiklerine, Dünya'nın ve Türkiye'nin mobil uygulamalar da dâhil olmak üzere sağlık verilerini yoğunluklu olarak işlediğine, depoladığına, analiz ettiğine, gerek yurtiçine (diğer Sağlık Kuruluşları ve SB) gerekse yurtdışına (başta WHO olmak üzere diğer kuruluşlar) aktardığına tanıklık edilmiştir. Böylelikle bireylerin sağlık verileri belli ölçülerde kamu ile de münferit şekilde paylaşılma/sunulma riski taşır olmuştur (Akkurt, 2020). Bu dönemde mobil cihazlarla bireylerin gözetlenmesi de söz konusu olmuştur. Hayat Eve Sığar (HES) telefon uygulamasını kullanan bireylerin kişisel sağlık verileri işlendiği gibi bu kişilerin buldukları konuma yakın olan Covid-19 vakalarının yoğun olma durumlarına göre çevresel risk analizleri yapılmış ayrıca uygulamayı kullananlar o an için buldukları konumdaki çevresel yoğunluk hakkında bilgilendirilmiştir. Ayrıca bu uygulama İçişleri Bakanlığı Merkezi Nüfus

İdaresi Sistemi (MERNİS) ile entegre çalışmakta ve KIZILAY'a sağlık verilerini aktarmaktadır. Aynı zamanda bu uygulama (telefonun bluetooth bağlantılarını da kullanması nedeniyle), bireylerin karşılaşmış oldukları bireylerden herhangi birinin pozitif olması durumunda, gün ve saat bazında pozitif bireyle karşılaşılma konusunda ilgili birimlere bildirim gerçekleştirdiği, ancak kısa bir süre sonra bu uygulamayı kullananların çok fazla riskli bireyle/bireylerle temasa geçmeleri halinde bireysel risk puanı oluşturacağı, ilgili sağlık kurumları ile bunu paylaşıp gerekli durumlarda bu bireylerin test vermeleri için yönlendirileceği SB'nca belirtilmektedir (Sözcü Web Sayfası, 2020). Fakat bu uygulama ile bireyleri risklerine göre sınıflandırıp, kimliklerinin belirli olabilmesini sağlayacak biçimde kullanılması veyahut üçüncü kişiler bilhassa kamu ile paylaşılmaya özgülenilmesi KVKK'nın, Türk Medeni Kanunu'nun (TMK), Türk Ceza Kanunu'nun (TCK) ve Türk Borçlar Kanunu'nun (TBK) kişisel verilerin korunmasına ilişkin maddelerinin ihlali anlamına gelirken bireylerin önyargıya, aşağılanmaya, dışlanmaya ve ayrımcılığa maruz kalması veya mağduriyete uğraması ihtimalini yükselttiği gibi bazı hizmetleri almasını da engelleyebilmektedir. Örneğin HES kodu almaları mecburi tutulan bireylerin geçer ve geçer olmayan şeklinde sınıflandırılarak geçer olmayanların (pozitif ya da temaslı olanlar) şehirlerarası seyahat hizmetlerinden faydalanmaları engellenmiştir. Her ne kadar Covid-19 pozitif olan bireylerin bilgileri kamu ile paylaşılmamış olsa Covid-19 tedbirleri kapsamında izolasyona (tecrit) tabi tutulan bu bireylerin kapılarına izolasyonda olduklarını belirten bilgilendirme ilanının yapıştırılmasıyla çevresinin bu durumdan haberdar olması sağlanmıştır. Elbette ki bu önlemler pandeminin risklerinin bir an önce ortadan kaldırılması zorunluluğundan kaynaklı, kamu yararının özel yarara yeğlenmesine karşı özel yararın ihlal edilmemesi gerekmektedir. Şu an için Covid-19 pandemi sürecindeki uygulamalardan dolayı, Türkiye'de kamu yararı gerekçesi ile özel yararın, giderilmesi zor ya da olanaksız şekilde ihlal edildiği bir durumla karşılaşılmamış olmasına rağmen orta ve uzun sürede bireylerin yaşamını negatif yönde etkileyebilecek sonuçlar doğurabilmeye elverişli oldukları da unutulmaması gereken bir durumdur (Akkurt, 2020).

Bu konuda verilebilecek diğer bir örneğe; Özel Sağlık Sigortaları Yönetmeliği'ne göre, şirket sigorta yaptıracak bireylerin yazılı onaylarıyla bireyleri tedavi eden kişi ve kurumlardan, Sigorta Bilgi ve Gözetim Merkezi'nden (SBGM), SB'ndan, SGK'dan ilgili mevzuatlara uygun olarak bilgi ve belge isteyebilmektedir. Hatta gerek görürse bireylerin sağlık durumlarının tespiti amacıyla hekim görüşü isteyebilmekte ve bahse konu olan işlemin ücreti şirket tarafından ödenmektedir. Ancak bireylerin şirkete sağlık geçmişine yönelik

bilgilerine erişim yetkisi vermemesi halinde şirket tarafından gerek görülmesi durumunda bireylerin sağlık durumlarının tespiti amacıyla istenebilecek hekim görüşü ile ilgili işlemin ücreti bireylerce karşılanmaktadır (Resmi Gazete, 2013). İlgili yönetmelikten görüldüğü üzere sağlık geçmişine yönelik bilgilere erişim yetkisini şirkete veren bireylere herhangi bir ücret ödeme yükümlülüğü getirilmezken erişim yetkisi vermeyen bireylere ücret ödeme yükümlülüğü getirilerek bir nevi ceza hatta baskı uygulanmaktadır. Tamamlayıcı sağlık sigortası yaptırmak isteyen bireylerin artması ya da artacak olması kişisel sağlık bilgilerinin yayılması/yaygınlaşması riskini beraberinde getirmektedir. Yine bu yönetmelikte şirketin elinde bulunan sağlık bilgilerini, sigortalılık kayıtları ve diğer bilgileri, SBGM'nin yanında diğer yetkili merciler şeklinde muğlak olarak belirttiği kurumlara vereceğini ancak gerçek ve tüzel kişilere vermeyeceğini belirtmesi kişisel sağlık bilgilerinin yayılması/yaygınlaşması riskinin diğer boyutunu gözler önüne sermektedir (İzgi, 2014).

Yürürlüğe konulan yasal düzenlemeler ve devam eden uygulamalar esas alındığında kişisel sağlık verilerinin toplanmasının sağlık hizmetlerinin programlanabilmesi, nitelikli sağlık hizmeti planlanması ve sunulabilmesi, sağlık politikaları geliştirilmesi gerekçeleriyle sürdürüldüğü fakat verilerin metalaştırılması yanında bireylerin şeffaflaştırılması istekleri de göze çarpmaktadır. Haliyle bilginin güç olduğu kabulü geçerli olurken kişisel verileri toplanan, gözetim altında ve bilginin nesnesi konumunda olan bireyler için mahremiyetlerinin zedelenmesi, haklarının ihlal edilmesi bağlamında bilgi bir güçsüzlük doğurmaktadır. Kişisel sağlık verileri her ne kadar hukuk ile koruma altına alınmış olsalar bile hukuki teknikler vasıtasıyla istisna sahasına sürülmekte, muğlak ve belirli olmayan hukuki kavramlarla hakkın kullanımı daraltılmakta ve devamlılık gösteren istisnai alan güçlendirilmekte dolayısıyla kişisel sağlık verileri belirli olmayan kavramlara hapsedilerek muğlak koruma sınırları içerisine kapatılmakta, istisnaların kurala dönüştürüldüğü düzenlemelerle kişisel veriler üzerinde oluşturulan koruma zırhı delinmektedir (Çankaya ve Ekiz, 2018). Hal böyle olunca mahremiyetin ya da hasta haklarının korunmasının sadece sağlık çalışanları üzerinden oluşturulması toplum ve bireylere sağlık hakkını sağlayan devletin sorumluluğunun göz ardı edilmesi sorununu gündeme getirmektedir.

3.2.5. Sayısallaştırılan Hastalar ve Hekimlerin Yabancılaşması

Günümüzde tüm kurumlarda olduğu gibi hastanelerde kayıt edilecek, tasnif edilip depolanacak verilerin işlenmesi için BİT'nin kullanılmasıyla birlikte kâğıda dayalı yapılan belgeleme artık yerini dijital belgelemeye bırakmaya başlamıştır. Böylelikle bireylerde

yurttaş yerine daha çok kodlanmış numaralarla ya da harf serileriyle değerlendirilir olmuştur. Kodlanmış numaralar, dijital belgeleme, kişisel veriler ya da sağlık verileri denince ilk akla gelen kimlik kartları ve kimlik numarası (T.C. numarası) dır. Kimlik numaralarının, bireylerle verilerin ilişkilendirilmesini sağlaması, sicil ya da dosyalarda saklanan verilere ulaşılmasını sağlaması, kuruluşlarla birey arasındaki etkileşimi kolaylaştırması ve hızlandırmasının yanında işlemlerden ve etkileşimler sonucu edinilen bilgiler dolayısıyla da kişisel verilerin değişikliğe uğramalarına da neden olmaktadır (Lyon, 2012). Günümüzde artık kamu hizmetlerinden yararlanmak için kimlik numarasına sahip olmak gerekmektedir. Böylece bireyler; kod veya parolalar ile varlık kazanması sonucunda tüm yerlerde gerek sanal gerek gerçek yaşamda şifreleme düzenine hâkim kılınmaktadır. Dolayısıyla tüm yaşamda olduğu gibi sağlık kurumlarında da bilgi ve enformasyonun işlendiği süreçler hızlı bir şekilde sayısallaşmakta yani bu süreçlerde yer alan özne, nesne, olgu ve olayların sayısal karşılıkları ya da kodları bulunmaktadır. Bu sayısal kodlar her saniye artmakta, birbirleriyle ilişkilendirilmekte, anlam kazanmakta ve topluma daha büyük sayısal kodlar yaratmak amacıyla geri dönmektedir. Böylelikle numaralarla temsil edilen bireylerin insana has ruh, kişilik, karakter gibi kişisel özellikleri ile özne olma durumundan nesne olma durumuna geldiği belirtilmektedir (Arslantaş Toktaş vd., 2012). Örneğin hastanelerde BİT ve bilgi sistemlerinin kullanılmadığı dönemlerde yatan hastaya ilaç uygulamasından önce hemşire, ilacı ve hekimin yazdığı orderi kontrol ettikten sonra hasta/hasta yakını ile hastanın kimlik bilgilerini sözel olarak teyit ettikten yani özne-özne etkileşimi sonrasında ilaç uygulamasını gerçekleştirmekteydi. Ancak dijital hastanede bu uygulama da hemşire parmak izi ya da kendi şifresi ile kapalı döngü ilaç sisteminden hastaya ait ilacı almakta, ilacın üzerindeki barkod ile hastanın bileğindeki barkodu okuttuktan yani nesnelere ve kodların birbirini teyit etmesinden sonra ilaç uygulamasını gerçekleştirebilmektedir. Böylelikle öznelere etkileşimlerinin pasifleştiği, nesnelere ve kodların etkileşimlerinin aktifleştiği hatta bu işlemlerin standartlar gereği belli bir sürede (belirlenen tedavi zamanından belli bir süre önce ve sonrasında uygulama yapılmasına müsaade edilmekte olup belli sürenin aşılması sonrasında tedavi uygulaması yapılamamaktadır) yapılmasının gerekli olması nedeniyle de robotikleşmiş bir süreç yaşanır olmuştur.

Bu sayısal yaşam, kolay iletmeye, kolay üretmeye, kolay değiştirmeye ve paylaşmaya da imkân sağladığı gibi sayısal yaşamları kayıt altına almaya, sınıflandırmaya, ayrıştırmaya, işaretlemeye, tanımlamaya, etiketlemeye (fişleme), takip etmeye ve gözetlemeye de imkân sağlamakta (Arslantaş Toktaş vd., 2012) hatta tüm bunların hepsinde kolaylaştırıcı bir işlev

de görmektedir. Sayısal kodlarla hizmet aldıkları ya da çeşitli işlemler yaptıkları, e-sistemlerde (e-devlet, e-sağlık, sağlık-net gibi) bilginin nesnesi konumunda olan bireyler, pasif olduğu ve özne olamadığı için bilginin etkileyicisi de olamamaktadırlar (Lyon, 1997). Daha önceleri resmi izinle ya da yasal mevzuat çerçevesinde bir bölümden diğer bir bölüme gönderilen kişisel bilgiler, bürokratik etkinlik yönünden birbirleri ile iletişim kurabilen bilgisayarlar; birimlerin aralarında bilgi eşleştirmelerine imkân tanımakta, organizasyonu kolaylaştırmakta ancak bireylerin kendi kişisel kayıtları üzerinde daha az söz sahibi haline gelmelerini sağlamaktadır (Lyon, 2012). Örneğin İçişleri Bakanlığı tarafından geliştirilen MERNİS ile SB'nın Kimlik Paylaşım Sistemi (KPS) entegre çalışmakta olup çeşitli kurumlar bu tabandan veri çekebilmektedir. Covid-19 salgınında izolasyon kurallarına uyulup uyulmadığının denetlenebilmesi için bireylerin konum ve kimlik bilgileri İçişleri Bakanlığına; Covid-19 pozitif olunması halinde de plazma temini için kimlik, konum ve sağlık verileri KIZILAY'a aktarılmaktadır. Ayrıca kamu sağlığını koruma ve koruyucu hekimlik kapsamında bireylerin Covid-19 pozitif ya da temaslı olup olmadıkları bilgisi gidilen kurum tarafından (özel sağlık kuruluşu ya da üniversite hastanesi) SB'nın sistemleri üzerinden doğrulanabilmektedir. Dolayısıyla kişisel verilerinin kayıt edilmesi, işlenmesi, paylaşılması süreçlerinde kamusal yarar gerekçelendirilmesi ile bireylerin söz sahibi olma durumları ortadan kaldırılmıştır. Aynı zamanda pandemi nedeniyle kontrollü sosyal hayat kapsamında HES kodunu, bireylerin, ulaşım veya ziyaret gibi işlemlerinde kurumlara ve kişilere risk taşıyıp taşımadığını gösterebilmek için almaları zorunlu tutulmuştur. Pandemi sürecinde bu durum yönetim adına olumlu bir adım iken HES kodu ile sayısallaştırılan bireylerin kişisel veri gözetiminin yanı sıra konumsal gözetime de tabi tutulmalarını ve gözetimin hızlanmasını mümkün hale getirmiştir. HES kodu bu süreçte iktidarın hem toplumsal gözetim hem de toplumsal denetim aygıtı olmuştur.

Diğer yandan hastanelerde sağlık yönetimi işlevinde kullanılan bilgi sistemlerinin önemli kısmını Hastane Bilgi Sistemleri, Hastalık ve Ölüm İstatistikleri meydana getirmektedir. Etkili ve kaliteli sağlık hizmetinin sunulması, maliyet ve kaynak kullanımında verimliliğin artırılabilmesi için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) kaynaklı Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması ICD ve bir diğeri ise Teşhisle İlişkili Gruplar (TİG) sınıflandırma sistemleri kullanılmaktadır. SB ve SGK tarafından benimsenen bu iki sınıflandırma sisteminin sağlık kurumları ve eczanelere ödeme yapılmasında kullanılması nedeniyle tıbbi sekreterlerin ve hekimlerin kodlamaları doğru ve eksiksiz bir biçimde yapması istenmekte hatta empoze edilmektedir. Bu sınıflandırmalar gereği hastaların birer koda ya da

sayıya dönüşmesi gerekmektedir. Örneğin Akut Hepatit A'lı bir hastaya ICD sınıflamasına göre B15 kodu verilmektedir. Hatta bu hastanın hepatik komalı ya da komasız olma durumuna göre bu kodlardaki sayılar artmakta ve B15.0 ya da B15.9 şeklinde kodlaması yapılmaktadır. Yani hekimlerin muayene, tanı koyma, tedavi, operasyon gibi meslekleri gereği yaptıkları uygulamaların yanına bir de hastalarını, yaptıkları işleri ve uygulamaları sayı olarak ortaya koymaları eklenmiştir. Dolayısıyla hekimler, bu durumda hangi kodların geri ödemelerde (tanılar ile istenen tetkiklerin, yapılan operasyonların ve operasyonlarda kullanılan malzemelerin SGK kriterlerine, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ve TİG'e uygun olması yani tanıların bu sınıflandırmalara göre geçer olması gerekmektedir) geçerli olduğunu ezberlemek aynı zamanda da güncellemeleri takip etmek zorunda kalmaktadır. Böylelikle sayısallaştırılan hastaların aynı zamanda paraya dönüşmesinin yansıması da hasta ile hekim arasındaki görülen özne-özne ilişkisinin, özne-para-özne ilişkisine dönüşmesi şeklinde olmaktadır. Artık niteliğin kaybolmaya başladığı niceliğin ön plana çıktığı piyasalaşmış sağlık sistemi anlayışı içerisinde hekimlerin, hastalarıyla kurdukları özne-özne ilişkisinde hastalarından aldıkları öykülerle keşfetmek, öğrenmek, zenginleşmek imkânlarından vazgeçmelerine neden olan yalnızca sayılar ve yüzdelerde karşılık bulan hekimlik işini yapar hale gelmeleriyle birlikte mesleki olarak kendilerini gerçekleştirmelerine/gerçekleştirebilmelerine imkânlar sunan/sunabilecek üretim alanının yerini böylelikle yabancılaşma almaktadır. Kapitalist egemenliğin yayılmasıyla paralel ilerleyen yabancılaşma sağlık sistemi içerisinde de yayılırken hekimlerin geleneksel yaklaşımlarını da yok etmektedir. Hekimlerin fiziki muayene, öykü alma gibi önemli üretim araçlarının yerini tıbbi cihazlar hatta teşhis ve tedavi algoritmaları, karar destek sistemleri almaktadır. Hasta ile hekim arasına cihazların girmesi, tedavi planlama ve uygulama sürecinde algoritmalarla karar destek sistemlerinin devreye girmesi nedeniyle deneyimleri ve sihirli dokunuşlarını kullanamayan hekimler üretim araçlarına ve ürününe yabancılaşmaktadır. Böylelikle hekimlerin sihirli dokunuşları ile birlikte keşfeden hekimlik yönü kaybolurken algoritmik hekimlik ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla hekimlerin düşünceleri tutsaklaşmakta, hastalarla olan iletişimleri kopmakta ve eskiden ad ve soyad ile nitelendirilen hastalar artık birer tanı kodu ile anılmaktadır. Haliyle tıp öğrencilerinin de bu durumdan etkilenmesi söz konusudur. Çünkü yabancılaşmayla belirlenmiş eğitim ortamının içerisinde tanı kodlarını belleyip ilaç listelerini ezberleyerek yetişmelerine neden olan bu durum tıp öğrencilerinde daha mesleğe başlamadan hekimliğin ana unsuru olan özne-özne ilişkisinin sekteye uğramasını, kopmasını sağlamaktadır. Hal böyle olunca bireylerin, mesleklerinde kendilerini gerçekleştirememeleri, toplumsal sorunların anlaşılması ve değiştirilmesi süreçlerinde diğer bireylerle sağlıklı bağ kurmalarını

da engelleyecektir. Neoliberal politikaların yansıması olan SDP ile yaşanan süreçte hastalar nesneleşirken, hekimler ve tıp öğrencileri de bir yandan atomikleşirlerken öte yandan kendilerine, hastalarına, topluma ve çağa yabancılaşmaktadırlar.

3.2.6. Zaman Mekân Kısılcısındaki Hekimler

Kapitalist toplumlarda saat vasıtasıyla örgütlenmiş zamansal düzenliliğin önemi giderek artmıştır (Urry, 1999). Endüstrileşme, üretimin makineleşmesi ve kentleşme gibi olgular toplumları dönüştürürken bireylerin nispi olarak söz sahibi oldukları ve esnek zaman yönetimi düzeninin bozulmasını da sağlamıştır. Dolayısıyla genişleyen piyasa düzeni ve ticaret ilişkileri zamanın ölçülmesini icap ettirmiştir (Orlikowski ve Yates, 2002). Endüstriyel kapitalist toplumun zamana yönelmesi, emek zamanının düzenlenmesini ve kullanılmasını da beraberinde getirmiştir. Kullanım değeri veya mal, kendisinde soyut insan emeğinin nesneleşmesi veya cisimleşmesi manasında bir değere sahip olduğundan dolayı bu değerin büyüklüğünün ölçülmesi de emeğin miktarının ölçülmesiyle mümkün olmaktadır. Bu nedenle emeğin niceliği süresiyle ölçülmekte ve emek zamanın ölçüğü de saat, gün şeklindeki zaman birimleri olmaktadır. Metaların cisimleşmiş emek zamanı olması nedeniyle metaların mübadelesi gerçek zamanda emek zamanın mübadelesi anlamına geldiğinden ya iş günü uzatılmalı ya da emek daha yoğun biçimde çalıştırılmalıdır (Marx, 1975). Dolayısıyla alınıp satılabilir bir meta haline gelen ve saat-zaman şeklinde aldığı formu nesneleştirilen zaman, içeriğinin para değerine evrilmesiyle de metalaştırılmıştır (Adam, 2001). Yönetimlerin “vakit nakittir” inancını ekonomik gerçekleri olarak baz almaları, çalışanların emek zamanlarına bağımlı kılınmalarını ve kullanım değerinin soyut değişim değerine dönüştürülmesini gerekli kılmıştır (Adam vd., 2002). Diğer yandan zamanın para olmasıyla birlikte hız, hızlı olma ve her şeyin hızlı hareket etmesi de önem kazanmaktadır. Zaman metalaştırıldığında, verimlilik, etkililik ve kâr açısından zamanın sıkıştırılması belirleyici olurken hız da sorgulanmaksızın yüceltilmektedir (Adam, 2003). Zamanın, ekonomik maliyet ile ilişkilendirilmesi beraberinde, hız ve etkililiğin özendirilmesini getirerek zamanı sıkıştırmakta çalışanların aynı zaman diliminde daha fazlasını başarması beklenmektedir. Zamanın sıkıştırılmasıyla çalışandan maksimum seviyede verim alınabilmesi için, görevler küçük birimlere bölünerek arka arkaya ve hızlı yapılması sağlanırken işi yavaşlatan ve üretkenliği engelleyen uygulamalar ya da süreçler kaldırılarak çalışmanın örgütlenmesi yeniden düzenlenmektedir. Nitekim etkililiği ve kârlılığı sağlamanın yolu rekabetten de geçmektedir (Adam, 2001). Bu bağlamda hekimlerin zamanının metalaştırılmasına yönelik ilk gelişme yürürlüğe giren tam

gün yasası iken diğeri de performansa dayalı ödeme sistemidir. Aynı zamanda tam gün yasası ve performansa dayalı ödeme hekimlerin zamanının sıkıştırılmasının da araçlarıdır. Tam gün yasasıyla birlikte emekli olmayan ya da özel sektöre geçmeyen hekimler kamu hastanelerinde tam gün çalışmaya başlayarak tamamıyla alacakları ücrete tabi konuma gelmişler ve emek zamanlarının karşılığı para ile ölçülebilir hale dönüşmüş olmuştur (Tekin ve Kaya, 2015). Bununla birlikte tam gün yasası ile hekimlere kendi çalışma tempolarının aksine düzenli çalışma saatleri içerisinde istenilen/beklenen çalışma temposunda çalışmaları da dayatılabilmektedir. Performansa dayalı ödeme sistemi ile Taylorizmin ana prensiplerinden olan ödüllendirme sistemi hastanelere getirilerek hasta başına, girişim başına hekimlere ücret ödenmeye başlamıştır. Akabinde de yürürlüğe giren mevzuatlarla hastane performans göstergeleri kapsamında hastaların kalış sürelerinin kısaltılması, yoğun bakımlarda ve kliniklerde yatak sayılarının yanı sıra doluluk oranlarının artırılması hedeflenmiştir. Bu hedeflere ulaşılabilmesi içinde muayene, yatış ve taburcu işlemleri ile girişimsel işlemlerde hızlı temponun dayatılması ile emek zamanı sıkıştırılarak yoğunlaştırılmakta, fabrikada bant sisteminde işçilerin önünde durmaksızın ürünlerin aktığı gibi hekimlerin önünde hastaların birbiri ardına akması ve bandın boş kalmaması sağlanmaktadır. Bandın boş kalmaması içinde hasta yataklarının hızlı bir şekilde boşaltılması ve doldurulması yani sirkülasyonunun hızlı olması gerekmektedir. Dolayısıyla sağlığa erişimin artırılmasına yönelik uygulamalar, önem kazanan hastane performans göstergeleri ve performansa dayalı ödeme sistemi hasta başvurularını, ameliyat sayılarını, tetkik sayılarını arttırmıştır. Bu durum bir yandan gereksiz tetkik istemini, gereksiz ameliyat yapılmasını ve hastaların hastane de normal kalması gereken süreden daha az kalması gibi olumsuzlukları beraberinde getirirken diğer yandan da gün içinde hekimlerin çok hasta muayene etmesine, girişimsel işlem yapmasına ve hastaya ayrılan sürelerin kısalmasına, muayenelerin rutinleşmesine neden olmuştur (TTB Etik Kurulu, 2009). Bu da beraberinde daha çok tıbbi teknoloji kullanımı getirmiştir. Daha çok tıbbi teknoloji kullanımı, hastaların daha fazla işleme ya da risklere maruz kalması, devletin maliyetlerinin artması ve hekimlerin fazla çalışması gibi olumsuz sonuçlar getirirken sermaye açısından (kârını yükseltmesi) olumlu sonuçlar getirmektedir.

Öte yandan Taylorizmde zamanın sıkıştırılması bağlamında kronometre bir kırbaça eşdeğerken sağlık hizmetlerinde ise kanıta dayalı tıp uygulamaları, verimlilik ve kalite standartları kırbaça eşdeğer olmuştur (Adam, 2001). Kanıta dayalı tıp uygulamaları her ne kadar ilk başlarda sağlık hizmetlerini iyileştirme amacı taşıyor olsa da zamanla maliyetleri azaltma ve egemenlik stratejileri uygulamaları halini almıştır. Performans göstergelerinin

oluşturulması ve kanıta dayalı tıbbi uygulamaya getirilen uygulama kılavuzları ve tedavi protokolleriyle hangi işlemin, neden, nasıl ve ne kadar sürede yapılacağına ayrıntılı bir şekilde açıklanması ile bu işlemlerin üzerinde denetim kolaylaştırılmaktadır. Performans kriterlerini oluşturma amacıyla başlamış olan süreçle tıbbi bilginin sınıflandırılması, tabloya dökülüp iş akış şemalarına dönüştürülmesi ve formüllere indirgenmesiyle tıbbi bilginin kullanım hakkı hekimlerden yöneticilere aktarılmış ve görevlerin standartlaştırılması ile zamanın hızlanması sağlanmıştır (Tekin ve Kaya, 2015). Diğer yandan uygulama kılavuzları ve tedavi protokolleri hekimleri teknolojinin aynı zamanda da sermayenin (tedavi protokollerinin ve uygulama kılavuzlarının hazırlanmasındaki etkililikleri baz alındığında) tahakkümü altına sokmaktadır. Çünkü hekimler uygulama kılavuzları ve tedavi protokollerine göre hareket etmediklerinde olası bir malpraktis davası açılması durumunda hatalı bulunabilmektedir.

Zamanın egemenliğinin, insanların öznelliğini değiştirmesiyle modern toplumlarda bireyler bir yandan zamana doğru yönelim gösterirken diğer yandan zaman tarafından disipline edilerek zamansal öznelere dönüştürülmüşlerdir (Urry, 1999). Bunun nedeniyse zaman mekân sıkışmasıyla eşzamanlılığın ve zamansız zamanların yaşanıyor olması şeklinde belirtilebilir. Çünkü kapitalizm yaşama hız kazandırmış ve mekânsal engellerin aşılmasını sağlamıştır (Harvey, 1997). Sermaye doğası gereğince, tüm mekânsal bariyerlerin ötesine geçmesi nedeniyle ve mübadelenin fiziksel şartlarının (iletişim ve ulaşım araçlarının) yaratılmasıyla mekânın zaman tarafından yok edilmesi gerekmiştir (Marx, 1979). Daha önceleri nesnelere el altında, istenildiğinde dokunulup kullanılacak uzaklıktayken günümüzde nesnelere insanlar arasında elektronik bariyerler bulunmaktadır. Dijital bir mekân olan dijital hastanelerde tele tıp ve mobil tıp uygulamaları ile zaman ve mekân kavramı geleneksel hastanelerden farklılaşmıştır. Geleneksel hastanelerde bir hekim hastasının filmini değerlendirmek için hastanede yani bir özne olarak eylemin gerçekleştiği mekânda olmalı, orada bulunmalı ve orada olan olmalıyken filmi eline alıp değerlendirirken ve aynı zamanda hastayı görüp tedaviye ya da yapılması gereken işlemlere o şekilde karar verirken, günümüzde tele tıp ve mobil tıp uygulamaları ile (uzaktan evinden, yurtdışından bağlanarak) bu verileri görebilmektedir. Hastasının tedavisini düzenleyip ilaçlarını yazabilmekte hatta 5G teknolojisi sayesinde uzaktan bağlantı ile robotu manipüle ederek ameliyat yapabilmekte yani elektronik bariyerlerin arkasından işlemlerini gerçekleştirebilmektedir. Böylelikle hekim önceleri hastaneye giderken belli bir zaman harcarken tele tıp ve mobil tıp uygulamaları ile mekânsal sınırlar ortadan kalkmakta zaman aracılığıyla mekânı yok etmekte dolayısıyla zaman mekân

sıkışması yaşanmaktadır. Aynı zamanda, birey, eylemle iç içe olmadığına, eylemin zamansallığını (önce, şimdi, sonra) içselleştirmenin şartı orada olması, eylemin içerisinde yer almasıdır. Birey, eylemin içerisinde olmadığına eylem ile olan bağlarını ve eyleme öznel tinini vermekten uzaklaşmaktadır. Bu da eylemi bireyin tarihselliğinden kopararak bireyi sadece uyumlaşma seviyesine indirgemektedir. Geleneksel olandan kopuşu öngören ve modern toplumun ilkelerini tayin eden modernizm bireyi eylemin dışında uzakta tutmakta, böylece bireyi katılamadığı, eylemi içselleştiremediği bir uyumlaşmaya zorlamaktadır (Heidegger, 2011). Eğer birey orada olamazsa, eyleme katılamazsa mekân alabildiğine daralmaya başlamaktadır. Mekân her ne kadar global olsa da eylemden soyutlanan birey kapatılmış olacaktır. Nitekim Foucault bunu büyük kapatılma olarak adlandırmaktadır. Dolayısıyla, kapatılmada birey, içeriye değil dışarıya kapatılmakta ve her ne kadar fiziksel olarak dışarıda olsa da bir güç tarafından denetlendiği sürece kapatılmış olmaktadır (Foucault, 2020). Dijital hastanenin tele tıp ve mobil tıp uygulamaları sayesinde icapçı hekimler her ne kadar hastane ortamına gelmeden hastanın tetkiklerini değerlendirip tedavisini düzenleyebilseler de, icapçı oldukları zaman diliminde mobilitesinin hastanenin bulunduğu coğrafi alanla sınırlı olması mekânsal daralma, dışı kapatılma şeklinde yorumlanabilir. Her an hastaneye çağrılabilme ya da her an değerlendirebilecek bir hastanın olması ya da olma ihtimali hekimleri, aile ve sosyal yaşamlarını düzenleyebilme şansından da mahrum etmektedir. Aynı zamanda tele tıp ve mobil tıp uygulamaları hekimlerin özel mekânlarında, özel zamanları; hekimlere sunulan dijital hastane olmanın getirdiği rahatlık, kolaylık, özgürlük, hızlılık söylemlerinin yanılsamaları altında işgal edilmektedir. Bu bağlamda dijital hastanede hekimlerin, tele tıp ve mobil tıp uygulamaları vb. kapsamında verdikleri hizmetlerle özel zamanları/mekânları ile kamusal zamanlarının/mekânlarının iç içe geçtiği ve bunların arasındaki sınırın bulanıklaştığı, özgürleşme ve disipline altına alınma zıtlıklarıyla birlikte büyük kapatılmaya yani gözetime maruz kaldıkları, zaman mekân sıkışması yaşadıkları, zaman kısıdıyla karşı karşıya oldukları ifade edilebilir.

3.2.7. Hekimler Üzerinde Artan Gözetim ve Denetim

Kapitalizmin varoluşundan bu yana üretimin kâr maksimizasyonuna yönelik olması sömürü mekanizmasını da beraberinde getirmiş ve bu da çalışanların ekonomik, sosyal, ideolojik ve siyasal bakımdan kontrol altına alınmasını gerekli kılmıştır (Lordoğlu vd., 1999). Endüstri devrimiyle birlikte makinelerin egemenliğinin başlamasıyla sermayenin emek üzerinde tahakkümü artmış, günümüzde BİT ve bilginin ekonomide anahtar faktör olması

sonucunda hem ürünlerin hem de çalışanların kontrol işlemleri bireylerden makinelere geçerek elektronik göz ve veri gözetimi aracılığıyla yapılan denetim şekline dönüşmüştür (Erol, 2002). Dolayısıyla modern ussal kapitalizm, hesaplanabilir teknik iş araçlarına, her şeyin hesaplanabilir olmasına ayrıca hukukla ve formel kurallar ile yönetilen kurumlara ihtiyacı bulunmaktadır.

Günümüzde, SDP ile desteklenen ve dijital hastanelerde verimliliği artırma, hız ve zaman tasarrufu, maliyetleri azaltma, hizmet kalitesini ve kârlılığını artırma, özel hastanelerle rekabet edebilme, hasta memnuniyeti sağlama gerekçeleriyle yoğun bir şekilde kullanılan BİT ve bilgi sistemleri aracılığıyla hem üst kademedeki hem de alt kademedeki tüm kullanıcılar ihtiyaç duydukları bilgilere yetkileri dâhilinde hastane içindeyken ya da dışındayken hızlı bir şekilde ulaşabilmektedirler. BİT ve bilgi sistemleri vasıtasıyla bilgilere her an, her mekândan kolay bir şekilde ulaşılabilmesi, iktidarın ihtiyacı olan bilgi kaynaklarına kolay bir şekilde egemen olabilmemesini de mümkün kılmıştır. Dolayısıyla BİT'nin ve bilginin iktidarın köşe taşı halini almasıyla denetim geniş alanlara yayılmıştır.

Bilgiyle iktidar arasındaki münasabet bağımsız olmadığı gibi iktidar yeni bilgi nesnelere de oluşturmaktadır. Teknoloji bireyleri nesneleştirirken tahakküm altına girmeye de zorlamaktadır (Samsun, 2017). Tüm bireylerin özne aynı zamanda nesne şeklinde kodlandığı toplumsal güç ve gerilim ağı olan iktidar bazı tekniklerin etrafında inşa edilmekte, bazıları makinelere, mimaride veya farklı araçlarda cisimleşirken bazılarıysa bireylerin bedenlerini üretken kullanmaları için gereğinden fazla baskı yapmayan ve baskı altına almayan uygulamalar ve standart davranış şekillerinde ortaya çıkmaktadır (Gerrie, 2003). Örneğin dijital hastane acil servisindeki bir hasta için, hastane bilgi sistemi üzerinden yapılan konsültasyon istemi, hekimlere SMS ile bilgilendirme mesajı olarak gönderilmektedir. Acil serviste konsültasyonun istem zamanı ve konsültasyonun gerçekleşme zamanı Sağlık Bilgi Yönetim Sisteminde (SBYS) kayıt altına alınarak “Uzman Hekim Konsültasyon Gerçekleştirme Süreleri Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmektedir. Konsültan hekimlerin bedenlerinin üretken kullanılması adına uygulanan SMS ile bildirim ve yönetici takip ekranı iktidar tekniklerinden fazla baskı yapmayan uygulamalara örnek verilebilir. Aynı zamanda hekimlere sağlanan uzaktan erişim, tele tıp gibi uygulamalar, hekimlerin inisiyatiflerini ve özerkliklerini arttırmasının yanında kendilerini disipline etme pratiklerini de güçlendirmektedir. Esnekleşme ve mekânsal bağımsızlık, çalışanların örgüt kültürüne bağlı olmalarını ve kendi kendilerini disipline etmelerini de beraberinde getirmiştir. Yani

çalışanlara verilen fazlaca özgürlükle birlikte daha fazla şey beklenmekte olup sadakat ile kendisini adayın bir özne olması istenmektedir (Özcan, 2014). Dijitalleşme ve gelişen teknolojiler işlerin süresini kısalttığı gibi çalışanlara mekânsal bağımsızlık sağlayarak işlerin işyeri dışında da takip edilip yapılabilmesine imkân vermenin yanı sıra bu (internet, tele konferans, teletıp, uzaktan bağlanma, eposta gibi) teknik kolaylıklar çalışanları her an takip eden gizli bir göze de dönüşerek esneklikle beraber hem işyeri hem de işyeri dışında olmak üzere kontrolün alanını da genişletmektedir. Çalışanların BİT ile oluşan esneklikleri panoptik gözetimin evlerinin içerisine kadar girmesini sağlayarak yeni denetim şekline zemin oluşturmuştur. Dolayısıyla buda çalışanlarda her an her yerde gözetlenme endişesi oluşturarak kendi kendini disipline etme davranışını zorunlu kılmaktadır.

BİT ve bilgi sistemlerinin hâkim olduğu kurumlarda olduğu gibi sağlık kurumlarında da bu teknolojilerin etkisi ile iş yoğunluğu ve hız bir denetim aracı olarak ön plana çıkmıştır. Böylelikle teknolojinin yoğun denetimini getiren bu denetim kipinin egemen olduğu kurumlarda çalışanlar sıkı biçimde elektronik panoptikona maruz kalarak denetlenmektedirler (Özcan, 2014). Bundan dolayı çalışanlar hiç boş kalmamakta, robotvari şekilde otomatik olarak devamlı işlemleri ve prosedürleri yerine getirmekte ve aynı zamanda tüm yaptıkları kayıt altına alınmaktadır. Örneğin poliklinik hizmetleri sunumu esnasında, polikliniklerde, hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama muayene bekleme süresi, poliklinikte gün içerisinde yapılan ilk muayene zamanı, son muayene zamanı ve muayene sayısı SBYS’de oluşturulan “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmektedir. Görüldüğü üzere BİT ve bilgi sistemleri elektronik izlemeyi yani gözetimi yaygınlaştırmaktadır. Aynı zamanda bu durum çalışanları ölçülebilir ve niceleştirilebilir hale getirmektedir.

Günümüzde çalışma yaşamında BİT’in yoğun bir şekilde kullanılmasının yanı sıra esnek çalışma ile denetim iktidarı, bireylerin yaşamlarının bütününe yayılması ve içselleştirilmesi sağlanarak oluşturulmaktadır. Bu durum otoritesiz bir iktidarın doğmasına yani iktidarın görünmez bir form kazanmasına neden olmuştur (Sennett, 2008). BİT sayesinde bireyselleştirilen ve görünmez olan denetim, işin zaman üzerinden kontrol edilip örgütlenmesi, çalışanın bir başka çalışan tarafından gözlenmesi ve talep edilenin sağlanamaması durumunda cezalandırılması gibi işleyişlerle gerçekleştirilmektedir. İşyerlerinde internetin ve eposta ile işlerin yapılabilmesiyle denetim görünmez bir hal alırken bir yandan güçlenmekte ve diğer yanda da işlevsel olarak kolay bir şekilde de yaygınlaşmaktadır. Artık kamu kuruluşlarında sayfalara erişimlerde değişik programlarla

filtreler uygulanmakta böylelikle her bir siteye girilememekte hatta çalışanların kurumsal epostaları (kullanıcı adı@saglik.gov.tr, kullanıcı adı@meb.gov.tr gibi) kullanmaları sağlanmakta aksi halde diğer kişisel epostalarının açılmasına filtreler müsaade etmemektedir. Yoğunluklu olarak kurumlarda kullanılan Elektronik Belge Yönetimi Sistemi'nden gönderilen belgede bulunan tarihçe kısmından, o belgenin kimlere gereği ve bilgi için gönderildiği, gönderilen kişilerden hangilerinin, hangi gün ve saat diliminde belgeyi okuduğu, hangi işlemi ne zaman yaptığı izlenerek denetlenebilmektedir. Böylece bir yandan çalışanlarda gözetlendikleri bilgisi ile algısı yerleşirken öte yandan gözetim pratikleri de bireyler üzerinde diğerlerinin ayrımcılaştırılabileceği ve yargılayabileceği bir görünürlük oluşturmaktadır (Foucault, 2015).

Diğer yandan takım çalışmasında iktidar olmasına rağmen göz önünde bariz şekilde bir otorite görülmemektedir. İktidar görünmez otoritenin eliyle korku ve saygı bir aradığında meşruluk zeminini inşa ederek yayılmaktadır (Sennett, 2008). Daha önceleri kurumlarda tek tek bireylere verilen yetki, postbürokratik dönemde oluşturulan takımlara devredilmekte olup böylelikle hiyerarşisiz yapı içerisinde kontrolün amirsiz kaldığı ve herkes amir rolü oynayabildiği daha interaktif denetim şekli gerçekleşmektedir (Barker, 2005; Akt. Özcan, 2014). Buna örnek olarak sağlıkta kalite standartları gereği hastanelerde oluşturulan hastane öz değerlendirme ekipleri verilebilir. Hastane yöneticisinin imzası ile görevlendirilen ve kalite yönetim direktörünün yetkisini devrettiği hekim, hemşire, diyetisyen, sağlık memuru gibi değişik unvanlardaki sağlık çalışanlarından oluşan bu ekiplerde hiyerarşik bir yapı bulunmamakta, belirli saatte ve çapraz olarak göstergelere göre yerinde gözetim yapmaktadır. Böylelikle farklı birimlerin çapraz gözetimle birbirlerini interaktif şekilde denetlemeleri mümkün olabilmektedir.

Görüldüğü üzere günümüzde, örgütsel hedeflere etkin ve etkili şekilde ulaşmak için informal örgütün, kolektif yönetimin, örgütsel kültürün etrafında geliştirilen ve dışsal denetim yerine içsel denetimi yerleştiren yönetsel söylemlerle değerlerin öne çıkarıldığı denetim biçimleri yaratılmıştır (Coombs vd., 1992). Bireylerin kültürel değerleri içselleştirmesi sonucunda kültürel değerlere yakışır kendilik oluşturması beklenirken (Ogbor, 2001) söylemle dile gizlenen denetimde kimliği inşa eden disiplinleştirici bir güç şeklinde ortaya çıkmaktadır (Özcan, 2014). Çalışanların ikna ve rızaları düşünsel alanda sağlanırken disipline fiziksel şart ve bedensel davranış şeklinden hissedişe dönüşmekle birlikte bu denetim tarzı çalışanlara daha fazla özerklik bırakmadığı gibi tersine daha fazla konformizm

doğurmaktadır. Bu nedenle doğruca verilen yönergenin yerini kültürün, normların ve güvenin aldığı (Raelin, 2011), “kontrolün kadife eldiveni” şeklinde anılan bu ılımlı denetim anlayışında çalışanların zihinleri ele geçirilmeye çalışılırken devamlı yetkilendirildiklerini düşünmeleri sağlanmakta ve dil oyunu ile bu tarz yetkilendirilmeler yanılısamaya dönüştürülmektedir (Jermier, 1998). Yani bu ılımlı denetimin görünüş şekli olan, kurum kültürünün, temel amacı performansa yönelik davranışları arttırmaktır. Bir kurumun kültürü, değerlerine, normlarına, inançlarına, sembollerine ve uygulamalarına bakılarak analiz edilebilir. Bu bağlamda, yönetsel uygulamalar; örgütteki tüm uygulamaları, kültürel özellikleri ve kültürün etkilerini içermektedir. Bir örgütteki güç ve statü sistemleri, ödül-ceza sistemi, denetim sistemi, performans değerlendirme sistemi, ödeme sistemi gibi sistemlerin analiz edilmesiyle o kurumun kültürü açıklanabileceği (Kantek, 2007) için SDP’nin sağlık sistemine getirmiş olduğu gelişmeler baz alınarak sağlık kurumlarının kurum kültürü bağlamında geliştirilen söylem ve uygulamalarla çalışanların denetlenmeleri serimlenmeye çalışılmıştır.

SDP ile yönetim, verimlilik, kullanıcı ve hizmet sunucu memnuniyetiyle uzun vadeli mali sürdürülebilirliği iyileştirerek sağlık sisteminin daha etkili hale getirilmesine yönelik gelişmeler, izleme ve değerlendirme gereksinimini arttırmıştır. Geleneksel yönetim anlayışında izleme ve değerlendirme; süreç odaklı, dönem dönem yapılan teftişlerle ve geliştirmeden çok koruma hedefli bürokratik kontrol vasıtasıyla yürütülürken yönetsel hiyerarşide konumları üstlerde yer alan hekimler; doğrudan izlenmemiş ve tıbbi normların belirleyiciliğindeki özerklikleri sayesinde hem zamanları hem de klinik becerileri kendilerince denetlenmiştir. Yeni kamu yönetimi anlayışındaysa izleme ve değerlendirme; teftiştten rehberliğe, dönem dönem hesap vermekten devamlı hesap verme ve şeffaflığa, korumadan çok geliştirmeye, hızlı değişen piyasa ve dinamiklerine uyumun vurgulandığı, hedefe yönelen ve çıktıları esas alan performans odaklı bir hale dönüşmüştür. İzleme ve değerlendirme yapılacak olan çıktılar, önceden belirlenip hedefler şeklinde açıklanmaktadır (Tekin ve Kaya, 2015). Bu kapsamda, SDP’nin etkili bir şekilde uygulanabilmesi için geleceğe ait hedeflerle başarı kriterlerinin ortaya konulduğu stratejik planlar oluşturulmaktadır. Planlarla ortaya konulan hedeflerin ne kadarına ulaşıldığı ya da ulaşılmadığı oluşturulan birimlerce, komisyonlarca ve heyetlerce, izlemler ve değerlendirmeler, belli periyotlarda gerçekleştirilmektedir. Periyodik ölçme ve değerlendirmelerin yapılmasının önemi, sağlık hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesi için var olan durumun tespiti şeklinde gerekçelendirilmektedir. Böylelikle kurumlara sistemli

ölçme kültürünün yerleştirmesi ve tespit edilen parametrelere ilişkin çabaların etkinliğinin, etkililiğinin ve verimliliğinin saptanması arzulanmaktadır. Örneğin sağlık kurumlarının, kurumsal performans ölçümü ile sağlık hizmeti kalitesinin, verimliliğin ve hasta-çalışan memnuniyetinin arttırılmasının amaçlandığı ve bunun bireysel performansı da etkilemesi sebebiyle tüm sağlık personelinin kaliteli hizmete katılımının sağlandığı ifade edilmektedir (Akdağ, 2008). Diğer yandan sağlık hizmeti kalitesinin, verimliliğin ve hasta-çalışan memnuniyetinin arttırılması amacıyla yapıldığı ifade edilen kurumsal performans ölçümünün sonucunda alınan kurumsal puanın yüksek olması bütçeden alınacak payın katsayı çarpanını yükselmekte olup bu yükselme yöneticilerin ve çalışanların alacağı performansa dayalı ödemeye de yansımaktadır. Dolayısıyla SDP’ da yer alan “Nitelikli ve Etkili Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon” hedefi kapsamında geliştirilen, verimlilik ve kalite standartları, göstergeler, klinik kalite ölçme ve değerlendirme sistemi gibi ölçüm kültürü “tüm çalışanların yer aldığı etkin kalite yönetimi yapılanması meydana getirmek” ve “Sağlık hizmeti sunumunda ulusal ve uluslararası düzeyde tercih edilen bir hastane olmak” gibi söylemler ile beslenerek tüm çalışanların etkin ve verimli çalışmayı içselleştirmeleri ve kendi kendilerini disipline etmeleri beklenmektedir. Ölçüm kültürü ve “kaliteli hizmet sunma” “ulusal ve uluslararası düzeyde tercih edilen olma” söylemlerine konformizme olan çalışanların özerklikleri kaybolmakta ve piyasalaşan sağlığın gereklerini yerine getirmeye çalışmaktadırlar. Çünkü ölçüm kültürü içselleştirilmez ve performansları iyi olmaz ise, kurumsal puan düşecek haliyle bireysel olarak alınan performansa dayalı ödemeler de düşecektir. Sağlık çalışanlarının çalışma şartlarının iyileştirilmesi ve verimli-etkili hizmet sunmaları hedeflenen performansa dayalı ödeme sistemi, her ne kadar hekimlerde daha çok çalışma isteği gibi olumlu sayılabilecek bir durumu ortaya çıkarmış olsa da, performansın oluşturduğu içsel ve dışsal baskının hekimler arasında rekabeti derinleştiren stratejiye dönüşmesi, tetkik ve film vb. tüketiminin artması, bir hekimin diğer hekim arkadaşının hastasını kapması, kalitenin gittikçe düşmesi gibi sorunların yanı sıra hekimlerin, performanslarını düşürmemek için, birbirlerinin işini ve aldığı ücretleri (bireysel, branş ve birim bazlı) gözetlemelerine sebep olmuştur (Kart, 2013). Diğer yandan performans inceleme heyeti tarafından hekimlerin performans puanlarında gösterdikleri yapılan iş ve işlemlerin gerçekliği denetlenmektedir. Dikey denetimle birlikte rekabet yolu ile hekimlerin birbirlerini gözetlemesi ve denetlemesi sağlanırken performans değerlendirmesi sonucunda yapılan ücret ödemelerinde oluşan farklar sebebiyle hem kliniklerin hem de aynı klinikte görevli olan hekimlerin arasındaki çalışma barışı bozulmaktadır. Dolayısıyla bu durumda ister istemez Weber tarafından ifade edilen demir kafesten öte daha doğrusu demir kafesin daraldığı ve

çalışanların daha sıkı biçimde denetlendiği bir denetim şeklinin oluştuğu, önceleri yöneticinin gözetimindeki çalışanların, takım esaslı denetimde bütün ekip üyeleri/takım oyuncuları tarafından göz hapsine alındığı görülmektedir (Barker, 2005; Akt. Özcan, 2014).

Aynı zamanda performans değerlendirme sistemiyle hekimlerin zamanının sıkıştırılmasının yanı sıra zamanları da kontrol edilmekte ve yönlendirilmektedir. Şöyle ki; terletme sistemi şeklinde ifade edilen parça başı ücretteki gibi performans değerlendirme sisteminde yaptıkları iş ve işlemlere göre ücretin ödenmesi, hekimlerin emeğinin fiyatının, ücret ve zaman oranı ile değil de iş yapma yetileriyle belirleniyormuş gibi görünmesine (Marx, 1975) neden olması dolayısıyla hekimler zamanlarının değil de becerilerinin karşılığının ödendiğini düşünerek rızalarıyla yüksek performans sergilemek amacıyla çabalayıp durmaktadırlar. Örneğin hekimler performansa dayalı ödemelerinin kesilmemesi için izne dahi çıkmamaktadırlar. Diğer yandan performansın değerlendirilebilmesi için yapılan iş ve işlemlerin hepsinin kayıt altına alınması gerekli olup buda hekimlere konulan tanı/tanıları, yapılan girişimleri ve girişimsel işlem basamaklarını, yazılan/reçete edilen ilaçları, kullanılan malzemeleri Medikal Ulak Sistemi (MEDULA) sistemine tek tek giriş yapmaları zorunluluğunu getirmiştir. Böylelikle hekimler BİT sayesinde elektronik panoptikona yani gözetime maruz kalmalarıyla performansları izlenip değerlendirilebilir olmuş, önceki ve şimdiki performanslarının karşılaştırılması sonrasında geleceğe ilişkin planların yapılabilmesini olanaklı hale getirmiştir. Dolayısıyla BİT ve bilgi sistemleri vasıtası ile elde edilen verilerden, hedefler ve çıktılar bakımından ne aşamada bulunduğu bilgisinin alınması sonrasında izleme sürecinin hedeften saptığının tespit edilmesi halinde sapma sebepleri değerlendirme süreci ile bulunmaktadır. Çıktılar kötü ise performansta kötü olacağı için hesap sorulmaktadır. Böylelikle gönülsüz çalışmanın, kaytarmanın, motivasyon düşüklüğünün neden sıkı bir şekilde denetlenmesi gerektiğinin gerekçesi de sunulmaktadır. Performansın kötü olması nedeniyle hesap verme durumunda kalan çalışanlar hesap soran birime/komisyonu/heyete tam manasıyla sorumluluklarının ne kadarını yerine getirdiğini ne kadarını yerine getiremediğini gerekçelendirmek zorunda kalmaktadır. Devlet ya da üst yöneticiler, yöneticilere hesap soracağı için, devlete ya da üst yöneticilere hesap verecek olan yöneticiler beraberinde hesap soran pozisyonunda da olup hekimlere hesap sormaktadırlar (Tekin ve Kaya, 2015). Örneğin verimlilik gözlemcileri tarafından hastane verilerinin takip edilmesine imkân sağlayan yönetici takip ekranlarının veri doğruluğu (yönetici takip ekranı içeriğindeki sayısal verilerin anlamlı ve hastanedeki uygulamalarla uyumlu olup olmadığı gibi) denetlenmekte ve hastane yöneticilerinin bu ekranları aktif bir şekilde kullanmaları

istenmektedir. Hesap verebilirliğin getirmiş olduğu hiyerarşik basamaklar ve yaptırım gücü neticesinde hekimlerin hiyerarşik basamaklardaki konumunun aşağı çekilmesi söz konusu olurken öte yandan hekimlerin zamanlarının hem rızaya hem de baskıya dayanan denetimleri olanaklı hale gelmiştir. Hastane yöneticileri tarafından yönetici takip ekranı ile her bransa ait poliklinikte yapılan toplam muayene sayısı, ilk muayene zamanı, son muayene zamanı, ortalama muayene süresi, reçete sayısı gibi veriler takip edilmektedir. Hastane yönetimi tarafından poliklinik başlama zamanı belirlenmektedir. Poliklinikte görevli olan hekimin poliklinik hizmetlerine başlamada gecikmesi durumunda önce ilgili hekime, sonrasında ilgili klinik/brans idari sorumlusuna ve ilgili başhekim yardımcısına SMS ile bildirim yapılmaktadır. Öte yandan hekimlerin zamanlarını ve performanslarını hastalar da denetlemektedir. Şöyle ki verimlilik ve kalite uygulamaları gereği, poliklinik girişlerine konulan hasta çağrı ekranlarından, hastanın sıra numarası, öncelikli hastaysa öncelik nedeni, Merkezi Hekim Randevu Sistemi (MHRS) randevu durumu gibi bilgiler, hastalar ve yakınları tarafından takip edilmektedir. Aynı zamanda poliklinik muayenesi için kayıt işlemi yapılan hastaya hangi saat diliminde muayene olabileceğini gösteren bir barkod verilmektedir. Hastalar ve yakınları hem hasta çağrı ekranlarından hem de barkod üzerinden hekimlerin performanslarını ve zamanlarını denetleyebildikleri gibi zaman zaman hastalara telefon açılarak kendilerine muayene için yeterli zamanın ayrılıp ayrılmadığı, verilen hizmetten memnun kalıp kalmadıkları gibi bilgiler alınarak hastalardan hekimleri ve aldıkları hizmetleri geriye dönük olarak değerlendirmeleri istenerek hastalara/yakınlarına bir nevi denetçi rolü biçilmektedir.

Sağlık hizmetlerinde verimlilik ve kalite uygulamalarına önemin ve vurgunun artmasıyla sağlık hizmetinin verimli, etkin, etkili, zamanında sunulmasının kalitenin göstergesi olması dolayısıyla verimlilik ve kalite değerlendirmeleri/denetimleri hizmetlerin ve sürelerinin standartlaşmasını akabinde de bu standartların gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğinin ölçülmesini getirmiştir. Başarılı olma ya da olmama durumu yani hasta-çalışan güvenliği ve memnuniyeti, nitelikten çok nicel veriler üzerinden belirlenir olması sebebiyle, hastanenin tetkik, anestezi, yatan hasta, yoğun bakıma yatan hasta, konsültasyon talebi sayılarında artış olması olumlu gelişme yani başarılı olma şeklinde değerlendirilirken endikasyonsuz müdahalelerin, etik dışı uygulamaların ve malpraktislerin artması ve ortalama hasta muayene süresinin azalması ise bu başarılı olma yani niceliğin niteliğin önüne geçmesi durumunun aslında sorgulanması gerektiğini gözler önüne sermektedir (TTB Etik Kurulu, 2009).

4. BÖLÜM

4. ARAŞTIRMANIN SORUNSALI VE METODOLOJİSİ

4.1. Araştırmanın Amacı ve Sorunsalları

Su ve buhar gücü ile çalışan mekanik üretim tesislerinin devreye girişiyle başlayan I. Endüstri Devrimi ve sonrasında muazzam teknolojik gelişmeler olmuş ve olmaya da devam etmektedir. Nitekim günümüzde geline nokta IV. Endüstri Devrimi (Endüstri 4.0) ile birbirine bağlı süreçler iletişim halinde olmakta, internet üzerinden iletişim kuran nesnelere veri toplamakta ve üretim süreci tümüyle değişmektedir. Haliyle makineler ile bireylerin etkileşimi ön plana çıkmakta, gen dizilemeden nanoteknolojilere kadar birçok alanda teknolojiler iç içe geçip kaynaşmakta ve bu teknolojilerin fiziksel, dijital ve biyolojik alanlarda karşılıklı etkileşimleri söz konusu olmaktadır. Tüm endüstri devrimlerinde boyut değiştirerek yer alan teknolojinin üretim sürecine aktarılmasıyla üretim ilişkileri dönüşmüştür. Nitekim sağlık ile sağlık hizmeti üzerinde etkisi bulunan toplumsal koşulları, toplumun üretim ilişkileri tayin etmektedir. Bu bağlamda toplumsal koşulları tayin eden egemen ideoloji sağlık ve hastalık kavramlarının, hizmet, meslek ve iş bölümünün biçimlenmesinde de etkili olmaktadır. Endüstri devrimlerinin gelişimine paralel sağlık kurumları, alt yapı, donanım, teknik donanım ve sağlık emek gücü özelinde tıp mesleğinde de önemli değişimler yaşanmış ve halen de değişimler yaşanmaktadır. Kapitalist sistem ile birlikte teknolojinin tıbbı sirayet etmesi aynı zamanda da tıbbın teknolojinin cazibesine kapılmasıyla gerek sağlık kurumları gerek tıbbi teknolojiler gerek hekimlik mesleği gerekse çalışma koşulları evrilmeye başlamış ve günümüzde de evrilmeye devam etmektedir. Bu bağlamda hekimlerin Endüstri 4.0 teknolojilerine bağlı olarak çalışma yaşamlarının nasıl dönüştüğünü yani dijital hastanelerin sağlık hizmetleri üretilmesinde yaratacağı/yarattığı dönüşümün (teknolojik gelişmelerin neoliberal politikalar ile eklemlenmesine bağlı olarak) hekimlik mesleği ile hekimlerin tıbbi profesyonallıklarına ilişkin süreçler ve dinamikler üzerinden sorgulanması çalışmanın **temel problemini** oluşturmaktadır. Başka bir ifade ile Endüstri 4.0'in sağlık hizmetlerinin üretilmesine dönük olarak vaat ettiği verimlilik artışının meşruiyet zeminini hekimlik mesleği ve hekimlerin tıbbi profesyonallıklarına ilişkin süreçler üzerinden sorgulamaktır.

Kapitalist üretim ilişkileri altında kâr oranını arttırmanın aracı olan teknolojik gelişmeler, rekabet baskısı, verimlilik, hız, maliyetin azaltılması gibi gerekçelerle üretim

süreçlerine daha fazla entegre edilmektedirler. Böylelikle BİT'nin üretim süreçlerine entegre edilmesiyle hızlanan sermaye birikimi için yeni yatırım alanları aranmış ve bunlardan biri de dijital hastaneler olmuştur. Hal böyle olunca teknolojik gelişmelere bağlı sağlık hizmeti sunumundaki dönüşümlerle birlikte sağlık sermayesinin mekân, tıp, hekimlik ve tıp eğitimi üzerindeki hegemonik yapısı içerisinde hızın hâkimiyetindeki dijital hastanede çalışan hekimlerin kendilerini nasıl okuduklarını, sağlık sermayesi, teknolojik dönüşüm ve tıp üzerinden sorgulamak çalışmanın **birinci alt problemini** oluşturmaktadır.

Hız, verimlilik, bağımsızlık (tele tıp ve mobil tıp uygulamaları sayesinde), güven (tıbbi hataların minimize edilmesi ile) ve tasarruf kavramlarının ön plana çıkarıldığı dijital hastane uygulamalarında BİT kullanımı başat konumdadır. Tüm idari ve klinik süreçler BİT vasıtası ile yönetilmektedir. Haliyle bu teknolojilerin kurumsal düzenlemeler, sağlık hizmetlerinin organizasyonu, profesyonel çalışma ve uygulamalar, tıbbi uygulamalar, hastaların hastalık deneyimi ve yönetimi üzerinde geniş kapsamlı etkisinin olması kaçınılmaz bir durumdur. Diğer yandan BİT, tıbbi kayıtları, kurumsal verileri, teşhis ve tedavi kategorilerini de dönüştürmüştür. Yani hekimlerin BİT aracılığıyla oluşturduğu verilerin dijital ortama yansımaları, hastanın durumunun izlenebilmesinin yanı sıra hekimler arası koordinasyona bağlı olarak ulusal/uluslararası merkezlerde değerlendirilebilmesini ve istatistiksel sonuçlarla bazı çıkarımlarda bulunulabilmesini sağlamaktadır. Aynı zamanda hekimlerin teknolojiyi kullanarak enformasyon ağında hastanın durumunu değerlendirilebilmesine imkân tanıdığı savlanmaktadır. Ancak özel eğitim gerektiren mesleklerden olan hekimlik mesleği, teknolojinin aşamalı olarak, kendi icra alanlarını ele geçirmesi sonucunda, ustalık bilgisinin makine karşısında gerilediği bir süreci de deneyimlemektedir. Tıbbi hataların bertaraf edilmesi için, teknolojinin meşruiyet kurucu söylemi içerisinde olumlu karşılanan bu yönelim, mesleğin icrasıyla sorumlu aktörün bilgisinin körelmesi, hatta bu beceriyi hiç geliştirememesi sonucunu da doğurabilmektedir. Öte yandan dijital hastanede BİT aracılığıyla yaşanan dönüşümün/dönüşümlerin ürettiği gelişmelerin meşruiyeti, tartışmalara açık bazı dinamikleri de üretebilme potansiyeline sahiptir. Örneğin “bilgi/veri güvenliği”nin siber güvenlik zırhları ile sağlandığı/sağlanacağı/sağlanması gerektiği iddia edilse de bilgi/veri son kerte de depolanır ve depolayanın elindedir. Hal böyle olunca BİT ve bilgi sistemlerinin kullanımı bilgilerin/verilerin metalaşması riski, mahremiyet ihlalleri, yeni gözetim ve denetim pratikleri, mesleki özerkliklerin kısıtlanması gibi sorunları beraberinde getirebilmektedir. İfade edilen tartışmalardan hareketle, dijital hastanede nesne ile özne ve teknoloji ile eylem

arasındaki ilişkiyi yeniden belirlemek için hekimlerin toplumsal statüsünü, tıbbi güçlerini, mesleki/klinik özerkliklerini, maruz kaldıkları gözetim pratiklerini beraberinde de BİT aracılığı ile depolanan bilgilerin/verilerin; bilgi/veri güvenliğini, sermaye bağlamında verilerin metalaşmasını/metalaşabilmesini hekimlerin dünyasından irdelemek çalışmanın **alt problemlerinden ikincisini** oluşturmaktadır.

4.2. Araştırmanın Yöntem ve Tekniği, Sorgulama Temaları

Düşüncenin yönlendirilebilmesinde ve istenilen doğrultuda neticelerin elde edilebilmesinde en önemli unsur soru sormaktır. Çünkü doğru cevaplara ancak doğru sorular ile ulaşılabilmektedir. Soru sorma; bilgi gereksinimi sebebiyle meydana gelirken soru sormanın arkasındaki sebep de merak güdüsü olmaktadır. Ne ve nasıl yapılacağı hususlarına karar verilebilmesi için ne yapıldığı konusu bütün ayrıntıları ile düşünülmelidir. Nitekim bilimsel araştırma sorulmuş belli bir soruya verilen cevap olarak oluşmaktadır. Bu nedenle sosyolojik bir araştırma da sorunun/problemin oluşumu ilk aşamadır (Birkök, 1998). Araştırmacı araştırmanın problemini belirledikten sonra problemine yoğunlaşmalı, sonrasında sosyolojik konu üzerinde derinleşmeli ve alan yazını da bu doğrultuda taranmalıdır.

Bu araştırmanın problemi Birkök'ün de belirttiği gibi tam da merak güdüsü sonrasında ortaya çıkmıştır. Tezimle ilgili bir araştırma konusu tasarlamaya çalıştığım esnada bir akşam televizyonda izlediğim Endüstri 4.0 ile ilgili belgeseldeki robotlar ve yapay zekâ uygulamaları beni çok heyecanlandırmıştı. Çünkü bende o zamanlar sağlık ve teknoloji kavramlarını bir araya getirecek bir konu üzerinde çalışmayı planlıyordum. Belgesel sonrasında Endüstri 4.0 ve sağlık alanı kavramları ile ilgili merak ve sorular oluşmaya başlamıştı. Günümüzde endüstriyel alanda yaşanan, önemli kırılma noktalarından biri olan, ara bağlantı, otomasyon, makine öğrenimi ile gerçek zamanlı verilerin entegrasyonuna odaklanan Endüstri 4.0'ın sağlık alanına ne gibi etkileri olabilir? Peki, Türkiye'de Endüstri 4.0 konusunda adım/adımlar (özellikle sağlık alanında adım) atılmış mıydı? Bir bilim, meslek, zanaat olan hekimlik mesleğine ve hekimlerin tıbbi profesyonallıklarına Endüstri 4.0'ın yansımaları ne ve nasıl olacaktı? Çünkü meslekler boşlukta icra edilmedikleri gibi, toplumsal, iktisadi ve kültürel süreçlerin, meslekler ile meslek gruplarını etkileme ve şekillendirme gücü bulunmaktadır. Nitekim küresel kapitalist piyasa dinamikleri tarafından şekillendirilen ve kompleks bir endüstriye dönüşen sağlık sistemi içerisinde, bürokrasi, sermaye, kültürel ve toplumsal değişimlerin, teknolojik gelişmelerin etkisi ile çok yönlü baskılara maruz kalan hekimler,

çalışma koşullarında, mesleki statü ve özerkliklerinde dönüşümler yaşamışlar (Adaş, 2013) ve yaşamaya da devam etmektedirler. Diğer yandan sağlık sektörünün, yenilikçi ürünler ile teknoloji geliştirmede önemli potansiyeli bulunmaktadır. Bunun yanı sıra dijital dönüşümün yapı taşları olan nesnelerin interneti, yapay zekâ, robotik uygulamalar, giyilebilir teknolojiler gibi teknolojik gelişmelerin ve büyük verinin sağlık sistemine büyük etkileri olmaktadır. Dolayısıyla oluşan merak ve sorulardan sonra yapılan alan yazı taraması sonucunda 2011 yılında Almanya tarafından Hannover Fuarı'nda ilk kez kullanılan Endüstri 4.0'ın, sağlık alanına yansısıyla Sağlık 4.0 sürecinin başladığı ve sağlık alanında yeni döneme geçildiği görülmüştür. Böylelikle Sağlık 4.0 süreci ile birlikte, sağlık bilişiminin ilerlemesiyle sağlık sistemlerinin daha akıllı ve otomatik olduğu, erken tanı, uyarı sistemleri ve öngörücü stratejiler ile donatıldığı, yeni tıbbi cihaz, ekipman ve araçların geliştirilmesiyle hastalıkların tanısı ve tedavisi konusunda yeni bilgiler edinilebildiği savlanmaktadır. Bu çerçevede Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planı'nda dijital hastane kavramını oluşturma ve yaygınlaştırma hedefinin yer aldığı görülmüştür. Hal böyle olunca, araştırmanın temel problemine cevap üretebilecek yapıya sahip olması bakımından, sağlık hizmetlerinin tamamı dijital ortamda yapılan ve takip edilen, "Seviye 7" aşamasına ulaşan, 2016 yılında Türkiye'nin ilk ve Avrupa'nın dördüncü dijital hastanesi olan Tire Devlet Hastanesi'nde yapılmasına karar verilmiştir. Bu kapsamda öncelikle Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal ve Beşerî Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvuru yapılmış ve 17.07.2019 tarihinde Etik Kurul Uygunluk Onayı (Ek-1) alınmıştır. Etik Kurul Uygunluk Onayı alındıktan sonra saha çalışmasının yapılacağı Tire Devlet Hastanesi Başhekimliği'nden 05.08.2019 tarihinde ön izin (Ek-2) alınmıştır. Akabinde Etik Kurul Uygunluk Onayı ve Tire Devlet Hastanesi Başhekimliği'nin ön izin belgesi ile birlikte İzmir İl Sağlık Müdürlüğü Kamu Hastaneleri Hizmetleri Başkanlığı-2 Eğitim Ar-Ge Birimi'ne 15 Ağustos 2019 - 15 Aralık 2019 tarihleri arasında Tire Devlet Hastanesinde saha çalışmasının yapılabilmesi için başvurulmuş ve 29.08.2019 tarihinde araştırma izni (Ek-3) alınmıştır.

Araştırmanın problemi ve amaçları göz önüne alınarak, sosyal gerçekliğin ve algılanmasına ilişkin yapılan çalışmalarda kullanılan nitel araştırma deseninde tasarlanan bu çalışmada veri toplama tekniği olarak da derinlemesine görüşme kullanılmıştır. Çünkü probleme yönelik sorgulayıcı, yorumlayıcı ve problemin doğal ortamındaki şeklini anlama uğraşı içinde (Guba ve Lincoln, 1994) olan nitel yöntemle kültürler ile bireylerin ayrıntılı, derinlemesine tanımı yapılabilmekte, bireylerin ele alınan konuya atfettikleri anlamın, olaylar ve süreçlerin, anlayış ve kavrayışların ortaya konulması amacıyla hareket edilmektedir. Aynı

zamanda nitel araştırma farklı disiplinleri birleştiren bütüncül bir bakış açısına sahiptir (Baltacı, 2019). Nitekim bu araştırmada, konusu itibarıyla sosyoloji, tıp ve teknoloji alanlarını içermektedir. Ayrıca nitel araştırmalarda, konunun sınırlı toplumsal grup üzerinden, bireylerin deneyimlerine önem verilmesi ve bu bireysellik üzerinden kavramsallaştırma yapılması gerekliliği de kabul edilmektedir (Yaman, 2012). Böylelikle nitel araştırmalarla, araştırma öznelerinin bakış açıları ve anlam dünyaları ortaya konulabilmekte, dünyayı araştırma öznelerinin gözleriyle görebilme (Kuş, 2012) imkânı elde edilmektedir. Öyle ki derinlemesine görüşmelerde, günlük konuşmalardan, farklı olarak araştırmacı tarafından görüşme yönlendirilmekte, yüzeyden ayrıntıya doğru giden detaylı sorularla derinleştirilen ve görüşülen kişinin kendi kelimeleri ile kendini rahatça ifade etmesini mümkün kılan bir süreç yaşanmaktadır (Kümbetoğlu, 2005). Bu araştırmanın katılımcıları, Tire Devlet Hastanesi hekimlerinden oluşmaktadır. Bu nedenle Endüstri 4.0'a bağlı olarak dijital hastanelerin hem sağlık hizmetlerinin üretilmesinde hem de hekimlerin çalışma yaşamlarında yaratacağı/yarattığı dönüşümü anlamada derinlemesine görüşme kullanılarak bizzat öznelerin gözüyle süreç resmedilmeye çalışılmıştır. Çok çeşitli ve zengin ayrıntılara sahip bir resmin, o resimle ilgili olan bireyler tarafından o güne kadar sahip oldukları deneyimler çerçevesinde nasıl yorumlandığının öğrenilmesinde derinlemesine görüşme işlevseldir. Zira sosyal gerçeklikte çok boyutlu ve zengin ayrıntılara sahiptir (Tekin ve Tekin, 2006). Böylece katılımcıların algıları, anlam dünyaları, duygu ve düşünceleri anlaşılabilen ve derin bilgiler edinilebilmektedir (Kuş, 2012).

