

**T.C.
MİMAR SİNAN GÜZEL SANATLAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE’DE 2000’LER SONRASI JENERİK İLAÇ PİYASASININ YEREL
DİNAMİKLERİ: ÜRETİM-TÜKETİM AĞLARI ÜZERİNE İNCELEME**

DOKTORA TEZİ

**Hatice ÖZER
201632008**

Sosyoloji Anabilim Dalı

Genel Sosyoloji ve Metodoloji Doktora Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Aylın DİKMEN ÖZARSLAN

EKİM 2022

**T.C.
MİMAR SİNAN GÜZEL SANATLAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE’DE 2000’LER SONRASI JENERİK İLAÇ PİYASASININ YEREL
DİNAMİKLERİ: ÜRETİM-TÜKETİM AĞLARI ÜZERİNE İNCELEME**

DOKTORA TEZİ

**Hatice ÖZER
201632008**

Sosyoloji Anabilim Dalı

Genel Sosyoloji ve Metodoloji Doktora Programı

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Aylın DİKMEN ÖZARSLAN

EKİM 2022

Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzuna uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içindeki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel etik kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda ilgili eserlere bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu,
- Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Ücret karşılığı başka kişilere yazdırmadığımı (dikte etme dışında), uygulamalarımı yaptırmadığımı,
- Bu tezin herhangi bir bölümünü bu üniversite veya başka bir üniversitede başka bir tez çalışması olarak sunmadığımı

beyan ederim.



TÜRKİYE’DE 2000’LER SONRASI JENERİK İLAÇ PİYASASININ YEREL DİNAMİKLERİ: ÜRETİM-TÜKETİM AĞLARI ÜZERİNE İNCELEME

ÖZET

Elinizdeki çalışma Türkiye’de ekonomik krizler ve yoğun biçimde 2000’li yıllar sonrasında kamu harcamalarını azaltmak gibi bir söylemle sıkça gündeme gelen “yerli ve milli ilaç” üretimini, tüketim ağlarındaki mikro ilişkileri ve aktörleri merkeze koyarak incelemektedir. “Küresel” ilaç piyasası karşısında güçlü bir alternatif olarak “ulusal” bir ilaç piyasası geliştirmenin açtığı imkânlarla, yerli ilaçla ilişkilenen aktörlerin deneyimleri ve mesleki pratiklerinden yola çıkarak bakılmaktadır.

2016 yılında Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) öncülüğünde yapılan ortak duyurudan sonra, patent koruma süresi dolan “patentli/orijinal” ilaçların “jenerik/muadil” olarak adlandırılan yerli formlarının üretilmesi yoluyla ithalden imale geçiş/ilaçta yerelleşme süreci hız kazanmıştır. Bu çerçevede ilaçta yerelleşme sürecini karakterize eden şey, yeni bir ilaç molekülü keşfine dayanan Araştırma-Geliştirme (AR-GE) temelli ilaçlardan ziyade mevcut moleküllerdeki kısmi farklılaşmaya yoğunlaşan Ürün-Geliştirme (ÜR-GE) odaklı jenerik/muadil ürünlerin yaygınlaşması olmuştur. Jenerik/muadil ilaç ürünlerinin üretimi uzun ve masraflı AR-GE süreçleri gerektirmediğinden, üretim kanallarının ivedilikle yerlileşmesi ve daha az maliyetli ilaç ürünlerine daha hızlı biçimde erişilmesi öncelikli hedefler haline gelmiştir. Hatta Türkiye’nin ilaç pazarında ithalatçı konumdan ihracatçı konuma yükselmesi de önemli bir gelecek vizyonu olarak yerelleşme hedefleri arasında yer almıştır. İlaçta yerelleşme bu anlamda küresel ilaç şirketlerinin baskısı altında kalmadan ilaç üretmenin anahtarı olduğu kadar bir kalkınma aracı olabileceğine dair de işaretler taşımaktadır. Ancak bu süreçte, kamusal harcamaların azaltılmasına dönük tasarruf tedbiri içeren yapısal hedeflerle oldukça uyumlu bir konu olmasına rağmen, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de aşırı ve gereksiz ilaç tüketimiyle mücadelenin zayıf kaldığı gözlenmektedir. Yine bu bağlamda sayıları giderek artan yerel sermayeli jenerik/muadil ilaç üreticilerinin piyasadaki yaygın tüketim manipülasyonuna karşı duruşları, tutumları veya taşıdığı potansiyeller yeterince analiz edilmemiştir.

Çalışma boyunca yerelleşme sürecine bakarken bu ilişkiselliğe odaklanılmış, bir “yerelleşme mekanı” olarak seçilen İstanbul Bağcılar’da çalışan doktor ve eczacılar ile yerli ilaç şirketlerine bağlı olup bu bölgede çalışan ya da daha önce bu bölgede çalışmayı deneyimlemiş ilaç mümessillerinden oluşan toplam 60 katılımcıyla görüşme yapılmıştır. Saha araştırması boyunca şu iki temel soru yol gösterici olmuştur: (1) Yerelleşme, yerli şirketlerde çalışan ilaç mümessilleri ile onların etki alanındaki doktor ve eczacılar için ne anlama geliyor ve mesleki pratiklerine ne şekilde etki ediyor? (2) Yerli ilaçlar, ilaç tüketimi ve harcamaları konusunda -eczacı ve doktorların hastalarla arasındaki ilişki de hesaba katıldığında- kamusal yarara dönüşebilecek avantajlar sağlıyor mu?

Çalışmanın genel sonuçlarından bazıları şu şekilde sıralanabilir: 1) İlaçta yerelleşme süreci aktörler arasında yerli tüketme bilinciyle “ekonomik-duygusal” iş birliği yaratmakta ancak gereksiz ilaç tüketimini ve harcamalarını kendi başına azaltma gücü taşımamaktadır. Jenerik/muadil ilaçların orijinal ilaç ürünlerinden farklı olarak birden fazla sayıda markalaşması ve ürün yerine fiyat üzerinden rekabete girmeleri, yerli

şirketlerin doktor ve eczacılara yönelik tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinde agresif biçimde hareket etmelerine sebep olmaktadır. 2) Yerelleşme sürecinde her ne kadar ithal ürünlerin geri ödeme kapsamından tamamen çıkarılmasına yönelik bir amaç olmasa da ürünlerin yerelleşmesi hız kazandıkça SGK tarafından ödenen ilaç gruplarında daha çok jenerik/muadil ürünler yer almaya başlamıştır. Bu da ilaçların reçetelenmesi sırasında çoğu kez hastanın alım gücüyle ilişkilenen bir ilaç tercihinin dönüşebilmekte, bu anlamda ilaçlarda fiyat üzerinden tercihte bulunma ilaç tüketiminde sınıfsal ve mekansal bir ayrımı beslemektedir. 3) Katılımcıların aşırı, gereksiz ve bilinçsiz ilaç tüketimiyle mücadelenin zayıflığını ilk bakışta hasta tutumlarıyla ilişkilendirdiği açıkça görülmektedir. Ancak buna ek olarak hem öznelliklerin hem de bu mücadeleyi zayıf kılacak mesleki tutumların, sisteme uyumlanma ile ilişkili olduğuna dair temel ve yapısal bir soruna da vurgu yapılmıştır. Bu doğrultuda ilaçta yerelleşme süreci değerlendirildiğinde; üretim ilişkilerinde ekonomik milliyetçi duyguları yeniden üreterek, (yerel) sermayenin çıkarları ile kamusal çıkarları aynı potada eritmeyi başaran neoliberal ekonomi-politikasının özgün bir örneğiyle karşılaşılmaktadır. İlaçta makro ekonomi-politik hedefler dışında etik uygulamalar gelişmedikçe, sağlıklı olmayı ilaç tüketmekle eşitleyen hâkim anlayışın giderek büyümesi ve pekişmesi muhtemel hale gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: İlaç, Yerelleşme, Yerli İlaç, Jenerik/Muadil İlaç, Yönetimsellik, Neoliberalizm, Duygular.



THE LOCAL DYNAMICS IN THE GENERIC DRUG MARKET IN TURKEY AFTER THE 2000s: AN ANALYSIS ON THE PRODUCTION-CONSUMPTION NETWORKS

ABSTRACT

This study analyzes the production of “local and national drugs” that emerged frequently during the economic crises in Turkey and more intensively after the 2000s in an appeal to reduce public expenditure, focusing mainly on the micro relations and actors in the consumption network. This is assessed based on the opportunities that arose from developing a “national” drug market as a powerful alternative against the “global” drug market, and the experiences and occupational practices of the actors associated with local drugs.

In 2016, following a joint announcement under the leadership of the Turkish Medicines and Medical Devices Agency (TİTCK) and the Social Security Institution (SGK), the transition process from importing to the production/localizing drugs by producing local forms called “generic/counterparts” of the “original” drug whose patent protection duration had expired gained momentum. In this context, the thing which characterized the localization process of drugs was that instead of Research and Development (R&D) based on a new drug molecule, there was widespread use of generic/counterpart products based on Product Development (P&D) that focused on a partial variation in the existing molecules of the drug. As the production of generic/counterpart drug products did not require the long and costly R&D processes, the localization of production channels was shorter which in turn made accessing lower cost drug products in a much shorter time a priority target. In fact, Turkey transformed from being an importer to an exporter in the Turkish drug market made the target of localizing an important vision for the future. The localization of drugs was not only the key to producing drugs without being dependent global drug companies, but also showed signs that this could be a tool for development. However, although this was an issue that was significantly consistent with the structural target that contained economical measures aimed at reducing public expenditure, as in the case of the entire world, it appears that Turkey was ineffective in the campaign against extreme and unnecessary drug consumption. Again, in this context the stance, attitude against the manipulation in widespread consumption of the local capital based generic/counterpart drug producers on the market, or the potential this entailed was not adequately analyzed.

Throughout this study, when assessing the localization process a total of 60 participants consisted of doctors or pharmacists working in Bağcılar, Istanbul that was the focal point of this associativity and selected as the symbolic “localization space”, or representatives that were associated with local drug companies and worked in this district or had previous experience of working in this district. During the entire field studies, these two main questions were used as guidance: (1) What does localization mean for drug representatives working in local companies and for the doctors and pharmacists that were in their field of activity, and how did this influence their occupational practices? (2) In terms of local drugs, the consumption and expenditure of drugs-when taking into consideration the relationship between the

doctors/pharmacists and patients-would this provide benefits that could be developed to public advantage?

Some of the general results of this study can be listed as follows: 1) The process of the localization of drugs among the actors involved, with local consumption awareness, creates an “economic-emotional” association, however, this alone does not have the power to reduce unnecessary drug consumption or expenditure. Unlike original drug products, the multiple brands of the generic/counterpart drugs and the competition of price rather than the actual product leads to more aggressive promotion and marketing activities aimed at doctors and pharmacists by these companies. 2) Although the localization process is not totally aimed at removing the imported products from the reimbursement list, as the localization of the products gained momentum, the generic/counterpart products began to appear more in the drug groups that were reimbursed by the Social Security Institution. Most of the time, this led to the drug preference of patients being associated with their buying power; in these terms, the preference of drugs according to the price generates a class and spatial distinction in drug consumption. 3) It is clearly apparent that at the first glance participants associated the inadequacy in the campaign against the extreme, unnecessary and careless consumption of drugs with the patient’s attitude. However, emphasis was made on the primary and structural issue of the occupational approaches that would both undermine subjectivity and weaken this campaign, was associated with complying with the system. Accordingly, when assessing the process of localizing drugs, we are confronted with the unique example of the neoliberal economy-policy that manages to gather the interests of (national) capital and public interests in the same basket by regenerating the economic national emotions in production relations. In addition to the macro economic-political interests in drug production, ethic practices must also be developed or the common perception that the consumption of drugs equates being healthy will increase and become more widespread.

Keywords: Drugs/Medication, Localization, Local Drugs, Generic/Counterpart Drugs, Governmentality, Neoliberalism, Emotions.



Anneme,

ÖNSÖZ

Bu çalışmada ilaçta yerleşme/yerleşmeye İstanbul Bağcılar'da yürüttüğüm bir saha araştırması üzerinden ve (yerli) ilaçlarla ilişkilenen aktörleri merkeze alarak bakmaya çalıştım. Böylece ilaçta yerleşmenin, küresel ilaç endüstrisi karşısındaki kimliğini, aktörler arasındaki dolaşımını ve yarattığı yeni türde öznellikleri sorgulamaya çalıştım. Bu yol epey uzun ve zaman zaman sancılı geçti ama neticede bende bıraktığı tat kesinlikle çok güzel. Süreci güzelleştiren herkese teşekkür etmek istiyorum.

Çalışmanın ilk teşekkürünü herhalde fedakarlıkları karşısında hafif kalacak olsa da, sevgili danışman hocam Aylın Dikmen Özarslan hak etmektedir. Çalışmaya henüz bir hevesle başladığım zamandan bu yana elimi hiç bırakmadı. Konumu ben seçtim ve müthiş bir heyecanla çalışmaya başladım ama ana akım konulardan kopuk çalışma yapmak beni ilk başlarda özellikle ileriye dönük kaygılarım nedeniyle biraz korkutuyordu. Endişelerimi dinledi ve ilgi duyduğum, inandığım ve merakla yaklaştığım bir alandan kopmadan çalışmam gerektiğini söyledi. O tavsiyenin bugünkü önemini anlatamam. Çalışmanın bende bıraktığı tat kesinlikle o günlerin verimidir. Her konuda aklı selim davrandığı için ona minnettarım. Birlikte çalıştığımız dönemde, kendi bilgi ve tecrübelerini bana aktarmak noktasında da hiç cimri davranmadı. Sıkıştığım dönemlerde, yazamadığım vakitlerde asla süreme ya da bana müdahale etmedi. Bir tez yazmak zorlu bir süreç ama yine onun sayesinde bu süreçte sadece tez yazmamayı başka bir takım “akademik antrenmanlar” yapmayı da deneyimledim. Birlikte çalışma yaptık ve yapmaya devam ediyoruz. Gelecekte birlikte yapacağımız pekçok şey için de şimdiden teşekkür ediyorum.

Benim ikinci şansım tez izleme jürim olmuştur. Hem ders döneminde hem de tez izleme süreçlerinde akademik ve insani desteğini esirgemeyen Begüm Özden Fırat, aynı zamanda hayatta tanıdığım en iyi insanlar arasında yerini aldı. Akademik kimliği bir yana neşesi, enerjisi en çok da gülüşü benim için bir güç kaynağı olmuştur. En az Begüm hoca kadar güzel gülen ve beni yine tez izlemelerde sürekli motive eden Ayşecan Terzioğlu da bu tezin sorunsuz biçimde tamamlanması hususunda elinden gelen akademik ve insani desteği esirgemedi. Bu nedenle onlara da çok teşekkür ederim. Tez için yaptıklarımın büyük çoğunluğu hocalarımdan özverisine, yapamadıklarımın bana aittir.

Tez savunması esnasında jüride yer almayı kabul eden hocalarımdan Yıldırım Şentürk, her zamanki gibi farklı düşünmemi ve bakmamı sağladı. Kendisinden öğreneceğim çok şey var. Tez jürimde yer almayı kabul eden Fatih Artvinli hocam, iyi ki onu yakından tanımışım. Bundan sonraki süreçte de akademik desteğine ihtiyacım olacağını ve her daim kendisinin kapısını açacağını tahmin ediyorum.

Bu çalışmanın erken dönemlerinde Türk-Amerikan İlmi Araştırmalar Derneği/ARIT tarafından layık görüldüğüm Doktora Tezi Araştırma Bursu benim için çok değerliydi. Bu vesileyle kendilerine teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak görüşme yaptığım doktor, eczacı ve ilaç mümessilleri hem iş yoğunlukları arasında hem de bu tezin saha araştırmasının bir kısmına da denk gelen Covid-19 pandemisi döneminde yardımlarını hiç esirgemediler. Bu nedenle kendilerine minnettarım. Ve son teşekkür ailemin bireylerine; en çok anneme, babama, ablama ve kardeşime teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa</u>
ÖZET	vii
ABSTRACT	x
ÖNSÖZ	xiii
İÇİNDEKİLER.....	xiv
KISALTMALAR.....	15
1. GİRİŞ	1
1.1. Çalışmanın Tarihsel Arka Planı: “Küresel ve Yerel Farmakoloji Grameri Üzerine”	6
1.2. Çalışmanın Amacı ve Kapsamı.....	12
1.3. Çalışmanın Yöntemi ve “Bağcılar Hattı”nda Saha Süreci.....	19
2. İLAÇTA YERELLEŞMENİN FARKLI KUTUPLARI VE “BAĞCILAR HATTI”NIN İLAÇTA YERELLEŞME PANORAMASI	26
2.1. Nasıl Bir Yerelleşme?: Kamusalılık ya da Neoliberalizmde Yerelleşme Semptomları	28
2.2. Nasıl Yerelleşiyoruz?: Yerelleşmeyi Sahadan Hareketle Anlamak ve “Bağcılar Hattı”	33
2.2.1. Nerede Yerelleşiyoruz?: Yerli Şirket ve Mekansal Konumlanışı.....	35
2.2.2. Yerli Şirket Rotaları, Tanıtım, Satış, Pazarlama.....	39
2.2.3. Şirketler ve Hasta Eksenli Duyguların Ekonomisi	42
3. İLAÇTA YERELLEŞME SÜRECİNİN İNŞASI VE (MİLLİYETÇİ) DUYGULARIN ROLÜ: “(...) YERLİ İLAÇ DEMEK BİZİM DEMEK”	46
3.1. Yerelleşme ve Milliyetçi Duygular.....	47
3.1.1. Yerelleşmek Neden Önemli: “Ülke yararı”, “Devlet bütçesi”, “Yerli İlaç Sanayi”	54
3.1.2. Yerelleşmek Neden Önemli: “İstihdam”	56
3.1.3. Yerelleşmek Neden Önemli: “Paramız içeride kalır”	58
3.2. Yerli İlaç ve Kullanım Değeri: “İlaç acil ihtiyaç”, “Yoka Düşme”, “Ucuzluk ve Erişilebilirlik”	59

4. YERLİ İLAÇ VERSUS JENERİK/MUADİL İLAÇ ve MUĞLAK DUYGULAR: “YERLİ İLAÇ İYİ HOŞ DA...”	63
4.1. Bir Adlandırma Sorunu (Yerli/Jenerik/Muadil/Eşdeğer/Ucuz İlaç): “ <i>Hepsini de diyebilirsin...</i> ”	64
4.2. İlacı Tanımlama Farkları: “ <i>Muadil ilaç orijinal ilaçla %100 aynıdır ama yan maddelerde değişiklik olabilir.</i> ”	66
4.3. Kalite, Etkinlik ve Güvenlik Bakımından Farklar	69
4.4. İlaç Nedir? Kimin İşidir?	83
4.5. Jenerik/Muadil İlaç ve Hastalardan Gelen Tepkiler	85
5. YERELLEŞME MEKANI OLARAK BAĞCILAR’DA İLAÇLAR, İLAÇ TÜKETİMİNDE ÇATALLANMALAR VE (MEDİKAL) ÖZNELLİKLER: “BURASI BAĞCILAR...”	89
5.1. İlaç Tüketimine Bakışlar: “ <i>Buraya gelen hasta (...) ilaç yazdırmaya geliyor</i> ”	90
5.2. Hasta/Tüketici Profilleri	105
5.3. Gereksiz ve Yanlış İlaç Tüketimi: “ <i>İlaçları kırıp, bölmek...</i> ”	114
5.4. Hasta Profilleriyle İlişkilenen İlaç Tercihleri: “ <i>Nişantaşı’nda Beşiktaş’ta olsam (orijinal ürün) yazarım ama buradaki hasta alamaz</i> ”	124
6. YERELLEŞME YAPISAL SORUNLARIN/YÖNETİŞİMİN NERESİNDE DURUYOR?: “DEVLET DEMEK Kİ YAZMAMI İSTİYOR YANİ DEYİP...”	133
6.1. Hasta ile İletişim Sıkıntısı: “ <i>Direnmiyorum artık...</i> ”	133
6.2. Şikâyet ve Tehdit Edilme Korkusu: “ <i>Biz hepimiz iyi doktor olacağız diye mezun olduk</i> ”	141
7. YERELLEŞME MESLEKİ TUTUMLARIN NERESİNDE DURUYOR? İLAÇLAR VE (MEDİKAL) ÖZNELLİKLER	145
7.1. Doktor Olmak: “ <i>Bizler çoğunlukla ilaç yazıyoruz</i> ”	145
7.2. Eczacı Olmak: “ <i>Kutu ilaçları alıp vermek...</i> ”	153
7.3. İlaç Mümessili Olmak: “ <i>Her şeyden önce sen bir samimiyetle, bağ ile girersin doktorun reçetesine</i> ”	160
7.3.1. Mesleğe Bakışlar	160
7.3.2. Performans Beklentisi	164
7.3.3. Satış Baskısı	168

7.3.4. Mümessil kim olmalı?	173
7.3.5. Doktorun Reçetesine Girmek ya da “Duyguyu geçirmek”	177
7.3.6. Yerli Şirket ve “Kurumsallaşmanın Olmaması”	184
8. (YERLİ) ŞİRKET-ECZACI ve (YERLİ) ŞİRKET-DOKTOR ARASINDAKİ İLİŞKİLER.....	187
8.1. (Yerli) Şirket-Eczacı Arasındaki İlişkiler: “İşte yerli ilaçlarla ilgili sıkıntı maalesef ki rekabet”	188
8.2. (Yerli) Şirket-Doktor Arasındaki İlişkiler	200
9. SAĞLIK/İLAÇLARA BAŞKA YERDEN BAKMAK	224
9.1. Sağlık ve Yaşam	225
9.2. Sağlıksız evler: “Balkonsuz evler, güneş almıyor, gürültü çok fazla...”	227
9.3. Sporsuz yaşamlar ve kötü beslenme: “Kapalı alanlarda spor yapmanın ise maalesef bir bedeli var.”	228
10. SONUÇ.....	232
11. KAYNAKÇA	241
12. EKLER.....	251
13. ÖZGEÇMİŞ	256

KISALTMALAR

AİK	: Akılcı İlaç Kullanımı
AKP	: Adalet ve Kalkınma Partisi
AR-GE	: Araştırma-Geliştirme
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
DB	: Dünya Bankası
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
DTÖ	: Dünya Ticaret Örgütü
FDA	: Food and Drug Administration
GATT	: General Agreement on Tariffs and Trade
IMF	: International Monetary Fund
ISO	: International Organization for Standardization
KP	: Komünist Parti
MF	: Mal Fazlası
MSB	: Milli Savunma Bakanlığı
OTC	: Over-the-Counter
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SUT	: Sağlık Uygulama Tebligatı
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TRIPs	: Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights
TUS	: Tıpta Uzmanlık Sınavı
ÜR-GE	: Ürün-Geliştirme
WB	: World Bank

1. GİRİŞ

Türkiye’de yerli ve milli ilaç üretimi söylemini, tüketim ağlarındaki mikro ilişkilerle birlikte sorunsallaştırma fikri yüksek lisans tezimi yazdığım sıralarda ortaya çıktı. Yüksek lisans tezimde kadavradan organ nakillerinde ihtilaflı bir konu olan beyin ölümü hakkındaki sosyo-kültürel tutumları incelemekteydim. Bu sırada organ nakli hastalarının nakil sonrası yaşam süreçleri ve anlatıları tezimin merkezinde yer almamasına rağmen epey dikkatimi çekmişti. Bunlardan birinde, organ nakli yapılan hastalarda bünyenin nakledilen organı reddetmemesi için bağışıklık sistemini baskılayıcı ilaçların ömür boyu kullanılması gerektiği söyleniyordu. İlaçların ihmal edilmesi ya da bırakılması durumunda tüm o zorlu süreçler boşa gitmekteydi. Başlangıçta bu tehdit beni çok şaşırtmıştı. İlaçların yaşam boyu bir bedene sessizce eşlik edişini yadırgamış ve daha çok da bunun hastaya verdiği uzun süreli zahmet ve psikolojik gerilim hakkında düşünmüştüm.

Ancak organ nakli hastalarından yola çıkarak üzerine düşündüğüm ömür boyu ilaç tüketmenin münferit bir vaka olmadığını kısa zamanda fark edecektim. Aslında etrafımda kronik hastalıkları¹ nedeniyle kan sulandırıcılar, kolesterol ve hipertansiyon ilaçlarını düzenli kullanan ve “Doktorum bunu ömür boyu kullan dedi” diyen birçok insan vardı. Organ nakli hastalarıyla belki aynı kefeye konmayacak olsalar bile onlar da bu ilaçları bıraktıklarında kalp krizi veya beyin kanaması geçirme riski gibi başlarına gelebilecek pek çok felaket konusunda doktorları tarafından kati bir dille uyarılmışlardı. Bu nedenle ilaçlarını aksatmadan kullanıyorlardı. Neticede bir kez teşhis konduktan sonra ömür boyu ya da en iyi ihtimalle aylar ve seneler boyunca sürekli ilaç kullanmaları gerekebiliyordu. Düşündüğümde, belli bir yaşın üzerinde kronik hastalıklar için sürekli ilaç kullanımı içinde yaşadığım toplumun neredeyse tümüne yayılan “doğal” bir davranışa dönüşmüş gibiydi. Bununla beraber çocuk yaşta kronik hastalar olduğunu da biliyordum. Mesela kuzenimin sadece 12 yaşında olan

¹ Çalışmada daha sonra da karşılaşacağımız iki kavramdan biri “kronik hastalık” diğeriye onun kavramsal zıttı da olan “akut hastalık”tır. Kronik hastalık, “süreğen hastalık” olarak tanımlanırken; akut hastalık, “iveğen, aniden başlayan, kısa süreli, çabuk ilerleyen hastalık” şeklinde tanımlanmaktadır (Türkçe Tıp Dili Kurulu, 2007). Bu çalışmada akut ve kronik hastalık grubunda yer alan ilaçların yerli üretimi ve tüketim ilişkilerindeki yeriyile özellikle ilgilenilmektedir. Her şeyden önce bu ilaçlar, diğer ilaç gruplarına göre daha yoğun biçimde “yerleşmenin” yaşandığı ilaç gruplarıdır. Diğer taraftan gündelik hayatta bu ilaçlarla daha sık ilişki kurulması, birinci basamak sağlık hizmetleri içinde bunların reçetelenme oranlarının önemli bir pay oluşturması yani yoğun biçimde reçetelenmeleri ve tüketilmeleri gibi nedenlerle, çalışmanın konusu olan ilaçları kronik ve akut grup ilaçlar oluşturmuştur.

oğluna kolesterol teşhisi konmuştu. O da ilaçlarını doktoru ne zamana kadar kullan derse o zamana kadar kullanacağını çok iyi biliyordu.

Kronik hastalıklardaki bu oldukça düzenli ve doktor kontrolündeki ilaç tüketiminin yanı sıra, aslında akut hastalıklarda da benzer bir durumla karşılaşmak mümkündü. Esasında bu tür hastalıklardaki ilaçlar da hemen hepimiz için kendini hemen açık etmeyen bir kullanım düzenine sahipti. Onlar, “daha kötü olmadan” alınan ilaçlardı ve çoğunu daha güvenli biçimde ya da üzerine çok da düşünmeden; örneğin, bir doktor reçetesine ihtiyaç duymaksızın da tüketebilmekteydik.² Kronik/akut ağrılar için ağrı kesiciler sürekli el altında bulunan ilaçlar arasında ilk sırayı almakta ve hatta birçok kişi tarafından “lazım olur” düşüncesiyle stoklanabilmekteydiler. Ağrı kesiciler bu anlamda hayatımızda erken dönemlerden itibaren sıklıkla ve düzenli başvurulmuş en popüler ilaçlar arasındaydı. Kısacası belli türde ilaçlar organ nakli hastası olmak gibi istisnai bir durum dışında da yaşamımızda sürekli yer edinmekteydiler.

Devam eden gözlemlerim ve kişisel merakım zamanla hastalıklar ve ilaç tüketimi hakkında hızlıca erişebildiğim eleştirel bir yazınla tanışmamı sağlamıştır (Bkz. Inglis, 1990, 1991; Ellison, 2008; Dumit, 2012; Arslanoğlu, 2012, 2013, 2014; Akgün, 2014; Illich, 2014; Goldacre, 2016; Aronowitz, 2019). Bu metinlerin değindikleri konu yelpazesi çok geniş olmakla birlikte, ilaç tüketimi ve ona etki eden unsurlar hakkında sahip oldukları ortak düşünce toplum sağlığı ve düzeyi konusuna başka bir açıdan bakmama vesile olmuştur. Okuduğum bu yazılardaki ortak vurgu (özellikle kronik hastalıklarda) giderek artan reçete enflasyonunun ve gereksiz/aşırı ilaç tüketme davranışının ilaç endüstrisi kaynaklı olduğu, ilaç endüstrisinin yönlendirmesi ve etkisi altında geliştiğidir. Buna göre sözü edilen ilaç şirketlerinin, -dünyanın en büyük ilaç şirketleri, başta Amerikalı ve Batı Avrupalı şirketler, ki bunların tümü “*Big Pharma*” olarak adlandırılıyor- hastalıklar için ilaç üretmeyi çok erken tarihlerde başardığı ama ilaçların kâr potansiyelleri yükseldikçe zamanla ilaçlar için hastalık üretmeyi de keşfettiği ileri sürülüyordu. Bu iddiaya göre sağlığa dönük genel riskler adeta bir hastalık gibi görülüp ilaçla tedavi edilmeye çalışılırken, ilaçlar artık sadece bir

² Gündelik yaşamda ilaçlara erişmenin sanal ortamda sağlık kültürünün/ürünlerinin paylaşımı, enformel sağlık dayanışması ve e-eczane gibi alışveriş seçenekleriyle çok kolay hale geldiğini belirten Fox ve arkadaşları (Fox, Ward ve O'Rourke, 2005a, b) ilaç tüketiminin “yatak odasından mutfaka kadar” her yerde hayatımıza dahil olduğunu, domestik edildiğini (kültürlendiğini) düşünmektedir. Türkiye’de özellikle ağrı kesiciler hemen her evde kolaylıkla karşılaşılan, sık tüketilen ve hakkında bir şeyler bilinen, (markaya yönelik algımızın oluştuğu) ve hem yabancı hem çok tanınmış ürünler olarak karşımıza çıkmaktadır. Akut hastalık grubunda yer alan üst solunum yolu enfeksiyonu ilaçları ve ağrı kesiciler reçetesiz biçimde eczaneden de temin edilebildiği için çoğu evde özellikle buzdolabının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir.

hastalıktan kurtulmak için değil sağığın bozulmasına neden olacak bir riske/tehdide yönelerek kontrol deneyimi sağlayacağı düşüncesiyle de hayatlarımıza girmeye başlamışlardı. Dolayısıyla bu hızlı bakış ve okumalar, pek çoğumuzun hayatında ilaç tüketiminin kronikleştiğı yönündeki düşünceme zemin oluşturmuş ve buna sebep olan önemli bir fail olarak da “küresel ilaç endüstrisi”ne dikkat kesilmemi sağlamıştır.

Küresel ilaç endüstrisi üzerine düşündüğüm bu süreçte, bahsetmeden geçemeyeceğim önemli konulardan bazılarıysa şirketlerin satış ve pazarlamaya verdikleri önem, ayırdıkları bütçe ve etik olmayan tutumlarına yönelik eleştirilerdir. İtiraf etmem gerekir ki, başlangıçta özellikle ilaç endüstrisinin etkisindeki doktorlara yöneltilen eleştirileri çok ağır, acımasız ve manipülatif bulmuştum.³ Toplumu sürekli ilaç tüketmeye maruz bırakan birçok hastalığın adının şirket destekli çalışmalarla konduğu/uydurulduğu, bunun da reçete etme süreçleriyle yani bir doktor kalemıyla tamamlandığı iddia ediliyordu. Yeni hastalıkların tanımlanmasında; hayalet yazarlar tarafından yazılan “bilimsel” bir makalenin yeterli olabildiğı, bilimsel olarak nitelendirilen bu çalışmaların ilaç şirketleri lehine çarpıtılmış veriler ürettiğı, riski ortadan kaldırmaya odaklanırken yan etkileri gizlediğı ve sonuç olarak çeşitli pazarlama stratejileriyle doktorları etkileyip (hatta kimi zaman doktorlarla el ele vererek) reçeteli ilaç pazarını büyüttüğü en yaygın iddialardandı.

Çoğu, kendisi de doktor ya da sağık mensubu olan kimseler tarafından kaleme alınmış bu yazılardaki aktarımların her şeyden evvel bendeki doktor imgesi ve reçete pratiğıyle bağdaşması hâlâ tam anlamıyla mümkün olmamıştır. Bunun nedenlerine çalışmanın ilerleyen kısımlarında tekrar değinilecek ve doktor reçetesi üzerinden gelişen tek boyutlu bir değerlendirmenin sakat noktaları üzerinde durulacaktır. Ancak genel sağık tüketiminde yıllar arasındaki farkları ilk kez dikkatlice incelediğimde, tedavi edici sağık hizmetleri yönünde sürekli bir büyüme olduğunu, özellikle ilaçların oluşturduğu payda görebilmek mümkündü.⁴ Dolayısıyla ilaç tüketimindeki bu payın büyümesi de

³ Doktorların genel anlamdaki bu tasviri benim ve içinde yaşadığım toplumun zihinsel süreçlerine işlemiş “kahraman/kurtarıcı doktor” imgesiyle büyük ölçüde çatışmalıydı. Türkiye’de doktorların halk arasında bir Tanrı analojisiyle anlaşılması epey yaygındır. Zira doktorlar, kimi zaman bir hastanın iyileşmesi veya yeniden hayat bulması ya da son nefesini vermesi gibi süreçlere tanıklık etmesi nedeniyle, “Yaratıcının yeryüzündeki eli” kabul edilmektedirler. Yine bu anlatılarda doktor karşılıksız bir iyilik/yardımseverlik nitelikleriyle özdeşleşmiştir (Terzioğlu, 2008, s. 36). Bunun bir adım ötesinde doktorlar Türkiye’nin modernleşme sürecinde kritik bir rol oynamışlardır. Bu nedenle de toplumsal hafızada doktorların profesyonel gücü/yetkinliğı, geçmişten günümüze toplum sağığının önemli bir parçası olagelmıştır (Dole, 2004, s. 259-261). Bu bağlamda doktorlara getirilen eleştiriler, uzun bir süre, sahip olduğum bireysel ve toplumsal hafızayla çatışmıştır.

⁴ Dünya Sağık Örgütü’ne göre, tüm ilaçların yaklaşık yüzde ellisi uygunsuz şekilde reçetelenmekte, temin edilmekte ve satılmaktadır. Bununla beraber tüm hastaların yarısı da ilaçlarını uygun şekilde kullanmamaktadır. İlaçların aşırı, gereksiz ve yanlış kullanımlarıysa hem kaynakların israf olmasına hem de yaygın sağık bozukluklarına

belli nedenlere bağı olmalıydı.

Bu konuda sağık alandaki kişilerin görüşlerini de merak ediyordum. Aynı dönemde etrafımda bulunan sağıkçılarla ya da sağık sektöründe çalışan kişilerle de bu konular üzerine fikir alışverişı yapma fırsatım oldu. Onların birçoğı da yine bu tür eleştirileri biliyor, kendi içlerinde oluşan kutuplardan söz ediyorlardı. En nihayetinde kendi bilgi ve tecrübeleriyle beni uyarmışlar, aslında okuduğum metinlerle de paralellik içeren bir biçimde konuyu daha temelde gördükleri bir sorun üzerinden düşünmemi istemişlerdi. Her şeyin ötesinde ilaç endüstrisinde bilginin kendisi yönetiliyor ve pazarlanıyordu. Ekseriyetle kronik gruptaki ilaçlar özelinde düşünıldüğünde; çok basitçe bir tarifile bir ilacın bilimsel bilgisi üretiliyor, ortaya çıkan ilaca bir ad konuyor, sonra da patenti alınıyor ve bir hastalık yaratılıp pazarlanıyordu. Onlara göre de bunların hepsi, çok sıkça kullanılan bir ifadeyle “küresel ilaç şirketlerinin oyunu”ydı.⁵ Kısaca küresel ilaç şirketleri başta ilaç patentleri ile tekelleşme yaratıyor, ürettiğı bilgiyi veya metayı (ilaç) dünyaya pazarlıyor ve sağıklı olma/yaşama algımızı koruduğı kadar tehdit de ediyordu. Böylece, ilaç araştırmalarıyla başlayan ve yıllar içinde kökleşen yapının sağık olgusundan uzaklaştığı konusunda genel bir görüş birliğı olduğunu görmüştüm.

Bir sağık ekonomisti olan Gavin Mooney (2014) klinik araştırma kültürü ve ortamının bir devrime ihtiyacı olduğunu söyler ve tam da sözünü ettiğimiz tartışmalara

neden olmaktadır (World Health Organization, 2021). Türkiye’de de ilaçların yanlış ve gereksiz kullanımı halk sağığını ve toplum çıkarlarını tehdit eden konulardandır. Yıllar arasındaki ilaç tüketimi farklarına bakıldığında ciddi mesafeler oluştuğı görülmektedir. Sağık Bakanlığı 2014 yılı verilerine göre 1 milyar 969 milyon kutu olan ilaç tüketiminin en son yayınlanan 2019 yılı verilerine bakıldığında 2 milyar 411 milyona ulaştığı görülmektedir. Türkiye, dünyada Antibiyotik tüketiminde de uzun yıllar birinci sırada yer almıştır. 2013 yılında reçetesiz antibiyotik kullanımının kısıtlanması ve kamu bilgilendirmesi yoluyla gerileme yaşanmış ancak 2019 yılında yayınlanan Sağık İstatistikleri Yıllığına göre, Yunanistan birinci sırayı alırken onu çok az bir farkla yine Türkiye takip etmiştir (Sağık İstatistikleri Yıllığı, 2014, 2019).