Saha çalışmasına başlamadan önce araştırma amaçları doğrultusunda temalar hazırlanmıştır. Birçok gerekçe (personelin imzaladığı veri güvenliği sözleşmesi, bilgi verme yasağı, kurum denetimi gibi) ile resmi kurumlarda araştırma yapılması sürecinde engeller çıkabilmekte ve dışarıdan gelenlere bilgi verme konusunda çekinceler olabilmektedir. Bu nedenle Tire Devlet Hastanesi Başhekim Yardımcısı Uz. Dr. Elife ÖZKAN ile yapılan telefon görüşmesi sonrasında kurumun uygunluk durumuna göre 11 Kasım 2019 - 21 Kasım 2019 tarihleri arasında saha çalışması gerçekleştirilmiştir. Başhekim Yardımcısı Uz. Dr. E. Özkan (Görüşme, 14 Kasım 2019) ile gerçekleştirilen görüşmede “saha çalışmasının yapıldığı zaman diliminde Tire Devlet Hastanesi’nde, geçici görevde olanlar dâhil 66 uzman hekimin, 15 pratisyen hekimin, 5 diş hekiminin ve 342 hekim dışı sağlık çalışanının görev yaptığı” öğrenilmiştir. İki Başhekim Yardımcısının, bir Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürünün ve bir Birim Sorumlusu hekimin yönlendirdiği ve çalışmaya katılım konusunda gönüllü olan 31 hekim ile müsait oldukları zaman dilimlerinde derinlemesine görüşme yapılmıştır.

Araştırmada katılımcı hekimlerin anlam dünyalarının ortaya çıkarılması amaçlanmış ve sosyal gerçeklik genellemelere varılması için incelenmemiştir. Bu nedenle örneklemin küçüklüğünden/büüklüğünden ve temsil edici bir örneklemden çok araştırmanın amaçlamış olduğu bilginin/verinin toplanabileceği örneklerle çalışılması tercih edilmiştir. Bu bağlamda örneklem seçimi de amaca dayalı olarak yapılmıştır. Nitekim nitel araştırma, bireye has bireysel özelliklerin farklı doğasına odaklanırken aynı zamanda genellemelerden ziyade bilginin derinliği ve özgünlüğünün önemli olduğunu savunmaktadır. Dolayısıyla büyük örneklemledenise daha küçük çalışma gruplarından elde edilen derin ve özellikli verilere odaklanmaktadır (Baltacı, 2019).

Derinlemesine görüşme tekniği kullanılan bu araştırmada, araştırma sürecinde bazı zorluklar yaşanmıştır. Öncelikle yoğun hasta sirkülasyonu yaşanan ve tek branş olarak hizmet veren bazı polikliniklerin hekimleri ile görüşme gerçekleştirilememiştir. Görüşmeler hekimlerin poliklinik hizmeti sırasında oluşan kısa süreli boşluklarda ve kesintili olarak yapılabilmektedir. Çünkü hekimlerin hastaları geldiği zaman görüşme kesilmiş ve muayene sonlandığı zaman tekrar görüşmeye devam edilmiştir. Bu durum zaman zaman görüşmelerin derinleşmesinde engel teşkil etmişse de araştırmanın temel problemine uygun şekilde oluşturulan temalar üzerinden görüşmeler yapılmış ve görüşmenin gidişatına uygun şekilde temalar üzerinden derinleşilebilmiştir. 31 görüşmeden 4 tanesi hekimlerin nöbetlerinde gerçekleştirilmiştir. 3 hekimle yapılan görüşme hekimlerin işleri olması ve tekrar görüşmeyi kabul etmemeleri üzerine yarıda bırakılmak zorunda kalınmıştır. Öte yandan bazı hekimler Tire İlçesi dışında yani İzmir İl Merkezinde ikamet ediyor olmaları, polikliniklerinin yoğun olması ve yorgun olmaları gibi gerekçelerle mesai sonrası görüşmeyi kabul etmemiştir.

Genelde daha önce yapılan araştırmalarda anket tekniğinin kullanılmış olması nedeniyle hekimlerin derinlemesine görüşme tekniği ve ses kayıtlarının alınması konusunda ilk başta birtakım tereddütleri olmuştur. Görüşme öncesinde tüm katılımcı hekimlere görüşme tekniği, araştırmanın konusu, içeriği ve amacı hakkında açıklayıcı bilgiler verilmiş, her türlü soruları cevaplanmaya çalışılmıştır. Ses kaydı için izin alınmış, çalışmanın herhangi aşamasında bilgilerinin paylaşılmayacağı belirtilerek kaygıları giderilmeye çalışılmış hatta güven tesis edilebilmesi amacıyla katılımcı hekimlerin, yaşları, hangi okul mezunu oldukları, medeni durumları, çalışma süreleri gibi tanımlayıcı bilgileri dahi alınmamıştır. Buna rağmen katılımcı hekimlerden yalnızca 19 tanesi ses kaydı alınmasına müsaade ederken 12 tanesi ses kaydına müsaade etmemiştir. Ses kaydına izin vermeyen katılımcı hekimlerle yapılan

görüşmelerde not alınmıştır. Hal böyle olunca araştırmanın bulgularının tartışıldığı bölümde katılımcı hekimler K1, K2, ..., K31 şeklinde kodlanarak ifadelerine yer verilmiştir. Ayrıca, Tire Devlet Hastanesi'nde saha çalışmasının yapıldığı dönemde hekim sayısının 86 olması (kapalı ve küçük grup olması), görüşme yapılan bazı hekimlerin branşlarında tek olması, hekim sayısının az olması ve görüşme yapılacak hekimlere yönlendirmeyi yöneticilerin yapmış olması tanınabilirliği arttırıcı etmenler olarak araştırmacının karşısına çıkmıştır. Bu nedenlerden ötürü ifşa olmamaları adına aynı zamanda da çalışma etiği, özel hayatın gizliliği ve mahremiyet sebebiyle katılımcı hekimlerin kimlikleri ve tanımlayıcı bilgileri (yaş, cinsiyet, branş, çalışma süresi vb) gizli tutulmuştur. Çünkü katılımcı hekimlerle güven duygusu tesis edip bir sinerjiyle yazılı kaynaklarda olan veya olmayan tatmin edici, kapı aralayıcı, ufuk açıcı donelere ulaşmak amaçlanmıştır. Bu kapsamda; görüşme gerçekleştirilen 31 hekimden, 23 tanesi uzman hekim (10 cerrahi branş, 9 dahili branş, 4 preklinik), 7 tanesi pratisyen ve 1 tanesi diş hekimi olarak görev yapmaktadır. Katılımcı hekimlerle yapılan görüşmelerde tekrarlarla karşılaşmaya başlandığında verilerin doygunluğa ulaştığı düşüncesiyle görüşmeler sonlandırılmıştır.

Saha çalışmasında katılımcı hekimlerin paylaştıkları bilgiler iyi dinleme, anlama ve anlamlandırma sürecinin ürünü olarak teknolojik gelişmelerin neoliberal politikalarla eklemlenmesi bağlamında hekimlik mesleği ve hekimlerin tıbbi profesyonallıklarına içkin süreçleri ve dinamikleri ortaya koymuştur. Bu kapsamda, görüşmeler doğrudan katılımcıların anlatıları üzerinden objektif bir şekilde gerçekleri olduğu gibi anlamayı ve analiz etmeyi gerektirmektedir. Öznelere yakın durmak ve içeriden biri (insider) olmak (Kuş, 2012) sağlık personeli olmanın verdiği avantaj (tıp jargonunu anlama, sağlıkçı kimlik kartının bulunması gibi), dijital hastane ve hekimlik mesleğini katılımcı hekimlerin gözünden görme imkânı sunmuştur. Aynı zamanda “bireysel olandaki toplumsalı, mahremin altında gizlenen gayri şahsiyi, özelin en derinine gömülmüş evrenseli” (Wacquant, 2016: 40) keşfetmek gerekli olduğundan titiz/hassas davranılarak görüşme süreci yönetilmiştir. Bu anlamda katılımcı hekimlerin zamanı kısıtlı olduğundan en uzun görüşme 1 saat 6 dakika 52 saniye sürürken en kısa görüşme 21 dakika sürmüştür.

Verilerin analizi aşamasında görüşme kayıtları dikkatli bir şekilde dinlenerek deşifre edilmiştir. Her bir katılımcı hekim için ayrı görüşme metni oluşturulmuştur. Bu oluşturulan metinlerden ham veriler elde edilmiştir. Daha sonra araştırmanın amacı, konusu, problemi, temalara ve görüşme esnasında yöneltilen sorularla bağlantılı şekilde oluşturulan kategorilere

göre analiz edilmiştir. Araştırmanın bulgular ve tartışma bölümünde katılımcıların söylediklerinden doğrudan alıntılar verilerek betimsel bir yaklaşım kullanılmıştır.

Araştırmada araştırmacının yapmak isteyip de maliyet, zaman gibi nedenlerden dolayı yapamadıkları araştırmaların sınırlılığını oluşturduğu gibi sınırlılıklar bazen de araştırmacının kendisinden veya seçilen konudan, kullanılan araştırma yönteminden, örneklemin niteliğinden veyahut araştırmanın temel amacından kaynaklanabilmektedir (Karasar, 2006). Nitekim toplumsal olguları etkileyen birçok faktöründe bulunması sebebiyle hangi araştırma yöntemi ve veri toplama tekniği tercih edilirse edilsin araştırmanın sonucunda ortaya konulanlar sınırlı bir açıklayıcılığa sahip olacaktır. Araştırmanın Tire Devlet Hastanesi ile sınırlı tutulması, bu hastanedeki hekimler ile yapılması ve araştırma sonuçlarının yalnızca akademik amaçlar için kullanılmasının amaçlanması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Aynı zamanda bu araştırmadan elde edilen bilgi ve bulgular araştırmanın yapıldığı zaman dilimi ile sınırlı olup araştırmanın sonuçlarına ilişkin herhangi bir genelleme yapılamaz. Kaldı ki nitel araştırma yöntemleriyle ortaya konulan bulgular katılımcıların verdiği bilgilerle sınırlandırılmakta ve nitel veri yöntemleri genelleme amacı taşımamaktadır. Çünkü nitel yöntem ile bir olgu üzerinde derinlemesine bilgi edinilmesi amaçlanmakta olup yapılan görüşmelerde katılımcıların yaşam deneyimleri ve sosyal gerçeklik algıları ile yakından alakalı olmaktadır (Cole, 1999).

Bu bağlamda, araştırmanın problemi, amacı ve yöntemine uygun biçimde tespit edilen ana temalar ile alt temalar aşağıdaki gibidir.

1. Sağlık Sermayesi, Teknolojik Dönüşüm ve Tıp

- ✓ Sağlık Hizmeti Sunumundaki Dönüşüm, Teknolojik Gelişim ve Tıp-Hekimlik
- ✓ Teknolojik Gelişim, Sağlık Sermayesi ve Hekimlik
- ✓ Sağlık Sermayesi, Mekân, Tıp ve Hekimlik
- ✓ Dijital Hastane, Sağlık Sermayesi ve Tıp Eğitimi
- ✓ Dijital Hastane, Hız ve Hekimlik

2. Dijital Hastane, Tıp ve Hekimlik

- ✓ Tıp, Dijital Hastane ve Bilgi/Veri Güvenliği

- ✓ Sermaye, Dijital Hastane ve Verilerin Metalaşması
- ✓ Hekimlik Mesleği, Toplumsal Statü ve Güç/İktidar
- ✓ Dijital Hastane, Hekimlik ve Gözetim Pratikleri
- ✓ Dijital Hastane, Hekimlik ve Hekimlerin Mesleki/Klinik Özerklikleri



5. BÖLÜM

5. BULGULAR VE TARTIŞMA

5.1. Sağlık Sermayesi, Teknolojik Dönüşüm ve Tıp

5.1.1. Sağlık Hizmeti Sunumundaki Dönüşüm, Teknolojik Gelişim ve Tıp-Hekimlik

Tıp, modern öncesi dönemlerde, doğaüstü güçler tarafından yönetilen bir dünya anlayışı içerisinde büyüyle biçimlenirken modern dönemdeyse bilimsel bilgi ve hızla gelişen teknolojinin egemenliğinde biçimlenmektedir. Tıbbın temel bilgilerinin bazıları çok eski çağlardan günümüze aktarılarak gelmiş olmasına karşın bilimsel sayıtlara dayalı gözlemlenebilen, ölçülebilen, ampirik veriye dayalı, karşılaştırmalı ve yanlılanabilen bilgi rejimi esasında biçimlenen modern tıp bilgisi, yöntemleri ve araçları, endüstri modernliği ile beraber oluşmuştur (Ergur, 2018). Aynı zamanda endüstri devrimiyle birlikte yaşanan gelişmeler sonucunda ortaya çıkan uzmanlaşma, tıp mesleğini de etkileyerek tıp mesleğinde bölünmeleri ortaya çıkarmış ve böylelikle modern tıbbın, bilimsel uzmanlık alanlarını temel alan (her bir alandan bir uzman hekimin sorumlu olduğu) bir sisteme dönüşmesini sağlamıştır (Yılmaz ve Erdem, 2016). Bilimsel ve gerçekliği kanıtlanmış bilgilerin çoğalmasıyla birlikte ilk önce cerrahi ve tıp alanlarında uzmanlaşma ortaya çıkmıştır (Ghormley, 1949). 19. yüzyılda yaşanan düşünsel dönüşümle birlikte hakikat rejiminin değişmesi sonucunda tıp bilgisinde, tekniklerinde ve sistemlerinde ilerleme yaşanmaya başlamış (Foucault, 1999) böylelikle 19. yüzyılın sonlarından itibaren uzmanlık alanları çeşitlenerek sayıları artmış ve 1950’li yılların ortalarından itibaren de uzmanlaşma modern tıbbın temel özelliği olmuştur (Şahinoğlu Pelin, 2000). Günümüzde de tıp alanında teknolojilerin hızlı bir şekilde gelişmesinin yanı sıra bilgi birikiminin artması ve tek bir kişi tarafından yönetilemeyecek devasa boyutlara ulaşması (Terzi, 2009) sebebiyle tıpta uzmanlaşmanın yalnızca bir organ, bir doku, bir hücre ya da bir hastalığa odaklanacak şekilde artması bir yandan hem hasta hem de tıp açısından önemli bir ilerleme iken öte yandan ise aşırı uzmanlaşmayla bölünen tıp dalları ve hekimler, hastanın sağlık problemleri içinde yalnızca uzmanlaştıkları organ, doku, hücre ya da hastalıkla ilgilenmektedirler. Dolayısıyla bu durum hekimleri hastayla bütün olarak ilgilenmekten ve hastaya özel sağlık hizmeti sunmaktan da uzaklaştırmaktadır (Yakıncı ve Yeşilada, 2013). Hal böyle olunca modern tıbbın uzmanlaşma düzeyinin artmasına bağlı tıp, üst uzmanlaşmalar ve yan dallar şeklinde bölünürken, bu bölünmenin hastalara yansması ise Hipokrat’ın “hastalık yoktur, hasta vardır” ilkesinin tersi “hasta yoktur, hastalık vardır”

şeklinde olurken hekimlerde yabancılaşmış bir tıbbın uygulayıcıları olmaya başlamışlardır (Bulut ve Civaner, 2016). Aynı zamanda tıba işletme mantığı ve kavramlarının entegre edilmeye çalışılması ile sağlığın ticarileşmesinin de önemli bir payı bulunmaktadır. Hasta ile hekim ilişkisinin tüketici (hasta) memnuniyeti üzerinden kurgulanıp değerlendirilmesi, hekimlerin hastaları ve mesleklerine ilişkin düşüncelerinin etkilenmesine ve tıbbın geleneksel erdemlerinden uzaklaşmasına da sebebiyet vermektedir. Sağlık sisteminde üretim faaliyetinin öznesi olan hekim, hastasına, mesleğine, üretim araçlarına yabancılaşmakta ve bunlar üzerindeki tasarrufu da azalmaktadır. Nitekim metaların üretilmesinden ve piyasada mübadele edilmesinden sonra kendi başına varoluş kazanmaları yabancılaşma sürecinin başlamasına yol açmaktadır. Bundan dolayıdır ki yabancılaşma üretim paradigmasının doğal bir sonucu olmaktadır. Dolayısıyla modern toplumdaki modern birey, üretim üzerinde denetim kuramayıp kendi ürünü hakkında tasarrufta bulun(a)mamaktadır. Bireyin yaratıcı gücü emeği ile üretmiş olduğu ürün, nesne ve mallar, bireyden bağımsız bir gerçeklik olarak varlık kazanmakta ve yabancılaşmayı tetiklemekte haliyle bu toplumsal varoluşta da birey insani niteliğini kaybetmektedir. Böylelikle bireyin, üretici faaliyetine, emeğine, emeğinin ürünlerine, doğaya ve türsel varlığına yabancılaşması söz konusu olmaktadır (Uluç, 2020). Yani kapitalizm, iş bölümü, özel mülkiyet ve çatışma, dört yabancılaşma türü ortaya çıkarmaktadır. Bunlar “işçinin, bir hayvan değil, insana özgü olan kendi, türsel özü’nden yabancılaşması; kapitalizmin emeği, toplumsal bir ilişki olmaktan çıkarıp, pazarda alınıp satılan bir meta durumuna düşürmesinden dolayı işçiler arasında görülen yabancılaşma; işçinin, kapitalist sınıf tarafından el konulup kendi denetiminden çıkması nedeniyle ürününden yabancılaşması; son olarak da işçinin üretim eyleminden yabancılaşmasıdır.” (Marshall, 1999; 798-800). Bu bağlamda günümüzde yaşanan teknolojik gelişmeler ve bilgi birikiminin devamlı artmasıyla birlikte tıbbın bütüncül tıp anlayışından uzaklaştığı yani hekimlerin yabancılaşma içerisinde oldukları katılımcı hekimlerin ifadelerine aşağıdaki şekilde yansımıştır.

“Kendi branşı haricinde hekimler tetkik istemeye pek yanaşmıyorlar çünkü o hekim branşı haricinde o tetkikleri yorumlamak da istemiyor. (...) Hastayı daha çok hekim görüyor yani hasta daha çok hekimle karşılaşılıyor.” (K,10).

“Tek bir branşı ilgilendirmeyen multidisipliner vakalar geldiği zaman karar destek sisteminin şimşek çaktırması hekimler açısından çok iyi bir durum. Branşımın dışında bir şeyde yani semptomda herhangi bir uyarının karşıma çıkması beni başka branşa

yönlendiriyor.” (K,12).

“(…) branşım ile ilgili (...) guideline'lara bakıyorum.” (K,9).

“Bugün bir dahiliye dahiliye olarak kalmadı. Gastroenterolojisi ayrıldı. Endokrinolojisi ayrıldı. Yani birçok dallara ayrıldığı için hatta gastroenterolojiyi parçaladılar hepatoloji çıktı. Yani insanlar spesifik şeylere bakıp, daha az zaman harcıyıp daha çok şeye vakıf olmak yönünde ama bugün ufak bir hastaneye dahiliyeci olarak gittiğinizde sizden beklenti çok fazladır. Sizden kardiyologlukta bekler, gastroenterologlukta bekler, endokrinologlukta bekler, bekler de bekler.” (K,20).

“(…) bir insan geldiğinde sadece başı ağrıyorsa bu beyin tümöründen diyelim ki bir otitten, bir görme bozukluğundan değil de gerilim baş ağrısı dediğimiz psikolojik sorunların olduğu şeyler sık yani özellikle bu devir de yani. Dolayısıyla şimdi ben sadece böyle belli hastalıkları işte tümör, yok şudur budur, ya da beyin kanamasına odaklandığım zaman diğerlerini şey yapabiliyorum. Atlayabiliyorum yani.” (K,18).

Sağlık alanında aşırı uzmanlaşmanın sonucunda, hekimler hastaları tedavi edip iyileştirmek yerine hastalıkları iyileştirmeye odaklanı hale gelmişlerdir. Dolayısıyla aşırı uzmanlaşma bütünü parçalara ayırdığı için bütünün görülebilmesini yok edebilmektedir (Erdem, 2012). Elbette tıpta uzmanlaşmanın inkâr edilemeyecek yararları vardır. Örneğin uzmanlaşma sayesinde organ nakilleri yapılabilmekte, mikro el cerrahisi ile kopan bir parmak muntazam bir şekilde yerine dikilebilmektedir. Diğer yandan katılımcı hekimin (K,12) ifadesi, uzmanlığın derinleşmesine bağlı alan derinliği ile birlikte bütününde yüzeyselliğinin aynı oranda arttığı bununla beraberinde mesleki körleşmeyi getirebileceğini göstermesi açısından önemlidir. Tıbbın geliştiğinin bir göstergesi olan uzmanlaşmanın giderek artması sonucunda görülen aşırı uzmanlaşma bazı problemlerin oluşmasına da zemin hazırlayabilmektedir. Şöyle ki; aşırı uzmanlaşma teşhis ve tedavi açısından karar verilmesinde zorlanılan ve komplike olan hastalarda konsültasyon istenilmesini de beraberinde getirmektedir (Nişancı vd., 2009). Gerekli istenen konsültasyonlar kadar gereksiz istenebilen konsültasyonlarda olabilmektedir. Bu gereksiz konsültasyon süreçlerinden dolayı hastaların tedavisinin geç başla(n)ması durumu söz konusu olabildiği gibi artan konsültasyonlar, tahlil ve film istemlerinin de artmasına neden olabilmektedir. Bunlar bir yandan hastalar ve devlet açısından ekonomik kayıplara sebep olurken öte yandan personelin iş yükünü arttırabilmekte ve tedaviye gereksinimi olan hastaların zamanında hizmet

almalarını da geciktirebilmektedir (Yeşiltaş, 2019). Diğer yandan konsültasyon, tetkik vs. sayısının artışı sermayenin kâr güdüsünü beslemesi açısından olumlu bir durum olarak nitelendirilebilir. Oysaki sağlık hizmetlerinin ikame edilmesi ve ertelenmesi söz konusu olamayacak kadar önemli olmakla birlikte neoliberal politikaların sağlık sistemine olumsuz yansımalarından dolayı hekimlerin sağlık hizmetlerinin ikame edilmesi ve ertelenmesini belirleme üzerindeki otonomileri de azalmaya başlamıştır. Şöyle ki Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hastanelere kolay erişilebilirliğin artmasına bağlı hasta yoğunluğu da artmaktadır. Bunun yanı sıra tüketici (hasta) memnuniyeti odaklılığın da benimsenmesi beraberinde sağlık kalitesinin, hastaların talepleri doğrultusunda şekilleneceği anlayışını getirmektedir. Dolayısıyla hekimlerin ilaç yazma, tetkik ve tedavi yöntemlerini hastaların talepleri belirler olmuştur. Bu durum katılımcı hekimlerin ifadelerine şöyle yansımıştır.

“(...) hekim hekimliğini değil de hastanın istekleriyle savaşıyor şu anda. Ben onu görüyorum. (...). Adam geliyor şuramda derdim var diyeceğine şunu yazsana diyor. Tomografi istiyorum diyor.” (K,1).

“(...) bana şu tahlilleri yap, benim (...) şu şikâyetlerim, benim şu hastalığım var. Şöyleyim diyor yani. (...) Yönlendirmeye çalışıyor. Yani artık doktor hastanın dediğini yapar hale geldi.” (K,3).

“Hasta patron konumunda olmamalı ve tetkik, film isteme, ilaç ya da rapor yazma konusunda hekim etkin olmalı diye düşünüyorum.” (K,22).

“Hastaların memnuniyeti ön plana alındı. Tetkik istemeye dayalı tıpla ilaca dayalı tedavi şekli çok fazlalaştı.” (K,16).

Günümüzde hem hekimler hem de bireyler tarafından tıbbi cihazlarla ilaçların, tıbbi bakım sürecinin yürütülebilmesini sağlayan evrensel araçlar olarak görülmeye başlanması, hekimliğin toplumsal algısını etkileyerek bireylerin hekimleri tıbbi teknolojinin bir uzantısı/eklentisi/yönlendireni şeklinde görmelerini de beraberinde getirmiştir. Yani hekimler bireylerin tıbbi teknolojilere ulaşmalarında bir köprü, geçiş bileti, elçi görevi görür olmuşlardır. Bu da hekimlerin tetkik, tedavi ve karar süreçlerinde etkinliğini yitirmesini beraberinde getirmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011). Öte yandan konsültasyon, film ve tahlil isteminin artmasının bir diğer nedeninin sağlık sistemindeki düzenlemelerden kaynaklandığı ifade edilebilir. Aşağıda verilen katılımcı hekimin anlatısı, sağlık sisteminin, ödemelere yönelik yapılan düzenlemeler ile aşırı uzmanlaşmayı ve aşırı uzmanlaşmanın getirmiş olduğu

sağlık bakımının parçalanmasını ve maliyetlerin artmasını zımni olarak nasıl meşrulaştırıldığına örnek olarak gösterilebilir.

“SUT’ta (...) dönem dönem yapılan bazı değişiklikler hekimleri zor duruma sokabiliyor. Mesela SUT ile getirilen bazı ilaçların ödemelerinde uzman hekimin raporu ile ya da ilgili uzman hekimin reçetesi ile verilmesi koşulu hekimle hasta ilişkisini bana göre aksatıyor. Böyle olunca hastanın tedavisi aksıyor ve hasta cebinden para vererek ilaç almak zorunda kalıyor. Mesela a hekimi (a hekimi demekle branşı kastetmektedir) hastaya bir tedavi başlamış ve ilaç yazıyor. Sonra bu ilacı b hekiminin rapor çıkarması ve reçete etmesi gerekiyor. Hasta b hekimine rapor için gittiğinde o hekim o ilacı uygun görmeyebilir. Tedaviyi başlayan hekimin tedavi alternatifleri dolayısıyla kısıtlanmış oluyor. Hastanın tedavisi aksıyor veya hasta tedaviden mahrum kalıyor. Hasta ilacını yazdırabilmek için bir sürü zahmete giriyor. Diyelim ki hekim ilaçla ilgili raporu çıkarmaya karar verdi bu sefer de hastaya gereksiz tetkikler yapılıyor. Bu da devletin maliyetlerinin artmasına sebep oluyor. Böyle olunca hasta bir hekim tarafından bütüncül değerlendirilemediği gibi hastanın hastalığı tek bir hekim tarafından yönetilemiyor.” (K,16).

Kuşkusuz teşhis ve tedavide kesinliğin, nesnelliğin ve etkililiğin hâkim olduğu paradigmanın birçok yararının olduğu su götürmez bir gerçektir. Teknolojik gelişmelerin hız kazanmasının tüm işlemlerin bir kişi tarafından öğrenilmesini zorlaştırdığı dolayısıyla hekimlerin daha spesifik teknolojilerle özel alanlara odaklanmaya başladıkları (Terzi, 2009) diğer taraftansa bilgi ve teknolojideki gelişmelerin uzmanlaşmaya sebep olmaktan çok iş bölümündeki egemenlikleriyle uzman statülerini koruma amacıyla olan çıkar gruplarının konumlarını meşrulaştırmada aracı olduğu ifade edilmiştir (Gritzer, 1985). Dolayısıyla uzmanlaşmayla teknolojinin birbirini devamlı tetikleyerek son zamanlarda neden olduğu tıpta aşırı uzmanlaşma, farklı statülerde çalışan hekimler açısından yarılmayı, sağlık bakımının parçalanmasını ve maliyetlerin artmasını beraberinde getirmektedir (Ünlütürk Ulutaş, 2011).

Diğer yandan tıbbi teknolojiler ve donanımlarda yaşanan gelişmeler/ değişimler/ dönüşümler sayesinde tanı süreci hekimlerin ellerinden, makinelere (USG, MR, Tomografi gibi), bu makinelerde çekim yapan teknisyenlere ve bu tetkikleri değerlendiren hekimlerin gözlerine kaymıştır (Lumby, 2001). Dolayısıyla, teknoloji-egemen tıp anlayışında hekimlik bir sanat olarak görülmemekte, iletişim odağından uzaklaşmakta, “iyi teknoloji kullanma ve yorumlama” mesleğine evrilmekte, hekimlerin beceri-hüner, bilgi ve deneyimleri görünmez hale gelmekte böylelikle teknolojinin kendisinin amaca dönüşmesiyle birlikte tıp pratiği,

bireyi (hastayı) nesneleştirirken, hekiminse bilginin bütünselliğinden kopmasına ve uzmanlık dar alanına hapsolan bir teknisyen haline gelmesine neden olmaktadır (Ergur, 2018). Günümüzde hekimlerin bir nevi teknisyen haline geldikleri katılımcı hekimlerin aşağıdaki ifadelerinden de anlaşılabilir.

“Hekimlik tamamen cihazlara aktarılıyor. Hekimlik rolü devreden çıkarılıyor. Hekimlik teknisyenlik artık.” (K,9).

“(…) her gün sabahleyin sistemimizi kontrol kalibrasyon yapıp hazırlıyoruz.” (K,1).

“Mesela biyokimya için ne yapıyor arkadaşlar, artık biyokimya uzmanları meslekten ziyade cihazdan anlama durumuna geçtiler.” (K,2).

Günümüzde teknik ilerleme ve teknolojiler, bireylerin refahı açısından araç değil de kendinde bir amaç haline dönüşmüştür. Teknolojiyle birlikte farklı biçimlerde yeniden tanımlanmaya başlayan tıp pratiğinde teknolojinin kendisi amaç haline gelmekte, hastalar nesneleşmekte iken tedavisine uğraşılan bedenler teknolojiyi işaret eden göstergelere dönüşmeye başlamışlardır. Hekimlerin bilginin bütünselliğinden koparak uzmanlığın dar alanına hapsolan teknisyenlere dönüşmesiyle beraber hekimlerin bedenleri de yaşanmışlıklar toplamından (eğitim, birikim, deneyim, beceri) çıkararak kusursuz makinelerin iyi kullanıcılarına dönüşmeye başlamıştır. Yani hekimlerin becerileri diğerinin bedenine dokunma ve direkt müdahale eden el becerisinden çok artık makineleri maharetli bir şekilde kullanabilen teknisyen kıvraklığına dönüşmüş (Lu, 2016) ve böylelikle iyi tıp uygulamasında hekimlerin kişisel hekimlik becerilerinin yerini teknolojinin dilini en iyi biçimde konuşabilme almıştır (Guraya, 2016). Tam da bu noktada hastaların tedavisinde bir nevi (zar atma gibi) işini şansa bırakan hekimlerin yöntemsiz yaklaşımlarının önüne geçilmesinde temel uyarı niteliğinde olan Hipokrat’ın “önce hastaya zarar vermeme” ilkesi önem teşkil etmektedir. Çünkü günümüzün teknoloji yoğun tıp pratiğinde hekimler adeta teknolojiye boğulmuşçasına tüm olasılıkları denemeye yönelik yaklaşımı benimseme eğiliminde görünmektedirler. Bu da hekimlerin daha çok konsültasyon, daha çok tetkik, daha çok film istemesine yani türetilmiş talep kaynaklarının üretilmesine yol açmaktadır. Türetilmiş talep kaynaklarının yaratılması katılımcı hekim tarafından aşağıdaki şekilde dile getirilmiştir.

“Hastalara gerekli gereksiz tetkik istenir oldu. Mesela radyoloji uzmanı evden sonuç okuduğu için hastalar fazla şua yani ışın alıyorlar. Radyoloji uzmanı buraya gelip hastayı USG ile değerlendirse bu durum olmaz. Hastaya tomografi ya da film çekiliyor çünkü hekim

onları evden görebiliyor. Evden onları değerlendirdikten sonra film normal olsa ve hasta da hiçbir şey çıkmasa bile bir de 'USG ile değerlendirilmesi uygundur' ibaresini raporunun sonuna ekliyor. Bu neden yapılıyor? Tabii performans alabilmek için. Ayrıca tomografi maliyetli bir hizmet. Boşuna çekilen tomografiler devlete de bir yük getiriyor.” (K,15).

Yukarıdaki görüşmeci hekimden yapılan alıntı hekimlerin hastaları diğer hekimlere konsültasyona göndererek veya sevk ederek meslektaşlarına olan talebi arttırmalarının yanında kendi branşlarına yönelik de türetilmiş talep kaynakları üretebildiklerini gözler önüne sermektedir. Kuşkusuz bu durumun önce hastaya zarar vermeme ilkesiyle uyumluluğu da tartışılır bir konudur. Çünkü öncelikle hastaların nedensiz yere radyasyon almalarına sebep olan bu durum aynı zamanda devletin kaynaklarının israfına da neden olmaktadır. Tıbbın teknoloji tarafından işgal edilmesi, bir yandan teori ve pratik şeklinde ayrılmasına diğer yandan ise yararlarının piyasa mantığı ile biçimlenmesine de neden olmaktadır. Bu bağlamda tıp mesleği ile hekimliğin doğasının, teknolojik gelişmelere, içinde yaşanan dönemin özelliklerine, toplumların dinamiklerine, değerlerine hatta sağlık politikalarına göre dönüşmekte olduğu belirtilebilir.

5.1.2. Teknolojik Gelişim, Sağlık Sermayesi ve Hekimlik

Görelilik olarak Sosyal Refah Modeli içinde sağlığın bir insan hakkı olduğu kabulü ile hareket edilmiş ve hizmet sunumunun sorumluluğu kamu kuruluşlarına verilerek ilaçlarda devlet tarafından denetlenmiştir. Sağlığın özel boyutu uzun yıllar boyunca hekimlerin özel muayenehaneleri ile sınırlı kalmıştır. Ancak devam eden süreçte öncelikle merkez kapitalist ülkelerde 1980'li yıllardan sonraysa çevre ülkelerde sermayenin etkin bir şekilde sağlık alanına girmesiyle birlikte metalaşmanın önündeki engeller kaldırılmaya başlamış dolayısıyla özel klinikler, özel hastaneler ve zincirleri, özel sigorta şirketleri ile bir endüstri ortaya çıkarılmıştır (Sönmez, 2017). Uluslararası finans (Dünya Bankası [DB] ve International Monetary Fund [IMF] gibi) kuruluşlarının 1980'li yılların başlarında büyük bir yoğunluğa ulaşan uluslararası sermayeye yeni yatırım alanları ve birikim alanları arayışlarının sonucunda, sağlık ve eğitim yeni birikim alanlarının içerisine dâhil edilmiştir. Sermayenin sağlık alanındaki yoğunluğunun gittikçe arttırmasına paralel olarak sağlık sektörü de giderek metalaşmakta/metalaştırılmaktadır. Mal ile hizmet biçimindeki tıbbi metaların, tüketiminin yaygınlaşmasını hedefleyen ilaç, sigorta, tıbbi teknoloji ve sağlık bakım şirketleri, sağlık hizmetlerini, sermaye birikim alanına dönüştürmüştür. Çünkü sağlık sektöründe yaşanan dönüşümler, toplumsal üretim ilişkilerine, emek ve sermaye arasındaki etkileşimlere bağlı

şekillenmektedir. Bundan dolayı da sağlık hizmetleri; kapitalizm ile sermaye birikimi açısından, “emeğin verimliliği üzerinde etkili olan hastalıklar ile ölümleri kontrol altına almak”, “toplumsal düzenin inşa süreciyle birlikte ideolojik hegemonyayı desteklemek”, “yatırım ve kâr kaynağı olma yoluyla birikim sürecine katkı sağlamak” şeklinde önemli işlevler görmektedir (Küçük, 2017). Dolayısıyla sermaye birikim alanı olarak önemli hale gelen sağlık hizmetleri birikimle meşruluk arasında oluşan çelişkili ilişkinin de nesnesi durumuna gelmiştir. Sermaye birikimi, kapitalizmin gelişim sürecinde farklı varyasyonlar alabilmesine karşın devlet ise kapitalist birikim koşullarını sağlamak ve korumak olan rolünü sürdürmektedir (Gülalp, 1993). Hatta rekabetin zayıflaması durgunluğa sebep olduğunda, dahi rekabeti yeniden canlandırmak devlet politikası için öncelikli amaç haline gelmektedir (Harvey, 2017). Nitekim sermayeden görece bağımsız ve ideal kolektif kapitalist devlet; kapitalist sistemin kendisini devamlı şekilde yeniden üretebilmesini sağlama adına iktisadi ve politik rol edinerek sağlık alanında sermaye birikimini destekleyecek biçimde örgütlenmektedir (Bambra, 2009).

Aynı zamanda tıbbın yalnızca bilimsel keşifler ya da idealist kaygılar tarafından yönlendirilen özerk bir disiplin olmaması dolayısıyla sağlık hizmetlerinin, bir bütün olarak kapitalist sistemin politik ve iktisadi ihtiyaçlarını karşılayan çok yönlü araçsallık boyutu da bulunmaktadır. Piyasa yönelimli ekonomilerde kapitalist endüstrinin gelişimini kâr ve büyüme güdüsü belirlemekte olup bu piyasada varlığını sürdüremeyen endüstriler diğer endüstrilerin kârı ve sistemin devam edebilirliği adına gerekli olmaktadır. Piyasada bu şekilde bir gelişmenin olması halinde Marx tarafından bütün burjuvazinin ortak işlerinin yürütülmesini sağlayan komite şeklinde nitelendirilen devlet, gerekli olan işlevlerin gerçekleştirilmesini sağlama adına müdahalelerde bulunabilmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde devlet programlarının itici gücünün yoksul bireylere yardımdan çok toplumsal huzursuzluğun giderilmesine, emek verimliliğinin arttırılmasına, ilaç, tıbbi tedarik ile hastane yapım endüstrilerine maddi kazanç yönlendirilmesine aracılık etmek olduğu ifade edilmektedir (Himmelstein ve Woolhandler, 1988). Böylece sağlık hizmetlerinin/tıbbın; sermaye birikimini, emek verimliliğinin azalmasına neden olan hastaların tedavi edilmesini/iyileştirilmesini sağlayarak, üretimle kârlılığın sağlanmasında gereken toplumsal dengeyle birlikte ülkenin huzurunun devam ettirilmesinde yönetici sınıfın ideolojik aracı olarak, yatırım ve kâr kaynağı haline gelerek desteklemesi söz konusudur (Himmelstein ve Woolhandler, 1984). Önceleri diğer endüstrilerin meta üretiminde tamamlayıcı rolündeki sağlık hizmetleri günümüzdeyse kapitalist meta üretiminin öznesine

dönüşmüş ve sağlık hizmetlerinin metalaşmasıyla beraber üretimin ana amacı sağlıktan çok kâr olmuştur. Dolayısıyla öncelikle muayenehanelerinde küçük ölçekli birer üretici olan hekimlerin, hastanelerde çalışmaları sağlanarak emek ortak ve geniş ölçüde kullanılan üretim aracı halini almış ve özel mülkiyet hakları ellerinden alınarak mülksüzleştirilmişlerdir. Muayenehanelerde hekimler tarafından tıbbi bakım, sahip oldukları az sayıdaki aletlerle bir zanaatkâr edası ile gerçekleştirilmiştir. Ancak 1940'lı yıllardan sonra hastanelerin inşa edilmesi ve tıp eğitimiyle birlikte tıbbi bakımın, teknik bir alan şeklinde kurgulanması sermayenin yoğunlaşmasını ve üretimin kontrolünün artmasını da beraberinden getirmiştir. Günümüzde yaşam süresinin ve sağlık taleplerinin artması, yüksek teknoloji tedavilerin ve ilaçların piyasaya sürülerek ticarileştirilmesi sağlık hizmetlerinin büyük endüstri haline gelmesine yol açmıştır.

Bu bağlamda Türkiye'de; 1990'lardan itibaren önerilmiş olan reform paketlerinin tamamlayıcısı niteliğindeki, DB'nin desteğiyle hazırlanan ve hizmet sunumundan finansmanına, insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere dayanan Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) uygulamaya konması, kamu sağlık hizmetlerinin piyasa güçlerinin büyümesine elverişli şekilde yapılandırılmasına hizmet ettiği ifade edilebilir. Bu çerçevede arz (yatak ve personel sayısı ile yatış süreleri sınırlanmış, sağlık harcamalarını sınırlayan global bütçelemeye geçilmiş) ve talebi (sağlık güvence paketleri daraltılmış, kullanıcıların katkı payı vermeleri sağlanmış) etkilemek üzere maliyetlerin azaltılmasına yönelik stratejiler uygulanmıştır (Hurst, 2000). Bilindiği üzere bu stratejiler ise sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi; kamu-özel ortaklıkları, taşeronlaşma (temizlik, yemek, teknoloji kullanımını gerektiren birimlerin özel sektöre devredilmesi/gördürülmesi), doğrudan özelleştirme, hastanelerin idari ve mali yönden özleştirilerek işletme haline gelmesi, kamu kuruluşlarının sunduğu sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi şeklinde olmuştur. Dolayısıyla devlet SDP'yla benimsediği kontrol düğmeleri (finansman, ödeme, organizasyon, düzenleme, davranış) yaklaşımıyla bir yandan halkın memnuniyetini yükselten sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştırma/arttırma ve hizmet sunumu verimliliğinde iyileştirme yaparak meşruluğunu sağlamakta iken diğer yandan ise metalaşma ilkelerini işleterek metalaşma yolu ile birikimi ve yeni birikim alanlarının açılmasını mümkün kılmıştır. SDP sonrasında talep arttırıcı politikalara bağlı olarak özel sektörün büyümesi hızlanmıştır. 2002-2019 yılları arasında kamu hastanelerinin sayısı 774'den 895'e yükselirken yani %10-11'lik bir artış görülürken, 2002 yılındaki özel hastane sayısı 271 iken 2019 yılında 575 olmuştur (SB, 2019c). Aynı zamanda SDP kapsamında yapılan düzenlemelerle kamu

tarafından sunulan hizmet ve malların kullanımında da (hekime müracaat, ameliyat, yatan hasta, MR, tetkik, tomografi sayıları) bir artış söz konusu olmuştur. Katılımcı hekimlerde bu süreçte sağlık tüketimi, harcamalar, cihazlar, malzemeler ve personel sayısında gözledikleri artışları dile getirmişlerdir.

“Sadece tüketim arttı. Tüketim bayağı arttı. Mesela biz eskiden Tire'nin nüfusu atıyorum %100 arttıysa hastane harcamaları %500 arttı. Atıyorum ama tam emin değilim. Çünkü şöyle idareci olmadığımız için. İdareciler bunu rakamsal bilirler. Yani (...) burada eskiden geldiğim zamanlar 20-30 hekim yani 100 tane falan personeldi. Şimdi 600-700 personel var. Sayı arttı. (...) Personel sayısı arttı. Hasta sayısı da arttı. Ortalama yanılmıyorsam buranın aylık hasta sayısı 50 binin altına düşmez. (...) Tire'nin nüfusu 28 yılda ikiye katladıysa laboratuvarın hacmi bilmiyorum ama en az yirmiye katladı. (...) burada günde 1500 civarında ortalama tüp geliyor. Bunu ortalama 5 ile çarp. Yani (...) 5000 tane test (...) Firmalarda öyle bugün Türkiye İstanbul'da olan MR tomografi sayısı diyorlar ki İtalya'da yok. Bırak diğer şehirleri.” (K,1).

“Ameliyathane imkânları 40-45 yıl öncesi ile aynı değil ve çok gelişti. Bu anlamda da bir rahatlama oldu. Tabi bu rahatlama hem hekime hem de hastaya yaradı. Çünkü hastalar tüm alet ve edavatların olduğu ameliyathanelerde ve gelişen narkoz yöntemleri ile ameliyat ediliyorlar. İlk çalışmaya başladığımda tomografi ve USG gibi tanılama cihazları yoktu. (...) teknolojik aletler makineler fazla yoktu. Büyük şehirlerde vardı. Taşradaki hastanelerin bunlara sahip olması çok zordu. Tetkikler için hastalar merkeze yönlendirilirdi.” (K,15).

“(…) kullanılan ekipmanlar daha fazla. Teknolojinin gelişmesine bağlı, tomografi, MR gibi görüntüleme cihazları fazla, tahlillerin yapılması için cihazlar fazla. Hastane daha fazla. Bilgisayarlaşma fazla. Hani eskiden bir ambulans bile yoktu.” (K,17).

SDP sonrasındaki dönemde gerek özel hastanelerin artışı gerek tıbbi cihazların artışı gerek sağlık tüketimindeki artış gerekse kamu harcamalarındaki artış, devlet sektörüyle tekeli sektörün eş zamanlı büyüdüğü süreç şeklinde okunabilir. Çünkü bu artışlarla birlikte kaynaklar kamudan özel sektöre akmakta ve özel sektör devlet sektörüne finansal anlamda bağımlı bir şekilde gelişimini sürdürmektedir (Küçük, 2017). Aynı zamanda bu dönemde, özel sermaye birikiminin zorunlu ön koşulu olarak da kamu harcamaları ile beraber kamu personeli sayısı da artmış ve dolayısıyla bu durumun kapitalist sektörün kâr ve artı değer üretimine de katkı sağladığı ifade edilebilir (Gough, 1975). Nitekim birikim sürecinin

bütüncül unsuru olan devletin büyümesi; tekelci sektörün büyümesinin hem sebebi hem de sonucudur. Çünkü ekonomik büyüme ile sermaye birikiminin motoru olarak görülen tekelci sektör; sermayeyle teknolojinin yaygınlaşması bağlamında büyümekte dolayısıyla tekelci sektördeki büyümenin ve birikimin sonucunda ise serbest hale gelen emek gücünün artışı bağlamında da rekabetçi sektör gelişmektedir. Bir yandan devlet sektörü ile devlet harcamalarındaki büyüme gittikçe genel üretimle tekelci sektörün büyümesinde temel işlev görürken diğer yandan ise tekelci endüstrilerin büyümesi sonucunda devlet sektörü ile devlet harcamaları da büyümekte (O'Connor, 1973) yani devlet sektörü, devlet harcamaları ve tekelci sektör üçlüsü birbirlerini besleyerek gelişimlerini sürdürmektedirler. Bu kapsamda özellikle son dönemlerde ileri kapitalist ülkelerdeki sağlık hizmetlerinde devletin etkinliği ile sorumluluğundaki artışa paralel tekelleşmenin hızlandığı; üniversitelerle afiliye olarak teknolojiye dayalı medikal merkezlerin çoğaldığı, finans sermayesinin büyüdüğü (sermaye yoğunlaşmasının sağlık sigorta endüstrinde olması gibi), ilaç ve tıbbi cihaz endüstrilerindeki genişlemeye bağlı medikal endüstriyel komplekslerin ortaya çıktığı ifade edilmektedir (Waitzkin, 1978). Dolayısıyla SDP'nin uygulanmaya konduğu dönemde dış kaynak kullanımındaki artış, kamuda etkinlik ve verimlilik sağlanması gerekçesiyle kamu-özel ortaklığı uygulamalarında sermaye birikimi adına sağlık hizmet endüstrileri geliştirilmesi arzusu şeklinde okunabilir. Çünkü 2002-2015 dönemindeki kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payı %70,7'den %78,5'e yükselmiştir (Küçük, 2017).

SDP'nin uygulamaya konması sonrasında bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin kolaylaşması, hasta/işlem esaslı geri ödeme sistemine dayanan performans sisteminin uygulanması, özel sağlık kurumlarının artması ve toplumun gittikçe medikalize olmasına bağlı sağlık hizmetlerinin tüketiminde her yönü ile bir artışın olduğu bilinmektedir (Elbek, 2010). Elbette modern tıbbın etkinliğiyle başarısı tartışmasız bir gerçek olup yaşama dair sunmuş olduğu pek çok olumlu etkilerinin yanı sıra pek çok olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Aşılması ve anlaşılması bir o derece güç bir otorite olan modern tıbbın etkinliğinin ve etki alanlarının giderek arttığı, yaşamlara sirayet edip denetlediği ve kontrol altına aldığını vurgulayan kavram medikalizasyon (tibbileştirme) ile önceleri hastalık veya rahatsızlık şeklinde kabul edilmeyen durumlar hastalık veya rahatsızlık şeklinde kabul edilmekte, tıp kendi sınırlarının dışına çıkarak yaşamın birçok alanını istila etmekte hatta girdiği tüm alanlarda anlam dünyasını tıp merkezli inşa etmektedir (Kurttaş, 2017). Dolayısıyla bu istilanın düşünce dünyasına nüfus ettiği gibi yaşamın pratiklerine de sirayet etmesi sonucunda günlük konuşmalarda sağlık, hastalık, ilaç, hastane, hekim, MR, tomografi,

PET, tahlil gibi kelimelerde daha sık/çok kullanılır olmuştur. Günümüzde her ne kadar klasik anlamda sağlık problemlerine çözüm arama mekanizması olarak ortaya çıkan tıp sistemiyle medikalizasyon süreci iç içe geçmiş olsa da birbirlerinden ayrı tutulması gerekmektedir. Medikalizasyonda bir niyet probleminden bahsedilmekle birlikte varoluş sebebi olarak sektörü büyütme, pazar için yeni alanlar keşfetme, kendine daha çok hareket alanı oluşturma, yaşamın işleyişini kendine bağlama, kontrolü elinde tutma, daha fazla güç sahibi olma ve sonuçta daha fazla çıkar elde etme niyeti olması durumunda bu tarz girişimlerin medikalizasyon süreciyle ilişkilendirilebileceği ifade edilmektedir (Erdem ve Kaya, 2020). Nitekim gün geçtikçe tüm ülkelerde kişi başına yapılan tıbbi harcamalarda, hekim sayılarında, hastane yatak sayılarında, tetkiklerde ve ilaç tüketiminde büyük artışlar yaşanmaktadır. Aslında bu sağlık harcamalarının yarısından fazlası hastalıkları iyileştirip sağlığı elde etmek ve sağlamlaştırmak yerine tehdit edildiğine inanılan veya korkulan sağlığı tedavi etmeye yani onu korumaya ve mükemmelleştirmeye yönelik yapılmaktadır. Amaç bu olunca da haliyle hiçbir sınır olmamaktadır. Böylece bir hastalığın salt riskini taşımak bile bireyin hasta sayılmasına yetmektedir. Böylelikle bitmeyen ve tükenmeyen bir pazar olan sağlık; tıbbi teknoloji ve ilaç endüstrilerinin yatırım alanı haline gelmektedir. Hastalıklardan koruyucu ilaçlar, sürekli tıbbi muayeneler ve tıbbi araçlar ile yapılan tıbbi bakım ve izlemlerle korunulabileceği, tıp ve medya aracılığıyla bireylere telkin edilerek daha fazla hasta yaratılmaktadır. Sağlıklı bireylere belirli aralıklarla yaptırmaları önerilen tıbbi muayeneler ve tetkikler sonucunda birçok hastalığın erken teşhis edilebileceği belirtilerek koruyucu hekimliğin bireylerin sağlıklılık halinde dolayısıyla sağlıklı toplum olmada önemli bir role sahip olduğu belirtilmektedir. Ancak koruyucu hekimlikten yaşanabilir çevre ve yaşam koşullarını tespit etme veya sağlama değil de kanser, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalıkları gibi hastalıkların erken belirtilerini keşfetmek anlaşıldığı için hastalıklar yelpazesi büyümektedir. Bu bağlamda Türkiye’de literatür tanımıyla aşırı teşhis ve aşırı tedavinin varlığını ortaya koymaya yönelik yeterli veri olmamasına karşın hekime başvuru, teknoloji kullanımı, cerrahi girişime ve ilaç tüketimine yönelik artışlar aşırı teşhis ve aşırı tedavi kapsamında değerlendirilebilir. Diğer yandan sağlık tüketimindeki artışlar, bireylerin sağlık hizmetlerine erişimlerinin bir yansıması şeklinde görülebileceği gibi Türkiye’ye göre zengin ve daha yaşlı nüfusa sahip ülkelerden fazla sağlık tüketiminin (örneğin 2002 yılında birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında hekime başvuru sayısı 208.966.049 iken 2019 yılında bu sayı 812.903.622 olmuştur [SB, 2019c]) bulunması ise kışkırtılmış talebin göstergesi de olabilir.

Dünyaya egemen olan neoliberal ideolojik hegemonyanın, tıp kültürü ile tıp kültürünün toplumdaki bağlarla etkileşiminin, yükselen medikalizasyon ve sağlıkta piyasalaşma süreçlerinin sonucunda aşırı teşhis ile aşırı tedavinin ortaya çıktığı ifade edilebilir. ABD’de 20. yüzyılda hekimler ve tıp örgütleri medikalizasyonda başat aktörken 1980’lerden itibaren siyasi otoriteler ile düzenleyici kurumların destekleriyle ilaç şirketleri ile sağlık endüstrisi güçlenerek medikalizasyona yön vermeye hatta hızlandırmaya başlamışlardır (Conrad, 2005). Öte yandan ise medikalizasyon ile iç içe olan, bireyler ve hekimler tarafından toplumsal, davranışsal ya da bedensel durumların tedavi edilmesi ya da herhangi bir tedaviye gereksinim olduğu şeklindeki bir süreçten yani farmasötikalizasyon sürecinden de bahsedilmektedir (Abraham, 2010; Akt. Kılıçaslan ve Kılıçaslan, 2013). Elbette bu sürecin işleyebilmesinde ön plana çıkan pazarlama stratejileridir. İlaç sektörünün, bireylerin genel rahatsızlıkları algılama şeklini değiştirmek ve doğal süreçleri hastalıklara dönüştürmek en temel pazarlama stratejileridir. Sağlık endüstrisinin teşhis ve tedavi piyasasının büyümesi yönündeki ekonomik etkinliklerini; hekimler ve sağlık tüketicisi olarak tanımlanmasını sağladıkları bireylere çeşitli yollarla (hekimlere maddi ve mesleki teşvikler, hastalarla ya da hasta haklarıyla ilgili gruplara sponsor olma, medya yoluyla tanıtım/pazarlama, kampanya) ulaşarak yanlarına çekmeye çalıştıkları katılımcı hekimlerin anlatılarından da anlaşılmaktadır.

“Seneler evvel ilaçların fiyatları o günkü şartlara göre çok daha pahalıydı. (...). Birçok promosyon ürünü gelirdi veya başka şeyler olurdu. Bunların hep ilaç fiyatlarına yansıdığını düşünüyorum.” (K,7).

“İnsanlara sağlanan haklar, reklamlar vs gibi şeylerle sağlık hizmeti tükettirilmeye çalışılır.” (K,11).

Dolayısıyla sağlık sermayesi hegemonyasını yalnızca teknoloji üzerinden değil aynı zamanda etkin olduğu ilaç endüstrisi ile de sağlamaktadır. İlaç şirketlerinin gün geçtikçe tedavi edilebilir hastalıkların eşik değerlerini (normal sınırlarını) ürünlerinin piyasasını büyütme amacı ile genişlettikleri (Moynihan vd., 2002) hatta tanı ile tedavi ölçütlerini saptayan sağlık profesyonelleri ile çıkar ilişkileri içerisinde oldukları ifade edilmektedir (Moynihan, 2011). Mesela 1990’larda yapılmış olan bir araştırmanın sonucunda tedavi için küçük tansiyon değerinin 100’den 90’a düşürülmesiyle yalnızca ABD’de 52 milyondan fazla yeni hasta bireyin ortaya çıktığı belirtilmektedir (Kılıçaslan ve Kılıçaslan, 2013). Nitekim katılımcı hekimin (K,31) belirttiği üzere hastalıkların normal sınırlarıyla oynamak ve sınırın

bir puan bile düşürülmesi ilaç şirketleri ile sağlık hizmeti sunucuları için dünya ölçüsünde tedavi edilecek yeni hastaların ortaya çıkması ve ilaç şirketlerinin kârlarının katlanması anlamına gelecektir.

“Gittikçe düşürülüyorlar. Şeker öyle. 2 yıl önce falan tansiyon düştü. Kolesterol sürekli düştü zaten. Bu tamamen ilaç satışını arttırmaya yönelik bir şey. Oda yani Dünya Sağlık Örgütü’nden mi geldi yoksa Amerika’daki uzmanlık derneklerinden mi geldi çok emin değilim ama zannedersen uzmanlık derneklerinden geliyor bu tip şeyler. Tabi ki tamamen. Çünkü yani işte şeker düzeyinin üst sınırını bir 10 miligram düşürdüğü takdirde, atıyorum işte yıllık şeker ilacı satışı bilmem kaç milyar dolar artıyor toplamda.” (K,31).

“Valla sağlığı bunlar belirliyor. Özellikle ilaç sektörü şu anki dünyadaki global sektör harcamaya yönelik. Bu nedenle de harcamaya, harcatmaya yönelik bir sağlık sektörü var. Yani hastalıkları önleyici değil de genelde tedavi ediciye yönelik, bu kapitalist sistemin getirdiği bir şey yani. Rant ve sermayeye yönelik bir sağlık sistemi var. Teknolojide bunun için giriyor. Her şey para oldu yani. Sağlıkta para oldu.” (K,28).

Diğer bir katılımcı hekimde (K,18) tıbbi cihaz kullanımının arttırılması ve daha çok hasta bakılması yani sağlık tüketiminin arttırılması bağlamında; SDP sonrasında tıbbi cihazların yaygınlaşması ve erişilebilir olmasıyla birlikte üzerlerinde bir baskı oluşturulduğunu dile getirmiştir.

“Taşeronlaşma bu hizmetin dışarıdan alınmasında bu işe soyunan insan kâr için soyunuyor. Kâr için soyunduğunda da yani diyelim ki sizden daha çok hasta bakmanızı istiyor. Bununla birlikte diyelim ki MR gibi tıbbi cihazlarında dışardan alınmasını ele alırsak çok hasta bakmanız gerekiyor.” (K,18).

Hekimlerin tıbbi teknolojileri baskı nedeniyle kullanmalarının yanı sıra diğer katılımcı hekiminde (K,20) ifade ettiği gibi işlerini kolaylaştırması üzerinden de sağlık endüstrisinin hegemonyası altına girmeyi meşrulaştırdıkları ifade edilebilir.

(...) bugün bir MR bir tomografi veya bir laboratuvar insanların benim meslek hayatım boyunca bundan 10 yıl önce ulaşılması yani kaf dağının arkasında dedikleri hadiseyken şu an (...) ben şükür her hastaya istediğim tahlili, istediğim teknolojiyi uygulayıp teşhise en yakın sürede ulaşmayı sağladığım için şimdi başka. Tabi ki bu teknolojiyi bize sunanların hedefleri ticari olabilir. Ama o ticari hedefleri ne olursa olsun iyi bir amaca mı

hizmet etti, evet.” (K,20).

Kuşkusuz tıbbi teknolojilerin tıbbi teşhis ve gelişmiş hasta bakımına yönelik yeni ufuklar açmış olmasına karşın tıbbi teknoloji üreten şirketlerin kendi kazançlarını arttırma amacıyla teknolojinin küçük ve erken lezyonları tespit etmesi gerekçesiyle cihaz piyasasının genişlemesinde bir baskı oluşturmaları da söz konusudur (Moynihan ve Cassels, 2020). Dolayısıyla “erken teşhis hayat kurtarır” paradigmasından beslenen yeni ileri görüntüleme yöntemlerinin yüksek kullanımları sayesinde sağlıklı bireylerden yeni hastalar yaratılmaktadır. Nitekim devletin desteklemiş olduğu koruyucu tarama programları gibi sağlık girişimlerine kurumsal katılımın sağlanmasıyla da kârın genişlemesine imkân tanınmaktadır (Küçük, 2017). Tamda bu aşamada “aşırı teşhis” ve “aşırı tedavi” söz konusu olmaktadır. Bireye, yaşamında bir şikâyete ya da ölüme sebep olmayacak bir hastalık tanısı konulması şeklinde tanımlanan “aşırı teşhis”in, hastalıkların erken teşhis edilmesi için yapılan tetkiklerin yan etkisi olduğu ifade edilmektedir. Aslında burada bir hastalığa doğru teşhis konulmakta ancak teşhis gereksiz olduğu için tedavi de gerekli değildir (Welch vd., 2013). Elbette bazı sorunların gelişmesinin önlenmesi açısından bireylerin kontrol edilmesi, tespit edilen bulgulara göre teşhis konulup tedavi edilmesi bireylere yararlar sağlayabileceği gibi tanımlanan normal sınırlara yani eşik değere göre yararlı olmayacak teşhis ve tedavi süreci de başlayabilir. Nitekim aşırı teşhis ve tedavinin artışının arkasında sağlık endüstrisinin kâr arayışları olduğu kadar dünyada egemen olan tüketim kültürünün kültürel bir norm halini almasıyla değişen toplumun anlayış ve beklentileri de etkili olabilmektedir (Conrad ve Leiter, 2004). Dolayısıyla sağlık endüstrisi, teşhis ve tedavi piyasasının büyümesine yönelik etkinlikleri ile bireylerin akıllarında bir hastalık/ilaç ile hekime gitmeleri ve bu hastalığın teşhisi için gerekli tetkikler ile tedavisi için gerekli ilaçların hekimden talep edilmesini amaçlamaktadır. Saha çalışmasındaki katılımcı hekimlerde ileri görüntüleme tekniklerinin kullanılmasına yönelik taleplerle gelen bireylerin sıklığından hatta bireylere göre iyi hekim olup olmadıklarının ölçütünün tahlil ve film isteyip istememe olduğunu belirtmişlerdir.

“Hasta talepleri çok aşırı. Ben cahilim deyip bana MR çek diyen hastalar var.”(K,16).

Hasta geliyor ve USG istiyor. USG’ye gerek yok diyorum ancak hasta ısrarla USG istiyor.” (K,15).

“Biraz hasta yakınlarından da o var. E tahlil istemeyecek misiniz hocam? E böyle bakarak, konuşarak ilaç mı yazacaksın? (...) Halkta da öyle bir algı var. (...) mesela ilaç

yazdım veya sadece hastayı muayene ederek ve dinleyerek ilaç yazdığımda başka bir arkadaşına gidip ama o doktor arkadaş tahlil istemişti. (...) eskiden mesela çok kavga çıkmıştır benim polikliniğimde tahlil isteyeceksin, istemeyeceksin. İstemiyorum diyorum tahlil. İsteyeceksin, istemeyeceksin yani oluyor.” (K, 24).

Katılımcı hekimlerin ifadeleri doğrultusunda tıbbi teknolojilerin hekimlerin profesyonelliklerini, deneyimlerini görünmez kıldığı aynı zamanda da hekimlerin kararlarını sorgulanır hale getirdiği ifade edilebilir. SDP ile sağlık kültürünün biçimlenmesini sağlayan yeni dinamiklerden olan sağlık kurumlarında tıbbi teknoloji mevcudiyetinin artması ve yaygınlaşması, işletmecilik ve tüketim ideolojisinin hekim ile hasta arasındaki ilişkiyi dönüştürdüğü görülmektedir. Piyasalaştırmayla rekabetin, verimliliğin, mal ve hizmetlerde çeşitliliğin ve kalitenin yaratılması için sağlık çalışanları disiplin ve kontrol altına alınarak kârlılık arttırılmaya çalışılmış, diğer taraftan ise tüketiciler/müşteriler yaratılmaya ve bunların emek sürecinin denetiminde direkt veya endirekt şekilde yer almaları sağlanmaya çalışılmıştır. Böylelikle sağlık alanında müşteri memnuniyetinin dikkate alındığı tüketim kültürü ve tüketim demokrasisinin esas alındığı bir piyasa kapitalizminin hâkim hale gelmesiyle sağlık hizmeti sunumunda denge hizmet verenlerden hizmet alanlara doğru kaymıştır (Adaş, 2013). Dolayısıyla tüketim demokrasisi yüzeysel bir şekilde hizmet alıcıları memnun ediyor olmasına karşın sağlık çalışanlarının üzerlerinde baskı ve denetimin artmasına sebep olmaktadır (Calnan ve Gabe, 2001). Hizmet alıcıların hekimler üzerinde oluşturdukları baskının bir benzerinin de kanıta dayalı tıp uygulamalarından geldiği ifade edilebilir. Kanıta dayalı tıp; hastayla ilgili kararların alınmasında, eldeki en iyi kanıtın, açık, özenli ve mantıklı bir şekilde hekimin deneyimi ve hastanın tercihleriyle birleştirilerek kullanılmasını sağlamaya ilişkin bir yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (Uysal, 2019). Oysaki günümüzde kanıta dayalı tıp kavramının; uygulamada ve günlük kullanımda bu tanımlamadan çok daha dar bir kalıba indirildiği hatta randomize kontrollü çalışmalara dayandırıldığı ve bu objektif inceleme yönteminin, hekimliği öznel bir sanat olmaktan çıkardığı vurgulanmaktadır. Diğer bir sorunun ise kanıta dayalı tıp uygulamalarının, ilaca dayalı kanıt şekline evrildiği bunun nedeninin de ilaç etkinlik çalışmalarının yaklaşık %80’inde finansın ilaç firmaları tarafından sağlandığı ve karar sürecinde etkili olmaları şeklinde ifade edilmektedir. Hâlbuki hastanın bireyselliğinden bağımsız/bağımsızlaştırılmış sonuçlara ulaşmaya yönelik düzenlenen randomize kontrollü çalışmaların kohortları içine dâhil edilemeyecek hastaların, hekimler tarafından teşhis edilip tedavi edilmeye çalışıldığı dikkate alındığında randomize kontrollü çalışmaların sonuçlarının direkt olarak uygulanmasının

sınırlılığını gözler önüne sermektedir (Atasoy, 2018). Aşırı teşhis ve aşırı tedaviye sağlık endüstrisinin etkisinin bulunduğu ve kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanmanın gerekliliği yönünde hissedilen baskı aşağıdaki katılımcı hekimin ifadesinde de yer almaktadır.

“Bu da tamamen şey üzerine kurulu endüstri üzerine ve satış üzerine kurulu şeyler. Mesela çok gereksiz işlemler yaptırılıyor. Ama bunlar bize sunulduğunda da yapılmak zorunda hissediyorsunuz. Yarın bir gün başına bir şey geldiğinde böyle bir guideline vardı niye uygulamadın diye sana hesap sorulabiliyor. Yani tamamen sektör bir şeylerin pazarlanması üzerine kuruldu. Sağlık sektörü de.” (K,28).

Katılımcı hekimlerin anlatılarına yansıdığı üzere, aşırı teşhis ve aşırı tedavinin sağlık endüstrisinin çıkar amaçlı uygulamalarının yanı sıra sağlık sisteminin kendisiyle birlikte işleyişinin göz ardı edilmesi suretiyle, bireylerin teşhisleri ya da tedavileri ile ilgili bir problem yaşanması halinde hekimin suçlu olarak görüldüğü ve bundan dolayı da hekimlerin bazılarının isteyerek veya farkında olmayarak kendilerine karşı açılacak malpraktis davalarından korunmaya yönelik aşırı teşhis ve aşırı tedaviyi benimsemeleri söz konusu olabilmektedir. Hekimin çeşitli nedenlerden dolayı kendisini, hastalardan, davalardan ve yönetimden korumaya çalıştığı bu durum “defansif (temkinli, savunmacı, çekinik, kaçınmacı) tıp” olarak adlandırılmaktadır. Dolayısıyla hekimlerin, hastalar tarafından açılacak malpraktis ve ceza davaları gibi hukuki risklerle karşılaşmamak adına gerekli olan tanı ve tedaviye ilişkin tıbbi uygulamaların dışında da tıbbi uygulamalar yaparak (Dedeoğlu, 2012) kendilerini güvence altına almaya çalışmaları, hekimlerin suçlamalara maruz kalmalarını azaltırken bireylerin ise gerekli olmayan uygulamaların riskine maruz kalmalarına sebep olabilmektedir (Panting, 2005). Yukarıdaki katılımcı hekimin (K, 28) anlatısındaki “Yarın bir gün başına bir şey geldiğinde böyle bir guideline vardı niye uygulamadın diye sana hesap sorulabiliyor.” cümlesinden Scarman’ın ifade ettiği gibi hekim tarafından hastanın yararına en iyi olmadığına inanılsa dahi kanıta dayalı tıp uygulamaları kuralları çerçevesinde (yasal olduğu düşünülen ya da klinik rehberlerde/kılavuzlarda yer alan) teşhis ve tedavi yöntemlerinin üstlenilip tavsiye edilebildiği anlaşılmaktadır (Scarman, 1985). “Defansif tıp” pozitif ve negatif yönde olabilmektedir. “Pozitif defansif tıp”ta hekim kendisini güvenceye almaya çalışırken, hizmet standartlarına yönelik tüm uygulamaların yapıldığını kabul eden yasal sistemin ikna edilmesi adına tıbbi değer taşımayan hizmetlerin yapılması söz konusudur. “Negatif defansif tıp”ta ise hekimin kaçınmacı davranarak yasal risklere maruz kalmama adına riskli hastaları sevk etme gibi hastalardan uzak durma çabalarının sarf edilmesi söz konusudur. Her iki uygulamada

asında klinik kararlar ve uygulama prosedürleri açısından hastaları etkilemektedir (Studdert, 2005). Kuşkusuz gerek pozitif defansif tıbbın gerekse negatif defansif tıbbın hekimler tarafından uygulanmasının tek sebebi malpraktis davalarından kaçınma değildir. Diğer sebepler ise hekim-hasta iletişimi, medyanın etkisi, şiddet, hekimlerin iş yükünün artması, sağlık sistemi, mesleki deneyimin az olması, şikâyet edilme korkusu şeklinde sıralanabilir (Yeşiltaş ve Erdem, 2019). Defansif tıbbın hem hastalar hem de hekimler açısından olumsuz durumlara sebebiyet verdiği belirtilebilir. Ancak hastanelerin toplam yatırım harcamalarının ortalama %50'sini tıbbi görüntüleme cihazlarına yönelik yatırımların (Pan vd., 2012) ve teşhise yönelik testlerin maliyetlerinin tüm sağlık harcamalarının ortalama %10'unu oluşturması (Newman-Toker vd., 2012) diğer yandan tıbbi cihazlar sektörü (2018 yılında hazırlanan Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm Özel İhtisas Komisyonu Raporu'na göre dünya tıbbi cihaz pazarının 2015 yılındaki tahminlere göre 2020 yılında yıllık ortalama % 6,1 oranında büyümeyle 435,8 milyar ABD Doları olacağı ve bu pazarın içinde en büyük payın ise 104,3 milyar ABD Doları ile tanısal görüntüleme alanında olacağı öngörülmektedir) ile birlikte ilaç sektörünün (2018 yılında hazırlanan Sağlık Endüstrilerinde Dönüşüm Özel İhtisas Komisyonu Raporu'na göre dünya ilaç pazarının 2015 ve 2016 yıllarında %9 oranında büyümesi baz alındığında gelecek 5 yıl içerisinde %5-6 seviyelerinde artışla satışlarının 1,5 trilyon ABD Dolarına ulaşması öngörülmektedir) dünya pazarındaki büyüklüğü göz önüne alındığında, sağlık kuruluşlarının gerek tıbbi teknolojik donanımlarla gerekse BİT ile donatılıp teknoloji yoğun işletmeler haline gelmesinin, aşırı teşhis ve aşırı tedaviye yönelik uygulamaların yaygınlaşmasının sağlık endüstrisinin kârı açısından ne derece önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Gerek toplumun medikalizasyonu gerek erken teşhis ve erken tedavi arayışının kâr amaçlı saptırılmış teşviki, bu amaçla ileri teşhis ve görüntüleme yöntemlerinin tarama amaçlı ve ilgili olmayan klinik durumlarda gereksiz yaygın kullanımının hekimlerin tıbbi teknolojinin hegemonyası altına girmelerine neden olduğu söylenebilir. Aslında sağlık endüstrisi tarafından hegemonya zor (negatif) ve rıza (pozitif) aynı potaya sokularak (Şengül, 2012) geliştirilmektedir. Potadaki negatif duruma malpraktis davaları pozitif duruma ise performansa dayalı ödeme örnek verilebilir. Diğer yandan hegemonik istikrar için iş birliği de gerekli olduğundan iş birliğinin sağlanabilmesi için birtakım normları ve kuralları gerektiren bir yapıya ihtiyaç bulunmaktadır (Gürdal, 2020). Kanıta dayalı tıp uygulamaları ve kılavuzları hegemonik istikrar için gerekli olan iş birliğinin araçlarına örnek teşkil edebilir. Aynı zamanda sağlık endüstrisi toplumu da reklamlar, kampanyalar gibi araçlarla medikalize

ederek tıbbi teknoloji ve ilaç kullanımı konusunda kamuoyunun da rızasını alarak meşruiyetini oluşturabilmektedir. Tüm bunların tek tek ve bileşiminin sonucunda aşırı teşhis ile aşırı tedavi uygulamaları mümkün olabilmektedir. Bu da daha çok tetkik, daha çok ilaç tüketimini beraberinde getirmektedir. Diğer yandan hekimlerin malpraktis davalarından korunmak için defansif tıp ve kanıta dayalı tıp uygulamalarını benimseyerek kendilerine güvenlik zırhı oluşturmaya çalışarak teknoloji kullanımını örtük bir şekilde meşrulaştırdıkları da ifade edilebilir. Güvenlik zırhı oluşturma amacıyla kullanılan kanıta dayalı tıp uygulamaları ve kılavuzları hekimlik pratiğini, neredeyse tetkik isteme ile ilaç tüketimine yönelik bir teknisyen gibi uygulanmasına yol açmaktadır. Çünkü bu kanıta dayalı kılavuzların dışına çıkan tıbbi değerlendirmeler ve tedaviler standart bakımın (standard of care) dışında bırakılarak bilimsel olmamakla damgalanmaktadır. Bir yandan “hastalık yoktur hasta vardır” ilkesiyle hareket edilmesi ve bireye özgü yaklaşımın gerçek gereklilik olduğu belirtilirken diğer yandan randomize kontrollü çalışmaların standardizasyona dayalı dizaynı sonucunda ortaya konulan kılavuzların bilimsel yol gösterici olarak sunulması hekimlerin ikileme düşmelerine sebep olabilmektedir (Atasoy, 2018). Her ne kadar ikileme düşseler de bunun sonucunda hekimler risksiz prosedürleri uygulayabilmekte ya da davalara maruz kalmama adına kanıta dayalı tıp uygulamalarını ve kılavuzlarını kullanmaktadırlar. Katılımcı hekim davalara maruz kalmama adına kanıta dayalı tıp uygulamalarını ve kılavuzlarını kullandıklarını aşağıdaki şekilde belirtmiştir.