⁵ Söz konusu şirketlerin hem “bilgi sermayesi” hem de bundan türeyen “ekonomik sermayeye” sahip olduğu gerçeğı bizi sosyal bağlamı oldukça karmaşık nadir bir endüstriyel faaliyetle karşı karşıya getirmektedir. Yeni ilaç molekülü keşfeden bir şirket bundan doğan değışim değerin serbest biçimde yayılmasını, onun kopyalanması ve “yeniden icat edilme” olasılığını patentlerin verdiği tekeli imkanlarla ele geçirebilmektedir. Aslında bir ilacın üretim maliyeti ilk birim bir kez üretildiğinde, diğer birimlerde giderek asgari düzeye inmekteyse de Araştırma-Geliştirme (AR-GE) temelli çalışan ilaç şirketleri (*Big Pharma*) bu ilk üretim maliyetini “koruyarak” tekelleşmeyi sürdürür (Gorz, 2011, s. 34). Sonuçta patent yoluyla sağılanan geçici sınırlandırmayla bilgi sermayeye dönüşür ve üzerinde konuşulan en kritik konu da budur. Oysa bu tekelleşme süreci, çok daha kritik biçimde bilgi üretiminin tekelleşmesini içermektedir. Hangi metalaşmış ilacın değeri ya da gerekli olup olmadığını tartışmaya açan şey de bilginin tekelleşme süreciyle yakından ilişkili hale gelmektedir. Bu anlamda patentli ilaç araştırmalarıyla süregiden bilgi üretiminin özerkleşmesi ile sermayeleşmesi arasındaki simbiyotik ilişkinin sonuçları, daha sonraları da sıkça duyduğum şekilde, “küresel ilaç şirketlerinin oyunu” olarak dile getirilmektedir. Böylelikle bilgi ve iktidar arasındaki bu ilişkinin patentli, küresel, yabancı, orijinal, inovatör olarak adlandırılan bu ilaçların karakteristik bir özelliğı olduğu anlaşılmaktadır. Birbirini besleyen ve tamamlayan bu iki unsur ile küresel ilaç şirketleri hem kusursuz servetlerini büyütmede hem de eğer isterlerse beslenme alışkanlıkları ve yaşam tarzlarını görmezden gelerek ilaç üretmeye, toplumu ilaç bağımlısı haline getirip bunu “normalleştirme” iktidarına da sahip olmaktadır. Normallik ya da anormalliğın sınırlarını bilimsel temelleri olan bir bilgi ekseninde kurarken, bu bilgiye ve iktidara tabi öznellikler [tabileştirme/uyruklaştırma] de yaratabilmektedir.

odaklanarak şöyle bir soru sorar: “Bu tür bir yozlaşma durdurulabilir mi?” Aslında bu soru benim gibi sıradan bir meraklı için de çok önemliydi. İlaç şirketlerinin hizmet aldığı medikal ajanslardan pazarlama süreçlerine kadar tüm aşamalarda hukuki sınırları belliydi. Ancak denetim neredeyse imkansızdı, kurallar çiğnenebiliyordu. Kısacası hukuki çerçeve yozlaşmayı önlemek için yeterli değildi (ss. 158-159). Maddi yaptırımlar şirketlerin canını hiç yakmıyordu, kazançlarının önemli bir kısmını davalara harcamakta hiçbir engel görmüyorlardı.

Tüm bunlara rağmen, yozlaşmayı önleyecek formüller geliştirilemiyorsa daha katılımcı eleştirel yaklaşım ve örgütlenme imkanları olup olmadığını da öğrenmek istiyordum. Burada kastettiğim, tekil bir mücadeleye karşı gelmemektedir. Zira, tekil mücadelelerde üretici ve tüketici arasındaki bilgi asimetrisinin bir tıkanma yaratması oldukça muhtemeldir. Örneğin bana yazılmış bir ilaç gerçekten benim ona olan zorunlu ihtiyacım nedeniyle mi yazılıyor yoksa *Big Pharma*’nın entrikaları, hükümetin şirketleşmesi ya da sağlık sunucusunun kandırılması ile mi ilişkili gibi bir soruya benim cevap vermem, aradaki katmanlı güç ilişkilerini de düşünecek olursak, neredeyse imkansızdır. Bunun dışındaysa karşıma en çok çıkan şey, ilaç şirketlerinin devlet mülkiyetinde olması hatta ilaç geliştirmeye dönük tüm teşviklerin de yine devlet tarafından verilmesi olmuştur. Mesela Joseph Stiglitz, bu bağlamda devletin sağlığı en çok geliştirecek ilaç buluşlarına kayda değer ödüller vermesini önermiştir (Stiglitz, 2006, s. 1279). Ancak bu yaklaşımlar, 1980’lere doğru güçlenen ve serbest piyasa/şirket iktidarını toplumun her köşesine dağıtan ve devletlerin de şirketleşmesini sağlayan ekonomi politik yaklaşımların yoğun biçimde uygulandığı böylece sağlık politikalarının ilaca dayalı çözümleri pekiştirecek biçimde organize olduğu bir düzlemde riskler konusunda kolektif/kamusal mücadele imkanlarının nasıl mümkün olabileceği konusunu tartışmalı hale getiriyordu (Deppe, 2011, s. 44). Bunun dışında çok özgün/yerli bir sağlık sistemini ve ilaçlarla ilgili çıktıları işaret eden çok sınırlı örnekler görülmekteydi. Ancak bunlar bir model olarak işlevsel bulunmuyordu ya da *Big Pharma*’nın baskıladığı bir alana dönüştüğü düşünülmekteydi.

Bu tartışmalara odaklandığım sırada küresel ilaç endüstrisi üzerine çalışmaya karar vermiştim. Eğer bir teze dönüşmeyecekse bile, bu konunun üzerinde detaylı düşünmek ve fikir geliştirmek istiyordum. Ancak bu konuda planlarımı tersine çeviren bir gelişme yaşandı. Türkiye’de 2016 yılında, neredeyse 2000’li yılların başından itibaren zaten siyasi gündemi meşgul eden yerli (ve/veya milli) ilaç üretimi yeniden gündeme

geldi. Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) ile Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ortak bir duyuru ile “ilaçta yerelleşme” sürecinin resmi adımlarını attı (Yerelleşme Süreci Hakkında Duyuru, 2016). Üstelik ilaçta yerelleşme faaliyetleri, 2014-2017 yıllarını kapsayan Akılcı İlaç Kullanımı (AİK) Ulusal Eylem Planı ile de tarihsel olarak rastlaşmaktaydı.

İlaçta yerelleşme küresel manipülasyonları pek çok açıdan dizginleyecek vaatler sunan bir alternatif ulusal ilaç politikası olarak sunulduğundan onu yakından incelemeye başladım. Ve benim araştırma rotam bir anda bambaşka bir evrene, “küreselden yerele” doğru kırıldı. Türkiye’de ilaçta yerelleşme hamlesinin üretim ve tüketim ağlarındaki küresel manipülasyonları dizginleyecek bir politika olarak inşasının mümkün olup olmadığını ve kamusal görünümünü sorgulamaya karar verdim. Özellikle 2000’ler sonrası dönemde Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) hükümeti dönemi, neoliberal sağlık politikaları üzerinden yoğun tartışmalara sahne olmuştu. Ancak ilaçta yerelleşme projesi üzerinde eleştirel bir tartışma ortamı oluşmadı. Bu süreçte (yerli) ilaç şirketlerinin rolü fazlaca öne çıkarılmasına rağmen tüketim ağlarını nasıl şekillendireceği konusunda da önemli bir tartışmayla karşılaşmadı. Bu çalışmada, küresel ilaç endüstrisinin devam eden manipülasyonlarını ihmal etmeden yeni inşa olan yerelleşme politikasına, ne tür bir kamusalılığı çağırıldığına tüketim ilişkilerindeki çıktılarının sonuçları üzerinden bakılması hedeflendi. Elinizdeki çalışmanın konusu böylesi bir ortamda filizlendi.

1.1. Çalışmanın Tarihsel Arka Planı: “Küresel ve Yerel Farmakoloji Grameri Üzerine”⁶

1948 yılında yayınlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nin 25. maddesi sağlık hizmeti almayı bir insan hakkı olarak tanımlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) aynı yıl sağlık hakkını temel insan hakları arasına alarak, devletlerin bu hakkı vatandaşları adına korumak ve güçlendirmekle yükümlü olduğunu belirtmiştir. Böylece 1950’lerde güçlü bir emek hareketinin bulunduğu tüm ülkelerde, devletlerin herkese açık genel sağlık hizmetlerini benimseyerek geniş bir uygulama ölçeğine kavuşturduğu

⁶ “Farmakoloji Grameri” ifadesini Joseph Dumit’ten ödünç alarak kullandım. Kavram, ilaç biliminin söylediği şeylere, kurallarına veya yapısına atıfta bulunmaktadır. Bu kısımda küresel ve yerel düzlemdeki söylemler, kurallar, yapılardan söz edeceğimiz için bu ifadeye başvurdum. (Dumit, 2003).

görülmektedir. Ancak tıp bilimi ve teknolojisinin aynı yüzyılda sahip olduğu gelişmeler olmasaydı bugün ne bu haktan ne de sağlık hizmetlerinden söz edebilirdik. Tarihte ilk kez yeni türde ilaçların da keşfiyle bir “tedavi devrimi” yaşanmış; hastalıklar tedavi edilebilmiş, yaşam süresi uzarken ölüm oranları azalmış, yaşam kalitesi artmıştır. Kısacası ilaçların geniş halk kitlelerinin sağlığı ve toplumsal yeniden üretimi için stratejik karakteri öne çıkmıştır. Söz konusu tarihsel sürecin önemli bir sonucu ise, ilaç endüstrisinin bu gelişmeyle beraber çarpıcı bir büyüme hızı kazanmış olmasıdır (Leys, 2011, ss. 27-28). Bu tarihlerden itibaren ilaç üretim alanında birbirinden farklı ve çok boyutlu, ulusal ve uluslararası düzeyde çeşitli mücadelelerin ana hatları belirginleşmeye başlamıştır.

Hiç kuşkusuz sağlık politikalarının tarihsel süreçteki değişimi ilaçlarla kurulan ilişkinin arka planını oluşturmaktadır. Bilindiği üzere 1980 sonrası dönemde tüm dünyada devletin sağlık hizmetleri sunumundaki rolü ve sorumluluğu giderek azalmaya başlamıştır. Kimin nasıl korunacağını belirleyen sosyal eşitlikçi dinamikler, uluslararası finans kuruluşları ve şirketler tarafından yapısal bir şiddete uğramıştır (Farmer, 2003, ss.17-18). 1980’lerde başlayan ve tüm dünyayı etkisi altına alan neoliberalleşme dalgası, sosyal sağlık politikaları üzerinde etkisi giderek artacak bozucu bir uygulamaya dönüşmüştür. Bununla beraber neoliberalleşmeye bağlı olarak, devlet giderek sağlık alanındaki etkinliği azalan ve uygulayıcı rolünü denetleyici ve düzenleyici rolüyle değiştiren bir misyon edinmeye başlamıştır (Terzioğlu, 2011, s. 113). Ayrıca devlet, özel tıp kurumlarının yanı sıra özel sigorta ve ilaç şirketleriyle de yakın ilişkiye girdiği için bu özel kurumlar devletin halk sağlığı politikalarında önemli bir kayma ve değişim yaratmışlardır (Özbay vd., 2011, s.19). Bununla beraber ilaçların çok sınırlı örnekler bulunmakla birlikte geçmişten günümüze hemen her zaman özel sektörde üretildiklerini belirtmeliyiz. Dolayısıyla 1980 dönemi itibarıyla kırılmaya uğrayan devletçi sağlık politikalarıyken, ilaç politikaları bu dönüşümün etkisinin hissedilebileceği problemlili bir alan açmıştır. Bunun en iyi izlenebildiği süreçler; ulus aşırı şirketlerin merkez ülkelere çevre ülkelere kayması ve ilaç geliştirme potansiyeli bulunmayan bu ülkelere güçlü fikri mülkiyet hakları oluşturma talepleri olmuştur.

Bilindiği kadarıyla, 1879’da yürürlüğe giren ve 27 Haziran 1995 tarihine kadar geçerli olan ihtira Beratı Kanunu’na göre, Türkiye’de ilaçların patent koruması yoktur. Bu sayede müstahzar (hazır) ilaçlar Cumhuriyet dönemi öncesi ve Cumhuriyet’in ilk

yıllarını kapsayan dönemde genellikle eczanelerde üretilmişlerdir. Bu dönemde ihtiyaç duyulan hammadde yurt dışından ithal edilmiş ve ruhsatsız olarak piyasaya sunulmuştur. Aslında pek çok ülkede de benzer şekilde “yerli” ilaç formları üretilmiştir.

Burada bir parantez açarak ve kavram karışıklığını da önlemek adına bu yerli ilaçların nasıl yerelleştiğinden de söz etmemiz gerekmektedir. Öncelikle yerli ilaçlar genellikle bir kavramsal zıtlığın da etkisiyle küresel/yabancı ilaçların tam karşısında konumlanmakta ve özgün yahut yenilikçi bir form olarak anlaşılmaktadırlar. Yerli ilaçlar yukarıda da sözünü ettiğimiz “patentli” ve AR-GE odaklı ilaçların aksine, ÜR-GE (ürün-geliştirme) çalışmalarıyla üretilmektedir. Küresel ilaç sanayindeki yapılanma, AR-GE temelli ilaç üretimine odaklanmış ve bir özel veya tüzel kişi tarafından keşfedilmiş ya da geliştirilmiş ilaçları esas almaktadır. Bu ilaçlar uzun araştırmalar ve klinik çalışmalar neticesinde bir hastalığa olumlu etkisi ispatlanmış, temeli patentli bir moleküle dayanan ve benzeri olmayan ilaçlar olarak nitelendirilmektedirler (AİFD, 2022). Yerli ilaçlar ise patent koruması dolan ilaçların bilinen aktif maddeleri ya da formülasyonlarında birtakım özelliklerin değiştirilerek ortaya çıkarıldığı “ikincil buluş” niteliğindeki ilaçlardır. Türkiye’de tarihsel süreçte yerli üretime konu olan ilaçlar da bu nedenle keşif süreçlerine dayalı gelişmeyen bu tür ilaçları nitelendirmektedir.⁷

Bu bağlamda tarihsel süreçte özellikle İtalya ve İspanya’daki bazı firmaların bir araştırmacı firmanın yeni geliştirdiği ilacın etken maddesini hemen üreterek dünyaya çok ucuza pazarladığı, arkasından da önce bu ülkelerde olmak üzere, yerli ilaçların topluma sunulduğu görülmektedir. Bu süreçlerden Türkiye’deki ilaç sanayi de yararlanmıştır. Hazır ilaçlar Türkiye’de toplumun ihtiyacını karşılayacak şekilde uzun yıllar bu şekilde üretilmişlerdir (Çelik, 2004, s. 434). 1928 yılında çıkartılan 1262 sayılı İспенçiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu’yla ilaç üretimi ve ithalatında yasal düzenlemeler getirilerek, ilk kez devlet kontrolü sağlanmıştır. Bu bağlamda eczanelerde başlayıp, laboratuvarlarda sürdürülen ilaç üretiminin 1950’li yıllara kadar sürmüş olduğu, bu yıllardan sonra ise ilaç üretiminde fabrikalaşma döneminin başladığı bilinmektedir. Yine bu dönemde Eczacıbaşı, Fako, Mustafa Nevzat, Abdi

⁷ Bu ilaçlar günümüzde jenerik, muadil, eşdeğer, kopya, ucuz ilaç gibi isimlerle de bilinmektedir. Bunun yanında söz konusu ilaçlar halk dilinde daha çok “muadil ilaç” kavramıyla karşılanmakta, sağlık meslek gruplarında ise “jenerik ilaç” kavramının daha yaygın kullanıma sahip olduğu anlaşılmaktadır. Dolayısıyla 2000’ler sonrası dönemde dile getirilen ilaçlar yerel ilaç sermayesini işaret eden jenerik/muadil ilaçlardır.

İbrahim, Santa Farma, İbrahim Ethem gibi yerli firmalar sektörde görünür hale gelmişlerdir (Söğüt, 2006, s. 19) Burada önemli bir itici güçten de muhakkak söz edilmelidir. 1950’li yılların devletçi politikaları diğer pekçok sanayi kolunda olduğu gibi yerli ilaç sanayini de desteklemiş ve güçlenmesine yardımcı olmuştur. Bu devlet destekli sanayi politikalarına ek olarak, biri yakın tarihimizden de bildiğimiz kamuya ait iki yerli ilaç üretim alanı olduğu görülmektedir. Bunlardan biri Milli Savunma Bakanlığı (MSB) Ordu İlaç Fabrikası⁸, diğeri Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) İlaç Fabrikası’dır.

Ulus ötesi sermayenin özellikle 1980’li yıllardan sonra artan talepleri ulusal ilaç üretim alanı için büyük yapısal değişikliklerin yaşanmasına neden olmuştur. Zira bu süreçte yaşanan temel bir değişiklik 1950’li yıllarda ortaya çıkan devletçi politikaların değişmesi, ulus aşırı sermayenin taleplerininse belli siyasa süreçlerine bağlı olarak kabul edilmesi anlamına gelmektedir. Bunlar içinde ulusal ilaç üretimini baltalayan en önemli konulardan biri ulus ötesi sermaye kesiti ile imzalanan Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (*Ticaretle Bağlantılı Fikri Mülkiyet Anlaşması*) (TRIPs) anlaşması olmuştur. TRIPs anlaşması, fikri mülkiyet hakları tarafından tanınan korumanın kapsamı ve içeriği itibariyle minimum standartlarını belirleyen ve bu noktada daha önceki uluslararası anlaşmalara nazaran en fazla standardizasyon sağlayan anlaşmalardan biri olmuştur. 1995’te ülkemiz ilaç ihtiyacının %85’ini karşıladığı iddia edilen yerli ilaç sanayi General Agreement on Tariffs and Trade (*Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması*) (GATT) ve TRIPs anlaşmaları ekseninde yeni bir yapılanma sürecine girmiştir. Bu süreçte bazı şirketler kapanmış veya satılmış, devam eden şirketler tamamen “ikincil buluş”lara yönelmiş veya fason ilaç üreticisi olmuş, bazıları çok uluslu şirketlerle ortak lisans ve pazarlama anlaşmaları yapmıştır. Aslında bu yapılanma Türkiye’deki yerli ilaç üretimi imkanlarını neredeyse tümünden tersine çevirmiştir. Diğer ulusal kesimlerde olduğu gibi ulusaşırı şirketler Türkiye’de de kendilerine tanınan bazı ayrıcalıklara yaslanarak yerini sağlamlaştırmıştır.

TRIPs anlaşmasının imzalanmasında örgütsel ve siyasal bölünmüşlük ana nedenlerden

⁸ MSB Ordu İlaç Fabrikası’nın tarihine bakıldığında, 1835 yılında “Askeri Eczahane-i Amire” adıyla kurulduğu ve başta askeri hastanelerin ihtiyaçlarını karşılayacak malzemeleri üretmeyi hedeflediği görülmektedir. Bunun dışında bir amaçla üretim yapılmamaktadır. Kâr amaçlı olmayan bu fabrikanın 2000’li yıllarda modernizasyonunun gerçekleştiği ve halihazırda kodeks ampül, sargı ve pansuman malzemeleri, tablet, kapsül, solüsyon, pomat ve toz üretimi yapıldığı bilinmektedir (Şahne ve ark., 2015, s. 172-174).

biri olarak gösterilmektedir. Diğeri Avrupa Birliğı (AB) entegrasyon süreci olarak gösterilmektedir. Entegrasyon süreci nedeniyle, bu dönemde ilaç ürünlerine patent koruması sağlamaya yönelik fikri mülkiyet hakları rejimi ve devletin uluslararasılaşması GATT ve TRIPs anlaşmaları neticesinde yerini sağlamlaştırmıştır (Eren Vural, 2015). Güçlü patent korumasının yeni ilaç geliştiremeyen tüm yerel ilaç sermayesi için koşulları değiştirdiğı iddia edilebilir. Bu süreçte yerel ilaç sermayesi teknolojiye erişebilmek adına ulus ötesi ilaç sermayesine bağımlılığını artırmıştır. Burada da yukarıda sözünü ettiğimiz türden gelişmeler yerli sermayeyi şirket evliliklerine sürüklemiş ve yeni türde varoluş mücadeleleri yaratmıştır. Ancak bugünden biliyoruz ki, yerli ilaç sermayesi tüm bu girişimlere rağmen keşif odaklı ilaç araştırmalarında neredeyse hiç yer alamamıştır. Diğer taraftan kamusal girişimler de ya sınırlı kalmış ya da sonlandırılmıştır.

Bu bağlamda, 1980’ler sonrası dünyayı etkisi altına alan neoliberal uygulamalar ve bunun sağlık politikalarını uluslararası sermayenin çıkarlarını genişletecek “reformlar” yoluyla şekillendirmesi ilaçlarla kurulan ilişkinin dönüşümündeki en önemli kırılmalardan birini oluşturmaktadır. Hatırlanacak olursa, Türkiye’de daha önce kamusal ilaç üretiminin olduğundan söz etmiştik. Bunlardan SSK İlaç Fabrikası, Türkiye’de ilaç üretim alanındaki tarihsel geçişleri gösteren en iyi örneklerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. 1979 yılında Şişli Bomonti’de kurulan ve o tarihten 2005 yılına kadar da Sosyal Sigortalar Kurumu’nun (SGK) yıllık ilaç ihtiyacının yüzde 20’sini karşılayan SSK İlaç Fabrikası yerli ilaçların devlet eliyle üretildiğı ve dağıtıldığı bir sisteme sahip olmuştur. Kapanmasının ardından, ilaç üretiminin devletle ilişkisi sonlanmış süreç tamamen özel sektöre devredilmiştir. SSK İlaç Fabrikası’nın geçmişine bakıldığında kapandığı dönemde ağır kesici, antibiyotik, vitamin ve öksürük şurubu gruplarından toplamda 22 kalem yerli ilaç (jenerik/muadil) üretimi gerçekleştirdiğı ve Petrol-İş Sendikası’nın o dönemde yayınladığı araştırma raporuna göre bu ilaçların piyasa ortalamasından %150 daha ucuz üretildiğı görülmektedir. Bununla beraber üretilen ucuz ilaçlar sayesinde SSK’nın 120 milyon dolar kâr etmiş olduğu hatta 2004 yılı itibarıyla SSK’ya kira hariç 40 milyon da gelir sağladığı şeklinde bilgiler de bulunmaktadır (Aydın, 2019). Peki üretim neden tamamen özel sektöre devredilmiştir? Bu değişim siyasi/popülist söylem tarafından genelde ilaç üretimde hantallıktan kurtulmak şeklinde olumlansa bile üretimin el değiştirmesinde, o dönemde hem SSK yönetimi hem de hükümet üzerinde piyasa güçleri ve sermaye

temsilcilerinin uyguladıkları baskı ve yönlendirmenin güçlü bir etkisi olduğu açıktır (Türk Tabipleri Birliği, 2006, s. 2). Konuyla ilgili hızlı bir internet tabanlı taramada çok sınırlı sayıda kaynağa ulaşılmaktadır. Ancak neticede ilaç üretim alanındaki kamusal son kısıntı böylelikle ortadan kaldırılmış, ilaç üretim alanındaki kamusal özel ayrımı da ortadan kalkmıştır.

Bu bağlamda Türkiye’de çok daha yakın zamanlı gelişen “ilaçta yerelleşme”⁹ politikaları da bu sürecin hem bir kırılma anını hem de ulusal ilaç üretimi konusundaki farklı söylem ve dinamikleri yeniden gündeme getirmiştir. İlaç üretmek, 1950’lerdeki kazanımlar ekseninde bugün hâlâ halk sağlığı ile ilgili ve bu nedenle de devletin sorunu olarak görülmektedir. Bu yüzden küresel ilaç tekellerinin, ulusal sağlık politikalarını içine soktuğu ve giderek derinleşen yapısal iki tür sorun; devletlerin *Big Pharma*’nın ilaçlar üzerinde yarattığı üretim süreçlerine dair baskı ve tüketim ilişkilerindeki manipülatif yörüngeden nasıl kaçınacağı, dolayısıyla ulusal bir ilaç politikasının üretimi sorunu halen tartışılmaktadır.

Esasında elinizdeki çalışmanın fikrinsel altyapısı ve araştırma motivasyonu tam da bu tartışmalara odaklanıldığı zamanda kurulmuştur. İlaç geliştirme imkanı bulunmayan 1980’lerle birlikte çoğu kez dışa bağımlı ilaç sanayileri yaratan bir kırılma sürecinden sonra 2000’li yıllarda gelen yerli ilaç üretimi süreçleri, Türkiye’deki ilaçta yerelleşme deneyimi ekseninde neler söylemektedir sorusu bir araştırma sorunsalı olarak belirmiştir. Yerli ilaç üretimi neredeyse tüm dünyada küresel ilaç endüstrisinde dönük eleştirilerde güçlü bir alternatif olarak öne çıkmakta ve hükümetlerin ilgisini çekmekteyse de yerli ilaç üretiminin/yerelleşmenin farklı tonlarıyla da karşılaşılmaktadır. Öyle ki Türkiye’nin yerli ilaç üretimi süreci de böylesi bir farklılık sergilemektedir. 1950’lili yıllara kadar eczanelerde süren 1950’lerden sonraysa devlet destekli teşviklerle başlayan güçlü bir fabrikalaşma dönemi yaşanmıştır. Bu bağlamda 2000’li yıllar, 2005’te kapanan son kamusal ilaç üretme teşebbüsüyle birlikte yeni bir

⁹ Burada yerelleşme kavramının İngilizce’deki iki farklı söyleyişinden söz etmemiz gerekmektedir. Birincisi “decentralization” bu daha çok sağlık sistemlerinde bir yönetim stratejisi olarak tanımlanmaktadır. Terim hesap verebilir sistemleri ve güç ilişkilerinin dönüşümünü sembolize etmektedir. Türkçede “adem-i merkeziyetçilik” denilen ve bir tür merkezsizleşme olarak düşünülebilecek, uygun şekilde yapılandırılmış ve yönetilen küçük organizasyonları nitelemekte, yerel olarak işletilen, yerel sorumlu kurumları ifade etmektedir. Bu şekilde geniş bir sağlık alanı örgütlenmesine tekabül etmektedir. Yerelleşme kavramının bu karşılığı çalışmada da belli anlamsal karşılık bulmasına rağmen, daha çok “localization” kavramı Türkiye’de ilaçta yerelleşme içerisinde geçen yerelleşmeye karşılık gelmektedir. Bu kavramın bir anlamda “yerileştirme” olarak Türkçeleştirilmesi ilaçta yerelleşmenin genel bir özetine karşılık gelmektedir.

sürece kapı aralamıştır.¹⁰

Toparlayacak olursak, Türkiye’de 1950’lerden sonra giderek hız kazanan bu eğilim aslında tüm dünyadaki ihracata dönük sanayileşme politikalarının bir sonucu olarak düşünülebilir. 1980’lerde küreselleşmeyle birlikte tekelleşme/kartelleşme başlamış, dev ilaç şirketleri ulusal pazarlara açılmıştır. 1990 yılından sonraki süreçteki fikri mülkiyet haklarının güçlendirilmesi süreçleriyle Türkiye’de zaten kısıtlı olan AR-GE faaliyetleri yine kısıtlı kalmış, 2000’li yıllarda kısıtlı olmaya devam etmiş ve ÜR-GE süreçlerine odaklanan ikincil buluşlar, jenerik/muadil ilaç geliştirilmesi ve ihracat pazarlarına yönelim artmıştır. Aslında ilaçta yerelleşme projesiyle birlikte değişen şey, ilaç üretim süreçlerindeki sorumluluğun kamusalıktan çıkışı ve artık tamamen özel teşebbüslere devri olmuştur. Bu tarihsel akış yerli ilaçların ve yerli ilaç üretiminin hem küresel ilaç üretim alanıyla mücadelesini hem de Türkiye’de iktidar bloğunun ürettiği yerelleşme repertuarını yatay ve dikey biçimde analiz etmenin önemli olduğunu göstermektedir.

1.2. Çalışmanın Amacı ve Kapsamı

Çalışmanın amacı, 2000’lerde yoğun bir biçimde gündeme gelen ve çeşitli tartışmalara sahne olmaya devam eden yerli (ve/veya milli) üretimin, 2016 yılında ilan edilen “ilaçta yerelleşme” projesi üzerinden izini sürmek, yerelleşmenin hangi yerelliklerde, nasıl ve hangi ilişkileri ya da duyguları yeniden üreterek işlediğini anlamaktır. Küresel ilaç endüstrisi üzerinde bu denli yoğun eleştiriler varken ilaçta yerelleşme sürecine bakmak ve sorunsallaştırmak ilk bakışta ters bir hamle gibi görünse de; Türkiye’de ilaçta yerelleşme sürecinin resmi adımlarının yeni atılmış olması, bununla ilişkili toplumsal ağlarda ilaç üretim ve tüketiminin sırasıyla endüstriyel ve toplumsal inşa süreçleri ve bu projenin nasıl işleyeceği gibi temel konular araştırma eğilimi ve heyecanını artırmıştır. Üstelik yerelleşme sürecini deneyimleyen aktörler üzerinden çeşitli güç ilişkilerini kıyaslayacağımız ve analiz edebileceğimiz bir sahanın mümkünlüğü konuyu daha da ilgi çekici hale getirmiştir. Bu bağlamda, yerli ilaç

¹⁰ SSK İlaç Fabrika’sı 2005 yılında kapatıldıktan sonra dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ bu süreci “Bizim ilaç fabrikamız olsun diye bir niyetimiz yok” şeklinde savunmuştur. Ardından yine AKP Hükümeti döneminde gelen yerelleşme çağrıları bu anlamda 2000’li yılların özellikle son dönemlerinde güçlenen yerli ve milli ilaç söyleminin temel yapısı ve hedeflerinin neler olduğunun tartışılması gerektiğini göstermektedir (Cansu, 2018).

şirketlerinin pazarlama yörüngeleri takip edilmiş ve çalışmanın araştırma sahası İstanbul Bağcılar olarak belirlenmiştir.

Türkiye'nin 1980 sonrası neoliberalleşme dalgasıyla birlikte, ilaç üretim alanında ulusaşırı küresel sermayenin çıkarlarına odaklanarak yerel/ulusal sermayenin çıkarlarını dışladığı düşüncesi alan yazında oldukça sık tekrarlanmaktadır. Diğer taraftan, özellikle günümüzdeki ilaçta yerelleşme hamlesi de benzer bir hipotez üzerinde gelişmektedir. Oysa bu tarihsel kırılmalar da göstermektedir ki, politikalar iktidar bloğunun içeriğindeki değişimlerle şekil almaktadır. Diğer taraftan yine iktidar ilişkileri çerçevesinde yeni türde (medikal) öznellikler yaratılmaktadır. Bu nedenle elinizdeki çalışma, Türkiye'nin yakın tarihinde ortaya çıkan ilaçta yerelleşme projesinden de hareketle üretimden tüketim ilişkilerine uzanan bir dizi süreci kendi tarihselliği ekseninde anlamaya çalışmaktadır.

Elinizdeki çalışmada, ilaçta yerelleşme projesinin yapılanma biçimine, toplum sağlığı için vadettiklerine, alandaki uygulama ve sonuçlarına bakılması planlanmıştır. Dolayısıyla Türkiye'de yerelleşme süreci ve yerli ilaçların üretim ve tüketim ilişkilerinde yaratacağı potansiyellerin incelenmesi çalışmanın ilk hedefi olarak ortaya konmuştur. Tüm araştırma boyunca da -ilaçta yerelleşme sürecini ele alan sınırlı sayıdaki çalışmada gözlemlendiği gibi- ilaçlarla yalnızca ekonomik ve politik anlamları/faydaları üzerinden değil, ilaçta yerelleşmenin toplum sağlığıyla ilişkili sosyal bağlamı ve taşıdığı imkanları göz önünde bulundurularak ilişkilendirilmesi önemsenmiştir.

Çalışma ulusal düzeyde ilaçta yerelleşme sürecine odaklanarak önce araştırmacının kendi zihnindeki genel sorulara yönelmiştir. Araştırma soruları (veya ilk etapta peşine düştüğü sorular) şu şekilde oluşturulmuştur:

- Yerli ilaç üretim ağları küresel ilaç üretim ağlarından hangi açılardan farklılaşmakta ve yerelleşme kültürünü hangi ilkeler üzerinden inşa etmektedir?
- Yerelleşme süreci sağlık alanındaki ilaçla ilişki kuran kişilerce nasıl anlamlandırılmakta ve mesleki pratiklerine hangi yönde etki etmektedir?
- Yerli ilaç üretimi, tüketim ilişkilerinde kullanım değeriyle uyumlu ve işbirlikçi olmak adına ne tür imkanlara sahip ya da bunu doğrudan hedeflemekte midir?

Bu sorular yoluyla sosyolojik bağlamı giderek genişleyen ilaçlara karşı, gelişme aşamasında olan ulusal/yerli ilaç alanının bir panoramasını oluşturma ve yerli ilaç ürünlerinin üretiminden tüketimine uzayan süreçlerde ortaya çıkan imkânların ya da temel sorunların incelenmesine odaklanılmıştır.

Sosyologlar ve diğer pek çok sosyal bilimcinin kırk yıla yakın bir zamandır ilaç endüstrisi ve ilaçlar hakkında çeşitli çalışmalar yaptığı bilinmektedir (Bunlardan bazıları için bkz. Abraham, 1995, 2008, 2010; Braithwaite, 1984; Gabe ve Bury, 1988; Fox ve Ward, 2008; Fraser, Valentine ve Roberts, 2009). Yine de ilaçların özellikle Türkçe yazında başat sosyolojik temalardan biri olarak yaygın biçimde üzerinde düşünülen ve çalışılan bir konu olmadığını belirtmekte fayda vardır. Bunda ilaçlarla ilgili bir soruşturmanın aynı zamanda tıbbi ve kimyasal bir bilgi birikimi gerektirmesine dair önyargılar ile saha araştırmalarında sağlık alanındaki aktörlere erişimde yaşanan sıkıntıların etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu anlamda sosyoloji alanında sağlığın tıbbi, ekonomik, siyasi ve etik boyutlarının çalışıldığı her konuda olduğu gibi ilaçlar ya da “ilaçlar sosyolojisi” hakkındaki yazında da karma/disiplinler arası bir yazınsal örgütlenmeyle karşılaşılmaktadır.

Buna geçmeden önce ilaçların sosyal bilimler literatüründe yer edindiği bazı ana başlık ve çalışmalardan bahsetmek gerekmektedir. Esasında ilaçların rolü ve ilaç endüstrisi üzerine en çok fikir üretimi tıbbileştirme/medikalizasyon (*medicalization*) literatürü ve zamanla ona eklenen ilaçsallaştırma (*pharmaceuticalization*) kavramı ekseninde gelişmiştir. İlaçlar hakkındaki çalışmalar erken dönemlerden itibaren medikalizasyon literatürü içinde ele alındığından özel bir ilaçsallaştırma literatüründen söz etmek pek mümkün değildir.

Medikalizasyon, “daha önce medikal olmayan ya da görülmeyen bir problemin, tıbbi dil kullanılarak tanımlanması ve tıbbi yaklaşımlarla tedavi edilmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (Conrad, 1992, s. 209). 1970’lerden sonra özellikle sosyologlar “tıbbi yargı yetkisinin genişlemesi”, “sağlık ve hastalık adına hayatlarımız üzerinde kontrol ve denetimin artması” ve “modern tıbbın etkisi ve iktidarı” gibi konular üzerinde özellikle durmuşlardır (Zola, 1972; Freidson, 1970; Conrad ve Schneider, 1980a, b). Bunlar dışında Illich (2014) 1970’lerde modern tıbbın iatrojenik etkilerinden ve medikal ürünlerin tüketiminin “hastalıklı bir toplum” yaratmaya

yardımcı olduğundan söz ettiği ve çok ses getiren metni *Sağlığın Gaspsı*'nda, ilaç endüstrisine en az doktorlar kadar “aşırı güven” ve “bağlılık” duyulduğunu iddia ederek bunu yıkmayı hedefleyen sert eleştiriler getirmiştir. Illich'in neredeyse tek başına yarattığı bu güçlü ve sarsıcı etkinin ardından, 1970'lerden 1990'lara kadar, medikalizasyon literatüründe ilaç endüstrisine dair düşüncenin ve eleştirilerin güncel eğilim ve gelişmeler ışığında ele alınmaya dek daha kısıtlı kaldığı da gözlenmektedir (Conrad, 2005, 2007; Conrad ve Leiter, 2004)

Çoğu önemli ölçüde sosyolog olmayan ama bu düşünsel birikimi öteye taşıyan isimlerin katkılarından da söz etmek gerekir. Bu bağlamda medikalizasyon süreçlerinin ilaç endüstrisinin yardım eliyle (“hastalık tacirliği”) büyüdüğüne (Moynihan, 2002; Moynihan ve Henry, 2006; Moynihan, 2020); ilaç endüstrisinin baskı grupları ve medya işbirliği yoluyla doktorlar üzerinde baskı oluşturduğuna (Blech, 2006); ilaç endüstrisinin (*Big Pharma*) ilaç üretmekle kalmayıp ilaçlar için de hastalık ürettiğine (Law, 2006); ve bunlar dışında medikalizasyon kavramının söylediği şekilde o güne kadar tıbbi görülmeyen bir dizi problemin tıbbi hale getirilip ilaçla tedavi edilebilir hale getirilmesine odaklanan (mesela Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite, Erektile Disfonksiyon, Kadın Cinsel Fonksiyon Bozukluğu, Bipolar Bozukluk ve Uyku) (Phillips, 2006; Lexchin, 2006; Tiefer, 2006; Healy, 2006; Williams, Gabe ve Davis, 2008) çalışmalar bulunmaktadır.

İlaçlara odaklanan çalışmalar içinde ilaç tüketimini ve “tüketiciye dönüşen hastalar”ı konu edinen çalışmalar da ayrı bir başlık altında ele alınabilir. Bilindiği kadarıyla reçeteli ilaçlar ABD ve Yeni Zelanda dışında tüketiciye doğrudan reklam edilmesi yasak olan ürünlerdir (Palumbo & Mullins, 2002). Ancak, 1980'lerden itibaren gündeme gelen “bilinçli-hasta” kimliğinin pompalanmasıyla sağlık tüketimi genel anlamda tüm dünyada hız kazanmıştır. Diğer taraftan kendi sağlığı hakkında kaygılanan, arayış içinde olan ve bulduğu yolları denemekten çekinmeyen bu yeni hasta kimliği “*best buy*” kültürü içinde aktif bir tüketiciye dönüşmektedir. Buna dikkat çeken ve ilgili literatürü titizlikle kullanan önemli bir çalışma Mold'un (2015) *Making the Patient-Consumer* isimli kitabıdır. Diğer taraftan Türkçe'ye çevrilen kitapların birçoğunda sağlıkta (ve ilaçlar özelinde) tüketim kültürünün yaratılması konu edilmektedir. Bunlar arasında ilaç şirketlerinin doktor reçetesini etkilemek için kullandığı taktikleri ve gereksiz reçeteleri (Goldacre, 2016); korkunun ve kaygının pazarlandığı sistemde hasta/tüketici olmayı (Aronowitz, 2019); “kandırma” ilaçlarının

tüketiminin sağlığa ve ekonomiye etkilerini (Ellison, 2008); ve çok genel bağlamda da kâr endeksli işleyen sağlık ve ilaç endüstrisini (Arslanoğlu, 2012,2013,2014) çeşitli yönleriyle konu edinen metinler bulunmaktadır.

Ana başlıklarımızdan bir diğeri ve daha güncel tartışmaların yürütüldüğü çalışmalar ilaç tüketimine odaklanırken ilaçların epistemik, politik ve ekonomik boyutlarının ve birbirleri ile ilişkisinin altını çizen çalışmalardır. Bunlar arasında bizim de teorik teçhizatından faydalandığımız Michel Foucault'nun metodolojisini kullanan önemli metinler bulunmaktadır (Rose, 1999, 2007; Cooper, 2008). Bu kısım bizim çalışmamız için ayrıca önemlidir zira Türkiye’de yerelleşme sürecinin analizi doğrultusunda üretim ve tüketim süreçlerine baktığımızda da söz konusu üç unsurun birbirine sıkı sıkıya bağlı olduğunu görebilmekteyiz. Diğer taraftan bu üç unsura bağlı şekilde, çalışma boyunca işlenmesi arzulandığı gibi yerelleşme süreci epistemik, politik ve ekonomik boyutla değer/duygu sistemlerini sentezleme ve yeni bir “değer” üretme sürecini de sembolize etmektedir. Bu anlamda kendi çalışmam en yakın gördüğüm ve beslendiğim önemli bir çalışma, Sunder Rajan’ın (2012a) *Biyokapital*’i olmuştur. Biyokapital kavramıyla, kapitalizmin yaşam bilimlerindeki sömürüsüne odaklanan Rajan bu çalışmada ABD ve Hindistan’daki ilaç geliştirme piyasalarına odaklanarak, Hindistan’da Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) üyeliği sonrası sağlık hakkı olan “halk”tan tüketiciye evrilen bireyleri merkeze almakta ve “küresel bir oyuncu” olma yolunda yerellik söyleminin ve bilinç katmanlarının yeniden üretimini konu edinmektedir.

Türkçe’de ilaçta yerelleşme bahsini doğrudan konu edinen kolektif bir çalışmadan da söz etmek mümkündür (Balçık ve ark., 2019). Ancak maalesef bu çalışmada ilaçta yerelleşme sürecinin yalnızca yerli ilaç sektörünün stratejik önemi ve güçlendirilmesine odaklanan bir tutumla yazıldığı anlaşılmaktadır. Bu anlamda ilaçta “yerelleş(tir)me” hedeflerine odaklanan çalışmalarda, genelde 1980’ler sonrası uluslararasılaşma süreçlerinin olumsuz etkilerine vurgu yapılarak, küresel sermayenin çıkarlarındansa yerel sermayenin çıkarlarının gözetilmesi hususu ön plana alınıp desteklendiği görülmektedir (Bkz. Eren Vural, 2015). Bu tür çalışmalar yerelleşme evrenini daha iyi analiz edebilmek için hiç kuşkusuz önemlidir. Ancak ilaçta yerelleşmenin ekonomik çıktıları kadar hasta merkezli olup olmaması veya etik mikro ilişkiler içerip içermemesi tartışması da önemlidir. Bu nedenle söz konusu çalışmaların tek boyutluluğu nedeniyle eksik bırakıldığı düşünülmektedir.

İlaçta yerelleşme konusunu elen bu çalışma toplamda 9 bölümden oluşmaktadır. Şu an

içinde bulunduğumuz “Giriş Bölümü”nden sonra gelen “İlaçta Yerelleşmenin Farklı Kutupları ve “Bağcılar Hattı”nın İlaçta Yerelleşme Panoraması” başlıklı 2. Bölüm’de Türkiye’de 2000’ler sonrası ilaçta yerelleşmeyi nasıl okumak gerektiğine dair bir giriş yapıyor. Buna göre, ilaçta yerelleşmenin bir kamusalılığa mı yoksa bir neoliberal semptomu mı karşılık geldiği *Bağcılar Hattı*’nın panoraması üzerinden tartışılıyor. Farklı öznellik ve duyguların yerelleşme ekonomisini besleyen boyutları üzerinde duruluyor.

“İlaçta Yerelleşme Sürecinin İnşası ve (Milliyetçi) Duyguların Rolü: “*Yerli İlaç Demek Bizim Demek*”” adlı 3. Bölüm’de öncelikle yerelleşme sürecinin katılımcılar tarafından nasıl anlamlandırıldığına ve özellikle “milliyetçi” duyguların bu anlamlandırma sürecindeki rolüne bakılmaktadır. İlaç üretim alanında (yerli) şirket ve devlet arasındaki ilişkilerin başta ülke çıkarlarından halkın ilaç talebine uzanan bir noktada bu duygular aracılığıyla meşruiyet kazandığı da gözlenmektedir.

“Yerli İlaç Versus Jenerik/Muadil İlaç ve Muğlak Duygular: “*Yerli İlaç İyi Hoş da...*”” başlıklı 4. Bölüm’de ise 3. Bölüm’de katılımcıların ilaçta yerelleşme sürecine karşı besledikleri duygulardan çıkarak yerli ilaçlar etrafındaki duygu ve düşüncelerine bakmaya çalışılıyor. Yerelleşme sürecinin öznesi olan yerli ilaçlar, jenerik/muadil ilaçlardır. Saha çalışması esnasında yerli, jenerik, muadil, eşdeğer, ucuz ilaç kavramlarının aynı anlama gelecek şekilde birbiri yerine kullanıldığı görülse de ilacı adlandırmanın ilaçla kurulan anlam ve kabul ilişkisinde önemli bir rol oynadığı gösterilmeye çalışılmaktadır. Aynı anlama geldiği söylenen yerli, jenerik, muadil, eşdeğer, ucuz ilaç kavramlarının tekil kullanımlarında yerelleşme sürecine karşı olduğu gibi bir “duygudaşlıkla” karşılaşılmamakta, duyguların değişim gösterdiği görülmektedir. Bu bakımdan yerli ilaçları imleyen jenerik/muadil ilaç ürünleri bu sefer daha çok ilacın bilimsel karakterine göre, yani patentli/orijinal ilaç karşısındaki ikincil konumuna göre anlamlandırılmaktadır.

“Yerelleşme Mekanı Olarak Bağcılar’da İlaçlar, İlaç Tüketiminde Çatallanmalar ve (Medikal) Öznellikler: “*Burası Bağcılar..*” adlı 5. Bölüm’den itibaren ilaçta yerelleşme ve tüketim ilişkileri mikro süreçlere odaklanarak ele almaya çalışılmıştır. Bu anlamda jenerik/muadil ilaçla ilişkilene Bağcılar’daki mekansal ve sınıfsal karşılaşmalar özelinde incelenmeye çalışılmakta ve ilaçta yerelleşme sürecinin makro boyutundan kopuş gerçekleştirerek, tüketim ilişkilerinde ortaya çıkan öznellikler üzerinde durulmaktadır. Bu bölümün son kısmında “hangi halkın ilacı” sorusuna da

cevap aranmaktadır.

“Yerelleşme Yapısal Sorunların/Yönetişimin Neresinde Duruyor?: “Devlet Demek ki Yazmamı İstiyor Yani Deyip...”” başlıklı 6. Bölüm, (medikal) özneleşmelerin neoliberal yönetimselliğin doğal bir sonucu olduğunu ve hastalardan doktorlara ve eczacılara kadar pek çok aktörün bu siyasal ve ekonomik kip etrafında şekil aldığını göstermeye çalışıyor. Bu anlamda katılımcıların ya da dolaylı yoldan tüketim ağlarına dahil olan katılımcıların mesleki deneyimleri ve tutumlarının yerelleşme sürecinin genel hedefleriyle uyumlu olup olmadığına da bakılıyor. Aslında doktorlar gereksiz/aşırı ilaç tüketimiyle ilgili hasta tutumlarını öne çıkarsalar da, bu bölümde kendi karşı tutumlarını çoğunlukla yapısal sorunlara dayandırdıkları görülmektedir. Bu da aslında yerelleşme sürecini makro bir ekonomi politikası olmak dışında yeniden tartışmayı gerektirmektedir.

Takip eden “Yerelleşme Mesleki Tutumların Neresinde Duruyor? İlaçlar ve (Medikal) Öznellikler” başlıklı 7. Bölüm tam da bu nedenle “aracı tüketici” olarak konumlandığı doktor, eczacı ve ilaç mümessillerinin çalışma pratiklerine bakmaktadır. Bu bölüm katılımcıların mesleki tutum ve pratiklerinden yola çıkarak, adeta kültür haline gelen gereksiz ve yanlış ilaç tüketiminde sadece hasta pozisyonlarını değil bununla ilgili yapısal sorunlar üzerinde yeniden düşünmemiz gerektiğini gösteriyor. Özellikle doktor ve eczacılar kendi mesleki birikimlerinin ve gereksiz ilaç reçeteleme karşısındaki etik tutumlarının tüketme odaklı şekillenmiş olan bir sağlık sisteminde gerçekleştiremediklerini düşünmektedir. Yerli ilaç şirketlerinden mümessillerinse bu tutumları çeşitli stratejilerle yönlendirdikleri anlaşılmaktadır.

8. Bölüm ise, “(Yerli) Şirket-Eczacı ve (Yerli) Şirket-Doktor Arasındaki İlişkiler” başlığıyla, yerli ilaç üreticilerinin doktor ve eczacılarla etkileşimine bakılmaktadır. Burada küresel ilaç endüstrisinde ilaç tüketimine yönelik manipülasyonları artıran satış ve pazarlama pratiklerinin yereldeki izdüşümleri incelenmeye çalışılmaktadır. Bu bölümdeki tartışmanın sona bırakılmış olmasının nedeni tüketim ilişkilerinin, satış-pazarlama ve (yerli) sermayenin çıkarları etrafında örülü çemberden çıkmadıkça makro politik ve ekonomik yerelleşme hedeflerinin yeterli olmayacağı düşüncesinin son bir özet vurgu olarak, görüşme notlarına dayalı biçimde verilmek istenmesidir.

9. Bölüm’de ise ilaçların halk sağlığının neresinde durduğu, yerelleşme projesinin temel hedefleri dışında tutularak ele alınmaya çalışıyor. Bu bölümde katılımcıların

görüşlerinden de yola çıkılarak özellikle Bağcılar'da sağlıklı olmanın ne anlama geldiği sosyal belirleyenlere bağlı olarak tartışılmaya çalışılmaktadır. Ardından Sonuç bölümüyle çalışma tamamlanmaktadır.

1.3. Çalışmanın Yöntemi ve “Bağcılar Hattı”nda Saha Süreci

2018 yılı Aralık ayında artık doktora ders dönemini tamamlamış yeterlik sınavına girecek bir öğrenci olarak kitapların arasında literatür tarama ile başlayan ama asla sonu gelmeyen bir okuma süreci içerisinde kaybolmuştum. Tıbbi alanda ve özellikle ilaçlarla ilgili düşünen sosyal araştırmacılar neler yazmış, hangi konulara odaklanmış, sahasını nasıl kurmuş gibi pek çok soru kafamda uçuşuyorken benim bakmak istediğim sosyal gerçeklik yani ilaçta yerleşme deneyimini gösteren bir saha, bir kenarda benim onun da üzerine düşünmemi bekliyordu. Konuştuğum hemen herkes, bu alanın henüz yeni yeni tartışılmakta olduğunu da göz önüne alarak bir an evvel “alandan birileriyle görüşmelisin” şeklinde uyarılarda bulunuyor ama ben sürecin teorik anlamda biraz daha olgunlaşması gerektiği konusunda inat ediyordum. Diğer taraftan özellikle tamamlanmış çalışmalardan aldığım hisle sanki sorularım önümde, randevularım tamam, ses kaydımı açmış bir şekilde görüşmeye gitmem gerekiyordu. Oysa elimde ne sınırları netleştirilmiş sorular ne de odaklanmak hedefinde olduğum net bir inceleme sahası bulunuyordu. Yine de pek çok açıdan hem uluslararası hem de ulusal ilaç üretim alanının yapısını, aktörleri, konumlanmaları, ilişkilene biçimleri ve bu alanla ilgili söylemleri derinlemesine incelemiştim. Üstelik elimde, araştırmaya ilişkin kapsamlı bilginin alandaki verilerden ve onların sistemli biçimde işlenmesinden elde edildiği fikrine dayanan bir araştırma metodu olarak, “Gömülü Teori” seçeneği de bulunuyordu.¹¹

¹¹ Türkçede “Temellendirilmiş Kuram”, “Gömülü Kuram”, “Grounded Teori” gibi farklı şekillerde de bilinmektedir. Çalışmada tamamen kişisel bir tercihe dayalı olarak, yaygın kullanımı olduğu düşüncesiyle “Gömülü Teori” tercih edilmiştir. Gömülü teori, A. Strauss ve B. Glaser tarafından geliştirilen ve araştırmaya ilişkin kapsamlı bilginin alandaki verilerden ve onların sistemli bir biçimde işlenmesinden elde edildiği fikrine dayanmaktadır. Buna göre araştırma soruları ve cevapları, araştırmacının yöneleceği merkez konular yine saha deneyiminin içinde kabul edilmektedir. Bu nedenle araştırmaya dair her şeyin eylemlerde ve etkileşimlerde gömülü olduğu ampirik temele dayalı bu araştırmada teori de sosyal gerçeğin dikkatli biçimde gözlenmesi ve analiziyle gelişir/ortaya çıkar (Marshall, 1999, s. 20). Araştırma sürecini/aşamalarını sürekli birbiriyle ilişkilendirerek kuran bu yaklaşım benim çalışmam için de faydalı bulunarak benimsenmiştir.

Nihayet kendimle cebelleşmeyi bırakıp alana çıkmaya karar verdiğimde bu sefer ikinci bir güçlüğü önce nereden başlayacağımı bulmak konusunda yaşadım. Kimliğini belli etmemem gereken bir tanıdık vasıtasıyla, İstanbul’da orta ölçekli bir yerli ilaç şirketinde çalışan üst düzey yöneticinin bizim randevu talebimizi geri çevirmeme nezaketiyle görüşme fırsatı yakaladım. Görüşmeyi ayarlayan kişi, normal şartlarda iş yoğunluğu böyle fazla olan birinin benimle asla konuşmayacağını ama bu kişinin okumayı ve her konuda düşünmeyi tartışmayı seven biri olduğunu belirtiyordu. Görüşmeyi ayarladıktan sonra aslında bundan sonraki süreci iyi değerlendirmem gerekiyordu.

Bu hedef doğrultusunda, 2018 yılında ilk kez İstanbul’da orta ölçekli yerel jenerik/muadil ilaç üreticisi şirkette çalışan üst düzey bir yönetici ve ardından yine bu şirkete bağlı çalışan ilaç mümessilleri ile ön görüşmeler gerçekleştirdim. Yönetici ile yaptığım görüşmelerde kendime bir sınır koymadım ama konuşmanın akışında özellikle anlamayı hedeflediğim şeyler şunlar olmuştur: İlaçların “küresel” ya da “yerli” diye kimliklendirildiği bir sistemde yerli ilacın statüsü ve yerli ilaç üreticilerinin satış ve pazarlamaya dönük tutumları. Ancak bu yöndeki aktarımları başka bir bilgi edinmemi sağlamış ve satış ve pazarlama süreçlerinde yerli ilaç şirketlerinin yoğunlaştıkları bölgeleri ve ne nedenle bu bölgelere yoğunlaştıklarını anlamamı kolaylaştırmıştır. Diğer taraftan yerli ilaç şirketleriyle küresel ilaç şirketlerinin satış ve pazarlama stratejilerinden sahalarına kadar uzayan bir alanda farklılıkları olduğunu görmemi kolaylaştırmıştır. Böylece görüşme, araştırma sahamı belirlememde önemli ölçüde etkili olmuştur.

Görüştüğüm kişi yerli ilaçlar olarak kodlanan jenerik/muadil ilaç ürünlerine karşı toplumda ciddi bir önyargı olduğunu, satışının “Boğaz Hattı”nda neredeyse hiç olmadığını ifade etmiştir. Diğer taraftan “*brickler*”¹² olarak ifade ettiği bu bölgeler arasında “Bağcılar hattı” ile “Boğaz hattı” kıyasına sürekli biçimde başvurmuştur. Daha sonra görüşme yaptığım ilaç mümessillerinin de Boğaz hattını işaret ederek; “orası orjinalcidir” veya “orası orijinal kullanır” ifadelerini sıklıkla kullandıkları görülmüştür. Her ne kadar şirketler hemen her bölgede az veya çok saha elemanı bulundursalar da (ki bu bilgiyi de ön görüşmeler sayesinde edindim), ilaç tüketiminin belli başlı nedenlere dayalı -en çok da jenerik/muadil ürünlerin SGK’nın geri ödeme

¹² Görüşmelerde karşıma çıkan “brick” ifadesinin İngilizce’den ödünç alındığı görülmektedir. Özellikle ilaç mümessilleri arasında çalışılan bölgeyi karşılamak için kullanılmaktadır.

listesinde yer almasının etkisiyle- farklılaştığı ve bu anlamda doktorun reçete pratiğinden eczacının jenerik/muadil ilaca bakışına kadar bir dizi nedenle satış ve pazarlamada mekansal farklılık oluşabildiği anlaşılmıştır. Bu nedenle yerli ilaçlar ve yerelleşme sürecinin anlaşılabilmesi ve analiz edilebileceği bir mekan olarak bu ön görüşmelerde de sıkça öne çıkan “Bağcılar Hattı”nın araştırmanın sahası olarak seçilmesi uygun görülmüştür.

Tüm bu ön görüşmelerden sonra ilaç alanıyla yakından ilişkili üç farklı meslek grubuyla (doktorlar¹³, eczacılar ve ilaç mümessilleri¹⁴) görüşme yapılmasına karar verilmiştir. Konunun sosyolojik bir sorunsallaştırma halinde ortaya konduğu noktada Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Etik Kurul Komisyonu’na başvuru yapılmış ve çalışmanın etik kurul raporu alınmıştır. Bu aşamadan sonra sahaya çıkılmış ve toplamda 67 “derinlemesine görüşme” gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin tümü gönüllülük esasına dayalı gerçekleşmiştir. Kapsamlı görüşmelere 2019 yılı Temmuz ayında İstanbul Bağcılar’da başlanmış, Gömülü Teori’nin sunduğu stratejik adımlar takip edilerek araştırma belli aralıklarla 2020 yılı Temmuz ayına dek sürdürülmüştür.

Bu görüşmelerden 7’si çok kısa sürdüğü ve anlamlı veriler oluşturmadığı düşünüldüğünden çalışmaya dahil edilmemiştir. Görüşmeler, doktorlarla bağlı bulundukları Aile Sağlığı Merkezi’nde ve kendi odalarında gerçekleştirilmiştir ancak yoğunluk nedeniyle bu ancak mesai saatleri dışında mümkün olmuştur. Bu nedenle önceden randevu alınmış olup ya sabah çok erken saatlerde ya da akşamüzeri mesai saati bitiminde görüşmeler yapılmıştır. Eczacılarla görece daha esnek zaman dilimlerinde eczanede görüşülmüştür. İlaç mümessilleriyle ise kendi çalışma rotalarında uygun gördükleri bir mekanda görüşme yapılmıştır.

Görüşmelere başlarken kendilerini tanımaya yönelik çok genel sorular sorulması tercih edilmiştir. Ad, soyad, yaş, maaş vb. bilgilerin araştırmanın sonuçlarını da değiştirmeyeceği bilindiğinden bu tür sorular görüşmelerde hiç dile getirilmemiş hatta

¹³ Görüşme yaptığım doktorlar, Bağcılar’da belli bir süredir Aile Hekimliği’nde çalışan kişilerdir. Aile Hekimliği’nde çalışan doktorlarla görüşme yapılması özellikle tercih edilmiştir. Zira birinci basamağın, sağlık hizmetlerinin topluma en yakın olduğu birim olması düşüncesinden hareket edilmiştir. Bu görüşmelerde ise daha çok reçete edilen, akut ve kronik grup ilaçlar ve tüketim süreçleri üzerine görüşülmüştür.

¹⁴ 3 Temmuz 2015 tarih ve 29405 sayılı Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik beşeri tıbbi ürünleri hekim, diş hekimi ve eczacıya ziyaret yoluyla tanıtımını yapan yeterlik belgesi almış kişiyi, ürün tanıtım temsilcisi olarak adlandırmaktadır. Görüşme yapılan kişilerin çoğu kendisini tıbbi tanıtım sorumlusu ve mümessil/ tıbbi mümessil olarak tanıtmıştır. Doktor ve eczacılar tarafından da bu iş kolu nitelenerek en çok mümessil ifadesi kullanılmıştır. Bu nedenle çalışmada bu iş kolunu yürütenleri ilaçla ilişkili oldukları için ilaç mümessili olarak adlandırmanın daha tutarlı olacağına kanaat getirildi.

görüşmeye başlamadan önce de kişisel bilgilerin önemli olmadığı bilgisi verilerek, ileride paylaşılmayacağı da taahhüt edilmiştir. Çalışma boyunca da bu gizlilik taahhüdümüz gereğince katılımcılara meslek adlarının baş harfi ve görüşme sırasıyla ad verildiğini göreceksiniz. Buna göre, doktorlar için “D1, D2, D3 ... D20”, eczacılar için “E1, E2, E3 ... E20” ve ilaç mümessilleri için “İ1, İ2, İ3 ... İ20” şeklinde kodlanmışlardır. Katılımcılara görüşme içinde gereksiz müdahalede bulunulmamasına özen gösterilmiştir, sadece görüşmenin konu ekseninden kaydığı düşünüldüğünde müdahale gereği duyulmuştur.¹⁵

Görüşmeler başlangıçta yüz yüze ve de izin verildiği takdirde ses kaydı alınarak gerçekleştirilmiştir. Ancak 2019 yılı Aralık ayından itibaren tüm dünyayı yavaşça etkisi altına alan Covid-19 pandemisi pek çok araştırmacı gibi benim de izlediğim bu yolu değiştirmeme neden olmuştur. 11 Mart 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından pandeminin ilan edilmesiyle beraber, mesafe kurallarına uyulması azami önem kazanmış ve görüşmelere bir süre ara verilmesinin ardından bu sefer daha farklı bir yol izlenmiştir. Bu amaçla araştırmaya destek olmayı kabul eden katılımcılar için araştırmacının iletişim bilgilerinin, öğrenci kimlik kartının ve araştırmanın amacı ile yapılandırılmış soruların yer aldığı bir form düzenlenmiştir. Katılımcılara pandemi koşulları nedeniyle böyle bir formun hazırlandığı ve cevaplarını isterlerse elden, e-posta yoluyla, ses kaydı atarak ya da tercihe bağlı olarak görüntülü uygulamalar aracılığıyla iletebileceği belirtilmiştir. Sadece üç eczacı kendileri için hazırladığım açık uçlu sorulardan oluşan formu doldurmak için zaman ayıramayacaklarını bildirmiş ve görüşmeler sosyal mesafe gözetilerek yine eczane ortamında gerçekleştirilmiştir.

Esasında e-posta, ses kaydı ve hatta bazı durumlarda cevapların A4 kağıdında el yazısı ile yazılarak verilmesinin görüşmenin yerini tutmayacağı bilinse de formun araçsal bir işlevi olduğu düşünülmüştür. Örneğin yazılı cevapları elden vermek isteyen doktor ve

¹⁵ Bu konudaki tavrımı her zaman profesyonelce sürdürdüğümü iddia etmem mümkün değildir. Birçok araştırmacı gibi ben de görüşme öncesi ve esnasında çeşitli gerilimler yaşadım. Hatta daha önce hiç kapsamlı alan araştırması yapmamış biri olarak önce uzun bir süre alana çıkmakta zorlandım. Görüşmeler için randevu istemek benim için inanılmaz zordu. Görüştüğüm ve çeşitli sebeplerle görüşemediğim kimse tarafından ters şekilde karşılanmamış olsam da 67. görüşmede bile heyecanlandım. Bu süreçte sadece karşımdakini dikkatli dinlemeyi ve aslında onun anlattığı şeylerde cevaplarımın ve bir sonraki adım için sorularımın olduğunu öğrendim. Alana çıkmadan önce katıldığım bazı dersler olmasaydı eminim bu kadarını bile başaramazdım. Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyoloji Bölümü’nde tez danışmanım Aylin Dikmen Özarslan’dan aldığım Araştırma Metotları lisans dersi ile lisansüstüne verdiği Seminer dersi kafamdaki “Bir alan araştırması nasıl yapılır?” sorusuna önemli ölçüde cevap olmuştur. Yine Şehir Bölge ve Planlama Bölümü’nde Murat Güvenç, Jean-François Perouse, Yıldırım Şentürk ve Fuat Ercan’ın ortaklaşa yürüttüğü Şehircilik Çalışmalarında Yeni Metodolojik Açılımlar dersi de çeşitli alan deneyimlerini görmemi sağlamıştır. O nedenle tüm hocalarıma alan çalışmama dair daha dikkatli olmama yardımcı oldukları için teşekkür ederim.

eczacılarla çoğu kez kapı eşiğinden verdiği cevaplar üzerine ek sorular sorulmuş ve ayrıntılar konuşulmuştur. Buna elverişli olmayan zamanlarda ise katılımcıların iletişim bilgileri istenmiş ya da kendilerinin çalışma ortamlarında mesai öncesi ya da sonrası bir zamanda yeniden ziyaret edilmelerinde bir sakınca olup olmadığı sorulmuştur. Pandemi koşullarında 8'i eczacı ve 5'i doktor olan tüm katılımcılardan sonrası için de destek sözü alınmış ve ihtiyaç duyulduğu durumlarda kendileri tekrar tekrar dinlenmiştir. Görüşmelerin büyük bir kısmının pandeminin patlak verdiği döneme kadar yapılmış olmasının, özellikle sınırlı kaldığı düşünülen görüşmelerde yeniden iletişimin mümkün olmasıyla beraber, veri toplama sürecinde büyük bir eksiklik yaratmadığı düşünülmektedir.

Son olarak, görüşmeler için meslek grupları arasında bir sıra gözetilmediği belirtilmelidir. Örneğin 2019 yılında birkaç doktor ile görüşme gerçekleştirildikten hemen sonra sınırlı sayıda eczacı ve sonra da yine sınırlı sayıda ilaç mümessiliyle görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşme grubundaki çeşitlilik düşünüldüğünde, karşılaştırmalı analiz için de bu yolun daha isabetli olduğu daha sonra veriler analiz edilmeye başlandıkça anlaşılmıştır.

Görüşmelerin, Gömülü Teori metodolojisine göre, verilerin belli bir doygunluğa ulaşıncaya kadar devam etmesi gerekmektedir. Bunun anlamı yeni bir kategori veya yeni bir örneğin ortaya çıkamadığı durumda araştırmanın sonlandırılabilmesidir. (Glaser & Strauss, 1967 , s. 61). Bu çalışmada da her bir meslek grubunda ortalama 15 kişi ile yapılan görüşmelerde aslında yeni veri eklenemediği ve kategori geliştirilemediği fark edilmiş ancak ihtiyaten her bir görüşme grubu 20'ye tamamlanıncaya dek görüşmeler sürdürülmüştür.

Bu noktada yine Gömülü teoriye dönerek verilerin analizi süreci ve literatürle ilişkilene süreçlerine de değinmem gerekir. Literatür takip edildiğinde, Gömülü Teori yaklaşımının ilk kez Barney G. Glaser ve Anselm L. Strauss'un 1967 yılında yayınlanan "*The Discovery of Grounded Theory Strategies For Qualitative Research*" adlı çalışması ile ortaya çıktığı, ardından yine Glaser ve Strauss ile onları takip eden diğer araştırmacılar tarafından güncellendiği ya da bazı noktalarda detaylandırıldığı görülmektedir (Glaser & Strauss, 1967; Glaser 1978; Strauss, 1987; Charmaz, 2006). Diğer çalışmalara bakıldığında, Gömülü Teorinin ilksel prensiplerine ve stratejik kavramlarına bağlı kalındığı ancak bazı konularda yaklaşım farkı geliştiği anlaşılmaktadır. Özellikle verilerin analiz edilmesi ve literatürle ilişkilene

süreçlerinde bu yaklaşım farkları elinizdeki çalışma için de önem kazanmış ve daha işlevsel olduğu düşünülen yaklaşım/lar çalışmaya sunduğu pratik fayda göz önünde bulundurularak benimsenmiştir.

Gömülü Teori veriden yola çıkarak teoriye ulaştırma hedefi dışında, bunu yaparken verilerin analiz edilmesi gibi zorlu bir süreçte veri toplama ve analize dair de araştırmacıya rehberlik etmektedir. Bakıldığında Gömülü Teori'nin hemen her zaman bu iki yönüyle öne çıktığı literatürde de açıkça görülmektedir. Gömülü Teori verilerden elde edilen kategorileri tanımlama ve aralarında ilişki kurma yönüyle veri analizine yön vermektedir. Bunun için “teorik örnekleme”, “sürekli karşılaştırmalı analiz” ve “teorik kodlama” gibi kendi metodolojik ruhuna uygun bir takım anahtar kavramları da kullanıma sokmaktadır. (Carla, 2013, s. 213) Söz konusu anahtar kavramlar, Gömülü Teoriyi diğer nitel araştırma desenlerinden ayıran bir özelliği, veri toplama ve analiz süreçlerinin eş zamanlı yapılabilmesini, mümkün hale getirmektedir. Alandan elde edilen verilerin analiz edilmesi ve tasnifi sayesinde de öne çıkan kategoriler takip edilmiş ve bunlar tezin teorik çerçevesini şekillendirmede belirleyici olmuştur. Görüşmeler tamamlanana kadar tüm aşamalarda veriler karşılaştırma yapılarak yeniden yorumlanmış ve not edilmiştir. Görüşme ve görüşmelerin deşifre edilmesi ile verilerin analizi ve not alma süreci birlikte yürütülmüştür.

Glaser ve Strauss'un 1967'deki çalışmasının ardından hem Glaser ve Strauss hem de onları takip edenler arasında yaklaşım farkları olduğu belirtilmişti. Bu yaklaşım farklarından birinin veri toplama ve analiz süreçlerinde gerçekleştiği gösterilmeye çalışıldı, diğeri ise bu süreçlerde literatürün hangi aşamada, nasıl ve ne kadar dahil olması gerektiği hakkındadır. Esasında Glaser ve Strauss arasında sonraki dönemlerde gelişen farklılıklar, Gömülü Teori'yi Pozitivistik ve İnşacı Gömülü Teori olarak ayırmaya götürmüştür. Pozitivist kanadı Glaser temsil etmekte ve araştırmaya başlanmasından önce önyargılardan olabildiğince arınmayı salık vermesi, salt veriyi öne çıkarması ve araştırmacının inceleme sırasında pasif olması görüşünü dile getirmektedir. Strauss ise kişinin araştırmadan önce muhakkak genel bir fikre sahip olduğu, verinin yorumlanmaya ihtiyaç duyduğu ve Glaser'e tam zıt şekilde araştırmacının bu süreçte sürekli aktif olması gerektiğini ifade etmektedir (Jones & Alony, 2011, s. 5). Aralarındaki farklılıklardan bir tanesi de literatürün kullanılmasıyla ilgilidir. Glaser'e göre teorinin ortaya çıkışı sırasında literatürle ilişkilene çalışmayı gerçek yönünden saptırabilirken (Strauss 1987'den akt. Heath & Cowley, 2004, s.

143); Strauss ise bu süreçte literatürün okunmasının teorik hassaslığı teşvik edeceğini düşünmektedir (Strauss 1987'den akt. Heath & Cowley, 2004, s. 143). Bu noktada çalışma için Strauss'un İnşacı Gömülü Teori yaklaşımı ve onları takip eden önemli bir başka isim olarak Kathy Charmaz'ın yaklaşımı benimsenmiştir.

Charmaz da Strauss gibi dış dünyanın araştırmacının bakışından ayrılamayacağını düşünmektedir. Charmaz'a göre, araştırma sürecinde araştırmacıdan ve onun düşünce evreninden bağımsız bir araştırmanın gerçekleşmesi oldukça güçtür. Yapılan gözlemler ve onları nasıl yaptığımız, ne gördüğümüz içinde bulunduğumuz koşullarla yakından ilişkilidir (Charmaz, 2009, s. 130-131). Bu nedenle veriler analiz edildikçe aslında farkında olmadan sahip olduğum literatür birikimiyle de ilişkilendiğimi farkettim, verilerimi sürekli ilgili gördüğüm literatürle yorumluyordum. Yine bu noktada belirtmem gerekir ki, çalışmada yaslandığım kuramsal ve kavramsal çerçeve tamamen veri analizi yaptığım ve çeşitli bağlantılar üzerine düşündüğüm noktada meydana çıkmıştır.

2. İLAÇTA YERELLEŞMENİN FARKLI KUTUPLARI VE “BAĞCILAR HATTI”NIN İLAÇTA YERELLEŞME PANORAMASI

Yerli (ve/veya milli) üretim AKP’nin 2000’ler sonrası dönemde ana siyasetinde yer kaplayan ve son dönemlerde adını çok daha sık duyduğumuz önemli kavramlardan biri haline gelmiştir. Ulaşımdan savunma sanayine, iletişimden tarıma ve bizim de konumuz olan ilaçlara kadar bir dizi konuda yerli ve milli projelerden birbiri ardına söz edilmektedir. Siyasi ve toplumsal dağarcığa giderek daha fazla yerleşen yerli üretim mefhumunu nasıl düşünmek veya anlamak gerektiği üzerindeki kısa erimli tartışmaların yoğunluğuna bakılacak olursa Türkiye’nin yakın tarihini meşgul eden bu konunun, uzun bir süre daha tartışılmaya devam edeceği öngörülmektedir.

Esasında “yerli üretim” Türkiye için yeni bir olgu değildir. Cumhuriyet’in ilk yıllarından itibaren yerli üretimin gelişmesi için, devletçi politikalarla sanayileşme hamleleri ve kalkınma için devlet desteğiyle yerli ve milli burjuvazinin yetiştirilmesi gerektiği inancıyla karşılaşılmaktadır. Özellikle de 1930’lu yıllarda Büyük Buhran’ın etkisiyle dünya ticaret hacminin daralması bu devletçi yaklaşımı güçlendirmiş, 1960’lı yıllardan itibaren kalkınma planları çerçevesinde ithal ikameci bir sanayileşme politikası devreye sokularak Türkiye ekonomisinin yerli üretim kapasitesinin önemli ölçüde artması sağlanmıştır (Boratav, 2013). Türkiye ilaç sanayinin, özellikle fabrikalaşma döneminde bu doğrultuda yapılandığından çalışmanın giriş bölümünde kısaca söz edilmiştir.

Fakat bu sürecin ardından, 1980’lerde yükselişe geçen neoliberal küreselleşme dalgası ile birlikte yerli üretim kavramı da neredeyse tarihe gömülmüştür. Buna sebep olan tarihsel koşullar, Türkiye’nin kademeli bir sanayisizleşme tecrübesini de göstermektedir. Küreselleşme bilindiği üzere mal ve hizmetlerin, teknolojik birikimin ve finansal kaynakların ülkeler arasında dolaşabildiği bir sürece karşılık gelmektedir. Bahsedilen alanlarda ulus devletlerin etkisi ve öneminin zayıflaması, buna karşılık çok uluslu şirketlerin bir adım öne geçmesi bu sürecin önemli bir özelliği kabul edilmektedir (Şenses, 2016, s. 236). 1980’ler sonrasında çok uluslu şirketler yüksek iş gücü maliyetleri, vergiler ve pazara yakın olma gibi nedenlerle üretim tesislerini merkez ülkelere doğru kaydırmıştır. Gelişmekte olan ülkeler ise

kendilerine ihracat, istihdam ve üretkenlik sağlayacağı düşüncesiyle yabancı yatırımcıları çekmek için birbirleriyle çetin bir yarışa girmişlerdir. Ancak bu yarışın olumsuz bazı sonuçları olmuştur. Bunlardan biri AR-GE süreçlerinin merkez ülkelerde kalması dolayısıyla kurumsal ve teknolojik alt yapısı olmayan gelişmekte olan ülkeler için yerli sanayinin gelişimine nitelikli katkı sunamamasıdır. Diğer de mevcut imalat sektörlerinin durağanlaşması ve söz konusu ülkelerde “erken sanayisizleşme” tecrübesi yaşanmasıdır (Rodrik, 2016). Neoliberal küreselleşme sürecine bugünden bakıldığında, bu sürecin uluslararası sermayenin çıkarlarını önceleyen ve diğer ulus devletleri yine böylesi bir amaç etrafında buluşturan sanayileşmiş ülkeler ile onların uluslararası düzlemde sözcülüğünü yapan DTÖ ve Dünya Bankası (DB) gibi kuruluşlar tarafından önerilen mali kurallar ve yapısal reformların düzenli ve programlı bir işletme sürecinden ibaret olduğu anlaşılmaktadır. Türkiye’de de bu tarihsel koşullara bağlı olarak 1980’li yıllardan itibaren sanayisizleşme tecrübesi yaşanmaya başlamış ve 2000’li yıllardan itibaren aktif bir sanayisizleşme sürecine girilmiştir.

Türkiye’de ilaç üretim alanı bu gelişmelerin erken dönemlerden itibaren takip edilebildiği alanlardan biridir. Yerli ilaç sanayi özellikle devlet yardımları ve inşaa süreçleriyle sahip olduğu yapılaşma eğilimini kaybetmiş ve 1980 sonrası süreçte uluslararası ilaç şirketlerinin baskısı altında şekil almaya başlamıştır. Hatta öyle ki bu sürecin etkileri özellikle toplum sağlığının mikro alanlarında küresel unsurların etkilerini tartışmanın bugün bile devam etmesine neden olmaktadır. Bu bölümün konusu, tam da bu sanayisizleşme sürecine denk gelen, daha önce ivme kaybeden ve ani bir kırılma ile geri dönen yerelleşme/yerlileşmenin 2000’li yılların tarihsel koşullarında bugün bize ne söylediğini anlamaktır. Bu nedenle ilaçlardan yola çıkılarak, ilk kısımda farklı yerelleşme/yerli üretim deneyimlerine değinilecek ve ulusal konjonktürdeki yerelleşme/yerli üretim deneyiminin ana hatları ortaya konmaya çalışılacaktır. Diğer taraftan yerelleşme sürecinin kendisinin ulusal düzeyde de bazı çatalanmalar yarattığı düşünülmektedir. Bu yerli ilaçlarla ilişkilenmenin düzeyinin bir toplumsal durumdan diğerine ya da sınıflar arası biçimde değişme potansiyeli içerdiğini ifade etmektedir. Bu nedenle ikinci kısım, “Nasıl bir yerelleşme”den “Nasıl yerelleşiyoruz?” sorusuna doğru kayarak “Bağcılar Hattı”nda deneyimlediğimiz saha süreçleri üzerinden bu soruya cevap vermeye çalışacaktır.