“Hekimler bir nevi bu rehberleri uygulamak konusunda kendilerini zorunlu hissediyorlar. Çünkü ileri de bir dava olursa bu rehberlere uyduğunu hâkime kanıtlaması hekimi daha rahat hissettirir. (...) sizi belli bir yola almaya çalışıyor. Standart yola alıyor ama hekimin tabii yılların tecrübesi var. Birikimi var. Kendi özel şeylerini kullanmak ister ama tabii sonuç olarak bunlar yine hekim açısından hukuksal sorun çıkartacağı için uygulanmıyor. Uygulanamıyor daha çok.” (K, 5).

Malpraktis davaları sonucunda hekimler suçlu bulunmaları halinde yüksek miktarlarda tazminat ödemektedirler. Bu durumda hekim hem ekonomik yönden hem de damgalanma nedeniyle itibar kaybı yaşayabilmektedir. Gözden düşme, aşağılanma ve itibar düşüklüğü şeklinde ifade edilen damgalamada, damgalanan birey, önceleri grupta veya toplulukta bütünü parçası ve normalken daha sonra lekeli bir hale gelebilmekte ve dikkate alınmayacak derecede değeri düşürülebilmekte, adı kötüye çıkabilmekte ve utanç verici bir atıf yüklenebilmektedir. Böylelikle normal sayılan bireyler ile damgalanan bireyler arasına

sosyal sınırlar çizilmektedir. Malpraktis davaları sonucunda suçlunun yanı sıra beceriksiz, işinde ehil değil vb. şeklinde damgalanan hekimin itibarı derinden sarsılmakta, sosyal kimliği değer yitimine uğramaktadır (Goffman, 2014). Bir hekimin damgalanması vakum etkisi yaparak ailesini, çevresini ve kurumunu dahi etkileyebilmektedir. Dolayısıyla hekimlerin kontrol edilebilir ve sonradan kazanılan damgalanma risklerine karşı kendilerini defansif tıp ile korumaya çalıştıkları ifade edilebilir. Hekimlerin defansif tıbbi uygulamaları hekimlerin pasifize edildiklerinin bir göstergesidir.

SDP'nin uygulanmaya konulmasıyla birlikte sağlıkta sermaye birikimi için yeni yatırım alanları oluşturulmuş, sigortacılık ve hastanecilik hizmetleri, tıbbi teknoloji ve ilaç endüstrisi, tıbbi destek ürünleri ve destek hizmetleri, inşaat ve emlak şirketleri, bilişim ve yazılım firmalarının kazanç sağlamasının önü açılmıştır. Böylece sağlık hizmetleri kapitalist metaların üretimi ve tüketimine yönelik bir alan şeklinde yapılandırılarak, sağlık hizmetlerinin sınırları kliniğin ötesine taşınmıştır (Küçük, 2017). Sağlık endüstrisinde de uluslararası sermaye birikim süreciyle teknoloji yoğun sektörlerin bütünleştirilmesine ilişkin politikalar etkin olabilmektedir. Sağlık hizmetlerinin metalaştırılmasına bağlı oluşan ayrıca sağlık politikalarını etkileme potansiyeline sahip olan bu tıbbi endüstriyel komplekslerin yönetimi uluslararası ilaç ve tıbbi cihaz üretimindeki tekellerin elinde bulunmaktadır. Anlaşılacağı üzere hegemonya siyasal arena dışında işyeri, mimari, cadde şekilleri gibi toplumsal alanlarda da üretilebilmektedir (Morton, 2011). Aynı zamanda hegemonik istikrar bağlamında kamu mallarının piyasaya sunulması, hegemon önderliğinde uluslararası kuruluşlar vasıtasıyla koordine edilirken, bu duruma diğer aktörler tarafından iş birliği içerisinde rıza gösterilmesiyle birlikte sistemin yapısı gereği diğer aktörlere de kazanç sağlamaktadır (Gürdal, 2020). SDP kapsamında 663 sayılı kanun hükmünde kararname ile ileri teknolojiye yönelik yerli sanayiye teşvik ile yurtdışından teknoloji transferine ve off-set uygulamalarına, sağlık serbest bölgeleri kurulabilmesine imkân sağlanmıştır (Akdağ, 2012). Gerek SDP, gerek sağlık endüstrisi, gerek toplumun medikalize edilmesi, gerekse medyanın etkileri sonrasında gerekli olmadığı halde tıbbi teknolojilerin kullanılması ve bu kullanım sonrasında tespit edilen fakat sağlık açısından anlamlı olmayan bulguların hastalık şüphesi ile tanımlanması, gereksiz tekrarları, gereksiz teşhis ve tedavi girişimlerini, gereksiz operasyonları, gereksiz ilaç kullanımlarını, sakatlıkları hatta ölümleri ortaya çıkarması/çıkarabilmesi kapitalist sistemin insan sağlığı üzerindeki yıkıcı etkilerini gözler önüne sererken hekimliği de öznel bir sanat olmaktan çıkarmakta ve pasifize etmekte, geleneksel ve insani ilişki yönü baskın olan tıbbi uygulamaların dönüşerek yerini teknolojik

uygulamalara bırakmasına neden olmaktadır. Bununla birlikte sağlık sistemindeki ve işleyişindeki birtakım sorunların özellikle malpraktis davalarının hekimlerin sorumluluğuna bırakıldığı, malpraktis ile ilişkili yasalarla olumsuzun üstüne ipek şal örtüldüğü bir ortamda hekimler sistem, hukuk ve toplum karşısında tek başına bırakılmaktadır. Davaların sonucunda suçlu bulunmaları durumunda damgalanmakta ve medya aracılığıyla tüm topluma duyularak hekimlerin itibarları sarsılmaktadır. Bu da beraberinde hekimlerin defansif tıp uygulamalarını dolayısıyla gerek hastadan uzak durarak (hastayı sevk etme gibi) gerekse fiziki muayene, anamnez ve gözlemine azaltarak sıkça teknolojik tanılama yöntemlerine (MR, BT, tahlil gibi) başvurarak pasifize olmalarını getirmektedir.

5.1.3. Sağlık Sermayesi, Mekân, Tıp ve Hekimlik

Kapitalist üretim ilişkilerinin sanayiden hizmet sektörüne genişlemesiyle birlikte sağlık sektörü de bu sürecin içerisine dâhil olmuştur. Günümüzde sağlık kurumları yaygınlaşmakta, tıbbi teknolojilere yatırımlar artmakta, yaşam süresinin uzamasına ve yaşlı nüfusun artmasına bağlı kronik hastalıklar ve tıbbi hizmetlere bağımlılık artmaktadır. Bunların yanı sıra sermayenin kârlı alanlarının tükenmesi nedeniyle krizden çıkış yolu olarak yeni alanlar araması ve neoliberal ideoloji tarafından dayatılan tüketim kültürünün sağlığa sirayet etmesi sermayenin sağlık sektörüne yönelik yatırımlarını gün geçtikçe arttırmaktadır. Böylece piyasanın hedefi durumuna gelen sağlık hizmetleri de sermaye birikimine katkı sağlayan meta karakterine bürünmüş olmaktadır.

Sağlık sektörünün dinamizmi için sermaye, aşırı birikim krizlerine, sermaye fazlasının mekâna sabitlenmesiyle çözüm bulabilmektedir. Böylelikle aşırı birikimin, mekansallaştırılması (mekânsal düzenlemeler gibi) ve coğrafi yayılmasıyla dönemsel olarak geciktirilmesi söz konusu olabilmektedir (Altınok ve Enlil, 2012). Bu duruma kamu-özel ortaklığı ile kurulan şehir hastaneleri örnek verilebilir. Dolayısıyla şehir hastanelerindeki gibi mülksüzleştirme yoluyla birikim şeklinde yani zamansal ve mekânsal sabiteler ile aşırı birikim krizlerine çözüm üretilmeye çalışılmaktadır. Böylece özel sektörün, uzun yılları kapsayan sözleşmelerle zamansal yer değiştirmeleri ve hastanelerin şehir dışındaki yeni coğrafi bölgelere kurulmasıyla da mekânsal yer değiştirmeleri sağlanmakta olup özel sektör için yeni değerlendirme alanlarının açılması söz konusu olmaktadır (Küçük, 2017). Mülksüzleştirme yoluyla birikimle sermayeye yeni değerlendirme alanlarının açıldığı katılımcı hekimin ifadelerine şu şekilde yansımıştır.

“Şehir hastaneleri apayrı bir konu zaten. Son zamanlarda çıkan yani. Tamamen müteahhitlerin kazancına yönelik bir girişim(ler)de bulunuldu. Bunun için insanların evine 5 dakika 10 dakika mesafedeki hastaneler kapatılıp bir saat uzaklıkta yüzlerce taksi parası vererek gidecekleri yerlere zorlandırılıyor insanlar yavaş yavaş.” (K, 31).

Mülksüzleştirme yoluyla birikimin gerçekleştirilmesinde yapılaşdırılmış iç tutarlılık için, üzerinde görüşülen/konuşulan coğrafyanın önceden veya eşanlı olarak organize edilmesini gerekli kılmaktadır. Diğer yandan da coğrafi yayılma, uzun süreli fiziki ve sosyal altyapı yatırımlarını (iletişim ağları, otoyol, fiber optik sistemler, kanalizasyon vb gibi) gerekli kılmaktadır (Harvey, 2019). Nitekim yapılaşdırılmış iç tutarlılığın inşası için önemli olan altyapı yatırımlarının beraberinde mekânsal sabite imkânlarını da sağlamasıyla sermaye bir taşla iki kuş vurmaktadır. Demiryolu, otoyol, kablo ağları gibi fiziksel altyapıların mekâna sabitlenmesiyle mekânda değişken dolaşım sağlanmaktadır. Şehir hastaneleri örneğinde görüldüğü üzere sermayenin fazlasının sabitlenmesi, mekânsal sabitelerle (yeni pazarların/üretim kapasitelerinin/kaynakların/işgücü imkânlarının yaratılmasıyla) veya zamansal sabitelerle (uzun süreli projeler/eğitimler/araştırmalar gibi sosyal harcamalarla sermayenin değerlerinin yeniden tedavüle geçmesinin ertelenmesiyle) mümkün olmaktadır. Katılımcı hekimin (K,31) “insanların evine 5 dakika 10 dakika mesafedeki hastaneler kapatılıp” şeklindeki ifadesinde belirttiği gibi önceki dönemdeki mekânsal ve zamansal sabite imkânının, belli bir süre sonra bir çeşit fazla kapasiteye dönüşebilmesi sonucunda sermaye birikiminin moleküler süreçleri işlemeye başlamakta ve sermaye gerisinde yıkım bırakarak kârı daha fazla olan başka coğrafyalara atlamaktadır (Harvey, 2019).

Diğer taraftan sermayenin ayrılıp gidemediği geçersizleşen, eskimeye yüz tutmuş alanlar aynı zamanda diğer sermaye gruplarıysa yeni mekânsal sabiteler imkânı sunabilmektedir. Örneğin çalışmanın yapıldığı hastane olan Tire Devlet Hastanesi'nin eski binası 2010 yılında yenilenerek 232 yatak ile hizmet vermeye başlamıştır (Tire Devlet Hastanesi Web Sayfası, 2021). Dolayısıyla Tire Devlet Hastanesi 2010 yılında bina olarak yenilenmesiyle inşaat sektörüne mekânsal sabite imkânı sunarken dijital hastane olmasıyla da BİT ve yazılım sektörlerine yeni mekânsal sabiteler imkânı sunduğu ifade edilebilir. Katılımcı hekimlerin ifadelerinden mekânsal sabite yaşandıktan sonra sermayenin ayrılıp gidemediği ve diğer sermaye grubuna yeni mekânsal sabiteler sunduğu anlaşılmaktadır.

“Bizim burada hastanede bundan 12 sene önce bina değişti. Bina yenilendi” (K,1).

“Mekâna yansıyor. Çünkü sistemlere göre çıkanlar alınıp satılıyor. Pahalı fiyata alımlar yapılıyor.” (K,9).

“(…) bence etkili. Çünkü yani çok derin bilgin yok fakat bu giriş yaptığımız programlar, sistemler sonuçta bunlarda bir ticari ürün. Hani belki onların satış, giriş çıkışı ile ilgili etkilenme olabiliyor. Ben etkilidir diye düşünüyorum ama çok da derin bilgin yok. Öyle diyebilirim. (...) Yani dizayna şöyle etkisi oluyor mesela bizim bu dijital hastaneye geçiş sürecimizde mesela her odaya dokunmatik ekranlı bilgisayarlar takıldı. (...) Hemşire hanımların ek alet edevatları geldi. Bu özel tabletler, işte medikal tabletler edinildi. Bunlarda sonuçta etkiledi.” (K,24).

Katılımcı hekimlerin ifadelerinden de görüldüğü üzere sermayenin mekâna sabitlenmesiyle sermaye belli bir mekânda sınırlanmakta ve üretici güçlerde sabit mekânsal biçim içerisinde dondurulmakta yani zaman mekân sıkışmasının yaşandığı bu süreçte sermaye üçüncü çevrimdeki öğelerden biri olan teknolojiye yatırım yaparak bu sınırların dışına atlamaya çaba harcamaktadır. Sermayenin akış döngüsünün parçalarından olan mekânsal ve zamansal sabitelerde 3 tane temel çevrim bulunmaktadır. Birinci çevrim; üretimle tüketim fonlarının arasında olan çevrim, ikinci çevrim; üretimde gerekli olan tesisler ve aletler, tüketimde gerekli olan konut alanları ile bu iki öğenin etkinliğinin artmasını sağlayacak teknik altyapı yatırımları (otoyol havaalanı gibi) -olup ki bu çevrimdeki yatırımlar aşırı birikimin emilmesini sağlayan ana yatırımlardır- üçüncü çevrimse uzun süreli sosyal altyapı yatırımları (teknoloji, bilim, yönetim, eğitim-sağlık vb sosyal harcamalara yönelik yatırımlar gibi) şeklinde açıklanmaktadır (Harvey, 2019). Dolayısıyla sermaye gruplarının hastane mekânlarına yansımaları bina yenilenmesi, BİT ve bilgi sistemlerinin kullanılmasından ziyade hastanelere yeni imaj kazandırılması üzerinden meşrulaştıran katılımcı hekimlerde olmuştur.

“Hastaneler eskiydi. Şu an eski binalarda hizmet veren hastaneleri görmezsiniz artık. Yatış şartları kötüydü yani hasta odaları koğuş sistemi şeklindeydi. Şimdi hastalar 1 ya da en fazla 2 kişilik odalarda yatıyor. Teknik teçhizat çoğaldı. Hastaneler güzelleşti.” (K,12).

“Şimdi mekân iyiye güzel tutmaya çalışabilirsiniz ama 1950 yılında yapılmış bir binayı ve o dönemki sağlık koğuş sistemini siz şeye çevirmezsiniz tekrar. İstedikçe kadar makyajlayın irrite kalır. Sonuç itibarıyla eski binalardan Bakanlık kurtuluyor. Şu anda

Türkiye’de yeni yapılmamış hastane 10 yılın altında olan daha işte 20 yıllık hastane kullanan çok az yer kaldı.” (K,4).

Yukarıdaki katılımcı hekimlerin anlatılarından yapısal uyarlama politikaları ile yapı itibarı ile kamu sektörü ağırlıklı olan sağlık sektörünün, özel sektör lehine değiştirilmeye başlanıldığı, sağlık sektörünün bir yandan da uluslararası ve ulusal sermayeye açıldığı görülmektedir. Dolayısıyla hasta bireylerin tedavileri ve bakımlarının hiçbir eksikliği olmadan ve en kısa zamanda sağlanması amacı ile inşa edilmiş olan (Karahan, 2008) hastaneler, artık günümüzde hasta yataklarını doldurma yerine daha çok varlığını sürdürme ve daha kaliteli sağlık bakım hizmeti sunabilme adına çözümler araştırıp yeni düzenlemeler/ konseptler/ anlayışlar oluşturulmaktadır. Nitekim oluşturulan bu yeni düzenlemelerin/ konseptlerin/ anlayışların temeli ise, sunulan sağlık hizmeti kalitesine bağlı olarak artan müşteri memnuniyetine dayanmaktadır. Bu da sağlık hizmetlerinin sunumunda uluslararası göstergelerdeki standartlara uygun şekilde teşhis, tedavi ve bakım hizmetleriyle birlikte bütün hizmet süreçlerinde hastalar ile yakınlarının, beklentileri ile gereksinimlerinin tam olarak karşılanmasını beraberinde getirmiştir (Akdu vd., 2016). Sağlık piyasalaşmasıyla birlikte tüketici/müşteri olarak görülen hastalar, doğal olarak verilecek sağlık hizmetinin kalitesi konusundaki belirsizliğin azaltılması adına; hizmetin verildiği mekân, hizmeti sağlayanlar, ücret, fiziksel imkânlar ve iletişim gibi birtakım ipuçlarına gereksinim duymaktadırlar. Bundan dolayı hizmeti sağlayan sağlık kurumlarının, sunacağı hizmeti mümkün mertebe somutlaştırması ve kaliteye yönelik doğru sinyaller göndermesi gerekmektedir (Bozpolat, 2019). Bu anlamda hastalara gönderilen sinyal son dönemlerde dünyada olduğu gibi Türkiye’de de hastane odalarının tasarımı 5 yıldızlı otel konforu baz alınarak tasarlanmaya çalışılmasıdır. Ayrıca sağlık otelciliği hizmetleri birimleri oluşturulmuş ve 5 yıldızlı otel konforu sık sık medyaya ve siyasal söylemlere de yansımıştır. Hasta odaları ve otelcilik hizmetlerine verilen önemin arttığını katılımcı hekimlerde dile getirmişlerdir.

“Hastaların gözünü boyayabilmek için otelcilik hizmetleri ön plana çıkarılarak hastanelerin ve sağlık hizmetinin albenisi yüksek tutuluyor. Hastane odalarına neredeyse bir otel konforu verilmeye çalışılıyor. Odaların tek kişilik olmasına özen gösteriliyor.” (K, 11).

“Hastanelerde otelcilik hizmetleri önemli hale geldi. Bildiğim kadarıyla bu konuda Sağlık Otelciliği Hizmet Sunum Rehberi yayınlandı.” (K, 15).

“Hastaneler daha kaliteli otelcilik hizmetleri veriyorlar.” (K,26).

Katılımcı hekimlerin anlatılarından sağlığın piyasalaşması ve hastaların birer müşteri/tüketici olarak nitelendirilmesi sonucu hastanelerde otelcilik hizmetlerinin önem kazandığı, hasta odalarında konfor ve biçimin öneminin arttırılarak estetik kalitenin ön plana çıkarıldığı ve hastalara gözde mekânların tahsis edildiği anlaşılmaktadır. Otelcilik hizmetlerine yani hasta odalarına önem verilmesinin sebebi daha önce de belirtildiği üzere hastanelerde daha iyi hizmet verilmesi, tüketici/müşteri/hasta memnuniyetinin arttırılması, rekabet avantajı sağlanması, sağlık turizminden alınan payın arttırılması ve sağlık sektöründe varlığını sürdürme isteği şeklinde yinelenebilir. Hâlbuki kaliteli bir yapının işlevsel bakımdan etkin, yapısal bakımdan sağlam, görsel bakımdan ise çekici olması gereklidir (Kahraman, 2014). Ancak hasta odalarının kapasitesi, yatağın odadaki konumu, yatak boyutu gibi ölçülere ve kullanılan malzemelerin konumlarına yani fiziksel özelliklere daha çok yer verilirken (SB, 2010) hastaların kullanımı için gereken oda gereksinimleri (oda telefonu, banyo telefonu) göz ardı edilmektedir. Gözde mekânlar konforlu bir biçimde hastaların hizmetine sunulurken çalışma zamanı haricinde veya nöbette dinlenme amaçlı sağlık çalışanlarının kullanacak oldukları odalar için aynı özen ve önemin gösterilmediği hatta yeni düzenlemelerle odalarının (kötü konumdaki odalarla) değiştirildiği katılımcı hekimlerin ifadelerine şu şekilde yansımıştır.

“Hani bizim odalarımız değiştirildi.” (K,24).

“Artık sağlık hizmetlerinde nicelik ve konfor öne çıkarılmaya başladı ve sağlık bir konfor gibi satılmaya çalışılıyor. Sanki hastalar müşteri ve hastaneler ticari kuruluş gibi. (...) Mesela şu an konuştuğumuz odaya bakar mısınız? Ya da servislerde hemşire hanımların odalarını gördünüz mü? Hiç bu odalarda pencere var mı? Yok. Tüm sağlık çalışanlarının odaları bu şekilde. Ancak hastaların odaları havadar ve tek kişilik. Hastalara yönelik yapılan düzenlemeler, çalışanlara yönelik yapılan düzenlemeler ya da iyileştirmelerden fazla. Çünkü hasta memnuniyeti ön planda.” (K,16).

Katılımcı hekimin (K,16) ifade ettiği gibi sağlık çalışanlarına tahsis edilen odaların (dinlenme, nöbet odası vb) penceresinin olmadığı dolayısıyla güneş ışığı almadığı (görüşmeler gerçekleştirilirken bir hemşire dinlenme odası ile iki hekim dinlenme odasının hiç pencerelerinin olmadığı görülmüştür) işlevsel kalite, estetik kalite, ekonomik kalite ve teknik kalite bakımlarından kötü ve gözden düşürülmüş mekânlar olduğu gözlemlenmiştir. Dolayısıyla sağlık çalışanlarına tahsis edilen odaların yoğun ve etkileşime elverecek biçimde kullanılamayacağı aşikâr olup mekânın nesnel (teknik kalite ve ekonomik kalite) ve öznel

(işlevsel kalite ve estetik kalite) bakımdan başarılı olması halinde kaliteli olarak algılanması muhtemeldir. Aslında sağlık çalışanlarının tatmin duygusu, kendilerini değerli hissetmeleri, motive olmaları, verimli çalışmaları, planlama disiplini ve çalışma kalitesi açısından, sağlık çalışanlarına tahsis edilen odaların kullanıma elverişli olması, kullanıcıyı davet etmesi ve mekânsal kalitenin olması önem teşkil etmektedir. Bu bağlamda sağlık çalışanlarına tahsis edilen odaların yaşanılır mekânlar yani sağlık çalışanlarının içinde bulunmayı tercih edeceği ve bu tercihten memnuniyet duyacağı mekânlar olması gereklidir.

Diğer taraftan hastalara kalite açısından ipucu vermek amacıyla gönderilen sinyal her hekime bir muayene (poliklinik) odası prensibiyle poliklinik oda sayılarının arttırılmasıdır. Aynı zamanda poliklinik oda sayılarının arttırılması ile âtil olan kapasitenin işe sürülmesi de sağlanmıştır. Hekimlerin çalıştıkları poliklinik odalarına mekânsal kalite açısından bakıldığında servislerde dinleme amacıyla tahsis edilen odalardan hem nesnel (teknik kalite ve ekonomik kalite) hem de öznel (işlevsel kalite ve estetik kalite) bakımdan daha iyi olduğu görülmüştür. Çünkü poliklinik odaları aynı zamanda hizmet alıcı/tüketici olarak hastalarında kullanımında olan mekânlardır. Bu mekânların yani gerek poliklinik odalarının gerekse poliklinik bekleme alanlarının müşteri memnuniyetini sağlaması için refah, konforlu ve göze hoş görünmesi gereklidir. Nitekim bu mekânlar hastanelerin imajlarını yansıtabilecekleri vitrinleri pozisyonundadır. Ancak burada karşımıza mekânsal kaliteden daha farklı bir sorun çıkmaktadır. Dijital hastane sistemine geçilirken mekânsal düzenlemelerle birlikte hekimlerin poliklinik hizmetini beraber sundukları tıbbi sekreterler poliklinik odası dışındaki bankolara yerleştirilmişlerdir. Dolayısıyla hekimler polikliniklerde konumsal olarak çalışma arkadaşlarından koparılıp tek başına bırakılmış ve yalnızlaştırılmışlardır. Katılımcı hekimlerin ifadelerinden tıbbi sekreterlerle birlikte poliklinik hizmetini birlikte sunmak istemelerine rağmen hastane yönetiminin almış olduğu kurallara uymak zorunda oldukları ve bu anlamda sorun çözmede edilgen kaldıkları, poliklinikte çalışma şekline alternatif geliştirme kapasitelerinin bulunmadığı anlaşılmaktadır.

“Geçiş aşamasında çalışanlara belli dayatmalar yapıldı. Önceleri yanımızda sekreterler vardı. Sonradan bu sekreterler alındı.” (K,16).

“Burada tıbbi sekreterler, işinden olacak yakında. Yavaş yavaş dışarı çıkıyor yani daha çok işi makinelere bırakma oluyor.” (K,28).

Katılımcı hekimin (K,28) “tıbbi sekreterlerin dışarı çıkarılıp işi makinelere bırakma” ifadesi buhar gücünün fiziksel emeğin yerine geçmesine benzetilebilir. Dijital hastaneye geçişle birlikte kullanılması zorunlu olan BİT ve bilgi sistemleri fiziksel bir emek olan tıbbi sekreterlerin yerini almıştır. Bu durum hekimler açısından yorumlanırsa hekim emeğinin niteliksizleştirilmesi, değersizleştirilmesi hatta tıbbi sekreterlerin işlerinin hekimlere aktarılması ile ucuzlatılması da söz konusu olmaktadır. Dolayısıyla taşeronlaşma, tıbbi teknolojiler ile sağlık alanında hegemonyasını görünür kılmaya başlayan sermaye BİT ve bilgi sistemlerinin hastanelere sirayet etmesiyle bir level daha atlayarak hegemonyasını güçlendirmeye devam etmektedir. Sermaye, rekabet silahı olan makineleşmeyi böylelikle bir daha kullanmaktadır. Hekimin tanı ve tedavilerde sağlık endüstrisine olan bağımlılığına BİT ve bilgi sistemleri eklenmiştir. Böylece hem tıbbi sekreterlerin hem de hekimlerin emekleri niteliksizleştirilmeye başlamıştır. Katılımcı hekimler tarafından emeklerinin niteliksizleşmeye başladığı bazen zımnî bazen açık şekilde ifade edilmiştir.

“Yazı çizi işimiz arttı. Hastalarla ilgili kayıtları biz yapıyoruz. Onamlar alınırken hastaların bazılarının okuma yazmaları olmadığı için biz hem bilgilendirme hem de onların yazı çizi işlerini yapıyoruz.” (K,16).

“Dijitalleşme ile sekretersiz çalışma koşulları oluşturulduğu için poliklinikte hastalara ayrılan tıbbi zaman azaldı. O ayrılan zamanda bilgisayar işlerine aktarıldı. Daha az doktorluk daha çok çok sekreterlik yapmaya başladık mecburen.” (K,26).

“Şimdi şöyle bir iş yükü arttı. Neden? Bilgisayar olduğunda şöyle sekretersiz tek başına çalışmak hem hasta dinle hem buraya yaz, bilgisayarı doldur biraz sıkıntı oluyor.” (K, 8).

“(…) aşağıda çocuk doktoru günde 90 tane hasta bakıyor. Sekreteri yok. Tahlili kendisi isteyecek, tanıyı kendi girecek oraya bir sürü sekreterlik işi yapacak, yazacak, çizecek, tahlillerini isteyecek, ondan sonra bir de onun sonuçlarını görecektir, değerlendirecek, tedaviyi bilgisayardan yazacak, hastayla karşı karşıya olan insanın işini son derece fazla arttırıyor teknoloji.”

Katılımcı hekimlerin anlatılarından da görüldüğü üzere hem hekimlik hem de tıbbi sekreterlerin yaptığı iş ve işlemlerin hekimlere aktarılması bir yandan hekimlerin iş yüklerini arttırırken diğer yandan da hastalara ayrılan zamanı kısaltmalarına yani daha az hekimlik mesleğini icra etmelerine neden olmaktadır. Çünkü hekimlerin, Merkezi Hekim Randevu

Sistemi (MHRS) tarafından hastalara verilen randevuları tam saatinde bakmaları gerekmektedir. Önceleri poliklinik işleyişinde hekim hastanın anamnezini alırken veya muayenesi yaparken birlikte çalıştıkları tıbbi sekreter hasta verilerini sisteme girmekte ve hekimin isteği doğrultusunda tahlil ve film istemlerini yapmaktayken bile randevuların saatinde şaşmalar söz konusu olmaktaydı. Her ne kadar katılımcı hekimler tarafından dile getirilmese de hastanelerdeki hasta yoğunluğu göz önüne alındığında hekimlerin poliklinik kapısı önündeki hasta yığılmalarını eritebilmek için doğal ihtiyaçlarını karşılamak için dahi poliklinikten ayrılmaları mümkün görünmemektedir. Bu durumun hekimin mekâna sabitlenmesini de beraberinde getirdiği ifade edilebilir. Hekimin mekâna sabitlen(e)memesi durumunda ise, hasta ve hekim arasında çatışma çıkabilmekte hatta şiddet olayları dahi yaşanabilmektedir. Diğer yandan ise bazı katılımcı hekimlerin, hastanın anamnezini kayıt etmenin, tetkik istemenin zaten hekimin görev ve sorumluluğunda olduğunu belirterek BİT ve bilgi sistemlerini meşrulaştırdıkları görülmektedir.

“Hekimin yanından sekreterin alınması benim açımdan sorun değil. Çünkü hasta ile ilgili tetkiki hekim ister ve bilgisayardan tetkiki hekimin istemesi de normal. Bu işleri zaten sekreterin yapması doğru değil. Bu işleri hekim yapar. Bazıları ilacı sekretere yazdırıyormuş. Bu doğru değil.” (K,22)

Katılımcı hekimlerden bir diğeri ise tıbbi sekreterlerin hata yapabilme ihtimallerine karşı hekimlerin hukuki açıdan, hastalarında tıbbi açısından zor durumda kalabileceklerini bu nedenle de tıbbi sekreterlerin yerine sesli komutları algılayan bir sistemin olmasını istediğini, teknolojik rasyonelliği yani teknolojinin kusursuzluğunu insanın kusurluluğuna tercih ettiğini ifade etmektedir.

“Hasta bazında birçok eksiye de açık işin açığı. Şimdi bizim ağzımızdan çıkan laflar mesele bir order düzenliyoruz. Orderi dozlamalarıyla birlikte yapıyoruz. Şimdi bu dozlamaları sisteme ulaştıran aracı kurum var. Kim o? Sekreter. Sekreter mesela bir çocuğa erişkin dozu girdiğinde ve biz onu söylememize rağmen erişkin dozu girdiğinde oluşabilecek herhangi bir komplikasyondan direkt mesul olan biz oluyoruz. Yani sizin aynı bu röportajı ettiğimiz gibi işin aslı bu sistemin sesli sistemle paralel işlemesi gerekiyor. Aradan sekreteri çıkarmak aslında gerekiyor. Hukuki süreçten etkilenmemek için. Nedir? Çocuğa prednol uygulanacak bunun dozu bellidir. 10 mg'dır. Sistemde 40 mg'lık bir form var mesela çocuğa 10 mg ben söylememe rağmen prednol 10 mg dememe rağmen eğer bunu sisteme aktarmadıysa sekreter yarın bir komplikasyon gelişse ya sen neden overdoz uyguladın gibi

hukuki süreçlere açık bir şey. Benim görüşüm sesli sistemle paralel olması gerekiyor tabii madem teknoloji bu kadar ilerledi, bizim ağzımızdan çıkan şeyleri ordera aktarabilecek, tamamıyla aktarabilecek kendimize bir zırh olur diye tahmin ediyorum. Sesli sistemle desteklenmesi lazım. Aradan sekreteryanın çıkarılması lazım” (K,20).

Katılımcı hekim, mesleğinin icrasını kusursuzlaştırma isteği içerisinde olurken aynı zamanda da hatanın veya kazanın bertaraf edilmesi amacıyla teknolojinin meşruiyet kurucu söyleminin arkasına sığınmaktadır. Hâlbuki makinelerin, yapısal olarak arıza yapma potansiyellerinin bulunduğu göz ardı edilmektedir (Ergur, 2020). Diğer yandan ise yaşadığımız dönemde güvensizlik, belirsizlik ve korkuların yaşamın her alanına sirayet ettiği gibi hekimlere/hekimlik mesleğine de sirayet ettiği katılımcı hekimler tarafından tıbbi sekreterlerin polikliniklerden alınması üzerinden aşağıdaki ifade edilmiştir.

“(…) poliklinik içinde tek başımıza çalışmaya başladık. Sıkıntı şu sistemden değil, fakat artık tek çalıştığımız için hastayla birebir tek başımıza kalmaktan kaynaklı. Yani bizim yanımızdaki bir sekreter ya da sağlık çalışanının olması bizi hukuki anlamda hastayla oluşabilecek ihtilaftan koruyan bir şey. Hani sekreterin burada durup hani bizim söylediklerimizi girmesi belki fuzuli bir iş niye kendiniz girmiyorsunuz, tamam giriyoruz, ama o sekreter ya da sağlık personelinin asıl amacı hastayla oluşabilecek doktorun ihtilafında bir şahit olarak yani güvence olarak yanımızda durması. Kritik branşlarda mesela var. Kadın doğumda mutlaka bir sağlık personeli bulunduruluyor ama bizimde var. Ne bileyim dâhiliyecinin olmayacak diye bir şey yok. Sistemden dolayı değil çalışma şartından dolayı.”(K,8).

“Sekreterin çıkması bizim açımızdan iyi değil. En azından ben birçok adli olay yaşadım. Mahkeme süreçleri oldu hastalarla. Sonuçta hâkim diyor ki şahidin var mı diyor. Bizim eskiden şahidimiz oluyordu burada. Hastanın burada bir şahidi var. Hasta bana doktor hakaret etti dese kendisinin şahidi var. Benim şahidim yok. Benim bilgisayar mı şahitliğimi yapacak burada. Tabii yanlış, eksik şeyleri de var.” (K,28).

Katılımcı hekimlerin anlatılarından hekimlerin sağlık sistemi ve hukuk sistemi karşısında güven erozyonu yaşadıklarını sık sık dile getirmeleri hatta tıbbi sekreterleri bir nevi koruma kalkını görmeleri dikkat çekicidir. Güven erozyonunun nedenini katılımcı hekimin (K,8) ifade ettiği gibi yalnızca dijital hastanenin çalışma sistemi, tıbbi sekreterlerin polikliniklerden alınması, hekimlerin yalnız çalışmalarını ile açıklamaya çalışmak eksik

olacaktır. SDP ile yoğun bir şekilde neoliberal politikaların hissedilmesiyle birlikte sağlığın metalaşması, sağlık sisteminin ticarileşmesini sağlaması, sağlık sisteminin özelleştirilmesi veya işleyişinin özel sektör mantığına dönüştürülmesi, hasta hakları söylemi ile şikayet mekanizmalarının arttırılması ve malpraktis davalarının hasta-hekim-sağlık kurumu-sağlık sistemi arasındaki güven ilişkisinin zedelenmesine yol açtığı ve bu ortamda çalışan hekimlerin yoğun güven erozyonu yaşadıkları dile getirilebilir. Diğer yandan poliklinik hizmetlerinin sunumunda tıbbi sekreterlerin alınması, hekimlerin aynı anda birden fazla rolü gerçekleştirmelerine sebep olduğu ve bununda rollerin gereklerinden birisine (hekimlik yerine tıbbi sekreterliğe) daha fazla uyulması durumunu beraberinde getirdiği anlaşılmaktadır. Bu durum katılımcı hekim tarafından daha dikkat çekici olabilmesi amacıyla matematiksel hesaplama ile açıklanmaya çalışılmıştır.

“Bir hastaya 10 dakika ayırdığımda, 5-6 dakikası bilgisayar işlemlerine ayırırsam ki sekreterless çalışıp yapmak zorunda kalıyorum, kalan 4 dakika içerisinde hem reçete yazıp hem egzersiz gösterip çoğu zaman faydalı olacak lokal enjeksiyonlara vakit ayıramıyorum ve çok elzem durumlarda ancak üçünü yapıyorum. Hastaların çoğu bir süre sonra tekrar başvurmak zorunda kalıyor ve işte o zaman ekstra işlemleri yani lokal enjeksiyon gibi işlemleri yapabilmekteyim. Dijital bürokrasi olmadan evvel hastalara yaptığım tıbbi uygulamaların miktarı daha fazlaydı. (...) daha az klinisyenlik yapıp daha az tıbbi uygulama yapıp daha çok dijital yazı yazıyorum. Sekreterlik yapıyorum.” (K,26)

Bu durumu hekimin üstlendiği rollerin veya farklı bireylerin rollerinin çatışmasını yaşaması (Gökçe ve Şahin, 2003) şeklinde okunmak mümkündür. Nitekim rol çatışması, bireylerden rol ilişkileri kapsamında beklenen ve birbirleri ile uyuşmayan istemlerin yaratmış olduğu durum şeklinde tanımlanmaktadır (Gullahorn, 1956). Dolayısıyla bu durumda hekimler bir yandan birbirleri ile çatışma halindeki rol beklentilerini yerine getirme baskına maruz kalırken diğer yandan ise başarısızlık ya da herhangi bir dava ihtimalinde karşılaşılması olası yaptırımların tehdidini üzerlerinde hissetmektedirler. Hekimlerin üstlenmiş oldukları çoklu görev, stresi (Bryant ve Constantine, 2006), olumsuz performansı (Behrman ve Perreault, 1984) veya rollerden birinin yavaşlatılması/rölantiye alınması durumunu beraberinde getirebileceği gibi hekimlik boyutunun istençli olarak pasifize edilmesine de yol açabilir. Dolayısıyla dijital hastane ile birlikte hekimin görevinin çeşitlenmesinin ve yeni görev kimliğinin atfedilmiş olması işe yabancılaşmanın öncülleri (Shantz vd., 2015) şeklinde de ifade edilebilir. Çünkü daha önceleri tıbbi sekreterin yapmış

olduğu işi, hekimlik mesleğinin doğasına ve örgütün amaçları ile bağdaştırılmaması (Atay ve Gerçek, 2017) ve işin gerektirmiş olduğu roller ile hekimin kendi öz doğası arasında yaşanan uyumsuzluk yabancılaşmaya (Mottaz, 1981) yol açabilmektedir. Bu bağlamda rol çatışmasının ve birbirleri ile çelişen rol sorumluluklarının işe yabancılaşmanın yanı sıra iş tatmini üzerinde etkisinin bulunduğu katılımcı hekimler tarafından aşağıda belirtmiştir.

“(...) hekimlik duygusunu çok da yaşayamıyorsun, mesleki tatminsizlik ve tükenmişlik yaşıyorsun. Sekreterin işini de poliklinikte biz yapıyoruz.” (K,11).

“Üniversite hastanelerinde yapılması gerekenler yapılmıyor. Biz bazı uygulamalar üniversite hastanesinde yapılınsın diye hastayı gönderiyoruz. Hasta tekrar buraya geliyor. Yine üniversite de yapılması gereken uygulamaları biz yapıyoruz. (...) doktorculuk oynuyoruz (...) Ben akupunktur, fitoterapi, ozon terapi gibi eğitimler aldım. Ben 10 yıl sonra bu yaşta kalmayacağım. Gerçekten ağır şartlarda çalışıyoruz. Bu nedenle 10 yıl sonra burada değil de özelde çalışırım.” (K,25).

Katılımcı hekimin (K,25) ifadesinde görüldüğü üzere çalışma ortamında yeterli özerkliğe sahip olamadığı, asli rolünü gerçekleştirmede engel ile karşılaştığını düşünen, işlerini başarılı biçimde gerçekleştiremediğine ilişkin bir inançla birlikte iş statüsünü kaybetme ya da daha fazla bu şekilde çalışamayacağı kanaatini geliştiren bireyler ve çalışma rolüne/rollerine ek kaynaklar yaratmak/yatırmak durumunda/zorunda kalmaktadır (Jawahar vd., 2007). Dolayısıyla çalışma şartları nedeniyle bazı hekimler tükenmişlik, mesleki tatminsizlik gibi durumlar yaşarken bazı hekimlerde gelecek kaygısı ile birlikte ek kaynak yaratma durumunda kalmaktadırlar. Bu bağlamda açıktır ki dijital hastane gerekliliği olarak ileri sürülen donanımlar, yatırımlar ve dönüşümler, ağırlıklı olarak ekonomik bir nitelik taşımakta hatta sermayenin dolaşımını kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Gerçekten de dijital hastane söylemi; verimlilik, maliyet gibi ekonomik süreçlerle dijital hastanelerin yeniden yapılanmasındaki süreçlere yoğunlaşarak, dönüşümün içinde yer alan aktörleri yani sağlık çalışanlarını göz ardı etmektedir. Çünkü sağlık piyasasının büyümesi beraberinde teknoloji kullanımının artmasını, sağlık çalışanlarının uzun süreli çalıştırılmasını ve iş yoğunluğunun da arttırılmasını beraberinde getirmektedir. Böylelikle yapısal reformlarla ve teknolojik gelişmelerle birlikte hem hastane yönetim ve politika süreçleri biçimlenmekte hem de yeniden düzenlenen hastane yönetim ve politikalarına uygun şekilde hekimlik pratikleri gerçekleştirilmeye çalışılmaktadır.

5.1.4. Dijital Hastane, Sağlık Sermayesi ve Tıp Eğitimi

Üretim için önemli olan eğitim, belli amaçlara (özellikle düzenin altyapısal özelliklerine) göre biçimlenebilir olma özelliğine sahiptir. Alt yapıda meydana gelen değişiklikler üst yapı kurumu olan eğitimi etkilemekte haliyle eğitim de altyapıda bulunan gelişimlere katkı sağlamaktadır. Eğitim, veriliş şekliyle düzeni koruma aracı haline getirilmesi nedeniyle, her seviyesinde bireylerin, daha verimli ve bilinçli olmasını sağlamaktan öte bireyleri daha kolay güdülen ve sömürülen özelliklerle donatmaktadır. Bu nedenle de eğitimin, düzenin gerek duyduğu birey modelinin üretilmesini sağladığı belirtilebilir. Hal böyle olunca tıp eğitimi de genel eğitim yapısından ayrı bir şekilde düşünülememektedir.

Nitekim neoliberal politikaların hâkim olduğu günümüzde hem eğitim alanına hem de sağlık alanına uluslararası ve ulusal sermaye tarafından yapılan yatırımlarda ciddi anlamda bir genişleme olmuştur. Dolayısıyla Türkiye tarihinde, bu alanlarda, öncelikle sağlık alanında uluslararası sermayenin “hayırseverlik kapitalizmi” (Küçük, 2018) kisvesi altında sahneye çıktığı ifade edilebilir. Örneğin; petrole dayalı bir şirket olan Rockefeller ailesine ait Rockefeller Vakfı'nın (RV) tıp fakülteleri ile tıbbi araştırma enstitülerinde yürütülen araştırmalar dâhil olmak üzere finansal mekanizmalar ile desteklediği programlar aracılığı ile Türkiye’de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılmasında işlev gördüğü hatta Amerikan modeli endüstriyel tıp eğitimi ile araştırma anlayışının yerleştirilmesinde de etkilerinin bulunduğu belirtilmektedir (Küçük, 2018). 1920’li yılların başlarında RV, 74 ülkenin 450 tıp okulunda yapmış olduğu incelemeler sonucunda elde ettiği bilgilerle dünyadaki tıp eğitiminin durumuna dair bilgi edinmeye çalışırken bir yandan da o yıllarda Türkiye’deki tıp eğitimi ve hemşirelik uygulamaları hakkında da incelemeler yapmış, bina, cihaz, personel ve eğitim müfredatı gibi veriler elde etmiştir. Yaptığı analizlerin akabinde tıp eğitiminde Amerikan modeli oluşturmayı hedeflemiştir. Bunun içinde uzman bireylerin uluslararası değişimleri, eğitim ve araştırmalar için bursluluk programlarının sağlanması, yenilikçi uyum programlarıyla çeşitli tıp okullarının ünlü profesörleri tarafından hazırlanan haber bültenlerini kullanmak suretiyle haberleşmenin ve iletişimin kolaylaştırılması gibi stratejiler kullanmıştır (Rockefeller Foundation [RF], 1923). RV’nın Türkiye’de bu yönde yapmış olduğu faaliyetlere, 1956 yılında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde çocuk kliniğinin inşa edilmesi amacıyla 100 bin dolar bağışta bulunması, 1957 yılında İstanbul Üniversitesi Fizyoloji Enstitüsü’ne cihaz ve donanım alımı için 20 bin dolar bağışta bulunması, tıp fakültesi

öğrencilerinin uluslararası kongrelere katılmaları ve diğer ülkelerdeki laboratuvarları ve meslektaşlarını ziyareti için 5 bin dolar ödemesi örnek olarak verilebilir ve bu örnekleri çoğaltmak mümkündür (Yalçın, 2020). Türkiye’deki örneklerden de görüldüğü üzere RV; tıp eğitimi, hıfzıssıhha enstitüsüyle birlikte okulunun kurulması, bursluluk programları gibi stratejik araçlar vasıtasıyla modern endüstriyel tıp kültürünün yaygınlaşmasında ve kapitalist toplumun temel toplumsal yapısında meşrulaştırıcı rol oynamıştır. Böylelikle sermaye, parasını daha akılcı kullanabilmesini garantileyerek hareket edebilmenin de aracını bulmuştur (Chernow, 2004). Diğer taraftan RV’nin diğer ülkelerdeki, halk sağlığı programları ile ülkelerin piyasalarını ve kaynaklarını denetimi altına almayı, sermaye birikimini arttırmayı ve ABD’nin gelişmesine yardımcı olmayı hedeflediği belirtilmektedir (Brown, 1976). Bu bağlamda, RV’nin, Türkiye’de de o dönemlerde yapmış olduğu halk sağlığına yönelik çalışmalar bu çerçevede değerlendirilebileceği gibi “hayırseverlik kapitalizmi”nin ana amacının, kapitalist toplumun sponsoru olan bir tıp sisteminin geliştirilmesini sağlamak olduğu ifade edilebilir.

RV, Carnegie Vakfı, Melinda ve Bill Gates Vakfı vb. vakıflar “dışsal hayırseverlik” (Küçük, 2018) faaliyetleri ile geri kalmış ülkelerin modernleşip kalkınmalarında etkili olurlarken, RV bir taraftan da endüstrileşmeyi; politik-iktisadi politikalar ile birlikte sağlık programlarıyla da teşvik etmiştir. Günümüzdeyse yine bu vakıflarla birlikte RV tarafından gelişmekte olan ülkelerin sağlık sistemlerinin dönüştürülmesi amaçlanmaktadır. RV tarafından hastalar için sağlık hizmetlerine ve tıp uzmanları için bilgiye erişimde eşitlik yaratmak amacıyla “Dönüşen Sağlık Sistemleri” girişimi tasarlanmıştır. RV, Dönüşen Sağlık Sistemleri girişimiyle, ulusal sağlık sigorta programlarının benimsenmesini teşvik etme ve sağlık hizmetlerine erişimi artırma amacıyla e-sağlık girişimleri de (tele tıp uygulamaları, elektronik sağlık kayıtlarının oluşturulması, e-öğrenme, çevrimiçi hasta desteği ve hastalık gözetimi vb) dâhil olmak üzere erişilebilirliği teşvik eden programlara yatırımlar yapmaktadır. E-sağlık programları ile sağlık sistemlerinin performansının iyileştirilmesi amacıyla BİT’nin kullanımı teşvik edilmektedir. Ayrıca RV; teknoloji ve eğitime yaptığı yatırımlar, veri paylaşımı ve iş birliği için tasarlanmış sağlık sistemlerinin oluşturulmasıyla, gelişmekte olan dünyada halk sağlığı için yeni bir yol sağlamayı amaçladığını belirtmektedir (RF, 2021). Her ne kadar kavram olarak halk sağlığı söylemi üzerinden hareket ediyor olsalar da talepleri ile gerçekleştirdikleri sağlık anlayışının, devlet kontrolünde olmasından çok özel sektör/sermaye himayesinde olması yönünde olduğu ifade edilebilir. Dolayısıyla RV’nin Rockefeller şirketine ait bir vakıf olması bağlamından hareketle, uluslararası sermayenin;

“hayırseverlik kapitalizmi” kisvesi altında ve dünya halk sağlığı söylemiyle birlikte, hem sağlık üzerindeki hegemonyasını güçlendirme hem de veriler üzerinde hegemonya inşa etmesinin araçları olarak tıp, tıp eğitimi, tıbbi teknolojiler, BİT ve bilgi sistemlerini kullandığı ve böylelikle hegemonyasını rızaya dayalı bir şekilde meşrulaştırmanın yolunu bulduğu hatta ve hatta sermayenin sağlıktaki yeni hegemonik güç üretme projesi olabileceği de belirtilebilir. Nitekim hegemonya, gerçekte, “rıza”nın imal edilmesi (Marshall, 1999) anlamına gelmektedir. Çünkü hegemonik ideoloji, rızaya dayalı uzlaşmanın altyapısını bir hayli usta işi yöntemler ile pekiştirmeye çalışmaktadır. Dolayısıyla bir sınıfın hegemonyasını kurmak için harcadığı çaba, egemen sınıfın sahip olduğu çıkarların bağımlı sınıflarca sanki kendi çıkarları gibi kabul edilmesi ölçüsünde başarıya ulaşmaktadır (Lull, 2001). Böylelikle Gramsci’ye göre rızaya dayalı hegemonya ile bireyler gönüllü olarak egemen grubun hegemonyasını özümserken egemen grupta hegemonik hale gelmektedir (Ransome, 1992).

Diğer taraftan sermaye birikimi açısından yeni yatırım alanlarının oluşturulması amacıyla neoliberal politikalar kapsamında oluşturulan politikalarla belirlenen sağlıkta insan gücü sayısı hedefine ulaşılması amacıyla diğer öğrenci kontenjanlarında olduğu gibi tıp fakültesi öğrenci kontenjanları da arttırılmıştır. Dolayısıyla bu durumu, sermayenin değerlendirmesiyle birlikte Türkiye’de fazla sayıda tıp fakültesi açılmıştır. Nitekim Türkiye’de 2021 itibarı ile tıp fakültesi sayısı 125, öğrenci kontenjanı ise 16.484 olmuştur (TTB, 2021). Günümüzde Türkiye’de alt yapı ile istihdam gücü gözetilmeden yeni tıp fakültelerinin açılması diğer taraftan mevcut olan tıp fakültelerinin sayısı arttırılması doğal olarak eğitimin niteliğine yönelik kaygıları da beraberinde getirmektedir. Çünkü yeni kurulan çoğu tıp fakültesinde öğretim üyesi sayısının yetersiz olduğu hatta temel alanlarda öğretim üyesinin bulunmadığı gibi anatomi ve fizyoloji laboratuvarlarının da bulunmadığı, hasta başı eğitimlerinde zorluklar yaşandığı, bazı tıp fakültelerinden, bazı bölümlerin stajını yapmayan öğrencilere bile tıp doktoru unvanı verilerek mezun edildiği belirtilmektedir (İlhan vd., 2016). Diğer taraftan fakültelerde tıp eğitiminde geleneksel yöntemlerin dışına çıkılmaya, bazı konularda vakanın az olması, bazı vakaların müdahale edilmesinde zorluğun bulunması (Rooney vd., 2016) veya riskli ve tehlikeli durumların olması gibi sebeplerden ötürü tıp eğitimi teknoloji yoğun hatta teknoloji güdümlü yürütülmeye başlamıştır (Guraya, 2016). Tıp öğreniminde teknoloji yoğun öğrenmenin tercih edilmesi bir yandan bütünsel öğrenmeden uzaklaşılmasını kolaylaştırırken diğer yandan da ustalığın oluşmasında gereken düşünsel zeminin parçalanmasına neden olmaktadır (Ergur, 2020). Bunların yanı sıra öğretim üyelerinin tıp öğrencileri, asistanları, sağlık sistemi, performans ve hastalar arasında

kaldıkları bundan dolayı da kendilerini güncelleyemedikleri gibi öğrencilerine güncel bilgileri aktaramadıkları dile getirilmektedir. Böylelikle tıp eğitiminde, tıp öğrencilerine gereksiz bilgi yüklendiği, ezberci bir eğitim sisteminin hâkim olduğu bundan dolayı da tıp öğrencilerinin bilgiyi yalnızca staj sınavı ve Tıpta Uzmanlık Eğitimi Giriş Sınavı'nda (TUS) kullandıkları ifade edilmektedir (Derdiyok vd., 2013). Öte yandan öğretim üyelerinin atanması ve yükselmesinde liyakatin göz ardı edilmesi tıp fakültelerini etkileyen diğer önemli bir problemdir. Dolayısıyla atama ve yükselmelerde yapılan kayırmacılık ve siyasi müdahalelerin öğrenimi ve bilim üretimini olumsuz yönde etkilemesi söz konusu olmaktadır (İlhan vd., 2016). Nitekim liyakatin göz ardı edildiği atamalardan dolayı hekimlerin motivasyon ve istek kaybı ile mesleğe/branşa küsmelerin olduğu katılımcı hekim tarafından da ifade edilmiştir.

“(...) çok fazla tıp fakültesi açılmasının eğitimin kalitesini çok fazla düşüreceğini ben sanmıyorum. O çok fazla açılan tıp fakültelerine alınan hocaların ve oraya hoca yapılanların kalitelerinin orayı hak edecek seviyede olmadığı için ben tıp fakültelerinin kalitesinin düştüğünü düşünüyorum. Yoksa hep oraya atamalar, hoca atamaları, bilim adamı ahımları liyakatiyle yapsa, yapılsa cemaatlerle, partilerle, tanıdıkla, eş dostla yapılsa hepsinde çok güzel yetiştirecek adam bulunur. (...) üniversiteler ve devlet hastanelerinin birleşmesi, genellikle devlet hastanesi çalışanları hep bundan mağdur oldular. (...) üniversite geldi. Tıp fakültesi geldi. Olduğu gibi bütün emeklerimiz yok sayıldı. Yeni gelenler el üstünde tutuldu. Bizi bezdirme, devlet hastanesi doktorlarını bezdirmek, yıldırma için her şey yapıldı. Hem de yıllarca beraber çalıştığımız mesai arkadaşlarımız tarafından yani başhekim olan, başhekim muavini olan, sağlık müdürü olan kendi arkadaşlarımız bile bize sırtını dönüp o yeni sonradan gelen hocaların mobing yapmalarına göz yumdular. Ondan sonra genellikle devlet hastanesi kadrolarını yıldırarak kaçtırmaya çalıştılar. Ondan sonra tabi bu olumsuz oldu. (...) Ciddi bir motivasyon ve istek kaybına, mesleğine branşına küsmeye oldu. Budur yani.” (K,30).

Katılımcı hekimin anlatısından örgütlerde yaşanan kayırmacılık ve nepotizmin çalışanların örgütsel bağlılıkları ile birleştiğinde iş ahlakına, örgütün faaliyetlerindeki başarısına ve topluma olumsuz etkilerinin (Akar, 2020) olabileceği anlaşılmaktadır. Nitekim böyle bir örgüt kültürü içerisinde tıp eğitimi alan öğrencilerin de nitelikli bir eğitim alamayacakları ifade edilebilir. Hal böyle olunca hekim sayılarının arttırılmasına yönelik belirlenen hedefler sonrasında hekim sayılarındaki artışın, nitelik sorunu olan tıp eğitiminin

yanı sıra hekimliğin niteliğinde azalma ve hekim işsizliğini de beraberinde getirebileceği belirtilebilir. Bu bağlamda dijital hastanelerde idari ve klinik iş akış süreçlerinin tamamında BİT ve bilgi sistemlerinin kullanılması, elektronik hasta kayıtlarının oluşturulması, sağlık hizmetlerinin sunumunda dijitalleşmenin hızlanması ve bunların yanı sıra tıp eğitimindeki niteliğin düşmesi, hekimlerin tıbbi teknolojilere, BİT ile bilgi sistemlerine daha bağımlı hale geliyor olmaları bir arada değerlendirildiğinde, dijital hastanelerin; sermayenin, sağlık üzerindeki hegemonyasını güçlendirmesinin ve veriler üzerinde hegemonya inşa etmesinin yeni bir aracı olabileceğini akla getirmektedir. Hatta tıp fakültelerindeki eğitimin niteliğinin düşmeye başlaması, hekimlerin tıbbi teknolojilere, BİT ile bilgi sistemlerine daha bağımlı hale geliyor olmaları dijital hastanelere geçişi hızlandırmanın ön aşaması olabileceği hatta ve hatta dijital hastane, tıbbi teknolojiler, BİT ve bilgi sistemleri ile nitelik boşluğunun doldurulmaya çalışıldığı şeklinde bir düşünce de oluşmaktadır. Her ne kadar bu düşünceler akla gelse de dijital hastanede çalışan katılımcı hekimlerin sermayenin hegemonyasını güçlendirmesi kapsamında sermaye-dijital hastane-tıp eğitimi-nitelik (gerek eğitim gerekse hekim niteliği) arasında bir bağ kuramadıkları ancak tıbbi teknolojiler, BİT ve bilgi sistemleri ile sermaye arasında daha fazla bağ kurdukları ifadelerine şu şekilde yansımıştır.

“Dijital hastanelerle sağlık sermayesinin ilgisi konusunda bir düşünceye sahip olmamakla birlikte, HIMSS’in Amerika kökenli bir şirket olduğunu biliyorum. Teknolojik cihazlar, bilgisayar donanımları, yazılımları ya da bunlarla entegre çalışan cihazlar gibi konularda etkili olacaklarını düşünüyorum.” (K, 30).

“Dijital hastane ve buradaki uygulamalar [hekimlik] niteliği[ni] etkilemez. Teknoloji insanın yerine geçemez. Belli becerisi varsa bu işi yapar. Belli beceri varsa vardır. Beceri yoksa koluna robot takıp yaptırılmaz. Ara GÜLER’in bir sözü akluma geldi. En iyi kameraya sahip olan en iyi fotoğrafı çeker diye bir şey yok. El beceri[si] ile görüş açısı farklı şeylerdir. Sana teknoloji bir görüş açısı sunar fakat sen yine el becerinle bunu gerçekleştirirsin.” (K,23).

“Doktorluk, doktorun inisiyatifıyla ve güçlü karar verme yeteneği ile yapılan bir şeydir. Yetersiz ekipman ve hoca ile açılan üniversitede iyi doktor yetiştirmek hayalperestliktir. Kesinlikle niteliğin yerini dijital hastane doldurmaz.” (K,26).

Katılımcı hekimlerin hepsi dijital hastanelerde kullanılan gerek tıbbi teknolojiler gerek BİT ve bilgi sistemlerinin, hekimlerin niteliğini olumlu veya olumsuz yönde etkilemeyeceğini

fakat önceden edinilmiş bilgilerin hatırlanması açısından yardımcı olacağını dile getirmişlerdir. Diğer bir katılımcı hekim ise, eğitimin niteliğinin düşmesinin yeni açılan fakültelere ya da öğretim üyelerinin eksikliğine bağlamanın yanı sıra tıp fakültelerine yerleştirilmede baz alınan yüzdelerdeki dilimlerin düşürülmesinin de bir sorun teşkil ettiğini çünkü böylelikle başarılı öğrencilerle birlikte başarı düzeyi düşük öğrencilerinde tıp fakültesine girebildiğini şu şekilde ifade etmiştir.

“Yani iyi hekim kolay yetişmiyor işin doğrusu. Tıp fakültesinden her şey çıkıyor ara sıra da hekim çıkıyor derler ya. Yani iyi hekim gerçekten hem beyin olarak mesleğe şey olması gerekiyor hazır, hem de hani karakteri öyle olması gerekiyor ki iyi hekim çıkacak. Şimdi bir sürü tıp aç dimi? Önceden %5 ile alıyorsunuz. Şimdi %8'e indir şeyi. Başarı çan eğrisi şeyini. Elbette ki hani belki mesleğe ilgi okey ama kapasite gitmiş insanlar olacak.” (K,2).

Geçmişten yakın zamana kadar tıp fakültelerine katılımcı hekimin (K,2) ifadesindeki gibi başarı oranı yüksek öğrenciler girmekte iken yüzdelerdeki sınırların genişletilmesi ile (tıpkı diyabet, kolestrol gibi tahlil sonuçlarındaki eşik değerlerin genişletilmesi gibi) sağlanan hekim sayısındaki artış, hekimlik niteliğinin düşmesinin bir sebebi olabilir. Bilindiği üzere Türkiye’de tıp eğitimi mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası olmak üzere iki dönem şeklinde sürdürülmektedir. Mezuniyet öncesi dönemi kapsayan altı yıllık eğitimi tamamlayan hekimler tercih ettikleri bir bölüm üzerinde uzmanlaşmak istedikleri takdirde TUS’na girmekte ve kazandıkları bölümün eğitimi tamamlayarak uzman unvanını almaktadırlar. Sonrasında ise hekimlerin güncel bilgileri öğrenme gibi bir etik sorumlulukları da bulunduğundan hekimler mezuniyet sonrasında da sürekli eğitim kapsamında bazı eğitimlere, kongrelere vb. katılmaktadır. Katılımcı hekimlerden bir tanesi dijital hastane uygulamalarının kendilerine mesleklerini icra ederken hatırlatma (ilaç etkileşimleri ya da panik değerler gibi) anlamında destek olabileceğini ancak hekimlerin bilgilerini güncelleme açısından sürekli eğitimin önemli olduğunu ve kongrelere katılım konusunda SB tarafından desteklenmek istediklerini ifade etmiştir.

“Karar destek sisteminin illaki katkısı olur. Unuttuğumuz şeyleri akla getirir. Ancak doktorun niteliğinin yerini alamaz. Fakat öğrenimi destek amaçlı eğitimler veya kongreler bakanlık bazında düzenlenebilir. Bakanlık düzenlerse iyi olur. Normalde kongreleri firmalar düzenliyor ve bu kongreler paralı oluyor. Bu nedenle doktorlar kongrelere gidemiyor. Bilmediğimiz konular olduğunda okuyorum.” (K,25)

Katılımcı hekimin (K,25) kongrelere katılım konusunda SB tarafından desteklenme isteği hem hekimlerin ekonomik güçlük çektikleri hem de sağlık sermayesinin hekimleri kendi tarafına çekme stratejilerinden birisi olan eğitimlere (kongre, seminer vb) katılmaya yönelik teşviklerinde geri adım attığının, farklı tüketim stratejileri geliştirmeye ve farklı alanlara yönelmeye başladığının bir göstergesi şeklinde okumak da mümkün. Aslında hekimlerin çeşitli eğitim faaliyetlerine katılımlarının azal(tıl)ması, dijital hastanelerde, hekimlere daha çok tıbbi teknoloji, daha çok BİT ve bilgi sistemlerinin tükettirilmesi ve teknolojiye dair çeşitli meşruiyet kurucu söylemlerle hekimlerin teknolojinin tahakkümü altına girmelerinin sağlanması yukarıda bahsi geçen sermayenin sağlık üzerindeki hegemonik gücünü arttırmaya ve veriler üzerinde de hegemonya inşa etmeye başladığı yani hegemonik güç üretme projesi görüşünü destekler niteliktedir.

Geçmişten günümüze kadar olan süreçte teorik ve pratik eğitimi ile birlikte alınan aynı zamanda da belirli nitelik standartları bulunan hekimlik mesleği, teknolojik gelişmelere bağlı olarak önce makro uzmanlık dallarına ayrılmıştır. Böylece kesin standartlar temelinde eğitimi verilen ve beceriler bütününe dönüşen hekimlik mesleğinin, tıp alanına daha fazla teknolojinin sirayet etmesi ile de mikro uzmanlık dallarının sayısı artmaya başlamıştır. Tıp mesleği rasyonelleşme ve hızlı bir şekilde artan teknolojik gelişmelere paralel olarak ilerlemektedir. Çünkü teknoloji, temel laboratuvar testlerinden kişisel bakım araçlarına kadar neredeyse tüm süreçlerde giderek daha fazla rol oynamaktadır. Nitekim hekimlerin hayati nitelikte işler yapmaları dolayısıyla teknolojik anlamda devamlı kendilerini yenilemeleri gerekmektedir. Hekimlik mesleğinde eğitim, pratik ve deneyimin karışımıyla elde edilen ustalık yani işinde ehil olması çok önemlidir. Gerek tıbbi teknolojiler gerekse BİT ve bilgi sistemlerinin, hekimliği etkilemeye başlamasıyla beraber ustalık ediniminin kendisini geliştirecek elverişli ortamı bulma konusunda güçlük yaşamaya başladığı belirtilebilir. Hal böyle olunca, günümüzde ustalık ile teknolojinin iç içe geçer bir durumda olmasına karşın şimdilik teknolojinin, ustalığın yerini aldığı belirtilemeyeceği ancak ustalık bilgisinin teknoloji karşısında bir çelişki yaşadığı ifade edilmektedir (Ergur, 2020). Dolayısıyla daha önceleri hekimin kusurluluğuna emanet edilen hekimliğin icrasına günümüzde tıbbi teknolojilerin, BİT ve bilgi sistemlerinin daha fazla nüfuz etmesi sonucunda hekimlik icrasının kusursuzlaşacağı düşünülmektedir. Nitekim hekimlerin bir insan olarak kusurlarının olabileceği bu nedenle de dijital hastanede kullanılan karar destek sistemlerinin hekimliğin kusurluluğuna tercih edil(ebil)diği zaman zaman katılımcı hekimlerin anlatılarında da dile gelmiştir.

“Çağı yakalamak adına ve kaliteli hizmet sunmak adına ve sonuçta insan. Amaç zaten şu HIMSS’in de en büyük amacı insan faktörüne bağlı oluşan hataların minimize edilmesi. Amerika’nın da şöyle bir mantığı var. İnsan her zaman hata yapabilir. Ama dijital program döngü senin ayarladığın bir kurgu hata yapmaz. Senin kurgun hatalıysa hata olabilir gibi bir mantıkla yaklaşıyorlar. Hiçbir zaman için insana güvenmiyorlar. Yani insana güvenmiyor, insan hata yapabilir ve bu hatayı minimize etmek için insan faktörünü ortadan kaldırmaya çalışıyorlar girişimlerde.” (K,4).

“(…) hakikatten bizde insanız, unuttuğumuz, farkında olmadığımız, gözümüzden kaçan şeylerde olabilir. E bu konuda bunun bize yardımcı olması kötü değil ki. Uyarması kötü değil ki. Veya ikaz etmesi olabilir ya, insanoğlu gözünden kaçabilir.” (K,7).

Katılımcı hekimlerin anlatılarındaki teknolojik rasyonalite üzerinden kurdukları meşrulaştırıcı söylemin, hekimin veya hekimin ustalık bilgisinin konumunun, tıbbi teknolojilerin, BİT ve bilgi sistemlerinin karşısında küçülmesini de beraberinde getirdiği ifade edilebilir. Diğer açıdan bakıldığında ise, katılımcı hekiminin (K,4) teknolojik rasyonalitenin meşrulaştırıcı söylemini HIMSS’den yola çıkarak ifade etmesi, uluslararası bağımsız kuruluşların aynı zamanda da sermayenin hekimleri teknolojinin tahakkümü altına alma isteğini gösteren bir ipucu şeklinde de değerlendirilebilir. Çünkü hata veya kazanın bertaraf edilebilmesinde teknolojinin meşruiyet kurucu söylemiyle bu yönelimlerin anlatılarda olumlandığı görülmektedir. Böylelikle hekimin bilgisi körelmeye yüz tutmakta hatta hekim ustalık becerisini geliştirememektedir. Çünkü hekimin pratik alanı küçülmekte ve teknolojik rasyonalite mükemmellik varsayımından hareketle hekimin becerisine ihtiyaç olmayacak biçimde otomatik süreçlerin hükmetmesine olanak sağlamaktadır. Fakat kusur ve aksaklık, her ne kadar güvenli ve kendisini düzenleyebilen mekanizmalar geliştiriliyor olsa da teknik nesnesinin doğasından kaynaklanabilmektedir (Ergur, 2020). Ancak katılımcı hekimin (K,4) teknolojinin kusurluluğunun teknik nesnenin doğasından değil de “dijital program döngü senin ayarladığın bir kurgu hata yapmaz. Senin kurgun hatalıysa hata olabilir gibi bir mantıkla yaklaşıyorlar.” şeklindeki ifadesinde, yazılımın/programın hatalı olması ve yahut yanlış yazılması/yüklenmesi gibi insani durumlardan kaynaklanabileceği, insanın kusurluluğunun onanması ve teknolojik rasyonalitenin mükemmellik varsayımının yüceltilmesi ile meşrulaştırıldığı görülmektedir. Günümüzde tıp alanında her ne kadar yapay zekâ, robotik vb. gelişmelerden ve kullanımlarından söz ediliyor olsa da şimdilik tıbbi teknolojik sürece hekimin müdahalesi halen önemini korumakla birlikte ağırlığın ustalıktan teknoloji tarafına

doğru kayacağını söylemek mümkün görünmemektedir. Nitekim katılımcı hekimlerin tıbbi teknolojik sürece hekimin müdahalesinin halen geçerli olduğu ve teknolojinin hekimin yerini al(a)mayacağı görüşünü destekledikleri görülmüştür.

“Teknolojik aletler hekimlere yardımcı olabilirler, hekimi destekleyebilirler. Ben Şöyle bir Şey anlatayım. Bizim hekim arkadaşların bir tanesinin başından geçmiŐti. Kadın hasta hekime geliyor Őikâyetlerini anlatıyor. Hekimde hastanın anlattıklarından hamile olduğunu düşünüyor ve tahlil istiyor. Tahlillerinin sonucu da hamile olduğunu gösteriyor. Sonra bir de USG çekelim diyor. USG çektiğinde hamileliği destekleyen bir görüntü, bulgu yok. Sonra bu çeliŐkiden dolayı tahlilleri tekrar ediyorlar. Yine sonuç aynı hamile. Doktor hastayı birde vajinal muayene yapıyor ve kadının düşük yapmak üzere olduğu hekimin muayenesi ile netleŐiyor. Yani teknoloji doğru sonuçlar verecek diye bir Şey yok. Sonuçta onlarda insan yapımı hata verebilirler. Cihazın kalibrasyonu iyi yapılmamıŐtır. Hekimi yanıtabilir. Karar destek sistemleri içinde bu geçerli. Hekimin muayenesinin, anamnez almasının ve deneyimin yerini teknoloji tutamaz.” (K,15).

“Karar destek sistemi çok dolambaçlı sistemler. Hasta vardır hastalık yoktur. Hastalar hiçbir zaman kitap gibi önümüze belli semptomlarla gelmez. Hekimin bunu iyi bir anamnez ve fiziki muayene ile zmlemesi gerekir. Dijital hastane hastaya fiziki muayene yapmayacağına göre hekimin niteliğinin yerine geçmez. Mutlaka hekimin, bilgisine, deneyimine ve el becerisine muhtaç olunacaktır. Hastalar sadece ilaçla tedavi olmazlar. Hekimin hastayla kurduğu iletişim telkin sonucu hastanın tedaviye uyumu artar. Bunlar dijital sistemle ya da hastane ile yapılamayacak Şeyler.” (K,26).