2.1. Nasıl Bir Yerelleşme?: Kamusalılık ya da Neoliberalizmde Yerelleşme Semptomları

“Yerli üretim deniyor. Biz üretiyoruz ama bunu şöyle düşün, bir AR-GE yapamıyoruz. Yani yapıyorsak da ben bir kere sormuştum bir mümessile mesela, “Bunu sizin şirketiniz mi geliştirdi, buldu?” diye. “Hayır hocam Türkiye’de yok ki öyle ilaç.” demişti, işte orijinal dediğimiz ilacı kastediyor. Baya bilindik bir Türk firmadan bahsediyorum yani. Türk firmalar daha çok muadil ürün diye tabir edilen, onların belli koruma sürelerinin tamamlanması ile üretilen ilaçları üretiyor ve kendi markasını adını veriyor. Bu şekilde de şirketler giderek artıyor. Bunun nasıl bir faydası olabilir diye düşünecek olursak da istihdam yaratır diyebiliriz. Yani bilimsel bir buluş falan çok zor. Bir de tabi şöyle bir şekilde üretiyoruz. Mesela atıyorum tamamen Pfizer Türkiye’deki bir firmaya diyor ki: “Sen benim ilacımı üret, ben sana komisyonunu vereceğim çünkü ben artık burada zarar ediyorum.” diyor. Türkiye’de birçok firma bu üretim sayesinde ayakta kalıyor bildiğim.” (D-14: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Yerli üretimden ne anladığımız bugün karmaşık bir görünüm arz etmektedir. Yerli üretimin ne olduğu üzerindeki tartışmalarda bir grup yerli üretimi yeri yurdu üzerinden tarif etmeye kalkmakta ve yerli olanın ulusal sınırlar içinde üretilene denk düştüğünü savunmaktayken bir diğer grup yerli üretimin karakterine odaklanmakta ve yerli üretimi var edenin ona katılan ulusal değerle birlikte anlaşılması gerektiğini savunmaktadır (Sayan, 2021, s. xxiv). Bu anlamda tartışmanın bir kutbu iç pazarı canlandıracak ulusal sınırlar içindeki üretim sürekliliğinin daha önemli olduğunu düşünmekteyken, diğer kutup gerçek manada yerlileşmenin ancak teknolojik içeriği ve katma değeri yüksek mallarda uzmanlaşma ile gerçekleşeceğine dair bir inanç beslemektedir. Bu tartışmalar ekseninde, Türkiye’nin yerelleşme evrenini ilk kutbun şekillendirdiğini söylemek sanırım yanlış olmayacaktır.

D-14’ün aktarımında da görebildiğimiz gibi yerli ilaç üretimi AR-GE odaklı ilerlememekte, keşfe değil “ikincil buluşlara” odaklanmakta yani orijinal ilaçlara değil onların patentle koruma süresi bittikten sonra üretilmesi mümkün hale gelen jenerik/muadil ilaç formlarının yerlileşmesini esas almakta ve neticede ya da en azından yerli üretimin en çok istihdam yaratma potansiyelini öne çıkarmaktadır. Bu da yine iç pazar dengesindeki istihdam ölçüsünü tutturmayla ilişkili düşünülmektedir.

Diğer katılımcılarda da tıpkı D-14'te olduğu gibi yerelleşmenin istihdam, ihracat yaratma potansiyeli ve üretkenlik gibi parametreler üzerinden düşünülme eğilimi oldukça yüksektir. Ayrıca ilaç ürünlerinin keşif süreçlerinin çok zor ve zahmetli olduğu, ülkedeki şirketlerin bilimsel ve teknolojik alt yapısının buna uygun olmadığı düşüncesinin dolaşımda olan bilgiler olduğu da görülmektedir. O yüzden geriye yerli üretimin yalnızca ekonomik nedenlerle -ki bu da ülke ekonomisinden eczacının çıkarına doğru uzayan bir şekilde genişlemekte ve anlaşılmaktadır- bile olsa desteklenmesi gerektiği düşüncesi kalmaktadır. Çalışma boyunca da görebileceğimiz gibi, güçlü biçimde “ulusal” pazarı/şirketleri gözetken bu anlayış Türkiye’de ilaçta yerelleşme sürecinin belli açılardan eksik biçimde tartışıldığını ve farklı boyutlarıyla sorunsallaştırılması gerektiğini göstermektedir.

Bu bağlamda, (yerli) ilaç şirketlerinin nasıl bir yerelleşme evreni kurduğu, kamusal ilaç üretme teşebbüslerinin tamamen sona erdiği Türkiye’de yerli (jenerik/muadil) ilaç ürünlerinin piyasadaki konumları, halk sağlığına dair ürettiği avantaj veya dezavantajlar, bu ilaç formlarının birden fazla sayıda yerleşmesi nedeniyle piyasadaki sağaltım rekabetini nasıl şekillendireceği gibi konular hemen hiç tartışılmamaktadır.

Bununla birlikte yerelleşme olgusu, 1980 sonrası dönemde görünürlük kazanan ve ardından 2000’li yıllarla birlikte kökleşen neoliberal sağlık politikaları tartışmalarının da genellikle uzağında kalmaktadır. Hatta öyle ki, Türkiye’de son dönem yazında neoliberal sağlık politikaları tartışmaları içinde ilaçta yerelleşme neredeyse adından hiç söz ettirmemektedir. Bilindiği üzere, Türkiye’de hükümetlerin 1980’ler sonrasında “Sağlık Reformları” adıyla dile getirdikleri yapısal değişiklikler, 2003 yılında AKP hükümeti tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) olarak adlandırılarak takip edilmiştir. Bu süreçte daha önce genel süreçlere referansla belirttiğimiz gibi DB’nın dayattığı uygulamalar “özelleştirme” süreçleri ekseninde geniş yankı uyandırmıştır (Pala, 2017, s. 46-47). Bilindiği gibi, Türkiye’de ve dünyanın önemli bir kesiminde ulusötesi şirketlerin taşeronu olarak da gösterilebilecek kurumlar DB ve DTÖ gibi kurumlar “istikrar-yapısal uyum” politikaları adı altında programlar hazırlamış ve çevre ülkeleri uygulamaya davet etmiştir. Omurgası sürekli aynı kalan ama adı değişen reformlarla birlikte özelleştirme süreçleri dalga dalga yayılmıştır. Bu anlamda DB’nın 2002 yılında Türkçe yayımladığı *“Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar”* başlıklı rapor ile 2003 yılında Sağlık

Bakanlığı (SB) tarafından SDP'nin bileşenlerinin açıklandığı raporu kıyas eden Pala (2017), hemen tüm maddelerin devletin sağlık hizmetinden çekilme, özel sektörünse ya tek başına ya da kamu-özel teşebbüsü olarak güçlü biçimde sahneye çıkarılmasının planı olduğunu ifade etmektedir (s. 47). Aslında SDP'nin içeriğindeki 7. madde “Akılcı İlaç ve Malzeme Yönetiminde Kurumsal Yapılanma” alt başlıkları ise “Ulusal İlaç Kurumu” ve “Tıbbi Cihaz Kurumu” olarak belirtilmiştir. Ancak SDP'nin birçok maddesi özelleştirme süreçleri ekseninde tartışılırken, bu maddelerle ilgili ya da ardından gelen ilaçta yerelleşme sürecinin karakterine dair herhangi bir tartışmaya rastlanmamaktadır. Bunun akla gelen ilk nedeni, ilaçta özel sektörün zaten dışı olmadığına dair bir inancın kabulüyle, ulusal ilaç üretim alanına yani ulusal özel teşebbüslere daha ihtiyatlı yaklaşılması olduğu düşünülmektedir. Böylelikle yerelleşme/yerlileşme kamusal teşebbüsleri tamamen dışarıda tutarak, küresel çıkarlardansa yerel (jenerik/muadil) ilaç sermayesinin çıkarına odaklanmaktadır.

Oysa DB'nın 1980'ler sonrasında yayımladığı yapısal uyum programlarında yer alan sağlık reformları yerelleşmeyi gündeme getirirken sağlığı piyasaya açma, sosyal devleti yok etme, kamusal hizmetleri ödev ve sorumluluk dışına çıkarma yani sağlık hizmetlerini bireyselleştirmeyi amaçlamıştır. Esasında yerelleşmenin bir basamağı da “özelleştirme”dir. Türkiye’de yerelleşme olgusu bu anlamda demokratik bir uygulamayı çağrıştırmamaktadır. Yönetimi daha çok piyasa kurumlarına, ulusal/küresel sermayeye ve bunları temsil eden ya da zaman zaman lobi faaliyetlerini kuran STK'lara devretmektedir. Bu bakış açısı piyasanın demokratik değil kendi çıkarlarına göre davranacağını, halkın temsiliyetinin azalacağını ve halkın piyasayı denetleyecek imkanlardan soyutlanacağını savunmaktadır. Yerelleşme daha fazla katılımı ve demokrasiyi değil, sömürgeleştirilmeyi getirecektir. Zira yereldeki güç odakları ile merkezi güç odakları aynıdır, sermayedir. (İTO, 2006, s. 260). Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin, kamusal kuruluşlar tarafından sosyal dayanışmayı önceleyen biçimde yürütülmesine son verilerek kâr amacıyla çalışan özel işletmelerce yürütülmesinin, yani görünmeyen ellere bırakılmasının birtakım öngörülemez sonuçları oluşması muhtemeldir.

Özel sektöre bırakılan sağlık hizmetleri, genelde insanların gereksinimlerine göre değil, satın alma güçlerine göre biçimlenir ve yönlenir. Sağlık hizmetlerinin özel sektöre terkedilmesi, öncelikle koruyucu sağlık hizmetlerinin daha çok ihmal edilmesi ve daralması sonucunu doğurur. Çünkü koruyucu sağlık hizmetleri alanında piyasada

talep doğması mümkün değildir (Işıklı, 1996, s. 13). Bakıldığında ulusal şirketlerin küresel şirketlerden işleyiş açısından en azından piyasa koşulları düzeyinde önemli bir farkı bulunmamaktadır. Tedavi edici sağlık hizmeti yörüngesindeki hamleler bu anlamda ilaç talebini kışkırtıcı biçimde teşvik etmeye dönük işleme potansiyelini barındırmaktadır.

Bu çalışmanın ilerleyen kısımlarında da görebileceğimiz gibi, yerli şirketler tıpkı küresel rakipleri gibi rekabete girmekte, pazar araştırması yapmakta ve doktorları etkileme gücü taşımaktadırlar. Dolayısıyla burada şöyle bir soru sorulmalıdır: İlaçta yerelleşme, ilaca dayalı çözümlere bağımlılığı pekiştirmeyecek bir başka alternatif sunamaz mı? Daha şimdiden yerli jenerik/muadil ilaçların “ürün” üzerinden değil de “fiyat” üzerinden rekabete girmelerinin ulusal düzeydeki mücadeleyi artıracığı ve iç pazardaki rekabet dinamiğini şekillendireceği öngörülmektedir. Herhangi bir orijinal ilacın jenerik/muadili orijinal ilaç ile aynı etken maddeye sahip olduğu kabul edildiğinden eşdeğer olduğu da kabul edilmektedir. Dolayısıyla özellikle akut ve kronik gruptaki pekçok ilaç, daha çok fiyata dayalı hamleler gerçekleştirerek pazarda var olma mücadelesi vermektedir (Balçık ve ark., 2019, s. 4). Yerli jenerik/muadil ilaçların birden fazla sayıda yerlileşmesi söz konusu olduğu için rekabetin hem seyri hem de yoğunluğunun ileriki zamanlarda daha da değişeceği öngörülebilir. Bu anlamda aslında ilaçta yerelleşme süreci değerlendirildiğinde koyabileceğimiz teşhis, yerelleşmenin serbest piyasa içindeki yapılanmasından da yola çıkılarak neoliberal bir semptom gösterdiğidir.

Buraya kadar anlattıklarımız aslında belli ölçülerde sağlık hizmetleri örgütlenmesinin bir sonucu olduğundan sağlık alanını birikim alanı olarak düşünmeyen ulusal sağlık örgütlenmelerinde yerelleşme olgusunun nasıl tezahür ettiği de oldukça önemlidir. Bu anlamda sosyalist ekonomilerde de yerelleşmenin politik bir model olarak kullanıldığı bilinmektedir. Bunlardan en çok bilineni, Küba. Toplum katılımının ulusal sağlık sistemi içinde yasalarla garantiye alınmış olması, politika ve karar alma süreçlerinin Küba Komünist Partisi (KP) kadar kitle örgütlerinin de elinde olması, toplumsal alanda eşitlikçi ilkeleri benimsemesi vb. nedenlerle Küba bugün özgün bir sağlık politikasını sürdürerek kapitalist sistemden kendine özgü bir yerellikle kopmaktadır (Belek, 2015). Burada kapitalist ve sosyalist yerelleşme arasında hem yapısal hem de fonksiyonel bir işleyiş farkı olduğu anlaşılmaktadır. Sosyalizmin bu başarısı üretim araçlarının “kamusallaştırılması” ve toplum katılımını, toplumun sağlık alanında siyaset

yapmasını sağlamanın da bir sonucudur (Belek, 2004). Bu da Küba'yı diğer yerelleşme deneyimlerinde arzulandığı gibi ulusal çıkarları korumak gayesinden uzağa taşımakta, ortak çıkarlara doğru hareket eden eşitlikçi bir yapıya büründürmektedir. Küba ilaç politikalarında da küresel standartları takip etmeyi reddetmiş ve kendi yerli AR-GE çalışmalarını, yoksul ülkelerin AR-GE yapamayacağına dair inancın tam tersi biçimde sürdürmeye çalışmaktadır. Ancak Küba ve onun ekseninde düşünülebilecek başka örneklerle ilgili bugün yaygın bir modelleme ile karşılaşilmamaktadır. Model olarak alınan ilaç politikalarıysa kapitalist sürekliliği sağlayacak tonda, daha önce denenmiş ve küresel piyasaya hizmet eden hedefleri yeniden üretme potansiyeli taşıyan bir şekilde gelişmektedir. Bunun dışında kalan başka tekil örneklerle karşı da benzer bir duyarsızlaşma hissedilmektedir.

Bu bağlamda Mooney (2014), Küba'daki sağlık sistemiyle birlikte çok daha yerel ölçekte Hindistan'ın güneybatısında konumlanan Kerala ve bir başka örnek Venezüella'nın tarihsel yerelleşme deneyimlerinden yola çıkarak öncelikle neoliberal devletin azledilmesinin topluma, toplumsal değerlere ve toplumun gücüne olan etkilerini öne çıkarmaktadır. Dolayısıyla sağlık sisteminin örgütlenme biçimlerinin yerel kültürel yapı başta olmak üzere kaynaklar, düşünce ve pratikleri değiştirme gücüne vurgu yapmaktadır (ss. 215-245). Bu örneklerde şirketler yerine toplumun katılımı ile karşılaşmaktadır. Böylelikle yerel ihtiyaç ve taleplere karşılık veren sağlık örgütlenmeleriyle karşılaşmaktadır. Tam da bu nedenle uluslararası bir entegrasyona ihtiyaç duyulmamaktadır.

Tartışmayı bitirirken kendine özgü yerellikler inşa eden bu ülke ve bölge örneklerinden hareketle Rajan'ın yorumunun önemli katkı sunacağı düşünülmektedir. Rajan (2012a) söz konusu ilaç üretimi olduğunda küresel ve yerel düzlemde iki ana eğilimden söz etmektedir. Buna göre küresel eğilim ilaç geliştirmeyi kullanım değerinin çok başka bir noktasında kurmaktadır. Buna göre, ilaç keşiflerinin mucizevi yanı, kurtuluş öyküleri ve doğrusal ilerleme gibi şemalar devreye girmektedir. Oysa ilaç geliştiremeyen ulusal kesimler kendi meşruiyetlerini daha milliyetçi-duygusal bir noktadan kurmaktadır. Bu ikinci kurulumun da iki perdesi bulunmaktadır. İlki “halk sağlığı”, ki Türkiye’de de yerli ve milli ilaç söylemi öncelikli olarak bu ilkeye dayanmaktadır. İkinci perdeyse “küresel bir oyuncu” olmayı hedefleyen ve ilaçların stratejik önemini öne çıkaran, gerekirse DTÖ gibi uluslararası rejimlerin benimsenmesini/taşeronluğunu kabul edecek her tür olguyu milliyetçi saiklerle

güçlendirmeye çalışan bir işleyiştir (ss. 238-239). Burada da karşımıza şirket-devlet ve şirket-toplum ilişkisinin güçlü bir belirleyen olarak çıktığı görülmektedir.

Diğer taraftan devlet-şirket ortaklıklarının olumsuz toplumsal sonuçları yaygınlaştıkça neoliberalleşmenin daha özgün söylemler etrafında inşa edilmesiyle karşı karşıya kalınmaktadır. Brown (2018) bu duruma atıfta bulunarak farklı ülke, bölge ve sektörlerde neoliberalizmin değişik şekiller alıp, değişik içerikler ve normatif ayrıntılarla yani farklı bir biçim ve tarzda ortaya çıkmasının mümkün olduğunu iddia etmektedir (s. 23). Yani neoliberalizm belli alanlarda belli ilke ve esasları barındırsa bile farklı oluşum ve rasyoneliter etrafında örgütlenip devletten topluma ve bireylere doğru genişleyebilme potansiyeline sahiptir. Bu bağlamda Türkiye’de genel olarak yerleşmenin ve daha özelde ilaçta yerleşme hamlesinin benzer bir neoliberal bağlamda tartışılması gerektiği iddia edilebilir. Tekrar en baştaki tartışmamıza dönecek olursak, yerleşmenin bu koşullarda kendi kamusalılığı üzerine alan açan bir potansiyeli olup olmadığı yeniden gözden geçirmek gerekecektir.

2.2. Nasıl Yerleşiyoruz?: Yerleşmeyi Sahadan Hareketle Anlamak ve “Bağcılar Hattı”

İlaçta yerleşme neoliberal bir semptom mudur? Aslında bu soruyu saha araştırmam boyunca yer yer kendime sordum. Zira yerleşme sürecini konumlandığı yer ile yerleşme sürecinin çıktıları arasında zamanla mesafe açılıyordu. Bir yanda “halkın ilaç talebi”ne karşılık veren ucuz ve erişilebilir ilaç üreten piyasalar, diğer tarafta tüketim ağlarını ve ilişkilerini neredeyse küresel rakiplerine benzer biçimde yapılandırıyordu ve dolayısıyla kendine özgü (yerli ve milli) bir yerleşme deneyimi sunmuyordu sadece belli başlı duygularla yerleşmeyi anlamaya/kurmaya zemin oluşturuyordu. Benim için önemli olan bu ikinci kısım nedeniyle yerleşmenin nasıl kurulduğu ve işlediği konusunu detaylı biçimde anlamak önemli bir hâl almaya başlamıştır. Bu nedenle içinde bulunduğumuz kısımda aslında önce bu yapıya ardından bu yapıyı kuran ilişkilere ve yerleşme sürecini içeriden kuran duygulara doğru geçiş yaparak alanın tanıtılması istenmektedir.

Ancak bu noktada ilk sorduğumuz soruya en uygun cevabı verebilmek adına neoliberalizmin neyi ifade ettiğine de dönüp bakılması gerekmektedir. Neoliberalizm; serbest piyasaların yükselişi, devlete ve kamuya ait mal ve hizmetlerin özelleştirilmesi,

devletin küçülmesi, sosyal devlet anlayışının zayıflaması vb. süreçlere referansla anlaşılmaktadır (İnsel, 2015; Cahill & Konings, 2019). Neoliberalizmi tanımlayan güncel yaklaşımlardan birini sunan ve bizim de bu çalışma boyunca yaklaşımını takip edeceğimiz Michel Foucault ise (2015a) bu tanımlardan hareketle; neoliberalizmin ana hatlarını “devlet güçlerinin tamamının biçimlendirilmesinin ve toplumun düzenlenmesinin piyasa ekonomisine dayandırılması” ile “piyasanın hem devleti hem de toplumu biçimlendirme yetisi” meselesinin oluşturduğunu belirtmektedir (s.103). Bu bağlamda Foucault neoliberalizmi “yönetimsellik” veya “yönetim rasyonalitesi” olarak; yani, devleti yönetme ile kendi kendini yönetmenin piyasa koşullarıyla iç içe geçtiği bir olgu olarak geniş biçimde tartışmaya açmaktadır (Lorey, 2013). Böylece neoliberalizm, çok daha geniş bir anlamda, ekonomik ve siyasi politika olarak iktidar bloğunu anlamayı sağladığı kadar bunlar tarafından biçimlendirilen “öznellikleri”¹⁶ de anlamayı gerektirmektedir.

Neoliberalizm Batı’da şirketleri işe koşan güçlü bir pazar ekonomisi ile şekil almış ve dünyanın önemli bir kısmını bugün hâlâ şekillendirmektedir. Neoliberalleşmeyle devlet rekabet ilkesine tabi olmayı, piyasaların yaygınlaşması, desteklenmesi ve düzenlenmesine yönelik bir tür “büyük şirket”i temsil eden yapıya dönüşmüştür (Dardot & Laval, 2018, s. 7). Ancak devlet dışında toplum ve bireyler de kendini şirket gibi yöneten ekonomik bir birim olarak varlık kazanmışlardır. Burada yine Foucault’ya başvurarak klasik anlamdaki *homo economicus*’un neoliberalizmde mübadele eden ve ihtiyaç sorunuyla ilişkili doğasından uzaklaştığını, bir “girişimci özne” (*homo entrepreneur*) analizini de gündeme çağırdığını belirtmek gerekmektedir. Neoliberalizm bu yönüyle ekonominin toplumun bütününe ve gündelik ilişkilere kadar her birime yayılması anlamına gelmektedir. Böylelikle neoliberalizmin iktidar ilişkileri ile öznelliği birbirine eklemleyerek, yönetenlerin eylemlerini yapılandırmaya ve örgütlemeye yönelmekle kalmayıp yönetilenlerin de tutumlarını yapılandırıp örgütlediği yönetsel bir akılsallık olarak işlediği iddia edilmektedir (Aksu, 2015, s. 67). Dolayısıyla tüm bu dinamik yapılar olmadan, bunlar kendi kendilerini piyasanın çalışmaya devam etmesini sağlayacak şekilde ayarlamadan ve sürekli dönüşüme tabi

¹⁶ “Özne”, “Öznellik” ve “Özneleştirme” kavramları Foucault’nun temel metinlerinde önemli bir yer tutar. Ancak bu kavramı anlayabilmek için Türkçe’deki özne kelimesinin Fransızca’daki “sujet”(özne) ile aynı anlama gelmediğini belirtmekte fayda var. Fransızca’da yer alan “sujet”(özne) aynı zamanda “tebaa” yani tabi (boyun eğmiş) anlamına geliyor. Bu nedenle özne iktidar kavramı ile de doğrudan ilişkili bir pozisyona geçiyor. Zira bireyleri özne yapanın iktidar olduğu anlaşıyor. Benzer şekilde “öznellik” ve “özneleş(tir)me” kavramlarını da iktidarla beraber düşünmek gerekiyor (Foucault, 2011a, s. 63).

tutmadan piyasanın kendi başına sonsuza dek çalışması mümkün değildir. Dolayısıyla piyasa bireylerin, toplumun, devletin bir şirket gibi işleyişi olmaksızın ayakta kalamayacaktır (Coşkun, 2019, s. 99). Bu bağlam, neoliberalizmin, kurumlar ve insanların piyasa kurallarına tabi büyük bir şirketin parçaları gibi işletilmesiyle mümkün olabileceği anlamına gelmektedir.

Bu noktada, neoliberalizmin farklı yerelliklerde öznellikleri ve duyguları (ve *homo sentimental*'i¹⁷) yönetim süreçlerine dahil etmesinin de önemli bir konu olarak düşünülmesi gerektiğini iddia etmektedir. Çünkü duygular da aslında neoliberal pratikleri etkileyen, ekonomik ve siyasi faaliyetleri güçlendiren önemli bir rol oynamaktadırlar. Mesela Harvey (2015) ulus devletlerde (milliyetçi) duyguların yeniden üretilmesinin veya milliyetçilikle cilveleşmenin genel bir ahlaka dönüştüğünü vurgulamaktadır. Bunun “neoliberal devletçilik” için hem kurucu bir etki yarattığını hem de ulus devletin kendisini dünya pazarında rekabetçi bir aktör biçiminde kurabilmek için bir kod oluşturduğunu düşünmektedir (ss. 93-94). İlaçta yerelleşme üst söylemi de, gelecek bölümde daha yoğun biçimde görebileceğimiz gibi devlet, şirket ve bireyler arasında benzer duyguları yeniden üreterek bu tür neoliberal ilke ve hesaplara göre şekil almaktadır. Bununla birlikte duygular, söz konusu sağlık olduğunda daha alt düzeylerden de neoliberalizmi kurucu bir etki yaratmaktadırlar. Genellikle toplumsal memnuniyeti karşılama, hızlı, verimli, etkin sağlık hizmeti şeklinde devlet/kurum ve vatandaş arasındaki ilişkiyi kuran birtakım neoliberal olgular da tezahür etmektedir (Keyder ve ark., 2019, s.7-11). Duyguların farklı boyutlarda misyon edinerek devlet, şirket ve toplum örgütlenmesini sağlayan bir tutkal olduğu iddia edilebilir. Bu kısımda Bağcılar’da ilaçta yerelleşme deneyimini kuran unsurlar ve ilişkiler tanımlandıktan sonra söz konusu duygulara ve çıkarlar etrafındaki çatallanmalara bakılacaktır.

2.2.1. Nerede Yerelleşiyoruz?: Yerli Şirket ve Mekansal Konumlanışı

¹⁷ Bu kavramlar ilk kez Eva Illouz’un *Soğuk Yakınlıklar: Duygusal Kapitalizmin Şekillenmesi* adlı kitabında karşılaştım. Bu kavramla Illouz piyasanın, psikoloji ve psikanalizin diliyle insanların duygu dünyalarına seslenmesi sonucu oluşan yeni bir özelliğin işletilmesi/üretilmesinden söz etmektedir. Kitabında bunu yapabilen kurumlardan biri olarak ilaç şirketlerini işaret etmektedir. Bu çalışmada şirket-devlet ilişkisi ayrılmaz bir bütünlük olarak tahayyül edildiğinden yalnızca bir ilaç şirketinin değil de (yerli) şirketler topluluğu ve devletin böylesi bir dilin makro ve mikro ilişkileri yönetmek bakımından kullandığı iddia edilmektedir (Illouz, 2018).

Nasıl yerelleşiyoruz sorusu bu çalışmada bir başka soruyla da beraberce düşünülmektedir: Nerede yerelleşiyoruz? Bu soruyla birlikte yerleşme/yerleşmenin sosyalizasyon süreçlerine bakılması istenmektedir. Türkiye’de ilaç üretim alanındaki iki kutupluluğun (yerli ve yabancı) bu anlamda sahada da izdüşümlerini takip etmek mümkündür. Yöntem kısmında da belirtildiği gibi Bağcılar Hattı, belli gerekçelerle bir yerleşme mekanı olarak adlandırıldığından esasında doğrudan bu yerleşmenin şirketler ile doktor, eczacı ve mümessillerle ilişkisi doğrultusunda nasıl kurulduğuna bakılmaya çalışılacaktır. Böylece bu kısımda iki kutbu; yerel jenerik/muadil üreticileri ve aracı tüketicileri¹⁸ merkeze koyarak nasıl yerelleşiyoruz sorusuna cevap aramaya ve *Bağcılar Hattı*’nın yerleşme ekonomisine bakmaya çalışacağız. Bu anlamda *Bağcılar Hattı*’nın, hangi nitelikleriyle bir yerleşme mekanı olduğu ve hangi sosyo-demografik niteliklerinin yerli şirketler için çekici olduğu soruşturulmak istenmiştir.

Görüşme yaptığım doktor ve eczacılara, mümessil ziyaretlerini kastederek “Daha çok yerli şirketlerden mi yoksa yabancı şirketlerden mi ziyaret alıyorsunuz?” sorusu benim “yerleşme mekanı” olarak ele aldığım Bağcılar’da ufak bir sağlama yapmama imkân veriyordu. Ben yerel üretici ve tüketici kitlesiyle bu süreci anlamaya, onu deneyimleyen kişilere ulaşmaya çalışıyordum. Dolayısıyla bu soru biraz da bu amaçla katılımcılara öncelikle sorulmuştu. Ancak hemen her katılımcı bu soruya daha çok yerli şirketlerden geldiği cevabını verdikten sonra, neden daha çok yerli şirketlerden geldiğini de birkaç cümleyle açıklama ihtiyacı hissetmiştir. Bu bağlamda yerli şirketlerin bu mekanda örgütlenme durumundan yola çıkarak, (yerli) şirket ve devlet arasındaki ilişkilerin ürettiği öznellikleri de bir biçimde anlamaya başlamıştım.

Bakıldığında yerleşme tecrübesi yüksek düzeyde şirketlerin bu bölgeye yoğunlaşmasıyla ilişkili bir deneyim olarak dile getirilmiştir. Ancak yoğunlaşma nedenlerine dair düşünceler bir miktar farklılık göstermektedir. Örneğin E-2 yabancı şirketlerden kendisinin veya doktorların ziyaret almadığını belirtmiş, bu ziyaretlerin bir sonucu olarak da kendi satışında ve doktorun reçetesinde bu bölgeye yoğunlaşan yerli şirketler nedeniyle yerli ilaçların daha çok bulunduğunu söylemiştir.

“Buraya yüzde doksan yerli şirket gelir. Yabancı hiç yok gibidir. Geldiğini söylemişlerdi ama ben hiç buraya kadar geldiğini görmedim mesela. Genelde yerli

¹⁸ Burada “aracı tüketiciler” kavramı Ivan Illich’ten ödünç alınarak kullanılmıştır. Illich aracı tüketici kavramı ile “ürünü yazan ama parasını ödemeyen doktor”u kastetmektedir (Illich, 2014, s. 52). Bu çalışmada doktorlara ek olarak, ürünle ilişkilenen kişiler olarak eczacılar da birer aracı tüketici olarak konumlandırılmışlardır.

firmalar gelir. Bende şu an yerli şirketlerin ilaç satışları %90'dır (...) Orijinal ilaçlar hiç ödenmiyor diye bir şey yok onlardan da ödenenler var ama bu durum yerli ilaç şirketlerinin buradaki çalışmasına bağlı bir şey. Bu zamana kadar bir A...’in firması gelmedi mesela. Gelmediği için de doktor yazmıyor.” (E-2: Eczacı, erkek, 44 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-2’nin, yerli ilaç satışının yüksek olmasını yerli şirketlerin bu bölgede doktorlara veya doktor reçetelerine yoğunlaşmasıyla ilişkilendirdiği, bununla bağlantılı olarak da kendi satışına yansıdığı şeklinde bir düşüncesi olduğunu görüyoruz. E-2 bu anlamda ilaç mümessillerinin çalışma yoğunluğu ile doktorun reçete pratiği arasında doğrusal bir ilişki bulunduğunu düşünmektedir. Bunun da kendi satışlarındaki yerli ilaç oranına, doktorun reçetesi nedeniyle yansıdığını onun ifadesinden yola çıkarak anlamaktayız.

E2’nin ifadesine benzer ifadelerle diğer eczacılarda da sıkça karşılaşılmıştır. Ancak görüşme yaptığım doktorlar, bu görüşe genelde karşı çıkarak, reçetelerinde genellikle yerli (jenerik/muadil) ilaç yazmanın şirketlerin kendilerine yönelen tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinden kaynaklanmadığını ifade etmişlerdir. Doktorların daha çok yerli ürünleri reçeteleme nedenlerine baktığımızda bu ilaçların çoğunun Sosyal Sigortalar Kurumu’nun (SGK) geri ödeme listesinde yer almasının etkili olduğu düşüncesi öne çıkmıştır. Dolayısıyla kendi reçete pratiklerini etkileyen şeyin, yerli şirketlerin bu bölgeye daha yoğun çalışması değil de hastanın alım gücüyle bağlantılı olduğuna özellikle vurgu yapmışlardır.

Örneğin D-6 bunu “fark çıkartan” bir ilacı Bağcılar’da olduğu için yazmadığını belirterek alım gücüyle ilişkilendiğini belirtmek istemiştir.

“Mümessiller daha çok yerli firmalardan geliyor. Yabancı firmalardan pek hatırlamıyorum. Tercihim de daha çok geri ödeme listesinde olan ilaçlar, devletin ödediği ilaçlar. Yani öyle ilaçları getiriyorlar. Biz de burada daha çok hastaya endeksli ilaç tercihinde bulunduğumuz için şirketler bunu biliyorlar. Şimdi bir fark çıkartan ilacı ben yazmak istemiyorum. Sonuçta Bağcılar’dayız yani.” (D-6: Doktor, kadın, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

Bununla beraber, özellikle eczacıların yerli (jenerik/muadil) ilaçlara karşı oldukça yakınlık gösterdikleri de gözlenmiştir. Öyle ki, eğer doktor jenerik/muadil bir ürün yazmazsa çoğu durumda eczacının bunu değiştirme eğiliminde olduğu anlaşılmıştır. Bu nedenle doktorlar, aslında eczacıların kendilerinden daha fazla biçimde yerli

(jenerik/muadil) ilaçlarla ilişkilendiğini belirtmişlerdir. İlk başta bu düşünceye çok fazla anlam verilememişse de, özellikle ilaç mümessilleriyle yaptığım görüşmeler sonrasında bunu daha iyi anlayabildim. Hem görüşme yaptığım doktorlar hem de ilaç mümessilleri, eczacıların yerli şirketlerden aldıkları mal fazlası (mf) nedeniyle yerli şirketlerle ilişkilenenin eczacılarda çok daha kuvvetli olduğunu belirtmişlerdir.

Burada mal fazlası denilen şey hakkında biraz bilgi de verilmesi gerekmektedir. Mal fazlası, eczacı ile yerli şirket arasında gelişen ve bedelsiz malı/ürünü ifade eden bir kavramdır. Eczacılar ilaç mümessilleri ile genellikle ilaç alımlarındaki kampanyaları konuşmak üzere bir araya geldiklerinde, mal fazlası üzerinden ciddi bir pazarlık kurulduğu da anlaşılmaktadır. Başlangıçta toplu ilaç alımı yapan eczacıya bilabedel verilen bu malın ne mahsuru olabilir ki diye düşünmüştüm ancak pazarlığa konu olan mal fazlalarının boyutları çok tuhaftı. Örneğin bir ilaç mümessili kendi şirketinin 1 ürüne 100 mal fazlası verdiğini söylemiştir. Görüşme yaptığım eczacılardan E-2 geldiği yerde mal fazlası alma imkanının düşük olduğunu, Bağcılar’a taşındıktan sonra eczanesinin “nefes aldığını” belirtmiştir. Bir başka eczacıysa daha önce Nişantaşı’nda çalıştığını, orada yabancı ürünlerin satışının daha yüksek olduğunu bu nedenle de eczanenin hiç mal fazlası almadığını belirtmiştir. Bu anlamda bölgedeki mal fazlası alma dinamiği yerli şirketlerle eczacılar arasındaki ilişkiyi güçlendiren bir rol oynamaktadır.

İ-13’ün aktarımında da, hem Bağcılar’a yabancı bir şirketin neden gelmeme tercihinde bulunacağını görmekteyiz hem de eczacıların yerli firmalardan mal fazla almış olmalarının aralarındaki ilişkiyi güçlendiren bir eylem olduğu anlaşılmaktadır.

“Ben gittiğimde söylüyorum, “İşte şu ilaçtan iki farklı form var ama şu ağrıyı 10 dakikada keser, şu 1 saatte keser. Şunun yan etkisi neredeyse yoktur ama bunda şöyle şöyle semptomlarla karşılaşılır.” Doktor o zaman çok fazla hastayı düşünen biriye yani hastanın bütçesine de bakıyorsa bunlardan tamamen ödeneni tercih edebilir. Yani ilaca değil fiyata bakar. (...) Ama en önemli kısmı bu durumda eczanedir. Eczaneler yerli firmalardan mal fazlası aldığı için muadili tercih eder. Şimdi 20 tane muadili olan bir yabancı firma niye Bağcılar’a gelsin. Doktor yazsa da eczacı vermez. Eczacı hangisinden mal fazlası aldıysa onu verir.” (İ-13: İlaç Mümessili, erkek, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte uzun bir süre yerli şirket deneyimi bulunuyor.)

Görüşmecilerin aktarımlarından yola çıkılarak pek çok yabancı şirketin jenerik/muadil formlarıyla rekabete girmesi çok güç olduğundan özellikle sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu semtlerden çekilme eğilimi gösterdiği anlaşılmaktadır. Böylece yerli şirketlerin de bu bölgede kendi varlığını ispatlaması anlamına gelmektedir. Diğer taraftan bu ekonomik eğilim arka planda hasta kimliğiyle de ilişkilendirilmektedir.

2.2.2. Yerli Şirket Rotaları, Tanıtım, Satış, Pazarlama

Görüşme yaptığım kişiler, yerli ilaç şirketlerinden daha yoğun biçimde ziyaret alma nedenlerinden biri olarak, yabancı ilaç şirketlerinde çalışan mümessillerin sayılarının genel olarak daha az olduğu düşüncesini öne çıkarmışlardır. Ancak ben uzun bir süre bu bilginin yanlış olduğunu düşündüm. Zira görece daha geniş ekonomik imkanları olan küresel şirketlerin satış ve pazarlamaya daha fazla yoğunlaşacağını ve bütçe ayıracağını önceki bilgilerime de dayanarak varsayıyordum. Ancak görüşmelerim bunun tam tersi aktarımlarla karşılaşmama neden olmuştur.

Mesela E-15 yabancı bir şirket mümessilinin kendi çalıştığı bölgeye gelebilmesinin ancak satış yapabileceği bir eczaneyle anlaştığı takdirde mümkün olabileceğini düşünmektedir.