Katılımcı hekim (K,15), hekimin ve hekimlik bilgisinin, deneyiminin yerini teknolojinin tutamayacağını yine teknolojinin kusurluluğunun teknik nesnenin doğasından değil de “Cihazın kalibrasyonu iyi yapılmamıŐtır. Hekimi yanıtabilir.” Şeklindeki ifadesi ile insanın kusurluluğunun onandığı fakat teknolojik rasyonelitenin mükemmellik varsayımının çürütülmesi ile meşrulaştırıldığı görülmektedir. Her ne kadar katılımcı hekimler anlatılarında, teknolojinin karşısında hekimliğin ve hekimlik bilgisinin halen bir Şekilde önemini koruduğunu vurgulasalar da günümüzde enformasyon işleme ekonomik yönden önemli hale gelmiştir. Dolayısıyla toplumsal değerlerinde enformasyon eylemleri üzerinden yeniden tanımlanır olmasıyla hekimlerin bilgi ile kurdukları ilişkinin doğasıda değişime uğramaya başlamıştır. Küresel ağlar sayesinde enformasyonun rahat dolaşımı maddi iletimin yanında kültür etkileşimlerini de mümkün kılmaktadır. Dolayısıyla kültür; dinamik, deđiŐebilen ve

devamlı etkileşim halinde olan aktörlerin oluşturduğu bir ortamın yanı sıra küresel ölçekte yeniden danışılabilen bir bileşimler toplamı şeklinde kendini göstermektedir. Bu bağlamda küresel kültür alışverişleri sayesinde bireylerin bilgi ile ilişkileri değişirken, bilgi ile uzmanlık; kavramsal ve işlevsel açıdan yeniden tanımlanmakta ve bilgi “ad hoc” nitelik kazanmaktadır (Ergur, 2020). Yani bilgi, bireyler tarafından bütünü kapsayan ve bağlama dayalı bir şekilde öğrenilmeyip sadece gereksinimi olduğu yerde, gereksinimi olduğu kadar ve gereksinimi olan nitelikte edinilmektedir. Dolayısıyla bu durum günümüzde tıp alanında büyük enformasyonların oluşması/oluşmaya devam etmesi ve bu enformasyonun bütününe hâkim olma durumunun mümkün olmaması nedeniyle hekimlere de yansımakta ve hekimlerin uzmanlık bilgisini, hekimler nezdinde “ad hoc” hale dönüştürmektedir (Ergur, 2020). Hal böyle olunca dijital hastane ile birlikte enformasyon işlemeye dayalı bir çalışma düzeninin gelmesiyle hekimlerin uzmanlıkları teknoloji yönetme becerisine dönüşmeye başlamış, eğitimleri ve deneyimleri esnasında anlık, işlevle ilgili “ad hoc” bilginin derlenmesi, bütünsel bilgi edinmenin yerini alarak salt kullanıma ilişkin eylem bileşeni olmuştur. Böylelikle bilgi düşünsellikten uzaklaşarak pratik beceri girdisi halini almakta ve vaka temelli bir yaklaşımı beraberinde getirmektedir (Terashita, vd., 2016). Katılımcı hekimlerin anlatılarından bilgiyi, erişimlerine açılan web sitelerinden “ad hoc” şekilde alıp kullandıkları anlaşılmaktadır.

“Şimdi bizim hekime bilgiyi ulaştırmamız ve artık hekimin de bilgiye ulaşması kolay. Yani bizim kendi linklerimiz olsun, bazı literatür bilgilerinin ulaşım linkleri olsun ki biz bunları hastanede paylaştık. Sağlık Bakanlığı, biz önceden kendimiz paylaşmıştık. Daha sonra bunun belli bir ücreti gerekti ve mali olarak ödeyememiştik. Bir yıl kadar aldık. Daha sonra bakanlık eğitim araştırma hastaneleri dahil bazı hastaneleri bu şeyi de verdi. Literatür linkine ulaşma ve hekimin bu sırada mevcut karşılaştığı hastalıklarla ilgili güncel tıbbi bilgileri ulaşmasını sağlayacak bazı linkleri de ücretsiz olarak bize verdi. Biz bunu yine sisteme entegrasyonunu sağladık. Herkesin kendi kullanıcı adı var. O kullanıcıdan giriyorlar. Dolayısıyla hekimde güncel bilgilere ulaşabilir pozisyonda” (K,4)

“Up to date var, bizim hastane üye. Tüm Türkiye’de de var. Up to date diye ana bir internet sitesi diyeyim. Cep telefonuma da yükledim. Hastanede de var. Arada kaldığım hasta oluyor veya ayrıntılı ender gördüğümüz şeyler oluyor. Dönüp bakıp soruyoruz yani. (...) İnternete kolay ulaşım, bilgiye kolay ulaşım. Mesela hastanın boynunda beze çıkıyor, anne ağlayarak geliyor. Benim çocuğum lösemi mi oldu? (...) Değil diyorsunuz fakat

anlatamıyorsunuz.” (K,24).

Katılımcı hekimin (K,24) ifadesinde söz edildiği üzere bilgiye kolay bir şekilde erişilebilmesi, hekimlerin ezoterik bilgilerinin uzman olmayan bireylerin kullanımına açılmasıyla bağlam dışılaşan özel bilgi dolaşımını da beraberinde getirmektedir. Bağlam dışılan özel bilgi dolaşımının hastalara ve yakınlarına yeni bir destek kaynağı olurken aynı zamanda da hekimlere karşı meydan okuma fırsatı sunduğu ifade edilebilir. Böylelikle bağlam dışılan özel bilgi dolaşımı sayesinde bozulan bilgi asimetrisi bağlamında hekim-hasta arasındaki paternalist ilişki dönüşmüş, hastaları ve yakınlarını ortak karar alma sürecine dâhil etmeye başlamışlardır. Bu da hekimlerin kararlarını açıklamak için, hastalara ve yakınlarına daha fazla zaman ayırmalarına/harcamalarına sebep olmaktadır. Yani teknoloji hekim-hasta ilişkisini doktor paternalizmine dayalı bir ilişkiden daha fazla hasta özerkliğinin olduğu bir ilişkiye dönüştürmektedir. Dolayısıyla hastaların iyi bir şekilde bilgilendirilmiş olarak karar verebilmeleri, hekim tazminat modellerindeki karmaşık değişiklikler, belgelendirilmeye duyulan ihtiyaç ve hekimin hastaya ayırdığı süre sıkıntıları gibi nedenlerden dolayı hekimlere, hastalık süreçleri ve prosedürlerini açıklamaya yardımcı olacak görsel modeller gibi yeni teknolojiler (DrawMD Cardiology©, HealthDecide© gibi) ile risk hesaplayıcıları (hastaların kararlarının etkisini göstermek için) kullanmaları tavsiye edilmektedir (Wehbe vd., 2015). Teknoloji nedeniyle yön değiştiren hekim-hasta ilişkisinde yaşanan problemler ve hasta ile ilgili kararlarda hasta özerkliğinin daha da attırılması ve hekimlere yardımcı olması amacıyla teknoloji üzerinden çözüm üretilmesi teknolojinin hekimleri daha fazla tahakkümü altına alacağını göstermektedir.

Görüldüğü üzere geçmiş dönemlerde hem hekimlerin hem de bireylerin sayfalarca ansiklopedi karıştırılarak elde edebildikleri ansiklopedik bilgi, günümüzde artık bağlam dışılaşan noktasal manada işlevselleşen ve kolay erişilen bilgi ile yer değiştirmiştir. Fakat kolay erişilen bilgi beraberinde tasnif edilmenin zorluğunu da getirmiştir. Aynı zamanda günümüzde bilgi edinme kaynakları çoğullaşmış, hızlanmış ve işlevselleşmiştir. Böylece bilgiye erişme kesit tarama şeklindeki tasnif mantığı ile gerçekleşir olmuştur. Dolayısıyla adhoc öğrenmenin sonucunda bağlamdan kopmuş, tasnif edilmemiş ve işlenmemiş olan enformasyonun, bilginin kendisi olarak alınıp kabul edilmesi riskini de beraberinde getirmektedir (Ergur, 2020). Bu şekildeki işlevsel bilgi edinme; eğitim, pratik ve deneyim üçlüsü bütünlüğünde sistemleştirilen ustalık gelişiminin olumsuz yönde etkilenmesine yol açabilir.

Günümüzde gerek tıbbi teknolojiler gerekse BİT ve bilgi sistemleri tarafından sarmalanan ve teknolojinin tahakkümü altına gir(diril)en hekimlerin toplumsal itibarı yüksek olan bir meslek olmasına karşın hem teknoloji hem de SDP nedeniyle saygınlık yitimine uğramaya başlamıştır. Gün geçtikçe hekimliğin emek değerindeki azalma ile rekabetçi neoliberal politikaların yol açtığı sonuçlar, kültürel düzeyde hekimlik mesleğinin anlamının dönüşmesine neden olan değerleri de ortaya çıkarmaktadır (Ergur, 2020). Tıp mesleğine liseden sonra üniversiteye giriş sınavından yüksek puanlar alıp, iş güvencesi, hekimliğin toplumdaki itibarı, aile baskısı gibi nedenlerle ya da gerçekten istediği için yönelen tıp öğrencilerinin, günümüzde uzmanlık alanlarının tercihinde gözettikleri unsurlar; hekimliğin belirli düzeyinde getirmesi beklenen ekonomik kazanç ile malpraktis davalarından kaçınma olmuştur. Özellikle yeni nesil mezun hekimlerin, uzmanlık alanlarına yönelik yaptıkları hesaplı seçimler katılımcı hekimler tarafından da dile getirilmiştir.

“Türkiye’de yurtdışında böyle olmayabilir. Asistanlık süreci cerrahi branşlarda çok zor. Eskisi gibi karşılığını alma maddi anlamda karşılığını alma olayı çok düşük ve göz ardı edilse de bu devlet politikaları tarafından hekimler tarafından çok iyi bilinen sağlıkta şiddet söz konusu. Kimse risk almak istemiyor, riskli hasta bakmak istemiyor. Komplikasyonları gelişebilecek, ölüm gelişebilecek hastalıkları tedavi etmek istemiyor. Dolayısıyla diğer branşlara yani psikiyatri, romatoloji gibi branşlara yönelmenin tek sebebi bu. Ne kadar az hasta görürsem ne kadar az riskli hasta bakarsam, o kadar kendimi korurum, temiz para kazanırım, kolay para kazanırım diye düşünüyor yeni mezunlar.” (K,27).

“Daha az hasta gören branşlar tercih ediliyor. Daha az hasta ve hasta yakınıyla işte temasa geçilen mesela biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji hasta görmeyen kliniklerin tercihleri arttı. Bunu da tamamen işte bu hekim şikâyetlerinin artması, malpraktis şikâyet iddialarının artmasıyla alakalı olduğunu düşünüyorum ben. Ve riskli branşları kimse tercih etmek istemiyor. Gerçekten öyle. İşte mesela bize zorunlu meslek sigortası diye bir şey oluşturdular, hata yaparsak mahkemelere işte tazminat ödeyebilelim diye. Bu yoktu 15 yıl öncesine kadar ve artık hasta yakınları da bilinçlenmiş durumdalar, bunu da öğrendikleri için doktor şikâyetleri arttı mesela. Dolayısıyla en çok şikâyette cerrahi branşlarda olur çünkü komplikasyon riski çok fazla bu branşlarda. E bizde yeni nesil olarak bu branşları tercih etmiyoruz. Riskten koruyoruz kendimizi.” (K,14).

Anlatılardan da görüldüğü üzere yeni nesil mezun hekimlerin, ekonomik güdüyle birlikte davalardan korunma/kaçınma güdüsünden kaynaklı uzmanlık alanlarının seçiminde

değişimler yaşanmaya başlamıştır. Katılımcı hekimlerin anlatılarından, mesleki aşkın yerini hesaplı seçimlere bırakmaya ve hekimlik mesleğine duyulan tutku seviyesindeki bağlılığın yitime uğramaya başladığı anlaşılmaktadır. Dolayısıyla hekimlerin uzmanlık alanlarına yönelik seçimleri, mesleki bilginin değişim değeri ile belirlenir olmuştur. Eğitim, pratik ve deneyim üçlüsünün sağlamış olduğu daha doğrusu ustalık sürecine giden yoldaki toplumsallaşmayla gerçekleştirilebilen hekimlik mesleğine yönelik duygusal bağın yitime uğramaya başladığının göstergesi olarak uzmanlık alanlarına yönelik yapılan hesaplı seçimler gösterilebilir. Nitekim uzmanlık alanlarındaki öğrenme sürecinde yoğun emek verilmesi ve karşılaşılan tüm zorluklara/sorumluluklara/külfetlere katlanılması ise yine bu sürecin sonunda elde edilecek olması muhtemel ekonomik refah beklentisinden kaynaklanabilmektedir. Önceki hekimler meslek aşkı, bölümü sevmeye, kişisel yetenekle ilgi, mesleki tatmin imkânı gibi nedenlerle uzmanlık alanını seçerlerken yeni nesil mezun hekimlerin uzmanlık alanını ekonomik güdü, dava edilme korkusu, riskten ve sorumluluk almaktan kaçınma gibi hesaplı seçimlerle yaptıkları böylelikle kuşaklararası zihniyet farklılığının geliştiği bir çalışma ortamının oluşmaya başladığı ifade edilebilir. Dolayısıyla gerek teknolojinin gerek neoliberal politikaların etkisiyle hekimlerin emeğinin; metâya dönüşmesi, anlamının değişmesi ve değerinin düşmesi, hekimlerin ustalık bilgisinin teknoloji karşısında çelişki yaşamasına ve mesleki becerilerinin dönüşüm geçirmesine neden olduğu belirtilebilir.

5.1.5. Dijital Hastane, Hız ve Hekimlik Mesleği

Gelinen noktada bilimsel ilerlemelerin yanı sıra değeri soyutlaştıran finans kapitalizmi ile neoliberal ekonominin biçimlendirdiği toplumsal-siyasal sistemden kaynaklı teknoloji, yaşamın tüm alanlarında olduğu gibi sağlık alanında da merkezi bir konuma sahip olmuştur. Neoliberal ekonominin, serbestleşmeyi, bireyselleşmeyi ve eşdeğerler arasında rekabetin yaygınlaşmasını da beraberinde getirmesiyle birlikte sağlık ve sağlık hizmetleri piyasa içerisine çekilmiş, sağlık kurumları bir işletme mantığı içerisinde kendi rekabet koşulları ve tüketim ekonomisi anlayışıyla yeniden örgütlenmekte olan özel siyasi bir aktör halini almıştır (Ergur, 2018). Çünkü sağlık sistemindeki bürokratik işlemlerin fazlalığı hem zaman hem de ekonomik açıdan kayıp yaşanmasına neden olmaktadır. Aynı zamanda bu bürokratik durum kamu hizmetinin kalitesini düşürmekte ve hizmet alanların/müşterilerin yani hastaların memnuniyetini de azaltmaktadır. Günümüzde neoliberal politikaların ve sağlığın piyasalaşmasının etkisiyle hizmet alanların müşteri olarak görülmesine bağlı olarak tüm kamu hizmetlerinin sunumunda olduğu gibi sağlık hizmetleri sunumunda da kalitenin artırılması

ve hız/hızlılık önemli bir ölçüt haline gelmiştir. Genellikle gereksiz bürokratik işlemlerin sebep olduğu verimsizliğin azaltmasını hedefleyen reform programları ile ilişkilendirilen, BİT teknolojilerine dayalı uygulamaların geliştirilmesine özellikle ağırlık verilmeye başlanmıştır. Diğer yandan BİT, özel sektöre hâkim olan yaklaşımların kamu sektöründe de uygulanması gerekçesiyle de kullanılmaktadır (Cordella ve Tempini, 2015). Dolayısıyla hantal bürokratik yapılar şeklinde nitelendirilmiş olan kamu sektörlerinin BİT kullanılması ile etkin yapılara dönüştürüleceği savından hareketle dijital dönüşümlere yönelinmiştir. Tam da bu aşamada dinamik bir yapıya sahip olan hastanelerin yenilenmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Hal böyle olunca Sağlık Bakanlığı 2013-2017 stratejik planında, Bakanlık ile kuruluşlarına bağlı tesislerinde “dijital hastane” kavramının oluşturulması ve yaygınlaştırması hedefini ortaya koymuş ve bu yönde çalışmalara başlanmıştır. Böylelikle dijital dönüşümle, BİT'nin sunduğu olanaklar ve değişen toplumsal gereksinimler doğrultusunda, sağlık kurumlarının daha etkin ve verimli hizmet sunabilmeleri ve hedef kitlelerinin memnuniyetlerinin artırılabilmesi amacıyla insan ile iş süreçleri ve teknoloji öğelerinde bütüncül bir dönüşüm gerçekleştirilmiş olmaktadır (Taş vd., 2017).

Dijital hastanelerde, sağlık kurumu içindeki bütün bilgi sistemleri tıbbi ve tıbbi olmayan tüm teknolojiler ile tam entegre durumdadır. Bütün işlemler tam otomasyon sistemiyle yapılmakta, kontrol edilmekte ve yönetilmektedir. Veri akışları güvenli bir şekilde belirlenen standartlar dâhilinde gerçekleştirilmektedir. Hekimler ile sağlık çalışanları yetkileri dâhilinde hastane ve hastalarla ilgili bilgileri istedikleri zamanda her yerden mobil şekilde ulaşabilmektedirler (Ak, 2010). Nitekim hastanelerin dijitalleşmeleri sürecinde öncelikle tüm hastane sistemleri ve birimleri ile entegre çalışabilecek ileri seviyede, verimli, stabil ve kompleks hastane bilgi yönetim sistemi yazılımlarının geliştirilmesi, akabinde bu sistemin değişme, yenilenme ve uyum süreçlerinin çok iyi yönetilmesinin sağlanması ve sürdürülebilirliği açısından hizmet içi eğitimler (Sebetci vd., 2017) ile paydaşlar arası bilgi alışverişi yapılması gereklidir. Katılımcı hekimlerin paydaşlar arası bilgi alışverişi olmadan değişim, yenilenme ve uyum süreçlerinin yönetilmesinin, hızın ve verimliliğin artırılmasına bir engel oluşturduğu ve bu durumdan hekimlerin çalışma rutinlerinin olumsuz yönde etkilendiği ifadelerine yansımıştır.

“Bu teknolojiyi getirenlerin acemiliği çok fazla mesela bizim burada bilgisayar şirketi var. Bu yazılım şirketleri hastaneleri kontrol altına aldı ya şimdi. Ama bizim isteklerimizi karşılayamıyor. Ben bir şey istiyorum. Adam anlamıyor ya da 6 ay 1 sene de. Yaz yaz bıktık

artık. (...) Yani adam bir yazılım şirketi kurmuş orada ihaleye girmiş almış. Ondan sonra biz boğuşuyoruz burada. Yani bu yapılacaksa en azından artık bir yazılımdan ve sağlıktan anlayan kişilerin oturup program yapması lazım. (...) Standart [olmalı]. Bence bana sorarsan ben olsam Sağlık Bakanı oturur toplarım her iki takımı, karşılaştırırım. Bir tüm hastanelere uygulanacak şey. Hem bunun kontrolü daha kolay olur. (...) Bu ciddi iş yani. Planlarken çok iyi merkezi bir program kurup tüm hastaneleri aynı programla donatıp hem onun kontrolü kolay olur hem mesela biz hastanelerden gelen şikâyetler orda bir danışma merkezi kurulur. Ben şunu istiyorum dediğim zaman orada anında değiştirilir veyahut Sağlık Bakanlığı kendi isteklerine göre o programı geliştirir. Bizler uygulayıcıyız çünkü. (...) Şimdi bir şey insanların hizmetine sunuluyorsa o sistem insanlara zorluk çıkarmamalı.” (K,1)

Dolayısıyla katılımcı hekimin de (K,1) ifade ettiği gibi yazılımların paydaşlar arası bilgi alışverişi ile düzenlenmesinin hastane hizmetlerinin hızlı ve etkin bir şekilde sunulabilmesinin, iş süreçlerinde hız ve verimliliğin artırılmasının sağlanmasında önemli bir husus olduğunun altı çizilebilir. Diğer yandan dijital dönüşümün yani hastanelerin tıbbi teknolojiler, BİT ve bilgi sistemleri ile donatılmasının yanı sıra iş süreçlerinde hız ve verimliliğin artırılmasına yönelik yasal düzenlemeler yapılması yoluna da gidilmiştir. SB tarafından 2017 yılında yayınlanan 2017/10 sayılı “Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası” konulu genelge (SB, 2020a) buna örnek gösterilebilir. Gerek dijitalleşme gerekse yasal düzenlemeler ile bir yandan hız ve verimlilik artırılmaya, tıbbi hatalar minimize edilmeye, hasta güvenliği ile memnuniyeti en üst noktaya çıkarılmaya çalışılırken kamusal bir alan olan hastanelerde adeta bir askeri düzen oluşturmaktadır. Çünkü bu genelge ile hangi hastaların polikliniğe gireceği bir nevi nizami düzenle belirlenmiş ve bu nizami düzenin (poliklinik kapılarının üzerine ya da yanına monte edilen) komutanı hekimler, erleri hastalar ve ekranlar da meşrulaştırıcı araçları durumundadır. Hekim poliklinikte bir tuşla nizami düzenin genelge doğrultusunda ilerlemesini sağlamaya çalışırken kendi inisiyatifi ile (acil hastalar hariç, zaten genelgede acil hastalar birinci sırada) sıralamayı değiştirememektedir. Örneğin genelgeye göre 65 yaş üstü hastalar öncelik sırası bakımından Türk Silahlı Kuvvetlerinde rütbeli personelden sonra gelmektedir. MHRS randevusu alan yani dijital okuryazarlığı ve internete erişim üstünlüğünü elinde bulunduran hastalarda sıra bekleme konusunda avantajlıdır. Çünkü randevu saati gelince poliklinik hizmetinden faydalanmaktadırlar. Dolayısıyla bu duruma hastalar açısından bakıldığında, hastalar arasında alışılmış statü, sınıf, cinsiyet vb. önyargı kalıpları nedeniyle beklemenin avantajı ile dezavantajının yaşandığı görülmektedir. Poliklinik bekleme salonundaki hasta bekleme sıraları sadece tabakalaşma sistemlerini belirgin kılmakla

kalmamakta onları aynı zamanda inşa da etmektedir. Poliklinik hizmetlerinde öncelik sıralamasında sınıflandırma biçimi ne olursa olsun ve topluluk nasıl ortaya çıkarsa çıksın, beklemenin (beklemenin ne kadar sürdüğü ve kimin kimi beklediği) hiyerarşik bir konum ortaya koyduğu ve oluşturduğu görülmektedir (Molotch, 2017). Diğer taraftan poliklinikte tek başına çalışan tüm hastalarına zamanında bakabilmek ve poliklinik düzenini sağlayabilmek için olanca hızı ile performans göstermesine karşın poliklinik dışında bekleyen hastalar tarafından kendilerine hizmet eden hekimlerin hızlı temposu doğal kabul edilmekte hatta yavaş hareket ettikleri düşünülmektedir. Bu da beklemenin niteliği ve niceliğinden kaynaklanan rahatsızlıkların ortaya çıkmasına ve hastaların şikâyet mekanizmalarına başvurmalarına neden olmaktadır. Aslında işleyişin düzenlemesi, hızın ve verimliliğin artırılması adına yapılan hem teknolojik hem de yasal düzenlemeler neticesinde gelişebilen hekim-hasta çatışmaları hızın sekteye uğramasına ve hekimlerin şikâyet baskısıyla hastalar karşısında pasifize olmasına neden olabilmektedir.

Dijital hastanenin bir gerekliliği olarak önceleri manuel yapılan tüm işlemlerin bilgisayara dayalı yürütülmesi hekimlerin mesleki pratiklerinde bazı değişiklikleri de beraberinde getirmektedir. Önceleri tüm hastaların bilgileri hekimler ve hemşireler tarafından hasta dosyalarına elle kayıt edilirdi. Servislerde, hekim tarafından hastaların odalarında (özellikle yatak başında) yapılan vizitte, hekim-hasta iletişimi yüz yüze gerçekleştirilirken gerekli bilgiler eş zamanlı olarak hem hastadan hem de hastanın dosyasından (hekim elinde dosya ile ya hastanın yanında ya da ayakucunda tam karşısında bulunurdu) alınmaktaydı. Ancak dijital dönüşüm sonrasında ise vizit esnasında hekim, hastalara ait tüm bilgileri (dijital ortamda kayıt edilip depolandığı için) hasta yataklarının ayakucundaki duvara monte edilen dokunmatik ekrandan (saha çalışması bittikten sonra tablet uygulamasına geçildiği bilgisi edinilmiştir) görebilmektedir. Dolayısıyla ekrandaki bilgilere bakarken ya da ekranda işlem yaparken hekim hastasına sırtını dönmektedir. Oysaki yüz yüze temaslar ve gözlem birçok tanıyı koyma da çok önemlidir. Katılımcı hekimler hasta odalarında hasta yataklarının ayakucundaki duvara monte edilen dokunmatik ekranların, diğer yanda poliklinikte de bilgisayara kayıt işlemi yapmalarının ve sistemin işleyişindeki bazı sorunların iş süreçlerini hızlandırmadığını aksine zaman kaybı yaşattığını hem çalışma rutinlerini hem de hekim-hasta iletişimi olumsuz yönde etkilediğini ifade etmişlerdir.

“Her odaya bir tane monitör kondu. Sadece hastanın gözü boyanıyor. Şimdi ben burada oturup açıpta bunu 10 tane hastaya tık tık yapmamın süresini düşünün. Her odaya

ayrı ayrı her gün girip işte (a) nolu odada açıyorum. O hastanın bilgileri çıkıyor. Onun işlerini oradan yapıyorum. Hastanın gözü boyanıyor. Oradan çıkıyorum. (b) numaralı odaya giriyorum. Basıyorum 2 saat o açılıyor. Onu tık tık giriyorum. (...) sen bilgisayara sürekli sana gelen soruları cevaplamak. Onay belli şeyi onaylamak yani sen (x) ampul yapıyorsan hastaya meyan kökü vermeyeceğini. Meyan kökü yani Türkiye’de kimin aklına gelir. Bu tip saçma sapan şeyler nasıl zaman kazandırırın? Korkunç bir zaman kaybı.” (K,31).

“Dokunmatik ekranla hastaya sırtını dönüyorsun, hasta ile yüz yüze görüşme olmuyor ve hastayla iletişimi engelliyor. (...) hasta odasında hastayla yüz yüze gelebiliyordum.” (K,9).

“Ekрана yazı yani ekrana giriş yapmaktan bazen hastaya yeterli zaman ayıramıyorum. (...) Fakat hasta yoğunluğu olduğunda o veriyi girmek ekrana, bazen külfet haline gelebiliyor.” (K,24).

Katılımcı hekimlerin de ifadelerinden anlaşılacağı üzere elektronik tıbbi kayıt sistemleri hekimlerin hastalar ile iletişimini engelleyebilmekte hatta engellemektedir. Öte yanda hasta yoğunluğu, süre kısıtlılığı, teknik sorunlar gibi nedenlerle elektronik tıbbi kayıtların (ETK) hekimler tarafından eksik girilmesine de sebep olabilir. Çünkü hekimler hem hastalar ile etkileşime girmekte hem de ETK yazmaktadırlar. Aynı zamanda elektronik kayıt tutma hekimlerin klinik ortamlarda bilişsel becerilerini geliştirme ve iyileştirme yeteneklerini zayıflatmaktadır (Team, 2014). Diğer yandan ETK gibi tıbbi teknolojilerin kullanılması, hekimlerin öyküsel not alma becerilerini ve klinik bilgilerini de azaltabilmektedir. Çünkü hekimler, hasta bilgilerini, raporları vs. yazarlarken standart metinleri kesip yapıştırma eğiliminde olabilmektedirler. Ayrıca ETK’ın formatlarının standartlaştırılmış olması, hekimlerin hasta bilgilerinin zenginliğini ve benzersizliğini anlama ve soyutlama yeteneklerinin gittikçe kaybolmasına ve sonuç olarak tanı ve tedavi konusunda bilinçli kararlar verme yeteneklerinin yani takdir yetkisi, özerklik ve karar verme kalitesinin azalmasına neden olduğu bulunmuştur (Hoff, 2011). Bununla birlikte hekimlerin, teknoloji sonuçlarını değerlendirmek için daha fazla zaman ayırırlarken hekim-hasta etkileşimine daha az zaman ayırmaları iletişim becerilerinin azalmasını beraberinde getirmektedir. Hâlbuki hekim-hasta etkileşimlerinin somutlaşması ve öznelarasılığ, akıl yürütmede son derecede önemlidir (Gallagher ve Payne, 2015). Çünkü klinik ortamlarda tanısal akıl yürütme, daha fazla eğitimle, hastaların belirtilerinin ve yüz yüze iletişimden elde edilen özelliklerin anında örüntülerinin tanınmasına dayalı olarak geliştirilmektedir (Cummings, 2013). Bu nedenle hekim-hasta iletişimi klinik pratiğin ayrılmaz bir parçasıdır. İyi bir şekilde

gerçekleştirildiğinde, kontrollü çalışmalarda doğrulandığı gibi, bu tür bir iletişim hasta için terapötik bir etki yaratmaktadır. Hastanın tıbbi öyküsünün alınmasından tedavi planının iletilmesine kadar, hekimin hastasıyla ilişkisi etkili iletişim üzerine kuruludur. Bu hekim hasta karşılaşmalarında hem sözlü hem de sözlü olmayan iletişim biçimleri, tıbbi uygulamanın temel özelliğini oluşturmaktadır. Her ne kadar bu etkileşimlerdeki iletişimin çoğu tanı ve tedavi seçenekleri hakkında bilgi paylaşımını içerse de bu karşılaşmalar aynı zamanda hastanın psikososyal bir şifa bağlantısı veya terapötik ilişki arayışını da içermektedir (Suchman ve Matthews, 1988). Hekim ile hasta arasında kurulan etkili terapötik ilişkinin iyileştirici yönü, aynı zamanda kaliteli sağlık bakımının da temelini oluşturmaktadır (Travaline vd., 2005). Çünkü hekim ile hasta arasında iyi ve güvene dayalı bir ilişki oluşması ve hastanın bunu hissetmesi halinde yapılan tedavilerin yanında psikolojik rahatlama da sağlamaktadır. Bu durumda hekimin hastaya bilgiyi iletme biçimi, aktarılan bilgi kadar önemli olmaktadır. Hekimlerini anlayan hastaların sağlık sorunlarını kabul etmeleri, tedavi seçeneklerini anlamaları, davranışlarını buna göre değiştirmeleri ve ilaç programlarını takip etmeleri daha olası bir durum olarak görülmektedir (Stewart, 1995). Bu bağlamda hekimlerin beş temel iletişim becerisinde yetkin olmaları tavsiye edilmektedir. Bunlar etkili dinleme, etkili sorgulama becerilerini kullanarak bilgiyi ortaya çıkarma, etkili açıklayıcı iletişim becerileri kullanarak bilgi sağlama, hastalara danışmanlık yapma ve eğitime, hasta bilgilerine ve tercihlerine dayalı bilinçli kararlar verme şeklinde sıralanmaktadır (Duffy vd., 2004). Etkili iletişim becerileri, tedaviye uyum, tedavi risklerinin anlaşılması ve hatta bazı ortamlarda tıbbi aksilikler veya yanlış uygulama iddiaları riskinin azalması gibi olumlu sonuçlarla da ilişkilendirilmektedir (Travaline vd., 2005). Dolayısıyla güvenin belirsizliğe karşı toleransı artırma ve karmaşıklığı azaltma fonksiyonunu da yerine getirdiği anlaşılmaktadır. Böylelikle hekime duyulan güven düzeyindeki artış memnuniyetin ve tedaviye bağlılığın artmasına, aynı hekimi ve sağlık kurumunu tercih etme ihtimalinin yükselmesine yol açmaktadır (Ertong, 2011). Fakat hastaların hekime veya sağlık sistemine karşı güveninin azalması sonucunda ise sağlık tüketiminin arttığı ve bunun kendisini “shopping around” (hastane hastane dolaşma) (Ertong Attar, 2010) biçimde gösterdiği haliyle bu durumun hasta yoğunluğunu da beraberinde getirdiği, katılımcı hekimin anlatısında aşağıdaki şekilde dile getirilmiştir.

“Hasta yoğunluğu artıyor. Hasta diyalogu artmıyor. (...) eğer kronik bir hastaysa veya şeyse ne diyelim daha farklı ihtiyaçları varsa sonra bakıyor ki hani karşılaştım böyle tamam ben gidiyorum görünüyorum ama yeterli tedaviyi ilgiyi görmedim. Tekrar bir daha geliyor gene olmuyor bu sefer farklı bir arayışa giriyor. Ya özel hastanelere gitme ihtiyacı

doğuyor ya da büyük şehirlere ya da doktorlardan bize artık fayda yok işte şeylere. Şifacılar o tür şeylere yönelebiliyorlar.” (K,3).

Hasta-hekim/sağlık sistemine güven seviyesinin düşmesi, katılımcı hekiminde (K, 3) ifade ettiği gibi hastaların “shopping around” davranışına başvurmalarına hatta modern tıp harici yöntemleri denemeye varan arayışlara girmesine veya daha fazla tetkik yaptırmak istemesine, sevk edilmeyi talep etmesine, ilave tıbbi bilgiler istemesine yani hekimlerin bilgilerini doğrulamaya dair davranışlar sergilemelerine de yol açabilmektedir (Ertong, 2010). Hekimlerde zaman zaman hastaya güven verebilmek, sağlık sistemi ile hukuk sistemi karşısında kendisini güvene alabilmek hem de azalan öykü ve fizik muayene becerilerini kısmen telafi etmek için tanısıl testlere yani tıbbi teknolojilere başvurabilmektedir (Feddock, 2007). Diğer yandan hasta yoğunluğunun artmasını yalnızca hastaların “shopping around” davranışı göstermelerine bağlamak yanlış olacaktır. Katılımcı hekimlerin, hasta yoğunluğunun artmasının nedenlerini farklı şekillerde açıklarlarken aslında hepsinin ortak noktasının Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olduğu ve sonucunda da hastaya ayrılan sürenin azaldığı anlatılarından da görülmektedir.

“(…) hastasının artması tamamen insanların ihtiyaçlarıyla ilgili bir şey. Nüfusun artmasıyla ilgili bir şey. Hekimin sayısı ile ilgili bir şey. Hekim çok olursa hasta sayısı orantılı olarak düşecek. Hekim sayısı az olursa hasta sayısı orantılı olarak artacak.” (K,7).

“Hekimin hastalara ayırdığı zaman azalıyor. Hasta sayısının artması tamamen farklı bir şey. Hasta olanda olmayan da hastaneye geliyor. Çünkü hastaların hekime ulaşmaları çok kolay ve hızlı bir şekilde oluyor.” (K,17).

“Bu hız şöyle bir şey yani sadece dijital teknolojiye bağlı değil. Performans sistemi baştanbaşa sizi hızlandırmak zorunda kalıyor. Ne kadar çok hasta bakarsan o kadar çok para alıyorsun.” (K,28).

“Hastaya ayrılan süre artmıyor. Çünkü MHRS hastalar 10 dakikada alınıyor diyor. Hasta ile ilgili sonuçlar girildikten sonra indikatörler ile ölçülüyor.” (K,25).

“(…) hasta sayısının artmasının sağlıkta dönüşüm politikalarıyla alakalı olduğunu düşünüyorum. (...) Sağlıkta dönüşümle beraber şikâyet mercilerinin arttırılması gibi politikalar oldu. Mesela 184 hattı gibi. Her hasta acile başvurabilir, acil servislerden hastalar geri çevrilmeyecek, güvencesi olan da güvencesi olmayan da herkes başvurabilir

gibi ibareler hasta sayısını artırdı diye düşünüyorum” (K,14).

Katılımcı hekim (K,7) anlatısında hasta yoğunluğunu siyasilerin söylemleri üzerinden meşrulaştırarak zımni şekilde SDP’ni neden olarak gösterirken diğer katılımcı hekimlerin ise açık bir şekilde SDP’nin ve onun getirmiş olduğu yeniliklerin etkisini neden olarak gösterdikleri görülmektedir. Dijital dönüşümün getirmiş olduğu hızın ve verimliliğinin hasta yoğunluğunun azalması ya da hastaya ayrılan sürenin artması manasında herhangi bir etkisinin olmadığı, SDP ile sağlık sisteminin daha çok hasta temelli yaklaşımla inşa edildiği hatta her zamankinden daha fazla insanın erişimine olanak sağladığı anlaşılmaktadır. Bu durum sermaye açısından hedeflerine ulaştığının göstergesi şeklinde belirtilebilir. Çünkü sermaye için daha fazla hasta, daha fazla tetkik yapılması, daha fazla tıbbi teknoloji kullanılması, daha fazla ilaç tüketilmesi ve daha fazla veri elde edilmesi anlamına gelmektedir. Bununla birlikte gerek hastaların hastanelere kolay erişebilmeleri sağlıkta eşitsizliğin giderilmesi bakımından gerekse hastanelerde işlem (konsültasyon süresi, tetkik çıkma süresi vb.) sürelerindeki azalma olumlu bir durumdur. İşlemlerin sürelerinin azalmasını katılımcı hekimlerden bazıları hastaların hastanede kalış sürelerini azaltması ve hekimlerin işlerini kolaylaştırması üzerinden olumlayarak dijital dönüşümü onayladıkları görülmektedir.

“İşlemlerdeki hızlanma bana göre hastaya ayrılan süreyi olumlu etkiliyor. Şöyle hastanın şikâyetlerinde yeni bir film çekilmesini gerektiren bir durum yoksa eski tetkiklerine göre değerlendirme yapıyorsun ya da başka hastanede yapılmış tetkiklerini görebiliyorsun. Geçmiş verilerini görmek ve istenilen tetkiklerin hızlı çıkması hem hastanın hastanede kalış süresini azaltıyor hem de hekimin işini kolaylaştırıp hastayla olan diyalogun[u] artı[rı]yor. Bu durumu ben kendi branşım açısından söylüyorum.” (K,22).

“Hastaya ayrılan süreyi dediğim gibi anamnez bölümünü biz sıfırlayabiliyoruz neredeyse. Hastaya soru sormadan daha seri hasta bakma avantajı da doğuyor bu sayede. Hastadan anamnez alacağımız sürede biz neredeyse teşhise ulaşmış oluyoruz. Mevcuttaki rahatsızlığıyla geçmişteki rahatsızlıklarını karşılaştırarak kullandığı ilaçlarla ilgili (...) zaman kaybı olmadığı için.” (K,20).

Katılımcı hekimler dijital dönüşümle birlikte işlem sürelerinin kısalmasını ya da hastanede kalış sürelerinin azalmasını hem hastalar hem de hekimler üzerinden olumlu bir durum olarak aktarmaktadırlar. Ancak katılımcı hekim (K,20) her ne kadar sistemi onaylıyor olsa da anlatısındaki “Hastaya soru sormadan daha seri hasta bakma avantajı da doğuyor”

cümlesi ile önceki katılımcı hekimlerin ifade ettikleri gibi hasta ile iletişimin azaldığını dolaylı yollardan itiraf etmektedir. Bununla birlikte hız, tıbbi anlamda olumlu bir özellik olabilirken diğer yandan ise insani ve fiziki temas bakımından düşük seviyede duygu alışverişini içermektedir. Hâlbuki hekimliğin temel pratiğini oluşturan ve hekimin tanısal iletişim aracı olan dokunma, diğerleri ile iletişim kurulmasını sağlamakta aynı zamanda hastayla hekim arasında iletişimin kurulmasında da bir araç olmaktadır (Bourdallé Badie ve Erny, 1992). Ancak teknolojinin gittikçe gelişmesiyle dokunmada giderek dolaylı hale gelmekte ve muğlaklaşmaktadır. Oysa hekimle hasta ilişkisi içermiş olduğu bütün eşitsizliklere ve iktidar dokusuna rağmen bir insan-insan bağlantısı olup öznel arasında simge alışverişiyle birlikte anlamlandırma iradesini de barındırmaktadır (Merleau Ponty, 1981; Akt. Ergur ve Çobanoğlu, 2020). Fakat hekimle hasta ilişkisine insan olmayan bir üçüncü taraf yani teknoloji dâhil olarak hasta ile hekim yani insan-insan ilişkisinin doğasını elde olmaksızın etkiler olmuştur. Öte yandan hastaya ayrılan süre kısıtlılığı, devamlı olarak semptomlara odaklanan yönlendirilmiş bir sorgulama hattıyla, hastaların duygularının göz ardı edilmek zorunda kalındığı bir hekim-hasta iletişimini beraberinde getirirken otomatikleşen robotvarileşen/robotlaşan hekimleri/hekimliği de beraberinde getirdiği ifade edilebilir. Nitekim katılımcı hekimlerin bu durumu hekimliğin ruhunu kaybetmesi ve otomatikleşmesi biçiminde yorumlaması bu görüşü destek niteliktedir.

“Dijitalleşme de şeye yaradı (...) hastayla karşılıklı görüşmemiz yani iletişimimiz kesildi. (...) Dokunma daha azaldı, hem neredeyse artık ileride aletler yapacak ameliyatları, (...) görüşmeleri. Her şey robotlaştı biraz. Ruhunu kaybetti hekimlik.”(K,28).

“Hastaya ayrılan süreyi falan arttırmadı. Özellikle randevulu çalışılan ortamlarda beş dakikaya üç hasta veriyorlar. Nasıl diyelim, otomatikleşti. Dediğim gibi hasta muayene etmiyoruz artık, her şeyi bilgisayardan bakıyoruz, dinliyoruz, eski hekimlik yok. Farklı bir hekimlik bu yani nasıl söylenir onu da bilmiyorum. Hastaya zaman ayırmayı da kolaylaştırdığını zannetmiyorum. Hatta yöneticiler tarafından daha fazla hasta gönderiliyor bu şekilde.” (K,19).

Hem tıbbi teknolojilerin kullanılmasının yaygınlaşması hem de hekimler ile hastaların tıbbi teknoloji tüketimine yönelik taleplerinin artması, hekimlerin daha az fiziki muayene yapmalarının nedenleri arasında gösterilmektedir (Verghese ve Horwitz, 2009). Gelişen yeni tıbbi teknolojiler ve birçok yeni tıp uygulaması sadece işlemleri teknik boyutta kolaylaştırmakla kalmayıp daha derininde ise hekim-hasta ilişkisinin doğasının dönüşmesini

sağlamaktadır. Aslında hekim-hasta ilişkisinin negatif yöndeki dönüşümünü katılımcı hekim gerçek olan bir olayı mizahi bir tarzda şu şekilde aktarmıştır.

“90 tane günde 100 tane hasta bakan insanların hiç birisi hastaya dokunmuyorlar, suratlarına bakmıyorlar. Bizim bir arkadaşımız vardı (...) günde 120 hasta falan bakardı. (...) Hasta gelmiş, başım demiş, tamam demiş al şu reçeteyi al git. Ya dur bakayım demiş ağrıyor mu diyeceği, dönüyor mu diyeceğim, bir dinle demiş hasta.” (K,30).

Katılımcı hekimin (K,30) mizahi tarzdaki gerçek olay anlatısından da anlaşılacağı üzere bir hekimin hastasını muayenesinde, tahlil ve filmlerden önce başvurmuş olduğu enspeksiyon (inceleme), perküsyon (vurma), palpasyon (yoklama), oskültasyon (dinleme) gibi birincil yani propedötik tekniklerin kullanılmamakta hatta kaybolmaya yüz tutmaktadır. Oysaki geçmişten günümüze hekimin tedavi becerisi büyü ile karışmış biçimde de olsa büyük ölçüde dokunma ayrıcalığıyla gerçekleşmiştir. Hekim dokunmayı, hastayı karar sürecine dâhil etme ve tedaviye ikna edebilmede kullanırken aynı zamanda da hekim ile hasta arasındaki asimetrik ilişkiyi dengelemede ve hastayı özne olarak konumlandırma da kullanılmaktadır (Canguilhem, 2002; Akt. Ergur ve Çobanoğlu, 2020). Zira duyular arasında en ilkeli ve somut olan dokunma, aynı zamanda soyutlamaya çok az yer bırakmaktadır. Hekim-hasta ilişkisinde önemli bir edinim olan dokunma, güven verici, ikna edici, ölçümleyici, keşfedici, müdahale edici, iyileştirici gibi anlamlar içermektedir. Fakat günümüzde tıbbın teknoloji yoğun hale gelmesi ile tıp pratiğinde önemli bir yere sahip olan dokunma eyleminin yerini arayüzler üzerinden dolaylı bir ilişki almıştır. Böylelikle bir zanaatkâr olan hekim bedeni ile öğrenmiş olduğu becerilerini ve ellerinde ortaya çıkan mesleki bilgisini doğrudan dokunma yerine makine vasıtası ile aktarmakta ve hasta ile kurduğu dokunsal ilişki makine ile eklemlenme şeklinde tezahür etmektedir (Ergur ve Çobanoğlu, 2020). Dolayısıyla hekimlik mesleğinin habitusu biçiminde tariflenebilecek olan dokunma pratiği artık tıbbi teknolojiler üzerinden dolaylanmaktadır. Hal böyle olunca gerek görüntüleme gerekse müdahale teknikleri sayesinde hastaların bedenlerinin insan olma niteliğinden uzaklaştırıldığı, teknik şekilde çok küçük ince detaylarıyla tasvir edilebilen koordinatlar sistemine dönüştürüldüğü ve hekimin dokunmasının ölçümleyici özelliğinin de yine tıbbi teknolojiler tarafından görünmez kılındığı katılımcı hekim tarafından da belirtilmiştir.

“Ben bunu düşünüyorum diyemiyorsunuz. Elimle hissettiğimi kayda geçemediğim için faydalı olmadı. (...) elimle muayene ile anlarım. Muayenenin geçerliliği yok. Değeri yok. USG

var mı diyor (...) Tetkike bakıyor. (...) Yüzde istiyor. Mesele ben elle bir kitlenin kaç milim ya da santim olduğunu bilebiliyorum. Ancak bu kabul edilmiyor, USG ya da diğer tetkiklerle tespit edilmiş değerlerin sisteme girilmesi isteniyor.” (K,9).

Katılımcı hekimin (K,9) ifadesinden görüldüğü üzere tıbbi teknoloji kullanılmadan hekim tarafından doğru tanı konulmuş olsa dahi sistemin kesin ölçü yani kesinlik istemesi, böylelikle tıbbi teknolojinin kullanılması hekimin, bir yandan sağlık sistemi, hukuk sistemi ve hasta karşısında güvenirliliğini arttırmakta diğer yandan ise getirmiş olduğu zorunlulukla zaten teknolojinin tahakkümü altındaki hekimlerin mesleki pratiklerinin/becerilerinin daralmasına sebebiyet vermektedir. Dolayısıyla hekimlik ustalık becerisinde önemli bir unsur olan fiziki temasın yerine aşamalı şekilde teknik kesinliğin geçmeye başlamasıyla (Lu, 2016) tıbbi teknolojiler çerçevesinde hekimin önceleri sahip olduğu mutlak özerkliği ile buna bağlı yetkesini kaybetmeye başladığı hatta kaybettiği görülmektedir. Çünkü hekimin hastayı muayenesinin temeli olan propedötik tekniklere tıbbi teknolojiler, BİT ve bilgi sistemleri eklenmektedir. Tıbbi teknolojiler ile aracılandırılmış teknikler (robotik cerrahi gibi) hekimin bilişsel yetilerinin önüne geçmektedir. Dolayısıyla teknoloji karşısında eşitsiz konumda bulunan bireyin özerkliğini koruması olanaksız görünmektedir (Marcuse, 1990). Nitekim geçmişten günümüze tıp pratiğinin önemli unsurlarından olan temel klinik beceriler (dokunma ayrıcalığı, öykü alma, fiziki muayene, hekim-hasta iletişimi gibi) tanı ve tedavi amaçlı tıbbi teknolojilerin kullanıma girmesi ile azalmakta, körelmekte ve aynı zamanda nitelik değiştirmektedir (Lu, 2016). Bu bağlamda teknolojinin gittikçe daha fazla detaylı görüntüleme-inceleme yapmaya ve otomasyona ilişkin evriminde çoğu yeni tıbbi uygulama ve tıbbi gerecin/teknolojinin hızlı bir şekilde tıp pratiğine dahil olmasıyla birlikte teşhis ile tedavi prosedürlerinin yanı sıra tıp mefhumunun kendisi de dönüşüm yaşamaktadır (Baumgart vd., 2017). Diğer taraftan katılımcı hekimin aşağıdaki ifadesinde yer aldığı gibi;

“Bakanlığın isteği üzerine MHRS’inde hekimlerin hasta bakma süreleri 10 dakika olacak şekilde ayarlanmıştır. Buna göre bir doktor maksimum 36 hasta bakabilir durumdayken bu sistemde doktorun hasta bakma sayısı ortalama 70 olmuştur. Yani hekim böylelikle randevu harici de hasta bakabilmektedir.” (K, 13).

Her ne kadar sağlık hizmetlerinin geliştirilmesine ve hızlanmasına tıbbi teknoloji, BİT ve bilgi sistemlerinin kullanımı büyük katkılar sunsa da diğer bir katılımcı hekimin;

“Yani hızlanıyorsun belki ama çok hasta bakıyorsun, bu sefer kalite düşüyor. İnanılmaz düşüyor.” (K,28)

Tespit ettiği şekliyle teknolojinin tahakkümü altına girmenin hasta bakım ve sağlık hizmetleri sunumunun kalitesini düşüreceği/zayıflayacağı tehlikesi de göz ardı edilmemelidir.

5.2. Dijital Hastane, Tıp ve Hekimlik

5.2.1. Tıp, Dijital Hastane ve Bilgi/Veri Güvenliği

Günümüzde yaşanan bilgi çağı ve teknolojik gelişmeler, yaşamı ve diğer sektörleri etkilediği gibi sağlık sektörünü de etkilemiş, hatta küreselleşen ve dijitalleşen sürece sağlık sektörünün adaptasyonunu zorunlu hale getirmiştir. Sağlık sektöründeki dijital dönüşümle birlikte BİT ve bilgi sistemleri dijital hastanelerin en önemli temel bileşeni olmuştur. Dijital hastanelerde klinik uygulamalar ve yönetim faaliyetleri BİT ve bilgi sistemleri vasıtasıyla gerçekleştirilmektedir. Bunlardan bazıları, elektronik tıbbi kayıtlar (ETK), ofis otomasyon sistemleri, klinik karar destek sistemleri, hastane bilgi yönetim sistemleri, akıllı kart uygulamaları, tele tıp, hemşire bilgi sistemleri şeklinde sıralanabilir (Güleş ve Özata, 2005). Dolayısıyla dijital dönüşümle birlikte hastanelerde hem BİT ve bilgi sistemlerinin kullanılması hem de tıbbi ve cerrahi yöntemlerin gittikçe gelişmesiyle, tanı ve tedavinin yanı sıra tüm tıbbi girişim niteliğindeki işlemler kayıt altına alınmaktadır (Somer, 2010). Günümüzde tıbbi girişimlerin geçmişe göre daha fazla özellik arz etmesi hasta takiplerine yönelik kayıtların hem çeşit hem de sayı olarak çoğalmasını sağlamıştır. Kuşkusuz çok sayıda ve çeşitte elektronik ortamda kayıt altına alınan, depolanan ve gerektiğinde hızlı bir şekilde ulaşılabilen verilerin, hastaların durumlarının takibinde, hekimlerin sorumluluk ile yükümlülüklerinin sınırlarının belirlenmesinde, hastalara kaliteli sağlık hizmeti verilebilmesinde, işlemlerin hızlı ve pratik bir şekilde yapılabilmesinde önemli faydaları bulunmaktadır. Ancak bu kadar çok verinin kayıt edilip depolanması özel nitelikli veriler üzerinde gözetlemeyi arttırmış, kontrolü azaltmış, verilerin güvenliği ile birlikte bireyler açısından mahremiyet başta olmak üzere bazı sorunları da beraberinde getirmiştir (Kandilli, 2019). Çünkü elektronik ortama aktarıldığında ilk başlarda büyük kolaylıklar sağlayan bilgilerin günümüzde, yayılma, irade dışı/rıza dışı kullanılma ve tehdit unsuruna dönüşebilme durumları söz konusu olabilmektedir. Dolayısıyla bu durum hem bireysel hem de toplumsal alanda bilgi/veri güvenliği kavramını ortaya çıkarmıştır (Koçak ve Memiş, 2018). Ancak bireyin bilgi-belge mahremiyetinin korunmasının yanında her ne kadar kesin sınırlarla

çizilmesi mümkün olmasa da bedensel, hane, hane içi, düşünsel ve duygusal boyutlardaki mahremiyetinin de korunması gereklidir. Çünkü bireyin mahrem alanı, bedenini, kişiliğini, fiziki yaşam alanını, kişisel verilerini içerisinde barındıran elektronik cihazlarına yani somut ve soyut olarak paylaşmaya istekli olmadığı bütün sahipliklerine kadar geniş sınırları bulunan bir alandır (Avaner, 2018). Günümüzde sağlık kurumlarında hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeleri, Hasta Hakları Yönetmeliği (HHY) ve Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) olmak üzere iki unsur biçimlendirmektedir. Diğer yandan bilgilerin/verilerin elektronik ortama aktarılmasının beraberinde getirmiş olduğu güvenlik zafiyetleri nedeniyle kişisel ve kurumsal bilgi güvenliği doğru planlanma, teknik içerikli önlemler (şifreleme, güvelik duvarı, antivirüs programları, güvenlik ve denetim vb.), güvenlik bilincinin yaygınlaştırılması (eğitim ve bilgilendirme) süreçleri ile sağlanmaya çalışılmaktadır (Koçak ve Memiş, 2018). Katılımcı hekimlerin dijital dönüşümün yaşandığı tarihten itibaren görüşmelerin yapıldığı zamana (2019 yılı Kasım ayı) kadar olan dönemde hastaların verilerinin güvenliğine yönelik herhangi bir sorun yaşamadıklarını belirtmeleri olumlu bir gelişme iken veri/bilgi güvenliğinin sağlanmasını dar bir çerçevede düşünerek daha çok teknik bir işlem (siber saldırı, hacklenme, veri kaybı vs) olarak algılamışlar ve bu nedenle veri/bilgi güvenliği konusunu anlamadıklarını ifade etmişlerdir.

“Valla güvenlik konusunu bilmiyorum. Bizim buralarda hiç öyle bir aksilik duymadık.” (K,1).

“Yani dışarıdan ulaşım olmadığı müddetçe sorun olmaz herhalde. O daha çok teknik bir konu. Bilmiyorum.” (K,31).

Diğer yandan bazı hekimler ise bilgi/veri güvenliği konusunda teknik yönden tüm önlemlerin alınmasının yanı sıra tüm çalışanlara verilerin güvenliği açısından sözleşme imzalatıldığını, rol bazlı tanımlamaların yapıldığını, hastane olarak bazı kurumsal politikaların belirlendiğini dile getirmişlerdir.

“Birinci derece akrabası gelmediği sürece biz hiç kimseye bu verileri vermiyoruz. (...) o konuda zaten bilgi güvenliği ve hasta mahremiyeti konusunda bakanlığında katı kuralları var. Bizim kendi hastane bilgi güvenlik rehberimiz içinde geçerli olan kendi içimizde koymuş olduğumuz katı kurallarımız var. Düşünün çocuk doğmuş, bu çocuğun doğum kaydını bile anneye veriyoruz. Yani babaya vermiyoruz. Çünkü boşanmış olmasa dahi belki ayrı yaşıyorlar. Anlatabiliyor muyum?” (K,4)

“(…) özellikli birim poliklinik hekimlerinin hasta adına girmiş olduğu bilgiler diğer hekimler tarafından görülememektedir. Ayrıca HBYS içerisinde rol bazlı yetkiler tanımlanmıştır. Yani bir hekim kendisine belirlenen ekranları görebilmektedir. Onun dışında hiçbir ekranı göremediği gibi herhangi bir işlemde yapamamaktadır. Göreve ilk başlayan personeller bu konuyla ilgili gizlilik sözleşmesi imzalamadan işe başlayamamaktadır. Aynı şekilde işten ayrıldığı zaman da HBYS içindeki tüm yetkileri pasif hale getirilmekte hatta silinmektedir.” (K,13).

“Sağlanamayabiliyor. Sağlanması gerektiği söylendi. Bize hastanede ben buraya başladığımda da uyarılar yapıldı. Yani onu ben inkâr etmiyorum. Şifrenizi kimseye vermeyin, kendiniz kullanın, kullandıktan sonra bilgisayardan çıkış yapın falan. Ama bu, bu işleyişte mümkün olmuyor.(…) Sistemde bizim şifremiz var. (...) Ama bu şifremi çok basit bir şifre ve herkesin ki hemen hemen aynı. Bütün sekreterler biliyor. Bütün hemşireler neredeyse biliyor. Çünkü bazen ben yetişemediğimde işte o sekreter giriyor benim yerime tanıyı. Ve o dosyalara ulaşabiliyor çok kolaylıkla.” (K,27).

Tüm katılımcı hekimler tarafından bilgi/veri güvenliği kapsamında alınan tüm önlemlerin insan temelli risklere karşı alındığının (hatta oluşabilecek ihlallerinde yine insan ihmali kaynaklı olabileceğinin) belirtilmesi, dünya üzerinde oluşan risklerin, tehlikelerin ve tehditlerin insandan kaynaklandığı iddialarını (Furedi, 2001) pekiştirmektedir. Diğer yandan bilgilere erişim konusunda özellikli birim ile rol bazlı yetkilendirilmelerin yapılması ile sağlık personelleri arasında önceden beri varolan tabakalaşmanın meşrulaştırıldığını göstermektedir. Nitekim toplumsal eşitsizlikler ve sonucunda biçimlenebilen toplumsal tabakalaşma da burada da görüldüğü gibi sadece ekonomik sebeplere bağlı bir olgu olmayıp, bireylerin rolleri, eğitim seviyeleri, cinsiyetleri, sahip oldukları beceriler, bedensel engelleri, toplumsal statüleri ve prestijleri de önemli olmaktadır (Bottero, 2005). Dolayısıyla içinde tam bir eşitliğin var olduğu toplum veya topluluktan söz edilemeyeceği gibi tabakalaşma dereceleri farklı olabilmekte, belirgin ya da az belirgin, kristalleşmiş ya da az kristalleşmiş bir görünüm arz etmektedir (Dönmezer, 1994). Aynı zamanda tabakalaşmanın, bireylerin sosyal konumlara dağıtılarak toplumsal yapıya entegre edilmesinde, yaşamsal/görevsel motivasyonlarının sağlanması noktasında (Davis ve Moore, 1945) ve kültürel kodların oluşturulması açısından işlevsel olduğu da belirtilmektedir. Böylelikle kategorize edilen gruba ilişkin kültürel kodlar ve haritalar sayesinde daha hızlı ve kolay hüküm verilebilmekte, bireyler tarafından etki ve nüfuz altına alınamayan kültürel kodlar bireylerin davranışları üzerinde bir güç konumunda

olmakta ve kültürel kodların oluşturduğu normlar aracılığıyla bireyler olay ve olgulara tek bir gözle bakabilmektedirler (Erenoğlu, 2011). Nitekim bazı katılımcı hekimler, bilgi/veri güvenliğinin sağlanmasına ilişkin düşüncelerini, hiyerarşik açıdan belirlenmiş statü ve rol farklılaşması sonucunda hekimlerin elde etmiş oldukları tıp mesleğine yönelik kültürel kodların oluşturduğu normlardan olan hekimin sır saklama yükümlülüğünden doğan sorumluluğu temelinde meşrulaştırarak dile getirmişlerdir.

“(...) hekim arkadaşlar ona dikkat ediyor ama tabii burada sekreterler var. Herkesin kendi bilgisayarı var. Kısıtlamalar yapılıyor ama ona rağmen kaçaklar olabiliyor. Başkaları veya açık bırakmış olunuyor. Bir şeyler oluyor. Hani mesela her istediğim hastanın her şeyini görememem lazım. Burada herhalde görmüyoruz hani öyle uygulamalar var. Hasta mahremiyeti yönünden uygulamalar var ama. Dediğim gibi gene işte bilgisayarı mecbur tek sekreter veya orada doktordan başka görevli olan birisi bazen birlikte çalışılıyor. Çünkü hani teknolojik dönüşüm yeni olduğu için bizde eski hekimiz kolay kolay adapte olamıyoruz. Bazen sekreter arkadaşlara da kullandırtıyorlar. Hani onların üzerinden yapanlarda oluyor. O zaman o sekreterin şeyine bağlı (...)” (K,3).

“Veri güvenliği konusunda dışarıdan kimsenin verilere ulaşacağını sanmıyorum. (...) Zaten bir kişinin hastalığını hekim anlatmaz. Hekimin hastanın sırrını tutma yükümlülüğü var. Hastalık kişiye özeldir. Hasta izin verirse bir hekim başka bir hekime anlatabilir. O da o hekimin fikrini almak içindir. Bir hastanın bilgilerini anlatmak hekimliğe uymaz.” (K,22).

Katılımcı hekimlerin, hekimlik mesleğine dair sahip oldukları değerler üzerinde, içerisinde yer aldıkları toplumsal tabakanın belirleyici olduğu, (Giddens, 2014) diğer yandan hekimler ile tıbbi sekreterler her gün bir araya gelip aynı ortamda bulunsalar dahi toplumsal mesafe içerisinde olduklarının (Kaplan ve Akkaya, 2013) zımni şekilde ifadelerine yansıdığı görülmektedir. Bununla birlikte katılımcı hekimin (K,22) ifadesinde mahremiyet kavramının boyutlarından biri olan bilgi mahremiyeti, mahremiyet kavramı ile eş anlamlı kullanılmakta, hastaya ait sağlık bilgilerinin hastanın bilgisi ve isteği dışında açığa vurulmaması şeklinde değerlendirilmektedir. Dolayısıyla hekimlik mesleğinin eyleyicileri olan hekimlerin gerek eğitim gerek staj gerekse çalışma ortamından edindiği mesleki deneyimlerinin ürünü olan ve zihinlerinde taşıdığı kalıcı eğilimleri yani mesleki habitusları ile hareket ettikleri ifadelerine yansımaktadır. Keza hekimlerin etkinliklerini gerçekleştirebilmek için başvurdukları kaynakları temsil eden habituslarından biri olan sır saklama yükümlülüğü aynı zamanda hekimlerin yanlış eylem potansiyelini de sınırlamış olmaktadır (Layder, 2010). Geçmişten

günümüze kadar tıp alanında sır saklama, özerkliğe saygı, mahremiyeti koruma gibi görevler Hipokrat andı vb tıbbi antlarda ve etik kodlarda yer almıştır. Bazı katılımcı hekimler, sır saklama yükümlülüğüyle hastadan aldıkları bilgileri sisteme ETK olarak girmediklerini belirtmişlerdir.

“Benim mesleğimde yok diyeyim ki ben kayıtlar açısından burada böyle bir durum oluşturacak bir şeyleri kendimce söylüyorum. (...) Anamnez ve epikrizimi doldururken kişinin özel hayatını tehlikeye atacak bir şey varsa bunu bilgi olarak alıyorum. Oraya yazmıyorum. Ve bunu yazmadığımı da kişiye söylüyorum. Bu bilgi çok özel bir bilgi, bunu başkasının bilmesine gerek yok, onun için diyorum buraya yazmıyorum. Özellikle iş başvurularında, çalışanlarda çünkü gerçekten de değerlendirmelerde bir sorun oluyor. O kanaattem bazen. (...) Mesela 18 yaşın altında bir çocuğa sigara içiyor musun diye soruyorum. (...) İçiyorsa ama oraya yazmıyorum. Çünkü ailesiyle sıkıntı yaşayabilir. Kısa küçük bir örnek. Bu şekilde önlem alıyorum kendimce.” (K,6).

Diğer taraftan katılımcı hekimin (K,6) “18 yaşın altında bir çocuğa sigara içiyor musun diye soruyorum. (...) İçiyorsa ama oraya yazmıyorum. Çünkü ailesiyle sıkıntı yaşayabilir.” ifadesinden hekimler üzerinde, mesleki habitusun yanı sıra içinde yaşadıkları toplumun kültür öğelerinin de etkisinin bulunduğu belirtilebilir. Çünkü kültür; toplumların birbirinden ayırt edilmesini, toplumsal değerlerin oluşmasını, toplum yaşamının organize edilmesini, toplumsal dayanışmayı ve sosyal kişiliğin oluşmasını sağlamaktadır. Bununla birlikte din de yaşamın alanlarına dair bilgiler üretmektedir. Dolayısıyla farklı toplumlarda, kadın, çocuk, yaşlı ve psikiyatri hastalarının mahremiyetinin sağlanmasına önem verilip özen gösterildiği ancak yaşanan çevredeki farklı niteliklerin mahremiyetin gelişimi ve korunması açısından yardım edebildiği gibi engelleyebildiği de ifade edilmektedir (Newell, 1995). Bir yandan eril düşüncenin kadın bedeni üzerindeki tahakkümünün bedene yüklediği anlamlarda etkili olabilmektedir. Hatta Batı toplumlarının aksine Müslüman toplumlarda mahremiyetin direkt kadın cinselliğine gönderme yaptığı da ifade edilmektedir (Göle, 2011). Bu bağlamda katılımcı hekimlerin mahremiyet kavramını daha çok kadın ve psikiyatri hastaları ile özdeşlendikleri görülmüştür.

“Zaten psikiyatri kadın doğum gibi branşlar ve bazı adli vakalar girilemez şekilde düzenlenmiş sistemde. İlgili olmayan hekimlere de kısıtlanmış durumda. Hemşireler de bazı şeyleri göremiyor. Hastaya özel ve sadece doktoru tarafından söylenecektir şeklinde sınırlamalar var.” (K, 25).

“Yani benim branşımda ne kadar hastanın mahremiyeti gerekli hasta için, yaşlı erkek popülasyonda hastalara bakıyoruz biz.” (K,28).

“(…) branş branş, psikiyatri için ve kadın doğum için bizim hastanede var mesela. Psikiyatri ve kadın doğum hastalarının girişleri ve tahlilleri görülüyor. Bunu destekliyorum. Fakat bizim çocuk branşı için hastanın tahlillerini görsek görmesek hani başka branştaki doktor arkadaşım veya hekim arkadaşın ve yahut vatandaş görse görmese çok bir şey değiştirmiyor. Ama özel branşlar, kadın doğum psikiyatri bunlarda destekliyorum. Mahremiyetinde titizlenmeli. Ama sonuçta buralarda da ailenin inisiyatifi insanlar paylaşmak istemeyebilir, göstermeyebilir. Ben hekim olarak çocuk branşı olarak çok titizlenmeye gerek yok.” (K,24).

“(…) şimdi şöyle bir şey var tutuyorlar diyorlar ki işte sağlık müdürlüklerinden ne yapın, işte kürtaj olan hastalarınızın isimlerini verin bana. Böyle listeler istiyorlar falan filan. Bunlar elbette sıkıntılı.” (K,2)

Katılımcı hekimlerin (K,28 ve K,24) ifadelerinde çocuk ve yaşlı (erkek) bireylerin özerklikleri üzerinden değil de hastaların zarar görmeyip yarar elde etmesi ilkesinin ağır bastığı anlaşılmaktadır. Nitekim otoriter ve bağımlı ilişkilerin hâkim olduğu toplumlardakine benzer şekilde, çekirdek ve ataerkil aile yapısı yaygın olan toplumlarda sağlık hizmetinin sunulması esnasında Batı ülkelerin aksine özerkliğe saygı yerine hastanın zarar görmeyip yarar elde etmesi etik ilkesi esas alınmaktadır. Oysaki yaşlı ya da çocuk hastaların belirsizlikleri çözmek adına sınıflandırma yapıp, yaş özelliğine göre yaşlı ya da çocuk sınıfına koyulması, yeterliliğinin yok sayılıp özerkliğinin sınırlandırılıp gereken saygı gösterilmeden, sunulacak hizmet konusunda müdahaleci olmanın kolaycılığa kaçmak olduğu belirtilmektedir. Çünkü bu durumun zaman ve emek harcanmasını azaltmaya ilişkin olması kolaycılık olarak nitelendirilmesine sebep olmaktadır (İzgi, 2009). Diğer yandan erken yaş dönemlerinde bebeklerin mahremiyet ihtiyaçlarının çok az olduğu, büyüme ile çocukluk dönemine geçiş ile beraber ebeveynleriyle aralarında mesafe oluşturmaya başladıkları, geç çocukluk dönemlerindeyse dışarıya bilgi vermenin kontrollü bir şekilde olduğu ve özerkliğin öne çıktığı, yetişkinliğe geçildiğinde ise cinsellikle mahremiyetin iç içe geçtiği bildirilmektedir (Cassidy, 1997). Bu açıklama bağlamında katılımcı hekimlerin, mahremiyet kavramını bireylerin dönemsel gelişim özelliklerini esas alarak değerlendirmiş olabilmeleri de mümkün görünmektedir. Diğer katılımcı hekimin (K,2) anlatısı ise devlet tarafından biyopolitika geliştirilirken gözetim stratejilerine başvurulması ve kişilerin mahremiyetlerinin

ihlal edilmesi şeklinde okunabilir. Nitekim geçmişten günümüze kadar olan süreçte devletler tarafından nüfusun bilinmesi ve yönetilmesi adına biyopolitika geliştirilmesinde çeşitli gözetim stratejileri kullanılmış ve halen kullanılmaya devam edilmektedir. Devlet yine biyoiktidarını görüldüğü üzere beden üzerinden politikalarla ve özellikle kadın bedeni üzerinden yürütmektedir. Dolayısıyla istatistik, demografi, kamu sağlığı, barınma gibi birçok politik teknolojiler vasıtasıyla biyoiktidar, doğum oranları, ölüm oranları, sağlık, göç gibi öğeler üzerinden bütün nüfusun düzenlenmesini amaçlamaktadır (Ojakangas, 2016). Diğer yandan bazı katılımcı hekimler özerkliğe saygı, yarar sağlama, zarar vermeme ve sır saklama ilkeleri ekseninde hastaların mahremiyetini korunmaya çalıştıklarını ifade ederlerken mahremiyete yönelik tehditlerden biri olan merak üzerinde durmuşlardır.

“(...) mesela bizim bu şey burası küçük diyelim. Burası küçük olduğu için çalışanlar herkes birbirini tanıyor. Birisinin bir şeyi oldu mu sekreter veya birisi bir şekilde hani gidiyon soruluyor, bilmem ne oluyor. Hani hemen bir şeyden şey yapıyorlar ve çıkabiliyor bu bilgiler dışarı sızabiliyor.” (K,3).

“(...) bir tane HIV çıktı mesela. HIV’de biz burada tarama testi yapıyoruz. Burada HIV çıkması pozitif anlamına gelmiyor. Ki zaten çoğunda da değil. Ama biz buraya yazdığımız zaman ne oluyor? Hemen görülüyor. Yazmadığımız zaman bile. Hani tutup da sadece laboratuvara uğrayın dediğimiz zaman bile HIV orada biri gördüğü zaman ha bunun tanıdık olursa HIV pozitif çıkmış falan filan muhabbetleri oluyor.” (K,2).

Mahremiyete yönelik tehditlerin kendini ifşa etme, merak ve gözetleme şeklinde üç kaynağı olduğu ifade edilmektedir. Mahremiyet her zaman diğerleri tarafından ihlal edilmeyip bireyin kendisi tarafından da ihlal edilebilmektedir. Çünkü birey çevresindekilere kendisi hakkında bilgiler vererek kendisini ifşa edebilmektedir. Evrensel insani eğilim olan merakın, yoğunluğu bireylere ve kültürlere göre değişmekle birlikte değişik tecrübelerin yaşanması, bilginin dolaşması, topluluk normlarının gelişmesine katkı sağlaması gibi işlevleri de bulunabilmektedir. Bu kapsamda merak, bireylerin sosyal çevrede nelerin olduğu, nelerin bireyin özel hayatına yönelik olarak gizli kaldığını bilme isteğidir. Gözetleme ise temel kontrol araçlarından biri olup bireylerin mevcut düzene uyumları izlenmektedir. Tüm bunların hepsi mahremiyetin ihlal edilmesine sebep olabilmektedir (Westin, 1970). Oysa mahremiyet bireylerin yaşam şekillerine ve onların toplum içerisinde bir konum oluşturmalarına etki etmektedir. Örneğin bir sağlık kurumu/hekim tarafından tespit edilen bazı önemli hastalıklarda (HIV, Hepatit, gebelik gibi) bu bireylerin bilgilerinin ifşa

olması/edilmesi sosyal statü, iş hayatı ve özel hayat üzerinde olumsuz etkiler yaratabilmektedir. Öncelikle bu durumlarda katılımcı hekimlerin anlatısında dile getirildiği gibi hastaların/bireylerin otonom mahremiyet hakkına sahip olmaları gerekmektedir.

“(...) bana sorarsan hasta dediğimiz kavram biyolojik yaratıktır. O onun kendi özelidir. Kimse kendi isteği olmadan sen hamilesin, sen bilmem nesin, sen kelsin, sen körsün diye kimsenin bilmeye hakkı yoktur. Yani kalkıp bunu ne devlet bilmesi lazım ne şahıslar bilmesi lazım.” (K,1).