“Yerliden gelirler. Zaten yabancı şirket mümessili buralarda pek görmeyiz (...) Sayıca çok azlar. Eğer gelirlerse de sipariş alabildikleri, ikili ilişkilerinin iyi olduğu eczaneleri seçiyorlar genelde.” (E-15: Eczacı, kadın, 25 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-16 ise daha farklı bir noktadan yaklaşarak yerli ilaç şirketlerinin sahadaki yoğunlaşmasının nedenini ilacın türüne bağlamaktadır. Yukarıda İ-13’ün de belirttiği gibi, orijinal/patentli ilaçlar tek ve bilinen markalara dönüştüğü için henüz jeneriği/muadili olmayan bir ilacın değişme şansı olmadığı düşünülmekte, diğer taraftan jenerik/muadil ürünler birden fazla sayıda üretilip yerelleşebildikleri için de birbirleriyle rekabete girmektedirler. Bu nedenle de ilaç mümessilleri aracılığıyla tanıtım ve pazarlama faaliyetleri yerli şirketlerde daha yoğun hale gelmektedir.

“Piyasa da yerli ilaç daha çok olduğundan ve yerli firmalar orijinal değil de muadil ilaç ürettiklerinden eczaneyi daha çok ziyaret ederler. Orijinal ve henüz muadili olmayan bir ilaç çalışan mümessilin çok fazla eczane ziyaret etmesine gerek yoktur,

      ilacının değişme  ansı yoktur.” (E-16: Eczacı, erkek, 9 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Her ne kadar jenerik/muadil bir ürünün orijinal ürünle bire bir eşdeğerliği olduğu iddia edilse de satış ve pazarlamada belli farklar yaratarak  ne çıkması gerekmektedir. Yani bir A muadili ile bir B muadili ya da C muadili piyasada kalabilmek için kendini ispat etmek zorundadır. Dolayısıyla ilaç üreticileri de bu ilaçların bilinirliğini ve satışını artırmak için sahada mücadele etmektedirler. Buradan hareketle, jenerik/muadil ilaçların eczanede değişme potansiyelinin ciddi bir satış kaygısı ürettiği farkedilmi tir. Doktor tarafından reçete edilen ve hastanın değişmesini istemediği orijinal/patentli ilaçlarda değişme riski bulunmadığından yabancı şirketlerin ilaç mümessillerinin de bu bölgeye gelmediği düşünülmektedir. Yabancı firmalar için ikinci risk de, ilacın eczanede değişmesi ihtimalidir. Eczacılar, doktor orijinal bir ilaç yazmı sa bile bunu değiştirme ve yerine jenerik/muadil bir ürün ikame etme yetkisine sahiptirler. Bu da zaten sosyo-ekonomik nedenlerle tercih edilmeyen orijinal ilaç üreticilerini bu alandan geri çekmektedir.

Bunun dışında sadece D-17 aslında kendisine gelinmiyor olsa da yerli firmalardaki bu yoğunlaşmanın yabancı firmaların k r marjını düşürdüğünü, bu nedenle yavaş yavaş onların da yeniden sahaya çıkmaya ba ladıklarını belirtmiştir.

“Orijinal firmaların hiçbirisi buraya gelmez. Mesela A... dediğimiz firma buraya asla uğramaz, bir vesileyle bile gelmez. Gelenlerin hepsi yeni nesil Türk yerli firmalar. O firmalar mesela niçin ürününü tanıtıyor? Diyor ki benim ürünüm nasıl olsa hastalar tarafından çok sevilen bir ürün, çok beğenilen bir  r n. O yüzden orijinal ürünü olan mümessiller hiçbir zaman buraya gelmez. Ha, yavaş yavaş gelmeye ba ladılar. Neden biliyor musunuz?       şeyleri kâr marjı çok d   t .” (D-17: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak  alı ıyor.)

Sonraki g r  melerimizde ise kastettiği yoğunlaşmanın Aile Hekimliği’nde değil, daha çok devlet hastanelerinde geliştiğini belirtmiştir. Devlet hastanelerinde ise özellikle kronik grup ilaçlarda çıkan raporlar uzun bir süre hastanın tüketmesi gereken, uzun soluklu reçeteler olduğundan bu gruplarda doktoru etkileme yarı ının hâlâ sürebildiği anlaşılmaktadır.

Bir başka bakış açısına göreyse, yerli ilaç şirketlerinden yoğun biçimde ziyaret alınmasının nedeni yabancıların “bu işlerden çekilmesi”dir. Bu algının oluşmasında görüşme yapılan (Aile Sağlığı Merkezi) ASM doktorlarının yabancı şirketlerden hiç

ziyaret almıyor oluşu önemli bir etkidir. D-20 de bu bağlamda jenerik/muadil ürünlerin birden fazla sayıda yerleşmeleri ve piyada fiyat üzerinden kurdukları rekabete odaklanmaktadır.

“Mümessiller genel olarak yerli firmalardan geliyorlar. Çünkü diğerleri yavaş yavaş çekildiler aslında bu işlerden. Şimdi yerli firmalar kendi içinde ve fiyat üzerinden genelde rekabete giriyorlar. Çünkü devlet en düşük olanı ödüyor ya da ödenen farklı formlar var. Bu durumda firmalar kendi ürününün yazılması için ciddi ciddi rekabete giriyorlar.” (D-20: Doktor, kadın, 22 yıldır meslekte ve özel bir hastanede İç Hastalıkları uzmanı olarak görev yapmaktadır.)

Diğer taraftan görüşme yapılan kişilerden bazıları yabancı şirketlerin bu tür ziyaretlerdense doktor ya da eczacıları bilimsel etkinlikler yoluyla “tavlamayı” seçtiklerini dile getirmiştir. O nedenle de bir uzman doktora gidebildiklerini ama ASM’ye gelinmediğini belirtmiştir. Katılımcılar arasında yerli ve yabancı şirketler arasında görülen farklardan en belirginini hiç kuşkusuz yabancı firmaların satış ve pazarlamada daha çok “medikal” teşvikler etrafında ilerlediğine yönelik düşüncedir.

“Daha çok yerli firmalardan geliniyor. Tabi yabancılarla kıyaslayınca bu firmaların daha fakir olduğunu söyleyebiliriz. Gerçi yabancıların da artık bu işlere girmedikleri söyleniyor. Yani daha büyük, bilimsel, tırnak içinde dertleri olduğu söyleniyor, dolayısıyla ASM değil de daha büyük sağlık kuruluşu örneğin bir devlet hastanesi vs. oraya giderler. Buradaki hekimi kongre ile tavlama zaten zordur, o nedenle gelmezler.” (D-4: Doktor, kadın, 21 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

Bu nedenle şirketlerin mekansal aidiyetlerini oluşturan konular arasında sadece sosyo-ekonomik nedenlerin değil sağlıkçılarla kurulan ilişkilerin de birer belirleyene dönüşebileceği görülmektedir. Yine bu bağlamda D-4’ün ifadesinde yer alan ve yerli şirketleri imleyen “daha fakir” olmalarına yönelik düşünce görüşmecilerin neredeyse tamamında dile getirilmiştir. Görüşme esnasında, bazı doktorlar artık kendilerine sarf malzeme bile getirilmediğini sıkça öne çıkarırken, eczacılarda da “artık poşet bile vermiyorlar” şeklinde yakınmalarla sıkça karşılaşmıştır. Bununla beraber, ileride daha detaylı biçimde göstermeye çalışacağımız gibi, ilaç mümessilleri yerli şirketlerde küçük eşantiyon malzemelerle doktoru ve eczacıyı ziyaret etme alışkanlıklarının hâlâ güçlü biçimde korunduğunu, yabancı firmalarda bunların hiçbir biçimde satış ve pazarlama süreçlerine dahil edilmediğini belirtmişlerdir.

D-13 de D-4 gibi, yabancı şirketlerde medikal eğilimin kurumlara ziyaretlerde değişiklik oluşturduğunu düşünmektedir.

“Daha çok yerli ilaç şirketlerinden geliyorlar. Zaten aslında orijinal molekül üretenlerin daha çok bu işlerden çekildiği uzmanlık gerektiren kalp, onkoloji gibi alanlarda medikal işlere yöneldiği biliniyor. Hatta ilaç mümessillerini çoğunluğu işten çıkarıyor, hiç ilaç mümessili olmayanlar var. Ama onlar çekildiği için yerlilerde de bir yükseliş var.” (D-13: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-13’ün bahsettiği saha elemanlarının işten çıkarılması ya da mümessil bulundurmadıkları yönündeki düşüncesini D-5 de desteklemektedir. Zira ilaç fiyatlarındaki kur sabitlemesi nedeniyle yabancı şirketlerin Türkiye’de bulunması ve satışa yoğunlaşmasının masraflı olduğu öne çıkan düşüncelerdendir. Örneğin 2021 yılı için beşerî tıbbi ürünlerin fiyatlandırılmasında kullanılan 1 avro değeri gün itibariyle 11 TL’yi aşmışken ilaçta kullanılan kur 4,5 TL dolaylarındadır. Bu nedenle D-5 yabancı şirketlerin fason üretim tercihinin bir anlamda zorunlu hale geldiğini ve bunun da sahaya yansıdığı düşünmektedir.

“İlaç mümessilleri daha çok yerli firmalardan geliyorlar. Zaten yabancı firmalar genel olarak çekildiler. Hem Türkiye’den çekildiler, fason ürettiriyorlar benim bildiğim daha çok. Bir de artık onların karınları doydu. Bu işten para kazandılar. Markalaştılar.” (D-5: Doktor, erkek, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-5’in yabancı şirketler hakkındaki düşünceleri de, ilaç tanıtım ve pazarlama alanında giderek yerli şirketlerin rolü ve payının artmakta olduğunu da söylemektedir. Aslında onlardan boşalan alanın büyük ölçüde yerli şirketler tarafından doldurulduğunu söylemek mümkündür. Ayrıca tanıtım, satış ve pazarlama süreçlerindeki stratejik farklılaşma oldukça dikkat çekicidir.

2.2.3. Şirketler ve Hasta Eksenli Duyguların Ekonomisi

Bağcılar’da genel olarak yerli şirketlerin yapılanma eğilimleri üzerinde durduktan sonra, ilişkili oldukları doktor ve eczacılarla oluşturdukları bağların nasıl kurulduğuna/ hangi duygular üzerinden kurulduğuna da bakmak gerekmektedir. Bölgede şirketlerle doktorlar ve eczacılar arasında yoğun bir ilişki olduğu açıktır. Fakat yerleşme ve yerli ilaçlarla ilişkilendirme şirketlerin yoğunlaşmasının bir sonucu mu yoksa

hasta/tüketici ile gelişen ilişkiler mi yerli şirketleri sahneye davet etmekte bu kısım biraz belirsiz kalmaktadır.

Aslında şirketlerin önemli ölçüde zihinsel ve duygusal bağlar geliştirme yeteneği olduğu artık bilinmektedir. Bunu da tanıtım, satış ve pazarlama ağlarına incelikli biçimde işlemektedirler (Bakan, 2007, s. 68). Bu durumun, her ne kadar kendi ifadelerinde tam zıttı öne çıkmış olsa da, görüşme yaptığım doktor ve eczacılarda güçlü bir etkisi olduğu düşünülmektedir. Örneğin eczacılarla görüşmelerde çok güçlü biçimde hem yerleşme sürecinin hem de yerli (jenerik/muadil) ilaçların takdir gördüğü gözlenmiştir. Bunu birtakım ortak çıkarlarla da birlikte düşünme eğilimi yüksektir. Diğer taraftan yerli şirketler eczacıların sadece kendi çıkarlarına olabilecek sözleşmelerle bu zihinsel eğilimi açık biçimde güçlendirmektedir. Yukarıda da aktardığımız gibi, örneğin mal fazlası almanın bu ilişkiyi zihinsel düzeyde güçlendirdiği görülmektedir.

Bu bağlamda doktorların da ilaçta fiyat farkı çıkarması üzerinden geliştirdikleri söylemlerin yine şirket iktidarıyla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Doktorlarda daha çok hastanın alım gücüyle ilişkilene durumunun öne çıktığından söz edilmişti. Bu bağlamda yalnızca D-20, ilaç tercihinde hastasının sınıfsal durumunu değil sağlık durumunu göz önünde bulundurarak ilaç yazdığını söylemiştir. Bunun gerekçesi olarak da hastanın eğer isterse eczanede jenerik/muadil bir ürünle değiştirme imkanının olmasıyla açıklamıştır. Bu anlamda hastanın alım gücünün çok güçlü biçimde öne çıkarılmasında şirketlerin tanıtım ve pazarlama süreçlerinin de etkisi olduğu açıktır. Özellikle ilaç mümessilleri arasında yerliliğe ilişkin duyguları pazarlama süreçlerine dahil etmeye oldukça sık rastlanmaktadır.

Buna rağmen aşağıda D-8'in ifadesinde görebildiğimiz gibi şirketlerle etkileşimin bu sürece etki etmediği düşüncesi yaygındır.

“Yerli firmaların mümessilleri daha çok geliyor hatta orijinal ilaç firmalarından hiç gelmiyor. Ama zaten onların gelip gelmemesi bir şey ifade etmez. Ben hangi ilacı yazacağıma karar verirken devlet bunu ödüyor mu ödemiyor mu ona bakarım. Ödüyorsa yazarım. Çünkü alması mümkün değil ödenmeyen ilacı küçük bir fark olduğunda geri gelip ben bunu istemiyorum diyebiliyorlar. Burası Beşiktaş değil, sen orda adama desen ki “Bu ilaç 100 lira ama sana iyi gelecektir, hemen ateşini düşürür, ağrını keser.” Gider alır onu ama buradaki hasta almaz, çünkü alamaz. Bırak Beşiktaş’ı

ben Başakşehir’de de çalıştım. Oradaki hastaya öneride bulun bir ilacı mesela gidip alır. Ama buradaki hastalar doktorun yazdığı ilacı alır. O yüzden de tabi tercih ederken geri ödemede olan ilacı yazıyorum.” (D-8: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Buna benzer bir düşünce ile ilaç tercihi süreçlerinde de karşılaşılmıştır. Yerli (jenerik/muadil) ilaç şirketlerinin yoğun biçimde ziyaret ettiğini söyleyen doktorlara jenerik/muadil ilaç çeşitliliği göz önünde bulundurularak, içlerinden birini hangi nedenle tercih ettiği sorulduğunda mümessilin ziyaretinin bu karar verme sürecinde etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Burada da süreci olabildiğince yumuşatan bir ifade kullanımı da dikkat çekicidir: “mümessilin emeği”

Bununla birlikte hastanın sınıfsal konumunun ilaç tercihinde bir etken olmakla beraber, sınıfsal ve mekansal konumlara göre ilaç tercihi ve tavsiyesinin de değişebileceğini anlayabiliyoruz D-8’in ifadesinden.

Bir başka örnek D-1’de ise ilaç tercihinde tersi bir karar almanın doğuracağı olumsuz sonuçlardan bahsedilerek, tercihin bir tür zorunlulukla ilişkili dile getirildiği gözlenmektedir. Bu bağlamda D-1’in de mümessilin emeği doğrultusunda, kendi ilaç tercihinin belirleyen şeyin kendisine sık sık ziyaretlerde bulunan şirketlerin ilaçları olduğu görüşmeler esnasında dile getirilmiştir. Bu çalışmanın bir başka bölümünde bu aktarım yer almaktadır.

“Bu bölgelerde hastaların alım gücü düşük olduğu için çoğunlukla kurum tarafından karşılanan ilaçları bize tanıtmaya geliyorlar. Hastalarımıza da bazen mecburen ödenmeyen ilaçlardan önermek zorunda kaldığımızda alamayacaklarını, ödenen bir ilaç yazmamızı istediklerini söylüyorlar. Hatta ishal şikâyeti ile başvuran bir hastama probiyotik yazdığım için eczaneden çıkıp kavga etmek için yanıma tekrar gelmişti, bağıra çağıra “Neden bana paralı ilaç yazdın, bunun ücretsiz olanı yok muydu? Bilerek yazıyorsun değil mi!” diye üstüme yürümüştü. Ben de bu ilaç türünde ödenen bir ilaç olmadığını anlatmıştım.” (D-1: Doktor, kadın, 2 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Bu anlamda Bağcılar’ın yabancı şirketler için özellikle ASM düzeyinde belli nedenlerle tercih edilmediğini ama yerli jenerik/muadil ilaç üreticisi şirketler için de önemli bir pazar oluşturduğu anlaşılmaktadır. Yine özellikle hasta eksenli duyguları üreten şeyin şirketlerle kurulan yakın ilişkiyle de bağlantısı olduğu düşünülmektedir. Aslında bu duyguların tümü bir yandan doktor ve hasta arasındaki ilişkiyi kurarken bir

yandan da şirketle aktörler arasındaki ilişkiyi kurmaktadır. Bunların birbirini besleyen incelikli süreçler olduğu düşünülmektedir. Bu bağlamda duyguların bir ekonomik işlev üstlendiğini ve öznelliklerin inşasında rol oynadığını söylemek mümkündür. Ekonomik çıkarlar ve duygular arasındaki geçişler aktörler arasındaki ilişkileri belirleyen ve dönüştüren güçlü birer unsur olarak düşünülmektedir. Bu bağlamda gelecek bölümde daha yoğun biçimde görebileceğimiz gibi, yerelleşme sürecinin inşasında ve ilaçların kimliklendirilmesinde de duygular ekonomik bir faaliyetin önemli bir parçası olarak rol oynamaktadırlar. Bu konuda her ne kadar duyguların ekonomik ilişkilerdeki rolünü derinlemesine incelememiş olsa da iktidar ilişkilerindeki rolünü öne çıkaran Sara Ahmed'in düşünceleri oldukça önemli görünmektedir. Ahmed'e (2019) göre duygular, "öteki"ni "daha aşağıda" ya da "daha yukarıda" göstermenin, ona bedensel bir nitelik atfetmenin aracıdır. Bu yönüyle ötekilere anlam ve değer bahşeden iktidar ilişkilerine dayandığı da açıktır. Duyguların (kolektif) bedenleri "oluşturma" ve "şekillendirme" gücü bulunmaktadır (ss. 12-13). Dolayısıyla duyguların kolektif bedendeki dolaşımı ve tesiri ilaçta yerelleşme sürecinin inşası tartışması bağlamında da oldukça önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır. Böylelikle ulus bir topluluk veya cemaat olarak hayal edilmekte, onu yoldaşlık ve kardeşlik itkisiyle bütünleştirme aracı olarak milliyetçi duygular güçlendirilmektedir (Anderson, 2020, s. 26). Daha önce sözünü ettiğimiz, büyük bir şirketin parçaları olarak düşünebileceğimiz tüm özneler de bu bağlamda ortak bir hedef doğrultusunda iş görmektedir.

3. İLAÇTA YERELLEŞME SÜRECİNİN İNŞASI VE (MİLLİYETÇİ) DUYGULARIN ROLÜ: “(...) YERLİ İLAÇ DEMEK BİZİM DEMEK”

Öznel ve görünmez bir deneyim olarak düşünülen duygulara odaklanmak genellikle yapı, kurum ve bireyleri anlamak için sosyolojinin başvurduğu yaygın bir yöntem değildir. Klasik sosyologların genel kategorilere yaslanarak yaptıkları toplumsal analizlerde bu yüzden duyguların işlevi hakkında pek bir şeyle karşılaşmamakta, eldeki çalışmalardan yalnızca belli başlı duygusal imalar çıkarsanmaktadır (Illouz, 2018, s. 11-12). Bunlar daha çok ana kategorilere eklenen, güçlü bir işlevi bulunmayan ve ancak dikkatlice baktığımız takdirde anlaşılabilen sönük duygusal etkiler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak sadece sosyoloji içinde değil, diğer sosyal disiplinlerde de bu eğilim çok yaygındır. Bu anlamda sosyal teoride duygulara boşlukta asılı duran ya da işlevsiz hisler muamelesi yapıldığı iddia edilebilir. Peki duygular gerçekten işlevsiz midir?

Bu bölümde söz konusu düşünceye karşı çıkarak duyguların düşünceye biçim veren, duygu sahibini belli türde bir davranışa itebilme gücü taşıyan ve bu yönüyle ekonomik faaliyetin önemli bir özelliği olduğundan söz edeceğiz. Özellikle milliyetçi duyguların rolünün, ilaçta yerelleşme ekonomisini nasıl harekete geçirdiğini; hem yerelleşme sürecinin kuruluşundaki etkisine bakarak hem de katılımcılar arasında yukarıdan aşağıya sızan duygusal transferleri ele alarak göstermeye çalışacağız.

Bu bölümün oluşmasında katılımcılara sorduğumuz şu sorudan yola çıkıyoruz: “İlaçta yerelleşme süreci hakkında ne biliyor/düşünüyorsunuz?” Yerelleşme sürecini bir biçimde yakından deneyimleyen ve yerli (jenerik/muadil) ilaçlarla da yakından ilişkili olan doktor, eczacı ve ilaç mümessillerinin bu konudaki yaklaşımlarının ilaçta yerelleşme sürecini neredeyse tamamen; ülke ekonomisinin gelişeceği, istihdam imkanının artacağı, paranın dışarıya akmayacağı vb. türden ekonomik milliyetçi bir bakış açısıyla yorumladığı, yer yer yerli şirket ve devlet arasında söz konusu çıkarlara hizmet eden güçlü bir bağ ve anlam ilişkisi kurduğu görülmüştür. Dolayısıyla çalışmanın ilerleyen kısımlarında görebileceğimiz birtakım yapısal sorunları ulusal ekonomik çıkarlar adına göz ardı edebilen güçlü bir akılcılaştırma eğilimi içerisinde oldukları gözlenmektedir. Diğer taraftan, çok daha ikincil yorumlarda yerelleşmenin

kullanım değerine dair üreteceği potansiyeller üzerinde durulmuştur. Bu da yerelleşme sürecinin “halkın ilaç talebi”ne kolayca karşılık verebilmesi söylemi üzerinden gelişmektedir.

3.1. Yerelleşme ve Milliyetçi Duygular

Yerelleşme kavramsal düzeydeki çağrışımlarıyla oldukça çekicidir ve bir politikanın ön eki olması bu anlamda o hamleye güçlü bir imaj da verebilmektedir. Zira her şeyden önce yerelleşme, devletin küreselleşme karşısında verdiği güçlü ve korumacı bir tepkiyi sembolize eden önemli bir kavram olarak yapılanmıştır (Keyder, 1993, s. 55). Bu anlamda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de 1945 sonrası dönemde devletin küresel güçlerin karşısında duran, ekonomik sınırlarını kontrol edebilen, sosyal hizmetleri pazar dışı mekanizmaları zorlayarak yerine getiren yerelleşmeci bir rolde karşımıza çıktığı görülmektedir. Yerelleşmenin fiili bakımdan popüleritesini yitirmesi ise yine tüm dünyada yeni bir ekonomi politik eğilimin güçlenmesi sürecine denk gelir. 1980’lere doğru neoliberal ideolojinin etkisiyle; devlet sermayenin dışlandığı, kapitalist gelişmenin ve rekabete dayalı mekanizmanın dışında durmaya çalışan niteliklerini yavaş yavaş kaybetmeye başlamıştır. Tarihsel dönüşümün bu evresinde, yerelleşme olgusuyla tümenden bir vedalaşma mı olmuştur peki? Cevap, hayır. Aslında yerelleşme tam da bu noktada yeni bir kavramsal boyut kazanarak, kapitalist örgütlenmenin etkisini bir dereceye kadar dizginlemek, ertelemek, yumuşatmak ve belirli kanallara hapsetmeye çalışmak gibi ulvi amaçları ifade eden ulus-devlet anlayışını temsil eder hale gelmiştir.

Bu değişimi daha iyi anlamak üzere, 1980 sonrası dönemde ve halihazırda “şirket” olgusunun yeri üzerinde de durulmalıdır. Şirket liberalizm dalgasıyla birlikte; devlete göre daha esnek ve yenilikçi, hızlı reflekslere sahip, teknik açıdan daha etkin ve uzmanlaşmış bir olgu olarak devletin gündemine taşınmıştır. Şirket olgusuna dair bu düşünce kamu hizmetlerinin ya da hizmet faaliyetlerinin parçalarının özel teşebbüslere doğru dışsallaştırılmasını (veya kamu-özel partnerliği biçiminde gelişmesini) meşrulaştırarak sonraki süreçlerde güçlü bir şirket yoğunlaşmasını sağlamıştır (Dardot & Laval, 2018, s. 334). Ancak şirketlerin yoğunlaşmasından daha ziyade bir konu, artık şirketlerin yönetsel süreçlere kendi kültürünü akıttığı bir sürece girilmiş

olmasıdır.

Şirket en kısa ve bilindik tanımıyla bir “ticari işletme”ye karşılık gelmektedir. Fakat bu resmi tanım işletmenin insanlar ve toplumlar üzerindeki doğasını açıklamak için yeterli bir veri sunmamaktadır (Bakan, 2007, s. 12-13). Şirket neoliberalleşmeyle birlikte devletin sorumluluklarını bölüşen ve hizmet sağlama noktasında ona destekçi bir “dost” olsa da toplumsal hayatı giderek daha fazla şekilde kontrol altına alan bir oluşuma dönüşmüştür. Örneğin günden güne ne yiyeceğimizi, ne içeceğimizi, neyin iyi veya kötü olduğunu bir bilgi üretimi dolayımında gerçekleştiren önemli bir birim olarak karşımıza çıkmaktadır.

1980 sonrası dönemde ulus-devletler ilk önce güçlü bir tazyik altında küresel şirketlerle ve şirket kültürüyle karşılaşmıştır. Üstelik küresel şirketlerin sınırları aşan ve tüm dünyayı kapsayan istilasını ulus-devletleri bir seçim yapmak zorunda da bırakmıştır. Bu anlamda ya korumacılık ve ulusal ekonomi inşa etmek amaçları dünyada olup bitenin dışında kalmak pahasına sürdürülecek ya da dünya ekonomisine “yerelci bir farkı koruyarak” bağlanılacaktır (Keyder, 1993, s. 43). Güçlü sermaye bloklarının ulus-devlet sınırlarından sızmasını engelleyecek siyasa süreçleri oluşmadığından ilk seçenek otomatik olarak elenmiştir. Diğer taraftan bir “bilgi sermayesinin” olmayışı da bu mücadeleyi kimi endüstriyel faaliyetler için çeşitli açılardan zorlaştırmıştır.

Bu anlamda ilaç üretim alanı da küresel ve ulusal düzeyde bu bahsi geçen mücadelenin gerçekleştiği en önemli örneklerdendir. İlaç AR-GE’si yapan ulus ötesi sermayenin önemli temsilcileri önce, özellikle erken tarihsel dönemlerden itibaren ulusal pazarlara yönelmişler, gelişmekte olan ve ilaç üretme potansiyeli bulunmayan ülkelerde önce daha güçlü fikrî mülkiyet hakları rejimlerinin oluşturulmasını talep etmişlerdir. TRIPs anlaşmasının imzalanmasının bu anlamda en büyük kazanımlarından biri olduğundan söz etmiştik. Türkiye’de devlet, yukarıda da bahsi geçen “yerel farkı koruyarak” ulus ötesi sermayeye eklemlenen anlayışı benimseyerek veya birleşmelere (sonra zamanla yutulmalara) neden olan siyasa süreçlerine neoliberal politik tutumların etkisi altında kalarak büyük ölçüde uyum sağlamıştır. Sonuç olarak fikrî mülkiyet haklarına güçlü koruma sağlayan rejimlere tam uyum ve uluslararasılaşma ile uyumlu siyasal hedeflerin benimsenmesi, ortaya küresel ölçekteki sermaye birikim rejimlerini besleyen bir ilaç üretim alanı çıkarmıştır (Vural, 2015, ss. 133-134, 128-129). Dolayısıyla süreç hem bir dışa bağıllık yaratmış hem de küresel ilaç şirketlerinin kurallarını koyduğu ve ilaç

fiyatlarından tüketim ilişkilerine kadar bir dizi parametreden oluşan anlayışların yerleşmesini sağlamıştır. Aslında tam da bu erken tarihsel dönemlerden itibaren Türkiye’de ilaç üretim süreciyle birlikte gelişen bir söylem “yerelleşme”dir. Bu anlamda Türkiye’de yine ortalama aynı tarihsel süreçlerde ilaç üretim alanında kamusal bir teşebbüsle karşılaşılrsa bile ilaç üretim alanını karşıt bir kutup olarak “ulusal sermaye odaklı güçlendirme” motivasyonun güç kazandığı anlaşılmaktadır.

İlaçta yerelleşme sürecinin 2016 yılında somutlaşmasına kadar da Türkiye’de ilaç üretim alanında iki kutuplu (küresel sermaye odaklı patentli/orijinal ilaç üretimi ve yerel sermayeli jenerik/muadil ilaç üreticileri) yapı kendini gerçekleştirmeye devam etmiştir. Ancak daha önce de sözü edildiği gibi, ilacın zorunlu bir tüketim maddesi olmasına rağmen ilaç üretim alanının tüm dünyada özel sektörde gelişmesi ilaçlarla hem güçlü bir yakınlaşma gereksinimini hem de bir *know-how* problemini gündemde tutmuştur. Esasında patent koruması dolan ilaçların yerli jenerik/muadil formlarının üretilmesi ikinci prangadan kurtulmayı sağlamıştır. Bu arada yukarıda sözünü ettiğimiz TRIPs sözleşmesi olmasaydı bunun çok daha erken gerçekleşmiş olacağını belirtmek gerekir. Ancak diğer taraftan ilaç üretim alanında piyasanın dışı olmadığına dair inanç ekonomik ve siyasal ideolojilere de bağlı olarak pekişmiş ve büyümeye devam etmiştir. Dolayısıyla ilaç üretim alanı yerli sermaye teşebbüslerinin ilaç üretim alanında gelişimine olanak sağlayan ve çoğu açıdan bir küresel modele yaslanan biçimde yapılanma ve satış-pazarlama biçimlerini koruyan anlayışta gelişmesini sağlamıştır.

İlaç üretim alanındaki aile büyüğü sayılabilecek küresel şirketlerden kalan pek çok zihinsel ve duygusal bağ oluşturma eyleminin ilaçta yerelleşme sürecini de şekillendirdiği anlaşılmaktadır. Elbette birbirleri arasında çok yapısal bir ayrım noktası ve kuruluş öyküsü de yer alacaktır. Zira biri ilaç geliştirme gibi “mucizevi” bir teşebbüse, kurtuluş söylemine ve bilimsel ilerlemeye dayanarak şirket kültürünü kuracaktır (Rajan, 2012, s. 235). Yerelleşmecilik ve yerli şirket söylemi ve kültürünü kuransa daha tabandan bir niyete denk düşecek ve ilaç üretmeyi halk sağlığı merkezli bir görünüm altında, ihtiyaçlar ve zorunluluklar hiyerarşine göre üretmesi gerekecektir. Bu kuruluş aşamasındaki söylemler bir zihinsel doygunluk yarattıktan hemen sonra bu ilaçlarla yakından ilişkili kişilerin duygu dünyasını dönüştürmeye devam etmeli hem de uygulamaya dönük bir çaba sarfetmeli ve birtakım reçete yazma ve satış alışkanlıklarını değiştirmeye çalışması gerekmektedir. Neticede uzun yıllar

bunu ustalıkla sürdürmüş küresel bir piyasa güçlü bir rekabeti zorunlu kılmaktadır. Ancak bir önceki bölümde görebildiğimiz üzere, rekabetin düzeyi artık ulusal şirketler arasında da artış göstermektedir.

Görüşmeler esnasında yerelleşme sürecinde rolü olan yerli jenerik/muadil ilaçların, orijinal/patentli ilaçlara göre daha az bilinirliği olduğundan ve piyasada ürün değil de fiyat üzerinden rekabete girmek zorunda olduklarından daha fazla tanıtım ve pazarlama ihtiyacı duydukları sıkça dile getirilmiştir. Bundan bir önceki bölümde de kısmen söz edilmeye çalışıldı. Bu kısımda ise yerelleşmeyi bir üst söylem olarak kuran ve işleten söylemlere odaklanacağız.

Görüşmelerden yola çıkılarak, katılımcıların zihninde her şeyden önce ilaçta yerelleşmenin “öteki” karşısında ulusal çıkarları, kalkınmacılığı, örgütlenmeyi sembolize eden toplum üstü bir anlamı taşıdığı gözlenmektedir. Şirketin tamamen aracı bir konuma indirgendiği bu görüşlerde, ilaçta yerelleşme yalnızca devletin ve ülkenin ekonomik çıkarlarına dayalı biçimde kurulmaktadır. Bu anlamda milliyetçiliğin ürettiği, kendi “milleti için iyi olanın başka herkesin çıkarlarından önce gelmesi gerektiğine duyulan inanç”, yabancı odaklı bir rahatsızlık, hissedilen bir öfke ve düşmanlık duygusunun açığa çıktığı görülmektedir (Bauman, 2009, s. 193). Örneğin E-19, bu ayrımları besleyen tüm düşüncelere sahip bir veri sunmaktadır.

“Yerli demek, bizim demek. Biz üretmişiz demek yani. Ben o anlamda, önce ülke ekonomisi adına yerelleşmeyi sonuna kadar destekliyorum. Ben vatanını seven bir insanım neden paramız dışarıya gitsin, neden bizim ülkemiz kazanmasın yani olaya böyle bakıyorum açıkçası. Ve gerçekten şunu da düşünmek lazım. Biz de artık bilimsel anlamda ülkemizi kalkındıracak ileri götürecek işler yapmalıyız. Öne çıkmalıyız, pasif durmamalıyız. Şu an ülkemizin en büyük eksiklerinden biri bu.” (E-19: Eczacı, erkek, 18 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-19’un ifadesinde yer alan “bizim”, “biz”, “ülke ekonomisi”, “vatanını sevmek”, “paranın dışarıya gitmemesi” vurgusu, “ülkemiz” gibi etnosentrik unsurların diğer katılımcılarda da yerelleşme sürecini tarif ederken yoğun biçimde kullanıldığı görülmektedir. Milliyetçilik örgütleyici bir kimliktir, yerelleşme de bu örgütlenmeyi mümkün kılan önemli bir araç olarak düşünülmektedir. Hatta öyle ki, E-19’un dile getirdiği cümlelerin bazılarını tersten okuduğumuzda örneğin orijinal/patenli bir ilaç yazmak veya satışını yapmak ya da yerelleşme süreci ile yerli jenerik/muadil ilaçlara

karşıt/eleştirel bir tutum içinde olmak bu örgütlenmenin dışında kalmaya denk düşer. Böylece ulusal çıkarlara ters ve düşmanca bir eylemde de bulunmuş olduğu anlamına gelmektedir.

D-2’de de yerelleşme ülke ekonomisi için, paranın el değiştirmesini önleyecek bir tampon olarak desteklenmiştir. Ayrıca ifadesinde yer alan “bu bir yarış neticede” sözü, küresel ve yerli piyasa arasında giderek güçlenen rekabetin de önemli bir ifadesi olarak düşünülebilir. Dolayısıyla yerelleşmenin yerli sermayenin dolaşımını güçlendirmesi hiçbir sorun yaratmamakta, tam tersi biçimde yarışa katılmanın ve en önemlisi kazanmanın önemi öne çıkarılmaktadır.

“Ben yerli ilacın desteklenmesi gerektiğini düşünüyorum. Bu bir yarış neticede şimdi baktığınızda yıl sonları “yoka düşme” diye bir şey yaşar eczacılar. Bu gibi durumlarda ellerinde hemen bulunabilecek ilaç hangisidir yerlidir. Yani muadildir. Bir başka boyuttan da yerli ilaç demek bizim demek, biz üretiyoruz demek. Ülke menfaatleri açısından bakmak lazım. Neden paramız bir başka ülkeye gitsin?” (D-2: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

E-20’nin ifadesi de E-19 ve D-2’yi destekler niteliktedir. O da yerelleşme sürecine “biz” ekseninde örgütlenme olarak bakmakta ve ulusal kazanımları öne çıkarmaktadır. Diğer taraftan örgütleyici bu kimliğin dışında kalanlara karşı tutumu bu ifade de biraz daha net gözlemlemekteyiz.

“Yabancı firmalar bu işin baya kaymağını yediler, öyle söyleyeyim. Bu konuda gerçekten bizim çok uyanık olmamız lazım. Kendi ilacımızı üretmemiz lazım. Dışa bağımlılığı sonlandırmamız lazım. Ama en önemlisi de bizim bunu bizim vatandaşımıza anlatmamız lazım. Bizim doktorumuza anlatmamız lazım. Reçeteyi yazan doktor, biz elimizden geldiğince diyoruz hani hastaya “Böyle de bir ilaç var. Sağlık Bakanlığı onaylı. Daha ekonomik, ülkemizin faydasına falan” ama hasta doktor ne yazdıysa onu almak istiyor. Yani öyle şeyler olabiliyor. O yüzden bunu çok çok iyi anlatmamız lazım.” (E-20: Eczacı, kadın, 12 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-20, özellikle bazı doktorların orijinal ilaçta ısrarcı olduğunu hastanın da bundan olumsuz yönde etkilendiğini düşünmektedir. Özellikle görüşme yaptığım eczacılardaki yerelleşme süreci ve yerli jenerik/muadil ilaçlara olan güven çok yüksekti ve de hem orijinal/patentli ilaçlara hem de reçetesinde bu türden ilaçlar yazan doktorlara karşı fikirleri daha eleştireldi. Görüşmeler ilerledikçe bu güçlü güven duygusunun nasıl geliştiği üzerinde epey kafa yordum diyebilirim. Yani bu duyguyu

besleyen sadece ulusal bir menfaate odaklı mıydı yoksa yerelleşme ve yerli jenerik/muadil ilaçlarla kurulan başka ilişkilerde mi vardı? Bir kısmını önceki bölümde aktardığımız gibi, eczacıların ticaret ilişkileri bakımından yerli şirketlerle ilişkilmesi çok daha avantajlıdır. Mal fazlası olarak adlandırılan ve eczacının şirketten aldığı her bir birim ürüne karşı gelen bedelsiz ilaç ürünleri eczane ekonomisi için de önemli görülmektedir. Bu nedenle aslında yerelleşmenin ve yerli jenerik/muadil ilaç ürünlerine olan bağlılığın, eczane çıkarlarıyla da doğru orantılı olduğu ortadadır.

Katılımcıların yerelleşme sürecini ülke menfaatleriyle eş bir düzlemde okuduğu fakat bununla birlikte yerelleşmenin kendi mesleki pratikleriyle de uyumlu olduğu söylenebilir. D-7 örneğin, yerelleşme süreci hakkındaki düşüncelerini diğer görüşmecilerle aynı doğrultuda sunduktan sonra, hastalar için de iyi olduğunu belirtmiştir.