“Kısıtlama değil bilgilerinin erişilmesine hastanın izin vermesi gerekiyor. (...) Bence bu hastanın başvurusuyla yapılması gereken yani hastanın size bunu başvurusu lazım. Başvurduğu hekimin onaylanması lazım. Yani her hekimin göremiyor olması lazım. Sadece hastanın okeylemesinin veya yakınının gelip sizden talep etmesiyle olabilecek bir şey bence bu. Olması gereken bu şekilde. (...) Yani her hekimin veya her hemşirenin bir hastanın bilgilerini görmesi çok yanlış bence. (...) Mesaj gönderilmesi bile bence hatalı olabilir. Çünkü bizim hastalara da bazen gidiyor. İşte memnun kaldınız mı hastaneye gittiniz. Kimseye bence böyle mesaj gönderilmesin. Çok anlamsız yani. Telefon bile olsa özel bir şey olsa herkesin erişimine açık bir şey yani birisi görebilir. Hastaneye gittiğini gizlemek isteyebilir.” (K,5).

Katılımcı hekimlerin de (K,1 ve K,5) ifade ettiği gibi bireylerin yaptıkları davranışların ya da bilgilerinin devlet ya da başkalarının ilgisine kapalı kalmasını tercih etmeleri (Türel vd., 2015) ve kendilerini ifşa etmemeleri mahremiyet koruyucu yöntemlerden biridir. Diğer yandan hayatın içinde bazı bireyler açısından mahremiyet içeren ve özel olan değerlerin, kişisel tercihler doğrultusunda diğer bireyler tarafından önemsenmediği de olabilmektedir (Göçmen, 2018). Her ne kadar mahremiyetin, özel ve kamusal alanlarda kullanılan öznel kavram olarak sınırlarını belirlemek zor olsa da verilerin işlenmesi, toplanması, paylaşılması ve aktarılması gibi süreçlerde kontrolün verinin öznesinde olması/kalması veri mahremiyeti bakımından önemli bir ihtiyaçtır. Bu kapsamda kurumlar tarafından mahremiyetin sağlanması adına düzenlemeler ve politikaların yanı sıra geliştirilen teknik yöntemlerden biri de anonimleştirme yoluyla kimlik ifşasının engellenmesidir. Anonimleştirmede, verilerin tipi ve şekli korunarak verilerin faydası açısından kabul edilebilir seviyede mahremiyet koruyucu işlemler geliştirilmektedir (Chaum, 1981). Katılımcı hekimler mahremiyeti koruyucu yöntemlerden anonimleştirmenin hastanede kullanıldığını ve anonimleştirmenin aslında bireylerin kimlik olarak olmasa da fiziksel ifşalarına sebep olduğunu belirtmişlerdir.

“Mahremiyete saygı adına yapılan uygulamalarımız var. Hangi poliklinik olursa olsun sekretere isminin gizlenmesi talebi olan her hasta polikliniklerin görünür ekranlarında şifreli olarak kayıt edildikleri için isimleri şifreli gözükmemektedir. Kadın doğum ve psikiyatri gibi bazı özellikli birim polikliniklerinde hasta rumuzu kullanılmaktadır. Hasta adı kullanılmamaktadır.” (K,13).

“Çok saçma bir şey var. Ben size söyleyeyim. HIV pozitif hastalara yani aidsli hastaların ismini farklı yazıyor. Kan alırken de farklı yazıyor. Ama normal yazsa anlamayacağım. Ama ben o şekilde ismini gördüm mü biliyorum ki bu hasta HIV’li. Nasıl yazıyor biliyor musun? İşte Ali Veli’yi A.V. 72 yapıyor mesela. Tamam mı? Bana bu şekilde kayıta bu hasta düştü mü, ben biliyorum ki bu HIV pozitif. Yani hakikaten ben bu işlevi yapanların tıbbi görevleri olduğunu da zannetmiyorum.” (K,19).

Bireyle ilişkilendirilmeyecek şekilde yapılmaya çalışılan anonimleştirme de amaçlanan bireyin kalabalık içinde tanınmaması iken yapılan anonimleştirmeye aslında bireyin başkaları tarafından görünmez/farkedilemez olan damgasının görünür kılındığı, diğer bireylerin meraklı bakışlarına maruz kalmalarına ve işaretlenmelerine/etiketlenmelerine sebep olunabildiği anlaşılmaktadır. Dolayısıyla birey kalabalık içinde kaybedilmeye çalışılırken bireyin ismen olmasa da fiziksel olarak bilinir olmasının yolu açılmaktadır. Oysaki mahremiyet, bireylere, kişisel özerklikle beraber toplum tarafından gelebilecek/gelecek bütün baskılara karşı koyma, kişisel ve duygusal alanlarda da özerkliğini güvence altına alma imkânı sağlamalıdır (İnceoğlu, 2010). Dolayısıyla bireyler açısından vazgeçilmez bir unsur olan mahremiyetin kurulması ve yaşam süresince korunması önemlidir. Çünkü mahremiyetin, bireyi hem sistemin mekanizmalarına hem de insanların sistem geliştirmelerine (bireyi hem ruhen hem de bedenen diğer insanlardan gelebilecek tehlikelere) karşı koruma işlevleri bulunmaktadır (Newell, 1995). Katılımcı hekimler mahremiyetin tıptaki işlevini hekim ile hasta arasında güvene dayalı özel ilişkinin tesis edilmesi şeklinde dile getirmişlerdir.

“Dijitalleşme öncesinde poliklinikte hasta muayenelerinde, hasta bulgularını kısaca poliklinik defterlerine yazıyorduk. Yani poliklinik defterleri tutuyorduk. Şimdiyse hasta bilgi ve bulgularını bilgisayara detaylı bir şekilde giriyoruz ve hasta bilgileri, raporları, filmleri serverlarda depolanıyor. Hasta açısından hasta bilgilerinin üçüncü şahıslara geçme durumu ya da veri güvenliğinin sağlanamaması durumu söz konusu olabilir. Dolayısıyla bu da hasta ile hekim arasındaki güveni zedeleyebilir. Hasta bundan dolayı kendisi ile ilgili bazı bilgileri

verme konusunda çekinebilir.” (K,11).

Katılımcı hekiminde (K,11) ifade ettiği gibi mahremiyet ilkesi hekim ile hasta arasında güvene dayanan özel ilişkinin kurulmasında önemlidir. Çünkü hastalar, bedenleriyle birlikte verdikleri bilgilerin korunacağına inandıkları zaman utandıkları veya duyarlı olunmasını istedikleri bilgileri ve temas gerektiren fiziki muayene için hekimlere izin verebilmektedirler (Geiderman vd., 2006). Mahremiyetin sağlanması, hastaların hekimlerine; anlattıkları bilgilerin başkalarına açıklanmayacağına inanmalarına, dürüst ve açık bir şekilde durumları hakkında bilgi verebilmelerine imkân tanımaktadır. Böylece hekim-hasta arasında oluşan güven bağı ve teknik becerileri ile hekimin elde ettiği bilgiler dâhilinde hem teşhis hem de tedavi süreci olumlu yönde ilerleyebilmektedir. Dolayısıyla mahremiyet, hastanın bireysellik ile gizlilik düşüncesine saygının ve sağlık bakımının geliştirilmesini sağlamaktadır (Siegler, 1982). Diğer taraftan mahremiyetin zedelenmesi güven duygusu ile onun yansımaları ve devamlı üretilmesi gereken güvenilir olmanın zedelenmesine sonucunda da bireyin sağlık hakkına ulaşmamayı tercih etmesine, etik ve hukuki sorunların gelişmesine neden olabilmektedir. Bununla birlikte birey açısından önemli sorunların başında toplumsal soyutlanma, dışarda bırakılma, sosyal dışlanma ve damgalama gibi ayrılmaya neden olacak durumlar gelmektedir. Bir hastaya konulan ve hekim tarafından o an için normal görülen, işinin kolaylaşması için sisteme girilen bir tanının/tanı kodunun bireyi iş piyasası dışında bırakabileceği katılımcı hekim tarafından aşağıdaki şekilde ifade edilmiştir.

“Ben ne tanılar görüyorum. Hastayla uzaktan yakından ilgisi olmayan. (...) Yani bu etkiliyor, engelliyor ama bunu aşmak kolay. Yani tam istediğin tanıyı bulmasan da yakın bir şey bulabilirsin. Zaman harcamak lazım. Arkadaşların çoğu zaman harcamıyorlar. Bugün yaşadım bir tane. Bir tane kız çocuğu geldi. 17 yaşında. E-nabzına girdim. Hayat boyu orada yapışık kalacak epilepsi. Sende epilepsi de varmış. Yok dedi, epilepsim falan yok dedi. Sonra tetkiklerine bir girdim. Ne EEG ne bir şey var. Birisi epilepsi diye atmış kafadan, koymuş oraya. Belki kız bir kere senkop geçirdi. Bir şey oldu. Bilmem kaç yıl önce. Sonra da bir daha hiçbir nöbet yani hiç hayatında epileptik bir şey tanımlamıyor. Ön tanı olarak düşünmüş olabilir arkadaş ama yani ön tanıyı oraya yazmak zorunda değilsin. Çünkü orada senkop diye de bir tanı var. Senkop yaz oraya. Ondan sonra epilepsi tetkiklerini yap. Epilepsi çıkarsa tanını düzelt ya da ekle. Hayır. Adam epilepsi yazmış. Şimdi nerde girilse o kızcağızın şeyine belki ilerde işe girişte (...) belki şirketler inceleyecekler. Yani bu kız epileptikmiş diye almayacaklar yani çok büyük sakıncalar var.” (K,31).

Katılımcı hekimin anlatısında belirttiği gibi hekim tarafından o gün için iş görülsün ya da kolayına geldiği için birey düşünülmeden sisteme girilen zararsızmış gibi düşünülen bir tanı/tanı kodu ilerde bireylerin sosyal dışlanmaya maruz kalmalarına sebep olabilir. Sosyal dışlanmanın ekonomik (işsizlik, güvencesiz işsizlik), sosyal (aile ilişkilerinin bozulması, evsiz kalınması), politik (seçmen olarak kayıt edilmeme) ve mekânsal (dezavantajlı grupların bir arada yaşaması) yönleri bulunan çok boyutlu bir kavramdır. Diğer yandan bazı bireyler ya da gruplar sahip oldukları farklılıklardan (etnik, dinsel, yaşam biçimi vb) kaynaklı dışlanma riskine maruz kalabilmektedir (Percy, 2000; Akt. Timurturkan vd., 2017). Dolayısıyla sosyal dışlanmanın çok boyutlu ve geniş kapsamlı olması bireylerin çok farklı alanlarda problemler yaşamasına neden olabilmektedir. Her ne kadar bir hekimin elektronik ortama hastası için girmiş olduğu tanı/tanı kodu (bireyin sistemdeki damgası) toplum tarafından görülemeyecek olsa da dijital veri ikizinin bir şekilde birilerinin/kurumların/şirketlerin eline geçebilmesiyle ortaya çıkan bilgi asimetrisi, bireyin damgalanıp dezavantajlı duruma düşmesine sebep olabilmektedir. Çünkü bu durumda bireyin sahip olduğu niteliklerle toplumsal değerlerin birbirine uyuşmaması söz konusu olmakta haliyle damga/damgalama süreçleri gelişmekte ve damgalanan bireylerin sorunlar ya da istenmeyen durumlar yaşamasına neden olmaktadır (Goffman, 2014). Hal böyle olunca birey sahip olduğu dezavantaj nedeniyle iş ile sosyal ilişki ağları içinde daha az kabul görüp daha az tercih edilir olmaktadır. Dijital veri ikizi sayesinde dijital alanda damgalanan bireyin kendisinden kamusal alanda sakınılmaktadır.

5.2.2. Sermaye, Dijital Hastane ve Verilerin Metalaşması

Bilgisayar teknolojileri ve internetin gelişmesiyle birlikte enformasyon, geniş çapta dolaşım özelliği kazanması nedeniyle devamlı bireyler ile sistemler arasında dolaşım halindedir. Dolayısıyla bu dolaşım sayesinde hem enformasyon hem de bireylerin ürettikleri/oluşturdukları veriler sermaye niteliği yani değişim değeri kazanmıştır. İşlenmemiş enformasyon parçacığı şeklinde ifade edilen veriler, bireylerin yaşamlarının, bilgisayarlar aracılığıyla depolanmasını, işlenmesini, üçüncü şahıslar için değere dönüştürülmek suretiyle tahsis edilebilmesini sağlamaktadır. Kuşkusuz doğrudan meta olmayan veriler, şirketlerin veri kümeleri oluşturmaları ve daha büyük veriler ile bağlantı kurularak metalaştırılmaktadırlar (Kaya, 2021). Nitekim büyük veri teknolojileri, ekonomik, toplumsal, teknik ya da yasal çıkarımların yapılabilmesini sağlayan örüntülere ulaşılabilmesi amacıyla algoritmik kesinlik ile hesaplama gücünün maksimize edilmesini hedeflemekte olup bunun için birçok kaynaktan gelen veri setlerinin birleştirilmesi, bağlantılandırılması, karşılaştırılması, yönetilmesi ve

analiz edilmesini kapsamaktadır (Boyd ve Crawford, 2012; Akt. Oflas, 2020). Büyük veri teknolojileri, belirli seviyede donanım ve yazılım bilgisi gerektirmektedir. Bu nedenle çoğunlukla büyük ölçekte faaliyet gösteren şirketler ile devlet yönetimleri tarafından kullanılmaktadır.

Büyük veri teknolojileri ile oluşturulan veri depolama ve analiz kapasiteyle birlikte globalleşen ekonominin yeni dinamikleri ortaya çıkmıştır. Büyük verinin otonom bir süreç olmadığı, toplumsaldan kaynaklandığı, yeni birikim mantığı gözetim kapitalizminin temel bileşeni olduğu belirtilmektedir. Bu yeni veri kapitalizmi, insan davranışlarını gelir ve piyasa kontrolü üretmenin bir yolu olarak tahmin etmeyi ve değiştirmeyi amaçlamaktadır. Veri akış kaynakları ise, nesnelerin interneti, internet kullanıcılarının kişisel ve davranışsal verileri, sensörler, sağlık hizmetleri operasyonları, bankalar, kredi derecelendirme kuruluşları, havayolları, vergi ve nüfus sayımı kayıtları, kredi kartı, sigorta, ilaç ve telekom şirketleri, kurumsal ve devlet veri tabanları, akıllı telefonlar, uydular şeklinde sıralanmaktadır (Zuboff, 2015). Tüm bu veriler, büyük veri teknolojilerindeki algoritmalar ve benzerleri tarafından işlenirken bireylerin ses örüntüleri, vücut sıcaklıkları, cihazların tuşlarıyla işlem yaparken uyguladıkları kuvvet gibi veriler dahi dikkate alınarak bireyler hakkında davranışsal anlamlar çıkarılmakta, profillemeler yapılmakta ve kategoriler oluşturulmaktadır (Handbook on European Data Protection Law, 2018). Diğer yandan veri destekli karar alma teknikleriyle, oluşabilecek eğilimler saptanarak geçmişteki deneyimlerle harmanlanarak, şirketlerin karar verme becerileri arttırılmaktadır. Böylelikle veri destekli karar alma teknikleriyle şirketler gelir elde etmenin yeni stratejilerini geliştirmiş olmaktadır (Bollier ve Firestone, 2010). Dolayısıyla iş dünyası ve devletler (yani Google gibi şirketlerin yanı sıra sağlık hizmetleri, sigortacılık, bankacılık gibi alanlarda faaliyet gösteren sektörler) tarafından, satın alma davranışları ve kamu hizmetleri kullanımları baz alınarak bireylerin davranışlarının daha etkili biçimde anlaşılabilmesi amacıyla büyük veri setlerinin yorumlanmasına ihtiyaç duyulduğu hatta bu nedenle veri analitiği kullanıldığı belirtilmektedir (European Data Protection Supervisor, 2018). Anlaşılacağı üzere teknolojiler benzersiz olanaklardan oluşmakta, ancak bu olanakların gelişimi ve ifadesi, teknolojilerin tasarlandığı, uygulandığı ve kullanıldığı kurumsal mantık tarafından şekillendirilmektedir.

Günümüzde dijitalleşme ve veri çağında, dijital hastaneler; bilgiye/veriye dayalı ağlar etrafında örgütlenmekte, akışlardan oluşan doğası nedeniyle de akışlar uzamının yapısal hâkimiyetinin izini taşımaktadırlar (Castells, 2008). Her ne kadar hasta yoğunluğu yaşanıyor

olsa da dijital hastanelerin gelişmiş seviyede bilgi/veri sağlayan otomasyon sistemleriyle yönetilmesi ve bireylere uzanan e-sağlık, e-devlet hizmetleri gibi geniş alanı kapsamı dolayısıyla hastane içerisinde insan hareketi azalmakta, daha çok meta/bilgi/veri dolaşımı ortaya çıkmaktadır (Baştan ve Ökmen, 2004). Çünkü hastalar çok büyük miktarlarda bilgi/veri üretmektedirler. Elbette kâğıt tıbbi kayıtların yerini elektronik tıbbi kayıtların (ETK) alması, hasta bakımını daha kolay ve verimli hale getirmiştir. Diğer yandan BİT ve bilgi sistemleri aracılığıyla bireylerin hastalıkları, tedavileri, sonuçları hakkında verilerin toplanmasıyla bu tedavilerin etkinliği, tüm popülasyonda yan etkileri ile hasta özellikleri arasındaki ilişkiler hakkında otomatik olarak çok değerli bilgiler/veriler elde edilebilmektedir (Thimbleby, 2013). Nitekim ulus ötesi şirketlerle (Google gibi) birlikte birçok küresel ve yerel şirket internet ve büyük veri teknolojilerini kullanarak kârlarını ve reklam değerlerini arttırmak için bireylere yönelik tüm bilgileri/verileri (kişisel ve davranışsal) toplayıp, analiz etmekte ve bireylerin davranışları metalaştırılmaktadır. Örneği Google üzerinden verirsek, Google'n bir sigorta şirketine verilerin erişimini satması halinde bu şirket gelirlerini artırmak ya da maliyetlerini düşürmek için bireylerin mutfaklarındaki bir bilgi döngüsüne müdahale etme hakkını satın alabilir. Bireyin çok fazla dondurma yiyerek kendisini kalp hastalığı veya şeker hastalığı riskine attığına karar verdiği an buzdolabını kilitleyebilir. Daha sonra, bu birey daha yüksek prim veya teminat kaybı olasılığıyla karşılaşabilir (Zuboff, 2015). Bu bağlamda tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların metalaşma potansiyeli taşıdığı belirtilebilir. Katılımcı hekimlerle yapılan görüşmede tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların metalaşmasına yönelik hipotetik bir olgu paylaşılmıştır. Katılımcı hekimler tarafından sağlık sisteminden kaynaklı olarak ya da özel sigorta şirketlerinin yaygın olmaması nedeniyle tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların metalaşması durumunun mümkün görünmediği belirtilmiştir.

“Şu an için pratik olarak öyle bir şey olması çok mümkün değil. Çünkü bizde özel sigorta şirketleri yaygın değil. Ha ileride tamamen sağlık özel sigortaya geçerse bunlar nasıl kullanılır? Onu, bir şey bilemem. Ama devlette, sağlık güvencesiyle işleyen bir sistem de çok zannetmiyorum.” (K,8).

“(...) bu Türkiye gibi bir yerde zaten pek olacak bir şey değil. Amerika'da olsa doğrudan. Türkiye'de pek olacak iş değil.” (K,19).

“Hasta ve hastalıkların metalaşacağını sanmıyorum. Türkiye şartlarında hasta veya hastalıkların metalaşması çok zor. Ancak sigorta şirketleri çıkmaza girerlerse araştırıp

yapabilirler. Mesela kömür santralinin olduğu yerdeki kanserli hastalara sigorta yapmayabilirler.” (K,23)

Oysaki katılımcı hekimin (K,23) düşüncesinin aksine sigorta şirketlerinin sağlık verilerini kullanabilmesi için çıkmaza girmesi neticesinde araştırma yapması gerekmemektedir. Çünkü verilerden arındırılmış bir ortamda sigorta sektörü düşünülemeyeceği için, Türkiye’de de genel işlenen kişisel verilerle birlikte sağlık verileri, sigorta ilişkisinin kurulmasından sözleşme yükümlülüğünün yerine getirilmesine kadar olan süreçlerde (yani sağlıklı risk analizi ve tazminat yönetimi için) sigortaların sağlık, hayat, hastalık ve sorumluluk branşlarında hâlihazırda kullanılmaktadır. Ayrıca yabancı ortakları bulunan sigorta şirketleri, yurtdışındaki grup şirketleri ile sistemleri ortak kullanabildikleri gibi veri merkezi yurtdışında olan bulut hizmetlerini de kullanabilmektedirler (Çetin ve Alpay, 2020). Her ne kadar katılımcı hekimler tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların metalaşmasını mümkün görmeseler de sigortacılık, bankacılık gibi kişisel verilerin belli başlı girdilerden olduğu sektörler ile yurtdışına bilgi toplumu hizmetleri ihraç eden BİT ile uğraşan firmaların ülkeler arasında da veri paylaşımı olanağının bulunması (Akıncı, 2017) tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların metalaşma riski varlığının bir göstergesi kabul edilebilir.

Diğer yandan tıp şimdi her zamankinden daha fazla, sağlık hizmetlerini bireylerin ve toplumların belirli özelliklerine ve ihtiyaçlarına göre tahmine dayalı, önleyici, katılımcı ve dinamik olarak uyarlamayı, ayarlamayı ve kişiselleştirmeyi amaçlarken hem büyük hem de küçük verileri sürekli olarak iyileştirip onlardan öğrenmektedir (Car vd., 2019). Dolayısıyla gelecekte, genomik ve kişiselleştirilmiş tıp nedeniyle bilgi/veri miktarının çarpıcı biçimde artmasıyla, daha fazla hasta verisi toplandıkça, daha fazla içgörünün elde edilebileceği de belirtilmektedir (Thimbleby, 2013). Nitekim son yıllarda International Business Machines (IBM), Watson Health analitik hizmetini iyileştirmek için elektronik sağlık kayıtlarından, tıbbi görüntüleme genetikten gelen verileri bütünleştirmektedir (Kennedy, 2017). Böylelikle sağlık hizmetlerinin kişiselleştirilmesi, nüfus büyüklüğünde pazar elde etmek anlamına geldiği gibi hekimlere, hastanelere satış yapmak yerine üreticilerin direkt bireylere satış yapabilmesi anlamına da gelmektedir. Çoğu katılımcı hekim tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların metalaşma durumunun söz konusu olduğunu ifade etmişlerdir.

“Zaten metalaşmak zorunda. Metalaşmayacak olduktan sonra adam niye onunla uğraşsın. Para kazanmayacak olduktan sonra. (...) adam babasının hayrına mı senin hastanenin yazılımını şey yapacak. (...) Bence bu insanların kapitalleşmesine bağlı. İnsanlar

ne kadar çok kapitalleşirse o kadar birbirini metalaştırır. (...) Bazı şey deniyor ki, bilmiyorum doğru mu yalan mı da? Toplumların gen haritalarını çıkarıp o toplumlara göre hastalık yaratıp o toplumlara çünkü ilaç sanayinin arkası karanlık olduğu söyleniyor.” (K,1).

“Bir ilaç piyasaya sürecekseniz elbette o anda kaç tane atıyorum o hastadan var hedef kitlesi olan hastadan var önceden ne kadardı? Artış hızı nedir? Dolayısıyla ticari planlama açısından önemli bu. Ne kadar üreteceksin ne kadar yatırım yapacaksın? Eğer beş sene sonra %3 artış düşünüyorsan elbette sistemini ona göre ayarlayacaksın.” (K,2).

“Verilerin tamamı kullanılıyor. Sağlıkla ilgili kuruluşların verileri zaten yeterince gizli tuttuğuna inanmıyorum. Uluslararası büyük yatırımcıların verilere ulaştığını düşünüyorum. Sağlık politikalarını etkiliyor. Sistemden bağımsız düşünmek mümkün değil. (...) 1980’den sonra hastalık ve hasta çok büyük meta. Bu sisteme göre koruyucu hekimlik düşman.” (K,9).

“Verilerin metalaşma riskini elbette getirir. Kötü niyetli insan ya da şirketlerin elinde bütün ülkenin sağlık verilerinin olmasını çok tehlikeli buluyorum. (...) Hasta ve hastalıklar metalaştırılır. Normal sınır çok daraltılırsa normal olmayan insan sayısı çok artar, insan fonksiyonlarına anlamlı etkisi olmayacak minimal değerlere sahip insanlar hasta kategorisine sokulup gereksiz ilaç verilme yollarına gidilme durumları olur.” (K, 26).

Katılımcı hekimlerin anlatılarından yola çıkarak kapitalizmin günümüzde kârını arttırmak için “veri sömürgeciliği” (Coudry ve Mejias, 2019; Akt. Kaya, 2021) yoluyla bireylerin yaşamını yönetmeye çalıştığı ifade edilebilir. Bununla birlikte veri birikiminin kişiselleştirme yoluyla rasyonelleştirildiği de söylenebilir. Dolayısıyla veri paylaşımı, bilgi alışverişi benzeri yaklaşımlar ile üstü örtülen uygulamalar sürecinde verilerin metalaşması ve verilerin gözetlenmesi olasılığı katılımcı hekimlerin ifadelerine yansımıştır. Kaldı ki kişisel veriler, hassas veriler (tıbbi kayıtlar, biyometrik sensör verileri gibi) ile davranışsal verilerin toplanma ve kullanılmasıyla ilgili süreçler de görünür kılınmamaktadır (Ofas, 2020). Açık ki enformasyonel kapitalizm sürecinde çeşitli kaynaklardan veriler çekilerek “veri sömürgeciliği” olarak adlandırılan yeni bir dünya düzeni inşa delilleriyle mevcuttur. Dolayısıyla veri sömürgeciliği, yaratmış olduğu (karmaşık ancak birbirleri ile bağlantılı kendine has) güç sistemiyle kapitalizmin bir sonraki aşamada da sürdürülebilmesini sağlamaktadır. Artık yeni bir hammadde olarak bireylerin oluşturdukları/ürettikleri veriler keşfedilmiş ve artı değer elde etmek için veri sömürgeciliğiyle nicelleştirme/sayısallaştırma

yapılmak suretiyle bireylerin yaşamlarını şirketler/devletler kendilerine mal etmektedirler (Kaya, 2021). Hal böyle olunca dijitalleşen devlet yönetimi ile veri zengini şirketler tarafından öngörücü algoritmalarla veri destekli karar alma tekniklerinin birlikte çalıştırılması sonucunda, davranışsal profillemeye teknikleri ile hedefli reklamcılık oluşturulmuş ve bunlar kullanılmaya başlanmıştır (Ofas, 2020). Katılımcı hekimler tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların hedefli reklamcılık için kullanılabilceğini zımni ve açık olarak dile getirmişlerdir.

“Zaman ne getirir bilemem. Ama bugün telefon numaranızı telefon şirketleri bile başkalarına veriyorlar. Ve bir sürü reklam geliyor telefonunuza. Benim hiç muhatap olmadığım, hiç gitmediğim insanlardan veya firmalardan veya şirketlerden reklam habire geliyor.” (K,7).

“Ben hastaların sağlık verilerinin metalaşma riski taşıdığını düşünüyorum. (...) Elbette kişilerle ilgili diğer tüm verilerde olduğu gibi dijitalleşmiş yığın haline gelmiş hastaların sağlık verileri de metalaşma riski taşıyor. Örneğin telefon şirketleri kişilerin telefon numaralarını reklam şirketlerine satıyor. Bu sağlık verilerinin kişilerin rızası olmadan, kontrol sağlama, ilaç firmalarının hedef kitlesi ve güvenlik çalışması olabilme riski mevcut. Bunların özel şirketlerde olabileceğini düşünüyorum.” (K,11).

“Mesela medikal firmaları ya da ilaç firmaları kötüye kullanabilir. Bu verilere göre internet üzerinden reklamlar yaparak hastaların algıları ile oynayıp hekim üzerinde bu ilaçların yazılması için baskı uygulayabilirler. Yani bu işin içine hastaları bile dâhil edebilirler. Bu anlamda hastaları tükettirmeye çalışarak hastaları ve hastalıkları meta olarak kullanabilirler. Mesela kitapla ilgili bir internet sitesinde bir kitap bakıyorsunuz. Sonra günlerce o siteye girmediğiniz halde, internette başka işlemler yaparken o baktığınız kitabın devamlı reklamlarının çıkması gibi hastalara da hastalıkları ile ilgili ilaçların ya da cihazların reklamlarını yapabilirler diye düşünüyorum.” (K,16).

Katılımcı hekimlerinde ifade ettikleri gibi ürün satışının yanı sıra bireylerin belli konulardaki fikirlerini etkilemek/değiştirmek amacıyla reklamlarla manipüle edilmeleri söz konusu olabilmektedir. Dolayısıyla katılımcı hekimin (K,16) anlatısındaki “hastaların algıları ile oynayıp ilaçların yazılması için hekime baskı yapabilirler” ifadesi sağlık sermayesinin kârını artırmak ve hegemonyasını sürdürmek için pazar stratejisini bu yönde genişletebileceği ve manipüle edilen hastalar aracılığıyla hekimleri tahakkümleri altına alabileceklerini

göstermektedir. Diğer yandan, hedefli reklamcılık ticari aktörlerin yanı sıra, devlet yönetimleri, siyasi ve ideolojik hareketler, siyasi partiler ve adayları gibi organizasyonlar tarafından bireyleri ve toplumları etkileme, manipüle etme amacıyla kullanılabilir (European Data Protection Supervisor, 2018). Böylelikle reklamcılık yoluyla kapitalist sistem hedeflerinin içselleştirilmesini sağlamaktadır. Öte yandan bazı katılımcı hekimler ise tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların metalaşması durumunu toplumsal fayda üzerinden meşrulaştırarak olumlu bulduklarını belirtmişlerdir.

“Yani ben kötü bir şey düşünmüyorum. Hani istatistik açısından kullanılabilir. Bilime yararlı olur bence yani zararlı olabilecek bir şey düşünmüyorum. (...) Hani guatr hastası çok buraya guatr ilacı çok çalışalım yararlı. Yani guatr hastaları guatr ilaçsız kalmasınlar. Hani çok böyle metalaşmasının da bilmiyorum çok zararlı olacağını düşünmüyorum.” (K,14).

“(...) bilim adına mı kullanılacak yoksa para adına mı kullanılacak o dijital ortamın kullanıcılarına, niyetleriyle paralel bir şey o. Biz bilim adına depolandığını, efendim ne bileyim hastalığın sıklığı, hastalığın öngörüsü, yaşam öngörüsü, konfor öngörüsü hususunda kullanılır umuduyla biz bakıyoruz.” (K,20).

Katılımcı hekimlerin düşüncelerine benzer şekilde büyük veri teknolojilerinin (davranışlara yönelik verilerin derin analizinin yapılması sonucunda geliştirilen öngörücü teknikler sayesinde) ekonomik, politik, toplumsal vb. problemlerin çözülebilmesinde, aşılabilmesinde ve kontrol edilebilmesinde yararlı olabileceği düşüncesinin de yaygın olduğu belirtilmektedir (Ofas, 2020). Diğer taraftan düalist, belirlenimci ve doğrusal mantığın derinleşmesine neden olan dijital çözüm anlayışının, sömürü ve baskının yeni niteliklerinin gelişmesini sağlayan araçsal sebepleri de yoğunlaştıracağı ifade edilmektedir (Fuchs ve Chandler, 2019). Nitekim bazı katılımcı hekimlerin ifadelerinden tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların metalaşmasına yönelik paylaşılan hipotetik olguyu normalleştirdikleri hatta rasyonel ve meşru gördükleri anlaşılmaktadır.

“Sen sigorta şirketi sahibi olsan normal bir insana atıyorum mesela yılda 10 lira masraf ediyorsan diyabetliye 100 lira masraf edecek. Çünkü sen yılda bir kere hastaneye ya gidersin ya gitmezsin ama o haftada bir kere gitmek zorunda. 15 günde çünkü ilaçsız yaşayamaz.” (K,1).

“Gerçek, gerçek bakidir. Yani sonuç itibarıyla bu hasta şeker hastasıysa, kalp hastasıysa diyabetik hastaysa sonuç itibarıyla yasal prosedürler içerisinde de sistem

içerisinde zaten sizin bir kalp hastalığınız bir kalp yetmezliğiniz varsa size hayat sigortasını bana bir liraya yaparken size 100 liraya yapıyorlar. Bu zaten bu kapitalist sistemin bir şeyi hani getirisi.” (K,4).

Refah devletinin; gençlerin yaşlıları, çalışanların aylakları, sağlamların hastaları sırtında taşıdıkları bir sistem olduğu (Friedman ve Friedman,1988) ifadesi bağlamında katılımcı hekimlerin günümüzde hâkim olan neoliberal çizginin belirgin tutumunu zımni olarak meşrulaştırdıkları ifade edilebilir. Dünya ekonomisinde üretemeyenlere dahası üretileni tüketemeyenlere yer verilmemektedir. Dolayısıyla piyasa yalnızca belli azınlığın yararına çalışmakta ve tüketemeyenler ise dışarıda kalmaktadır. Neoliberal ekonomiye göre dışlanma normal olup bireyler yaşama hakkından dahi dışlanabilmektedir. Hal böyle olunca birilerinin kazanması için birilerinin kaybetmesi gerekmektedir. Bu durumda da sağlıklı olan/hasta bireyler oyunu kaybeden tarafta yer almaktadırlar. Çünkü üretemediklerine göre bir şekilde tükettirilmeleri (sağlık tüketimleri ödemeleri) gerekmektedir (Tartanoğlu, 2011). Böylece bireyin hiçbir koşul ve düzeyde piyasadan bağımsızlaştırılmasının kabul edilmediği, kapitalizmin dinamik bir sistem olduğu, bünyesinde toplumsal eşitsizlikleri barındırdığı (Özüğurlu, 2011) görülmektedir. Çünkü kapitalist sistem eşit olmayan bir yapıya sahip olmakla birlikte sistemin devamı eşitsiz büyümenin bazı grupları dışarıda bırakmasına bağlıdır. Dolayısıyla sosyal devleti ortadan kaldırmayı talep eden küresel kapitalizm devletin yapmış olduğu yeniden dağıtımı da hoş karşılamamaktadır (Tartanoğlu, 2011). Hal böyle olunca günümüzün veri kapitalizmi için, “bilgi güçtür, güç bilgidir” (Foucault, 1980) sözüne atıfla, veri ile gücün birbirleriyle entegre olduğu, geçmişteki dinamiklerine göre daha gelişmiş manipülasyon ve sömürü araçlarına sahip olduğu ve dolayısıyla veri çağında (maddi ve zihinsel üretim araçlarının sahibi sınıfın) egemen olanların iktidarını devam ettirebilecekleri toplumsal sistemin yeniden üretilmeye başladığı söylenebilir.

5.2.3. Hekimlik Mesleği, Toplumsal Statü ve Güç/İktidar

Bireylerin toplu yaşamaya başlamalarından itibaren uzun bir dönem hekimler, büyücü/din adamı-hekim şeklinde bir toplumsal rol almışlardır. Tıp mesleği, 19. yüzyıla kadar büyü, metafizik ve sınırlı teknik donanımla yürütülmüştür. Oysa Aydınlanma Çağı ile birlikte rasyonel ve sistemli düşünce olgunlaşmaya başlamış, doğa bilimleri bu yönde gelişmiş ve bunların etkisiyle tıp bilgisinin kapsamı dönüşmüştür. Kuşkusuz Eski Mezopotamya, Mısır, Yunan, İslam, Çin tıbbi dönemlerinde, bu dönemlerin kendilerine özgü gelişmiş tıp pratikleri bulunmaktadır. Ancak bu dönemlerdeki tıp pratikleri, teknik sınırlılıklar, dini bağnazlık,

devamlılık ve sistemliliğin olmaması, tümel anatomi ve fizyoloji bilgileri ile epistemolojik olarak bütünleşememeleri gibi sebeplerle, parça parça, düzensiz, çoğu zamanda ferdi çabalarla yürütülen girişimler şeklinde uygulanmış ve o şekilde de kalmışlardır (Ergur ve Çobanoğlu, 2020).

19. yüzyıla gelindiğinde tıp bilgisinin, tekniklerinin ve sistemlerinin ilerlemesiyle, genel düşünsel dönüşüm ile hakikat rejimindeki değişim sonucunda gerçekleşmiştir (Foucault, 1999) Nitekim tıp sistemli, derinlikli, rasyonel ve hiyerarşik bilgileri gerekli kılarken aynı zamanda teknolojinin getirmiş olduğu yeniliklerden de destek alarak ilerlemiştir. Böylelikle toplum yapısı içerisinde oldukça güçlü ve önemli bir meslek olan hekimlikte, tıbbi bilginin artmasına bağlı tıbbi egemenlikte artmaya başlamıştır (Mumford, 1983; Akt. Turner, 2017). Dolayısıyla 19. yüzyıl sonlarından itibaren hekimin toplumdaki gücü ve nüfuzu bilimsel bilgi temeli üzerine kurulmuştur (Foucault, 2018). Çünkü hekimlik mesleğinin bir gerekliliği olan bilginin ayırıcı gücü, tıbbi otoritenin toplum içerisinde güç olarak belirlenmesinde önem teşkil etmektedir. Böylece iktidar bilgiye eklenirken bilgide iktidara eklenmektedir. Nitekim iktidar, yasalar bütünü veya bir devlet aygıtından daha farklı biçimde hem kompleks hem de yaygın ve yoğundur (Foucault, 2019a). Çünkü iktidar özünde, “yapmamalısın” diyen kimse olarak tanımlanırken (Foucault, 2019b) aslında hayır diyen bir güç olarak da bireylerin karşısında durmamaktadır. Bu özelliği de onu olumlu kılıp kabul görmesini sağlamaktadır. Ayrıca otorite, imtiyazlı ezoterik bilgiye sahip olunması bağlamında da farklılaşmaktadır (Bottomore ve Nisbet, 2006). Böylece modernleşme ile gelişen eylem gücüyle bilme birlikteliği, bilginin uygulayıcıları olan bireyleri otoritenin en üst basamağına çıkarmıştır (Bauman, 2018). Dolayısıyla hekimler imtiyazlı statüleri ve ezoterik bilgileri nedeniyle tıbbi otoriteyi uzunca süre ellerinde bulundurmışlardır. Aynı zamanda tıbbi bilginin hızlı ve olağanüstü bir şekilde gelişmesiyle birlikte hastaların bu bilgiye erişimleri olmamıştır. Tıbbi bilginin gücü, uzmanlaşmanın ve teknolojik yeniliklerin eklenmesiyle birlikte artmıştır. Dolayısıyla sağlık alanında bilginin ve yeteneğin insan yaşamı için önemli olması toplumda hekimliğin imtiyazlı durumunu güçlendirmiştir. Böylelikle hastalar hekimlerin verdikleri bilgileri sorgulama süzgecinden geçirme gereği duymadan kabul edip içselleştirmişler ve onların kararlarını itiraz etmeden uygulamışlardır. Görüldüğü üzere hekimlik mesleğinin egemenliğinin temelinde ezoterik bilgi yer almaktadır. Nitekim bu ezoterik bilginin muğlak olduğu kadar rutinleşme ve yorumlamaya müsait yapısı gereği, hekimlerin imtiyazlarını zayıflatabileceği gibi rutin/standart bilginin iş bölümü içerisinde küçük parçalara ayrılmasından dolayı vasıfsızlaşmayı da beraberinde getirebileceği

varsayılmaktadır. Bunların yanı sıra, tıp ve hukuk alanının uzmanlık bilgilerinin, rutin ve sistematik prosedürlere tamamen bağlı olmadığı da belirtilmektedir (Turner, 2017). Öte yandan bir mesleğin profesyonel meslekler kategorisi içerisinde yer alabilmesi için bireylerin, uzmanlık bilgisini edinmelerinin yanı sıra büyük ölçüde genel ve sistematik bilgiye (fizik, din, edebiyat vb) sahip olmaları, mesleki bilginin elde edilmesi ve kontrolünün sağlanmasına yeterli olacak tecrübenin kazanılması, bireysel çıkarların yerine toplumsal çıkarların gözetilmesi, meslektaşlarıyla arasında ortak değer ve etik kodların oluşturulması gerekmektedir (Hopkins vd., 1996). Katılımcı hekimlerden bir tanesi toplum tarafından itibar görmelerinde yalnızca tıp eğitimi ve uzmanlıklarının gözetilmediğini genel ve sistematik bilgi unsuruna da yer verildiğini şu şekilde ifade etmiştir.

“Trenle gelip giderken bir gün Soma’dan bir avukat bindi benim masama. (...) Oturdu. (...) ben işte öğrenci olduğumu falan söylediğimde o avukatın bir sözü var. (...) kendisi de Galatasaray mezunu yani ben o zaman 20’li yaşlardayım, o 70’li yaşlarda. ‘Tolstoy’u, Çehov’u, Shakespeare’i okumamış bir doktora kendimi muayene ettirmem’ dedi.” (K,18).

Katılımcı hekimin anlatısından da anlaşılacağı üzere, meslek, zihniyet dünyasının niteliğini de yansıtmaktadır. İşlevleri itibari ile hem bireysel hem de toplumsal yaşamın odağı konumdaki meslek, bireylerin topluma katılımlarında ve toplumla bütünleşmelerinde de önemlidir. Toplumsal statünün temel belirleyicilerinden olan meslek, aynı zamanda belirli bir yaşam tarzını yansıtmakta, toplumsal hiyerarşiyi üretmekte ve sınıflar arası hareketliliğe de imkân tanımaktadır (İlhan, 2004). Böylelikle hekimler, mesleğin kutsallığı bakımından itibar kazandıkları gibi uzmanlık alanına duyulan saygıyı kişilikleriyle de birleştirmek suretiyle itibarlarını arttırmaktırlar (Baudrillard, 2017). Ancak zamanla teknolojik gelişmelerin, bilimsel bilginin ve bu bilginin klinikteki uygulamalarının hızlı bir şekilde gelişmesine bağlı olarak tıp karmaşıklaşmıştır. Bununla birlikte hekimlerin, uzmanlaşarak bütüncül tıptan uzaklaşmaları, hastalıkların tedavisini hem diğer uzman hekimlerle hem de hekim dışı sağlık çalışanları (hemşire, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, laboratuvar teknisyeni gibi) ile iş birliği halinde gerçekleştirmelerine neden olmuştur. Sağlık alanında ekip çalışması, hekimlerin ve hemşirelerin karşılıklı bağımlı uygulamalarına (Hickey vd., 1996) dayanmaktadır. Her ne kadar iş birliği veya ekip çalışmasından söz edilse de bilindiği üzere geçmişten beri hekimler, hiyerarşik bir mesleğin üyesidirler. Bu nedenle de birçok hekim ekip çalışmasını benimsemiş olsalar dahi son sözü bir kişinin söylemesi gerektiğini bu kişinin de aldıkları eğitim ve sahip

oldukları deneyimden dolayı hekim olması gerektiğini düşünmektedirler (Williams, 2015). Dolayısıyla BİT ve bilgi sistemleri öncesinde klinik süreçte hekim tarafından hem hekim dışı sağlık çalışanlarına hem de yatan hastalara bazı talimatlar verilmekte ve bu talimatları hem hekim dışı sağlık çalışanları hem de hastalar uygulamaktaydı. Ancak dijital dönüşümle birlikte BİT ve bilgi sistemlerinin kullanılması hekimlerin ve hekim dışı sağlık çalışanlarının geleneksel çalışma rutinlerini ve işleyişlerini değişikliğe uğratmıştır. Katılımcı hekim, hekimler tarafından BİT ve bilgi sistemlerinin geleneksel çalışma ilişkilerinin doğasını değiştireceği gerekçesiyle ilk başlarda direnç gösterildiğini fakat zamanla uyum sağlandığını anlatmıştır.

“(...) sonuç itibarıyla çalışanlar bazında bakacak olursanız sonuçta bizim hastane batıda olan bir hastane olduğu için dolayısıyla buradaki hekim arkadaşlar yaşı bayağı ileri hekim arkadaşlar. Emeklilik çağlarına 5 ila 10 yıl arasında kalmış hekim arkadaş sayımız çok fazla. Takdir edersiniz ki bu yaş grubunun dijitalle barışık olduğunu düşünmek çok mümkün değil. Dolayısıyla bilgisayar işleri onlar için her zaman için angarya eski hekim zihniyetinde yani sonuçta ‘hekim söyler hemşire yapar, hekim söyler hasta yapar’ bu süreçten gelen arkadaşlar, kötü niyetli değiller ama genel olarak kültür olarak bu şekilde yetiştirilmiş. Hekim tababet döneminde de hep bu şekilde bir hizmet vermiş ve hizmet almış bir camiadan bahsediyoruz. Tabi bu camianın bir yanda böyle orderları kendi yazar hale gelmesi, sözel order yapılmayacak tamamıyla hekim order ettikten sonra işte ilaç, kapalı döngü ilaç sistemi var. Hemşireye söyleseniz bile yapamıyor çünkü ilacı oradan alabilmesi için bir order vermek gerekiyor sisteme. Sistemden de o raflara düşmesi gerekiyor dijital ortama. Dijital ortamdan da hastanın adına ilacı çekmesi gerekiyor. Tabi bu süreçler bir adaptasyon süreciydi onlar içinde başlarda çok itiraz ettiler. Hani bizim işimizi yavaşlatıyor, bize daha çok iş çıkartıyor, biz hastayla daha az zaman geçiriyoruz gibi mazeretler üretildi” (K,4).

Katılımcı hekimin “hekim söyler hemşire yapar” ifadesi hekimin, hekim dışı sağlık çalışanları üzerindeki hegemonyasını ve hiyerarşik açıdan üst ast ilişkilerinin varlığını göstermektedir. Katılımcı hekimin ifadesiyle hekimin söyleyip hemşirenin yapması yani sözel talimatlar (yüz yüze ya da telefonla) verilmesi dijital dönüşüm öncesinde hem mesai saatlerinde hem de mesai saatleri sonrasında yaşanan bir durum iken BİT ve bilgi sistemleri artık hekimin söyleyip hekim dışı sağlık çalışanlarının yapmasına imkân tanımamaktadır. Hekimin, (hastane içerisinde ya da dışarısında nerede olursa olsun) sisteme giriş yapması ve hastasının orderini vermesi gereklidir. Çünkü hekim sisteme girip order vermezse sistem

ilacın manuel alınmasına müsaade etmediğinden hastanın tedavisi hemşire tarafından yapılamamaktadır. Bu durum, hekimlerin ve hekim dışı sağlık çalışanlarının teknolojinin hegemonyasında oldukları şeklinde nitelendirilebilir. Elbette bu sistemler kaynakların yönetimi, maliyetlerin azaltılması, hataların minimize edilmesi ve hasta güvenliğini artırması açısından çok önemli gelişimlerdir. Diğer yandan önceden, hekim, hekim dışı sağlık çalışanı ve hasta, özerk birer beden iken artık dijital dönüşümle birlikte birbirleri ile daha çok mekanik-elektronik sistem üzerinden ilişki kurar olmuşlardır. Böylelikle insani olan hekim-hekim dışı sağlık çalışanı-hasta ilişkilerinin, içermiş olduğu iktidar yapıları, duygu akışları ve simge alışverişleri mekanik-elektronik sistem aracılığıyla yeniden tanımlanmaya başlamıştır (Ergur ve Çobanoğlu, 2020). BİT ve bilgi sistemlerinin dâhil olduğu bu ilişkiler düzleminde ekip çalışması gerçekleşirken, iktidarda teknoloji eksenli uygulanmaya çalışılmaktadır. Nitekim katılımcı hekim bu durumu, hekimin otoritesinin zayıflaması, ekip çalışmasının parçalanmaya ve hekim dışı sağlık çalışanlarının sorumluluk bilincinin azalmaya başlaması şeklinde dile getirmiştir.

“Ya bu iyi mi kötü mü bilemiyorum ama sorumluluk ağırlık olarak tamamen doktorun üzerine bırakılmış (...) birim sorumlusu (...) zaten doktordur. Yapılan her işlemde doktor sorumludur son noktada ama eskiden (...) çalıştığım hemşirelerde daha büyük sorumluluk vardı. Ve daha böyle hastaya yönelik bir çaba, çalışma sistemi vardı. Şimdi hemşireler ki sağlık işleyişinin çok büyük bir parçasıdır. (...) Yani doktordan öte her şeye hâkim ve bilmesi gereken bilen de genelde hemşirelerdir. Onlar çok geri plana atılmış (...) İkinci planda ve sadece orderla iş yapar hale gelmek. (...) Eskiden sadece doktorun orderını beklemezdi bir hemşire. (...) hastanın yönetiminde. Ben her şeye yetişemeyebilirim. Ama bunun açığını kapatacak olan hemşiredir. Çünkü biz bir ekibizdir. (...) Ben bunu burada birazcık dijital sistemle geride bırakıldığını gördüm (...) boxda hastayı perdeyi çekip kendim muayene ediyorum. Yanımda hemşire durmuyor mesela. (...) Hemşire hanım hastaya ne bakmış, ne görmüş, dışarıdaki triyaj ekibi nabzına tansiyonuna bakıyor. Tedavi veren hemşirenin nabzından tansiyonundan hiçbir şeyinden haberi yok (...) Diyorum ki şu tedavi verilmeli, ‘hocam tamam bilgisayara girelim. Sistemden orderınızı verin’ mesela böyle bir cevap alıyorum. (...) o sırada hemşire hastayla hiç ilgilenmemiş oluyor. Yani sadece ordera bakıyor. Hasta ne, hastanın ne şikâyeti var, nesi var, bunu bilmiyor.” (K,27).

Katılımcı hekimin (K,27) “bilgisayara girelim. Sistemden orderınızı verin” ifadesinden, hemşirelerin, hemşirelik rollerini teknoloji ile insan tepkisi arasında iş yapma

şeklinde algıladıkları, hastalar, hekimler ile BİT ve bilgi sistemleri arasında bir arayüz görevi gördükleri anlaşılmaktadır. Diğer yandan hekimlerin hemşirelik bilgisinin öneminin ve bakımın sürekliliği yoluyla elde edilen bilginin, değerinin farkında oldukları görülmekle birlikte hasta yönetiminde rollerin parçalanması nedeniyle bakımın sürekliliğinin sağlanamadığı ve dolayısıyla bakımın sürekliliği yoluyla elde edilecek olan bilgilerin (hasta öyküleri, klinik ayrıntılar, hasta yönetimi sorunları vb) karar verme sürecine taşınmadığı ifade edilebilir. Katılımcı hekimin (K,27) ifadesinden anlaşılan diğer bir nokta ise, hemşirelerin; tıp bilgi ve becerisini ölçülebilir değişkenlere ve nicel verilere indirgediği, hasta yönetiminde kullanılan nesnel ve ölçülebilir değişkenlerin anlaşılmasında gerekli oldukları, daha çok hemşirelerin etkinliğinin tedavinin (orderın) uygulanması ve fizyolojik parametrelerin kullanılmasında değerlendirildiği söylenebilir. Her ne kadar iş tatmini üretmede (Adamson vd.,1995) ve iyi bir klinik ortamı tanımlamada (Darvas ve Hawkins, 2002) ekip çalışmasının önemi vurgulanıyor olsa da (yukarıdaki katılımcı hekimin anlatısındaki durum) hemşirelik rolünün, tıpta marjinal olarak görülmesiyle birlikte tıbbın merkezinde yer alması şeklinde bir paradoksu da ortaya koymaktadır. Ayrıca, tıbbi bilginin hemşireler tarafından tutulan bilgi alanları üzerinde baskın kalmaya devam ettiği ve bir klinik bilgi hiyerarşisi olduğu da açıktır. Klinik karar vermede kullanılan yapı ve süreçler, tıbbi otoriteye tabi kalmaya ve hemşirelik bilgisi klinik uygulama alanında tıp bilgisinin tamamlayıcısı olmaya devam etmektedir. Dolayısıyla hekimlerin güç ve otoritesini, geleneksel olarak hekim dışı sağlık çalışanları üzerinde, sağlık hizmetlerine ilişkin karar vermede tıbbi konumun, egemenliğini ya da hegemonyasını korumak için kullandıkları görülmekle birlikte otoritelerini teknoloji üzerinden sürdürmeye çalıştıkları anlaşılmaktadır. Böylelikle ilk çağlardan beri tanrısal bir güç ile donanmış olan hekim kimliğinin ekip içinde erimeye başladığı ve teknolojinin bunu daha da meşrulaştırdığı ifade edilebilir. Diğer yandan, katılımcı hekimin (K,27) anlatısından, hekim dışı sağlık çalışanlarının öteki (hem hasta hem hekim) ile teması azalttıkları, ötekinin varlık alanından kaçınma eğiliminde oldukları ve sorumluluğu almaktan, teknoloji aracılığıyla kaçındıkları şeklinde de ifade edilebilir. Aynı zamanda hekim dışı sağlık çalışanlarının sergiledikleri bu davranış örüntülerinden, hastanın bedeninin artık doğrudan deneyim nesnesi olmaktan uzaklaşmaya ve hastaların elektronik ifade haline gelmeye başladığı (Ergur ve Çobanoğlu, 2020), hastaların teknik rasyonellik üzerinden işleme tabi tutulduğu şeklinde bir sonuç da çıkarılabilir. Nitekim bilim ve teknoloji, değerlerin bir nevi teknik göreve çevrilmesini sağlarken diğer yandan da değerler teknolojik gelişmenin gereği olarak teknik terimler ile yeniden tanımlanmaktadır (Marcuse, 1990). Böylelikle hem hekimler hem de hekim dışı sağlık çalışanları için, BİT ve bilgi

sistemleri, simgesel enformasyon çeşidi ile çalışma zorunluluğu da (Cavestro, 1990) getirmiş olmaktadır.

Ekibi yöneten ve iktidar odağı hekimin, önceleri bir sözü bir bakışı düzeni sağlama ve hasta yönetimini için yeterli iken, BİT ve bilgi sistemlerinden bağımsız talimat vermez olmasıyla birlikte bağılları konumundaki hekim dışı sağlık çalışanları artık görece iktidarlarını elde etmişler gibi görünmektedir. Ayrıca hekimin otorite figürü olarak konumlandığı ilişkilerden bir kopuş yaşanmaya başladığı da ifade edilebilir. Çünkü katılımcı hekimin (K,27) artık hastayı tek başına muayene ettiğini belirtmesi hekim dışı sağlık çalışanlarının mekândan ve sosyal örgütlenmeden kopuşu anlamında da okunabilir. Dolayısıyla hekim dışı sağlık çalışanın mekândan ve sosyal örgütlenmeden kopuşu hekimlerin otoritelerinden ödün vermelerini de beraberinde getirmektedir. Hekim bir yandan BİT ve bilgi sistemleri karşısında özerklik diğer yandan da sosyal örgütlenme içinde otorite mücadelesi vermektedir (Ergur ve Çobanoğlu, 2020). Bunun yanı sıra katılımcı hekimler hukuk sistemi karşısında tıbbi otoritelerinin zayıflamaması için BİT ve bilgi sistemleri aracılığıyla oluşturdukları elektronik tıbbi kayıtların önemli olduğunu çünkü ezoterik bilgilerinden dolayı hukuk sistemi tarafından anlaşılamadıklarını dile getirmişlerdir.

“(...) hatayı hemen ortaya çıkartan bir sistem. (...) hekim hata yaptığı zaman gidip anlatacağı bir hâkimin önünde bir şeyler anlatmanız gerekiyor. Ve o insan çok uzak yani bizim dünyamıza. (...) anlaması da çok zor. Ve bize çok uzaklar. Genelde hekimlerin ben dertlerini anlatamadığını düşünüyorum. Çünkü biz başka bir dünyadayız. Pozitif bir bilim sayılır hekim, tıp ama oysaki çok daha değişik bir çalışma alanı bizim alanımız. Yani bu iki kere ikinin bazen dört etmediğini izah etmek çok zor yani hâkimlere. Bilirkişiye belki anlatırsınız diye düşünürsünüz ama benim başıma böyle bir şey gelmemesine rağmen. Bilirkişiler sonuç olarak yani sizin gibi düşünse bile hâkimin tek başına karar vermesi gerekiyor. (...) biz tabii yine yerimizde sağlam durmak zorundayız. (...) [elektronik tıbbi kayıtların] Avantajı kendimi daha güvenli hissediyorum açıkçası. Çünkü sonuç olarak siz bir order verseniz bile o orderın hastaya uygulanması ve sonuçlarından siz sorumlusunuz. Ama sizden sonra o işi etkileyen bir sürü etken var. Servisteki personelden hemşireye kadar. Veya elektronik şeye kadar kullanılan aletlere kadar. Siz o elektronik ortamda bunun her detayını verdiğiniz için daha güvenli hissedebilirsiniz kendinizi. Ama eski sistemde açıklayamadığınız durumlar olabilir. Daha hukuksal anlamda kendini koruduğunuzu hissedebilirsiniz. Çünkü sizin verdiğiniz şey tamamen orda gözüküyor ve saniyesi saniyesine.” (K,5).

Hekimlerin tıbbi kayıt tutma yükümlülüğüyle, hastanın tedavisi güvenli biçimde yapılmakta, tedavi sürecine ilişkin bilgiler garanti altına alınmakta ve ilerleyen süreçlerde ortaya çıkabilecek ihtilaflar açısından kanıtlar güvence altına alınmaktadır. Katılımcı hekimin ifadesinden de anlaşılacağı üzere BİT ve bilgi sistemleri ile kayıt altına alınan, bilgilerin düzenli tutulması hukuk karşısında hekimlerin tıbbi otoritelerinin meşrulaştırılmasını sağlamaktadır. Ancak eksik tutulması ise tıbbi otoritenin sarsılması durumunu da getirmektedir. Dolayısıyla hekimler BİT ve bilgi sistemlerinden kaynaklı olarak otorite ve statü yitimi yaşayabilirler. Yani hekim, yapma ustalığının, işe yararlılığının, iş görürlülüğünün otoritesini kaybetme riski ile karşı karşıya kalabilir. Diğer yandan hekimler, tıbbi otoritelerini, yalnızca hekim dışı sağlık çalışanları ve hukuk sistemi karşısında değil hastaları karşısında ta sağlamaya çalışmaktadırlar. Çünkü günümüzde BİT'e bağlı olarak bireylerin bilgiye erişim imkânları artmıştır. Yani gerek sosyal medya gerek web siteleri gerekse tv ve radyo programları gibi artık her kanalda sağlık ve hastalık konularında, koruyucu ve tedavi edici yöntemler hakkında bilgiler bulunmaktadır. Aynı zamanda 2000'li yıllardan önce sağlık ile hastalığa yapılan vurgu genellikle hastane, hekim, hemşire ve ilaç üzerine iken 2000'li yıllardan itibaren kapsamı genişlemiş sağlıklı yemekler, vitaminler, sağlıklı yaşam vb konulara kaymış, sağlık ve hastalığın kapsamı gittikçe genişlemiş (Nettleton, 1995; Akt. Ertong, 2011) ve genişlemeye de devam etmektedir. Nitekim Türkiye'de 2013 yılında doktorsitesi.com ile Social Touch'un 8 bin kişi ile yaptıkları "Türkiye'de İnternetin Sağlık Bilgi ve Hizmetlerine Ulaşma Amaçlı Kullanım Alışkanlıkları" adlı çalışmada; çalışmaya katılanların %78,77'sinin internetten sağlıkla ilgili herhangi bir konuda (sağlık, hastalık, ilaç, sağlık hizmetleri, tedavi şekli, risk faktörleri, hekim hakkında, randevu, sağlıkla ilgili alışveriş, sağlıklı yaşam şekli gibi pek çok konuda) bilgi aldıkları tespit edilmiştir (Social Touch, 2013).

Öte yandan neoliberal politikaların etkisiyle piyasa temelli sağlık politikaları ve sistemleri, bireyleri hekimlerin gözetimi altında olan hasta konumundan çıkarmış, kendi adlarına ve kendilerine dair kararlar veren bağımsız aktörlere dönüşmelerini sağlamıştır. Çünkü devletin kamusal sağlık sorumluluğunun küçülmesi ve sağlığın piyasalaşmasının getirisi olarak sağlığın bireyselleşmesi, bireylerin; sağlık problemleri ile ilgili bilgiye dayalı ve rasyonel tercihler yapabilmeleri için daha fazla bilgi arayışına neden olmuştur (Lupton, 1997). Dolayısıyla yeni sağlık anlayışıyla gelişen ve beraberinde sağlık ve tüketim ilişkisini getiren sağlık arayışı, medya ve sağlık sermayesi ile birlikte yoluna devam etmektedir. Nitekim bireylerin sağlık arayışları esnasında, BİT vasıtasıyla elde ettikleri bilgiler

kapsamında hekimlerin bilgilerinin değersizleştirildiği ve daha çok taleplerini (tetkik istemi, ilaç yazımı vb) yerine getirmeleri için hekimlere gereksinim duydukları katılımcı hekimlerin anlatılarına sık sık yansımıştır.

“[Hekimin]gücü vardı. (...) hekim ve hekimlik ve onun bilgileri değersiz hale geldi. Hani şimdi tamam hocam hocam veya doktor bey diyorlar ama sanki daha mecburiyetten şey oldukları için (...). Sonuçta burada hekimdir, görevi vardır yoksa bilgisinden veya bana faydalı olduğundan dolayı değil de burada bir gücü olduğu için muhtaç olduğu için böyle bir şey var. Hani hala bir saygı belki varsa var yoksa şey yani çünkü o bilgilerle geliyor dediğim gibi bana şu tahlilleri yap, (...) şu şikâyetlerim, benim şu hastalığım var. Şöyleyim diyor yani. Zaten o bilgiye ulaşmış geliyor.” (K,3)

“Google denen bir kutsal bilgi kütüphanemiz var. Herkes oraya yazıyor bir şeyler ve öğreniyor. Dolayısıyla vatandaş kendi hastalığı hakkında çok daha bilgiyle geliyor. Yani siz bir tanı konmuşsa onunla ilgili size soracağı okumuş olduğu ve kafasına takılan birçok soruyla gelebiliyor. (...) Sonuçta sürekli ilerliyor yani ve yeni buluşlar, yeni ilaçlar, yeni yöntemler her zaman için var. Ve bununla ilgili de güncel yayınları takip etmekle yükümlüsünüz. (...) en ufak nokta, virgülünü değiştirseniz hayati önem arz eden durumlar ortaya çıkabiliyor. Dolayısıyla hekimlerde, hastalarda çift taraflı olarak dijital dünyada kendileriyle ilgili ve kendilerine gerekli olan her türlü bilgiye ulaşım sağlık da ilgili belli bilgiler doğru ya da yanlış bakın hani o kısmın altını çizmek istiyorum. Bazen çok doğru bilgilerle geliyorlar. Bazen böyle güvenilirliği olmayan sitelerden öğrenilmiş, magazinsel bilgilerle de gelebiliyorlar. Tabi en büyük sıkıntı orada. Bu magazin bilgileri en çok hekimi yoran kısım o oluyor yani çünkü ilginç olan kısım vatandaşımızda şöyle okuduğuna inanıyor. Ama bu işin ehli olmuş olan uzmanlığını almış diploması olan insanların söylediğine inanmıyor. Ama orada kimin yazdığı belli olmayan bir sayfadaki bilgiye inanabiliyorlar. Tabi bu da bazen zorlukta yaratıyor.” (K,4).

Katılımcı hekimlerin ifadelerinden bireylerin/hastaların sıklıkla BİT yoluyla elde ettikleri bilgilerle hekimlere başvurdukları anlaşılmaktadır. Katılımcı hekimin (K,3) anlatısından günümüzde tıbbın imtiyazlı konumu, bilimsel arka planından daha çok toplum tarafından halen hizmetine ihtiyaç duyuluyor olmasından kaynaklandığı görülmektedir. Elbette BİT’in gelişmesi ve bilgilerin erişilebilir olması hem hekimler hem de bireyler açısından olumlu bir gelişmedir. BİT sayesinde hekimler bilgileri adhoc şekilde çekebilme, gerektiğinde uzaktaki ya da başka yerdeki meslektaşları ile bilgi paylaşımı yapabilmektedir.

Aslında hekimlerinde BİT'nden bilgi elde etmeleri, bilgilerini güncelleyemediklerinin ve tıbbi bilgi tekeli kaybetmeye başladıklarının bir göstergesi şeklinde okunabilir. BİT vasıtasıyla hastalarda sağlıkla ilgili konularda bilgi alabildikleri gibi sosyal destek gruplarından da yardım alabilmekte ve paylaşımlarda bulunabilmektedirler. Böylelikle hastalar ve hastalıklar, özel alandan kamusal alana da taşınmış olmaktadır. BİT aracılığıyla bireyler, kendi sağlıkları hakkında daha fazla söz sahibi olabilmekte, sağlık ve hastalıklarını geçmişe oranla daha fazla yönetebilmektedirler. Oysaki önceleri, geleneksel sağlık hizmetleri sunumunda yani paternalist hekim-hasta ilişkisinde aktif olan ve hastayı yönlendiren hekimken, hasta pasif ve hekime tabi konumdaydı. Ancak günümüzde tıbbi bilginin BİT yoluyla yaygınlaşması ve alternatiflerin artması sağlık etkileşiminin yoğun olarak gerçekleştiği teşhis ve tedavi sürecinde hekimden hastaya asimetric bilgi şeklinde işleyen süreçte dönüşmektedir. Katılımcı hekiminde (K,4) ifadesinde bahsettiği üzere bireyler artık hekimi ve kararlarını sorgulayan, zorlayan, taleplerini yaptırmaya çalışan, sağlıkları ile karar alma sürecine katılan ve tedavi süreci ile ilgili seçimler yapan daha aktif bir hasta rolü sergilemektedirler (Tekin vd., 2009). Görüldüğü üzere bir yandan piyasa temelli mekanizmalar neticesinde sağlığın bireysel sorumluluğa indirgenmesi, medikalizasyon ve tüketime paralel şekilde belirsizlik ile güvensizliğin artması diğer yandan BİT aracılığıyla tıbbi bilginin yayılımının hızlanması, bireylerin kolay erişebilmesi ancak çelişkili tıbbi bilgilerinde olması, hekimlere ve sağlık kurumlarına güvensizliği arttırmaktadır (Crawford, 2004). Oysaki teşhis, tedavi ve iyileşme için görünür olmayan ancak çok önemli husus olan güven; bireylerin/kurumların sorumlu olmaları ile hizmet verdikleri bireylerin/kurumların çıkarına davranacaklarına olan inanç şeklinde tanımlanmaktadır (Cohen, 2002). Öte yandan günümüzde medya tarafından yapılan haberler, sağlık hizmetlerine olan güvenin erozyona uğramasını daha da derinleştirmektedir. Dolayısıyla tıbbi hataların ve malpraktis davalarının sıklıkla gündeme gelmesi, sağlık harcamalarının/maliyetlerinin kontrol altına alınmasına ilişkin çabalar, sağlık sistemi ve hekimlere yönelik güvenin zedelenmesine neden olmaktadır. Sağlık hizmeti sağlayıcılarına güven duyulmasında teknik yeterlilik, kişisel arası ilişkilerde yeterlilik ve kurumsal yeterlilik bileşenleri önem teşkil etmektedir. Görüldüğü üzere bireylerin sağlık sistemine pek çok nedenden dolayı güveni azalabilmesine karşın tıbbi pratiklerdeki değişimlerinde güven sorununun derinleşmesinde etkili olması söz konusudur (Ertong, 2011).

Elbette bilginin yaygınlaşması, medyanın etkisi, kamu güveninde yaşanan siyasi zedelenme, sağlık kurumlarının piyasa temelli dönüştürülmesi ve kâr amacı gütmeye

başlamaları, sağlığın piyasalaşması, hastaların müşteriye dönüştürülmesi, performansa dayalı ödemenin hekimlerin çalışma şekillerini etkilemesi, ekonomik yapılanma, hastaların eğitim düzeylerinin yükselmesi, kendilerine yapılan tetkik ve tedavilerde finansal çıkarların söz konusu olduğunun farkında olmaları gibi unsurlar hekimlere olan güveni zedelemektedir. Diğer yandan önceden elde edilen deneyimler, aile ve arkadaşların yaşadıkları, bireylerin hem inşa ettikleri güvende hem de sağlık sistemine bakışında önemli rol oynamaktadır (Ertong, 2011). Nitekim katılımcı hekimler, bireylerin önceden yaşadıkları deneyimlerin hem hekimlere güven duyulmasındaki hem de hekimlerin toplumsal statülerinin algılamasındaki önemine değinirlerken aynı zamanda da toplumsal statülerinde yaşanan düşüşe de değinmişlerdir.

“Son yıllarda yanlış sağlık politikaları hani eskiden de hatalıymış. Doktor kralmış, hasta köleymiş. Yanlış uygulamalar eskiden de olmuş. Şimdi tam tersi doktor köle, hasta kral. Biraz da günümüzde yanlış uygulamalar var. Ama hastanın da hani sosyal medyanın çok etkisi var. (...) Doktor çok çok yukarıda, ulaşılmaz, mükemmel insan diğerleri hani halk şeklinde. Şimdi maalesef işler biraz tersine döndü. (...) son yıllarda sanki hekim hastaya düşman. Böyle gözünde dolar işaretleri olan, gözünü para bürümüş insan imajı. Aslında birazcık maalesef imajımız son yıllarda biraz yokuş aşağıya. Değer görmek başka bir isteğimiz yok.” (K,24).

“Çok kötüye bak siyasi nedenlerle, politik nedenlerle doktorlar her şeyde hedef gösterilip, hasta kitlesine yönelik şey yapılıyor. Politika yapıldığı için her şey kötüye gidiyor. Popülist yaklaşımlar sergileniyor. Sağlık hizmetinde bir aksaklık olur ve hastalar memnuniyetsizlik yaşarlarsa nedeni sağlık çalışanları daha doğrusu hekimler fakat hastalarda memnuniyet varsa biz yaptık oldu, hizmet getirdik, hak tanıdık şeklinde oluyor. (...) Yerlerin dibinde şu an. Bizim statümüzün hiçbir şeyi yok yani kalmadı. Saygınlığı kalmadı. Aslında da statüyü çok da umursamıyorum. Hastaların şımartıldığını ve şu an da hastaların o şımartılmanın bedelini yaşadıklarını ve farkında olmadıklarını düşünüyorum. Hastalar basit tanıların ilaçlarını ücret ödmeden alabiliyorlar fakat ciddi tanıların ilaçlarını ücret ödeyerek alıyorlar. Yıllar önce hekimler arasında defansif tıp yaygınlaştı. Şimdide bir hasta geldiğinde önceki hekimin yazdığı ilaçların yazılmasını istediğinde hekim direkt yazıyor. Eskiden o ilaçları kullanmasına rağmen bir fayda sağlamadığı hekim tarafından görülüyorsa ve biliniyorsa bu hastaya anlatılıyordu. Fakat şimdi hasta fayda gördüğünü beyan ettiği ve ısrarla o ilaçları istediği için hekim tarafından sorgulanmadan ilaç yazılıp

geçiliyor. Çünkü ilacı yazmazsan kavga çıkıyor. Hekimin herhangi bir etkinliği söz konusu değil artık.” (K,28)

Kuşkusuz sağlık sisteminde olumlu olayların yanı sıra istemeden de olsa birtakım olumsuz olaylar yaşanabilmekte/yaşanmaktadır. Katılımcı hekimlerin ifadelerinden de görüldüğü üzere, güven hem dinamik hem de kırılğan bir yapıya sahiptir. Dolayısıyla kurumlara karşı oluşan güvende bireyler üzerinden biçimlenmektedir. Bunun yanı sıra hükümete ya da siyasete duyulan güvensizlik, sağlığa aktarılan fonların etkili ve verimli kullanılıp kullanılmadığına yönelik belirsizlik, hasta güvenliği kültürü gibi unsurlarda sağlık sistemine olan güveni etkileyebilmektedir (Abelson vd., 2009). Hekimlerin anlatılarından, hekimlerin bilgi tekeli üzerindeki tekellerinin azalmasının, güven erozyonuna uğramalarının ve statü kaybı yaşamalarının bir nedeninin de SDP ve bileşenleri kaynaklı olduğu anlaşılmaktadır.

Diğer yandan katılımcı hekimin (K,25) “Artık doktorlar doktorluk yapmıyorlar. Doktorculuk oynanıyor[lar].” ifadesinden önceden egemen kesim olan ve kendi kültürel sermayelerini daha az sermayeye sahip olan kesime yani hastalara dayatarak kendi egemenliklerini meşru kılan hekimlerin artık günümüzde kültürel sermayeleri ile egemenliklerini meşru kılamadıkları anlaşılmaktadır. Kültürel sermaye, belli koşullar içerisinde ekonomik sermayeye çevrilebilmekte ve eğitim vasıfları şekillerinde kurumsallaştırılabilmektedir. Ekonomik sermaye, anında ve doğrudan paraya çevrilebilmekte ve mülkiyet hakları şeklinde kurumsallaştırılabilmektedir. Sosyal sermaye ise, toplumsal yükümlülüklerden oluşmakta, belli koşullar içerisinde ekonomik sermayeye çevrilebilmekte ve bir soyluluk unvanı gibi şekillerde kurumsallaşabilmektedir. Bireylerin sahip oldukları kültürel, ekonomik ve sosyal sermaye türleri arasında yakın ilişki ve birbirleri arasında iş birliği söz konusudur (Bourdieu 2010). Katılımcı hekimin (K,25) ifadesinden yola çıkarak SDP ve bileşenleri ile sembolik gücün (sağlık politikaları uygulayıcılarının), rekabeti arttırdığı, güvensizlik ortamı oluşturduğu, sağlık çalışanlarını makineleştirdiği, hizmette kaliteyi düşürdüğü, piyasa temelli finansal pazar mantığı oluşturduğu, hasta sayılarını arttırdığı, hasta profilini değiştirdiği, hasta beklentisinin artmasına sebep olduğu ve bu süreçte hukuk ile medyayı etkin şekilde kullandığı (Akbal, 2019) belirtilebilir. Hal böyle olunca sembolik güç, elinde bulundurduğu hukuk gücüyle, finans kapitalizm ile neoliberal politikalara eklenen vizyonunu, bakış açısını ve dünya görüşünü ajanlarına reddedemeyecekleri şekilde kabul ettirmeye çalışırken hekimler ise sembolik gücün

SDP'ndaki vizyonuna, bakış açısına ve dünya görüşüne karşılık gerek negatif gerek pozitif defansif tıpla rollerini yerine getirmektedirler denilebilir.

Diğer yandan DSÖ'nün raporunda 2016 yılında dünyada sağlık harcamalarının yıllık 7,3 trilyon dolar olduğu belirtilmektedir (Gündüz, 2019). Dünyadaki sağlık harcamalarının miktarının yüksekliği göz önüne alındığında, sağlığa yatırım yapan şirketlerin (tıbbi teknoloji, ilaç, bilişim vs), ilaç ile tedavi kurumlarının sağlık harcamalarına yönelik teşvik programları, medyanın bu konuda manipüle edilmesi, tıbbi verilerin kullanılması, hastalık ve sağlık arasındaki sınırın silikleşmesi, hasta haklarındaki iyileştirmeler, sağlığın piyasalaşması, bireylerin sağlık arayışları daha anlaşılır olmaktadır. Bu bağlamda sembolik gücün, kendi dünya görüşünü meşru kılması amacıyla düzenlenen ve sağlık sisteminde değişikliğe neden olan SDP ve bileşenlerinin, hekimleri mesleki prensipleri ile karşı karşıya getiren durumların yaşanmasına, hekimlerin; tıbbi bilgi tekelinin azalmasına, tıbbi otoritelerinin aşınmasına ve toplumsal statülerinin zayıflamasına, hekim-hasta arasında güven erozyonuna yol açtığı ifade edilebilir.

5.2.4. Dijital Hastane, Hekimlik ve Gözetim Pratikleri

Sağlık hizmetleri uzunca bir süre doğal, basit ve ucuz teknikler ile verilmiştir. Ancak bilim ve teknolojideki gelişmelere koşut olarak hem tıbbi teknikler hem de tıbbi teknolojiler hızlı bir şekilde gelişerek çeşitlenmiş bir o kadar da karmaşıklaşmıştır. Günümüzde gelinen noktada dijital hastanelerde, sağlık hizmetlerinin üretimi ve sunulmasında çeşitli teknikler, tıbbi teknolojiler, teknoloji ürünü donatılar (alet, cihaz, makine ve diğer nesnelere) ve ilaçlardan faydalanılırken BİT ve bilgi sistemleri ise başat unsur haline gelmiştir. Dolayısıyla sağlık alanında da büyük ölçekli üretim yapılabilmesi için bilim ve teknoloji üretime uygulanmaktadır. Aynı zamanda bilimsel ve teknolojik ürünlerin çoğu günümüzde gözetim aracı haline de gelmiştir. Gözetim, üretim alanlarında verimliliğin artmasını sağlamak ve daha fazla meta üretilmesi amacıyla disiplin mekanizması yaratmaktadır. Geçmişten günümüze verimliliğin artırılması, kapitalist çıkarları koruma amaçlı olmuş ve olmaya devam etmektedir. Böylece verimliliği artırma, hız ve zaman tasarrufu, maliyetleri azaltma, hizmet kalitesini ve kârlılığını artırma, özel hastanelerle rekabet edebilme ve hasta memnuniyeti sağlama gibi pek çok amaçla kullanılan BİT ve bilgi sistemleri canlı emeği (hekimler ve hekim dışı sağlık çalışanlarını) tahakkümü altına alarak üretken kılmaktadır. Nitekim endüstri kapitalizmi döneminde sabit sermaye canlı emeği makinenin tahakkümü altına alarak üretken kılmıştır. O dönemde artı değer üretmenin yolu makinelerin artı değer

üretme aracı haline gelmesi ile mümkün olmuştur (Marx, 1975). Günümüzün sermayesi, bilgi/veri ile bilgi/veri üretimi mekânlarını; emeği, üretken kılacak ve toplumsal artı değer üretme aracı olarak faaliyet gösterecek şekilde sabit sermayeye dönüştürmeye çalışmaktadır. Böylece bilgi/veri meta olmasından öte direkt değişim değerinin üretiminde aktif aracı olabilen bir güç özelliği de kazanmaktadır. Bu bağlamda dijital dönüşümle birlikte hastanelerin dijital fabrikalara dönüştürüldüğü varsayıldığında, BİT ve bilgi sistemleri aracılığı ile toplanan bilgiler/veriler, dijital sağlık fabrikasının sabit sermayesi haline gelmiş olmaktadır. Böylelikle bilgilerin/verilerin üretim mekânı olan dijital hastaneler, sermayenin genişleyip yeniden üretiminin, küresel uzamlarına dönüşmekte ve toplumsal artı değerün üretilmesi ile iş bölümünün düzenlenmesi de küresele senkronize edilerek gerçekleştirilmektedir (Canaslan ve Özer, 2010). Dolayısıyla neoliberalizm, dijital dönüşümle sağlıkta alanındaki bilgilere/verilere dayalı kapitalist üretimini sistemleştirmeye ve meşrulaştırmaya çalışırken hekimlerde artı değer mantığına göre özneleştirilmektedir. Dijital hastanede hekimlerin üretim biçiminde tam anlamıyla bir değişiklik olmadan sermaye, daha önce var olan emek biçimlerini, üretimin organizasyonunu fazla değiştirmeden devraldığı belirtilebilir. Çünkü dijital mekânda işe koşulan hekimlerin zanaatkârlıklarına dayalı emek biçimlerine birde bilgi/veri girişi dâhil edilmiştir. Katılımcı hekimler sisteme bilgi/veri girişi yaptıklarını sıklıkla dile getirmişlerdir.

“Tüm kayıtlar doktorların üzerine yığıldı. (...) Hekimleri mesai dışı karşılığını vermeden çalıştıran bir sistem var. (...) MHRS’de 08.30 ve 16.30’a randevu veriliyor. Böylece yatan hastaların vizit saatleri için zaman kalmıyor. Mesai sonrasına çalışma sarkıyor. Bunun bilinçli yapıldığını düşünüyorum.” (K,9).

Katılımcı hekimin (K,9) kayıt yaptıklarını belirtmesinden dolayı hekimlerin dijital ortamda bir emek harcadıkları söylenebilir. Metaları üreten üreticilerin olduğu yoksa var olamayacakları tezinden hareketle internette meta olarak zikredilen kullanıcı verilerinin yaratılması sürecinin de değer üreten emek olarak değerlendirilmesi gerektiği belirtilmektedir (Fuchs, 2015). Bu nedenle günümüzde dijitalleşmenin, maddi emeği yok etmemekle birlikte, aksine gayri maddi emek, duygusal emek ve üretken emekten ayrı düşünülmeyen bir emek türü olan dijital emeği ortaya çıkardığı ifade edilmektedir (Bulut ve Ateş, 2015). Dijital çağda sosyal ağlarda oluşan ve kullanıcıya karşılığı verilmeyen bu dijital emek sürecinde, kullanıcıların oluşturduğu içerik, veri ekonomisi için kâr anlamına gelmektedir (Fuchs, 2010). Bu bağlamda dijital hastanede hekimler (çalışmaları esnasında her ne kadar sosyal medya

kullanıcıları olmasalar da) BİT ve bilgi sistemleri aracılığıyla hastaları ile ilgili elektronik tıbbi kayıtlar (ETK) oluşturmaları yani veri girişleri yapmaları nedeniyle dijital emek olarak nitelendirilebilirler. Hekimlerin oluşturdukları ETK, kişisel sağlık verileri olarak merkezi sağlık veri sistemine aktarılmakta ve bunlara hekimler/kurumlar/kuruluşlar erişebilmektedir. ETK'nin kişisel sağlık verileri olarak merkezi sağlık veri sistemine aktarılması dolayısıyla kooperatif dijital iş benzetmesi de kullanılabilir. Nitekim dijital iş; bilişsel dijital iş, iletişimsel dijital iş ve kooperatif dijital iş (örneğin Ekşisözlük gibi platformlar) şeklinde üç kategoride değerlendirilmektedir (Fuchs ve Seignani, 2013). Böylelikle hekimler ücretsiz internet (BİT ve bilgi sistemleri, merkezi sağlık veri sistemi) emeğine (Terranova, 2000) yani gayri maddi emeğe dönüşmektedir.

Katılımcı hekimin (K,9) ifadesinde veri girişlerini yaptıklarını belirtmesinin yanında dikkat çeken diğer önemli husus ise artı değer üretimidir. Katılımcı hekimin (K,9) ifadesinde söz konusu olan artı değer üretimi işgününün uzatılmasına dayalı mutlak artı değerdir (Marx, 1975). Katılımcı hekimin (K,9) belirttiği üzere hekimlerin iş gününün uzatılması poliklinik hizmetlerindeki randevuların düzenlenmesi (son randevu saatinin mesai bitimine çok yakın bir saate verilmesi doğal olarak diğer işlerin mesai sonrasında yapılmasına neden olabilmektedir) şeklinde olabildiği gibi (gerekli hallerde) mesai sonrasında tele tıp ve mobil tıp uygulamaları ile özel zamanlarında ve özel mekânlarında/yaşam alanlarında çalıştırılmaları suretiyle de gerçekleştirilmektedir. Böylelikle hekimler hem mesai de hem de mesai sonrasında BİT ve bilgi sistemlerine tabi kılınmış olmaktadır. Diğer yandan BİT ve bilgi sistemleri sayesinde daha hızlı ve verimli kılınarak mutlak artı değer üreten hekimler aynı zamanda nispi artı değer de yaratmaktadır. Çünkü gerekli emek zamanları azaltılmakta ve artı emek zamanları arttırılmaktadır. Artık hekimler dijitalleşen sermayenin komutası altında üretmektedirler. Dolayısıyla dijitalleşmeyle birlikte sermayenin, hekimlerin yarattığı ürüne el koymakla kalmadığı aynı zamanda hekimleri, belli bir öznelleştirme pratiği altında sermayeyi yeniden üreten bir sınıf haline de getirdiği belirtilebilir. Öte yandan günümüz kapitalizmde komuta ilişkileri biyopolitik olarak işletilen sermayenin emek üzerindeki tahakküm biçimleri (gerek biçimsel gerekse gerçek tahakküm olarak) halen devam etmektedir. Çünkü her ne kadar nispi artı değer üretimine geçilmiş olsa da mutlak artı değer tamamen ortadan kalkmamış ve nispi artı değer mutlak artı değer, endüstrinin birçok dalına girmesini de mümkün kılmıştır (Marx, 1975). Görüldüğü üzere dijitalleşme ile birlikte sağlık alanına entegre edilen BİT ve bilgi sistemleri aracılığıyla hekimler hem nispi artı değer hem de mutlak artı değer üretmektedirler. Önceki dönemlerde artı değer üretimi hekimlerin el

birliği ile sağlanırken günümüzde sabit sermaye olarak tıbbi teknolojilerin, BİT ve bilgi sistemlerinin artı değer üretme aracı olmaları ile bunların tahakkümü altına giren hekim emeği görünmez kılınmaktadır. Bu kapsamda hekimlerin maddi emeklerinin gayri maddi olmayan yani dijital emeğin tahakkümü altına girdiği belirtilebilir. Çünkü dijitalleşme döneminde sermaye gerekli emek zaman artı emek zaman diyalektiğini gerekli emek zamanını azaltmak ve artı emek zamanını arttırmak suretiyle çalıştırmaktadır. Dolayısıyla sermayenin diyalektiğini işleten g, tam da dijital emeğin toplandığı alanda kendini göstermektedir. Öte yandan sermaye nitel alanı metalaştırabilmek için onu ölçmeli, nicelleştirmeli, canlı emeği ve bilgiyi değişim değerinin kaynağı, soyut emeğe çevirmesi gereklidir. Bunu da sermaye, eskiden farklı olarak bilginin devingen yönetimi ile sağlayabilmektedir (Vercellone, 2007). Bundan dolayı fikri mülkiyet, telif ve patent haklarının sistemleştirilip kreselleştirilmeye çalışılması, eğitim sağlık vb. alanların piyasalaştırılması, sermayenin, biyopolitik tahakküm ile nitel bilgi birikimini ele geçirme mekanizmaları olarak görülmektedir (Canaslan ve zer, 2010). Böylelikle gayri maddi emek ile üretilen metanın niteliği değişmiş ve artık somut/maddi değil soyutlaşmıştır. Soyut meta (maddi olmayan meta), içerik ve kullanıcı verisi şeklinde iki türdür (Duman ve zdoyran, 2018). Her ne kadar hekimler içerik retmeseler de kullanıcı olarak kendi verilerini girmeseler de hastaları ile ilgili ETK oluşturdukları için hastaların kişisel sağlık verileri soyut meta şeklinde düşünülebilir. Görüldüğü üzere dijitalleşme süreci ile metanın ontolojik yapısı da dönüşmüştür (Duman ve zdoyran, 2018). Çünkü meta, sabit maddi yapı arz etmediği için mevcut üretim araçları ile koşullarına bağlı farklı biçim ve formlarda ortaya çıkmaktadır. Bu dönüşümün nedeni ise birbirine değmeyen ağların üzerine kurulmuş düzendir (Castells, 2008). BİT ve bilgi sistemlerini kullanan sağlık kurumlarının/kuruluşlarının nicel olarak artmasına koşut hem dijital emeğin hem de soyut metanın sayısında artış yaşanabileceği ve beraberinde verilerin metalaşma riskini getirebileceği (hatta getirdiği) belirtilebilir. Dolayısıyla dijital hastanelerin dijital emeği olarak nitelendirebileceğimiz hekimler bir yandan sömürüye maruz kalırlarken diğer yandan da hem gözetime hizmet etmekteiler hem de gzetlenmektedirler. Bu bağlamda katılımcı hekimin veri gözetimi, veri gözetiminin sonuçları ve veri gözetimine dair kaygıları ile ilgili anlatısına aşağıda yer verilmiştir.

“Her gün kimin ne yaptığı, ne kadar hasta baktığı, nasıl işler yaptığı, işte ne kadar poliklinik ne kadar servisteki hastalara baktığı gözüküyor, görünüyor. Bunun doktor tarafı hani devamlı gözetim altında olmak kimse istemez (...) bu bilgiler aynı zamanda gene kötü adamların eline de geçebilir. Bu çok hasta bakıyor, bu az bakıyor, şu şu ilaçları yazıyor. O

zaman diyelim ki ilaç mümessili gelir hocam işte sen şurada şey yaptın. Şu ilaçları yaz, hani suiistimallere bile sebebiyet verebilir. Ve doktorların devamlı gözetim altında olması devamlı ne iş yapıyor, ne yapıyorsun, işte şu hastaya ne kadar niçin 5 dakika ayırdın, niçin ona 15 dakika yarım saat ayırdın, diye sorgulanma durumları olabilir. (...) bazen hastaya bir saat ayırman gerekir öbürüne 5 dakikada işini görebilirsin. Hastanın ihtiyaçlarını giderebilirsin. (...) Bunlarda en azından takip edilmesin şeyi olmasın demiyorum ama hani olacaksa da bazı esneklikler olmalı. Bunu bütün hekim arkadaşlarda bilir zaten. Bunu, programı hazırlayanlarda herhalde sırf takip edelim değil de ortalama bir şey çıkarmaya çalışıyorlardır diye düşünüyorum. (...) iyi tarafları dediğim gibi hani kim[in] ne yaptığını sen kendin de bilebilirsin. (...) ben açtığımda şu kadar hasta baktım, şunu şu kadar, şu teşhisi koymuşum. (...) Faydalı tarafları da var ama dezavantajlı tarafları özellikle performansa hani insanlar sonuçta ne olursa olsun ister hekim ol, ister din adamı ol (...) Para olmazsa yapmazsın. Hiçbir şey parasız, maddiyat olmadan yapılmıyor yani. Yaşamam gerekli yani. Hele bir de standartların belli şeylerin olması lazım. O yüzden hani insanların doktorlarda bir at koşturur gibi hadi sen yüz fark hadi yarışayım hani o yarışa da arkadaşlarımızın aslında girmemesi lazım. Bir birliktelik olması lazım. Ama bunu şu ana kadar başarabilmiş yer var mı bilmiyorum. (...) Bu şey iş barışını dediğim gibi her şeye yansiyabilir. Yani dediğim gibi ilaç mümessilleri, başhekim görür seni şey yapar. 'Sen iyi çalışmıyorsun' dedi sana diyelim bir yere tayin istedin şimdiki başhekimlerin yetkileri de fazla gideceğin yere açıp bunu siz kabul etmeyin diyebilir. (...) Bütün bilgilerini o taraf aktarabilir şey edebilir yani böyle kötü kullanım olabilir yani bu kadar takip" (K,3).

Katılımcı hekimin (K,3) anlatısında veri gözetimi ve sonuçlarına dair ele alınması gereken birçok boyut bulunmaktadır. Katılımcı hekimin (K,3) gözetimle ilgili olarak ilk aklına gelen, tüm yapılan iş ve işlemlerin kayıt altına alındığı ve kimsenin gözetim altında olmaktan hoşlanmadığı olmuştur. Katılımcı hekim (K,3) her ne kadar bireylerin gözetim altında yaşamaktan hoşlanmayacağını/hoşlanmadığını belirtse de BİT ile birlikte özellikle elektronik gözetim yaygınlaşarak yaşamın her alanına sirayet etmiş ve bireyleri tehdit eder (Lyon, 1997) duruma gelmiştir. BİT'nin kolay bir şekilde kabul görmesi, yaygınlaşması ve kolaylaştırıcı olması gözetim pratiklerini sistemik ve etkin hale getirmiştir. BİT'nin, bütünleşik sistemler şeklinde bir araya gelmeleriyle birlikte, yaşam kalitesini yükseltme ve kolaylıklar sağlama misyonu bireyleri denetim altına almaya dönüşmüştür (Dolgun, 2004). Nitekim gözetim, çalışma yaşamında yalnızca günümüze özgü bir durum olmayıp endüstri toplumu ve kapitalizmi içerisinde en karakteristik özelliğini almıştır. Fakat modern dünya da

gözetim genel olarak verimliliğin ve üretkenliğin izlenmesi, toplumsal hizmetlerden faydalanılması amacıyla verilerin toplanması gibi dikkat çekmeyen ve rahatsız edici olmayan yollardan yayılmaktadır (Lyon, 1997). Dolayısıyla günümüzde yaşanan dijital dönüşümle birlikte enformatik gözetimin kısıncında olan hekimlerin tüm yaptıkları iş ve işlemler detaylı şekilde kayıt altına alınmakta (hatta birçoğunu kendileri kayıt altına almakta) ve tüm yaptıkları dakika dakika BİT sistemleri üzerinden izlenebilmektedir. Böylelikle hekimlerin hem zamanı kontrol edilmekte hem de mekânı aşabilmeleri sağlanmaktadır. Diğer yandan ise iktidarın yeni mekanizmalar oluşturma amacı ile kurmuş olduğu BİT, bilgi sistemleri ve gözetim tekniklerinin iç içe geçmesi epistemolojik iktidarı da beraberinden getirmektedir. Bu nedenle bilimsel yönetim uygulamaları ile desteklenen, teknik ve mekanik karakteristiğe bürünen gözetim pratikleri tüm bireylere dayatılarak içselleştirilmesi hedeflenmektedir (Dolgun, 2005). Nitekim katılımcı hekimin (K,3) sisteme girip ne kadar hasta baktığı, ne teşhisi koyduğu ile ilgili sistemden kendisi hakkında geribildirim aldığını ve bunun faydalı bir durum olduğunu belirtip gözetimi zımni olarak meşrulaştırması, gözetim pratiklerini hatta kendi kendini gözetlemeyi/denetlemeyi içselleştirdiği, gözetlenmeye karşı zımni rızanın olduğu şeklinde ifade edilebilir. Gözetimin olağanlaşması ve içselleştirilmesi, kendi kendine işleyen bir disiplin mekanizmasını da doğurmaktadır (Çoban, 2014). Diğer yandan katılımcı hekimin (K,3) “bir hastaya niçin 5 dakika diğer hastaya niçin 15 dakika zaman ayırdın” gibi bir sorgulamaya maruz kalabileceklerini ifade etmesinden, hekimlerin “yerine getirilen faaliyetleri kontrol edebilme gücü” (Uhr, 1999) şeklinde ifade edilen hesap verebilirliği de içselleştirdikleri söylenebilir. İş ile eylemlerin hukuki ve ahlaki dayanaklarının, kimseden gizlenilmemesi, açık bir şekilde sunulabilmesi, gösterilebilmesi ve ispatlanabilmesi anlamında kullanılan (Konuk, 2019) hesap verebilirlikte çalışanların ilgililere karşı cevap verebilir olmaları, bunlara ilişkin talep ve eleştirileri göz önünde bulundurarak hareket etmeleri ve olası bir başarısızlık durumunda da sorumluluğu üzerlerine almaları (Gündüz ve Göker, 2017) beklenmektedir. Yeni yönetim anlayışında performansa ve sonuçlara vurgu yapılmakta, sonuçlara dayalı hesap verebilirliğin, piyasa mekanizmaları ve müşteri memnuniyeti aracılığıyla sağlanabileceği düşünülmektedir (Eryılmaz ve Biricikoğlu, 2011). Böylece hekimlerin, hesap soranların taleplerine ve yararlarına karşı duyarlılıkları da dolaylı şekilde kamunun temsilcileri yerine doğrudan kamuya karşı olmaktadır (Çınar, 2015). Bu çerçevede katılımcı hekimin (K,3) hesap verebilirliği piyasa temelli sağlık sistemi ve hasta memnuniyeti üzerinden dile getirmesi, hekimlerin yeni yönetim anlayışı ekseninde zımni olarak kapitalizmin kâr maksimizasyonu doğrultusunda hareket ettiklerini düşündürmektedir. Kapitalizmin, hesap verebilirlik ilkesini yaygınlaştırılarak kâra ulaşmanın

sofistike yapısını inşa ettiği de (Aytaç ve İlhan, 2008) ifade edilebilir. Yeni yönetim anlayışında hesap verme yalnızca bireyler açısından değil kurum içi ve kurumlar arası da olabilmektedir (Gedikoğlu, 2012). Dolayısıyla hesap verilebilirlik, kurumların amaçlarına uygun faaliyetler göstermelerinin güvencesi olmakla birlikte yaptıkları bütün eylem veya eylemsizliğe yönelik sonuçlardan sorumlu olmalarıdır (Çınar, 2015). Görüldüğü üzere yeni yönetim anlayışında izleme ve değerlendirmeler önemli olmuş, dönem dönem hesap verme devamlı hesap vermeye ve şeffaf olmaya dönüşmüş, hedefe yönelen ve çıktıları esas alan performans odaklı bir hal almıştır. Yeni yönetim anlayışıyla ve SDP ile getirilen uygulamalardan dolayı artık hekimleri başta kendileri olmak üzere, Sağlık Bakanlığı, ödeme yapan kurumlar, yöneticileri, meslektaşları ve hastalar gözetler olmuştur. Kurumsal ve bireysel performans ölçümü ve ödeme yapan kurumların faturalandırılmasında hekimler, BİT verileri üzerinden gözetlenmekte ve denetlenmektedir. Bu bağlamda katılımcı hekimin (K,3) üzerinde durduğu diğer bir konu performans dayalı ödeme sistemi için yapılan performans değerlendirmeleri sırasında, hekimlerin birbirlerinin puanlarını gözetledikleri, aralarında rekabet ortamının olduğu ve iş barışının bozulduğu olmuştur. Performansa dayalı ödeme sisteminin yaratmış olduğu içsel ve dışsal baskının hekimler arası gözetimi derinleştirdiği ve (her ne kadar katılımcı hekimin anlatısında yer almasa da hekimlerin performans değerlendirmede birbirlerinin yaptıkları ya da yapmadıkları iş ve işlemleri gözetledikleri ve bunun sonucunda tespit edilen olası bir uygunsuzluğun yöneticiye -performans puanının düzeltilmesi amacıyla- bildirilmesi söz konusu olabilmektedir) hesap verilebilirlik açısından olası kontrol mekanizması niteliğinde “bilgi uçurma” eylemine yol açabileceği de ifade edilebilir. Bilgi uçurmanın, yöneticilerin riskleri kontrol etme amaçlı kullanabilecekleri bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Konuk, 2019). Katılımcı hekimin (K,3) anlatısındaki “şimdiki başhekimlerin yetkileri de fazla gideceğin yere açıp bunu siz kabul etmeyin diyebilir” cümlesinden ve devamındaki cümleden, bilgi uçurma eyleminin (her ne kadar literatürde tanımlanan anlamıyla da olmasa) yöneticiler tarafından sergilenebilmesi ihtimalinin bulunduğu anlaşılmaktadır. Literatür de yasalara ve kurallara aykırı şekilde gayri ahlaki davranışlarda bulunan kişi/kişilerin ifşayla durdurulmaya çalışılması şeklinde ifade edilen (Arslan ve Kayalar, 2017) bilgi uçurma kavramının Türkçe’de de tam karşılığının bulunmadığı dile getirilmektedir (Konuk, 2019). Katılımcı hekimin (K,3) ifadesinden yola çıkılarak burada bilgi uçurma kavramı; yöneticilerin personellerine referans olabilecekleri ve personellerin performansları hakkında diğer kurumlara olumlu ya da olumsuz ön bilgi verebilecekleri anlamında kullanılmıştır. Katılımcı hekimin (K,3) anlatısındaki ele alabileceğimiz diğer boyut ise hem hekimlerin performanslarının (hasta sayısı, uygulamaları,

reçeteleri vb) hem de hastaların kişisel sağlık verilerinin metalaşma riski yani bu verilerin üçüncü taraflara özellikle ilaç şirketlerine geçebilmesi riski ile verileri elinde bulunduranların hekimleri manipüle edilebilme olasılığıdır. Görüldüğü üzere yeni yönetim anlayışı içerisinde gittikçe yoğunlaştırılmış gözetim pratiklerine (elektronik/enformatik gözetim ve veri gözetimi) maruz kalan ve daha fazla gözlenir olan hekimler yöneticileri, meslektaşları, kendileri, hastalar, sigorta/ilaç şirketleri gibi üçüncü taraflar ve ödeme yapan kurumlar tarafından gözetime tabi kılınmaktadır. Dolayısıyla gözetim, bilgi edinme, güven ve refahı sağlama, disiplin ve denetim işlevlerinin yanı sıra tüketim toplumuna hizmet amacını içeren yeni boyutlara yönelmiştir.

Diğer yandan sağlık hizmet sunucuları tarafından Sağlık Bakanlığı'na iletilen verilerin raporlanmasına yönelik Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) adında yerli karar destek sistemi platformu oluşturulmuştur. SİNA ile kurum kaynaklarını daha etkin yönetme, merkez ile taşra teşkilatı kullanıcılarının karar alma yetkinliklerini artırma amaçlanmaktadır (SB, 2021). E-nabız ile entegre çalışan SİNA ile hekimler ve yöneticiler, bir hekimin muayene başına yazdığı reçete, reçete başına yazdığı ilaç, yazdığı antibiyotik sayısı gibi verileri ülke bazında görebilmektedirler. Katılımcı hekimlerden bir tanesi Sağlık Bakanlığı'nın tüm hastaneleri veriler üzerinden kaynak yönetimi için izlediğini anlatırken SİNA platformunu da şu şekilde dile getirmiştir.

“Sağlık Bakanlığı'nın verimlilik sitesi var. Bu verimlilik gov.tr'de tüm hastanelerin, acil servisinden tutun da kadın doğum hizmetlerine, ilaç sarfından tutun normal malzeme sarfına kadar hangi malzemeyi yılda ne kadar sarf etmiş, aylık ne kadar sarf etmiş, geçen yıl ki aya göre şuandaki durumu ne, geçen yılkiye göre şu andaki durumu ne, ilaç sarfi da dâhil, işte antibiyotik ne kadar kullanmış, hangi ilaçlara çok fazla yönelim olmuş, sarfi artmış, hangi ilaçlarda ya da malzemelerde zarar boyutunda işte şu kadar miadı geçmiş ilacı veya miadı geçmiş malzeme sıkıntısı olmuş. Bununla ilgili bakanlık zaten doktor bazında dâhil, hani hangi ilacı hangi doktor kaç kez order etmiş, kaç kez reçete etmiş hepsini kendi veri havuzunda topluyor. SİNA yeni çıktı zaten iki ay önce sisteme alınmış, SİNA projesinde her hekim buraya giriyor, hekim kendini hem bulunduğu hastane, bulunduğu ilçe, bulunduğu il ve bulunduğu bölge ve Türkiye genelinde yapmış olduğu reçete hasta sayısı, harcadığı malzeme her şeyini görebiliyor. Yani bununla ilgili olarak geribildirim hem bakanlık adına sağlanmış hem de bakanlık kendi verilerinin de kişi hakkındaki verileri de kişinin kullanımına açmış durumda. Yani geribildirimler hat safhada feedback mekanizmaları çalışıyor karşılıklı

olarak. (...) Denetim gözetim yok hayır bu farkındalık oluşturmaktan öte mesela şöyle söyleyeyim. (...) SİNA'da kendisine bakan, kendisine beş kez ve beş üzeri bakan hekimlerin istatistiğini yapmışlar. Mesela (...) kendi verilerine 5 ve üzerinde bakan kadın doğumcuların primer sezaryen oranını almışlar bakmadan önceki daha sonra baktıktan sonraki işte bu üç dört ay süresindeki primer sezaryen oranlarına bakmışlar. Anlamlı derece de düşmüş. Bakın hiçbir uyarı yok. (...) Otokontrol. Mesela şöyle söyleyeyim. Benim antibiyotik reçetem, antibiyotik hani her reçetesine atıyorum şöyle söyleyeyim reçete başına düşen antibiyotik miktarımı ben bilirsem ve ilde, ilçede işte hastanedeki oranlarla kıstas tutarsam ister istemez kendinizde şunu oluşturuyorsunuz, yanındaki hekim aynı hasta popülasyonuna bakıyorsunuz, aynı işi yapıyorsunuz. Yandaki hekim 100 hastasının 10'nuna antibiyotik yazıyor. Ben 100 hastamın 80'ine antibiyotik yazıyorum. Şimdi bunu yazarken rutin eylemsel sırasında hiç fark etmiyorsunuz. Yani şey yapıyorsunuz, yazıyorsunuz, gerek duyuyorsunuz, şartları zorlamıyorsunuz belki. Belki hastayla uğraşmak istemiyorsunuz, sebebini bilemem. Onun bir sürü on tane maddesi çıkabilir. Ama hekim sonuçta bir şekilde otokontrolünü kaybetmiş bir şekilde yazıyor. Daha sonra bakıyor. Yandaki 10 yazarken kendisi 80. Şimdi o geribildirimde bu sefer ya çok fazla yazıyorum. Evet yani diğer arkadaş bu kadar az, aynı hasta, şikâyetçi değiller, aynı hasta sayısına bakıyoruz. Onları da aynı şikâyetlerle geliyor. Sonuçta bölge farklı değil. Dolayısıyla bende azaltayım diyor. Onun da otomatikman düşüyor. (...) Yazılan antibiyotik reçete kalem sayısı azalıyor veya ağrı kesici. Hangisinde düşürmek isterseniz.” (K,4).

Böylelikle, hekimler üzerinde idari egemenlik sağlayan ve disipliner iktidarı karakterize eden dijital veri gözetimiyle, hekimlerin teknolojiyle koordine edildiği, sağlık hizmeti sunan kurumlar ile hekimlerin emek sürecinin bütününe ilişkin sistem analizlerinin yapılabildiği ileri denetim biçimi getirilmiştir. Hekimlerin gözetim pratikleri vasıtasıyla disipline edilmesi ve üretici güçlerinden en yüksek seviyede faydalanılmasının amaçlandığı ve gerçekleştirdikleri üretimsel etkinlerde gözetim altına alındıkları belirtilebilir. İktidara boyun eğmenin farklı bir biçiminin deneyimlendiği yani yüz yüze denetimin/gözetimin yerini elektronik/enformatik olana bıraktığı, bürokrasi ve katı denetimin yok gibi görüldüğü SİNA platformu ile hekimler üzerinde içsel bir denetim kurulmaktadır. Böylece sürekli değişkenlik gösteren SİNA platformundaki verilere göre oluşan yeni durumlara hekimlerin kendilerini uyumlulaştırmaları beklenmektedir. SİNA platformu ile dijital ağlarla sanal ortamda oluşturulan ortak çalışma mekânı içerisinde, denetimin hekimler arasında paylaştırıldığı, birbirlerini denetlemeye/izlemeye sevk edilerek (birbirlerinin denetçisi yapılarak) bir rekabet

ortamı oluşturulduğu, böylelikle hekimlerin üzerlerinde artan denetim baskısı ile daha fazla çalıştırıldıkları aynı zamanda kaynakların yönetilmeye ve sağlık harcamalarının dengelenmeye/etkin kullanılmaya çalışıldığı da söylenebilir.

Öte yandan görüldüğü üzere hastanelerdeki, BİT ve bilgi sistemleri ile merkezi sağlık veri sistemi, artı değer ya da meta üretirken, gereksinim duyduğu emek gücünün belirli/tanımlı bir mekâna/zamana ihtiyacı bulunmamaktadır. Çünkü hem hekimler hem de hastalar tele tıp ve mobil tıp uygulamaları ile hastane içinden ya da dışından veri alışverişinde bulunabilmektedirler. Katılımcı hekimler tele tıp ve mobil tıp uygulamalarına yönelik olumlu görüşler paylaşmışlardır.

“Bana danışılması gereken bir hasta olduğunda ya da yatan hastamla ilgili bir konuda görüşümün alınması gerektiğinde ya ben hastaneye geleceğim ya da filmi bana getirecekler. Benim hastaneye gelmem ya da filmin bana getirilmesi mecburi bir durumdur. Mecburduk yani. Uzaktan filmlere ya da tahlillere, hasta dosyasına ulaşıyor olabilmek, hastanın orderını düzenliyor olabilmek açıkçası bana özgürlük getirdi. Uzaktan erişim işin yapılış şeklini kolaylaştırdı. İcap dışı artık kimse hastaneye çağrılmıyor. İcapçı olduğum zaman uzaktan bağlantı yapmak zorundayım. Şunu da ekliyeyim icaplarda uzaktan erişim ve hastaneye gelmiyoruz diye bir durum yok. Hastanın durumuna göre hastaneye gelinip gelinmeyeceğine karar veriyorsun.” (K,12)

“Mesela ben 7/24 icapçıyım. Bazı branşlar bu uygulamayı kullanmıyorlar bile çünkü evden takip etmeleri gereken hastaları olmuyor. Açıkçası mobil erişim işimi kolaylaştırıyor. Eskiden bir filmi değerlendirmek için hastaneye gelmek zorunda kalıyordum. Şu an evden bağlanıp hastanın filmi veya tetkiklerini görmek işimi kolaylaştırıyor. Eskiden hastanın durumu ile ilgili hemşireler ya da nöbetçi hekimler bize telefonla bilgi verirdi. Yine o zamanda şimdi de hastamı görmem gerekiyorsa hastaneye geliyorum. Uzaktan erişim özgür kılıyor demeyeyim de işimi kolaylaştırıyor diyeyim. Bu durum kişiliğe ve branşa bağlı diye düşünüyorum” (K,11).

Katılımcı hekimlerin anlatılarından tele tıp ile mobil tıp uygulamalarının kolaylaştırıcı olma ve özgürleştirici olma özellikleri üzerinden meşrulaştırmalarına karşılık hekimlik mesleğinin 7/24 çalışılan bir meslek olduğu ve hekimin hastasını görmesi gerekiyorsa mutlaka hastaneye geleceği gibi paradoksal söylemler ile meşrulaştırmalarını desteklemeye çalıştıkları görülmektedir. Kuşkusuz tele tıp ile mobil tıp uygulamalarının hem devlete hem

hekimlere hem de hastalara hatta sermayeye (çünkü ne kadar çok BİT, ne kadar çok internet kullanımı, ne kadar çok BİT'e entegre tıbbi cihaz olursa o kadar çok kâr edecektir. Hatta hekimler bu uygulamaları kullanabilmek için internet hızını ya da bilgisayar/telefon modelini yükseltmesi gerekirse sermaye yine kâr edecektir. Yani sermaye hem kurumlara hem de hekimlere tükettirerek kazanç sağlamaktadır) olumlu katkıları bulunmaktadır. Örneğin bu uygulamalar olmasaydı icap nöbeti bulunan bir hekimin her hastanın tetkiklerini değerlendirmek için hastaneye gelmesi (acile gerekli ve gereksiz vakaların müracaat ettiği düşünülürse) hem hekim açısından yorucu ve maliyetli (kendi arabası ile gelmesi durumunda) olacak hem de hastane açısından maliyetli (hekimin evden alınması için araç gönderilmesi ya da filmin hekimin evine götürülmesi gibi) olacaktı. Bu duruma hasta açısından bakıldığında ise hastanın teşhis veya tedavisinin gecikmesi durumu söz konusu olacaktı. Olumlu yanları bulunmakla birlikte dijital dönüşümün sağladığı tele tıp ve mobil tıp uygulamalarının, hekimlerin özel yaşamlarına nüfuz ettiği, işlerini mekânsızlaştırdığı, çalışma ile özel yaşamları arasındaki sınırları belirsiz hale getirirken diğer yandan da özel yaşama ait mekânlarını çalıştıkları sağlık kuruluşundan uzak mesafelere kurmalarına olanak tanıdığı da anlaşılmaktadır. Bu durumu katılımcı hekimlerden bir tanesi aşağıdaki şekilde ifade ederken defansif tıbbi ve sağlık hizmetlerine erişimle ilgili sorunlara da dikkat çekmiştir.

“Film, tetkik değerlendirmesi açısından iyi. Fakat suiistimal edilmemesi lazım. Ben hastayı görmem gerekiyorsa yine hastaneye geliyorum. Eskiden hekimler belediye sınırları içinde oturuyorlardı ve hatta bu zorunlu idi. Bu nedenle icaba gelmeleri daha mümkündü. Ancak şimdi şehirlerin bazılarının büyük şehir belediyelerine dönüşmesiyle birlikte artık hekimler çalıştıkları hastanenin bulunduğu ilçe dışında başka bir ilçe de oturabildiklerinden icaba gelmek yerine filmlere, tetkiklere evden bakıp order verebiliyorlar. Eğer hastanın acil bir durumu varsa bu şartlarda evden gelemeyecekleri için ‘hastayı sevk edin’ diyorlar. Bu bence bir istismardır.” (K,15).

Katılımcı hekimin (K,15) ifadesindeki gibi daha önceleri hekimler ve sağlık çalışanları, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na göre, görev yaptıkları kurum ve hizmet birimlerinin bulunduğu yerleşme merkezlerinde (mücadir alanları dâhil belediye ve köy hudutları içerisinde) ikamet etmeleri esas iken bu zorunluluk ortadan kalkmıştır. Ancak daha sonra düzenlenen 2018/28 sayılı “Sağlık Personelinin İhtiyaç Halinde Çağrıya Uyması” genelgesi ile icap nöbeti tutan sağlık çalışanlarının 30 dakikada hastanede olabilecek biçimde hazır olmaları istenmiştir (SB, 2020b). Görüldüğü üzere kapitalizm; baskı ile kısıtlamayı,

mekânsal olarak uygulamayı aksine mekânsal genişleme sağlayarak, otorite ve iktidarı görünmez kılarak gerçekleştirmektedir (Aytaç ve İlhan, 2008). Katılımcı hekimin (K,15) “Eğer hastanın acil bir durumu varsa bu şartlarda evden gelebilecekleri için hastayı sevk edin” cümlesini, acil durumlarda hekimlerin aradaki mesafeden dolayı hastanede olmamaları nedeniyle olası herhangi bir riske karşı hastaları sevk etme şeklinde defansif tıbbi başvurdukları, hastaların hizmete erişemedikleri ve bunlarında devletin maliyetini arttığı (çünkü acil hasta başka bir yere ambulans ile sevk edilmektedir) şeklinde okumak mümkündür. Hekimin; eylemin içinde olmadığı, eylemle olan bağlarından uzaklaştığı gibi eyleme özel tinini vermekten de uzaklaştığı (Heidegger, 2011) ve bunların sonucunda da o anki duruma uyumlanarak hareket ettiği ifade edilebilir. Oysaki bir eylemin fiziksel alanı mekândır. Eylemin düşünsel ve fiziksel olmak üzere iki boyutu bulunmaktadır. Düşünsel eylemde alan, anlık ve tinin gücüne dayalı olduğundan fiziksel mekâna gereksinim duymaz. Bu güce bağlı olarak düşünsel eylemin alanı daralmakta ya da genişlemektedir. Düşünsel eylem alanı matematiksel olmadığı gibi saf görecedir. Fakat fiziksel eylem alanında mekânın boyutları matematiksel olduğu gibi genişliği ya da darlığı gene görecedir. Bunu belirli kılan ise, bireyin eyleme dâhil olma durumudur (Kargı, 2014). Bireyin eylemin gerçekleştiği mekânda olması/bulunması ve orada olan olması gereklidir. Bu, birey açısından zamanın göreceliğini de açıklamaktadır. Zaman olarak an’ın kısa ya da uzun olması mekânın belirleyiciliğini içerirken mekânın şartları da zamanın göreceliğini açıklamaktadır (Heidegger, 2011). Hal böyle olunca birey eylemle iç içe olmazsa, eylemin önce-şimdi-sonra zamansallığını içselleştirmesi, orada, eylemin içinde/öznesi olmasına bağlıdır. Dolayısıyla modern toplumun bir getirisi olarak kentte yaşamayı tercih eden hekim, hastanenin ilçede olması (mesafenin uzak olması, tek şeritli yol olması vs gibi) nedeniyle, eylemin dışında uzakta kalmakta, orada olamamakta, müdahil olamamakta, eylemi içselleştirememekte tele tıp ya da mobil tıp uygulamaları ile işlem yaparak uyumlaşmaktadır. Düşünsel eylem alanı açısından çok acil durumlarda hastaneye her an ulaşılabilir gibi, hekim 7/24 çalışır gibi ifadeler dile getirilse de fiziksel eylem alanı buna müsaade etmemektedir. Dolayısıyla mekân her ne kadar geniş olsa da eylemden soyutlanmış olan birey kapatılmış olmaktadır. Burada kapatılma bilinenin aksine içeri değil dışa kapatılma şeklinde olup “büyük kapatılma” olarak adlandırılmaktadır (Foucault, 2020). Böylelikle hekim fiziksel olarak dışarıda bulunsada dahi bir güç aracılığıyla denetlendiği müddetçe dışa kapatılmış olmaktadır. Zaman ilerler iken hekimin, özgür eylem alanı sıkışmakta ve eylem kontrolü dışında kalmaktadır. Dolayısıyla bunlar hekimin eyleme uyumlaşmasında eyleminin niteliğinde belirleyici olmaktadır. Bu durumda hekim kendisine dışsal ilerlemekte olan zamanda, dışsal kalan eyleme yetişme adına

zaman kısıtlamasıyla karşılaşması nedeniyle eş zamanlı zaman mekân sıkışmasına kapılmaktadır. Hal böyle olunca hekim öznel zaman ile öznel mekân birlikteliğinde yani hayatının iktidarını kaybetmeye başlamaktadır (Kargı, 2014). Aslında katılımcı hekimler sıklıkla ifadelerinde özel zaman ve özel mekân birlikteliğindeki iktidarlarını kaybetmelerini mesleğin doğası üzerinden normalleştirerek dile getirmişlerdir.

“Uzaktan erişimden memnunuz. Neden? Çünkü mesela yatan hastamıza uzaktan ilaç yazabiliyoruz. O güzel. Yazmak için belki evinden kalkıp geleceksin hastanedeki sisteme girmek için. Veya gecenin bir vakti ilaç ekliyoruz. O açıdan biz çok faydalı buluyoruz. Hani kamusal alan ve ev alanı ister istemez hani evinde zaman geçirirken ona 5-10 dakika zaman ayırıp yine ilacımı giriyorum. Ama hani bizim mesleğimizin özelliği bu yani. Bizim bir normal memur gibi biz 8-5 çalışmıyoruz hani 24 saat ömür boyu bizim mesleğimiz. O yüzden hani gecenin bir vakti ya da iş saatleri dışında bir hastaya ilaç girmek beni kısıtlamaz. Yani özel alanımla kamusal işim alanım birbirine girmiş oluyor ama bu mesleğimizin özelliği. Bana anormal gelmiyor. Çünkü doğal bu.” (K,24).

Tele tıp ve mobil tıp uygulamaları ile birlikte hekimlerin boş zamanları, mesailerinin doğal uzantısı olmuş, meta ve artı değer üretimleri içinde belirli bir zamana ve belirli bir mekâna ihtiyaçları da kalmamıştır. Böylelikle hekimlerin çalıştıkları bir fabrika olan hastane evlerinde hatta oturma odalarında yer almaya başlamıştır. Ancak bu fabrika yalnızca evde değil her yerde olup kapitalist bir fabrika halini almıştır. Dolayısıyla emek, zaman, mekân ve üretim aracı katı olmaktan çıkmış, esnekleşmiş, soyutlaşmış ve akışkan bir hal almış ancak kâr somut olarak kalmıştır (Duman ve Özdoğru, 2018). Bu durum hekimleri özel mekânlarında kendilerini işe daha çok vermelerini, hatta özel yaşam alanı için saklamış oldukları şeylerden feragat etmelerini ve bunu gönüllü bir şekilde işyerine sunmalarını sağlamakta (Mendel, 2005) dolayısıyla kısmi özerklik ve özgürlük yanılması içinde özel yaşam alanı işin devamlılığının sürdürüldüğü alanlara dönüşmektedir. Diğer yandan BİT’in tahakkümünün iş akış süreçlerinde kişisel inisiyatif, özgürlük gibi yeni kontrol ve iktidar araçlarını getirdiği görülmektedir. Görüldüğü üzere, çalışmanın mekânı ile zamanının belirsiz kılınmasıyla, özel mekânlarında/zamanlarında, iş süreçlerinin verimlilik koşulları, süresiz olarak üretilen hekimler, çalışma ile özel yaşamlarını/mekanlarını birbirlerine entegre ettikleri dinamikleri üretmeye sevk edilmektedirler (Kart, 2012). Böylelikle tele tıp ve mobil tıp uygulamaları aracılığıyla hekimlerin özel yaşam alanları verimlilik koşullarının uygulandığı teknolojik ve ekonomik rasyonaliteye göre yönlendirilen bir alana dönüşmektedir. Çünkü

dijital ekonominin rasyonalitesine göre, hekimler bir sermaye olarak, dijital ekonominin amaçlarına hizmet ettiği ölçüde değerli olabilmektedirler. Dolayısıyla dijitalleşme, sermayenin kendini üretmesinde önemli bir rol oynarken, aynı zamanda da denetim ve kontrol mekanizmaları da çeşitli biçimlerde hekimler üzerinden kendisini yeniden üretmektedir. Böylece hekimlerin hem fiziki hem de ruhsal yaşam alanları kuşatma altına alınmaktadır (Gorz, 2001). Kurumsal verimlilik, etkinlik, hizmetlerin kalitesinin artırılması, kurumlar arası eşgüdüm sağlanması, uygulamalar arasında uyumun gerçekleştirilmesi gibi pek çok amaç için kullanılan BİT ile hekimlerin görünmez gözün varlığı ve egemenliğini doğal karşılamaya, gözetimi içselleştirmeleriyle birlikte gözetimin doğal bir hal aldığı dolayısıyla kamusal zaman/mekân ile özel zaman/mekân arasındaki sınırın silikleştiği, özgür olma/özgürleşme kavramının belirsizleştiği belirtilebilir.

5.2.5. Dijital Hastane, Hekimlik ve Hekimlerin Mesleki/Klinik Özerklikleri

Tıp mesleği, oldukça uzmanlaşmış bir bilgi birikimi etrafında toplanan, toplum tarafından takdir edilen ve hekim ile hasta arasında yüksek derecede gizliliğin gerekli olduğu bir hizmeti sağlamaktadır (Freidson, 1986). Tıp mesleği, toplum yararına hizmetler (insan sağlığı ve esenliği ile ilgili) sunduğu için devlet tarafından mesleğe yasal ayrıcalıklar tanınmıştır (Koehn, 1994). Bununla birlikte hekimlere, tıp mesleğinin işlevlerini yerine getirirken, kararlarını verirken, bağımsız ve kendi faaliyetleri üzerinde kontrol kurabilmeleri, karar alabilmeleri ve kendilerini yönetme özgürlüğü yani mesleki özerklikte tanınmıştır (Oğuz vd., 2005). Hekimlerin mesleki özerkliğinden, bireyi merkeze aldığı hizmet anlayışı, hekimlerin sundukları hizmetin niteliği, yaratıcılıkları, hastaları ile ilişkileri, hastalarının sağlık durumları ile iyilik halleri etkilenmektedir. Dolayısıyla hekimlerin mesleki özerklikleri sağlandığı zaman, piyasa temelli sağlık sistemine karşı hastaları savunacakları diğer yandan ise mesleki özerkliklerinin yetersizliğinin iyi hekimlik uygulamalarının önünde engel teşkil edeceği düşünülmektedir (Hamzaoğlu ve Özkan, 2019). Tam da bu noktada özerklik paradoksu ile karşılaşmaktadır. Çünkü hekimlerin, tıp mesleği mensubu olarak görevlerini yerine getirmeleri için özerklik esas iken bu özerklik onların görevlerini yeterince yerine getirip getirmediğini ya da iyi yapıp yapmadıklarını kontrol etmeyi de zorlaştırmaktadır (Hoogland ve Jochemsen, 2000).

Geçmişten beri mesleki özerklik geleneksel olarak mesleklerin ve kesinlikle tıp mesleğinin merkezi bir özelliği olmuştur. İlk başlarda hekimlerin özerkliği klinik özerklik bağlamında alınırken (Shulz ve Harrison,1986), daha sonra klinik özerkliğe hekimlerin

birbirleriyle ve devletle kurdukları ilişkiler (meslek birliğinin tanınması, mesleğe kabul şartları, mesleki standartlar gibi) ilave edilmiş (Harrison ve Ahmad, 2000), günümüze yaklaştıkça bu iki özerklik gruplamasının kapsamı genişlettiler politik özerklik (mesleki uygulamaların gerçekleştirilmesinin bağlamı genişletilmiş) ile ekonomik özerklik eklenmiştir (Randall ve Williams (2009). Nitekim hekimlerin mesleki özerklikleri yalnızca hekimlerin bireysel ve mesleki özellikleri ya da ilişkilerinden oluşmadığı için var olan emek süreci ve sağlık sisteminden etkilenmektedir (Kalble, 2005). Son dönemlerde neoliberal politikaların etkisindeki sağlık reformlarıyla birlikte sağlık hizmetleri metalaştırılmış, yararlılık ve işlevsellik fonksiyonları azalmış, piyasada değişim için üretilir olmuştur. Dolayısıyla sağlık harcamalarındaki artışların hekimler tarafından verilen kararlardan kaynaklandığı gerekçesiyle sağlık bakım maliyetlerinin kontrol altına alınabilmesi için hekimlerin mesleki özerkliklerinin kısıtlanması yoluna gidilmiştir (Hoogland ve Jochemsen, 2000). Bu bağlamda Türkiye'deki verilere bakılmıştır. 2018 yılında 15.283.656 MR, 18.321.984 BT, 17.493.209 Doppler Ultrason (SB, 2018c) çekilirken, 2019 yılında 16.195.684 MR, 19.400.287 BT, 22.518.158 Doppler Ultrason (SB, 2019c) çekilmiştir. 2019 yılında toplam sağlık harcaması bir önceki yıla göre %21,7 oranında artmış ve 201 milyar 31 milyon TL'ye yükselmiştir. Ve bu sağlık harcamalarının en büyük payı %48,2 ile hastanelere olmuştur (TÜİK, 2020b). Dolayısıyla yıllara göre hem sağlık tüketiminin hem de sağlık hizmetleri harcamalarındaki meblağların yükselmesi, bir yandan mali kısıtlama politikalarının neden gerekli olduğunun aynı zamanda faturasının neden hekimlere kesilip mesleki özerkliklerinin kısıtlanmasının düşünüldüğünü gösterirken bir yandan da sağlık sermayesi için sağlık alanının neden cazip olduğunu da göstermektedir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinin piyasanın ilkelerine giderek daha fazla yanıt verir hale gelmesi şaşırtıcı bir durum olmamaktadır. Diğer yandan küçük kliniklerin, özel hastanelerin büyük sağlık kuruluşları ile birleştirilmesi, şirket evliliklerinin yapılması son yıllarda hızlanmakta (Creswell ve Abelson 2013) aynı zamanda da devam etmesi beklenen uzun vadeli bir eğilim olarak görülmektedir (Dafny, 2014). Bu eğilim, bir yandan verimliliği artırmanın ve maliyetleri düşürmenin bir yolu olarak tasvir edilirken, diğer yandan sağlık hizmetleri sunumunda piyasaya dayalı ilkelerin artmasının hasta bakımına etkileri üzerine bazı endişeleri de beraberinde getirmektedir. Dolayısıyla finansal hesap verebilirlik ve piyasa verimliliklerine artan vurgu, tıbbın kurumsal yapısını değiştirerek klinik ilişkileri rutinleştirmeye ve ölçülebilir sonuçlara doğru dönüştürmektedir (Dao ve Mulligan 2016). Çünkü büyük ölçekli sağlık ağlarının büyümesi, teknolojik gelişmeler, sağlık reformları ve yasal düzenlemeler sağlık hizmetleri sunumunda kurumsal stratejileri yaygınlaştırmaya başlamıştır.

Türkiye’de de insan gücünden bilgi sistemine kadar ilgili birçok alanda köklü değişikliklere dayanan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın (SDP) uygulamaya konulmasıyla birlikte dijital hastaneler yaygınlaşmaya başlamıştır. Sağlık kurumlarının, hizmet sunumunun verimliliğini artırma amacıyla dijital dönüşümle birlikte tasarlanan kurumsal rasyonalizasyon ilkeleri, bireysel ve anlamlı hekim-hasta ilişkilerinden sağlık bakımı da dâhil olmak üzere bütün süreçlerde tıbbi değerlerin dönüşmesine neden olmaktadır. Çünkü verimlilik, hesaplanabilirlik, öngörülebilirlik ve kontrol ilkeleri sağlık hizmetlerinin sunulma şeklinde hâkim olmaya başlamıştır (Dorsey ve Ritzer, 2016). Ancak hem ABD hem de ABD dışında yapılan çalışmalarda; sağlık hizmetinin içeriğini ve kalitesini yeniden şekillendirmede piyasa temelli verimliliği artırma, israfı azaltma ve kaliteyi iyileştirmeyi teşvik için tasarlanan sağlık reformlarının doğrudan bir sonucu olarak hizmetin kullanılabilirliği ve kalitesinin düştüğü belirtilmektedir (Mulligan, 2016; Oldani, 2010). Diğer yandan tüm bu sağlık hizmetlerinin verimliliğini, kalitesini arttırmayı ve maliyet kontrolünü amaçlayan reformlar/değişimler/uygulamalar, hekimlerin emek sürecinde özgür ve bağımsız şekilde karar vermelerini, harekete geçmelerini, kendi kendilerine yönetmelerini, kontrolü ellerinde bulundurmaları veya inisiyatif kullanmalarını kısıtlamaya yani hekimlerin özerkliklerini erozyona uğratmaya başlamıştır (Hamzaoğlu ve Özkan, 2019). Hekimlerin daha fazla hesap verebilir olmaları, artış gösteren sağlık harcamalarını kontrol etmeleri, maliyet-etkili davranmaları, hizmetin niteliğinden ödün verilmeden sonuç odaklı çalışmaları hem verimli hem de ekonomik ancak kârı yüksek işlemlere yönelmeleri, maliyetin azaltılması adına zorunlu hizmetlerin kapsamını daraltmaları beklenmektedir (Kalble, 2005). Böylelikle kurumun ticari performansı hekimlerin öncelikli amaçları olurken, ölçütleri de en iyi tıbbi tedavi yerine ekonomik kârlılık ile verimlilik olmaktadır (Marjoribanks ve Lewis, 2003). Hal böyle olunca piyasa temelli sağlık sistemine uygun yönetim modelleri uygulanmaya başlarken, tedavi sürecinin standardize edilmesi, Toplam Kalite Yönetimi, klinik rehberler, performansa dayalı ödeme ve Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) gibi uygulamalar getirilmiştir (Baum vd., 2006). Katılımcı hekimler MHRS’nde hasta sayısı konusunda karar veremediklerini dile getirmiştir.

“(...) Sağlık Bakanlığı randevu sistemine geçmiş olsa bile MHRS 10 dakikada bir randevu veriyor. Ama bununla birlikte Sağlık Bakanlığı diyor ki ayaktan gelen hastaya da bakın (...). Dolayısıyla hekimler normalde MHRS üzerinden çalışmaya kalksa maksimum baktığı hasta sayısı 40’larda. Siz 40’da bırakıyorsunuz. Bizim aşağıdaki polikliniğe indiğinizde bu hasta sayıları 80’lerde yani ortalama poliklinik sayısı 80.” (K,4).

Katılımcı hekimin (K,4) ifadesinden, sağlanmaya çalışılan verimlilik kriterinin, tıp mesleğinin etik ilkeleri ile evrensel standartlarının yerine getirilmesinde engel teşkil ettiği anlaşılmaktadır. Diğer yandan ise dijital hastanelerde, tıbbi teknolojilerin yanı sıra kullanılmakta olan BİT ve bilgi sistemleriyle tıbbi hataların önlenmesi, fazla kaynak kullanımının azaltılması, uygulama kılavuzlarına uyumun artırılması, bakımın koordine edilmesi, veri iletişiminin kolaylaştırılması, maliyetlerin düşürülmesi, bağlı olarak sağlık hizmetleri kalitesinin, güvenliğinin ve verimliliğinin artırılması amaçlanmaktadır (Centers for Medicare and Medicaid Services [CMS] 2021). Böylelikle bilgisayarlar, hekimlerin bir eklentisi haline gelmiştir. Hekimler poliklinikte ya da hasta odasına gittiklerinde devamlı bilgisayara elektronik tıbbi kayıtlar (ETK) girmektedirler. Hekimler sayfaların açılması, kapatılması, onay kutularının tıklanması ve notların yazılması şeklinde süreç ilerlerken kısa bir süre hasta ile iletişim kurmakta ve fiziksel muayene içinde kısa zaman ayırmaktadırlar. Hekimler, hekim-hasta karşılaşması (hastanın poliklinikten ayrılması ya da hekim hasta odasından ayrılması gibi) sona erdikten sonra bile ETK için gerekli işlemleri (ilaç yazma gibi) tamamlamak, yazı yazmak (ameliyat, taburcu, konsültasyon notu gibi) için uğraşmaktadırlar. Çünkü sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla kurumsal çıkarlar tarafından yönetilmesi nedeniyle, ETK hekim-hasta karşılaşmanın ötesinde, faturalama, kalite izleme ve kurumsal gözetim gibi süreçleri kolaylaştırmak için standartlaştırılmış veri girişleri, raporları, algoritmik tedavi şemaları, hastalık kodları vb. gerektiren ve çeşitli kurumsal amaçlara hizmet eder şekilde yapılandırılmışlar ve yapılandırılmaya devam etmektedir. Dolayısıyla bu amaçlara öncelik verilmesi nedeniyle ETK'in hekim-hasta etkileşimlerini dönüştürmeye başladığı ve hekim-hasta karşılaşmalarında hasta yerine ETK'in daha baskın rolde olduğu belirtilebilir. Çünkü bu durum hekimlerin kendi bilgilerine dayanarak muayene-teşhis-tedavi-konsültasyon süreçlerini yönetme yetkisini engelliyor gibi görünmekle beraber hastaları hekim-hasta karşılaşmalarından silmekte ve onları sadece bakım nesnesi olarak dijital temsille yani e-hasta ile değiştirmektedir. Katılımcı hekimler ETK'ı sisteme girerlerken ekranda açılır menülerin ve onay kutularının tıklanmasını, uygun olmayan veya gereksiz ayrıntıları içeren veri/bilgi girişlerinin yapılmasını zaman kaybı olarak gördüklerini belirtmişlerdir.

“(...) eskiden bu denli yüksek derecede kayıt yapmıyorduk. Çok derecede kayıt yapmıyorduk.” (K,5).

“Kullandığımız ekranda bir yeri doldurmayınca diğer ekrana yani aşamaya geçemiyoruz.” (K,29).

Katılımcı hekimler, bu durumun yalnızca hekimler için geçerli olmadığını hekim dışı sağlık çalışanlarının da (hemşire, hemşir gibi) ETK için çok fazla veri girişi yaptıklarını da dile getirmişlerdir.

“(...) mesela yoğun bakımda çalışan bir hemşirenin bana söylediği bir şeyi ben size söyleyeyim. Yoğun bakımda bir sürü hasta yatıyor, bu hastaların çoğunu biz kurtarıyoruz, yaşatırız da diyor, bilgisayarda yazı çizi işi yapmanın başından bir kalkabilsek, kaliteyi, kalite kriterlerini sağlamaya çalışmaktan, şu bilgisayardaki yazı çizi işlerinden bir kalkabilsek biz bunların aslında yarısını kurtarıyoruz diyor.” (K,30).

Katılımcı hekimlerin ifadelerinden de anlaşılacağı üzere ETK’in, klinik süreçleri ve uygulanmaları verimli hale getirmek amacıyla tasarlanmış olmalarına karşın hekimlerin ve hekim dışı sağlık çalışanlarının önceden tanımlanmış seçenekler için onay kutuları arasından seçim yapmaları ya da birtakım verilerin doldurulması vb. artan meslek dışı görevlerin zaman kaybına neden olduğu gibi mesleğin gerektirdiği görevlerin yapılma süresinin de azalmasına neden olmaktadır. Bu da hekimlerin klinik süreçlerde zaman üzerindeki tekellerinin kaybolduğunu göstermektedir. ETK ile çalışırken, katılımcı hekiminde (K,29) ifade ettiği gibi, öğeleri seçene/yazana kadar bir ekrandan diğerine geçmeleri engellenmekte, kesin spesifikasyonların girilmesini gerektirmektedir. Tüm bu ETK işlemleri sırasında bilgisayar hekimlerin dikkatini tekelleştirmekte (uzun süre bilgisayar ekranı ile meşgul olmaları) ve hekim-hasta iletişimini sekteye uğratmaktadır. Elbette ETK kullanmanın laboratuvar sonuçlarına kolayca erişmek, hastanın geçmiş verilerine ulaşmak, konsültasyonun hızlı olmasını sağlamak, ilaçları izlemek ve olası ilaç etkileşimlerini uyararak gibi bazı avantajlarının bulunması hem hasta hem de hekim açısından oldukça önemlidir. Katılımcı hekimler, ETK kullanmanın avantajları üzerinde dururlarken aslında farkında olmadan zımnî olarak hekim-hasta ilişkisinin/etkileşiminin azaldığını da dile getirmişlerdir.

“Eskiden çok zor gözüken şeyler artık hastanın eski filmlerine ulaşmak eski tahlillerine eski yatışlarına rahatsızlığının ileriye mi gittiği yoksa gerilediğine mi dair bir sürü bulguya bir saniyenin içinde bir düğmeyle hepsine ulaşabiliyoruz. (...) arşivlenmiş kayıtlı bir sistemin olması ben hastadan anamnez alacağım diye vakit kaybına neden olabilecek şeylere de engel oluyor bu dijital ortam. İşte sen kaç yılında hasta olduydun? Ne hastalığın vardı? Ne uygulandı? Hepsi arşivlenmiş zaten. (...) [Tekrar] Sormuyoruz, talep de etmiyoruz. (...) Ama biz işte e-nabız dediğimiz sisteme girdiğimizde adamın ilacını görüyoruz, adamın rahatsızlığını kronik akut her türlü hastalığını görüyoruz. Bizim dediğimiz gibi hasta

ile anamnezde harcadığımız zamanı da kazanmamıza neden oluyor.” (K,20).

Aslında katılımcı hekimin (K,20) “hasta ile anamnezde harcadığımız zamanı da kazanmamıza neden olur” cümlesinde kazandığını belirttiği zamanı hastaya veya kendisine ayır(a)mamaktadır. Çünkü sistem devamlı hasta bakacak şekilde ayarlandığından kazanılan bu zaman sistem için bir kazanımdır. Diğer yandan ise dijital dönüşümün düzenleyici bağlamının yanı sıra ödeme yapan kurumlar, yazılım şirketleri, sağlık sistemi yönetimi, kalite izleme, ilaç tedarikçileri vb ek paydaşların ETK’ın tasarımı ve işlevini çıkarlarına yönelik daha fazla karmaşıklık ve katman eklenmesine neden olabildikleri belirtilmektedir (Bloomrosen vd., 2011). Bununla birlikte piyasa temelli sağlık sistemine yönelik eğilimin önemli bir parçası olarak, süreçlerin/prosedürlerin iç ve dış değerlendirmesini ve doğrulanmasını kolaylaştırma amacıyla sayısallaştırılan, kodlanan belgeler ve işlemler artmaktadır (Mulligan, 2010). Dolayısıyla nicelleştirme süreçleri vasıtasıyla sosyal göstergelerin (hastaların acısı/üzüntüsü ICD kodlarına indirgenmekte) veri noktalarına dönüştürülmesiyle yeni değerlerin empoze edildiği, nüansların atlanıldığı, kaydedilmemiş veya rapor edilmemiş veri alanlarının önemsiz olduğunun varsayıldığı (Biruk, 2012) yani sosyal gerçekliklerin yeniden yapılandırıldığı ve bunun, gerçeklikten ziyade denetimin önceliklerini yansıtan veri kümeleriyle sonuçlandığı iddia edilmektedir (Sangaramoorthy ve Benton 2012). Bu da hekimlerin ETK ile çalışırken çoğu hasta ile açık bir şekilde ilgili olmayabilecek, büyük miktarda ve yüksek düzeyde yapılandırılmış bilgi/veri girmelerini gerektirir olmuştur. Aynı zamanda hekim hastayı ETK’ın gerektirdiği bir dizi yapılandırılmış veri noktasına uydurmuş ve görev bilinciyle tercüme etmiştir. Diğer yandan katılımcı hekimler tarafından ETK’ın dokümantasyonunun miktarında, detayında ve uyarılardaki (klinik karar destek sistemlerindeki) artışın (hatta uyarıların çok detaylı olması) ekranda çıkan bilgilerin okunmadan geçilmesine neden olduğu dile getirilmiştir.

“Tamamen alakasız şeyler ve bunların hepsi zaman kaybı sen onu okudum, anladım, onayladım diyorsun atlıyorsun geçiyorsun falan. Hepsi zaman kaybı amma. Ve toplam 20 tane hastan varsa her birinde onu geçmek epey bir zaman yani korkunç gereksiz bir şey. (...) hiçbir doktor hastasına meyan kökü yedirirse o ilacın nasıl etki edeceği konusunda bir fikre sahip olamaz. Çünkü meyan kökü diye bir şey yani günlük ekmek der anlarım da. Böyle saçma sapan tamamen çevirilerle olan şeyler. Yok çikolata yedikten sonra şunu yapmayın diyor. Bir de mesela ilaçların şeyine göre veriyor etken maddesine göre. Diyor ki çikolata bunun emilimini bozar diyor bazı ilaçlar için etken madde diye. İyi de sen onun zaten damardan

veriyorsun. Bari ona yaz. Yani çok gereksiz bir bilgi yükü var.” (K,31).

Aslında ETK’da otomatik olarak çıkan bu bilgilerin uyarıların, zaman kaybı gerekçesi ile tıklanıp geçilmesi hasta açısından ciddi olabilecek uyarıların da dikkate alınmadan atlanılması durumunu beraberinde getirebilir. ETK’in çok katmanlı ve çoğu zaman hantal bir dokümantasyon/veri sistemi ile oluşturulması, hem ETK’in güvenlik ve kalite artırma amacına hem de hekimin önce zarar vermeme ilkesi ile çelişen bir durum da oluşturmaktadır. Öte yandan bazı araştırmacılar tarafından ETK aracılığıyla kurumsal öncelikleri ele alma eğiliminin, sigorta şirketleri, ödeme yapan kurumlar ve devlet kurumları gibi kurumsal paydaşların gündemlerine öncelik verilmesinin, hekimlerin tıbbi bilgilere uygun hareket etme becerilerinin zayıflamasına neden olabileceği ileri sürülmüştür (Bowman, 2013; Reich, 2012). Nitekim katılımcı hekimler tıbbi bilgilerine uygun hareket etme becerilerinin zaman zaman hem sağlık sistemi düzenlemeleri hem de ETK tarafından engellenebildiğini belirtmişlerdir.

“X ilacı kullanıyoruz yatan hastalarda. Y hastalarını biliyorsunuz. Uzun etkili X’ler var. (...) Şimdi her zaman kullanırız. (...)1-2 yıl önce falan onun yeni bir formu çıktı. Aynı madde ama daha konsantre üretilen farklı bir marka adı altında ama içeriği aynı. (...) Sadece endokrin uzmanı rapor çıkarırsa kullanılabilir. (...) Şimdi tutmuşlar bizim hastanemizde endokrin uzmanı yok. Bizim hastanenin eczanesine (...) Order edebileceğimiz eski uzun etkili X’lerin yerine tutmuşlar sadece endokrinin verebileceği raporla yazılacak uzun etkiliyi getirmişler. Şimdi fakat order edeceğin zaman sana diyor ki rapor. Bunun raporu yok sen bu hastaya bunu order edemezsin diyor. (...) Bir, tedavi kalıyor. Ha bu mesela dijital hastanenin bir şeyi. Bu bilgisayarda çıkıyor karşıma. Onu geçmeden o ilacı order edemiyorsun. Tedavi kalıyor ve Y hastası çok acil bir durum. 500-600-700 değerli hasta yatırıyoruz. İki, onlar burada çürüyecek. Miadları dolacak. Atılacak. (...) Kaç defa başvurduğum. Düzelttiler ama dijital hastanenin getirdiği o dijitallik yüzünden bir hafta sonra tekrar o uyarı ve engel gelmeye başladı. (...) Hem milli servet için hem de hasta tedavisi için. Hangisi daha önemli? İkisi de çok önemli. Büyük bir saçmalık ortada. Çünkü buna karar veren insanlar bu işin uzmanı değil. (...) Bütün alımlar merkezi alım. Oradan buraya bunu Tire’ye gönderiyoruz diyor. Çünkü adam bakıyor deftere işte ya kitaba, bu uzun etkili X ilacı. Ben diyor ihale de bunu ucuz aldım, Tire’ye göndereyim. Bakmıyor ki endokrin mi gerekiyor, bilmem ne mi gerekiyor falan.” (K,31).

Katılımcı hekimin (K,31) anlatısından ETK'nin girişleri ve raporlama gereklilikleri ve yasal düzenlemeler yoluyla, hekimlerin klinik özerkliklerinin (hatta üretim araçları -ilaç, malzeme vb.- üzerindeki özerkliklerinin de) erozyona uğradığı/uğratıldığı ve bürokratik otoriteye tabi kılındıkları belirtilebilir. Gittikçe bürokratikleşme artmaya başlamış, hekimlerin emek süreçleri bütünüyle kapitalizmin ve piyasa temelli sağlık sisteminin gereksinimlerine tabi kılınmıştır (McKinlay ve Arches, 1985).