“İlaçlar konusunda ciddi bir yarış var. Türkiye bu konuda ciddi bir mücadele veriyor. Pastadan nasıl pay alabiliriz bu ülkemiz adına, milletimiz adına önemli. Sağlık sözü konusu olan da. O yüzden ben ilaçta yerleşmeye çok olumlu bakıyorum. Nihayetinde bu zamana kadar yabancı şirketler kazanmış, biz ilaç üretebiliyorsak o zaman ben benim devletim kazansın diye düşünürüm. Hasta bundan faydalansın diye düşünmek lazım.” (D-7: Doktor, kadın, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-7'nin ifadesinde dikkat etmemiz gereken bir diğer durum da yerli şirket ve devletin aynı amaç ve doğrultuda çalıştığı düşüncesinin çok güçlü olmasıdır. Esasında bu yaklaşım devletten topluma ve tek tek bireylere değil yerleşen ekonomik akılcılığın tezahürüdür. Dikkat edilecek olursa yerelleşme yapısal düzeyde hem ülke çıkarları adına bir söylem inşa etmekte hem de bireysel çıkarları kapsayan duygusal bir evren oluşturmaktadır. Nitekim, yerelleşme sürecinin dışında durmak ya da yerli jenerik/muadil ürünlere mesafe almak bile katılımcıların çoğunun zihninde ekonomik ve ahlaki olmak üzere iki türden sakatlığa sebebiyet verdiğini düşündürmektedir. Etnosentrik (biz- merkezci) olmayan tüm tutum ve düşünceler ekonomik, siyasi ve toplumsal türden bozucu bir etkiye sebep olduğu düşünülmektedir. Shimp ve Sharma'nın (1987) ortak çalışmasında da bunu destekler biçimde, ekonomik etnosentrikler ve ahlaki etnosentrikler arasında bir ayrım ortaya konmaktadır. Ekonomik etnosentrikler yabancı ürünleri almanın yanlış olduğunu düşünmektedirler çünkü yerli ekonomi ve istihdama zarar geleceğini düşünürler. Ahlaki etnosentrikler

ise yabancı ürünler almanın milliyetçilik duygusuna ters düştüğünü, ülkesini ve milletini seven kişilerin yerli ürüne yönelmesi gerektiğini düşünmektedirler (s. 280) Buna göre yerli ürünlere karşıt tutum geliştirmenin ekonomik anlamda gelişmenin önünde bir engel oluşturması kadar, karşıt tutum geliştirenlerin ülke sevgisinin zayıf olduğu da düşünülebilmektedir.

Görüşme yaptığım E-18 bir adım daha öteye giderek ekonomik anlamdaki gelişme dışında bilimsel anlamdaki gelişmenin de bu bozucu etki nedeniyle gerçekleşemediğini düşünmektedir.

“Şimdi bu ilaç yazılıyor değil mi? Doktor bunu yazıyor ben de hastaya veriyorum. Bu milyonlarca yıl böyle olmuş. Bunu değiştiremiyorum. Çünkü benim yetkim yok yani evrensel bir şey tüm dünya bunu kabul etmiş. Bu yabancı şirketlerin ne haltlar yediğini herkes biliyor. 50 cent’e üretiyor geliyor bize 20 dolara satıyor. Ben bunu biliyorum ama hâlâ diyorum ki yok efendim şöyle iyi etkinliği ispatlanmış insanlar tarafından bilmem kaç yıldır kullanılıyor. Ya benim doktorum şunu demiyor: Ben de yerli üretime destek vereyim onlar da ilaç geliştirsün dünyaya sunsun demiyor. Ya bu adamlar bunları analarının karnında öğrenmedi ki, yani fırsat verilse eminim bizimkiler de geliştirecek. Bakın Türkler aşığı buldu, Türk yani bunu yapan da. Dünyaya onlar pazarlayacak. Yani neden fırsat vermiyorsun, neden yani?” (E-18: Eczacı, kadın, 40 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Buna göre koronavirüs aşısını geliştiren Özlem Türeci ve Uğur Şahin’den yola çıkarak yerliliğin sürdürülebilir hale getirilmesinin önemine dikkat çekmek istemiştir. Yerli üretime destek verildiğinde ayrıca bunun AR-GE süreçleri için de fayda sağlayacağı yönündeki inanç hemen tüm katılımcılarda bulunmaktadır. Ama en genel düşünce yerli üretim yoluyla ekonominin güç kazanması meselesi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Genellikle doktorlarla yaptığım görüşmelerde bu ahlaki etnosentrik tutumun daha yüksek olduğunu söyleyebilirim. Örneğin D-14 yerli ilaç tercihinde bulunmayı bir etik tutumla eş düşünmektedir. Bu durumda da kendi etik eylemini hasta için olduğu kadar ülke için de iyi/düşünceli bir eylem haline getirmeye çalışmaktadır.

“Tıpta hiçbir zaman hiçbir şey kesin değildir. Hani öncelikle bunun bilincinde olmak lazım ve kimi doktorlara gülünç gelebilir ama sözlü gelenek var aslında. İlacı kimden öğreniyorsun? Arkadaşlarından öğreniyorsun, diğer hocalarından öğreniyorsun... Bu meslek aslında bir usta çırak ilişkisidir. Yani bu yüzyıllardır gelen yüzyıllardır bu ülkede bu topraklarda bu şekilde gelişmiştir. Evet bazı temel kurallar, tedavi

protokolleri vardır bunları kimse inkâr edemez ama sözlü gelenek de vardır. Ben Trakya Üniversite’sinde böyle öğrenmişimdir, Hatice bir başka üniversitede başka türlü öğrenmiştir. Bir yerde böyle bir kültür oluşmuştur. Şimdi bu ilaç meselesinde de benzer bir şey bulabiliriz. Şimdi ben kendi hekimlik anlayışım gereği hastayı iyileştirecek kısa yoldan fayda gösterecek bir ilaç önerebilirim bu yüzden ilacın en pahalısını en iyisini vs. yazabilirim ya da derim ki hastalık yoktur hasta vardır derim, anlatabiliyorum mu? Hastaya 10 dakikada değil de 20 dakikada tesir edecek ama onu maddi külfete sokmayan bir ilacı yazarım. Hastanın ekonomik şartlarını da düşünürüm. İşte biraz daha ötesinde ülkenin kalkınmasını düşünen isteyen bir hekimsem derim ki ya bu bizim, buna da sahip çıkayım. Alex üretince 100 lira olan ilaç yerine Ali’nin ürettiği 10 liralık ilacı kullanayım. Bu biraz sizin aldığınız eğitim, düşünce yapınızla, değer verdiğiniz şeylerle alakalı bir şey yani.” (D-14: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Genel anlamda ilaçta yerelleşme ve yerli ilaçlar hem eczacılar hem de doktorlar tarafından ekonomik milliyetçi bir perspektiften onaylanmaktadır. Doktorlarda, D-14’ün ifadesinde de görebildiğimiz gibi, yerelleşme sürecine ve yerli ilaçlara karşı desteğin oluşmasında etnosentrik bakış açısıyla beraber hastanın sosyo-ekonomik durumu da öne çıkarılmaktadır. Aslında yerelleşme söylemini temellendiren ve meşruiyet kazandıran önemli konulardan biri hastaların “ucuz ilaca” erişmesidir. Bu anlamda pek çok doktor, yerli jenerik/muadil ilaç ürünlerinin etki düzeyindeki sapmanın görmezden gelinmesi gerektiğini düşünmektedirler. D-14’ün ifadesinde de görüldüğü gibi eğer yerli jenerik/muadil bir ürün sağlayacağı fayda zarardan büyükse etki süresi ihmal edilebilir bulunmaktadır. Bu yüzden yerli jenerik/muadil ilaç ürünlerin kalite ve güvenilirlik konusuna bakış ilerde başka bir başlık altında da ayrıca incelenenecektir.

3.1.1. Yerelleşmek Neden Önemli: “Ülke yararı”, “Devlet bütçesi”, “Yerli İlaç Sanayi”

İlaçta yerelleşme projesinin kuruluşuna genel olarak baktığımızda makro boyutta küresel ilaç şirketleri karşısında belli başlı mağduriyetleri (ilaç tedarikinden ilaç manipülasyonuna) gidermek ve mücadele etmek üzerinden gelişen, “yerli” ve “milli(yetçi)” duygusal enstantanelere dayalı ekonomi-politik bir refleksten söz edilebilir. İlaçta yerelleşme projesi somutlaştığı tarihten itibaren, ulusal sağlığın

korunması ve güçlendirilmesi ve halkın ilaç temini gibi söylemlerle önemli düzeyde sosyal kabul almış, diğer taraftan (yerli) sermayeyi ulusal çıkarlara hizmet eden bir akılcılaştırmayla birlikte harekete geçirmiştir. Bu çalışmanın önemli bir kısmında, ilaçta yerelleşme süreci gelişirken (yerli) sermayeyle nasıl ilişkileneceği, sermayenin sağlıkla nasıl ilişkileneceği ve neticede yerleşmenin toplum sağlığını gözetten bir sosyal politika olmayı nasıl başaracağı üzerinde durulmuştur. En başta (yerli) özel teşebbüsler ve bunların satış ve pazarlama ağlarında nasıl yapılandığına birlikte bakılması da bu yüzden istenmiştir. Bu noktada yerleşmeyi anlamak için yeni yapı, yeni üretim ve tüketim kalıplarını üreten retoriği iyi biçimde anlamak gerektiği düşünülmektedir. Yerelleşme sürecine eşlik eden, çoğunlukla milli çıkarlara odaklanan yaklaşımlardaki duyguların hangi ekonomiye hizmet ettiği bu şekilde incelenmeye çalışılacaktır. Bu kısımda yerelleşme sürecine bakıştaki genel ve milli çıkarlara odaklanan yaklaşımları öne çıkaran verilere yer verilmeye devam edilecektir. Katılımcılar arasında yerli jenerik/muadil ilaçların sıfırdan bir ilaç buluşuna değil de mevcut patentli ilaçların koruma süresinin dolması sonrasında üretilen jenerik/muadil formlarına odaklanması yerli ilaç üretiminin en büyük ilaç alıcısı kamunun ilaç talebinde önemli bir fayda sağlayacağı düşünülmektedir. Bu konuda doktorlara ve eczacılara da bilgilendirme yapıldığını ve yapılmaya da devam ettiğini belirten E-4 yabancı menşeli ilaçlara göre oldukça maliyetsiz şekilde ilaç üretmenin mümkün olduğunu dile getirmektedir.

“Yerli ilaçlar, ülkemiz için önem arz ediyor elbette. Bunu zaten Sağlık Bakanlığı başta olmak üzere, işte doktor ve eczane aracılığıyla bilinçlendirmesi vs. yapıldı ve yapılmaya devam ediyor. Birincisi ülke ekonomisi açısından yerli ilaç üretmek çok önemli. Bunu mesela şöyle düşünelim bir kere sıfırdan bir ilaç bulmuyorsunuz. Var olan bir ilacı yerlileştiriyorsunuz. Marka kazandırmış olmak gibi. Bir Türk marka ile üretiyorsunuz. Yani sıfırdan bir ilaç bulmak için gereken enerjiyi mesela sadece iyi üretim koşullarını sağlamak için kullanabilirsiniz. Diğer iyi yönü, devlete maliyeti daha az. Çünkü ilaç talepleri giderek artıyor, insanlar artık en ufak bir şeyde hastaneye gidiyor. SSK’nın ödediği türden ilaçların ucuz olması o yüzden devletimiz için olumlu bir şey.” (E-4: Eczacı, kadın, 23 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Bununla birlikte E-4’ün son ifadesi oldukça önemlidir. İnsanların ufak şeyler için hastaneye gitmesi ve ilaç alması devlet için belli bir yük oluşturduğundan yerli ilaçların bu konuda önem taşıdığına dikkat çekmiştir. Hiç kuşkusuz ilaçların hem kısa sürede hem de daha ucuza mâl edilmesi kamu tasarrufu sağlaması muhtemel bir

eylemdir. Diğer taraftan yerelleşme süreci ilaç harcamalarında tasarrufa yönelik bir beklenti oluşturmaktaysa da bu kısımdaki sorularda katılımcıların tüketim ilişkilerindeki sorunlara değinmeyi pek tercih etmedikleri anlaşılmaktadır.

“Muadil ilaç vermek devlet tarafından desteklenen bir eylemdir. Gerek sosyal güvenlik kurumunun daha az ilaç harcaması yapması gerekse yerli ilaç sanayinin desteklenmesi konusu hem ülke yararına hem de devlet bütçesi yararına olumlu sonuçlar doğuran bir eylemdir. İlaçlarda bol miktarda muadil ilaç bulunması ilaçların fiyatlarında rekabete dayalı bir oto kontrol ve baskı oluşturduğu için sosyal güvenlik kurumunun bütçesi açısından çok faydalı sonuçlar doğurmaktadır. Ayrıca eczane ekonomileri için de ucuz ilaca erişime imkân verdiği için muadil ilaç kavramı çok önem kazanmaktadır. Ayrıca bir ithal ve yabancı menşeli bir ilacın yerli üretiminin piyasada desteklenmesinin ülke ekonomisi açısından cari açığın azaltılması ihracatın artıp ithalatın azalması ülke kaynaklarının dışarıya akması ilaç sanayinin gelişmesi istihdam gibi pek çok konuda faydası olacağı tartışmasızdır.” (E-12: Eczacı, erkek, 18 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-12 ülke menfaatleri yanında eczane ekonomisi için de yerli ilaçların bir avantaj oluşturduğunu belirtmektedir. Aslında kendisi görüşme notlarını bana yazılı olarak ilettiğinde eczane ekonomisi için anlamını biraz açmasını rica etmiştim. Yukarıda kısmi olarak dile getirdiğim gibi yerli ilaçlar eczaneye mal fazlası kazandırarak aslında eczane ekonomisi için en az ülke ekonomisi kadar kurumsal bir yarar da taşımaktadır. Aslında yerelleşme süreci ve ülke ekonomisi arasındaki doğrudan ilişkiyi, eczane ekonomisi ile de beraber düşünmek mümkündür. Burada zaman zaman yer değişimleri mümkün hale de gelmektedir. Kendisiyle yoğunluğu nedeniyle bir türlü görüşme yapamadığım ama ayak üstü sohbetimizde eczanesini yeni taşıdığını söyleyen bir eczacıya taşınma nedenini sormuştum. Eczanesinin daha önceki yerinde kâr etmediğini, şimdiki yerinde ise mal fazlası aldığını bazen poşetini bile bedavaya getirdiğini söylemişti. Yine ilaç mümessilleriyle görüşmelerimde de yerli şirketler arasındaki rekabet nedeniyle özellikle “sıcak satış” yaptıkları eczacıyla arayışı iyi tutmanın, onun menfaatlerini de düşünmenin önemli olduğu söylenmiştir. Böylece yerli ilaçlarla ilişkilene bilimsel karakterinin ötesinde farklı stratejilerle iç içe düşünölmeye oldukça açık bir eylem alanı olarak karşımıza çıkmaktadır.

3.1.2. Yerelleşmek Neden Önemli: “İstihdam”

Katılımcılar yerleşme sürecini istihdam açısından da önemli görmekte ve desteklemektedir. Ancak ilaç üretim süreçlerinin AR-GE ve ÜR-GE temelli işleyişini göz önünde bulundurarak yerli ilaç üretiminin maddi üretim ilişkilerinde, satış ve pazarlama gibi saha işleyişine dönük bir istihdam yaratabileceği düşünülmektedir. Bununla beraber D-14 yabancı firmaların da ülkeden çekilse bile ülkeye istihdam sağladığını ve birçok yerli şirketi ayakta tutan şeyin bu maddi üretimin üstlenilmesiyle ilişkili olduğuna değinmiştir.

“Yani bilimsel bir buluş falan çok zor. Bir de tabi şöyle bir şekilde üretiyoruz. Mesela atıyorum tamamen Pfizer Türkiye’deki bir firmaya diyor ki sen benim ilacımı üret, ben sana komisyonunu vereceğim çünkü ben artık burada zarar ediyorum diyor. Türkiye’de birçok firma bu üretim sayesinde ayakta kalıyor bildiğim. Yabancı firmalar için neden zararlı Türkiye’de kalmak? Şimdi şu an hala daha 2007 yılının 2006 yılının dolar kurları kullanılıyor. Şimdi yurt dışından gelen bir firma 2006’nın dolar kuruyla ödeme alıyor. Dolar olmuş yedi lira, yedi lira olduğu dönemde adamlar 1,90’dan falan ödeme alıyorlardı. Dolar başına. Onlar da çekiliyor. Büyük bir kısmı ilaçların çekildi şu an sadece muadiller kaldı. Orijinal molekül çok fazla kalmadı. Yani duyduğumuz yabancı firmalar sürekli çekilmeye çalışıyor. O şekilde yani ürettiriyor diyelim, şöyle düşün Renault araçlarını Bursa’da üretiyor. Peki para Bursa’da mı kalıyor? Hayır kalmıyor ama ne olur istihdam sağlıyor, iş imkânı yani. Yani bu da günü kurtarmak adına olur yani. Bunun dışında da daha çok dediğim gibi muadiller üretiliyor. Komisyon alıyorlar öteki türlü, zaten birçok firma da öyle ayakta kalıyor bildiğim kadarıyla üretim sayesinde. Ama yerli firmalardaki genişlemeyle de zaten onlar giderek artan şekilde istihdam sağlıyor.” (D-14: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

E-5’in yerleşmenin istihdam yaratma gücüne dair söylediklerinden önce, sahada yapılanmaya dair verdiği ipuçlarına da bakmamız gerekir. İleride yerli jenerik/muadil ilaç üretilerinin sahadaki yapılanmalarına değineceğimiz bölümlerde de görebileceğimiz gibi, Türkiye’de yerli şirketlerin yabancı şirketlere göre saha yapılanması daha fazladır. Dolayısıyla jenerik/muadil ilaç ürünlerinin piyasada yeni olması nedeniyle doktor ve eczane tanıtımlarına daha fazla ağırlık verdikleri görülmektedir. Bununla beraber, rekabet etmeleri gereken jenerik/muadil ilaç sayısının fazlalığı da yerli şirketleri satış ve pazarlamaya yönlendiren güçlü bir neden olarak karşımıza çıkmaktadır. D-14 bu bağlamda yerleşmenin istihdam yarattığını düşünmekte ve desteklemektedir.

Ancak yerli ilaç üretim alanının genişlemesi bir yönüyle istihdamda istenilen koşulları yaratsa bile iş kolunun kendisi tamamen başka türden bir etki yaratma potansiyeli de taşımaktadır. Örneğin E-5 de istihdam açısından sürece olumlu bakmakta ama zaten geçmişten gelen satış odaklı yapılanmanın sahadaki yoğunlaşmasının bu sürece bir devamlılık kattığını ifade etmektedir.

“Yerli üretimin devletin ilaç harcamasını düşüreceğini sanmasam da istihdam yaratımı gibi konularda özellikle ülke ekonomisine katkı yaptığını düşünüyorum. Firmalar arası rekabet ise elbette zaten satış odaklı olan sektörü iyice yokuşa sürmekte ve özellikle gereksiz ilaç kullanımını fazlasıyla artırmaktadır.” (E-5: Eczacı, erkek, 14 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

D-20 de benzer şekilde yerelleşme hedefleri içinde yer alan istihdam hedeflerini önemli bulmakta ama ortaya çıkan iş kolu üzerine yeterince düşünülmendiğini söylemektedir.

“Yerelleşme ülke ekonomisi, kalkınma ve en önemlisi biliyorsunuz işsizlik var bu konuda istihdam yaratmak için gerekli bir atılım. Firmalar çok sayıda saha elemanı istihdam ediyorlar. Bugün üniversiteli işsizliği diye bir şey var maalesef ki. Mümessil kardeşlerimiz bu alanda istihdam ediliyor bu hoşumuza giden tarafı ama işte orda da etik olmayan çok şey var. Şimdi girmek istemiyorum ona da...Sadece bu istihdam neye hizmet ediyor, bu biraz düşünülmeli.” (D-20: Doktor, kadın, 22 yıldır meslekte ve özel bir hastanede İç Hastalıkları uzmanı olarak görev yapmaktadır.)

E-5 ve D-20’nin görüşlerinde bariz biçimde öne çıktığı üzere yerelleşmenin yarattığı istihdam çok önemli olmakla birlikte istihdamın niteliği, özellikle ilaç satış ve pazarlama gibi hassas bir alandaki istihdam çeşitli yönleriyle yeniden tartışılmaya muhtaçtır.

3.1.3. Yerelleşmek Neden Önemli: “Paramız içeride kalır”

Yerelleşme sürecine dair düşüncelerde öne çıkan diğer bir konuya ilaç üretiminin yerli şirketler tarafından gerçekleştiği takdirde “paranın içeride kalacak olması”dır.

“Keşke bütün ilaçları yerli üretebilsek, paramız içeride kalsa ama bazı ürünlerde henüz muadiller üretilmemekte. Bu nedenle dışa bağımlıyız. Ben açıkçası yabancı firmalara gideceğine bizim bu konuda uzmanlık kazanmış ilaç şirketlerimiz olduğunu düşünüyorum onlar alsınlar, üretsinsinler, kazansınlar. Biz bize yeter hale gelelim.” (D-

6: Doktor, kadın, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

Katılımcılar arasında tıpkı D-6'nın ifadesinde olduğu gibi yerli firmalar da “biz” çemberinin içine alınarak üretimdeki katkıları nedeniyle devlet ve halk adına aynı amaç ve hedefler için mücadele eden bir oluşum haline gelmektedir. Sadece D-5 saha elemanlarının istihdamı hakkında konuştuğumuz sırada şirketlerin bu istihdamı yaratmaktaki amaçlarının ülke ekonomisine katkı sunmakla değil de kendi çıkarlarıyla daha doğrudan bir ilişkisi olduğunu ifade etmiştir.

“İlaç bir savaş alanı ve savaş başladıktan sonra savaşın amacı unutulur. Bu bir gerçektir. Bakın hepsi sağlığa hizmet eder ama fazladan birkaç hap yutturmak kimsenin derdi değildir. İlacı alanlarla, sen ona hasta de istersen, satanlar arasında çok belirsiz bir ilişki vardır. Sadece ilaç da değil, bir sürü kompozit malzeme, gereksiz MR, Röntgen hatta ameliyat yapılıyor. Onlara da bakmak lazım. Tüm bu hizmetlerin neden bu kadar fazla verildiğini de sorgulamak lazım.” (D-5: Doktor, erkek, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

(Yerli) şirket-devlet ve (yerli) şirket-toplum entegrasyonu ülke çıkarları, istihdam ve para akışının kontrolü gibi nedenlerle göz ardı edilebilir görünse de, katılımcılar için az ya da çok kaygı da oluşturduğu da gözlenmiştir. Diğer taraftan D-5'in ifadesinde somutlaşan “savaş”, ilaç alanında girilen yarışın kullanım değerinden değişim değerine kadar birçok farklı yönünün inceliklerle değerlendirilmesi gereken bir konu olduğuna önemli bir katkıda bulunmaktadır. Gerçekten de yerli şirketler kamusal menfaatlerimizin neresinde duruyor ve tek tek medikal özneleri nasıl şekillendiriyor veya onlara etki ediyor sorusu bu noktada önem kazanmaktadır.

3.2. Yerli İlaç ve Kullanım Değeri: “İlaç acil ihtiyaç”, “Yoka Düşme”, “Ucuzluk ve Erişilebilirlik”

Katılımcılar arasında yerelleşmeyle sıkı bir ilişki kurulmasını sağlayan en önemli unsurlardan biri yerelleşmenin kullanım değerine dönük sağlayacağı fırsatlardan oluşmaktadır. Bu noktada da yerelleşmenin aslında bir dış tehdide karşı savunma hattı oluşturduğu düşünülmektedir. Diğer taraftan yerelleşmenin kurucu söylemi olan “halkın ilaç talebine karşılık vermek” güçlü bir zihinsel bağ oluşturmaktadır. Burada

da yine çoğunlukla yerelleşme bu söyleme dayandırılmakta ve kullanım değerine etki eden veya manipüle eden kritik noktalar belli bir fayda ve zarar ilişkisi çerçevesinde ötelenebilmektedir.

“Ben yerli ilaç üretimini kesinlikle destekliyorum. Ülkemiz gelişmekte olan bir ülke ve ekonomisi maalesef sağlam değil, euro, dolar değeri ilaçta sabitlenmiş ancak sürekli artan kur sebebiyle o sabit değeri yükseltmek isteyen firmalar devletten olumlu dönüş alamayınca ilaç yollamayı kesiyorlar. Her zam dönemi ve her ekonomik kriz döneminde maalesef hastalar ilaca ulaşamıyor. Bu durumda yerli bir muadili olmayan ilaçları kullanan hastalar gözümüzün önünde mağdur oluyorlar ve buna bir şey yapamamak çok üzücü. Bu sebeple kesinlikle ülkemizdeki yerli ilaçlara eğilim artmalı ve orjinal-jenerik ilaç arasında hiçbir fark olmadığı unutulmamalı ve ülkemiz için yerli ilaç kullanılmalı.” (E-8: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Eczacılar arasında E-8’in ifade ettiği şekilde bir büyük ilaç kesintisinden veya mağduriyet durumundan yaygın biçimde söz edilmemiştir. Ancak dışa bağımlılığı tehdit olarak gören ve bu anlamda yerelleşmeyi destekleyen katılımcıların ifadelerinde “ilaç kesintisi tehdidi” güçlü bir belirleyen olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun dışında “yoka düşme” durumuyla ilgili sorunlara karşı yerelleşmenin önemi üzerinde diğer katılımcılar da durmuşlardır.

“Yerli ilaç üretimini desteklemekteyim. Genellikle yıl sonuna birkaç ay kala eczacının “yoka düşme” diye tabir ettiği bir olay vardır. İthal ilaçlar yıllık belli bir miktar ithal edilmesi sebebiyle veya dolar kuru sebebiyle bazen depolarda bulunmaz ve hasta ilaca ulaşamaz ama o ilacın yerli alternatifi varsa bu kolay kolay olmaz.” (E-17: Eczacı, kadın, 8 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“İlaçta kesinlikle yerlileşmelidir. Hem ekonomik açıdan hem de ilaç ulaşılabilirliği için başta. Çünkü ilaçta dışa bağımlılık olumsuz sonuçlar da doğurabilir. Yabancı firmaların bu konuda tehdit oluşturduğunu düşünüyorum özellikle. Bence hatta %100 yerlileşme hedefi tamamlandığında tüm yabancı ürünlerin piyasadan sökülüp atılması gerekmekte. Aksi takdirde dışarıdan bir baskı olduğu gibi kendi içimizde de bölünüyoruz. Bazı doktorlar özellikle orijinal ürün tercihinde bulunuyor, bunu anlatamıyoruz bir türlü: “bu iki ürün arasında bir fark yok.” (E-9: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-9 ise yerlileşmeye dair olumlu düşüncesiyle beraber biraz daha radikal bir tutumla ilaçta %100 yerelleşme sağlandığında yabancı ürünlerin tamamen kaldırılması gerektiğini düşünmektedir. Bu konu mevcut yerelleşme hedefleri arasında da yer

almasına rağmen yine de bu fikre genel anlamda daha temkinli yaklaşıldığı düşünülmektedir.

D-13 ise yerli jenerik/muadil ürünler aracılığıyla piyasada rekabetin oluşabildiğini ve bunun ilaç fiyatlarına yansıdığını belirtmektedir. Böylelikle kademeli bir yerleşmenin aslında yabancı tekellerin fiyat baskısını kırabileceğini düşünülmektedir. Gerçekten de özellikle belli türdeki tekelleşmeler ilaç fiyatlarında güçlü mağduriyetler yaratırken piyasadaki çoğulluk bunu kırabilecek bir güç oluşturmuştur.

“İnsülinler mesela çok pahalıydı. Sonra bir anda düştü. Mesela ben hatırlıyorum küçükken insülin bulunamadığı için ölen hastalar vardı. Sonra ucuzladı. Rekabet girince araya düşürüyorlar. İnsanlık için yerli ilacın çok gerekli olduğunu düşünüyorum. Ama rekabete gelince iş elbette onu da bir şirket üretiyor. Burada devreye para giriyor, hırs, kazanma hırsı giriyor. Ya orası çok pis bir yer yani.” (D-13: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Diğer taraftan, belki de sadece yerel şirketlerin çoğalması yoluyla değil mevcut ürünler üzerindeki fiyat baskısının etik yollardan çözümlenmesi biçiminde de ilaç yokluğu ile mücadele mümkündür. Oysa sağlık alanını yönlendiren ekonomik kurallar/çıkarlar tam da insan sağlığı için gereken ilaçların birer ürün/mal/meta gibi dolaşıma girmesini ve önceliklerin değişmesini sağlamaktadır.

Görünürde tamamen dışa bağımlılığın ürettiği sonuçlardan biri fiyat üzerindeki baskıdır. Ancak bu vesileyle söylemek gerekir ki, maalesef yerli şirketler için de giderek bu konu önemli bir soruna dönüşmektedir. İlaç mümessillerinin aktarımlarında yerli ilaçların üretim maliyeti çok düşük olsa bile, bazı durumlarda kat kat üstünde bir fiyatla piyasaya sürülmekte ve bunun üzerinden kâr edilmekte olduğu düşüncesi hakimdir. Zira özellikle eczane satışlarındaki mal fazlası için, daha önce de belirttiğimiz gibi, 1 ürün alana 100 ürün bedava veren yerli şirket olduğu söylenmiştir. Ancak bu ürünlerin her biri hastaya belli bir fiyat üzerinden verilmektedir. Dolayısıyla sadece yabancı menşeli ilaç ürünlerinde değil yerli şirketlerin ürünlerinde de fiyat baskısı farklı biçimde oluşabilmekte, bu nedenle kontrol sisteminin gelişmesi umulmaktadır.

Toparlayacak olursak, neoliberalizmin, Foucault’nun metodolojisine de yaslanılarak sadece bir ekonomi politikası olmadığı görüşünü savunmuştuk. Foucault neoliberalizmi, iktidar ilişkilerinin dönüşümüne bağlı olarak şekillenen

“yönetimsellik” olarak dile getiriyordu. Yönetim ise hükmetme derdinde olan bir iktidar anlayışının uzağına düşüyordu. Bu nedenle de yönettiği “şey” insanlar değildi. İnsanların “kaynaklar, üretim araçları, davranış ve düşünme biçimleriyle olan ilişkileri”ydi (Coşkun, 2019, s. 139). Esasında bunlar arasındaki ilişkilerin iyi kurulması, yönetilmesi ve yönlendirilmesi “ekonomik” bir yönetimin temel ilkelerini de inşa etmekteydi.

İlaçta yerleşme sürecine dair düşüncelere genel anlamda bakıldığında ulusal ilaç üretim alanındaki gelişmelerde rekabetin kurucu bir unsur olarak algılandığını görmek mümkündür. Katılımcıların bu sürece birer “aracı-tüketici” düzeyinde dahil oldukları ve onu daha çok milliyetçi duygularla besledikleri anlaşılmaktadır. Bu bağlamda yerli şirket ve devlet kaynaşmasına duyulan güven de oldukça yüksektir. Bu nedenle belli ekonomik hesap ve rasyonalitelere dayalı biçimde sürecin olumlandığı, kurucu söyleme dayalı biçimde öznelliklerin piyasa değerleri çerçevesinde yeniden üretildikleri ve böylece ilaçta yerleşmenin ülke çıkarları üzerinden önemli ölçüde sahiplenildiği anlaşılmaktadır. Ancak yerli ilaçların bilimsel karakteri hakkında bu bölümde de yer yer hissedilebileceği üzere bazı zayıflıklar olduğuna dair izlenimler edinmek mümkündür. Görüşmeler boyunca yerli ilaçla yine yerli ilacı imleyen jenerik, muadil, eşdeğer veya ucuz ilaç kavramlarından biri kullanıldığında birtakım yorum değişiklikleri olduğu saptanmıştır. Çalışmanın bir sonraki bölümünde bu nedenle yerleşme sürecinin somut çıktısı olarak yerli ilaçlara yani jenerik/muadil ilaç ürünlerine bilimsel karakterleri üzerinden bakılması hedeflenmiştir. Bir sonraki bölümde yerli ilaç ve yerli ilaçla ilişkilenen katılımcıların bakış açıları bu adlandırma meselesi etrafında ele alınmaya çalışılacaktır.

4. YERLİ İLAÇ VERSUS JENERİK/MUADİL İLAÇ ve MUĞLAK DUYGULAR: “YERLİ İLAÇ İYİ HOŞ DA...”

Bir önceki bölümde katılımcıların görüşlerinden yola çıkılarak, ilaçta yerleşme sürecine karşı besledikleri duygulara ve yerleşmenin ulusal çıkarlar için taşıdığı düşünülen potansiyellerine odaklanmıştık. Bu bölümdeyse doğrudan yerli (jenerik/muadil)¹⁹ ilacı merkeze koyarak onun etrafında oluşan duyguları ele alacağız. Patent koruma süresi dolan orijinal/patentli ilaçlar genel olarak jenerik, muadil, eşdeğer, ucuz ilaç olarak nitelendirilse de yerleşme sürecinde ilaçların Türkiye’deki üretimi yani menşei öne çıkarılıp daha çok “yerli ilaç” ifadesinin kullanıldığını görmek mümkündür. Ancak jenerik, muadil, eşdeğer veya ucuz ilaç dediğimizde bunların hepsi aynı ilaç formuna karşılık geliyor olsa bile yerli ilaç adlandırması ile bu adlandırmalardan biri kullanıldığında ortaya farklı anlam ve duyguların çıktığı görülmektedir. Hatta katılımcıların bir kısmı bu adlandırmalardan birini belli nedenlere dayalı olarak tercih ettiğini de söyleyebilmiştir.

Bu bölümde daha ayrıntılı görebileceğimiz gibi, eğer bu ilaçlar üzerinde güçlü bir güven duygusu gelişmişse daha çok “yerli, jenerik, eşdeğer” eğer gelişmemişse “muadil” ilaç kavramının kullanımı daha fazla öne çıkmaktadır. Bu anlamda görüşme yapılan kişiler arasında en çok eczacılar “yerli, jenerik, eşdeğer” kavramını kullanmıştır. Doktorlar arasında “muadil” kullanımının daha yaygın olduğu düşünülmektedir. İlaç mümessilleri ise daha çok “jenerik” ifadesini kullanmışlardır. Adlandırma sorununda, bu ilaçlarla satışları üzerinden ilişkilenen eczacılarda “muadil” demekten sakınmanın en büyük nedeni ilaca olumsuz bir anlam katması düşüncesidir ve satışlarında neredeyse tamamen yerli (jenerik/muadil) ilaç bulunduran bu eczacılar için söz konusu durum özellikle satış esnasında sıkıntı oluşturmaktadır. Doktorlarda ise adlandırmadan kaynaklı bir kaygı hissedilmemiştir.

¹⁹ Çalışmanın giriş bölümünde de belirtildiği gibi, bu kavram çoğulluğu içinden yerli ilaçları kastederek “jenerik” ve “muadil” kavramlarını kullanacağız. Saha görüşmesi esnasında da en çok duyduğum iki kavram bunlar olmuştur. Jenerik kavramı, orijinal/patentli bir ürün karşısındaki daha mesleki jargona uygun bir kullanımken, muadil toplumsal alanda bilinirliği de olan bir kavram olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu bölümde yerelleşme sürecinin somut bir göstergesi olarak yerli (jenerik/muadil) ürünlere karşı genel bilgiyi, algı ve duygu değişimlerini ele alarak anlamaya çalışırken bir taraftan da gelecek bölümde ele alacağımız tüketim ilişkilerinin temelini kuracağız. Bir önceki bölümde yerelleşme sürecinin hem ülke çıkarları hem de kullanım değeri yönüyle hasta menfaatleri açısından yüksek düzeyde olumlandığını gördük. Yerelleşme süreci tanımlanırken katılımcıların önemli bir kısmının özellikle de ülke çıkarları temsiliyeti noktasında güçlü bir güven beslediklerini ve süreci desteklediklerini gördük. Ancak bu bölümde görülebileceği gibi yerli jenerik/muadil ilaçların bilimsel karakterleri konusunda aynı destekle karşılaşmamaktadır. İlaçlarla ilgili tanımların genellikle orijinal/patentli ilaç üzerinden yapıldığını ve buna göre ilacın etkililik düzeyi hakkında farklı görüşler oluştuğunu anlamaktayız. Ancak yine de söz konusu ilaçların “çıkarlar” eksenindeki temsiliyetini koruduğu anlaşılmaktadır. Buna göre yerelleşme ülke çıkarları ile paralel düşünülürken, yerli jenerik/muadil ilaçlar hasta çıkarları (ya da halkın ilacı gibi kullanım değerine dönük söylemlerle desteklenerek) ile birlikte düşünölmeye başlanmıştır. Hatta son kısımda göröldüğü gibi ilaçlarla ilgili hasta etkileşimlerinde öne çıkan bazı olumsuz düşünceler de bu çıkarlara dayalı olarak gözardı edilebilir görölmektedir.

4.1. Bir Adlandırma Sorunu (Yerli/Jenerik/Muadil/Eşdeğer/Ucuz İlaç): “Hepsini de diyebilirsin...”

İlaçta yerelleşme sürecini karakterize eden ve ithalden imale geçiş planının parçası olan ilaçlar, jenerik/muadil ilaç formlarıdır. Bu ilaçlar halk arasında muadil ilaçlar olarak bilinmekle beraber zaman zaman eşdeğer ya da ucuz ilaç olarak da adlandırılmaktadırlar. Çalışmada katılımcılara doğrudan ilaçta yerelleşme süreci duyurusunda da yer aldığı üzere jenerik ilaç denildiğinde bundan ne anladığı ve nasıl tarif ettiği sorulmuştur. Ancak ön görüşme yaptığım bir doktor jenerik/muadil ilaç dediğimde konuşma arasında bunu yerli ilaç şeklinde düzeltiyordu. Dolayısıyla birbirinin eşleniği olarak kullanmak ya da aralarında bir ayrım olup olmadığını sormam gerektiğini de anlamıştım. Bu nedenle “Jenerik/muadil ilaç ürünü nedir?” ya da “Ya da siz yerli/jenerik/muadil/eşdeğer bu ifadelerinden hangisini daha çok kullanıyorsunuz?” şeklinde çok genel bir soru yönelttim. Konuşmanın akışı içerisinde yerliden jeneriğe, jenerikten muadile ve eşdeğere kadar kavramın kullanımında zaman

zaman yer değişimleri olmuştur. Eğer katılımcı yerli demeye devam ediyorsa bunu değiştirmeye kalkmadım. Esasında jenerik/muadiller arasında yerli olmayan ilaçlar olduğu da bilinmekte ama SGK’nın geri ödeme listesindeki pek çok akut ya da kronik grup ilacın neredeyse tamamı yerli ilaçlardan oluşmaktadır.