ETK'nin öncesinde tutulan kâğıt tıbbi kayıtlarında ekleme, silme, ilave not alma mümkün iken ETK ile çalışırken sisteme kayıt işlemi yapıldıktan sonra silme, değiştirme, ilave etme vb yapılamamakta yapılırsa dahi ne zaman ve kim tarafından işlemin yapıldığı görülebilmektedir. Katılımcı hekimler tarafından kâğıt tıbbi kayıtlardan ETK'a geçilmesi neticesinde, klinik dokümantasyonun birincil odağının hastanın, hastalığının ve tedavisinin ilerlemesini izlemekten daha çok kurumsal önceliklere yönelik verilerin işlenilmesini önceler nitelikte olduğu ve hekimlerin dokümantasyon standartları ve uygulamaları üzerindeki (ve bunlar üzerinden yaptıkları taleplerle ilgili-ilaç istemi, ilaç uygulaması gibi) otonomilerinin de kaybolmaya başladığı dile getirilmiştir.

“Şöyle şimdi tabi biz eskiden hasta dosyasıyla hastaya müdahale ederdik. Ve benim hastanın orderını vermem, hastayla ilgili düşüncelerimi yazmam, son derece rahattı. Hastanın önünde bir dosya olur kâğıttan, o kâğıda hastanın önüne geldiğim zaman yazarım ve geçerim. Yani saniyeleri almazdı belki ama şimdi tabi dijital bir durum olduğu için alt yapınızın mükemmel olduğunu düşünseniz bile (...) sayfa geçişleri, notları başka yerlere almak yani o biraz zamanınızı alıyor. (...) Sadece el yazısıyla sayılar yazılıyordu. Ama şimdi artık mobil imzanız var, sizden çıktığı kesinleşiyor, (...) kâğıt bir dosyaya ne zaman yazdığınız belli değil ama burada zamanda önemli. Ne zaman yazdığınız belli, ne zaman yapılacağı belli.” (K,5).

“Yaptığım her şeyi buradan yapmak zorundayım. Eskiden hemşire hanıma şu iğneyi yapalım dediğim zaman yaparlardı. Şimdi buradan yazacağım. Dolaptan çıkacak. O verecek. Karar destek çıkıyor karşıma, karar desteği tıklamak zorunda kalıyorum. Ve orada bir şeyler doldurmak zorunda kalıyorum.” (K,31)

Öte yandan ETK'nin uygulanması hekim ve hasta arasında gerçekliğin ek bir temsilini de ortaya çıkarmaktadır. Bu temsiller hastaların koşullarına ve hekimlerin zihinsel modellerine uymadığında, ETK gerçeği çarpıtabileceği gibi yine de belirli sütunlarda ve

satırlarda düzgün bir şekilde dizilmeye devam etmektedir (Smith ve Koppel, 2014). Her ne kadar ETK'nin birincil amacı hastanın durumunu yansıtmak olsa da birçok yönden klinik gerçekliği yapılandırmaya başladığı belirtilmektedir (Erikson, 2012). Çünkü her vizitte tamamlanması gereken sorular ve tıklamalar olduğu için ETK'nin hekim-hasta etkileşimlerini kontrol ettiği ve hekimin kararını bilgisayardaki bilgiye göre değiştirdiği savunulmaktadır (Dorsey ve Ritzer, 2016). ETK'nin klinik süreçlerdeki gerçekliği yapılandırmasına yönelik katılımcı hekimlerden bir tanesinin belirttiği durumun, örnek olarak verilebileceği düşünülmüştür.

“Mesela boy kilo. Yani hasta yatıyor. Ölü vaziyette hasta yatırılıyorsun acilden. Sen onun kilosunu nasıl ölçeceksin. Bebeklerde çocuklarda kilo çok önemlidir ilaç dozunda. Tamam. Ama çocuğu alır koyarsın şuraya tartarsın. Sorun değil. Ben yetişkinde birincisi ilaç dozlarında şey yoktur çok çok özel örnekler dışında kilo hesabı yoktur. İkincisi sedyedeki adamın ben kilosunu ölçemem. Bunu benim ölçemeyeceğimi de herkes bilir. Ama oraya koyarlar. İki yolu var. Ya adamı alıp tartacaksın, imkânsız. Ya da kafadan atacaksın. Benim de kafadan atmak çok ağrıma gider yani mesleğime yapılmış saygısızlık görürüm. Yani bunları buraya niye koyuyorsunuz dediğimde ya sen ne konuşuyorsun işte, at kafadan bir şey geç diyorlar. Madem atacağım geçeceğim niye onu oraya koyuyorsunuz? (...) Sistem gerekliliği deniliyor o zaman. Yani kime kızacaksın? Bunu bana söyleyen adamında bunu oradan kaldırma yetkisi yok. Sistem buraya gelmiş hani deriz ya sistem insanları eziyor falan filan işte sistem soru işareti. Kim sistem? Hani belirsiz. İşte o sistem bu. Bunu emrediyor. Hiçbir faydası olmayan bir şey.” (K,31).

Katılımcı hekiminde (K,31) anlatısından ETK'a yerleştirilen ekstra bilginin/verinin/sorunun klinik süreçlerin işleyişini bozabileceği, yapılandırabileceği veya karmaşıklştırabileceği görülmektedir. Şu andaki ETK'nin kullanımlarını yöneten birçok standart ve düzenlemenin, hekimlerden ve hastalardan minimum girdiyle (hekimler ekranlarda çıkanlara göre bilgi almakta/girmekte, hastalarda ekranlarda çıkanlara göre bilgi vermekte, kâğıt tıbbi kayıtlardaki gibi extra bilgi girişi olmamakta-bir hastanın deneyiminin göz ardı edilmesi gibi) özel sektörler ve kamu kurumları çıkarlarına yönelik geliştirildiği belirtilmektedir. Çünkü federal kurumlar ve politik olarak bağlantılı özel kuruluşlar ve vakıflar da dâhil olmak üzere ETK'nin politikasının geliştirilmesinde bütünsel olarak yer alan bir paydaş dizisi rapor edilmektedir (Edmunds vd., 2016). Tüm bunlar bir yandan hasta anlatısının öneminin azalmasına hatta hasta anlatısına hiç yer verilmemesine ve hastaların bir

dizi veri noktası ve ölçüt olarak temsil edilmesine yani hastaların sayısallaştırılmasına, birer e-hasta olmalarına yol açmaktadır. Nitekim Türkiye'deki durumda benzer görünmektedir. Çünkü verimlilik değerlendirmeleri, kalite yönergeleri, SUT, ICD ve TİG kodları, tedavi algoritmaları gibi uygulamaları içinde barındıran ETK'in, hekimlerden ve hastalardan minimum girdiyle hem hastanenin hem de Sosyal Güvenlik Kurumu'nun çıkarlarına hizmet ettiği belirtilebilir. Bunun içinde tüm uygulamaların, sağlık hizmetleri sistemi tarafından kolayca gözden geçirilebilen ve ödeme yapan kurumlar, kalite ve verimlilik değerlendirme gibi çeşitli kuruluşlara/birimlere iletilebilen standart bir formatta belgelenmesi gereklidir. Dolayısıyla bilgilerin/verilerin çoğunun muayene-teşhis-tedavi sırasında hekimler tarafından toplanması ve bu uygulamalara ilişkin tüm tanıları ve klinik aktiviteleri belgelemek için tasarlanan ICD ve TİG gibi kodlar dizisine de uyulması istenmektedir. Çünkü bu kodlar, faturalama, raporlama, kalite ve performans izlemede kullanılmakta olup kodların amacı birlikte çalışabilirlik yani tıbbi kayıtları farklı yazılım platformları ve kurumlar arasında okunabilir ve paylaşılabilir hale getirmektir. Hal böyle olunca belirli bir tanı için uygun kodların seçilmesi ve tetkiklerin istenmesi hem hassas hem de kısıtlamalara uygun davranılmasını gerektirmektedir. Katılımcı hekim, hekimin klinik özerkliğinin erozyona uğramasını hem kamu hem de hasta yararı üzerinden meşrulaştırarak ifade etmiştir.

“Mesela (...) albümin değeri 2,5'un altında olmayan hastalara Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı politikası gereği 2,5'un altına düşmediği sürece albümin order etmesi veya ödemesi yapılmasını istemiyor. Yani albümini versem bile bakanlık diyor ki SGK, bu değeri 2,5'un altında olmadan vermişsin ben sana ödemem diyor. Verebilirsin yine ama hastaneyi kamuyu zarara uğrattırısın. Kendi hastanı zarara uğrattırısın. Vermeni kabul etmiyor. Dünya otoritesi 2,5'un altını veriyor sende vereceksin. Mesela o konuda albümin 2,5'un altındaysa yazın, 2,5'un üstündeyse sistem order etmiyor, bloke ediyor bu bir. Mesela bazı kliniklerde veya polikliniklerde hekim şimdi dermatoloji polikliniğinde karaciğer fonksiyon testleri ve tiroid fonksiyon testleri kaç kez istenebilir bir hastaya veya hani dala bağlı bazı özel istekleri dala bağladık. Hani dermatoloji tutup da kanser serolojilerini isteme hakkına sahip değil. Oradaki kanser markerları, pankreas kanserinin markerıyla dermatolojinin hiçbir alakası yok. Ya gastroentrolog ya dâhiliyeci ya da genel cerrahın isteyeceği bir tetkik. Mesela dermatolog bunu isteyemiyor örneğin veya tiroid fonksiyon testlerini ortopedist bir defa isteme hakkına sahip. O da ameliyattan önce anestezi istediği için veya guatr hastası olanlardan mecbur istendiği için. O hasta 10 gün sonra geldiğinde istemeye kalksın isteyemez ortopedist. Çünkü onun dalı değil. Zaten istese de değerlendiremez. Anlatabiliyor muyum?”

Bunlar hasta, hekim ve devlet yararı için olması gereken şeyler.” (K,4).

Katılımcı hekimin (K,4) ifadesinden de anlaşılacağı üzere bilgilerin/verilerin faturalandırmaya uygun aynı zamanda ödeme yapan kurumlar tarafından kabul edilebilir bir şekilde kaydedilmesi, klinik tıpta piyasa temelli ilkelerin merkeziliğini görünür kılmaktadır. Diğer yandan katılımcı hekimler tarafından, ödeme yapan kurumların belirli bir prosedürü veya ilacı karşılayacağından emin olmak için hastanın ETK’da nasıl temsil edileceğinin stratejisini belirlerken etik ikilemler bazen de hasta yararına olacak şekilde etik kaymalar yaşandığı dile getirilmiştir.

“(…) hekimlerin doktorların kanunla, sosyal güvenlik kurumuyla ve parayı veren adamlarla arada sıkışmasındandır. Çünkü siz bir ilaç çıkartıyorsunuz, bu Türkiye’de çok fazla, ilaç pahalı diye, buna hasta erişmesin diye, bir sürü kıstas getiriyorsunuz. Ve hekim işte orada hekimliği ile doktorluğu arasında kalıyor. Hekimse benim hastam bu ilacı kullanmalı deyip kanunu, aldatmanın yolunu seçiyor. Doktorsa bazen bakın bu tam şey değil, yani evet kullanmaması gerekir, bu böyle yazıyor diyor bırakıyor. Sosyal Güvenlik Kurumu’nun yönetmeliğine göre ben bu ilacı sana yazamam deyip kenara çekilen de var. Kullanmasına inanıp, bakın inanmaktan bahsediyorum. Başka şeyleri karıştırmıyorum. Bu durumda hasta mı kanun mu deyip hastadan yana tavır koyan insanlarda var.” (K,6).

Diğer bir katılımcı hekim ise olabilecek etik kaymaların nedenini zımni olarak performansa dayalı ödemeye atıfta bulunarak açıklamıştır.

“İşte bunlar israfı önleme yöntemleri olarak geliştiriliyor ama bana sorarsan eğer sen bir kişiye hekimlik diploması verip doktorluk yap diyorsan onun işine karışmayacaksın. Şu anda onun işine karışıyorsa ya hekimleri iyi eğitemiyor ya da art niyet vardır işin içinde. Çünkü eğer sen hekimi iyi eğitirsen ya sen gidip de bir doktorun karşısına oturduğun zaman doktor seni hasta olarak görüyorsa ondan bir şey çıkmaz. Ne gerekirse onu yapar. Ama başka şeyler düşünüyorsa her türlü şey çıkabilir. (...) para para diyorsa para olarak düşünür. Yani her türlü tıbbi sapkınlığı yapabilir.” (K,1).

Katılımcı hekimin (K,6) anlatısına yansıdığı gibi katılımcı hekimlerin hepsi kodlamalarda hasta yararına yönelik strateji belirlemişlerdir. Başkalarının mümkün, potansiyel öngörülmüş eylemleri üzerine eylem biçimleri oluşturdukları sürece, iktidar ilişkilerine uygun bir stratejiden söz edilebileceği belirtilmektedir (Foucault, 2019b). Dolayısıyla hekimler klinik özerklikleri erozyona uğrarken bir yandan da geliştirdikleri

kodlama stratejileri, iktidar ilişkilerine uygun amaçlarına ulaşmada oluşturulmuş rasyonaliteleri şeklinde de değerlendirilebilir. Diğer yandan ödeme yapan kurumlar, belirli bir faturalandırma kodu altında hangi prosedürleri veya ilaçları kapsayacaklarını sınırlandırarak tedavi seçenekleri üzerindeki belirleyicilikleri ile hekimlerin klinik yönetimini bir nevi tahakkümleri altına almaktadırlar. Bu durumda hasta her ne kadar merkez de olsa da daha çok ikili giysi giyinmiş başka bir varlığın simgesi e-hasta ortaya çıkmaktadır (Verghese, 2008). Böylelikle sistemde var olan hastanın teşhisi sayesinde gerçeklikte başka teşhise sahip olan hasta tedavi olabilmektedir. Dolayısıyla hekimler hem hastayı hem sağlık kurumunu hem de ödeme yapan kurumun taleplerini yerine getirmektedirler. Öte taraftan ise standartlaştırılmış ETK'nin verilerinin önemli bir uygulaması, daha önce de belirttiği gibi kalite izleme ve kalite iyileştirmedir. Katılımcı hekimler kalite çalışmalarının hekimler üzerindeki olumsuz etkisini dile getirmişlerdir.

“(...) kaliteler, kalitecilerin soruları falan bizi gerçekten bunalttı yani bütün Türkiye'deki hastaneleri çok ciddi bunalttı. Şartlarla ilgili sorunlar duyduk. Hani fiziki şartlarla ilgili sorunlar duyduk. Doğru dürüst kalite eğitimimiz olmadan (...) Hani bunlar bizi zorladı.” (K,2).

ETK teknolojisi geliştikçe, akreditasyon ve düzenleyici kurumların ihtiyaç duyduğu öğelerin sayısı ve karmaşıklığı ETK üzerinden ve yerinde izlemlerle gerçekleştirilmektedir. Çünkü kalite izleme, ilgili tüm çalışmaların ölçülebilir ve izlenebilir veriler olarak belgelenmesini gerektirmektedir (Radnor vd., 2012). Sağlık hizmetlerinde kurumsal rasyonalizasyon ilkelerinin yükselişi, finansal hesap verebilirlik ve kalite gözetimi gibi piyasa etkinliklerine, bireylere uygun bakım sağlamanın ötesinde öncelik verilmesiyle sonuçlanmaktadır (Dorsey ve Ritzer 2016). Görünüşe göre bu eğilimler, hekimlerin mesleki özerkliklerini erozyona uğratarken tıbbi yargılarını da risk modellerine, kanıta dayalı tıba yönelik otomatik tanı ve tedavi kararları ile değiştirmektedir. Hal böyle olunca, teknoloji ile sağlık sermayesinin hegemonyası arttıkça, piyasa temelli sağlık sistemine uygun olarak devletin, yöneticilerin, ödeme yapan kurumların ve diğer paydaşların kontrol ve denetimleri arttıkça, bunlar için yeni rehberler oluşturulmaya devam ettikçe, yönetim uygulamaları arttıkça, performansa dayalı ödeme teşvik edildikçe, hekimlerin iş yoğunluğu arttıkça, hekimlerin mesleki özerklikleri (klinik, ekonomik, politik, hekimlerin birbirleriyle ve devletle kurdukları ilişkiler) erozyona uğramaya devam edecek gibi görünmektedir.

6. DEĞERLENDİRME VE SONUÇ

Modern öncesi dönemlerde tıp büyüler ile biçimlenmekte iken modern döneme gelindiğinde bilimsel bilgi ve gelişen teknolojilerin egemenliğinde biçimlenmektedir. Toplumsal koşullar tarihsel süreç içerisinde değişim gösterdikçe sağlık ve sağlık hizmetleri de değişim göstermiştir. Toplumsal iş bölümünün gelişimi ile beraber sağlık; sağlık bilgisini kullananların ve mesleklerin/meslek sosyolojisinin konusu olmuştur. Öte yandan kapitalizm sonrasında ise belirgin bir şekilde hizmetleşme süreci gelişmiştir. Dolayısıyla tıp, hekimlik ve sağlık kavramları toplumsal koşullara bağlı olurken toplumsal koşullarda toplumun üretim ilişkileri tarafından belirlenmiş ve belirlenmeye de devam etmektedir. Böylelikle toplumsal koşulları belirleyen egemen ideoloji sağlıkla hastalık kavramlarını belirlediği gibi hizmet, meslek ve iş bölümünü de biçimlendirmektedir. Bu bağlamda hekimlik mesleğinin pratik ve ontolojik dönüşümü devam etmekte olan Endüstri 4.0 tartışmalarından bağımsız olamamaktadır. Nitekim günümüzde yaşanan ve endüstri devriminin dördüncü aşaması olarak görülen bu süreç; diğer endüstri devrimlerinden, elektroniklerin, yapay zekânın ve robotik gelişmelerin ulaştıkları gelişkinlik seviyesi, arz ettiği hız, genişlik-derinlik ve sistem etkisi etkenleri sebebiyle farklılık göstermektedir (Schwab, 2017).

Teknoloji merkezli günümüz endüstrileşmesinin (Endüstri 4.0) makine öğrenmesi, yapay zekâ ve robotik alanlarında yaşanan/yaşanacak olan yenilikler ile yön alacağı beklentisi hâkim durumdadır. Nitekim insan-insan etkileşimin önem arz ettiği tıp alanında bu yönlendirici teknik nesnelere (da vinci robotu gibi) ve uygulamaların (gama knife uygulamaları gibi) etkisi somut şekilde hissedilmektedir. Bunların yanı sıra bu süreçte neoliberal politikalar ve Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile birlikte, sağlık, piyasa kapitalizmi dinamiklerince yeniden biçimlendirilmektedir. Haliyle sağlık alanında küresel ve yerli özel sermayenin yatırımları ve etkinliği artmaktadır. Günümüzde yaşanan dijitalleşmenin sağlık alanına sirayet etmesi ile birlikte, sağlık politikalarının üretilebilmesi amacıyla sağlık verilerinin toplanması, depolanıp analiz edilmesi için ulusal düzeyde bir standardizasyon sağlanması adına Sağlık-Net sistemi hayata geçirilmiş ve Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Planında “dijital hastane kavramını oluşturma ve yaygınlaştırma” hedefi ortaya konulmuştur. Dolayısıyla SDP ile birlikte sağlık sisteminin dijitalleşmesi sürecinde önemli adımlar atılmıştır. Böylelikle hekimlik mesleği; geleneksel ve muhafazakâr bir görüntüye sahip olmasına rağmen hızlı bir şekilde bu etkenlerin yönlendirmesiyle pratik ve kavramsal çerçevede yeniden tanımlanmaya doğru evrilmekte ve

teknoloji tarafından yeniden kurulmaktadır. Hatta yetkinlik, ustalık, beceri gibi kavramlar ile bunlara karşılık gelen değerler, alan içi hiyerarşi kriterleri de yeniden tanımlanır olmuştur. Hal böyle olunca bu araştırma ile dijital hastanelerin sağlık hizmetlerinin üretilmesinde yarattığı dönüşüm (teknolojik gelişmelerin neoliberal politikalarla eklemlenmesine bağlı olarak) hekimlik mesleği ve hekimlerin tıbbi profesyonallıklarına ilişkin süreçler ile dinamikler üzerinden incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Bu amaç doğrultusunda, Türkiye'nin "Seviye 7" unvanını alan ilk dijital hastanesi olan Tire Devlet Hastanesi'nde 11 Kasım 2019 - 21 Kasım 2019 tarihleri arasında 31 katılımcı hekim ile derinlemesine görüşmeler yapılarak veriler toplanmıştır. Veriler, araştırma problemi, amacı, kavramsal çerçevesi ve saha boyutu baz alınarak tespit edilen temalar üzerinden analiz edilmiştir.

Bu bağlamda araştırmanın bulgularına bakıldığında; dijital hastanede hekimler, poliklinik ve klinik süreçlerde hasta/hastalık yönetiminde tıbbi teknolojilerin yanı sıra Bilgi ve İletişim Teknolojileri (BİT) ve bilgi sistemlerini kullanmaktadırlar. BİT ve bilgi sistemleri e-nabız uygulaması ile entegre çalışmakta dolayısıyla bireylerin/hastaların geçmiş sağlık bilgilerine (film, tahlil, tanı, ilaç gibi) ulaşılması açısından hekimlere, hastalara, sisteme (her ne kadar verilerin depolanması ve gözetleme pratiklerinin üretilmesi açısından riskleri barındırır da) katkı sağladığı hekimlerce ifade edilmektedir. Başka bir anlatımla klinik karar destek sistemleri hekimleri hasta/hastalık yönetiminde (panik değerleri, ilaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi vs) hatırlatıcı olarak desteklemektedir. Aynı zamanda da işlem ve bekleme sürelerini azaltmaktadır. Ancak çalışma bulguları ile BİT ve bilgi sistemlerinin hekimlik mesleği üzerinde olumlu yansımalarının yanı sıra birtakım olumsuz yansımalarının da olduğu görülmüştür. Öncelikle modern tıpla beraber ortaya çıkan, tıp teknolojilerindeki hızlı gelişmeler ve bilgi birikiminin artmasıyla aşırı uzmanlaşmaya dönüşen tıpta uzmanlaşma BİT ve bilgi sistemlerinin tıp pratiğine eklemlenmesi ile daha da derinleşmektedir. Aşırı uzmanlaşma hem tıp hem de hastalar açısından önemli bir ilerleme iken bir yandan da hekimleri bütüncül tıp anlayışından uzaklaşmaktadır. Dolayısıyla Hipokrat'ın "hastalık yoktur, hasta vardır" ilkesi "hasta yoktur, hastalık vardır"a evrilirken hekimlerde yabancılaşmış bir tıbbin uygulayıcıları olmaya başlamışlardır. Kuşkusuz bunda neoliberal politikaların ve sağlığın piyasalaştırılmasının da önemli etkisi bulunmaktadır. Tıpta uzmanlığın derinleşmesine bağlı, alan derinliğine koşut bütünün yüzeyselliği de artmakta bu da beraberinde mesleki körleşme riskini getirmektedir. Çünkü hekimler bilginin bütünselliğinden kopmakta ve uzmanlık dar alanına hapsolan teknisyenlere dönüşmektedirler. Piyasa temelli sağlık hizmetlerine yönelik uygulamalar, hekimlerin ilaç yazma, tetkik ve

tedavi yöntemlerini hastaların ve onların taleplerinin belirlemesine yol açmaktadır. Hatta hekimlerin söylemlerine göre artık iyi ya da kötü hekimliğin ölçütü tahlil/film isteyip istememe olmuştur. Dolayısıyla tıbbi teknolojiler hekimlerin profesyonelliklerini ve deneyimlerini görünmez kılarken aynı zamanda da kararlarını sorgulanır hale getirmektedir. Böylelikle hekimler toplumun nazarında tıbbi teknolojilere ulaşmanın birer elçileri olmaktadır. Nitekim hekimler, tıbbi cihaz kullanımının arttırılması ve daha çok hasta bakılması yani sağlık tüketiminin arttırılması bağlamında; SDP sonrasında tıbbi cihazların yaygınlaşması ve erişilebilir olmasıyla birlikte üzerlerinde bir baskı oluşturulduğunu düşünmektedirler.

Sağlık tüketimine yönelik baskı yalnızca hastalardan değil sağlık sistemi, hukuk sistemi, kanıta dayalı tıp uygulamalarından kaynaklanmaktadır. Örneğin sağlık sistemi, ödemelere yönelik yaptığı düzenlemelerle (Sağlık Uygulama Tebliği gibi) hem aşırı uzmanlaşmayı (hatta hekimler/branşlar arasında yarılmayı) hem de aşırı uzmanlaşmanın getirmiş olduğu sağlık bakımının parçalanması ve maliyetlerin artması durumunu zımni olarak meşrulaştırmaktadır. Aynı zamanda malpraktis davalarına maruz kalmamak ya da maruz kaldıklarında hesap verebilir olmak için hekimler kanıta dayalı tıp uygulamalarını kullanmanın gerekliliği yönünde baskı hissetmektedirler. Bunlara bağlı olarak aşırı teşhis ve aşırı tedavi de artmaktadır ki bu tam da sermayenin olmasını istediği bir durumdur. Diğer yandan sağlık endüstrisinin çıkarlarının/manipülasyonlarının (tedavi rehberleri/kılavuzları ya da normal değerler üzerindeki etkililikleri gibi) yanı sıra hekimlerin malpraktis davalarından korunma amaçlı isteyerek ya da farkında olmayarak defansif tıp uygulamaları da aşırı teşhis ve tedaviye sebep olabilmektedir. Çünkü sağlık sisteminin kendisi ve işleyişi göz ardı edilmekte, teşhis ve tedavilere yönelik yaşanacak bir sorunda hekimler suçlu bulunmaktadır. Dolayısıyla hekimler malpraktis davalarından korunma amacıyla defansif tıp ve kanıta dayalı tıp uygulamalarını benimseyerek kendilerine güvenlik zırhı oluşturmakta ancak böylelikle teknoloji kullanımını ve sağlık endüstrisinin hegemonyası altına da girmektedirler. Aynı zamanda hekimler defansif tıp uygulayarak kontrol edilebilir ve sonradan kazanılan damgalanma risklerine karşı kendilerini korumaya çalışmaktadırlar. Hekimler, gerek tetkik, tedavi ve karar süreçlerinde etkinliklerini yitirerek gerekse defansif tıp uygulamayı tercih ederek (etmek zorunda kalarak) pasifize olmaktadır. Hal böyle olunca sermaye birikim alanı için önemli olan sağlık hizmetleri, günümüzde birikim ile meşruluk arasındaki çelişkili ilişkinin bir nesnesi durumundadır.

Dijital hastanelerde gerek dijitalleşme gerekse yasal düzenlemeler ile hız ve verimlilik arttırılmaya, tıbbi hatalar minimize edilmeye, hasta güvenliği ile memnuniyeti en üst noktaya çıkarılmaya çalışılmaktadır. Dolayısıyla dijital hastanedeki değişim, yenilenme ve uyum süreçlerinin yönetilmesinde, paydaşlar arası bilgi (özellikle yazılım hususunda) alışverişinin olmaması, hızın ve verimliliğin arttırılmasına bir engel oluşturduğu gibi hekimlerin çalışma rutinlerini de olumsuz yönde etkilemektedir. Hız ve verimlilik adına yapılan düzenlemeler neticesinde hekimler poliklinikte bir tuşla nizami düzenin (genelge doğrultusunda) ilerlemesini sağlamaya çalışırken kendi inisiyatifi ile (acil hastalar hariç, zaten genelgede acil hastalar birinci sırada) sıralamayı değiştirememektedir. Haliyle poliklinik bekleme salonundaki hasta bekleme sıraları yalnızca tabakalaşma sistemlerini belirgin kılmakla kalmamakta onları aynı zamanda inşa da etmektedir. Hız ve verimliliğe engel teşkil eden diğer bir durum ise hasta odalarında hasta yataklarının ayakucundaki duvara monte edilen dokunmatik ekranlardır. Her ne kadar dijitalleşmenin hız getirdiğini ifade eden hekimler olsa da hem ekranların bu şekilde monte edilmeleri hem de poliklinik hizmeti esnasında kayıt işlemlerini gerçekleştirmeleri ve sistemin işleyişindeki bazı sorunlar hekimlerin iş süreçlerini hızlandırmamakta aksine zaman kaybı yaşatmakta, hastaya ayrılan süreyi azaltmakta, çalışma rutinlerini ve hekim-hasta iletişimini olumsuz yönde etkilemektedir. Hatta bu durum hekim-hasta arasındaki güven ilişkisini dahi zedeleyebilmektedir. Dolayısıyla hastaların hekime veya sağlık sistemine karşı güveninin azalması sonucunda ise sağlık tüketimi, “shopping around” ve hasta yoğunluğu artmaktadır. Bunların yanı sıra hızın bir getirisi olan işlem sürelerindeki kısalma insani ve fiziki temas bakımından düşük seviyede duygu alışverişine neden olmaktadır. Artık hekimlerin hasta muayanesinde kullandıkları propedötik teknikler (enspeksiyon, perküsyon, palpasyon, oskültasyon) kaybolmaya yüz tutmaktadır. Bunlarla birlikte hasta anlatısının öneminin azalması hatta hasta anlatısına hiç yer verilmemesi ve hastaların bir dizi veri noktası ve ölçüt olarak temsil edilmesi yani hastaların sayısallaştırılması, birer e-hasta olmaları durumu ortaya çıkmaktadır. Öte yandan hekimlik mesleğinin habitusu biçiminde tariflenebilecek olan dokunma pratiği artık tıbbi teknolojiler üzerinden dolayımınmakta ve hekimin dokunmasının ölçümleyici özelliği de tıbbi teknolojiler tarafından görünmez kılınmaktadır. Dolayısıyla sistemin kesinlik istemesi nedeniyle tıbbi teknoloji kullanma zorunluluğu bir yandan hekimlerin sağlık sistemi, hukuk sistemi ve hasta karşısında güvenirliliğini arttırmakta iken diğer taraftan hekimleri teknolojinin tahakkümü altına alarak mesleki pratiklerinin/becerilerinin daralmasına yol açmaktadır. Hal böyle olunca hekimle hasta ilişkisine insan olmayan bir üçüncü taraf yani teknolojinin dâhil olması insan-insan ilişkisinin

doğasını etkilemekte ve bu durum hekimler tarafından hekimliğin ruhunu kaybetmesi ve otomatikleşmesi biçiminde yorumlanmaktadır.

Aynı zamanda BİT ve bilgi sistemlerinin kullanılması, geleneksel çalışma rutinlerini ve işleyişlerini değişikliğe uğratmış artık sistem hekimin söyleyip hekim dışı sağlık çalışanlarının yapmasına imkân tanımamaktadır. Bu durumu, hekimlerin ve hekim dışı sağlık çalışanlarının teknolojinin hegemonyasında oldukları şeklinde nitelendirmek mümkündür. Diğer yandan dijital dönüşümle birlikte hekim, hekim dışı sağlık çalışanı ve hasta birbirleri ile daha çok mekanik-elektronik sistem üzerinden ilişki kurmaktadır. Böylelikle BİT ve bilgi sistemlerinin dâhil olduğu bu ilişkiler düzleminde ekip çalışması gerçekleşirken, iktidarda teknoloji eksenli uygulanmaya çalışılmaktadır. Bu da beraberinde hekimin otoritesinin zayıflamasını, ekip çalışmasının parçalanmasını ve hekim dışı sağlık çalışanlarının sorumluluk bilincinin azalmasını getirmektedir. Dolayısıyla hekimler güç ve otoritesini, geleneksel olarak hekim dışı sağlık çalışanları üzerinde, sağlık hizmetlerine ilişkin karar vermede tıbbi konumun, egemenliğini ya da hegemonyasını korumak için kullandıkları görülmekle birlikte otoritelerini teknoloji üzerinden sürdürmeye çalışmaktadırlar. Böylece hekim kimliği ekip içinde erimekte ve teknoloji de bunu meşrulaştırmaktadır. Ayrıca hekim otorite figürü olarak konumlandığı ilişkilerden bir kopuş yaşamaktadır.

Elektronik Tıbbi Kayıtlar (ETK), her ne kadar klinik süreçleri ve uygulamaları verimli hale getirmek amacıyla tasarlanmış olsalar da sağlık hizmetlerinin giderek daha fazla kurumsal çıkarlar tarafından yönetilmesi nedeniyle kurumsal amaçlara hizmet edecek biçimde yapılandırılmışlar ve yapılandırılmaya devam etmektedirler. Haliyle bu durum hekimler ile hekim dışı sağlık çalışanlarının önceden tanımlanmış seçenekler için onay kutuları arasından seçim yapmaları ya da birtakım verilerin doldurulması vb. artan meslek dışı görevleri, zaman kaybına ve mesleğin gerektirdiği görevlerin yapılma süresinin azalmasına sebebiyet vermektedir. Böylelikle hekimlerin klinik süreçlerde zaman üzerindeki tekelleri kaybolmaktadır. Öte yandan, hekimler, ödeme yapan kurumların belirli bir prosedürü veya ilacı karşılayacağından emin olmak için hastanın ETK’da nasıl temsil edileceğinin stratejisini belirlerken etik ikilemler çoğunlukla da hasta yararına olacak şekilde etik kaymalar yaşanmaktadır. Etik kaymaların bir diğer nedeni ise performansa dayalı ödeme sistemidir. Aynı zamanda ETK işlemleri esnasında bilgisayarlar hekimlerin dikkatlerini tekelleştirerek hekim-hasta iletişimini/etkileşimini sekteye uğratmakta ve azaltmaktadır.

Diğer yandan ETK’da otomatik olarak çıkan hatırlatıcıların, zaman kaybı gerekçesi ile tıklanıp geçiliyor olması hasta açısından ciddi olabilecek uyarıların da dikkate alınmaması riskini ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla ETK’in çok katmanlı ve çoğu zaman hantal bir dokümantasyon/veri sistemi ile oluşturulması, hem ETK’in güvenlik ve kalite artırma amacına hem de hekimin önce zarar vermeme ilkesiyle paradoks oluşturmaktadır. Hem sağlık sistemi düzenlemeleri hem de ETK, zaman zaman hekimlerin tıbbi bilgilerine uygun hareket etme becerilerini engelleyebilme potansiyeline sahiptir. Böylelikle hekimlerin klinik özerklikleri (hatta üretim araçları -ilaç, malzeme vb- üzerindeki özerkliklerinin de) erozyona uğrarken/uğrattılırken beraberinde hekimler (dijital) bürokratik otoriteye de tabi kılınmaktadır. Diğer yandan da hekimlerin emek süreçleri kapitalizmin ve piyasa temelli sağlık sisteminin gereksinimlerine tabi kılınmaktadır (McKinlay ve Arches, 1985).

Aynı zamanda BİT ve bilgi sistemleri aracılığıyla oluşturdukları ETK, hekimler açısından hukuk sistemi karşısında tıbbi otoritelerinin zayıflamaması için önemlidir. Çünkü hekimler, ezoterik bilgilerinden dolayı hukuk sistemi tarafından anlaşılmadıklarını düşünmektedirler. Haliyle ETK’in düzenli tutulması hukuk karşısında hekimlerin tıbbi otoritelerinin meşrulaştırılmasını sağlarken eksik tutulması ise tıbbi otoritenin sarsılması durumuna yol açabilmektedir. Dolayısıyla hekimler BİT ve bilgi sistemlerinden kaynaklı olarak otorite ve statü yitimi yaşayabilme riski ile karşı karşıya bulunmaktadır. Ayrıca hekimler, tıbbi otoritelerini, yalnızca hekim dışı sağlık çalışanları ve hukuk sistemi karşısında değil hastaları karşısında ta sağlamaya çalışmaktadırlar.

Artık günümüzde tıbbın imtiyazlı konumu, bilimsel arka planından daha çok toplum tarafından halen hizmetine ihtiyaç duyuluyor olmasından kaynaklanmaktadır. Çünkü bilgiye kolay ulaşılabilir olması ve hekimlerin ezoterik bilgilerinin uzman olmayan bireylerin kullanımına açılması sonucunda hekim-hasta arasındaki bilgi asimetrisi bozulmakta ve paternalist ilişki de dönüşmektedir. Bireyler artık hekimi ve kararlarını sorgulayan, zorlayan, taleplerini yaptırmaya çalışan, sağlıkları ile karar alma sürecine katılan ve tedavi süreci ile ilgili seçimler yapan daha aktif bir hasta rolündedirler. Dolayısıyla önceden egemen kesim olan ve kendi kültürel sermayelerini daha az sermayeye sahip olan kesime yani hastalara dayatarak kendi egemenliklerini meşru kılan hekimler, kültürel sermayeleriyle egemenliklerini meşru kılamamaktadırlar. Hal böyle olunca sembolik gücün, kendi dünya görüşünü meşru kılması amacıyla düzenlenen ve sağlık sisteminde değişikliğe neden olan SDP ve bileşenlerinin, hekimleri mesleki prensipleri ile karşı karşıya getiren durumların

yaşanmasına, hekimlerin; tıbbi bilgi tekelinin azalmasına, tıbbi otoritelerinin aşınmasına ve toplumsal statülerinin zayıflamasına, hekim-hasta arasında güven erozyonuna yol açmaktadır.

Dijital hastanelerde hastaların kişisel sağlık verilerinin dijital ortamda kayıt edilip saklanması verilerin güvenliği sorununu ortaya çıkarmaktadır. Saha çalışmasındaki hekimler kişisel sağlık verilerinin/bilgilerinin güvenliğinin sağlanması hususunu dar bir çerçevede düşünmekte daha çok teknik bir işlem olarak algılamakta ve bu doğrultuda açıklamalar (rol bazlı tanımla yapılması, kurumsal politikalar, veri gizliliği sözleşmesi gibi insan temelli risklere karşı alınan önlemler) yapmaktadırlar. Veri güvenliği kapsamında bilgilere erişim konusunda yapılan rol bazlı tanımlamalarla sağlık çalışanları arasında önceden var olan tabakalaşma meşrulaştırılmaktadır. Hekimler tarafından mahremiyet kavramının boyutlarından biri olan bilgi mahremiyeti, mahremiyet kavramı ile eş anlamlı kullanılmaktadır. Hekimler bilgi/veri güvenliğinin sağlanmasını genellikle mesleki habitusları (sır saklama yükümlülüğünden doğan sorumluluk) ile meşrulaştırırlarken, mesleki habituslarının da (18 yaş altındaki gencin sigara içtiğini sisteme girmemesi ya da ailesi ile paylaşmaması gibi) toplumun kültürel öğelerinden etkilendiği görülmektedir. Toplumun kültürel öğelerinin hekimler üzerindeki diğer bir etkisi ise mahremiyet kavramını daha çok kadın ve psikiyatri hastaları ile özdeşleştirmeleridir. Bu konuda diğer önemli olan husus çocuk ve yaşlı (erkek) bireylerin mahremiyetlerinin özerklikleri üzerinden değil de hastaların zarar görmeyip yarar elde etmesi ilkesi üzerinden ele alınmasıdır. Ayrıca hastanede mahremiyeti koruyucu yöntem olarak kullanılan anonimleştirme de aslında bireylerin kimlik olarak olmasa da fiziksel ifşalarına sebep olmaktadır. Dolayısıyla birey kalabalık içinde kaybedilmeye çalışılırken ismen olmasa da fiziksel olarak bireyin bilinir olmasının yolu açılmaktadır. Diğer yandan hekim tarafından o gün için iş görülsün ya da kolaylık adına birey düşünülmeden sisteme girilen zararsızmış gibi düşünülen bir tanı/tanı kodu ilerde bireylerin sosyal dışlanmaya maruz kalmalarına sebep olabilecektir. Her ne kadar bir hekimin elektronik ortama hastası için girmiş olduğu tanı/tanı kodu (bireyin sistemdeki damgası) toplum tarafından görülemeyecek olsa da dijital veri ikizinin bir şekilde birilerinin/kurumların/şirketlerin eline geçebilmesiyle ortaya çıkan bilgi asimetrisi, bireyin damgalanıp dezavantajlı duruma düşmesine yol açabilmektedir.

Diğer yandan her ne kadar çeşitli tekniklerle bilgi/veri güvenliği sağlanılmaya çalışılsa da sonuçta güç bilgiyi/veriyi elinde bulunduran da olmakta bu da bilgilerin/verilerin metalaşma riskini doğurmaktadır. Bazı hekimlere, sağlık sisteminden kaynaklı olarak ya da

özel sigorta şirketlerinin yaygın olmaması nedeniyle tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların metalaşması durumu olanaklı gelmezken bazı hekimlerse metalaşma riskinin varlığını kabul etmektedirler. Hekimler tarafından tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların hedefli reklamcılık için kullanılabilmesi ve bireylerin/hekimlerin reklamlarla manipüle edilebileceği zımni ve açık olarak ifade edilmektedir. Dolayısıyla bu durum sağlık sermayesinin kârını artırmak ve hegemonyasını sürdürmek için pazar stratejisini bu yönde genişletebileceğini ve manipüle edilen hastalar aracılığıyla hekimleri tahakkümleri altına alabileceklerini göstermektedir. Öte yandan hekimler ise tıbbi verilerin, hastaların ve hastalıkların metalaşması durumunu toplumsal fayda üzerinden meşrulaştırarak olumlu bulmaktadırlar.

Günümüzde sermaye, bilgi/veri ile bilgi/veri üretimi mekânlarını; emeği, üretken kılacak ve toplumsal artı değer üretme aracı olarak faaliyet gösterecek şekilde sabit sermayeye dönüştürmektedir. Böylece BİT ve bilgi sistemleri canlı emeği (hekimler ve hekim dışı sağlık çalışanlarını) tahakkümü altına alarak üretken kılmaktadır. Hekimler veri girişleri yapmaları nedeniyle dijital ortamda da emek harcadıklarından ötürü hekimleri dijital emek olarak nitelendirmek mümkündür. Çünkü sosyal ağlarda oluşan ve kullanıcıya karşılığı verilmeyen dijital emek sürecinde, kullanıcıların oluşturdukları içerikler, veri ekonomisi için kâr anlamına gelmektedir (Fuchs, 2010). Hekimlerin veri girişlerini yaptıklarını belirtmelerinin yanında dikkat çeken önemli bulgu artı değer üretimidir. Artı değer üretimi hekimlerin iş gününün uzatılması poliklinik hizmetlerindeki randevuların düzenlenmesi (son randevu saatinin mesai bitimine çok yakın bir saate verilmesi doğal olarak diğer işlerin mesai sonrasında yapılmasına neden olabilmektedir) ve/veya (gerekli hallerde) mesai sonrasında tele tıp ve mobil tıp uygulamaları ile özel zamanlarında ve özel mekânlarında/yaşam alanlarında çalıştırılmaları suretiyle de ortaya çıkmaktadır. Böylece hekimler mesai de ve mesai sonrasında BİT ve bilgi sistemlerine tabi kılınmaktadırlar. Diğer yandan hekimler sömürüye maruz kalırlarken aynı zamanda gözetime hizmet etmekte ve gözetlenmektedirler. Yeni yönetim anlayışı ve SDP ile getirilen uygulamalarla gözetimi başta hekimlerin kendileri, Sağlık Bakanlığı, ödeme yapan kurumlar, sigorta/ilaç şirketleri, yöneticileri, meslektaşları ve hastalar yapmaktadır. Hekimler tarafından gözetim pratiklerinin (elektronik/enformatik gözetim ve veri gözetimi) hatta kendi kendini gözetlemenin/denetlemenin ve hesap verebilirliğin içselleştirildiği, gözetlenmeye karşı zımni/açık rızanın oluşturulduğu, gözetimin olağanlaştırıldığı görülmüştür. Gözetim konusunda diğer önemli bulgu ise, SİNA platformu ile dijital ağlarla sanal ortamda oluşturulan ortak çalışma mekânı içerisinde, denetimin hekimler arasında paylaşılması,

birbirlerini denetlemeye/izlemeye sevk edilerek (birbirlerinin denetçisi yapılarak) bir rekabet ortamının oluşturulması, böylelikle hekimlerin üzerlerinde artan denetim baskısı ile daha fazla çalıştırılmaları aynı zamanda kaynakların yönetilmeye ve sağlık harcamalarının dengelenmeye/etkin kullanılmaya çalışılmasıdır.

Diğer yandan dijital hastanelerde kullanılmakta olan tele tıp ile mobil tıp uygulamalarını hekimler kolaylaştırıcı olma ve özgürleştirici olma özellikleri üzerinden meşrulaştırmalarırlarken diğer yandan da hekimlik mesleğinin 7/24 çalışılan bir meslek olduğu ve hekimin hastasını görmesi gerekiyorsa mutlaka hastaneye geleceği gibi paradoksal söylemler ile meşrulaştırmalarını desteklemektedirler. Tele tıp ve mobil tıp uygulamalarının olumlu tarafları olmakla beraber, hekimlerin özel yaşamlarına nüfuz etmekte, işlerini mekânsızlaştırmakta, çalışma ile özel yaşamları arasındaki sınırları belirsiz hale getirmekte aynı zamanda da özel yaşama ait mekânlarını çalıştıkları sağlık kuruluşundan uzak mesafelere kurmalarına imkân vermektedir. Hekimlerin özel yaşama ait mekânlarının uzak mesafeye konumlanmış olması acil durumlarda düşünsel eylem alanı açısından yakın gibi gözükse de fiziksel eylem alanı buna müsaade etmemektedir. Dolayısıyla mekân her ne kadar geniş olsa da eylemden soyutlanmış olan hekim kapatılmış olmaktadır. Bu durumda dışı kapatılan hekim hem kendi hem de hasta adına riski bertaraf etmek için defansif tıbbi (hastayı sevk etme) yönelebilmektedir. Artık kapitalizm; baskı ile kısıtlamayı, mekânsal olarak uygulamayı aksine mekânsal genişleme sağlayarak, otorite ve iktidarı görünmez kılarak yapmaktadır (Aytaç ve İlhan, 2008). Nitekim hekimlerde özel zaman ve özel mekân birlikteliğindeki iktidarlarını kaybetmelerini mesleğin doğası üzerinden normalleştirerek meşrulaştırmaktadırlar. Hal böyle olunca kısmi özerklik ve özgürlük yanılması içerisinde olan hekimlerin özel yaşam alanları için devamlılığının sürdürüldüğü, verimlilik koşullarının uygulandığı teknolojik ve ekonomik rasyonaliteye göre yönlendirilen alanlar halini almaktadır. Böylelikle hekimlerin hem fiziki hem de ruhsal yaşam alanları kuşatılmaktadır (Gorz, 2001).

SDP ve dijitalleşme sürecinde hastanelerde yapılan mekânsal düzenlemelerinde hekimlik mesleği üzerine ve hekim-hasta-hekim dışı sağlık çalışanlarının ilişkilerine negatif yönde yansımaları olmaktadır. Tire Devlet Hastanesinde 2010 yılında yaşanan mekânsal sabiteden (binanın yenilenmesi ile inşaat sektörüne) sonra sermayenin ayrılıp gidemediği ve dijital hastane olmasıyla da diğer sermaye grubuna yeni mekânsal sabiteler (BİT ve bunlara entegre tıbbi cihaz şirketlerine, yazılım şirketlerine) sunduğu anlaşılmaktadır. Sermaye

gruplarının hastane mekânlarına yansımaları, hekimler; bina yenilenmesi ile BİT ve bilgi sistemlerinin kullanılmasından öte hastaneye yeni imaj kazandırılması söylemleri ile meşrulaştırılarak ifade etmektedirler. Dolayısıyla sağlığın piyasalaşması ve hastaların birer müşteri/tüketici olarak nitelendirilmesi ile birlikte gözde mekânlar konforlu bir biçimde hastaların hizmetine sunulmakta iken sağlık çalışanlarının, çalışma zamanı haricinde veya nöbette dinlenme amaçlı kullanacak oldukları odalar için aynı özen ve önem gösterilmemektedir. Hâlbuki sağlık çalışanlarına tahsis edilen odaların yaşanılır mekânlar yani bulunmayı tercih edecekleri ve bu tercihten memnuniyet duyacakları mekânlar olması gerekmektedir.

Mekânsal anlamda yaşanan bir diğer durum ise, hekimlerin yanındaki tıbbi sekreterlerin poliklinik dışına alınmalarıdır. Hekimler tıbbi sekreterlerle poliklinik hizmetini birlikte sunmak istemelerine karşın hastane yönetiminin almış olduğu kurallara uymak zorunda kalmaktadırlar. Bu anlamda da hekimler sorun çözmede edilgen kalmakta ve poliklinikte çalışma şekline alternatif geliştirme kapasiteleri bulunmamaktadır. Diğer yandan polikliniklerde BİT ve bilgi sistemlerine veri girişlerini hekimler yapmaktadırlar. Tıbbi sekreterlerin işlerinin hekimlere aktarılması ile hekimlerin emeği ucuzlatılmakta, niteliksizleştirilmekte ve değersizleştirilmektedir. Hekimlere, hekimliğin yanı sıra tıbbi sekreterlerin yaptığı iş ve işlemlerin aktarılması bir yandan hekimlerin iş yüklerini arttırmakta diğer yandan ise hastalara daha az zaman ayırmalarına, daha az hekimlik mesleğini icra etmelerine ve rol çatışması yaşamalarına sebebiyet vermektedir. Buna karşın bazı hekimler, hastanın anamnezini kayıt etme, tetkik isteme gibi işlemlerin görev ve sorumlulukları olduğu belirterek BİT ve bilgi sistemlerini meşrulaştırmaktadırlar. Her ne kadar hekimler tarafından belirtilmese de bu durum hekimlerin mekâna sabitlenmesi durumunu ortaya çıkarmaktadır. Diğer yandan ise bazı hekimler, tıbbi sekreterlerin hata yapabilme ihtimallerine karşılık hekimlerin hukuki açıdan, hastalarında tıbbi açıdan zor durumda kalmamaları için sesli komutları algılayan bir sistemin olması yönünde önerilerde bulunarak teknolojik rasyonelliği yani teknolojinin kusursuzluğunu insanın kusurluluğuna tercih etmektedirler. Sağlık sistemi ve hukuk sistemi karşısında güven erozyonu yaşayan hekimler polikliniklerden tıbbi sekreterlerin alınmasıyla birlikte bir nevi koruma kalkanlarını (davalarda tanıkları olması açısından) kaybettiklerini düşünmektedirler. Hal böyle olunca çalışma koşulları sebebi ile bazı hekimler tükenmişlik, mesleki tatminsizlik gibi durumlar yaşarken bazı hekimlerde gelecek kaygısı ile birlikte ek kaynak yaratma (farklı alanlarda eğitim alma, akupunktur gibi) durumunda kalmaktadırlar.

Diğer taraftan sermaye birikimi bakımından yeni yatırım alanlarının oluşturulması için neoliberal politikalar kapsamında oluşturulan politikalarla sağlıkta hedef insan gücü sayısı belirlenmektedir. Bu da hem yeni tıp fakültelerinin açılmasını hem de öğrenci kontenjanlarının arttırılmasını aynı zamanda eğitimin niteliğine yönelik kaygıları da beraberinde getirmektedir. Üniversite ve devlet hastanelerinin birleşmesi sonrasında, tıp fakültelerine liyakate dayalı atamalar yapılmadığını savunan hekimler, motivasyon ve istek kaybı ile birlikte mesleğe/branşa küsmeye yaşamaktadırlar. Nitekim örgütlerde yaşanan kayırmacılık ve nepotizmin, çalışanların örgütsel bağlılıkları ile birleşmesi halinde iş ahlakı, örgütün faaliyetlerindeki başarısı ve toplum üzerinde olumsuz etkileri olabilmektedir. Dolayısıyla böyle bir örgüt kültürü içinde alınan tıp eğitimi pek de nitelikli olmayacaktır. Hekimler sermayenin (sağlık ve eğitim alanlarında) hegemonyasını güçlendirmesi kapsamında sermaye-dijital hastane-tıp eğitimi-nitelik (gerek eğitim gerekse hekim niteliği) arasında ilişki olmadığını ancak tıbbi teknolojiler, BİT ve bilgi sistemleri ile sermaye arasında ilişki olduğunu/olabileceğini düşünmektedirler. Hekimlerin hepsi dijital hastanelerde kullanılan gerek tıbbi teknolojiler gerek BİT ve bilgi sistemlerinin, hekimlerin niteliğini olumlu/olumsuz yönde etkilemeyeceğini fakat önceden edinilmiş bilgilerin hatırlanması açısından yardımcı olacağını ifade etmektedirler. Dolayısıyla hekimler, bir insan olarak kusurlarının olabileceğinden hareketle karar destek sistemlerini hekimliğin kusurluluğuna tercih etmektedirler. Hâlbuki teknik nesnesinin kendisinden kaynaklı aksaklıklar ve kusurların da yaşanabilme ihtimali bulunmaktadır. Böylelikle hekimler tarafından teknolojik rasyonalite üzerinden kurulan meşrulaştırıcı söylemlerle, tıbbi teknolojiler, BİT ve bilgi sistemleri karşısında hekimin veya hekimin ustalık bilgisinin konumu küçültülmektedir. Bu durum hekimlerin bilgisinin körelmesi ve ustalık becerilerini geliştirememesi sorununu ortaya çıkarma potansiyeline sahiptir. Hekimlerin hepsi tıbbi teknolojik sürece hekimin müdahalesinin halen geçerli olduğu ve teknolojinin hekimin yerini al(a)mayacağı görüşündedirler. Bu bağlamda dijital hastanedeki hekimler; yeni nesil mezun hekimlerin, uzmanlık alanı seçiminde yaşanan değişimlerin ekonomik güdüyle birlikte davalardan korunma/kaçınma güdüsünden kaynaklandığını ve mesleki bilgiyi değişim değeri ile belirleyerek hesaplı seçimler yaptıklarını düşünmektedirler. Aynı zamanda bu süreçte hekimlerin bilgi ile kurdukları ilişkinin doğasıda değişmektedir. Çünkü dijital hastanede enformasyon işlemeye dayalı bir çalışma düzeninin oluşmasıyla hekimlerin uzmanlıkları teknoloji yönetme becerisine dönüşmekte eğitimleri ve deneyimleri esnasında anlık, işlevle ilgili web sitelerinden “ad hoc” bilginin çekilmesi tercih edilmektedir. Bir diğer bulgu ise, hekimlerin bilgilerini güncelleme açısından kongrelere katılım konusunda Sağlık

Bakanlığı'ndan destek beklentileridir.

Sonuç olarak; gerek teknolojilerin (BİT, bilgi sistemleri, tıbbi teknolojiler) gerek neoliberal politikaların etkisiyle hekimlerin emeğinin; metâya dönüşmesi, anlamının değişmesi ve değerinin düşmesi, hekimlerin ustalık bilgisinin, profesyonizmlerinin teknoloji karşısında çelişki yaşamasına ve mesleki becerilerinin dönüşüm geçirmesine neden olduğu belirtilebilir. Teknoloji ile sağlık sermayesi, sağlık ve hekimler üzerindeki hegemonyasını artmaya devam ettirdikçe, piyasa temelli sağlık sistemine uygun olarak devletin/yöneticilerin/ödeme yapan kurumların/diğer paydaşların kontrol ve denetimleri arttıkça, bunlara yönelik yeni rehberler oluşturulmaya devam ettikçe, yönetim uygulamaları arttıkça, performansa dayalı ödeme teşvik edildikçe, hekimlerin iş yoğunluğu arttıkça, hekimlerin profesyonizmleri/mesleki özerklikleri (klinik, ekonomik, politik, hekimlerin birbirleriyle ve devletle kurdukları ilişkiler) erozyona uğramaya devam edecek gibi görünmektedir. Hal böyle olunca da yeni nesil mezun hekimler, uzmanlık alanı seçiminde ekonomik güdüyle birlikte davalardan korunma/kaçınma güdüsünü ve mesleki bilgiyi değişim değeri ile belirleyerek hesaplı seçimler yapmaya devam edeceklerdir.

7. KAYNAKLAR

- Abalı Akgül, T. Z. (2018). *Mahremiyet ve Gözetim İlişkisi Bağlamında Aile Hekimliği Bilgi Sistemine Dair Bir Değerlendirme*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Abelson, J., Miller, F. ve Giacomini, M. (2009) What does it Mean to Trust a Health System? A Qualitative Study of Canadian Health Care Values. *Health Policy*, 91, 63-70.
- Achterberg, J. (2009). *Kadın Şifacılar*. (Çev. Altınok, B.) İstanbul: Everest Yayınları.
- Açıkgöz, M. (2013). Douglas Kellner: Kültür Endüstrisi. *Felsefes, 2*, 171-179.
- Adam, B. (2001). When Time is Money: Contested Rationalities of Time and Challenges to The Theory and Practice of Work. *Cardiff University School of Social Sciences Web Sayfası*. 23 Mayıs 2018 tarihinde <https://orca.cardiff.ac.uk/78053/1/wrkpaper16.pdf> adresinden alınmıştır.
- Adam, B. (2003). Reflexive Modernization Temporalized. *Theory, Culture & Society*, 20 (2), 59-78.
- Adam, B., Whipp, R. ve Sabelis, I. (2002). Choreographing Time and Management: Traditions, Developments and Opportunities, R. Whipp, B. Adam ve I. Sabelis (Editörler), *Making Time: Time and Management in Modern Organizations* içinde (1-28). Oxford: Oxford University Press.
- Adamson, B. J., Kenny, D. T. ve Wilson-Barnett, J. (1995). The Impact of Perceived Medical Dominance on the Workplace Satisfaction of Australian and British Nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 172-183.
- Adaş, E. B. (2013). Piyasa ve Toplum Kıskaçında Hekimlik, O. Elbek (Editör), *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde (205-217). İstanbul: Hayykitap.
- Aglietta, M. (2000). A Theory of Capitalist Regulation The US Experience. *Google Books Web Sayfası*. 03 Mart 2017 tarihinde https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=Krx8K0YIIIFAC&oi=fnd&pg=PA20&dq=a+theory+of+capitalist+regulation+pdf&ots=E1zuj2mDgr&sig=AJjio_zgOeKWdK_bVrcjreeOoZo&redir_esc=#v=onepage&q&f=false adresinden alınmıştır.

- Ajana, B. (2016). Digital Health and the Biopolitics of the Quantified Self. *Digital Health*, 3, 1-18.
- Ak, B. (2010). Tıp Bilişiminde Mobilite Uygulamaları. *Muğla Üniversitesi XII. Akademik Bilişim Konferansı Bildirileri*, Muğla, 1-9.
- Akar, S. (2020). Örgüt Kültüründe Bir İş Ahlakı Problemi Olarak Nepotizm. *Uluslararası Yönetim Akademisi Dergisi*, 3 (1), 241-251.
- Akay, A. (2016). *Michel Foucault'da İktidar ve Direnme Odakları*. Ankara: Doğu Batı Yayınları.
- Akbal, A. (2019). Türkiye'de Sağlıkta Dönüşüm Programının Sosyolojik Analizi: Temellendirilmiş Kuram Örneği. *IX. Ulusal Sosyoloji Kongresi Toplum 4.0 Bildiriler Kitabı*. A. Bakıoğlu (Editör). Ankara: Sosyoloji Derneği, 65-77.
- Akdağ, R. (2008). *Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri Kasım 2002-2008*. T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdağ, R. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011). *SB Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 19 Ekim 2021 tarihinde <https://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/Yayin/453> adresinden alınmıştır.
- Akdu, U., Bostan, S. ve Akdu, S. (2016). Hastanelerde Otel Konforunda Oda Tasarımı: Beş Yıldızlı Otel Odasını Örnek Edinme. *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 19 (36), 401-418.
- Akıncı, A. N. (2017). *Avrupa Birliği Genel Veri Koruma Tüzüğü'nün Getirdiği Yenilikler ve Türk Hukuku Bakımından Değerlendirilmesi*. Ankara: T.C. Kalkınma Bakanlığı Yayınları.
- Akkurt, S. S. (2020). Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesine Ve Covid-19 Pandemisi Sürecinde Mobil Uygulamalarla Paylaşılmasına Hukukî Bir Bakış. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Covid-19 Hukuk Özel Sayısı*, 38, 142-160.
- Altınok, E. ve Enlil Z. (2012). Mekânın Yeniden Organizasyonunun Ekonomi Politikası. *Sigma*, 4 (Özel Sayı), 37-44.

- Altıntaş, A. (2016). İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi: Tıp Tarihi Ders Notları. *Ayten Altıntaş Kişisel Web Sayfası*. 01 Ocak 2019 tarihinde <https://www.aytenaltintas.com/single-post/2016/06/13/T%C4%B1p-Tarihi-Ders-Notlar%C4%B1> adresinden alınmıştır.
- Arslan, E. T. ve Kayalar, M. (2017). Kamu ve Özel Sektör Çalışanlarının İfşa (Whistleblowing) Niyeti Karşılaştırmalı Bir Analiz. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 19 (32), 15-26.
- Arslantaş Toktaş, S., Binark, M., Dikmen, E. Ş. vd. (2012). *Türkiye’de Dijital Gözetim: T.C. Kimlik Numarasından E-Kimlik Kartlarına Yurttaşın Sayısal Bedenlenişi*. İstanbul: Alternatif Bilişim Derneği.
- Aslan, S. ve Erdem, R. (2017). Hastanelerin Tarihsel Gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2 (27), 7-21.
- Aslan, Ş. ve Güzel, Ş. (2020). Sağlıkta Dijitalleşme ve Kişisel Sağlık Verilerinin Korunması. *Social Mentality and Researcher Thinkers Journal*, 6 (36), 1640-1646.
- Aslantürk, H. (2016). Türkiye’de Biyo-İktidar Açısından Sağlık Hizmetleri ve Kadın. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 20 (3), 573-595.
- Atasoy, M. (2018). *Kronik Hastalıklara Yaklaşımda Yeni Bir Sistematiği: Fonsiyonel Tıp*. İzmir: Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri.
- Atay, S. E. ve Gerçek, M. (2017). Algılanan Rol Belirsizliğinin İşe Yabancılaşma Üzerindeki Etkisinin ve Demografik Değişkenlere Göre Farklılıklarının İncelenmesi. *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 7 (2), 321-332.
- Atıcı, E. (2007). Hasta - Hekim İlişisini Etkileyen Unsurlar. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 33 (2), 91-96.
- Avaner, E. (2018). Mahremiyet Nedir? Mahremiyetin Sağlık Hizmetleri Penceresinden Görünürlüğü Nasıldır? *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 5 (3), 110-116.
- Aydın, E. (2006). *Dünya ve Türk Tıp Tarihi*. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.

- Aydın, Ş., Bolat, Ö., Eraltuğ, Z., vd. (2018). Tam Donanımlı Dijital Hastane Kılavuzu (Taslak) 2018. *SB Dijital Hastane Web Sayfası*. 23 Temmuz 2018 tarihinde <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,43785/tam-donanimli-dijital-hastane-kilavuzu-taslak.html> adresinden alınmıştır.
- Aydınlı, H. İ. (2004). Sosyo-Ekonomik Dönüşüm Süreci (Post-Fordizm) ve Sanayi Ötesi Yaklaşımlar. *Kamu-İş Hukuku ve İktisat Dergisi*, 7 (4), 79-98.
- Aytaç, Ö. ve İlhan, S. (2008). Yeni Kapitalizmin Kaotik Evreni: Belirsizlik, Sömürü ve Ahlâki Kriz. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10 (1), 182-210.
- Baltacı, A. (2019). Nitel Araştırma Süreci: Nitel Bir Araştırma Nasıl Yapılır? *Ahi Evran Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi (AEÜSBED)*, 5 (2), 368-388.
- Bambra, C. (2009). Welfare State Regimes and the Political Economy of Health. *Humanity&Society*, 33, (1-2), 99-117.
- Başaran Özdemir, F. ve Taşdemir, B. (2011). 1. Hafta: Giriş ve İletişim, Teknoloji ve Toplum İlişkisine Dair Temel Yaklaşımlar Ders Notu. Türkiye Bilimler Akademisi Web Sayfası. 01 Şubat 2017 tarihinde <https://acikders.tuba.gov.tr/course/view.php?id=97> adresinden alınmıştır.
- Başer, A. ve Şahin, H. (2017). Tıbbi Beşeri Bilimler. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 49, 49-59.
- Baştan, S. ve Ökmen, M. (2004). Yerel Yönetimlerde Bilgi ve İletişim Altyapısı ile ilgili Temel Sorunlar. A. Yılmaz ve M. Ökmen (Editörler), *Kuramdan Uygulamaya Kamu Yönetimi* içinde (183-216). Ankara: Gazi Kitabevi.
- Baudrillard, J. (2017). *Tüketim Toplumu*. (Çev. Deliceçaylı, H. ve Keskin, F.).(Üçüncü Baskı). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Baum, F., Freeman, T., Sanders, D., vd. (2006). Comprehensive Primary Health Care under Neo-liberalism in Australia. *Social Science&Medicine*, 168, 43-52.
- Bauman, Z.(2018). *Bireyselleşmiş Toplum*. (Çev. Alogan, Y.). (Dördüncü Baskı).İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

- Baumgart, D. C., Wende, I. ve Grittner, U. (2017). Tablet Computer Enhanced Training Improves Internal Medicine Exam Performance. *PLOS One*, 12 (4), 1-14.
- Behrman, D.N. ve Perreault, W.D. (1984). A Role Stress Model of The Performance and Satisfaction of Industrials Salespersons. *Journal of Marketing*, 48 (4), 9-21.
- Belek, İ. (1998). *Sağlık Sınıf Eşitsizlik*. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ. (2001). *Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkın Ekonomi Politikası*. (Üçüncü Baskı). İstanbul: Sorun Yayınları.
- Belek, İ., Nalçacı, E., Onuroğulları, H. ve Ardiç, F. (1998). *Sınıfsız Toplum Yolunda Türkiye İçin Sağlık Tezi*. (İkinci Baskı). İstanbul: Sorun Yayınları.
- Bell, D. (1973). The Coming of Post-Industrial Society. *Centro Interuniversitario di Storia e Politica Euro – Americana Web Sayfası*. 25 Mart 2017 tarihinde https://www.cispea.it/wp-content/uploads/2018/12/D_-Bell-The-Coming-of-Post-Industrial-Society.pdf adresinden alınmıştır.
- Binark, M. ve Altıntaş, M. (2016, Şubat). Veri İkizlerimizin Farkında Mıyız? Dijital Gözetimin Çeşitli Boyutlarına Karşı Farkındalık. *Yeni Medya Çalışmaları II. Ulusal Kongre Kitabı*, İstanbul, 315-334.
- Birkök, M. C. (1998). Sosyolojik Düşünce ve Metodolojisi. *Indiana University Digital Library of the Commons Web Sayfası*. 13 Aralık 2018 tarihinde http://dlc.dlib.indiana.edu/dlc/bitstream/handle/10535/24/Birkok_Metodoloji.pdf;jsessionid=8228A5BD97747BB136835F388FA6E0CF?sequence=1 adresinden alınmıştır.
- Biruk, C. (2012). Seeing Like a Research Project: Producing “High-Quality Data” in Aids Research in Malawi. *Medical Anthropology*, 31 (4), 347-366.
- Bloomrosen, M., Starren, J. ve Lorenzi, N. M., vd. (2011). Anticipating and Addressing the Unintended Consequences of Health IT and Policy: A Report from the Amia 2009 Health Policy Meeting. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 18 (1), 82-90.

- Bollier, D. ve Firestone, C. M. (2010). The Promise and Peril of Big Data: Aspen Institute, *Aspen Institute Web Sayfası*. 20 Kasım 2021 tarihinde https://www.aspeninstitute.org/wp-content/uploads/files/content/docs/pubs/The_Promise_and_Peril_of_Big_Data.pdf adresinden alınmıştır.
- Bottero, W. (2005). *Stratification: Social Division and Inequality*. London: Taylor&Francis E-Library.
- Bottomore, T. ve Nisbet, R. (2006). *Sosyolojik Çözümlemenin Tarihi*. (Çev. Uğur, A. ve Tunçay, M.). İstanbul: Kırmızı Yayınları.
- Bourdallé Badie, C. ve Erny, P. (1992). Le toucher, moyen de communication: Son évolution dans l'histoire médicale. *I-Revues Web Sayfası*. 12 Kasım 2021 tarihinde http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/32729/C&T_1992_24_253.pdf?sequence=1 adresinden alınmıştır.
- Bourdieu, P. (2009). Sınırsız Sömürü Ütopyası: Neoliberalizmin Özü. (Çev. Akalın, G. ve Akalın, U. S.), *Neoliberal İktisadın Marksist Eleştirisi* içinde (23-31). İstanbul: Kalkedon Yayıncılık.
- Bourdieu, P. (2010). Sermaye Biçimleri, M. M. Şahin ve A. Z. Ünal (Editörler), *Sosyal Sermaye Kuram, Uygulama, eleştiri* içinde (45-75). İstanbul: Değişim Yayınları.
- Bowman, S. (2013). Impact of Electronic Health Record Systems on Information Integrity: Quality and Safety Implications. *Perspectives in Health Information Management*, 10 (Fall), 1-19.
- Bozkurt, V. (2014). *Endüstriyel ve Post-Endüstriyel Dönüşüm Bilgi, Ekonomi ve Kültür* (Üçüncü Baskı). Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım.
- Bozpolat, C. (2019). Hizmet Pazarlamasına Sosyolojik Bir Bakış, M. Ünsalan (Editör), *Pazarlama ve Sosyoloji: İşletme ve Toplum İlişkisi* içinde (253-284). İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Brown, E. R. (1976). Public Health in Imperialism: Early Rockefeller Programs at Home and Abroad. *American Journal of Public Health*, 66 (9), 897-903.

- Bryant, R. M. ve Constantine, M. G. (2006). Multiple Role Balance, Job Satisfaction, and Life Satisfaction in Women School Counselors. *Professional School Counseling*, 9 (4), 265-271.
- Bulut, E. ve Ateş, A. (2015). Dijital Emek, Dijital Kültür. *Toplum ve Bilim*, 135, 3-6.
- Bulut, F. ve Civaner, M. M. (2016). Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık “Hasta yok, Hastalık var!” *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 3 (2), 66-73.
- Calnan, M ve Gabe, J. (2001). From Consumerism to Partnership? Britain’s National Health Service at the Turn of the Century. *International Journal of Health Services*, 31 (1), 119-131.
- Canaslan, E. ve Özer, S. (2010). “Bilgi”nin Biyo-politik Üretimi ve Yeni Direniş Olanakları. *Academia Web Sayfası*. 10 Aralık 2021 tarihinde https://www.academia.edu/2972649/_Bilgi_nin_Biyo-politik_%C3%9Cretimi_ve_Yeni_Direni%C5%9F_Olanaklar%C4%B1 adresinden alınmıştır.
- Cansever, İ. H. ve Tüfekçi, N. (2020) Neoliberal Politikalar Ekseninde Türkiye’de Sağlık Sektörünün Dönüşümü ve Sağlıkın Piyasalaşması, R. Erdem ve D. Uğurluoğlu (Editörler), *Modern Tıbbı ve Sağlık Sektörüne Eleştirel Yaklaşımlar* içinde (17-50). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Car, J. , Sheikh, A. ve Wicks, P., vd. (2019). Beyond the Hype of Big Data and Artificial Intelligence: Building Foundations for Knowledge and Wisdom. *BMC Medicine*, 17 (143), 1-5.
- Cassidy, T. (1997). *Environmental Psychology: Behaviour and Experience in Context*. United Kingdom: Psychology Pres. Ltd.
- Castellani, B. ve Hafferty, F. W. (2006). The Complexities of Medical Professionalism. D. Wear ve J. M. Aultman (Editörler), *Professionalism in Medicine* içinde (3-23). Boston: Springer.
- Castells, M. (2008). *Enformasyon Çağı: Ağ Toplumunun Yükselişi*. (Çev. Kılıç, E.). (İkinci Baskı). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

- Cavestro, W. (1990). Beyond the Deskillling Controversy. *Computer Integrated Manufacturing Systems*, 3 (1), 38-46.
- Centers for Medicare and Medicaid Services. (2021) 2015 Electronic Health Records. *Centers for Medicare and Medicaid Services Web Sayfası*. 23 Kasım 2021 tarihinde <https://www.cms.gov/Medicare/E-Health/EHealthRecords> adresinden alınmıştır.
- Chaum, D.L. (1981). Untraceable Electronic Mail, Return Addresses, and Digital Pseudonyms. *Communications of the ACM*, 24 (2), 84-90.
- Chernow, R. (2004). *Titan: The Life of John D. Rockefeller, Sr.* (İkinci Baskı). New York: Vintage Books.
- Cirhinlioğlu, Z. (1996). *Meslekler ve Sosyoloji*. Ankara: Gündoğan Yayınları.
- Cirhinlioğlu, Z. (2014). *Sağlık Sosyolojisi*. (Dördüncü Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Civaner, M., Okuyan, Z. ve Şemin, S. (2001). Dokuz Eylül Üniversitesinde Mesleksel Değerler ve Etik Eğitimi: Üç Yıllık Deneyim, Sorunlar ve Öneriler. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, Özel Sayı, 57-61.
- Cohen, J. (2002). *Who can you trust? Presented at: 113th Annual Meeting of the Association of American Medical Colleges*. San Francisco, California.
- Cohen, J. J. (2006). Professionalism in Medical Education. An American Perspective: from Evidence to Accountability. *Medical Education*, 40 (7), 607-617.
- Cole, S. (1999). *Sosyolojik Düşünme Yöntemi*. Ankara: Vadi Yayınları.
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*, 46 (1), 3-14.
- Conrad, P. ve Leiter, V. (2004). Medicalization, Markets and Consumers. *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 158-176.
- Coombs, R., Knights, D. ve Willmott, H. C. (1992). Culture, Control and Ceompetiton: Towards a Conceptual Framework for the Study of Information Technology in Organizations. *Organization Studies*, 13 (1), 51-72.

- Cordella, A. ve Tempini, N. (2015). E-Government and Organizationa Change: Reappraising The Role of ICT and Bureaucracy in Public Service Delivery. *Government Information Quarterly*, 32 (3), 279-286.
- Cox, R. W. (1980). The Crisis of World Order and the Problem of International Organization in the 1980s. *International Journal*, 35 (2), 370-395.
- Crawford, R. (2004). Risk Ritual and the Management of Control and Anxiety in Medical Culture. *Health*, 8 (4), 505-528.
- Creswell, J. ve Abelson, R. (2013). New Laws and Rising Costs Create a Surge of Supersizing Hospitals. *New York Times Web Sayfası*. 23 Kasım 2021 tarihinde <http://www.nytimes.com/2013/08/13/business/bigger-hospitals-may-lead-to-bigger-bills-for-patients.html> adresinden alınmıştır.
- Cruess, R. L, Cruess, S. R ve Johnston, S. E. (1999). Renewing Professionalism: An Opportunity from Medicine. *Academic Medicine*, 74 (8), 878-884.
- Cummings, C. (2013). Communication in the Era of COWs: Technology and the Physician-Patient Parent Relationship. *Pediatrics*, 131 (3), 401-403.
- Çağlayan, Ş. (2020). Endüstri 4.0'dan Toplum 5.0'a Toplumsal Değişimin Tarihsel Görüntüsü, O. Bayrakçı (Editör), *Kelebek Etkisi Çalışma Yaşamında Değişim ve Dönüşüm* içinde (27-47). İstanbul: Kriter Yayınevi.
- Çakıroğlu, M. ve Karadirek, G. (2019). I. Sanayi (Endüstri) Devrimi, K. Y. Genç (Editör), *Sanayi Devrimleri* içinde (13-108). Ankara: Gece Akademi.
- Çankaya, H. ve Ekiz, C. (2018). Biyopolitik Açıdan Kişisel Verilerin Korunması. *Memleket Siyaset Yönetim Dergisi*, 13 (29), 135-156.
- Çetin, A. ve Alpay, S. (2020). Türk Sigorta Sektöründe Kişisel Veriler. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Girişimcilik Dergisi*, 4 (8), 81-94.
- Çetin, D. (2008). *Toplum ve Mekân İlişkisinin Kent Dinamikleri İçinde İncelenmesi ve Tarlabası Örneği*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

- Çınar, F. (2015). Hesap Verilebilirlik İlkesi İle Kurumsal Performans İlişkisinde Paydaş Katılımının Rolü; Hastane İşletmelerinde Bir Uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 6 (13), 12-30.
- Çoban, B. (2014). Göz ve İktidar: Vitrinlere Değil Gökyüzüne Bak! *LAÜ Sosyal Bilimler Dergisi*, 5 (1), 1-15.
- Çolak, Ç. (T.Y.). Hekimliğin Tarihsel Dönüşümü. *Emek Atölyesi Web Sayfası*. 03 Mart 2021 <http://emekatolyesi.org/Dosya-Yazisi/hekimligin-tarihsel-donusumu#sdf footnote8sym> adresinden alınmıştır.
- Dafny, L. (2014). Hospital Industry Consolidation-Still More to Come? *New England Journal of Medicine*, 370 (3), 198-199.
- Dao, A. ve Mulligan, J. (2016) Toward an Anthropology of Insurance and Health Reform: An Introduction to the Special Issue. *Medical Anthropology Quarterly*, 30 (1), 5-17.
- Darvas, J. A. ve Hawkins, L. G. (2002). What Makes a Good Intensive Care Unit: A Nursing Perspective. *Australian Critical Care*, 15, 77-82.
- Davis, K. ve Moore W. (1945). Some Principles of Social Stratification. *American Sociological Review*, 10 (2), 242-249.
- Dedeoğlu, A. K. (2012). *Özel Hastanelerde Çalışan Hekimlerin Tıbbi Müdahale ve Tedavide Malpraktisten Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluklarına İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Ölçümü: Ankara İli Özel Hastaneler Uygulaması*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Deloitte Raporu (2017). 2017 Global Health Care Outlook. Making Progress Against Persistent Challenges. *Deloitte Web Sayfası*. 07 Mayıs 2020 tarihinde <https://www2.deloitte.com/tr/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2017-global-health-care-sector-outlook.html> adresinden alınmıştır.
- Deloitte Raporu (2019). 2019 Global Health Care Outlook. Shaping the Future. *Deloitte Web Sayfası*. 07 Mayıs 2020 tarihinde <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-hc-outlook-2019.pdf> adresinden alınmıştır.

- Derdiyok Ç., Turgut B. C. ve Karakaya, H. (2013) Tıp Fakültelerinden Sesler Geliyor, İ. Arslanoğlu (Editör), *Tıp Bu Değil 2* içinde (101-113). İstanbul: İthaki Yayınları.
- Dolgun, U. (2004). Gözetim Toplumunun Yükselişi: Enformasyon Toplumundan Gözetim Toplumuna. *Yönetim Bilimleri Dergisi*, 2 (1), 55-74.
- Dolgun, U. (2005). Çalışma Yaşamında Gözetim. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 49, 507-539.
- Dorsey, E. R. ve Ritzer, G. (2016). The McDonaldization of Medicine. *JAMA Neurology*, 73 (1), 15-16.
- Doru, İ. (2020). Sanayi Sonrası Toplum Kuramcılarında Çalışma, Bilgi ve İletişim, O. Bayrakçı (Editör), *Kelebek Etkisi Çalışma Yaşamında Değişim ve Dönüşüm* içinde (1-25). İstanbul: Kriter Yayınevi.
- Dönmezer, S. (1994). *Toplumbilim*. (Onbirinci Baskı). İstanbul: Beta Basım.
- Duffy, F. D., Gordon, G. H., Whelan, G., vd. (2004). Assessing Competence in Communication and Interpersonal Skills: The Kalamazoo II Report. *Academic Medicine*, 79 (6), 495-507.
- Duman, K. ve Özdoğru, G. (2018). Dijital Emek ve Kullanıcı İçeriğinin Metalaşması: Katılımcı Sözlük Yazarları Üzerine İnceleme. *Erciyes İletişim Dergisi*, 5 (4), 75-99.
- Edmunds, M., Peddicord, D. ve Frisse, M. E. (2016). The Evolution of Health Information Technology Policy in the United States, C. A. Weaver, M. J. Ball, G. R. Kim ve J. M. Kiel (Editörler), *Healthcare Information Management Systems: Cases, Strategies, and Solutions* içinde (139-162). Switzerland: Springer International.
- Ege Bölgesi Sanayi Odası. (2015). Sanayi 4.0. *Ege Bölgesi Sanayi Odası Web Sayfası*. 10 Eylül 2017 tarihinde http://www.ebso.org.tr/ebsoimedia/documents/sanayi-40_88510761.pdf adresinden alınmıştır.
- Elbek, O. (2010). Performans ve Hekimlik. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 25 (6), 432-447.
- Elbek, O. ve Adaş, E. B. (2009). Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni*, 12 (1), 33-44.

- Erdem R. ve Kaya E. (2020). Modern Tıbbı Yönelik Eleştirel Kavramlar. R. Erdem ve D. Uğurluoğlu (Editörler). *Modern Tıbbı ve Sağlık Sektörüne Eleştirel Yaklaşımlar* içinde (1-15). Ankara: Nobel Yayınevi.
- Erdem, H. H. (2012). Edgar Morin’de İnsanlık Durumu ve ‘‘Geleceğin Eğitimi’’ Düşüncesi. *Felsefe ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 13, 75-88.
- Erdemir, A. D. (1996). *Tıbbı Deontoloji ve Genel Tıp Tarihi*. Bursa: Güneş&Nobel Yayınları.
- Eren, Z. (2020). Toplum 5.0 ve Dijital Dünyada Toplumsal Dönüşüm ve Eğitim 5.0., D. Akçay ve E. Efe (Editörler), *Dijital Dönüşüm ve Süreçler & Digital Transformation and Processes* içinde (169-206). İstanbul: İstanbul Gelişim Üniversitesi Yayınları.
- Erenoğlu, D. (2011). Kaşıkay Türklerinde Sosyal Tabakalaşma. *Turkish Studies*, 6 (4), 123-137.
- Ergur, A. (2018). Zanaatla Teknoloji Arasında Tıp Mesleği: Tekno-Fetişizm ve İnsansızlaşmış Sağaltım. *Toraks Bülteni-Haziran*, 58-62.
- Ergur, A. (2020). Ustalık ve Teknoloji Eklemlenmesi: Beceri, Deneyim, Kesinlik. *Journal of Economy Culture and Society*, Özel Sayı, 95-115.
- Ergur, A. ve Çobanoğlu, C. (2020). Sihirli Dokunuştan Temassız Sağaltıma Hasta-Hekim İlişkinin Dönüşümü: Robotik Cerrahinin İnsani Sonuçları. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 40 (1), 467-497.
- Erikson, S. L. (2012). Global Health Business: The Production and Performativity of Statistics in Sierra Leone and Germany. *Medical Anthropology*, 31 (4), 367-384.
- Erol, M. (2002). *Sanayileşme ve Ekonomik Gelişmenin Sosyolojisi*. Ankara: Nobel Yayınları.
- Ertong Attar, G. (2010). Sağlık Sistemine Güvenmek. *Academia Web Sayfası*. 12 Kasım 2021 tarihinde https://www.academia.edu/10320254/SA%C4%9ELIK_S%C4%B0STEM%C4%B0NE_G%C3%9CVENMEK adresinden alınmıştır.
- Ertong, G. (2011). *Sağlık Sisteminde Hekim Hasta İlişkisi ve Güven Unsuru*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

- Eryılmaz, B. ve Biricikoğlu, H. (2011). Kamu Yönetiminde Hesap Verebilirlik ve Etik. *İş Ahlakı Dergisi*, 4 (7), 19-45.
- European Data Protection Supervisor. (2018). EDPS Opinion on Online Manipulation and Personal Data. *European Data Protection Supervisor Web Sayfası*. 20 Kasım 2021 tarihinde https://edps.europa.eu/sites/edp/files/publication/18-03-19_online_manipulation_en.pdf adresinden alınmıştır.
- Evans, D.B., Tandon, A., Murray, C.JL. ve Lauer, J.A., (2000). *The Comparative Efficiency of National Health Systems in Producing Health: An Analysis of 191 Countries*. (GPE Discussion Paper Series, No. 29), EIP/GPE/EQC Genova: World Health Organization.
- Feddock, C. A. (2007). The Lost Art of Clinical Skills. *The American Journal of Medicine*, 120 (4), 374-378.
- Fırat, S. Ü. ve Fırat, O. Z. (2017). Sanayi 4.0 Devrimi Üzerine Karşılaştırmalı Bir İnceleme: Kavramlar, Küresel Gelişmeler ve Türkiye. *Toprak İşveren Dergisi*, 114, 10-23.
- Filipe, A. M. (2014). Biopolitics., W. C. Cockerham, R. Dingwall ve S. R. Quah (Editörler), *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Health, Illness, Behavior, and Society* içinde (142-152). United States: Wiley Blackwell.
- Flexner, A. (1910). Medical Education in the United States and Canada: A Report to the Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching (No. 4). *Carnegie Foundation for the Advancement of Teaching Web Sayfası*. 25 Aralık 2020 tarihinde http://archive.carnegiefoundation.org/publications/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf adresinden alınmıştır.
- Fotopoulou, A. ve O’Riordan, K. (2016). Training to Self-Care: Fitness Tracking, Biopedagogy and the Healthy Consumer. *Health Sociology Review*, 26, 54-68.
- Foucault, M. (1980). *Power/Knowledge: Selected Interviews and Other Writings 1972-1977*, C. Gordon (Editör). New York: Pantheon Books.
- Foucault, M. (1993). *Ders Özetleri 1970-1982*. (Çev. Hilav, S.). (İkinci Baskı). İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.

- Foucault, M. (1999). *Bilginin Arkeolojisi*. (Çev. Urhan, V.) İstanbul: Birey Yayıncılık.
- Foucault, M. (2006). *Deliliğin Tarihi: Akıl ve Akıl Bozukluğu*. (Çev. Kılıçbay, M. A.). Ankara: İmge Kitapevi.
- Foucault, M. (2007). *Cinselliğin Tarihi*. (Çev. Tanrıöver, H. U.). (İkinci Baskı). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2015). *Hapishanenin Doğuşu*. (Kılıçbay, M. A.). (Sekizinci Baskı). Ankara: İmge Kitabevi Yayınları.
- Foucault, M. (2018). *Kliniğin Doğuşu: Tıbbi Algının Arkeolojisi*. (Çev. Ünsaldı, Ş.). (Beşinci Baskı). Ankara: Epos Yayınları.
- Foucault, M. (2019a). *İktidarın Gözü*. (Çev. Ergüden, I. ve Akınhay, O.). (Beşinci Baskı). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2019b). *Özne ve İktidar*. (Çev. Ergüden, I. ve Akınhay, O.). (Altıncı Baskı). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M. (2020). *Büyük Kapatılma*. (Çev. Ergüden, I. ve Keskin, F.). (Beşinci Baskı). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Freidson, E. (1986). *Professional Powers. A Study of the Institutionalization of Formal Knowledge*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freyer, H. (1968). *İçtimai Nazariyeler Tarihi*. (Çev. Çağatay, T.) Ankara: A. Ü. DTCF.
- Friedman, M. ve Friedman, R. (1988). *Kapitalizm ve Özgürlük*. (Çev: Erberk, D. ve Himmetoğlu, N.). İstanbul: Altın Kitaplar.
- Fuchs, C. (2010). Labour in Informational Capitalism. *The Information Society*, 26 (3), 176-196.
- Fuchs, C. (2015). *Dijital Emek ve Karl Marx*. (Çev. Kalaycı, T. E. ve Oğuz, S.). İstanbul: NotaBene Yayınları.

- Fuchs, C. ve Chandler, D. (2019). *Digital Objects, Digital Subjects: Interdisciplinary Perspectives on Capitalism, Labour and Politics in the Age of Big Data*. England: University of Westminster Press.
- Fuchs, C. ve Seignani, S. (2013). What Is Digital Labour? What Is Digital Work? What's their Difference? And Why Do These Questions Matter for Understanding Social Media? *TripleC*, 11 (2), 237-293.
- Fukuyama, M. (2018). Society 5.0: Aiming for a New Human-Centered Society. *Japan Economic Foundation Web Sayfası*. 16 Şubat 2020 tarihinde https://www.jef.or.jp/journal/pdf/220th_Special_Article_02.pdf adresinden alınmıştır.
- Furedi, F. (2001). *Korku Kültürü*. (Çev: Yıldırım, B.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Gabaçlı, N. ve Uzunöz, M. (2017, Kasım). IV. Sanayi Devrimi: Endüstri 4.0 ve Otomotiv Sektörü. *3rd International Congress on Political, Economic and Social Studies (ICPESS) Bildiri Kitabı Cilt 3*, Ankara, 149-174.
- Gallagher, S. ve Payne, H. (2015). The Role of Embodiment and Intersubjectivity in Clinical Reasoning. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 10 (1), 68-78.
- Gedikoğlu, T. (2012). Yükseköğretimde Hesap Verebilirlik. *Yükseköğretim Dergisi*, 2 (3), 142-150.
- Geiderman, J. M., Moskop, J. C. ve Derse, A. R. (2006). Privacy and Confidentiality in Emergency Medicine: Obligations and Challenges. *Emergency Medicine Clinics of North America*, (24), 633-656.
- Genç, K.Y. ve Çakıroğlu, M. (2019). III. Sanayi Devrimi, K. Y. Genç (Editör), *Sanayi Devrimleri içinde* (151-195). Ankara: Gece Akademi.
- Gerrie, J. (2003). Was Foucault a Philosopher of Technology. *Techné*, 7 (2), 14-26.
- Ghormley, R. K. (1949). Specialization in Medicine: What is Orthopaedic Surgery? *J Bone Joint Surg Am*. 31A (3), 459-463.
- Giddens, A. (1998). *Modernliğin Sonuçları*. (Çev. Kuşdil, E.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

- Giddens, A. (1999). *İleri Topluların Sınıf Yapısı: Marksist Yaklaşımın Eleştirisi*. (Çev. Baldık, Ö.). İstanbul: Birey Yayıncılık.
- Giddens, A. (2014). *Sosyoloji*. (Çev. Altaylar, G.). (Altıncı Baskı). İstanbul: Say Yayınları.
- Goffman, E. (2014). *Damga: Örselenmiş Kimliğin İdare Edilişi Üzerine Notlar*, (Çev. Ünsaldı, L. ve Geniş, Ş.). Ankara: Heretik Yayıncılık.
- Gorz, A. (2001). *Yaşadığımız Sefalet, Kurtuluş Çareleri*. (Çev. Tural, N.), İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Gough, I. (1975). State Expenditures in Advanced Capitalism. *New Left Review*, I/92, 53-92.
- Göçmen, T. L. (2018). *Toplumsal Yaşamda Bireylerin Mahremiyet Yönelimleri: Sosyal Ağ Kullanıcıları Üzerine Bir Saha Araştırması*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Gökçe, O. ve Şahin, A. (2003). Yönetimde Rol Kavramı ve Yönetimsel Roller. *Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 3 (6), 133-156.
- Gökşen, E. (2020). Tanpınar'ın Beş Şehir'ine Foucault'nun Heterotopyası Üzerinden Bakmak. *Hacettepe Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 33, 143-159.
- Göle, N.(2011). *Modern Mahrem*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Gritzer, G. (1985), *The Making of Rehabilitation: A Political Economy of Medical Specialization 1890-1980*. California: University of California Press.
- Guba, E. G. ve Lincoln, Y. S. (1994). Competing Paradigms in Qualitative Research, N. K. Denzin ve Y. S. Lincoln (Editörler), *Handbook of qualitative research içinde* (105-117). California: Sage Publications Inc.
- Gullahorn, J. T. (1956). Measuring Role Conflict. *American Journal of Sociology*, 61 (4), 299-303.
- Guraya, S. Y. (2016). The Usage of Social Networking Sites by Medical Students for Educational Purposes: A Meta-Analysis and Systematic Review. *North American Journal of Medical Sciences*, 8 (7), 268-278.

- Gülalp, H. (1993). *Kapitalizm, Sınıflar ve Devlet*. (Çev. Akınhay, O. ve Yılmaz, A.) İstanbul: Belge Yayınları.
- Güleş, H. K. ve Özata, M. (2005). *Sağlık Bilişim Sistemleri*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Gümüş, A. ve Kurul, N. (2011). Üniversitelerde Bologna Süreci Neye Hizmet Ediyor? *Eğitim ve Bilim Emekçileri Sendikası Web Sayfası*. 25 Ocak 2020 tarihinde https://egitimsen.org.tr/wp-content/uploads/2015/07/fa998e2021b7d94_ek.pdf adresinden alınmıştır.
- Günel, İ. (2020). Üniversitelerin Piyasalaşma Süreci. *Toplum ve Hekim*, 35 (5), 371-377.
- Gündüz, R. (21.02.2019). DSÖ: Dünya’da Sağlık Harcamalarının Yıllık Maliyeti 7,3 Trilyon Dolar. *Euronews Web Sayfası*. 25 Kasım 2021 tarihinde <https://tr.euronews.com/2019/02/21/dso-dunyada-saglik-harcamalarinin-yillik-maliyeti-73-trilyon-dolar> adresinden alınmıştır.
- Gündüz, Y. ve Göker, S. D. (2017). Eğitim Denetimi Sürecinde Hesapverebilirlik ve Şeffaflık Uygulamaları. *Ondokuz Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 36 (1), 83-93.
- Gürdal, E. (2020). Hegemonik Yaklaşımların Eleştirisi ve Güç Yorumu. *Aksaray Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4 (2), 166-189.
- Güven, S. (1995). *Sosyal Politikanın Temelleri* (Üçüncü Baskı). Bursa: Ezgi Kitabevi.
- Güven, T. (2014). Türkiye’deki Tıp Etiği Tartışmalarının Ana Eksenleri Ve Sorunları: Eleştirel Bir Değerlendirme. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1 (1), 13-24.
- Hafferty, F. W. (2004). Toward the Operationalization of Professionalism: A Commentary. *The American Journal of Bioethics*, 4 (2), 28-31.
- Hafferty, F. W. ve Castellani, B. (2010). The Increasing Complexities of Professionalism. *Academic Medicine*, 85 (2), 288-301.
- Hamzaoğlu, O. ve Özkan Ö. (2019). Sağlık Reformları ve Esnek Üretim Hekim Özerkliğini Nasıl Etkiliyor? *Toplum ve Hekim Dergisi*, 34 (1), 5-16.

- Handbook on European Data Protection Law. (2018). *European Union Agency for Fundamental Rights Web Sayfası*. 20 Kasım 2021 tarihinde <https://fra.europa.eu/en/publication/2018/handbook-european-data-protection-law-2018-edition> adresinden alınmıştır.
- Harrison, S. ve Ahmad, W. I. U. (2000) Medical Autonomy and the UK State 1975 to 2025. *Sociology*, 34 (1), 129-146.
- Harvey, D. (1997). Postmodernliğin Durumu. (Çev. Savran, S.). İstanbul: Metis Yayınları.
- Harvey, D. (2007). Yaratıcı Yıkım Olarak Neoliberalizm. (Çev. Çığ, E. Ç. ve Çığ, Ü.). *Atılım Sosyal Bilimler Dergisi*, 2 (2), 67-88.
- Harvey, D. (2017). *Marx, Sermaye ve İktisadi Aklın Cinneti*. (Çev. Soğancılar, E.) İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Harvey, D. (2019) *Yeni Emperyalizm*. (Çev. Bingöl, N.). İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Heidegger, M. (2011). *Varlık ve Zaman*. (Çev. Ökten, K. H.). (İkinci Baskı). İstanbul: Agora Kitaplığı.
- Hickey J. V., Ouimette R .M. ve Venegoni I. (1996). *Advanced Practice Nursing*. Philadelphia: Lippincott.
- Hille, L. (2015). The Quantified Self- Ubiquitous Control. *Academia. edu Web Sayfası*. 10 Eylül 2020 tarihinde file:///C:/Users/pc/Downloads/The_Quantified_Self_Ubiquitous_control.pdf adresinden alınmıştır.
- Himmelstein, D. U. ve Woolhandler, S. (1984). Medicine as Industry: The Health-Care Sector in the United States. *Monthly Review*, 35, (11), 13-25.
- Himmelstein, D. U. ve Woolhandler, S. (1988). The Corporate Compromise: A Marxist View of Health Maintenance Organizations and Prospective Payment. *Annals of Internal Medicine*, 109 (6), 494-501.
- Hobsbawm, E. J. (2005). *Sermaye Çağı 1848-1875*. (Çev. Şener, B. S.). Ankara: Dost Kitabevi.

- Hobsbawm, E. J. (2008). *Devrim Çağı 1789-1848*. (Çev. Şener, B. S.). Ankara: Dost Kitabevi.
- Hoff, T. (2011). Deskilling and Adaptation Among Primary Care Physicians Using Two Work Innovations. *Health Care Management Review*, 36 (4), 338-348.
- Hoogland, J. ve Jochemsen, H. (2000). Professional Autonomy and the Normative Structure of Medical Practise. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 21 (5), 457-475.
- Hopkins, A., Solomon J. ve Abelson, J. (1996). Shifting Boundaries in Professional Care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 89 (7), 364-371.
- Huberman, L. (2019). Feodal Toplumdan Yirminci Yüzyıla. (Çev. Belge, M.). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Hurst, J. (2000). Challenges for Health System in Member Countries of the Organisation for Economic Co-operation and Development. *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (6): 751-760.
- Iahn Gonsenhausner, D. G. ve Whitehouse, P. (2006). Medical Professionalism. The Nature of Story and the Story of Nature. *In Professionalism in Medicine: Critical Perspectives* içinde (63-85). New York: Springer US.
- Illich, I. (2011). *Sağlığın Gasplı*. (Çev. Sertabiboğlu, S.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- İşıklı, A. (2011, Aralık). Sağlıkta Tekelleşme ve İşçileşme. Sözlü Bildiri, *Hikmet Boran 2. Ulusal Tıp Günleri Kongresi*, Antalya, 1-4.
- İlhan, B., Aslan, D., Erişgen G. ve Odabaşı O. (2016). Türkiye’de Tıp Eğitiminin Durumu: Türk Tabipleri Birliği Adına Kısa Değerlendirme. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 31 (6), 463-467.
- İlhan, S. (2004). Bazı Temel İşlevleri ve Artan Önemi Açısından Meslek. *Doğu Anadolu Bölgesi Araştırmaları*, 132-137.
- İlhan, S. (2007). Yeni Kapitalizmin Karanlık Yüzü: İnsanlık ve Ahlakilik Söylemlerinin Sahiciliği Üzerine. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17, 283-306.
- İnam, A. (1999). *Teknoloji Benim Neyim Oluyor?* Ankara: ODTÜ Geliştirme Vakfı Yayıncılık.

- İnceoğlu, S. (2010). ABD Anayasa Hukuku'nda Mahremiyet Hakkı. İnsan Hakları Yıllığı. *TODAİE*, 19-20, 173-186.
- İzgi, C. (2014). Mahremiyet Kavramı Bağlamında Kişisel Sağlık Verileri. *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 1 (1), 25-37.
- İzgi, M. C. (2009). *Etik Açısından Yaşlı Mahremiyeti: Huzurevi Örneğinde Hizmet Alanlar ve Verenler Açısından Bir Değerlendirme*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Jawahar, I. M., Stone, T. H. ve Kisamore, J. L. (2007). Role Conflict and Burnout: The Direct and Moderating Effects of Political Skill and Perceived Organizational Support on Burnout Dimensions. *International Journal of Stress Management*, 14 (2), 142-159.
- Jermier, J. M. (1998). Introduction: Critical Perspectives on Organizational Control. *Administrative Science Quarterly*, 43 (2), 235-256.
- Kabaklarlı, E. (2018). *Endüstri 4.0 ve Dijital Ekonomi: Dünya ve Türkiye Ekonomisi İçin Fırsatlar, Etkiler ve Tehditler*. (İkinci Baskı). Ankara: Nobel Kitabevi.
- Kahraman, M. D. (2014). İnsan İhtiyaçları ve Mekânsal Elverişlilik Kavramları Perspektifinde Yaşanılabilirlik Olgusu ve Mekânsal Kalite. *Planlama Dergisi*, 24 (2), 74-84.
- Kalble, K. (2005). Between Professional Autonomy and Economic Orientation-The Medical Profession in a Changing Health Care System. *GMS Psycho-Social-Medicine*, 2, 1-13.
- Kandilli, E. (2019). *Sağlık Hukukunda Etik Açısından Kişisel Veriler ve Mahremiyet Hakkı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kantek, F. (2007, Haziran). Hastanelerde Örgüt Kültürü Analizi. *Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresi*, Mersin, 365-369.
- Kapas, J. (2008). Industrial Revolutions and the Evolution of the Firm's Organization: An Historical Perspective. *Journal of Innovation Economics*, 2 (2), 15-33.

- Kaplan, Y. ve Akkaya, C. (2013). Toplumsal Tabaka Farklılıklarının Spora Yansıyan Sonuçları: Antalya Örneği. *Mediterranean Journal of Humanities*, 3 (2), 143-158.
- Karaca Bozkurt, Ö. (2011). *Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programı'nın Türkiye'de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi*. Uzmanlık Tezi, Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Karahan, A. (2008). Hastanelerde Kat Hizmetleri ve Memnuniyet Analizi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 1 (2), 155-171.
- Karasar, N. (2006). *Bilimsel Araştırma Yöntemi*. (Otuzuncu Baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karasu, K. (2001). *Profesyonelleşme Olgusu ve Kamu Yönetimi*. Ankara: Mülkiyeliler Birliği Vakfı Yayınları.
- Kargı, B. (2014). Zaman-Mekân Sıkışması Boyutuyla Bilimde Dönüşümler ve Sosyal Teoride Küreselleşme ve Ulus-Devlet. *Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi*, 10, 219-237.
- Kart, E. (2012). İş ve Özel Hayat Arasındaki Sınırların Belirsizleşmesi. *Mediterranean Journal of Humanities*, 2 (1), 139-146.
- Kart, E. (2013). "Sağlıkta Dönüşüm" Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri. *Çalışma ve Toplum Ekonomi ve Hukuk Dergisi*, 38 (3), 103-140.
- Kavas, V. ve İlhan, İ. Ö. (2010). Türkiye'de Sağlık Sisteminin Piyasalaşması ve Tıp Eğitimi. *Toplum ve Hekim*, 25 (6), 448-466.
- Kaya, İ. (2021). Çağdaş Kapitalizmin Yeni Görünümleri: Veri Sömürgeciliği. *İletişim Dergisi*, 34, 136-139.
- Kaymak, M. (2013). Üniversitelerin Dönüşümü ve mücadelenin Dinamikleri. *Özgürlük Dünyası Web Sayfası*. 30 Ocak 2021 tarihinde <https://ozgurlukdunyasi.org/arsiv/275-sayi-241/784-universitenin-donusumu-ve-mucadelenin-dinamikleri> adresinden alınmıştır.

- Kaymaz, C. (2016). Toplumsal Hareketler Morfolojisinin Değişimini Açıklayan İki Farklı Yaklaşım Üzerine Tartışmalar. *Küresel İktisat ve İşletme Çalışmaları Dergisi*, 5 (10), 76-87.
- Keidanren, (2018). Society 5.0: Co-creating The Future. *Keidanren Japan Business Federation Web Sayfası*. 16 Şubat 2020 tarihinde https://www.keidanren.or.jp/en/policy/2018/095_proposal.pdf adresinden alınmıştır.
- Kejanlıoğlu, D. B. (2011). *Zamanın Tozu: Frankfurt Okulu'nun Türkiye'deki İzleri*. Ankara: De Ki Yayınevi.
- Kennedy, J. (2017). The Myth of Data Monopoly: Why Antitrust Concerns About Data Are Overblown. *Information Technology&Innovation Foundation*, March, 1-34.
- Kılıç, T. (2016). *E-Sağlık ve Teletıp: Hollanda ve Dünyadan İyi Uygulama Örnekleriyle*. İstanbul: AZ Yayıncılık.
- Kılıçaslan A. ve Kılıçaslan Z. (2013). Aşırı Tanı ve Tedavi. O. Elbek (Editör), *Kapitalizm Sağlığa Zararlıdır* içinde (177-192). İstanbul: Hayykitap.
- Kiper, M. (2018). *Dünyada ve Türkiye'de Tıbbi Cihaz Sektörü ve Strateji Önerisi*. (İkinci Baskı). Ankara: Türkiye Teknoloji Geliştirme Vakfı.
- Koçak, H. ve Memiş, K. (2018). Bilgi Toplumunda Korku: Bilgi Güvenliği ve Risk Toplumu. *Afyon Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 20 (3), 1-10.
- Koehn, D. (1994). *The Ground of Professional Ethics*. London: Routledge.
- Konuk, N. (2019). Örgütsel Hesap Verebilirlik ve Bilgi Uçurma-Etik Yaklaşım, Aslan, A. (Editör), *Sosyoloji Araştırmaları* içinde (23-43). Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Koyuncu, E. (2016). Foucault'nun Siyaset Felsefesinde Biyopolitikanın Doğuşu, O. Kartal (Editör.), *Biyopolitika Foucault'dan Günümüze Biyopolitikanın İzdüşümleri* içinde (21-60). Cilt 2. Ankara: NotaBene Yayınları.
- Krogh, T. (1999). Frankfurt Okulunun Kültür Analizi, M. Küçük (Editör), *Medya İktidar İdeoloji* içinde (245-266). Ankara: Ark Yayınları.

- Kurtdaş, M. Ç. (2017). Medikalizasyon Süreci, Sağlıkın Ticarileşmesi ve Bedenin Denetlenmesine Sosyolojik Bir Bakış. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 10 (27), 983-1012.
- Kurutkan, M. N. (2010). *Hekimlerin Profesyonelleşme Derecesi*. Ankara: Sageya.
- Kuş, E. (2012). *Nicel-Nitel Araştırma Teknikleri*. (Dördüncü Baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.
- Küçük, A. (2017). *Kapitalist Devlette Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesindeki Dönüşüm: Türkiye Üzerine Bir Analiz*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Küçük, A. (2018). Hayırsever Kapitalizmi ve Erken Cumhuriyet Döneminde Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesi: Rockefeller Vakfının Rolü. *Amme İdaresi Dergisi*, 51 (2), 87-116.
- Kümbetoğlu, B. (2005). *Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma*. İstanbul: Bağlam Yayıncılık.
- Küzeci, E. (2010). *Kişisel Verilerin Korunması*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Layder, D. (2010). *Sosyal Teoriye Giriş*. (Çev. Tatlıcan, Ü.). (Üçüncü Baskı). İstanbul: Küre Yayınları.
- Lefebvre, H. (2014). *Mekânın Üretimi*. (Çev. Ergüden, I.). (İkinci Baskı). İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Lesser, C. S., Lucey, C. R., Egener, B., vd. (2010). A Behavioral and Systems View of Professionalism. *The Journal of the American Medical Association*, 304 (24), 2732-2737.
- Light, D. W. ve Levine, S. (1988). The Changing Character of The Medical Profession: A Theoretical Overview. *Milbank Quarterly*, 66 (2), 10-32.
- Lordoğlu K., Özkaplan N. ve Törüner M. (1999). *Çalışma İktisadi*. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım.
- Lu, J. (2016). Will Medical Technology Deskill Doctors? *International Education Studies*, 9 (7), 130-134.

- Ludmerer, K. M. (1999). Instilling Professionalism in Medical Education. *The Journal of the American Medical Association*, 282 (9), 881-882.
- Lull, J. (2001). Medya, İletişim, Kültür. (Çev. Güngör, N.). Ankara: Vadi Yayınları.
- Lumby, J. (2001). *Who Cares: The Changing Health Care System*. Sydney: Allen&Unwin.
- Lupton, D. (1997). Consumerism, Reflexivity and the Medical Encounter. *Social Science&Medicine*, 45 (3), 373-381.
- Lupton, D. (2013). The Digitally Engaged Patient: Self-Monitoring and Self-Care in the Digital Health Era. *Social Theory&Health*, 11, 256-70.
- 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.
- Lyon, D. (2013). *Gözetim Çalışmaları*. (Çev. Toprak, A.). İstanbul: Kalkedon Yayınevi.
- Manicas, P. T. (1997). Recent Capitalism. *University of Hawaii at Manoa Technology and Culture Web Sayfası*. 05 Temmuz 2020 tarihinde http://www.hawaii.edu/aln/cap_bib.htm adresinden alınmıştır.
- Marcuse, H. (1990). *Tek Boyutlu İnsan: İleri İşleyim Toplumunun ideolojisi Üzerine incelemeler*. (Çev. Yardımlı, A.). (İkinci Baskı). İstanbul: İdea Yayınları.
- Marjoribanks, T. ve Lewis, J. M. (2003). Reform and Autonomy: Perceptions of the Australian General Practice Community. *Social Science&Medicine*, 56 (10), 2229-2239.
- Marshall, G. (1999). *Sosyoloji Sözlüğü*. (Çev. Akınhay, O. ve Kömürcü, D.) Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Marx, K. (1975). *Kapital Birinci Cilt*. (Çev. Bilgi, A.). Ankara: Sol Yayınları.
- Marx, K. (1979). *Grundrisse Ekonomi Politiğin Eleştirisi İçin Ön Çalışma*. (Çev. Nişanyan, S.). İstanbul: Birikim Yayınları.

- Mattelart, A. (2012). *Gözetimin Küreselleşmesi: Güvenlileştirme Düzenin Kökeni*. (Çev. Gayretli, O ve Karacan, S. E.). İstanbul: Kalkedon Yayınevi.
- McKinlay, J. B. ve Marceau, L. D. (2002). End of Golden Age of Doctoring. *International Journal of Health Services*, 32 (2), 379-416.
- McKinlay, J. B. ve Stoeckle, J. D. (1988). Corporatization and the Social Transformation of Doctoring. *International Journal of Health Services*, 18 (2), 191-205.
- McKinlay, J. ve Arches, J. (1985). Towards Proletarianization of Physicians. *International Journals of Health Science*, 15 (2), 161-195.
- McOmber, J. B. (1999). Technological Autonomy and Three Definitions of Technology. *Journal of Communication*, 49 (3), 137-153.
- Members of ABIM Project Professionalism. (2001). *Project Professionalism. Medicina Interna Web Sayfası*. 18 Mayıs 2019 tarihinde <https://medicinainternaucv.files.wordpress.com/2013/02/project-professionalism.pdf> adresinden alınmıştır.
- Mendel, G. (2005). *Bir Otorite Tarihi, Süreklilikler ve Değişiklikler*. (Çev. Ergüden, I.). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Mıdık, Ö. (2012). *Hekimlerin Tıbbi Profesyonallığı Kavramsallaştırması ve Kavramsallaştırmayı Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Samsun İl Merkezi Örneğinde Fenomenolojik Bir Çalışma*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- Mıdık, Ö. (2020). Tıp Eğitiminde Postmodern Profesyonellik Eğitimi: Güçlü ve Zayıf Yönleri. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 35 (5), 378-388.
- Mıdık, Ö., Özbenli, T. ve Pekşen, Y. (2015). Tıbbi Profesyonallık Bağlamında Tasarlanan “Hekim Rollerini” Seçmeli Programının Müfredata Entegrasyonu. *Tıp Eğitimi Dünyası*, 43, 83-94.
- Molotch, H. (2017). “Just Time” and the Relativity of Speed, J. Wajcman ve N. Dodd (Editörler), *The Sociology of Speed: Digital, Organizational, and Social Temporalities* içinde (117-130). Oxford: Oxford University Press.

- Morton, A. D. (2011). Gramsci'yi Çözümlemek. (Çev. Baysal, B.) İstanbul: Kalkedon.
- Mottaz, C. (1981). Some Determinants of Work Alienation. *The Sociological Quarterly*, 22 (4), 515-529.
- Moynihan, R. (2011). A New Deal on Disease Definition. *BMJ*, 342, 1054-1056.
- Moynihan, R. ve Cassels, A. (2020). *Satılık Hastalıklar*. A. A. Uyumaz (Editör). (Beşinci Baskı). İstanbul: Hayykitap.
- Moynihan, R., Heath, I. ve Henry, D. (2002). Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and Disease Mongering. *BMJ*, 324 (7342), 886-891.
- Mulligan, J. (2010). It Gets Better If You Do? Measuring Quality Care in Puerto Rico. *Medical Anthropology*, 29 (3), 303-329.
- Mulligan, J. (2016). Insurance Accounts: The Cultural Logics of Health Care Financing. *Medical Anthropology Quarterly*, 30 (1), 37-61.
- Nalbantoğlu, H. Ü. (2003). Üniversite A.Ş. de Bir 'Homo Academicus': "Ersatz" Yuppie Akademisyen. *Toplum ve Bilim*, 97, 7-42.
- Naughton, J. (2019). Hedefleri Bizi Makineleştirmek: Gözetim Kapitalizmi Çağına Hoş Geldiniz. *Optimist Newsletter*, Şubat, 1-3.
- Neuman, M. R., Baura, G. D., Meldrum, S., vd. (2012). Advances in Medical Devices and Medical Electronics. *Proceedings of the IEEE*, 100, 1537-1550.
- Newell, P. B. (1995) Perspectives on Privacy. *Journal of Environmental Psychology*, 15 (2), 87-104.
- Newman-Toker, D. E., McDonald, K. M., Meltzer, D. O., vd. (2013). How Much Diagnostic Safety can We Afford, and How should We Decide? A Health Economics Perspective. *BMJ Quality&Safety*, 22 (2), ii11-ii20.
- Nişancı, Y., Nazlı, N., Özkan, M. ve Özcan, M. (2009). Hekimler Arasındaki İlişkilerde Etik. *Türk Kardiyoloji Derneği Arşivi*, 37 (3), 15-18.
- O'Connor, J. (1973). *The Fiscal Crisis of The State*. New York: St. Martin's Press.

- O'Sullivan, H., Van Mook, W., Fewtrell, R., vd. (2012). Integrating Professionalism into Curriculum: AMEE Guide No. 61. *Medical Teacher*, 34, 64-77.
- Oflas, S. P. (2020). *Büyük Veri Teknolojisi Çağında Kullanıcı Verilerinin Gizlilik ve Mahremiyetine İlişkin Sosyolojik Analiz*. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Ogbor, J. O. (2001). Critical Theory and the Hegemony of Corporate Culture. *Journal of Organizational Change Management*, 14 (6), 590-608.
- Oğuz, M. C. (2018). Bob Jessop, Post-Fordizm ve Devlet. *Politik Ekonomik Kuram*, 2 (1), 19-34.
- Oğuz, N. Y., Kucur, D. K., Tepe, H. ve Örnek Büken, N. (2005). *Biyetik Terimleri Sözlüğü*. Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- Ojakangas, M. (2016). Platon'un Devlet İrkçılığı: Biyopolitikanın Tarihini Yeniden Okumak. (Çev. Kartal, O.). O. Kartal (Editör). *Biyopolitika Platon'dan Arendt'e Biyopolitikanın Felsefi Kökenleri içinde* (27-48). Ankara: NotaBene Yayınları.
- Okumuş, D. E. ve Türk, Ş. Ş. (2017). Türkiye'de Mekânsal ve Bölgesel Dönüşümler. Temurcin, K. ve Dulupçu, M. A. (Editörler). *Neoliberal Politikaların Eğitim ve Sağlık Donatı Alanları Üzerindeki Etkilerinin Yasal Mevzuat ve Yargı Kararları Ekseninde İncelenmesi içinde* (1-15). Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi Yayınları.
- Oldani, M. J. (2010). Assessing the "Relative Value" of Diabetic Patients Treated through an Incentivized, Corporate Compliance Model. *Anthropology and Medicine*, 17 (2), 215-228.
- Oreopoulos, D. G. (2003). Is Medical Professionalism Still Relevant? *Peritoneal Dialysis International*, 23 (6), 523-527.
- Orlikowski, W. J. ve Yates, J. A. (2002). It's About Time: Temporal Structuring in Organizations. *Organization Science*, 13 (6), 684-700.
- Öngen, T. (1996). *Prometheus'un Sönmeyen Ateşi Günümüzde İşçi Sınıfı*. (İkinci Baskı). İstanbul: Alan Yayıncılık.

- Özcan, K. (2014). Yönetmel Kontrol ve Örgütsel Düzen: Michel Foucault ve Zygmunt Bauman Ekseninde Bir Tartışma. *Amme İdaresi Dergisi*, 47 (2), 1-42.
- Özuğurlu, A. ve Hamzaoğlu, O. (2020). Dünyada ve Türkiye’de Üniversite. *Toplum ve Hekim*, 35 (5), 323-324.
- Özuğurlu, M. (2011). Toplumsal Eşitsizlikler: Kuramsal Kapsam ve Metodolojik Yaklaşımlar, M. C. Ecevit v F. Güneş (Editörler), *Toplumsal Tabakalaşma ve Eşitsizlik* içinde (1-23). Eskişehir: TC Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Pan, M., Yang, X., ve Tang, J. (2012). Research on Interpolation Methods in Medical Image Processing. *Journal of Medical Systems*, 36, 777-807.
- Pang, Z., Yang, G., Khedri, R. ve Zhang, Y. T. (2018). Introduction to The Special Section: Convergence of Automation Technology, Biomedical Engineering, and Health Informatics Toward the Healthcare 4.0. *IEEE Reviews in Biomedical Engineering*, 11, 249-259.
- Panting, G. (2005). Doctors on the Defensive. *The Guardian Web Sayfası*. 15 Ekim 2021 tarihinde <https://www.theguardian.com/society/2005/apr/01/health.comment> adresinden alınmıştır.
- Peker, S. V., Giersbergen, M. Y. ve Biçersoy, G. (2018). Sağlık Bilişimi ve Türkiye’de Hastanelerin Dijitalleşmesi. *Sağlık Akademisi Kastamonu*, 3 (3), 81-120.
- Prisecaru, P. (2016). Challenges of The Fourth Industrial Revolution. *Knowledge Horizons - Economics*, 8 (1), 57-62.
- Radnor, Z. J., Holweg, M. ve Waring, J. (2012). Lean in Healthcare: The Unfilled Promise? *Social Science&Medicine*, 74 (3), 364-371.
- Raelin, J. A. (2011). The End of Managerial Control? *Group and Organization Management*, 36 (2), 135-160.
- Randall, G. A. ve Williams, A. P. (2009). Health Care Reform and the Dimensions of Professional Autonomy. *Canadian Public Administration*, 52 (1), 51-69.

- Ransome, P. (1992). *Antonio Gramsci-Yeni Bir Giriş*. (Çev. Başgöl, A. İ.). Ankara: Dipnot Yayınları.
- Reich, A. (2012). Disciplined Doctors: The Electronic Medical Record and Physicians' Changing Relationship to Medical Knowledge. *Social Science & Medicine*, 74 (7), 1021-1028.
- Resmi Gazete (2013). *T. C. Cumhurbaşkanlığı Resmi Gazete Web Sayfası*. 26 Temmuz 2021 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/10/20131023.htm> adresinden alınmıştır.
- Resmi Gazete (2016). *T. C. Cumhurbaşkanlığı Resmi Gazete Web Sayfası*. 26 Temmuz 2021 tarihinde <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2016/03/20160317-2.pdf> adresinden alınmıştır.
- Rifkin, J. (2014). *Üçüncü Sanayi Devrimi*. (Çev. Sıral, P. ve Başekim, M.). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Robbins, S.P. ve Judge, T.A. (2013). *Örgütsel Davranış*. (Çev. Erdem, İ.). İstanbul: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Rockefeller Foundation. (1923). International Health Division Annual Report 1923. *The Rockefeller Foundation Web Sayfası*. 01 Kasım 2021 tarihinde <https://www.rockefellerfoundation.org/wp-content/uploads/Annual-Report-1923-1.pdf> adresinden alınmıştır.
- Rockefeller Foundation. (2021). Transforming Health Systems. *The Rockefeller Foundation A Digital History Web Sayfası*. 30 Ekim 2021 tarihinde <https://rockfound.rockarch.org/transforming-health-systems> adresinden alınmıştır.
- Rooney, D. M., Tai, B. L., Sagher, O., Shih, A. J. vd. (2016). Simulator and 2 Tools: Validation of Performance Measures from a Novel Neurosurgery Simulation Model The Current Standards Framework. *Surgery*, 160 (3), 571-579.
- Ruckenstein, M. ve Schüll, N. D. (2017). The Datafication of Health. *Annual Review of Anthropology*, 46, 261-278.

- Sağlık Bakanlığı. (2010). Türkiye Sağlık Yapıları Asgari Tasarım Standartları 2010 Yılı Kılavuzu. *SB Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 27 Ekim 2021 tarihinde <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/yayin/414> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2012). Stratejik Plan 2013-2017. *SB Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 25 Haziran 2018 tarihinde https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/9843,saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf?0&_tag1=732DB6BBC0692DEE6FC458B05035CFCDB14F1F97 adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2014). Ulusal Sağlık Veri Sözlüğü, Sürüm 2.2. *SB Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 04 Ocak 2019 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/3549,usvs2220140512pdf.pdf?0>. adresinden ulaşılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2018a). EMRAM Hakkında. *Dijital Hastane Web Sayfası*. 04 Nisan 2018 tarihinde <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,4858/emram-hakkinda.html> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2018b). 2018 Himss Emram Kriterleri Sık Sorulan Sorular. *SB Dijital Hastane Web Sayfası*. 28 Aralık 2018 tarihinde <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/15290,himss---sssv10pdf.pdf?0> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2018c). Türkiye Sağlık Okuryazarlığı Düzeyi ve İlişkili Faktörleri Araştırması. *SB Sağlık Bilimleri Üniversitesi Web Sayfası*. 08 Ağustos 2021 tarihinde <https://sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/SOYA%20RAPOR.pdf> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2019a). 2012-2014 Sağlık Bakanlığı Dijital Hastane Değerlendirme Çalışmaları. *SB Dijital Hastane Web Sayfası*. 03 Ocak 2020 tarihinde <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,5006/saglik-bakanligi-dijital-hastane-degerlendirme-calismalari-2012-2014.html> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2019c). Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. *SB Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 01 Ekim 2021 tarihinde <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> adresinden alınmıştır.

- Sağlık Bakanlığı. (2020a). Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelge Değişikliği. *SB Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 12 Kasım 2021 tarihinde <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/11049/0/poliklinik-hizmetlerinde-oncelik-sirasi-genelge-deustyazipdf.pdf> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2020b). 2018/28 Sağlık Personelinin İhtiyaç Halinde Çağrıya Uyması Genelgesi. *SB Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 10 Aralık 2021 tarihinde <https://shgm.saglik.gov.tr/Eklenti/28149/0/saglik-personelinin-ihityac-halinde-cagriya-uymasiustyazipdf.pdf> adresinden alınmıştır.
- Sağlık Bakanlığı. (2021). Sağlıkta İstatistik ve Nedensel Analizler (SİNA) Bilgilendirme ve Değerlendirme Çalışmaları Başladı. *SB Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Web Sayfası*. 10 Aralık 2021 tarihinde <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR-63748/saglikta-istatistik-ve-nedensel-analizler-sina-bilgilendirme-ve-degerlendirme-calistaylari-basladi.html> adresinden alınmıştır.
- Samsun, N. (2017). Çalışmanın Değişen Anlamı ve Güncel Durumuna İlişkin Tartışmalar. *Açıköğretim Uygulamaları ve Araştırmaları Dergisi*, 3 (3), 160-210.
- Sangaramoorthy, T. ve Benton, A. (2012). Enumeration, Identity, and Health. *Medical Anthropology*, 31 (4), 287-291.
- Scarman, L. (1985). “*Sidaway and Bethlem Royal Hospital Governors*”. House of Lords, 643.
- Schulz, R. ve Harrison, S. (1986). Physician Autonomy in the Federal Republic of Germany, Great Britain and the United States. *The International Journal of Health Planning&Management*, 1 (5), 335-355.
- Schwab, K. (2017). *Dördüncü Sanayi Devrimi*. (Çev. Dicleli, Z.). İstanbul: Optimist Yayınları.
- Schwab, K. (2018). The Global Competitiveness Report 2018. *World Economic Forum Web Sayfası*. 28 Ocak 2019 tarihinde <http://www3.weforum.org/docs/GCR2018/05/FullReport/TheGlobalCompetitivenessReport2018.pdf> adresinden alınmıştır.

- Schwab, K. (2019). The Global Competitiveness Report 2019. *World Economic Forum Web Sayfası*. 15 Aralık 2019 tarihinde http://www3.weforum.org/docs/WEF_TheGlobalCompetitivenessReport2019.pdf adresinden alınmıştır.
- Sebetci, Ö., Hanaylı M. C. ve Gürel Dönük, G. (2017). Hastanelerin Dijitalleşme Sürecinde HIMSS-EMRAM Modeli Kullanımının Dünyada ve Türkiye'deki Genel Durumunun İncelenmesi. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 9 (4), 360-374.
- Sennett, R. (2008). *Karakter Aşınması Yeni Kapitalizmde İşin Kişilik Üzerindeki Etkileri*. (Çev. Yıldırım, B.). (Üçüncü Baskı). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Shantz, A., Alfes, K., Bailey, C., ve Soane, E. (2015). Drivers and Outcomes of Work Alienation: Reviving a Concept. *Journal of Management Inquiry*, 24 (4), 382-393.
- Siegler, M. (1982). Confidentiality in Medicine – A Decrepit Concept. *The New England Journal of Medicine*, 307 (24), 1518-1521.
- Smith, R. (2006) Medical Professionalism: out with The Old and in with The New. *Journal of The Royal Society of Medicine*, 99, 48-50.
- Smith, S. W. ve Koppel, R. (2014). Healthcare Information Technology's Relativity Problems: A Typology of How Patients' Physical Reality, Clinicians' Mental Models, and Healthcare Information Technology Differ. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21 (1), 117-131.
- Social Touch. (2013). Türkiye'de İnternetin Sağlık Bilgi ve Hizmetlerine Ulaşma Amaçlı Kullanım Alışkanlıkları. Social Touch Web Sayfası. 25 Kasım 2021 tarihinde http://www.socialtouch.com.tr/Turkiyede_internetin_saglik_amacli_kullanimi_eylu12013.pdf adresinden alınmıştır.
- Solove, D. J. (2004). *The Digital Person, Technology and Privacy in the Information Age*. New York: New York University Press.
- Somer, P. (2010). Tıbbi Kayıtlar. Ankara Web Sayfası. 16 Kasım 2021 tarihinde <http://www.ankarabaru.org.tr/siteler/2012yayin/2011sonrasikitap/3.saglik-hukuku-kurultayi-son.pdf> adresinden alınmıştır.

- Sox, H. (2002). Medical Professionalism in the New Millennium: A Physicians Charter. *Ann Intern Med.*, 136 (3), 243-246.
- Soyer, A. (2003). 1980'den Günümüze Sağlık Politikaları. *Praksis*, 9, 301-319.
- Soyer, A. (2005). *Hekimlerin Sınıfsal Kökeni*. (İkinci Baskı). İstanbul: Sorun Yayınları.
- Soyer, A. (2010). İlaç 4, Tedavi Harcamaları 7'ye Katlandı. *Bianet Web Sayfası*. 17 Mart 2020 tarihinde <https://bianet.org/bianet/siyaset/120649-ilac-4-tedavi-harcamalari-7-ye-katlandi> adresinden alınmıştır.
- Soyer, A. (2012). *Sağlığın Siyasal Ekonomisi Hekim/Sağlıkçı Emek Tartışmaları*. İstanbul: Sorun Yayınları.
- Soylu, A. (2018). Endüstri 4.0 ve Girişimcilikte Yeni Yaklaşımlar. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 32, 43-57.
- Sönmez, M. (2017). *Paran Kadar Sağlık: Türkiye'de Sağlık Ticarileşmesi*. (Üçüncü Baskı). İstanbul: Yordam Kitap.
- Sözcü Web Sayfası. (2020, Nisan). Hayat Eve Sığar Uygulaması Ne İşe Yarıyor? Hayat Eve Sığar Uygulaması Nedir? *Sözcü Gazetesi Web Sayfası*. 30 Temmuz 2021 tarihinde <https://www.sozcu.com.tr/2020/gundem/hayat-eve-sigar-uygulamasi-ne-ise-yariyor-hayat-eve-sigar-uygulamasi-nedir-5762504/> adresinden alınmıştır.
- Stewart, M. A. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes: A Review. *Canadian Medical Association Journal*, 15 (9), 1423-1433.
- Studdert, D. M., Mello, M. M., Sage, W. M. vd. (2005). Defensive Medicine Among High-Risk Specialist Physicians in a Volatile Malpractice Environment. *JAMA Internal Medicine*, 293 (21), 2609-2617.
- Suchman, A. L. ve Matthews, D. A. (1988). What Makes the Patient-Doctor Relationship Therapeutic? Exploring the Connexional Dimension of Medical Care. *Annals of Internal Medicine*, 108 (1), 125-130.

- Sur, H. (2017). Tıp ve Sanat Sunumu. *Sağlık ve Sigorta Yöneticileri Derneği Web Sayfası*. 01 Temmuz 2018 tarihinde <http://sasder.org/Content/DOCS/Sunumlar/5/Haydar-Sur.pdf> adresinden alınmıştır.
- Swick, H. M. (2000). Toward a Normative Definition of Medical Professionalism. *Academic Medicine*, 75 (6), 612-616.
- Swing, S. R. (2007). The ACGME Outcome Project: Retrospective and Prospective. *Medical Teacher*, 29 (7), 648-654.
- Şahinoğlu Pelin, S. (2000). Tıp Evrimi Açısından ve Psikiyatri Özelinde Konsültasyon Kurumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 3 (2), 117-125.
- Şener, S. ve Eevli B. (2017). Endüstri 4.0'da Yeni İş Kolları ve Yüksek Öğrenim. *Mühendis Beyinler Dergisi*, 2 (1), 25-37.
- Şengül, H. T. (2012). İktidar. E. A. Aytekin ve G. Atılgan (Editörler). *Siyaset Bilimi: Kavramlar, İdeolojiler, Disiplinler Arası İlişkiler* içinde (41-53). İstanbul: Yordam Kitap.
- Şenkal, A. (2011). *Küreselleşme Sürecinde Sosyal Politika* (Üçüncü Baskı). İstanbul: Alfa Yayınları.
- Şenyürek, G. (2017, Haziran). Etik Açısından Kişisel Sağlık Verileri ve Korunması. *Kişisel Sağlık Verileri II. Ulusal Kongresi*, İstanbul, 151-157.
- Tankut, S. G. (2013). Özgürlüğün Coğrafyası: Mekânsallığın Triyalektik Praksisi ve Bütünsellik Arayışına Dair Bir Tahlil. *Mülkiye Dergisi*, 37 (1), 31-69.
- Tartanoğlu, Ş. (2011). Sosyal Dışlanma: Küreselleşme Perspektifinden Bir Kavramsallaştırma Çabası. *Istanbul Journal of Sociological Studies*, 0 (42), 1-13.
- Taş, İ. E., Uçacak, K. ve Çiçek, Y. (2017). Türk Kamu Yönetiminde Yaşanan Dijital Dönüşümün Bürokratik İşlemlerin Azaltılması Üzerindeki Etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 22 (Kayfor15 Özel Sayısı), 2303-2319.

- Tauss, A. (2012). Contextualizing the Current Crisis: Post-Fordism, Neoliberal Restructuring, and Financialization. *Colombia Internacional*, 76, 51-79.
- Taylor, F. W. (2018). *Bilimsel Yönetimin İlkeleri*. (Çev. Akın, H. B.). (Üçüncü Baskı). Konya: Çizgi Kitabevi.
- Team, N. K. (2014). ABIM Pass Rates: Behind the Declines. *NEJM Knowledge+ Web Sayfası*. 12 Kasım 2021 tarihinde <http://knowledgeplus.nejm.org/abim-pass-rates-behind-declines/> adresinden alınmıştır.
- Tekin, A. ve Kaya, E. (2015). Sağlık Alanında Türbülans: İrtifa Kaybeden Hekimler. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 7 (13), 43-63.
- Tekin, A., Kaya, E., Demirel, M. ve Özbek Yazıcı, S. (2009). Güçlendirme Bağlamında İnternetin Hasta-Hekim İlişkilerine Etkisi. *Selçuk İletişim*, 6 (1), 23-36.
- Tekin, H. H. ve Tekin, H. (2006). Nitel Araştırma Yönteminin Bir Veri Toplama Tekniği Olarak Derinlemesine Görüşme. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 3 (13), 101-116.
- Terashita, T., Tamura, N., Kisa, K. vd. (2016). Problem-Based Learning for Radiological Technologists: A Comparison of Student Attitudes Toward Plain Radiography. *BMC Medical Education*, 16 (236), 1-7.
- Terranova, T. (2000). Free Labor: Producing Culture for the Digital Economy. *Social Text* 63, 18 (2), 33-58.
- Terzi, C. (2009). Tıpta Uzmanlaşma ve Aşırı Uzmanlaşma: Genel Cerrahi Alanına Özel Olarak Odaklanarak. *Toplum ve Hekim Dergisi*, 24 (2), 151-158.
- Thimbleby, H. (2013). Technology and the Future of Healthcare. *Journal of Public Health Research*, 2 (e28), 160-167.
- Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği. (2018). Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Standartları-2018. *Tıp Eğitimi Programlarını Değerlendirme ve Akreditasyon Derneği Web Sayfası*. 30 Mayıs 2019 tarihinde <http://tepdad.org.tr/uploads/files/bilgilendirme-egitimi/5word-MOTE%202018%20STANDARTLARI.pdf> adresinden alınmıştır.

- Timurturkan, M., Demez, G. ve Kart, E., vd. (2017). “Hükümlü” Olmanın Sosyal Tezahürleri: Sosyal Dışlanma, Damga ve Suç. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9 (20), 138-157.
- Tire Devlet Hastanesi. (2020). Tarihçe. Tire Devlet Hastanesi Web Sayfası. 20 Ekim 2021 tarihinde <https://tiredh.saglik.gov.tr/TR,107488/tarihce.html> adresinden alınmıştır.
- Toffler, A. (1981). *Üçüncü Dalga*. (Çev. Seden, A.). İstanbul: Altın Kitaplar Yayınları.
- Tözün, M. ve Sözmen, M. K. (2015). Halk Sağlığının Tarihsel Gelişimi ve Temel Kavramları. *Smyrna Tıp Dergisi*, 3, 58-62.
- Travaline, J. M., Ruchinskas, R. ve D’Alonzo, G. E. (2005). Patient-Physician Communication: Why and How. *Journal of Osteopathic Medicine*, 105 (1), 13-18.
- Tulley, R. J. (2008). Is There Techne in My Logos? On the Origins and Evolution of the Ideographic Term-Technology. *The International Journal of Technology, Knowledge and Society*, 4 (1), 93-104.
- Turner, B. S. (2017). *Tıbbi Güç ve Toplumsal Bilgi*. (Çev. Tatlıcan, Ü.). (İkinci Baskı). İstanbul: Sentez Yayınları.
- Türel, N. Ş., Davras, G. M. ve Dolmacı, N. (2015). Turizm Sektöründe Kişisel Bilgilerin Mahremiyeti. *International Journal of Human Sciences*, 12 (1), 236-254.
- Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği ve Boston Consulting Group. (2017). Türkiye’nin Sanayide Dijital Dönüşüm Yetkinliği: Türkiye’nin 4. Sanayi Devrimi. *Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği Web Sayfası*. 15 Aralık 2019 tarihinde <https://tusiad.org/tr/yayinlar/raporlar/item/9864-tusiad-bcg-turkiye-nin-sanayide-dijital-donusum-yetkinligi> adresinden alınmıştır.
- Türk Tabipleri Birliği (2021). Pandemide Tıp Eğitimi Sorunları Değerlendirmesi Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi. *Türk Tabipleri Birliği Web Sayfası*. 10 Temmuz 2021 tarihinde https://www.ttb.org.tr/userfiles/files/odabasi_ttb-mezuniyet%20oncesi.ppt adresinden alınmıştır.

- Türk Tabipleri Birliği Etik Kurulu. (2009). Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme. *Türk Tabipleri Birliği Web Sayfası*. 9 Ekim 2019 tarihinde <https://www.ttb.org.tr/kutuphane/performansadayaliiodeme.pdf> adresinden alınmıştır.
- Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu (2004). Vizyon 2023 Teknoloji Öngörü Projesi Sonuç Raporu: Türkiye Sentezi. *Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu Web Sayfası*. 07 Temmuz 2018 tarihinde <https://docplayer.biz.tr/1567665-Tubitak-vizyon-2023-teknoloji-ongoru-projesi-sonuc-raporu-turkiye-sentezi-haziran-2004-tubitak-ankara.html> adresinden alınmıştır.
- Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu. (2016). Yeni Sanayi Devrimi Akıllı Üretim Sistemleri Teknoloji Yol Haritası. *Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu Web Sayfası*. 01 Ocak 2018 tarihinde http://www.tubitak.gov.tr/sites/default/files/akilli_uretim_sistemleri_tyh_v27aralik2016.pdf adresinden alınmıştır.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020a). Hanehalkı Bilişim Teknolojileri (BT) Kullanım Araştırması (2020). *TÜİK Web Sayfası*. 08 Ağustos 2021 tarihinde [https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Survey-on-Information-and-Communication-Technology-\(ICT\)-Usage-in-Households-and-by-Individuals-2020-33679](https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Survey-on-Information-and-Communication-Technology-(ICT)-Usage-in-Households-and-by-Individuals-2020-33679) adresinden alınmıştır.
- Türkiye İstatistik Kurumu. (2020b). Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2019. *TÜİK Web Sayfası*. 23 Kasım 2021 tarihinde TÜİK <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Health-Expenditure-Statistics-2019-33659> adresinden alınmıştır.
- Uhr, J. (1999). Three Accountability Anxieties: A Conclusion to the Symposium. *Australian Journal of Public Administration*, 58 (1), 98-101.
- Uluç, M. A. (2020). Karl Marx ve Yabancılaşma: Sosyolojik Bir Analiz. *Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 2 (1), 26-38.
- Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Komisyonu (2002). Tıp Fakülteleri Ulusal Çekirdek Eğitim Programı. *Maltepe Üniversitesi Web Sayfası*. 30 Mayıs 2019 tarihinde <http://tipnew.maltepe.edu.tr/files/u11/ULUSAL-%C3%87EP.pdf> adresinden alınmıştır.

- Ulusal Çekirdek Eğitim Programı Komisyonu (2014). Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimi Ulusal Çekirdek Eğitim Programı-2014. *Yükseköğretim Kurulu Web Sayfası*. 30 Mayıs 2019 tarihinde https://www.yok.gov.tr/Documents/Kurumsal/egitim_ogretim_dairesi/Ulusal-cekirdek-egitimi-programlari/tip_fakultesi_cep.pdf adresinden alınmıştır.
- Urry, J. (1999). *Mekânları Tüketmek*. (Çev. Ögdül, R.G.). İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Uysal, O. A. (2019). Kanıta Dayalı Tıp (KDT). *Tıp Fakültesi Klinikleri*, 2 (3), 83-89.
- Ünlütürk Ulutaş, Ç. (2011). *Türkiye’de Sağlık Hizmeti Üretiminin Dönüşümü*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Vercellone, C. (2008). Ücret, Rant ve Kârın Bilişsel Kapitalizmdeki Yeni Eklemlenmesi. (Çev. Özçorlu, B.). *Otonom*, 18, 30-38.
- Vergheze, A. (2008). Culture Shock-Patient as Icon, Icon as Patient. *New England Journal of Medicine*, 359 (26), 2748-2751.
- Vergheze, A. ve Horwitz, R. (2009). In Praise of the Physical Examination. *BMJ Clinical Research*, 339, 1385-1386.
- Vogt, K. C. (2015). The Post-Industrial Society: from Utopia to İdeology. *Work, Employment and Society*, 30 (2), 366-376.
- Wacquant, L. (2016). Pierre Bourdieu, Hayatı, Eserleri ve Entelektüel Gelişimi. T. Bora ve K. Koçak (Editörler). *Ocak ve Zanaat Pierre Bourdieu Derlemesi içinde* (53-76). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Waitzkin, H. (1978). A Marxist View of Medical Care. *Annals of Internal Medicine*, 89 (2), 264-278.
- Wehbe, R., Curcio, E., Gajjar, M. ve Yadlapati, A. (2015). Technology and Its Influence on the Doctor-Patient Relationship. *International Cardiovascular Forum Journal*, 3, 38-39.

- Welch, H. G., Schwartz, M. L. ve Woloshin, S. (2013). *Aşırı Teşhis: Sağlık Adına Hasta Etmek*. (Çev. Akalın, A.). İstanbul: İnsev Yayınları.
- West, C. P. ve Shanafelt, T. D. (2007). The Influence of Personel and Environmental Factors on Professionalism in Medical Education. *BMC Medical Education*, 7 (29), 1-9.
- Westin, A. F. (1970). *Privacy and Freedom*. New York: Atheneum.
- Williams, J. R. (2015). *Dünya Tabipler Birliği Tıp Etiği Elkitabı*. (Çev. Civaner, M. M.). (Üçüncü Baskı). Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayını.
- World Economic Forum (2016a). The Future of Jobs: Employment, Skills and Workforce Strategy for the Fourth Industrial Revolution, Global Challenge Insight Report. *World Economic Forum Web Sayfası*. 07 Ocak 2020 tarihinde http://www3.weforum.org/docs/WEF_Future_of_Jobs.pdf adresinden alınmıştır.
- World Economic Forum (2016b). The Global Information Technology Report 2016: Innovating in the Digital Economy. *World Economic Forum Web Sayfası*. 07 Ocak 2020 tarihinde http://www3.weforum.org/docs/GITR2016/WEF_GITR_Full_Report.pdf adresinden alınmıştır.
- World Health Organization. (2010). Global Recommendations on Physical Activity for Health. WHO Web Sayfası. 25 Nisan 2021 tarihinde <https://www.who.int/publications/i/item/9789241599979> adresinden alınmıştır.
- Yakıncı, C. ve Yeşilada, E. (2013). Koruyucu Sağlık Rehberi. *Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi Web Sayfası*. 03 Ekim 2021 tarihinde http://www.eczaakademi.org/images/upld2/ecza_akademi/20170119koruyucu_saglik_rehberi_2210.pdf adresinden alınmıştır.
- Yalçın, S. (2020). *Kara Kutu: Yüzleşme Vakti*. İstanbul: Kırmızı Kedi Yayınevi.
- Yaman, Ö. M. (2012). *Gençlerin Toplumsal Davranış ve Yönelimleri: İstanbul'da "Apaçi" Alt Kültür Grupları Üzerine Nitel Bir Çalışma*. Yayımlanmamış Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

- Yavuz, Y. (1988). Batılılaşma Döneminde Osmanlı Sağlık Kuruluşları. *ODTÜ Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 8 (2), 123-142.
- Yaylagil, L. (2008). *Kitle İletişim Kuramları: Egemen ve Eleştirel Yaklaşımlar*. Ankara: Dipnot Yayınları.
- Yazıcı, E. ve Düzkaça, H. (2016). Endüstri Devriminde Dördüncü Dalga ve Eğitim: Türkiye Dördüncü Dalga Endüstri Devrimine Hazır mı? *Eğitim ve İnsani Bilimler Dergisi: Teori ve Uygulama*, 7 (13), 49-88.
- Yeşiltaş, A. (2019). Tıp Uzmanlık Tarihi ve Tıpta Uzmanlaşmadan Aşırı Uzmanlaşmaya. *Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics-Law and History*, 27 (1), 65-72.
- Yeşiltaş, A. ve Erdem, R. (2019). Defansif Tıp Uygulamalarına Yönelik Bir Derleme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 10 (23), 137-150.
- Yıldırım, B. F. (2019b). Sağlıkın Kişiselleşmesi ve Kişisel Sağlık Bilgi Sistemleri. *Bilgi Yönetimi Dergisi*, 2 (2), 127-135.
- Yıldırım, K. (2019a). Sağlık Sektöründe Tekelleşme Göstergeleri: 2017 ve 2018 Yılında Sermaye Hareketleri. *Türkiye'de Devletler ve Sınıflar Web Sayfası*. 28 Ekim 2020 tarihinde <https://devletvesiniflar.blogspot.com/2019/06/saglk-sektorunde-tekellesme.html> adresinden alınmıştır.
- Yıldız, M. Z. ve Alaeddinoğlu, F. (2011). Küreselleşme Çağında Değişen Mekân Algılayışları. 38. *ICANAS (Uluslararası Asya ve Kuzey Afrika Çalışmaları Kongresi) Bildiri Kitabı Cilt 2*, Ankara, 845-863.
- Yılmaz, N. ve Erdem, R. (2016). Uzmanlaşma ve Tıpta Bütüncül Yaklaşım Üzerine Bir Değerlendirme. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 7 (16), 35-47.
- Yüksel A. ve Şener E. (2017). The Reflections Of Digitalization At Organizational Level: Industry 4.0 In Turkey. *Journal of Business, Economics and Finance*, 6 (3), 291-300.
- Yüksel, G. (2019). Kişisel Sağlık Verilerinin Hukuki Korunması. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 6 (1), 1-10.

Zehir, E. (2017). Dijital Hastane Oluşum Süresinde Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Çalışmaları Sunumu. *SB Dijital Hastane Web Sayfası*. 03 Mart 2018 tarihinde <https://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,24448/calistay-sunumlari.html> adresinden alınmıştır.

Zencir, M. (2012). Sağlık Reformlarının Arka Planı: Sağlık Hizmetlerinin Sermaye Birikim Sürecine Doğrudan Katkısı. *Türk Tabipler Birliği Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi*, 45-46, 49-58.

Zencir, M. (2021). Yeni Değerlendirme Alanı Olarak Sağlık Hizmetlerinin Sermayeleşmesi. *Toplum ve Hekim*, 36 (1), 35-46.

Zuboff, S. (2015). Big Other: Surveillance Capitalism and the Prospects of an Information Civilization. *Journal of Information Technology*, 30, 75-89.