Adlandırmalarla ilgili bazı cevaplar şu şekilde olmuştur:

“Yani hepsini de diyebilirsin. Orijinal ürün dışındaki ürünü nitelendiriyor.” (E-19: Eczacı, erkek, 18 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Yerli ürünler genellikle muadildir. Ama yabancı muadil de vardır. Fakat SGK’nın ödediği muadil ilaçlar genelde yani çoğunlukla yerlidir.” (E-17: Eczacı, kadın, 8 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Patentli ürün dışındaki ürün yani ona biz daha çok muadil diyoruz. Eczacıyla özdeşleşen bir söz var zaten biliyorsundur. “O yok muadilini vereyim” deriz. Oradaki muadil işte orijinal ürünün muadili anlamına gelir.” (E-7: Eczacı, erkek, 20 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Katılımcılar genel olarak E-19, E-17 ve E-7’nin aktarımlarında olduğu gibi orijinal ürün dışında kalan ürünlere yerli, jenerik, muadil, eşdeğer veya ucuz ilaç dendiğinde bir fark olmadığını belirtmişlerdir. Bununla beraber içlerinden birini özellikle tercih ettiğini belirten doktor veya eczacılara bunun nedeni de sorulmuştur.

“Yerliyi kullanıyorum. Yani hepsi aynı anlama geliyor aslında, ben yerli demeyi tercih ediyorum. Çünkü muadil deyince sanki yan sanayi ürünü gibi algılanıyor hasta tarafından. Ama hepsini diyebilirsin aynı kapıya çıkıyor. Sadece yerli deyince hani böyle şey oluyor, “Vay be bizim hani gibisinden...” Ama muadil deyince hemen bir soğuma oluyor. Özellikle doktor reçeteye orijinal bir ürün yazmışsa o zaman geçmiş olsun. Hastanın da algısı değişiyor, anlatamıyorsun.” (E-4: Eczacı, kadın, 23 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-4’ün ifadesi ilacın adlandırmasıyla ilgili kısmın neden önemli olduğunu çok iyi özetlemektedir. Eğer “muadil” derse ürünün daha düşük kalitede bir ürün olarak düşünölebileceği kaygısıyla “yerli” demeyi tercih ettiğini söylüyor. Ayrıca yerli ilaç kavramının hastayı etkileme gücünü de büyük ölçüde öne çıkarmıştır. Burada gerçekten de duygunun his yoğunluğuyla ilgili olduğu kadar birtakım karşılaşmalardaki etkisi, zihni uyardığı gibi bedeni de etkileme gücü olduğu rahatça görölmektedir (Massumi, 2019, s. 10). Burada yerli kavramının kendisi his

yoğunluğunu artırmak suretiyle eylemleri de şekillendirmektedir. Aynı etkininin varlığı bir başka şekilde E-13 ve E-20'nin ifadesinde görülmektedir.

“Muadil demiyorum. Hastanın bakış açısı değişiveriyor hemen. Yerli demeyi tercih ediyorum. İlla bir şey diyeceksem jenerik de derim, doğrusu budur esasen.” (E-13: Eczacı, kadın, 29 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-13 ayrıca, kendi deyimiyle doğru ifadenin “jenerik ilaç” demek olduğunu düşünse de bakış açısının değişme riskini hesaba katarak yerli ifadesini öne çıkardığını belirtmiştir.

“Yani muadil dememek lazım jenerik diyoruz hani gelen halka daha böyle anlayabilsin hani diye yerli diyoruz, eşdeğer diyoruz çoğunlukla. Burada bir doktor var mesela genellikle orijinal ürün yazıyor sonra fark çıkıyor. 1 lira 2 lira ama hani biz de hani neden hasta para versin ki diyoruz. O zaman bir muadil ürün öneriyorum. Ama hasta muadil deyince hemen bir kötü algılıyor onu, ben onu kandırıyorum gibi algılıyor. Başka bir marka var diyorum mesela o zaman şey yapmıyor.” (E-20: Eczacı, kadın, 12 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

İlaçların adlandırılmasına özellikle eczacılar tarafından ayrıca özen gösterildiğine dikkat çekmek gerekir. Çünkü satış anında hastanın ilaca karşı daha önceden edindiği bir bilgi veya önyargı satış pratiğini etkileyebilmekte, eczacıyla hasta arasında bir sürtüşmeye bile neden olmaktadır.²⁰ Bu nedenle de adlandırma sorununun özellikle eczacılar için önemli olduğu anlaşılmaktadır.

4.2. İlacı Tanımlama Farkları: “Muadil ilaç orijinal ilaçla %100 aynıdır ama yan maddelerde değişiklik olabilir.”

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) bu kavram çoğulluğunun yanlış algı ve yorumlara neden olduğunu fark ederek, ortak kavramların yaygınlaştırılması amacıyla çalışmalar gerçekleştirmiştir. Buna göre “orijinal” ve “jenerik/muadil” yerine sırasıyla

²⁰ Akın Çubukçu tarafından kaleme alınan *Babamın Eczanesi* adlı kitapta yazarın ve babasının eczane deneyiminde de buna benzer diyalogların çok önceleri de yaşanabildiğini görmekteyiz: “ (...) Eczaneye gelenler arasında, Gripin’in “Aaripasını” (Avrupasını) isteyenler çıkıyor, babamın “Sen “Aarıpalı” mısın ki Gripin’in “Aaripasını” istiyorsun?” çıkışması karşısında çaresiz ilacı alıp gidiyorlardı.” (Çubukçu, 2019, s. 99) Ancak bugünkü koşullarda böylesi bir diyalogun gerçekleşmesi neredeyse imkansızdır, zaten olmaması da ümit edilir. Sadece yukarıda bahsedilen türden ufak stratejilerle verilmek istenen ilaç öne çıkarılmakta ama hastayla tartışmaya girilmesi hemen hiçbir eczacı ve doktor tarafından tercih edilmemektedir. Doktor ve eczacılarla görüşmelerimden en fazla hatırladığım ifadelerden biri belki de “hastayla mesafe kurmak” olmuştur. Bunu başka bir açıdan okuduğumuzda yerelleşme ve yerli ilaçlar ne kadar desteklenirse desteklensin, hastanın sınıfsal konumu ve düşünce yapısına göre hareket edilmektedir. Doktorlar açısından bakıldığında da, bu sınıfsal konumlar ilaç tercihinde bir belirleyen olarak karşımıza çıkmaktadır. İleride buna ayrıntılı biçimde bakacağız.

“referans” ve “eşdeğer” kullanımının yaygınlaştırılması hedeflenmiştir (Tokgöz, 2018). Ancak örneğin patentli ilaçları ifade edecek şekilde referans ilaç denildiğine görüşmeler sırasında hiç denk gelinmemiştir.

İEİS’in internet sitesinde eşdeğer ve referans ilaç tanımları net bir şekilde verilmektedir. Çalışmaya başlandığında adlandırmada olduğu gibi ilacın tanımlanma süreçlerinde de bir fark olup olmadığı merak etmiş ve katılımcılara söz konusu ilacı nasıl tanımladığını da sormuştum. Buna geçmeden önce İEİS’in sayfasında yer alan eşdeğer ilaç tanımını verelim. Buradaki tanıma göre, “Eşdeğer ilaçlar, referans ilaçlarla aynı özelliklere sahip olduğu, dolayısıyla, hasta üzerinde aynı tedaviyi sağladığı bilimsel çalışmalarla kanıtlanan ve referans ilaçların koruma süreleri bittikten sonra satışa sunulan ürünlerdir.” (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, 2020). Bu ilaçların aynı kalite, etkinlik ve güvenilirlikte olduğu da vurgulanmaktadır. Ancak alınan tanımlarda bu konuda katılımcıların çok net olmadıkları gözlenmektedir. Örneğin D-19’un tanımında da görüldüğü gibi jenerik/muadil ilaçlar orijinaliyle hem %100 aynı hem de yan madde bakımından farklılaşabilen bir niteliğe sahip olarak nitelendirilebilmektedir.

“Muadil ilaç orijinal ilaçla %100 aynıdır ama yan maddelerde değişiklik olabilir.” (D-2: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Jenerik/muadil ilaçlar orijinal ilaçlarla aynı etken maddeye sahip olduğundan genellikle %100 aynı kabul edilmekte ama yan maddelerdeki değişimle de farklılaştığı kabul edilmektedir. Herhangi bir ilacı o ilaç yapan şeyin etken maddesi olduğu düşünüldüğünden, bir ilacın jeneriği/muadili ile tek farkı markası kabul edilmekte yani marka dışında her iki ilaç birbirine eşdeğer kabul edilmektedir. Diğer yandan muadil ilaçların orijinaline yaklaşıma, onunla ne kadarlık bir benzerlik ve etki taşıdığına dair düşünceler bu yan maddeler nedeniyle genellikle bir miktar çeşitlenmektedir.

“Jenerik ilaç diğerinin (orijinalin) biyoeşdeğeri oluyor. Diğerine %80-%85 bir benzerlik olmalı. Aynı dozda verilince aynı veriliş yoluyla aynı etkiyi vermesi beklenen ilaç.” (D-7: Doktor, kadın, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

“Muadil ilaç orijinal ilaç molekülüyle aynı etki mekanizmasına sahip etken madde içeriği aynı olan ve orijinal molekülle %80 oranında etki gösterebilen ilaçtır.” (E-11: Eczacı, erkek, 9 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

D-7 doğrudan orijinal ilaca ancak %80-%85 bir benzerlik olacağını söylerken, E-11 “orijinal molekülle %80 oranında etki gösterebilen” ifadesiyle jenerik/muadil ilacın orijinal ilaca etkililik bakımından ancak bu ölçüde yaklaştığını ima etmektedir. Buradaki farklılaşmaların hangi nedenlere dayalı olarak geliştiği de önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Mesela D-19 birtakım farklılaşmaların üretimdeki süreçlerden kaynaklandığını düşünmektedir. D-19’un ifadesinde de belirtmiş olduğu gibi jenerik/muadil ilaçlar belli bir güven aralığı esas alınarak piyasaya sürülmektedir. Bu nedenle de üretim kalitesindeki değişikliklerin aynı etken maddeli iki ürün arasında daha etkili ya da daha az etkili olması bakımından fark oluşturma ihtimali bulunmaktadır.

“Ya jenerik ilaç dediğimiz şey... İlacın üzerinde, nasıl söyleyeyim, fabrikadaki basınca kadar etki olabiliyor. Jenerik derken %80-%120, yani orijinal ilaca %80 benzerlik de olabilir orijinal ilaçtan daha da etkili olabilir, iddia bu. Daha da düşük olabilir, aynı etkiyi de gösterebilir jenerik ilaç dediğimiz. Yani bunun üzerine pek çok faktör etkili fabrikadaki ısıdır şudur budur vs. Burada klinik gözlem de önemli, yoksa sistem en düşüğünü verecek şekilde tasarlandığı için o noktada çok da şey olmuyor. Bazı ilaçların özellikle %80’e kadar anca eşdeğerliği olduğunu düşünüyorum bu nedenle de özellikle karşılaşırsam bir şikayetle falan değiştiriyorum.” (D-19: Doktor, erkek, 9 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Yine E-10’un ifadesinde de görmekteyiz ki doğrudan etken maddenin üretildiği yer ve tekniğe kadar bir dizi etkenin buna sebep olduğu düşünülmektedir.

“Etken madde üreten ülkelerin kalitesi hepsi ile aynı olmayabilir, ayrıca üretim tekniğine kadar aynı üretilen iki ilaç bu nedenle %100 aynı olmayabilir.” (E-10: Eczacı, erkek, 2,5 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Esasında yukarıdaki aktarımlarda görülen farklılaşma emareleri literatürde de tartışılmaktadır. Jenerik/muadil ilaçlar orijinal ilacın benzeri/eşdeğeri kabul edilseler de eşdeğer kavramının farklı anlamları bulunmaktadır. Bunlar; kimyasal eşdeğerlik, biyoeşdeğerlik ve terapötik eşdeğerliktir. Farmasötik eşdeğerlikte olan hazır ilaçların etkililik ve güvenilirlik bakımından eşdeğer oldukları konusunda 1960’lı yıllarda bir uzlaşmazlık yaşanmıştır. Yukarıda anlatılanlara benzer biçimde kullanılan dolgu maddesinin biyoyararlanımı (vücudun ilaçtan ne kadar hızlı ve ne derecede yararlandığını gösteren bir ölçüt) etkilediği anlaşılmıştır. Bunun üzerine biyoeşdeğerlik kavramı çıkmıştır. Biyoeşdeğerlik, farmasötik eşdeğer olan “iki hazır

ilacın aynı dozda verilışinden sonra biyoyararlanımlarının ve böylece etkilerinin, hem etkinlik hem güvenlik bakımından esas olarak aynı olma(lar)ını sağlayacak derecede benzer olma(lar)ı” olarak tanımlanmaktadır. Burada geçen etkinlik ve güvenlik sözcüklerinin yerine, genelde etkililik ve güvenlilik sözcüklerinin kullanması tercih edilmektedir. Zira etkin İngilizce’de “active” sözcüğünün karşılığıdır. Bu tanımda ise söz konu edilen “active” olma hali değil, “efficacy” yani “ilaçların maksimum etki oluşturabilme yetenekleri”dir. Güvenlik, “security” kavramıyla karşılanmaktadır, güvenlilik ise “ilaçların istenmeyen etki profili” karşılığı kullanılmıştır. Bu tanımdan da anlaşılacağı üzere biyoeşdeğer olma durumunda etkililik ve güvenlilik kavramları kesin ifadelerden kaçınmayı sağlamaktadır. Son olarak terapötik eşdeğerlik ise, “bir müstahzarın, etkinliği (etkililiği) ve güvenirliliği daha önce tespit edilmiş bir başka müstahzar ile aynı etkin maddeyi veya terapötik molekül kısmını içermesi ve aynı etkinlik (etkililik) ve güvenliği (güvenliliği) klinik olarak göstermesi hali” olarak tanımlanmaktadır. Terapötik eşdeğerlik araştırmalarının daha zor olması, fazla sayıda hasta gerektirmesi, fazla masraflı olması ve daha çok zaman alması nedenleriyle, çok daha kolay çalışılan biyoeşdeğerliğin onun yerine kullanılması yaygın biçimde kabul edilmiştir (Kayaalp’ten akt. Çelik, 2004, ss. 432-433). Mevcut koşullarda jenerik/muadil ilaçların orjinaline biyoeşdeğer olduğunu ispatlaması gerekmektedir. Biyoeşdeğerlik de jenerik/muadil ilaçların yeterli derecede güvenli olduklarını gösteren bir ölçüttür. Diğer taraftan “biyoeşdeğerliği sorunlu olan” ifadesiyle özellikle doktorların aktarımlarında çok sık karşılaştım. Ancak bunlar ilaçlarda belli türde sapmalara neden olabilecek ihmal edilebilir farklar olarak anlaşılmaktadır.

Diğer taraftan bu farklılığın hastalara ilaç reçetelenmesi sürecinde ihmal edilebilir olduğu da yaygın biçimde düşünülmektedir. Zira D-19 gibi eğer bir şikayetle karşılaşılsa (doktorlar daha çok yan etkiler ve hiç etki etmeme sorunlarıyla karşılaştıklarını belirtmişlerdir) o durumda ilacın değiştirilmesi yoluna gidilmektedir. Ancak özellikle yerleşme olgusunu milli çıkarlarla düşünen ve desteklediğini anladığım doktor ve eczacıların bu değişimde yeniden ilaç reçetelemek gerektiğinde mutlaka bir başka “yerli” ürünü yazdığı saptanmıştır.

4.3. Kalite, Etkinlik ve Güvenlik Bakımından Farklar

Katılımcıların yerelleşme süreci ile yerli ilaca karşı duygularının ve konumlandırma biçimlerinin genellikle pozitif olduğunu gördük. Ancak adlandırmadaki değişimle beraber, özellikle jenerik/muadil ilaçlarla ilgili tanımlar etrafında en çok konuştuğumuz konulardan biri kalite, etkinlik ve güvenlik meselesi olmuştur. Mesela muadil ilaç kavramını kullanırken sakınılması ve daha çok eczacılardan duyduğum şekilde hastanın muadil ilaçlarla ilgili yanlış bir bilince sahip olduğu düşüncesi görüşmelerde bununla ilgili olarak da sorular sormamı gerektirdi. Bu soruşturma yerli/jenerik/muadil ilaçları daha iyi anlamamızı sağlarken, onları sosyal bağlamı içinde düşünmemize de yardımcı olacaktır. Bu tür ilaçlar üzerinde tam güven veya tereddüt oluşması halinde bile hastaların alım gücü, sosyo-ekonomik düzeyi, bilinçli veya bilinçsiz olmaları gibi faktörler onlarla ilişkilene ya da ilişkilene durumunu belirleyen birer unsura dönüşebilmektedir. Doktorların reçete pratiğinde ya da eczacının satış yaptığı esnada bir jenerik/muadil ürün hastalıkla değil hastayla onun taşıdığı sosyal kodlarla iç içe geçmektedir.

Görüşme yaptığım eczacıların önemli bir kısmı jenerik/muadil ilaçların orijinal ilaçlardan farkı olmadığını düşünmektedir. Bu konuda sayı vermek mümkün olamamakta çünkü aynı eczacılar daha önce D-2’de gösterildiği gibi belli farklara işaret edebilmekte ya da o farkların göz ardı edilebileceğini de dile getirebilmektedir. Bu konuda en sık dile gelen şey, orijinal bir ürünle jenerik/muadil bir ilaç ürünü arasında fark oluşmamasını sağlayan unsur, etken maddenin aynı olmasıyla açıklanmaktadır.

“İlaçların yerine eşdeğer/jenerik verdiğim oluyor, öncelikle 5 yıllık fakülte dönemimde öğrendiğim şey; marka yoktur etken madde vardır. Bunun dışındaki her şey ticari oyundur. Eşdeğer verme sebebim, elimde ilacın olmaması, eşdeğerinin elimde fazla olması, yerli firmalara öncelik vermem, etik çalışmadığını bildiğim firmaların ürününe destek vermemek. Jenerik ilaç ile orijinal ilacın arasında etken madde ve dozajı hakkında hiçbir fark yok. Sadece yardımcı maddeleri (dolgu maddesi, boyar madde, koruyucu madde vb) farklılığı olabilir ve bu da tedavide hiçbir rol oynamaz. Bu algının yıkılmasını canı gönülden istiyorum ve hatta bu nedenle Amerika’da olduğu gibi ilacın etken maddesinin reçetelendirilmesini doğru buluyorum. Diğer türlü doktorun ilaç seçiminde tarafı davranabileceğini düşünüyorum.” (E-8: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-8 etken madde aynı olduğu sürece bunun tedavide bir farklılığa neden olmayacağını belirtmiştir. Buna göre yardımcı maddelerde oluşan farklılıkların göz ardı edilmesi

gerektiğini düşünen eczacılardandır. Bununla beraber E-8 özellikle ASM karşısında konumlanan bir eczacı olarak eczanesinde alım gücüne bağlı şekilde en çok jenerik/muadil ilaçların satıldığını da belirtmiştir. Zaten buradaki ifadesinde de elinde bulunan ürünlerin çoğunlukla jenerik/muadil olduğunu anlamaktayız. Ayrıca reçeteye etken madde yazılmasını isteyen pek çok eczacıdan da biridir. Eczacılar, örneğin reçeteye yazılan orijinal bir ürün yerine muadil ikame yetkileri olmasına rağmen hastayla tartışmaya girmekten çekindikleri için bunu bazı durumlarda yapamadıklarından genel olarak şikâyet etmektedirler. Buradaki eczacı tercihinin baktığımızda konunun sadece hastanın daha ucuza ilaç alması olmadığını, aynı zamanda daha önce de dile getirildiği üzere eczane ekonomisinin de düşünülmesi olduğunu görebiliriz. Böylece eczacı eğer herhangi bir orijinal ürün verme mecburiyetinde değilse pek çok bakımdan jenerik/muadil tercihinde bulunması daha mantıklı hale gelebilmektedir.

Aynı şekilde E-4 ve E-14 de jenerik/muadil ilaç ile orijinal ilaç arasında yardımcı maddeden bir fark oluşabildiğini ama bunun göz ardı edileceğini düşünen eczacılardır.

“Jenerik ilacın (yerli/muadil) orijinal ilaçtan neredeyse yok denecek kadar farkı var. Bu da aktif maddedeki farklılıktan değil, yardımcı madde/taşıyıcı maddede farklılık olabilir ya da olmaz.” (E-4: Eczacı, kadın, 23 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Ülkemizde üretilen muadil ilacın güvenilirliği konusunda çok fazla şüphelerimiz yoktur. Sağlık Bakanlığı bu konudaki kurallarını çok sıkı tutmuş, denetimlerini titizlikle sürdürmektedir. Muadil ilacın orijinal ilaçtan etki bazında herhangi bir sorun oluşturacağını düşünmüyorum. Ancak yan etki bazında farklılıklar olabilmektedir. Bunun nedeni de muadil ilaçta kullanılan yan maddelerin farklılığıdır ki bu da yarar zarar oranı göz önünde bulundurulduğunda göz ardı edilebilecek farklılıklardır. Hem bir sağlık çalışanı olarak hem bilinçli bir birey olarak muadil ilacı üreten firmanın güvenilirliğinden eminsem muadil ilacı kullanırmakta ve kullanmamda herhangi bir sakınca görmemekteyim.” (E-14: Eczacı, kadın, 9 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-12 de benzer bir düşünceye sahip olmakla beraber bu konuda oluşan tereddütleri orijinal ilaç molekülünü üreten firmanın ticari amaçlarla saptırdığını düşünmektedir.

“Muadil/jenerik ilaçlar orijinal ilaçlar ile gerek etki gerek yan etki bakımından vücutta aynı davranışı gösterirler. Aksini tartışmanın hiç manası yoktur. Muadil ilacın aynı olmadığı söylentisi ancak orijinal molekülün firması tarafından ticari amaçlarla dile getirilen bir propaganda malzemesi olabilir.” (E-12: Eczacı, erkek, 18 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-12'yle yaptığımız ön görüşmede jenerik/muadil ilaçlara karşı beslenen olumsuz duyguların doktor tarafından söylenen bir sözle de ortaya çıkabildiğine dair bir düşüncesi olduğunu söylemiştir. Mesela bazı hastaların kendisine, “Doktorum sakın bunu eczacı değiştirmesin dedi” diyerek geldiğinden söz etmiştir. Böylelikle reçete zaman zaman doktor ve eczacı arasında da bir çekişme yaratmaktadır. Özellikle jenerik/muadil vermek isteyen eczacılar bu tür çekişmelere daha fazla maruz kalmaktadırlar.

E-5 bu bağlamda doktorlar tarafından yapılan yönlendirmelerin kendi ilaç ikame yetkilerine saygısızlık olduğunu düşünmektedir.

“Muadil yani eşdeğer ilaç uygulaması, bizzat Sağlık Bakanlığı tarafından da ülke ekonomisine katkısı olduğu kabul edilen ve eczacıların doğal bir hakkı olan bir uygulamadır. Doktorlar ısrarla hastalara verilen muadil ilaçlar için "size yanlış ilaç vermişler" yaftalaması yapsalar da bunun bilimsel hiçbir yanı yoktur ve doktorun mevzubahis ilaç firmalarıyla ikili ilişkileri sebebiyle zikredildiği varsayılmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na göre, muadil kabul edilmiş iki ilacın arasında tedavi konusunda en ufak bir farklılık bulunmamaktadır. Dolayısıyla birbirlerinin yerine verilmesinin de hiçbir sakıncası yoktur. Ayrıca bu eşdeğer verme işlemi doğrudan Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Medula Recete uygulaması üzerinden yapılmaktadır. Yani eczane devlete X ilacı yerine Y ilacını verdiğini bizzat bildirmektedir. Durum böyleyken doktorun "yanlış ilaç" yakıştırması yanlış ve art niyetlidir. Yerli ilaçların etkinlik bakımından orijinal ilaçlardan farklı olduğunu düşünmüyorum. Kullanılan üretim prosesi, yan ürünleri vs de yerli firma/yabancı firma arası kalite farkı varsa da bunu tespit edebilecek bir sanayi tecrübem olmadığı için bu konuda yorum yapmayı çok doğru bulmuyorum.” (E-5: Eczacı, erkek, 14 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-5 özelinde de görüldüğü gibi jenerik/muadil ilaçların Sağlık Bakanlığı teminat gösterilerek onaylanmasıyla, görüşmeler boyunca çok sık karşılaşmıştır. Diğer taraftan E-5'in ifadesinde somutlaşan ve jenerik/muadil ilaçları destekleyen eczacılar arasındaki yaygın bir düşünce doktor tarafından yabancı bir markaya işaret edilmesinin Sağlık Bakanlığı'nın söylemiyle çelişik bir sonuç doğurmakta olduğudur. Doktor her ne kadar bildiği ve güvendiği, tedaviye katkısı olacağına ve hastasının kullanması gerektiğine inandığı bir ilacı reçeteleme hakkına sahip olsa da bazı eczacılar bu tür “aykırı” tutumları yanlış bulduklarını belirtmişlerdir. Eczacılar için jenerik/muadil ilaçların ticari değeri de göz önünde bulundurulduğunda ortaya farklı durumlar çıkmaktadır.

Diğer taraftan jenerik/muadil ilaçların pek çoğunun piyasada yeni olması özellikle doktorlar tarafından bu ilaçlara daha temkinli yaklaşıldığını göstermektedir. Bu konuda örneğin D-15 yerelleşme sürecini ve yerli ilaç üretimini destekleyen bir doktor olmasına karşın uzun süre kullanılan ilaçların kendisi için tercih sebebi olduğunu dile getirmiştir.

“Ya şimdi mesela ben genelde uzun süre kullanılan ilaçları tercih ediyorum. Kendi kullandığım ilaçlarda da genelde uzun süre kullanılmış olmasına önem veriyorum. Daha çok tercih edilen ilaçlar. Ama dediğim gibi yani eğer yeni ve faydalı bir şeyle de karşılaştıysam kesinlikle karşı değilim. Hani ona da bakarım. Hani o jenerik olsa bile daha doğrusu işte muadil olsa dahi tercih edebilirim. Yani öyle bir ön yargım yok yani. Ama mesela bugün mesela bir ilaç geldi bana. İki farklı maddeyi birleştirmişler. İlk defa gördüm. Mesela ben o ilaca soru işaretiyle bakarım, giderim bakarım. Bu ilaçla ilgili bir çalışma var mı? Bazı ilaçlarla ilgili on tane çalışma var mesela. Bazılarıyla ilgili de hiç yok. Soru işaretiyle bakıyorum açıkçası mesela ben o tarz ilaçlara soru işaretiyle bakıyorum. Açıkçası çok da yazmamaya çalışıyorum.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

E-7 ise buna istisna oluşturan eczacılardan biridir. Kendisi daha çok bitkisel temelli tedaviyi desteklediğini hatta bu alanda kendi markasını ürettiğini daha ilk görüşmemizde detaylarıyla anlatmıştır. Onunla ayak üstü gerçekleştirdiğimiz ilk görüşmede “Ben ne orijinalciyim ne muadilciyim” dediğini hatırlıyorum. Görüşmemizde, yeni ürünlerin yıllarca kullanılan bir ürüne göre çeşitli yan etki barındırma ihtimali olduğunu düşünmektedir.

“Orijinal ürün patentle korunan üründür, muadil ya da dediğiniz jenerik ürünler muadilin süresi dolunca üretilen üründür. Dolayısıyla diyor ki sen benim ürünümlü kendi markanla üretmek istersen kusura bakma ama ben öyle tıpa tıp ürettirmem sana, sen bir şeyleri değiştir diyor. Şimdi yerli firma da ne yapıyor, bu sefer yan maddeyi değiştiriyor. Bu yan maddeler de işte etkinlik düzeyini değiştirebiliyor. Burada etken maddeden değil, yan maddeden farklılaşma yaratılıyor. Bir de tabi muadil ürünlerde şöyle bir şey var. Şimdi öteki yıllarca kullanılmış, yıllarca milyonlarca insan almış tüketmiş bir şey olmamış. Bu sefer tabi marka öne çıkmış. Ama bunlar mesela yeni birçoğu bu da biri kullanıyor kaşıntı yaptı, öteki kızarıklık yaptı diyor falan.” (E-7: Eczacı, erkek, 20 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

D-10 ve D-16 da hem etki hem de yan etki bakımından orijinal ve jenerik/muadil ürün arasında fark olduğunu düşünmektedirler. D-10 özellikle antibiyotiklerdeki

gözleminden yola çıkarken, D-16 karşılaştığı bazı yeni ilaçların kendisine güven vermediğini dile getirmiştir.

“Bildiğim kadarıyla orijinalin belli bir AR-GE süresi oluyor. Bir molekülü buluyorlar, bunu kullanmaya başlıyorlar. Bunun mükafatı olarak da muhtemelen ülkeden ülkeye değişiyordur, bizim ülkemizde en son 5 yıldır diye biliyorum. 5 yıl o ilacı sadece o firma üretiyor. O süre dolunca muadillere de izin veriliyor ama muadil onun AR-GE’sini kendi mi yapıyor, o firmadan satın mı alıyor ondan sora aynı kalitede üretilir mi onu da bilemiyorum. Tam yüzde yüz aynı olmuyor. Bizim de etkisini bir antibiyotik mesela onlarda daha fazla var. Mesela antibiyotik bir markanın daha fazla etkisi var o orijinal oluyor ama muadili aynı etkiyi yaratmayabiliyor.” (D-10: Doktor, erkek, 3,5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

“Şimdi bize aslında keşke böyle bir çalışma sunulsa biz hepsinin aynı içeriği olabileceğini düşünerek veriyoruz ama ben kendi şahıs yorumum iki ilaç formu arasında fark edeceğini düşünüyorum. Orijinal molekül her zaman orijinaldir. Ve bunu hastalarımındaki geri dönüşümünde de gene isim vermeden birkaç ilaç aklıma geldi şimdi orijinal moleküllerdeki etki çok daha net nokta vuruşu yapabildiğine şahit olduğum vakalar var. Dolayısıyla orijinaliyle jenerik ilaç arasında fark var bence. Mesela kendim de eğer kullanacaksam buna dikkat ediyorum. Elimize o kadar çok ilaç geliyor ki, yani bazıları gerçekten hiç güven vermiyor.” (D-16: Doktor, kadın, 16 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-11’in ifadesinde yer alan bazı ağrı kesicilerin ağrıya etki etmeme meselesi de dikkat çekicidir. Bu görüşe göre, durum böyle olunca genelde hasta başka bir ilaca başvuruyor ve bu da ilaç israfının yeni bir boyutunu oluşturuyor görünmektedir.

“Muadillerin yan etkileri daha fazla oluyor. Ağrı kesicilerde ağrının kesilmemesi ile ilgili şikayetler var örneğin.” (D-11: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

E-7 ise orijinal ve muadil ilaçlar arasındaki farkı etki süresi üzerinden düşünmektedir.

“Şimdi ben sana iki ilaç göstereyim. Biri orijinal biri muadil ürün. Bu orijinali alırsan senin ağrını beş ya da bilemedin on dakikada keser ve seni beş saat idare eder. Diğeri yarım saat ya da bir saat sonra etki eder. İki saat sonra ağrı tekrar başlayabilir. Orijinal ürünle muadil ürün arasındaki fark budur. Ha bir de ne olur. Zaman zaman deride kaşıntı, döküntü ve benzer yan etkiler olur.” (E-7: Eczacı, erkek, 20 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Aslında bu tür farklılıkların oluşma nedenleri üzerine de sorular sorulmuştur. Bu konuda E-6 kaliteli etken madde kullanımıyla ilgili dikkatli olunursa bu tür sorunların aşılacağını düşünmektedir. Ancak biz biliyoruz ki jenerik/muadil ürünlerde etken madde sabit tutuluyor. Bunu kendisine tekrar sorduğumda etken maddenin temin edildiği ülkeyle ilgili de belli değişkenler olduğundan söz etmiştir. Ya da yardımcı maddelerdeki farklılıkların biyoyararlanım dengesini bozabildiğini, neticede ortaya çeşitli yan etkiler çıkabildiğini söylemiştir.

“Yerli üretimi savunmakla birlikte, ekonomik koşullardan dolayı farklı menşeli etken madde kullanıldığında, ilaçların eşdeğer olsa bile biyoyararlanım açısından farklılık gösterme durumu oluşabiliyor. Bu yüzden daha kaliteli etken madde kullanımıyla yerli jenerik ilaç üretiminin yapılması gerektiğini düşünüyorum.” (E-6: Eczacı, kadın, 37 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-11 de aynı şekilde etken maddenin hangi ülkeden temin edildiğiyle alakalı olarak üretim süreçlerindeki farklılıkların değişime neden olduğunu belirtmiştir. E-11 aynı zamanda bu konudaki görüşünü biraz daha açık biçimde ifade etmiştir.

“Orijinal ilaçla muadil ilaç arasında firmadan firmaya ya da ilaçtan ilaca bile farklılık olduğunu düşünüyorum. Burada etken maddenin temini, üretim yöntemi, formülasyon çalışmaları gibi çok fazla değişken olduğu için her ilaç veya her firma üzerinden genelleme yapmak doğru olmaz.” (E-11: Eczacı, erkek, 9 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-16 ise ruhsat verme süreçleriyle üretim teknolojilerindeki sakatlıkların buna sebebiyet verdiğini düşünmektedir.

“Normal şartlarda muadil ve orijinal ilaç arasında bir fark olmamalı; ancak ülkeden ülkeye değişen koşullar nedeniyle bazı ilaçlarda bu tür sıkıntılar yaşanmaktadır. Örneğin x ilacı orijinal y ilacı muadil olsun bu yerli ve yabancı meselesi değil Sağlık Bakanlığı’mızın ruhsat verme problemidir. X ve y ilaçları aynı etken maddeyi aynı formda aynı miktarda içeriyor, bu durum çoğu zaman etkinliklerinin istenen aralıkta olmasını sağlar; fakat özel salınım teknolojileri olan ilaçlar mevcut x böyle bir ilaç, y’yi üreten firmada böyle bir teknoloji yok farklı bir teknoloji kullanıyorlar. Bu durumda bu iki ilacın etkilerinin iyi incelenmesi gerekir, maalesef çok az da olsa böyle problemlili ilaçlarımız var. Tabi ki yapılan kontrollerin ve testlerin kalitesi de ülkedeki muadil ilaçların etkinliğinin tam olması açısından önemli ve bu konuda bakanlığımızın iyi çalıştığını düşünüyorum. Muadil ilaçla orijinal ilaçlar arasında etkinlik tartışmaları mevcutta olan ve sürekli de olacak bir durumdur. Sonuç olarak bu ilaçları üreten

firmaların hepsi özel şirket ve amaçları pazarda büyümek ve daha çok kâr elde etmek. Burada önemli olan şey eşdeğerlik izni verilirken testlerin düzgün ve prosedüre uygun bir şekilde yapılmasıdır.” (E-16: Eczacı, erkek, 9 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Bu konuda D-10’un bakış açısı biraz daha farklılaşarak ucuzluk ve kalite arasındaki ilişkiyi düşünmeye sevk ediyor. Ancak jenerik/muadil ilaçların ucuz olmasında kullanılan maddelerin çok az bir etkisi olduğu düşünülebilir. Ucuzluk daha ziyade üretim süreciyle ilişkili biçimde, daha çok yeni ilaç keşfine harcanan zaman ve paradan tasarruf edilmesiyle alakalıdır.

“Yerli ilaç iyi hoş da mesela bir antibiyotik var isim vermeyeyim. 60 lira, devlet bunun 30 lirasını ödüyor. 30 lirası hastaya çıkıyor. Mesela bir de jeneriği var bu 20 lira devlet tamamını ödüyor. Hasta hiç ödemiyor. Ama onunla ilgili de uzmanların da söylediği işte orijinali kadar etki yaratmadığı düşünülüyor. Bir şeyi ucuza getirmeye çalıştığınızda kaliteden ödün vermeniz gerekiyor. Yani illaki orijinali iyidir demiyorum ama işte SGK neyi öderse kitle ona yöneliyor. Zaman zaman eczaneye gidiyor benim yazdığımın muadilini veriyor. O zaman hasta gelip soruyor, bunu verdiler öteki yokmuş diye. Aynı mıdır diye soruyorlar. O zaman aynıdır diyorum, etken madde aynı diyorum mecburen.” (D-10: Doktor, erkek, 3,5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Genel anlamda üretim süreçlerinde gerekli hassasiyet gösterilmediği takdirde aynı etken maddeli bu ürünler her ne kadar eşdeğer kabul edilseler de farklılıkların ortaya çıktığı düşünülmektedir.

Bununla beraber D-10 hastalarının aynı mıdır sorularına kafa karışıklığı yaratmamak adına aynıdır cevabı verdiğini de söylemiştir. Diğer meslektaşlarında da bu tutumun yaygın olduğunu gözlemlemiştim. Örneğin D-18 de özellikle münakaşaya girmemek, eczacıyı da zor duruma sokmamak adına yazdığı reçetedeki değişimi çoğu kez onayladığını belirtmiştir.

Bir başka örnekte ise normal durumda jenerik/muadil ilaç reçete ettiğini ve bu ilaçla orijinali arasında fark görmediğini söyleyen D-14, hastanın iyileşmediği durumlarda daha etkili olduğunu düşündüğü orijinal bir ürünü reçete ettiğini belirtmiştir. Devamında, aslında jenerik/muadil ürünlerdeki bu farklılaşmanın ürünün kaçınıcı muadil olduğuyula ilişkili bir konu olduğunu iddia etmektedir. Bu da jenerik/muadil ilaçların kalite, etkinlik ve güvenilirlik tartışmasında yeni bir boyut getirmektedir.

“Ya açıkçası şöyle bir şey var. Mesela böyle başıma birkaç defa geldi. Bu muadil ilaçlardan yazmıştım, hasta da iyileşemiyor. O zaman mesela diyorum ki tamam. O zaman orijinalini kullanalım. O zaman şeye yönelirsin yani. Bunun orijinalini kullanmanız gerekiyor diyebilirsiniz. Biraz bu var kesinlikle var yani. Yani çünkü muadiller çok uzun süreden beri olmayan bir ilaç. Sen yazıyorsun hani endikasyon dahilinde. Ve nihayet alamadığında o zaman orijinal ürünü düşünürsün yani. Ama orijinal yazıp muadil yazdığım çok hatırlamıyorum yani. Biyoeşdeğer diye bir kavram vardır. Tıbbi literatürde hepsi biyoeşdeğer diye geçer. Biyoeşdeğer demek de şudur, aynı farmakolojik özellikte olacak. Aynı ilaç şeklinde işte kapsül, işte süspansiyonsa süspansiyon. Aynı etken maddeye sahip olacak. Aynı miktarda ilaç içirecek içinde. İşte on miligramsa on miligram. Bunlar kullanıldığında iki ilacın biyoyararlanımı yani vücutta yaptığı etkisi şey %85 ile %125 aralığında olacak. Buna biyoeşdeğerlik denir. Sağlık Bakanlığı'nın 2014'te çıkarttığı işte jenerik firma özendirme muhabbeti tamamen yasal olarak buraya dayanıyor aslında. Yani sonuçta bir ilaç 100 birim biri 85 birim yaptığında birbirlerine eşdeğer oluyor. O zaman bunlar birbirinin aynısı olabilir deniliyor. Ama buradaki sıkıntı şu. İlk çıkan ürün. %100 etkili, ikinci çıkan ürün 90 etkili ve onun diyor muadiliyim diyor. Üçüncü çıkan ürün ikinci ilacın %90 doksan muadili. Yani aslında seksen bir etki. Dördüncü çıkan ürün işte onunla %90 doksan etkilisi. Bu sefer düşüyor oran 70'lere. Bu sefer ilk çıkan orijinal ürün %100'ken daha sonrasındaki muadiller işte altıncı muadil işte ne oluyor, %50 etkinlik oluyor. Böyle bir fark çıkıyor. Hepsi bir öncekinin %90 etkinliğini gösterse dördüncü üründe %70'e düşüyor. Sağlık Bakanlığı'nda da işte böyle bir sıkıntı var. Hani böyle bir, ehh, eksiklik var diyeyim. Yani bu muadil olayı çıkartırken orijinal moleküle göre biyoyararlanım şeklinde bir yasa çıkartılmadı. Eh aynı etken maddeye sahip biyoyaralanım kabul mü kabul. Yani bunu FDA da bildiğim kadarıyla böyle yapıyor. Yani muadilin muadilinin muadilinin muadilinin muadilinin muadili. Hatta TUS dershanesine gittiğim için orada anlatmışlardı bana. Oradaki farmakoloji anlatan hocamız anlatmıştı. O da şöyle anlattı hatta. Diyor ki burada şu yanlış yapılıyor. Orijinal moleküle göre bakılmıyor diyor. İlaç firmaları bu sefer ne yapıyor? bir ilaç firması. Altında beş tane altı tane ayrı birbirinden ayrı ilaç firması var. Ama hepsi en tepedeki bir firmaya bağlı. A firması altında X, Y, Z, T, E, bir sürü ilaç firması var. Alt firmaları birinden başlıyor bir ilaçtan başlıyor. Onun orijinal molekülünün muadilini yapıyor. Diğer firmasına onun muadilini yaptırıyor. Diğer firmasına onun muadilini, diğer firmasına onun muadilini yaptırıyor. En sondaki firmasına, orijinal molekülün yarısı etkinlikte yarısı maliyette ilaç çıkartıyor. Sonra aradakileri bir çıkartıyor, piyasadan bir toplatıyor. Tek ürünü piyasadan çekiyor. Ne oluyor? Bir en pahalı ürün bir en ucuz ürün kalıyor. Birisi %100 etkiliyken diğeri %50 etkili gibi bir

işte sistem uyguluyorlar demişti. O biraz böyle şey kalıyor. O yüzden bir orada bir eksiklik diyeyim. Yani yasal bir boşluk oluyor.” (D-14: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-19 da benzer şekilde iyileşme sürecinde sıkıntı yaşayan hastaya orijinal ürünü kastederek “en iyisini” önerdiğini dile getirmektedir.

“Şimdi zaten bu çok da bizim inisiyatifimizde değil. Ben orijinali yazsam bile hasta ikinci kez geldiğinde bakıyorum başka bir ilaç var elinde. Eczacının orada farklı çıkarları, çıkar ilişkileri falan olabiliyor. Mal fazlası almış olabiliyor mesela. Kendisine de verilen yetkiye dayanarak muadil jenerik verebiliyor. O yetkiyi kullanıp değiştirebiliyorlar yani. Yani mesela bazı hastalarda özellikle orijinalini al dediğimiz oluyor yani bakıyorsunuz hasta biraz sıkıntılı iyileşme süreci sıkıntılı geçiyor o zaman en iyisini öneriyorsun.” (D-19: Doktor, erkek, 9 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-19’un bahsettiği çıkar ilişkileri bu çalışmanın gelecek bölümlerinde daha detaylı bir biçimde ele alınacaktır. Kesinlikle ihmal edilmemesi gerek bu görüş, ilaçların desteklenmesinde özellikle eczane kanadı göz önünde bulundurulduğunda salt bilimsel nedene dayalı bir seçimin güçleştiğini ima etmektedir. Mal fazlası gibi eczane ve şirket arasındaki alışverişi değiştiren unsurlar çoğu kez eczacının ilaç hakkındaki düşüncesinden satış pratiğine kadar pek çok aşamayı şekillendirme gücüne sahip görünmektedir.

Devam edecek olursak, doktorlar arasında yerleşme sürecine çok sıcak bakmasına rağmen, çeşitli nedenlerle orijinal bir ürün tercih ettiğini söyleyen doktorlar da olmuştur. Onlar hastanın alım gücüyle ilişkilenemeyi tercih etmemekte, bunu doğru bulmamakta zira hastanın isterse eczanede muadil bir ürünle (yani para farkı çıkarmayan) değiştirme imkanının bulunduğunu söylemiştir. Burada ilaç tercihinde doktor inisiyatifinin bir adım öne çıkarılma ihtiyacı duyulduğunu gözlemlemekteyiz.

“Ben orijinal yazmayı tercih ediyorum. Genelde etkinliğinin daha yüksek olduğunu söyleyebilirim. Şimdi mesela muadillerde senin anlayacağın biçimde özetlemek istiyorum... Diyelim bir A... bir de D... ilacı üzerinden kıyaslayalım. A... orijinal, diğeri yerli. Şimdi orijinal olan 2 saatte etki edip 4 saat boyunca seni rahatlatırken, muadili 4 saatte etki edip, 2 saat sonra yine başa sarabilir ama bununla da kalmıyor tabi. Yani hız meselesi değil olay. Bu etkinliği düşük ilaçlar fazlaca ilaç kullanımına bağlı örneğin ağrıya karşı düşük tolerans gelişmesine de neden olabiliyor. Hasta sürekli daha fazlasına ihtiyaç duyabiliyor. Yani bu konuda çeşitli görüşlerle

karşılaşabilirsin ama ben ihtiyaç halinde orijinal yazmayı tercih ediyorum. Bunun zaten bir de eczane kısmı var. Hasta isterse gidip eczacının önerisiyle de bunu değiştirebilir.” (D-3: Doktor, kadın, 8 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Jenerik/muadil ürünlerdeki farklılaşma ve yan etkiler hakkında ilaç mümessillerinin de düşünceleri merak edilmiştir. Zira doktor ve eczacılarla yani ilaç tüketen kişilerle en çok ilişkisi olan da yine onlardır. Bu konuda ilaç mümessillerinin büyük bir sorunla karşılaşmadıklarını ama varolan sorunları da üretim süreçleriyle ilişkilendirerek yorumladıklarını görmekteyiz.

“Bununla ilgili şöyle bir şey söylemek isterim. Benim çalıştığım firma aynı zamanda fason üretim yapıyor. Örneğin bir GSK, Bayer gibi yabancı firmalara ait çünkü bu firmalar mesela Novartis de aynı şekilde tarihini tam bilmiyorum ama üretimlerini kapatıp gittiler, çekildiler bu işi de devrettiler. Benim şu anki firmam mesela bu üretimi devralan bir firma ve Türkiye’deki sayılı yerli ve köklü firmalardan biri. Şimdi mesela bir Bayer’in üretim kalitesi belli standartlara bağlı, bu firma çekilirken benim ilacımı şu koşullarda üretmen lazım diyor. Şimdi bu muadiller arasında da aslında en büyük fark üretim kalitesi ile yan maddeler ile ilişkili benim kanımca. Mesela benim firmamda bu konuda hep bir vurgu var. Ben de aynı şekilde bu iki maddeyi sürekli gündemimde tutuyorum. Sen sonuçta ilaç üretiyorsun bunu belli standartları takip ederek yaparsan işte ekibin iyiye vs. sen bir muadil ilaç üreticisi olarak öne çıkarsın.” (İ-8: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 3. yılı ve 3 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

Benzer bir düşünceyle İ-10’da da karşılaşıyoruz. Diğer taraftan ilaçların etkililik düzeyleri ispatlandığı ya da çok fazla memnuniyetsizliğin olduğu durumlarda da firma imajını zedeleyecek bir geri çekilme ve piyasadaki dolaşımı sonlandırmanın zor olduğu ifade edilmiştir.

“Benim ilaçlarımla ilgili 3-4 defa geri dönüş oldu. Hani etkinliği hakkında çok düşük olduğuna ve geri dönüş alındığına dair ama zaten muadil böyle bir şey minimum %80 yaklaşıyor orijinaline yani bunu tutturduğunda Bakanlık onayıyla piyasaya sürülmüş olabilir. Hani bunun gibi şeyler. Yani bu da ilaç öyle kolay kolay değişmiyor. Yenilenen paketi ve ekstra çikolatasıyla bir keki atıyorum piyasaya yeniden sürersin ama söz konusu ilaçsa bu firma açısından da kayıp olur, markayı zedeler. Bir de hani oradaki ölçütü bilemediğimiz için yani biri kullanır çok iyi gelir öteki kullanır gelmez. Şimdi mesela çok ağır kesici kullanan insanlarda en iyi ilacı getir işe yaramıyor ama ben mesela çok kullanmadığım için basit bir ağır kesici benim ağrımı keser. Ağrı eşğim düşükse kesilir yine yüksekse mesela hiç kesmez. Alerjik reaksiyon da

gösterebilir. Allah korusun, anafilaktik şoka da girebilir.” (İ-11: İlaç Mümessili, erkek, Yeni Medya ve İletişim Bölümü mezunu, meslekte 10. Yılı ve 10 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

Aslında jenerik/muadil ilaçlarla ilgili görüşlerde tam bir güven duygusu gelişmemesindeki temel sebepler daha pozitif bilimsel tartışmalar gerektirmektedir. Bu kısımda yalnızca belli bir adlandırma ayrimından hareketle, söz konusu jenerik/muadil ilaçlar olduğunda bunlar üzerinde mutlak bir uzlaşma olmadığı gösterilmeye çalışıldı. Diğer taraftan bu soruşturma, ilaç tüketiminde sınıfsal ve mekansal bir ayrışmaya da sebebiyet verdiği düşüncesiyle gösterilmek istenmiştir.

Çalışmada iki farklı özel hastanede iki doktor ve bu hastanelerin karşısında yer alan bir eczacı ile de görüşülmüştür. Jenerik/muadil ilaçları kalite, etkinlik ve güvenlik bakımından değerlendiren görüşlere başvurduğumuz bu bölümde onlardan elde ettiğimiz verilerin ilaçların sosyal bağlamına ilişkin de bir şeyler söylediği düşünülmektedir. Örneğin E-1 hemen eczanesinin karşısında yer alan özel hastanede çalışan dahiliye doktorlarının orijinal ilaç reçetelediğini, kendi eczanesinde de en çok orijinal ilaç ürünlerinin satıldığını belirtmiştir. E-1 aynı zamanda orijinal ve jenerik/muadil ilaç kıyaslamasında tercihini orijinal ürünlerden yana kullanmaktadır. Ayrıca orijinal ilaçların jenerik/muadil ilaçlara göre daha etkili ve güvenilir olduğunu da düşünmektedir.

“Şöyle mesela buradaki hastanede genellikle orijinal ilaç yazıyorlar. Mesela A... fix kalemleridir. O gruptan yazdığı zamanda A... ilk yazacakları kalemdir. Benim de hoşuma giden şu. Hani biraz ticari yönden düşünmüyorum her şeyi. Çünkü diğer bir muadilini vermek benim için daha avantajlı ama hep kendimi koyarım başkasının yerine o yüzden de A...'in mesela yazdıkları zaman da biraz da hoşuma gidiyor, iyi oluyor. Ama bir hastaya kalkıp muadilini yazdığı zaman da bu sefer diyorum ki “Ya acaba sen doktorla bir tartışma mı yaşadın?” Çünkü kolay kolay yazmaz yani bunu. Evet birazcık bir sürtüşmemiz oldu gibi bir şey mesela duyuyorsun sonrasında. Tamamıyla doktorun firmayla anlaşması. Ama doktor şimdi hiçbir firmayla anlaşmadığı zaman da ne yapıyor? Diyor ki ben orijinalini yazayım. Çünkü A... orijinal ilacı. Ama gidip K... firması ben buraya ciddi bir yatırım yapıp da doktora çalışacağım dediği zaman da bu sefer doktor başlıyor K...'u yazmaya. Ama mesela şöyle bir şu durumu çok yaşamışım. Çocuğa mesela K... yazılmış. Benim elimde de mesela eskiden tutmuyordum. Şimdi tutuyorum artık elimde bu ilacı. Hastaya diyorum ki yani ben diyorum sana şunu tavsiye ederim. K...'u alma A... al. Ha benden

al diye söylemiyorum. Bende bu var diye söylemiyorum ama orijinalini al diyorum. Çünkü çocuk neticesinde daha çabuk iyileşsin. Her şeyi aynı deniyor ama birçok hastadan ben ishal şikayetini duydum. K... ishal yapıyor. Ben niye şimdi sana bunu söyleyeyim? Yani benim vicdanım rahat olmaz çünkü.” (E-1: Eczacı, erkek, 10 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-1’in ifadesinde görüldüğü gibi karşısında yer alan özel hastanede muadil yazmak ceza olarak bile düşünülebilecek bir eylem olarak nitelendirilmiştir. Diğer taraftan her ne kadar bunu şirketlerin hastaneye yoğunlaşmasıyla ilişkilendirse de D-20’nin ifadesinde görüyoruz ki bu hastane politikasıyla da ilişkili olabiliyor. Dolayısıyla sınıfsal konumlarla ilişkili biçimde jenerik/muadil ilaçlara bakışın değişim gösterdiği kestirilebiliyor.

Mesela E-20 neredeyse mesleğinin tümünü özel hastane ve polikliniklerde geçirdiğini belirtmiştir. İlacı adlandırma biçiminden (muadil ilaç demektir) bakış açısına kadar birçok konuda jenerik/muadil ilaç ürünlerine yaklaşımının diğer doktorlardan daha güçlü biçimde ayrıldığı gözlenmektedir.

“Burası genelde sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu bir semt ama ben bir semt polikliniğinde çalışmıyorum bu nedenle özellikle muadil ürünleri tercih etmiyorum. Bu konuda genelde çok baskı oluyor (mümessiller tarafından). O zaman diyorum buradaki hastaya veremem bu ilacı. Ki zaten bende güven oluşturmaya da gerekiyor. Bilmediğim güvenmediğim bir ürünü bana istediği kadar anlatsın mümessil bu beni ilgilendirmiyor. Orijinal ilacın etkinliğinin daha yüksek olduğunu düşünüyorum. Mesela muadil bir ürün yazdığımızda genelde bilinmeyen yan etkilerle karşılaşılabilir. Yani %100 yan etki olur diyemem demiyorum ama bazen kaşıntı, mide bulantısı, tahriş gibi şeyler olabiliyor. Bunu yapmak yerine yıllardır yazdığım ve güvendiğim bir ilacı yazmayı tercih ederim. Ha hasta isterse gitsin eczanede değiştirsin, böyle bir hakkı var. Eczacılar da bunu çok seviyor, bayılıyorlar. Eczanelerde muadil ürün verme yetkisi var. Ben kendim de kullandığım bilirliliği yüksek ürünü tercih ediyorum her zaman.” (D-20: Doktor, kadın, 22 yıldır meslekte ve özel bir hastanede İç Hastalıkları uzmanı olarak görev yapmaktadır.)

Bu anlamda hem orijinal ilaçlara daha fazla güven beslediğini hem de kendi hasta profiline muadil ilaçlardan bir ilaç vermesinin çoğunlukla sınıfsal kodlar ve hastane politikası doğrultusunda mümkün olmadığını belirtmiştir.

ASM doktorlarından D-3 dışında doğrudan orijinal ilaç tercihinde bulunduğunu söyleyen diğer bir doktor da D-5 olmuştur. D-5 ise hastanın alım gücüyle ilişkilenen

bir ilaç tercihini anlamsız bulduğunu dile getirmiş ve de yine D-20 gibi hastasının isterse eczanede değiştirme imkânı olduğunu belirtmiştir.

“Ben orijinal tercih ediyorum. Buraya zaten orijinal çalışan mümessil de gelmez. Dolayısıyla kafam rahat. (Neden jenerik/muadil tercih etmiyorsunuz?) Çünkü etkili olduğunu düşünmüyorum. Benim hastalarım çok nadiren başka başka sebeplerle geri dönerler. Ben verdiğim ilacın arkasındayım. Bu bir yarış aslında, zamanında orijinal ilaç molekülü üreten şirketler de bu ülkenin az ekmeğini yemedi. Oldukça kriminal bir boyutu da var bahsetmek istemiyorum ama benzer şeyler yine devam ediyor. Bir kere sen zaten bu işi SSK’nın elinden alıp pazara vermişsin, o zaman hepsinin yanına büyük harfle para yaz. (Peki orijinal ilaçların büyük kısmında farklar çıkıyor, hastalar bunu ödeyebiliyorlar mı?) Bu beni ilgilendirmez ki. Eczanede değiştirme imkânı olduğu için bu kadar rahat söylüyorum tabi. Benim için hasta değil hastalık vardır. Ben şunu diyemem. “Şu kişi cebinde parası olan bir adama benziyor ona orijinal yazayım, yazık öteki de alamaz ona da muadil yazayım.” Ben bunu demem, ben bildiğimi güvendiğimi yazarım. Gerisi zaten hastanın tercihidir. Fark çıkarıyor ve bu fark ona fazla geliyorsa almasın, nasıl olsa bir sürü muadili var. Tercih şansı var yani ama bu benim tavsiyem olmaktan çıkar. Ben kendim kullandığımda faydasını görüyorsam, ya da tercih nedenim bilimsel yanına güvenmekse hastama da onu yazmayı tercih ediyorum. Söylüyorum da muayene bitince bak şöyle bir ilaç var, istersen git eczanede değiştir diye tamam diyorlar. Ama sen zaten kodlamışsan mümessili de işte bana ziyarete kadar geliyor diye kırmak istemezsen o zaman muadil bir ürünü yazarsın. O zaman ben niye doktorum, yani benim ayırıcı vasfım ne?” (D-5: Doktor, erkek, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-5’in tutumu diğer katılımcılardan biraz farklı olmuştur. Kendisi odasına girdiğimde hasta olmadığımı anlamış ve sözümü keserek “Mümessilsen hiçbir şey sorma” demişti. Ben de bunun üzerine “Değilim ama mümessillere öfkелisiniz galiba nedenini merak ettim” demiştim. Sohbetimiz bu şekilde başladıktan hemen sonra aslında genel durumun şirketlerin doktor ve eczacıları yönlendirmesiyle yakından ilişkili olduğunu düşündüğünü, bu durumun etik olmayan sonuçlar doğurduğunu ve olabildiğince bu tür şeylerden uzak kalmaya çalıştığını söyledi. D-5 muayenede tedavi ve tedavinin ayrılmaz parçası olarak ilaçları bir bütün olarak değerlendirmekte bu anlamda Bağcılar’da ya da başka bir yerde, Bağcılar’daki bir hastaya ya da başka bir hastaya bu tutumunun değişmeyeceğini düşünmektedir. Muayene ve tedavi sürecindeki bu eşitlemenin, özellikle ilaçların niteliği üzerine kafa yormanın ve konumlandırmanın

önemli olduğu ortadadır. Yine de D-5'in tüm bunlar dışında jenerik/muadil ürünlere hiç şans vermemesinin de sorunlu tarafları olduğunu söylemeliyiz.

4.4. İlaç Nedir? Kimin İşidir?

Katılımcılara orijinal ve jenerik/muadil ilaçlar özelindeki tartışmalar sonrasında ilaçlarla ilgi bilimsel bir kaynağı takip edip etmedikleri ya da yeni çıkmış bir ilaçla ilgili süreci araştırıp araştırmadıkları da sorulmuştur. Bu konuda genellikle konunun Sağlık Bakanlığı'nın yetkisi dahilinde olduğu, kendilerinin buna ayıracak zaman ve enerjilerinin olmadığı şeklinde bilgiler paylaşılmıştır. Bunlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

“Valla ben bu kısmı ile hiç ilgilenmiyorum. Sağlık Bakanlığı onay vermiş mi vermiş, bu ilacı bir tedavi için yararlı bulmuş mu ona da evet. Gerisi... yani ben ne yapabilirim ki piyasada olanı yazarım, ayrıca doktor için de çok zor takip etmek bunu. Bilimsel kısımla ilgilenmek bilim adamının işidir.” (D-8: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

“Ben Sağlık Bakanlığı aynı diyorsa inanıyorum yani onu sorgulamıyorum. Sağlık Bakanlığı kanıta dayalı tıbbı dikkat ediyordur herhalde.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

“Yerli ilacın içeriğiyle ilgili bir şey bilemiyorum onu devletin laboratuvarlarında aynı kabul ettiği ilaçsa bizim için sorun yok. Devlet bu ilaçları laboratuvarlarında incelemelerini yapıyor. Diyor ki bu bunun aynısıdır. Mesela şu karşınızdaki kan ilaçları, bunların birbirinden farkı olmadığını devlet kabul ediyor. Bize de diyor ki bu bunun aynısıdır, tamam satabilirsin. Benim bir analiz labım yok yetkim de yok. Devlet kabul ediyor. Bize de satın dedikten sonra biz satarız.” (E-2: Eczacı, erkek, 44 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Üretim tekniği, titizliği, üretici firmanın/fabrikanın durumu önemli tabi. Bu şartlar iyiye muadilde sorun görmüyorum. Bunları denetleyecek kurum da muadil ruhsatı veren kurumlar/devlettir. Biz bize sunulan muadilleri bu şartları sağlamış kabul ederiz.” (E-15: Eczacı, kadın, 25 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Bu dört farklı görüşün genel eğilimin bir özeti olduğunu söyleyebiliriz. Doktor ve eczacılar arasındaki genel eğilim özellikle iş yükü dolayısıyla güncel literatürün takip edilmesinin çok zor olduğuna yöneliktir. Bu nedenle en meşru kaynak ve dayanak

olarak piyasadaki tüm ilaçlar için verilen Sağlık Bakanlığı onayı ve devlet garantörlüğü üzerinden gelişmektedir. Fakat bilimsel bir otorite olarak Sağlık Bakanlığı'nın ya da başka bilimsel kaynakların da çok fazla takip edilmediği ortadadır. Diğer taraftan katılımcılara ilaçta AR-GE çalışmaları hakkındaki düşünceleri de sorulmuştur. Bu konuda da genel anlamda AR-GE süreçlerinin ülkeye uygun bir faaliyet olarak görülmediği, yerli ilaç firmalarının sürekli jenerik/muadil ürüne yoğunlaştığı ve aslında bu konuda genel bir çaba ya da dönüştürücü eyleme yer açılmadığı hakkında düşüncelere rastlıyoruz.

“AR-GE bizim ülkemize çok uygun bir şey değil. Tahminimce yasa da vardır yani şu kadar bütçe AR-GE için ayrılın gibi ama firmaların hiçbiri, hiçbiri demeyeyim de çoğunluğu AR-GE yapmıyor benim bildiğim kadarıyla.” (D-11: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

“Bizim gibi sosyo-ekonomik düzeyi düşük ülkelerde daha çok semptomatik ilaç ağırlı kesici, mide koruyucu bilmem ne bunları çok fazla tüketiyor toplum. Yerli firmalar da daha çok bunun üzerine gidiyor. Üretimi kolay çünkü. AR-GE bizim ülkemizde yok, benim bildiğim hiçbir firmada da yok.” (D-10: Doktor, erkek, 3,5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Özellikle akut ve kronik gruplarda orijinal tek bir ürünün 30 tane jeneriği/muadili olması durumuyla karşılaşılabilmektedir. Burada firmaların bu “üretimi kolay” ürünlere odaklanmasının hiç kuşkusuz yerli ilaç üretim alanında genel bir eksikliğe karşılık gelmesi üzerine de düşünülebilir. Rekabet sürekli satış üzerinden yoğunlaşmakta bu mali hesaplar dışında ulusal ilaç üretim alanını geliştirecek güçlü modelleri ortaya çıkarmamaktadır.

Bu konudaki en karamsar bakış açılarından biri D-15'e aittir. D-15 aslında her gün reçete ettiği ve verdiği tedavinin özü sayılabilecek ilaçlar hakkında bilgi sahibi olmak için yeterli olanaklarının olmadığını belirtmiştir.

“Yani orijinal ve muadili karşılaştırıyoruz. Birisi belki milyonlarca kez reçete edilmiş, birisi daha yeni. Biz sağlıkta bilimi konuşacak kadar ilerlemedik daha bence en önemli sebep bu yani. Çünkü biz hala elli tane, yüz tane hasta bakmakla uğraşıyoruz. Hala sistem problemleriyle uğraşıyoruz. Bundan sonra hastanın elinde reçeteyle gelmesiyle uğraşıyoruz. Bilinçsiz olmasıyla uğraşıyoruz. Yani mesela Aile Hekimi'yim, her gün 8/5 mesaim var. Ama hastanede çalışan insanlar ayda on gün, on beş gün nöbet tutuyorlar. Yani doktorların bilimi tartışmak için bir vakti yok. Yani bilimi tartışmak

için vaktimiz olduğunda bence bu sıra buna gelir yani. Herkes karşısındaki hastayı bir şekilde tedavi etmek onu oradan bir şekilde sırasını başkasının birine vermesini sağlamak, kapısındaki bekleyene hizmet vermek, çünkü kapısında bekletince hasta sinirleniyor. Hastanede yatan hastayı kaldırıp başka bir hastayı tedavi etmekle uğraşıyor. Hani bizim amacımız insanları tedavi etmek burada yani. Sıra ona gelmediği için öyle bir vaktimiz olmadığı için. Mesela nöbet sonrası izin yok. Yani çalışma şartları bence bunun en büyük sebebi bu yani. Siz bir bilim adamına kendi geçim derdini ya da yaşam derdini düşünmeyeceğimiz koşullar sağlarsanız bilim yapar yani. Bu da bence benimle alakalı olmadığı için ona sıra geldiğini düşünmüyorum.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Yerli üretimin yapılanma şekli ve AR-GE süreçlerinde yarattığı yetersizlik yanında ilaçlarla yakın teması olan meslek gruplarından doktorlar ve eczacılarda da iş yükü gibi mücbir nedenlerle ilaçların bilimsel niteliği üzerine sorgulayıcı bakış açısının gelişmediği genel anlamda gözlenmektedir. Görüştüğüm doktorlardan D-2 bu durumu özetler biçimde, “İlk defa ilaç üzerine bu kadar detaylı düşündüm” şeklinde bir ifadede bulunmuştur. Bir sonraki kısımda, hastaların jenerik/muadil ilaca verdikleri tepkiler karşısındaki tutumlarda da benzer şekilde eleştirel tutum veya sorgulayıcı bir bakış açısının gelişmediğini/gelişemediğini görmek mümkündür.

4.5. Jenerik/Muadil İlaç ve Hastalardan Gelen Tepkiler

Jenerik/muadil ilacın kalite, etkinlik ya da güvenilirlik bakımından soruşturulduğu sırada katılımcıların hasta dönüşleri hakkındaki yorumları da merak edilmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu konuşmanın akışı içinde hastalarından olumsuz geri dönüş alabildiklerini ama geri dönen hastaların muadil ilaç yazıldığını/satın aldığını bilen, bu konuda önyargı edinmiş hastalar olduğunu düşünmektedir. Ayrıca bu dönüşleri ifade etmek adına durumu “plasebo etkisi” olarak değerlendirdikleri görülmektedir.

“İlaçtan yeteri kadar istifade edemediğini belirten hastalarımın büyük çoğunluğu, muadil ilaç kullandığını bilen hastalardır. Burada da kanımca devreye, konunun psikolojik etkisi girmektedir. Farklı bir ilaç kullandığını bilen hasta, eşdeğer ilaçlara yapılan yersiz yakıştırmalardan etkilenmesi sebebiyle kullandığı ilacın yeteri kadar

etkin olmadığını iddia edebilir ki bence bu da bir çeşit plasebo etkisidir, tamamen psikolojik bir sonuçtur.” (E-5: Eczacı, erkek, 14 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-12’nin ifadesinde ise hastanın jenerik/muadil bir ürün aldığını bildiği takdirde bakış açısının değiştiği yargısına sahip olduğunu ve bu nedenle yeri geldiğinde bu konuda bilgi vermekten imtina edildiği anlaşılmaktadır.

“Muadil vermenin tartışılabilir tek mahsuru muadil ilaç verildiğinin hastaya bildirilmesi ve onayının alınması aşamasıdır. Eczanelerde bu onay ve bildirim bazen duruma göre yapılmakta bazen ise yapılmamakta hasta bilgilendirilmemektedir. Muadil ilaç verilmesi hastaya bildirildiğinde çoğu kez hasta bu konuda işbirlikçi davranmamakta ve geri çevirmekte ve her zaman hastanın yanlış algısını değiştirecek zaman ve motivasyon eczane personelinde olamayabilmektedir. Bu da eczane personelinin çoğu zaman muadil ilaç verilmesi konusunu hastaya bildirmekten kaçınması davranışını tetiklemektedir. Genel olarak eczanelerde eğer ilaç hastanın sürekli kullandığı bir ilaç ise ya da kronik bir ilaç ise ya da hasta kaybedilmekten korkulan bir hasta ise ya muadil verilmeyip reçetede ilacın aynısı verilmekte ya da muadil verilecekse hastanın onayını almak yoluna gidilmektedir.” (E-12: Eczacı, erkek, 18 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-17’de de kullanımdan doğan olumsuz sonuçların plasebo etkisi kavramıyla açıklandığı görülüyor. Öyle ki eğer hekimle kurulan ilişkide güven varsa ilacın da etkisinin sorgulanmadığı iddia edilmektedir.

“Jenerik muadil ilacın etkinliği ile ilgili bilimsel çalışmalar dışındaki tüm yorumların plasebo etkisi gibi hasta-hekim arasındaki inanç-bağılılık ilişkisi yüzünden hasta tarafından hekimin yazdığı ilaca olan inancı yüzünden geliştiğini düşünüyorum. Tedavi inançla ilişkilidir. Hasta hekimine güvenirse onun verdiği ilaca sonsuz güven duyuyor ve onun dışındaki herhangi bir muadilinin ona iyi gelmeyeceğine inanıyor. Hatta öyle ki en ufak bir tersliği muadil verdiğimiz ilaca itham ediyor.” (E-17: Eczacı, kadın, 8 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Aslında eczacılar arasında çok yaygın olduğunu iddia edebileceğimiz bir konu hastanın, doktorun jenerik/muadil ilaçlarla ilişkili olumsuz ya da nötr bakışından yüksek düzeyde etkilendiği düşüncesidir. Oysa görüşme yapılan doktorlar arasında da yerelleşme süreci ve yerli ilaçlarla ilgili temel eleştiriler yapılmış olsa bile büyük ölçüde reçete tercihlerini söz konusu ilaçlardan yana kullandığı görülmektedir. Mesela D-12 de ilaçlar ve yaygın inançlar arasında ilişki kurmasına rağmen, ilacı değiştirmesi

gerektiği her durumda yine fark çıkartmayan jenerik/muadil ilacı yazdığını belirtmiştir.

“Etken madde evrenseldir. Bu Amerika’da da aynıdır, Türkiye’de de fakat o ticari isimler değişebiliyor. Etken madde aynı olduğu sürece bir sıkıntı yoktur. Mesela bazen hastalar Ayşe’ye şu iyi gelmiş Fatma’ya şu iyi gelmiş falan diyorlar. Halbuki aynı ilaç ama o ticari isim kafasında yer ettiği için ya da mesela boyutu ile ilgilidir. Biri çok büyüktür ama vücuda girdiği zaman yaptığı etkiler aynıdır yani ama bazen birden fazla etken madde olduğunda mesela demir haplarını c vitamini ile üretiyor. Tek kutuda sunuyor. Hiçbir faydası olmadı, değiştirin bunu diyenler oluyor. Ama öyle durumlarda da yine fark çıkartmayan bir ilacı yazıyorum..” (D-12: Doktor, erkek, 6 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

İlaçlarla ilgili olumsuz geri dönüşlerde yeniden ilaç reçetelenmesi de ilaç israfının önemli bir boyutunu oluşturuyor görünmektedir. D-14 bu tür süreçlerde yeniden bir ilaç yazmadan muhakkak hastayı gözlemlediğini ama iyileşme yoksa da bu sefer orijinal bir ürün yazdığını belirtmiştir.

“Evet hasta bana geliyor, bu ilaç bana yaramadı diyor. Ben tekrar bakıyorum grip ilacı yazmışım. Hasta daha önceki geldiğimde notlarımızı tutuyoruz biz zaten. İşte durumu şöyleydi. Şimdi geldiğinde durumu biraz daha iyi, biraz daha ilerleme var hani iyileşme var. Hani aslında ilaç işe yarıyor ama hastanın istediği kadar hızlı ilerlemiyor. Ya Şimdi ben bu ilacı değiştirsem hastanın elinde iki farklı ilaç oluyor. Bu ne olacak ülke ekonomisine zarar hem hasta ekonomisine zarar hem hasta bir o ilacı alacak, bir o ilacı alacak, tedavisini takip edemeyeceğiz. Genelde eğer bir ilerleme varsa ilaç değiştirmeyi çok tavsiye etmiyoruz. Ama bakıyoruz işte çocuğun kuru öksürükle getirdi anne çocuğunu. Biz o zaman baktık ciğerleri rahattı. Sadece boğazında biraz kızarıklık vardı. Grip ilacı başladı. Bir tane de öksürük şurubu yazdık. Bunu kullandı. Aradan üç gün sonra anne çocuğu getirdi, dedi ki hocam bu çocuk artık balgam sökmeye başladı. Ciğerleri dolu dolu olmaya başladı. Tekrar muayenesini yaptık. Biraz ciğerlerini dinlerken ral dediğimiz o sesleri duyduk. Tamam o zaman bu sefer ilacı değiştirelim biraz daha tedaviyi arttıralım dozunu arttıralım orijinal bir ilaç yazalım dediğimiz durumlar oluyor.” (D-14: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Aslında jenerik/muadil ilaçlar için özellikle belirtilen plasebo etkisi eğer sıklıkla geri dönüşler yaratıyorsa bu konuda ortaya çıkan çok farklı bir sorun daha bulunmaktadır. Bu konuda D-16 bu sürekli geri dönüşlerde ilaçların israf edildiğine dikkat çekmiştir.

“Ben açıkçası orijinal ilacın her zaman daha güçlü olduğuna inanıyorum. Mesela geliyor hasta yazıyorum bir hafta kadar kullanıyor fark çıkartmayan ilacı sonra tekrar geliyor, ben iyileşemedim diyor. Hop bir daha ilaç... Sonra neden ilaç israfı var diye lütfen sormayalım. Hasta düşük etkide yeniden doktora başvuruyor yeniden ilaca başvuruyor. Ha onun da onu yapmaması lazım ama yapıyor.” (D-16: Doktor, kadın, 16 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

Genel olarak hem doktor hem de eczacılar jenerik/muadil ilaçlarla ilgili hastalardan aldıkları olumsuz geri dönüşleri, plasebo etkisi olarak yorumlamışlardır. Aslında kendileri de çeşitli nedenlere bağlı olarak jenerik/muadil ilaçlarda bazı eksiklikler olduğunu kabul etmekteyseler de hasta dönüşlerinde bunun etkisi olabileceği düşüncesi hemen hiç dile getirilmemiştir.

Kimi durumlarda jenerik/muadil ilaçların kalite ve etki bakımından geri dönüşlere sebep olması (ya da hastaların dönüşlerindeki diğer nedenler), yeniden doktor ve ilaç ihtiyacını tetikleyen bir unsura da dönüşebilmektedir. Bu da neticede yerelleşme sürecinin birincil hedeflerinden olan kamusal harcamaları azaltmaya dönük hedefinin tam karşısında durmaktadır. Ancak yerelleşme sürecine ve yerli ilaçlara dair inşa süreçlerine genel olarak baktığımız son iki bölümde de görülebileceği üzere, yerelleşme süreci içerisinde aktarılan bilgilerde hem halk sağlığını bozan hem de kamu giderlerini zorlayan aşırı ve gereksiz ilaç tüketimi en azından yerelleşme sürecini eleştirel biçimde değerlendiren birkaç görüşte dahi çok sınırlı biçimde yer almaktadır. Bu nedenle yerelleşme sürecinin aktörlerin zihinlerindeki yerini az çok tespit ettikten sonra, yerelleşmenin ilaç tüketimi ve harcamalarıyla ilişkili boyutta yarattığı etkiler üzerine düşünmeye çalışalım. Bu anlamda Bağcılar’da doktor ve eczacıların hastalarla olan etkileşimlerinden de yola çıkarak yerelleşme sürecine mikro ilişkiler üzerinden bakmaya çalışalım. Böylece yerelleşmenin hem halk sağlığı hem de kamu çıkarlarının neresinde durduğuna daha ayrıntılı biçimde bakmış olacağız.

5. YERELLEŞME MEKANI OLARAK BAĞCILAR'DA İLAÇLAR, İLAÇ TÜKETİMİNDE ÇATALLANMALAR VE (MEDİKAL) ÖZNELLİKLER: “BURASI BAĞCILAR...”

Şimdiye kadar yerli jenerik/muadil ilaçlarla bu kadar yoğun biçimde ilişkilenen bir bölgede doktor ve eczacılardan oluşan “aracı tüketiciler” aracılığıyla ilaçta yerelleşme sürecine bakmaya çalıştık. Yerelleşme sürecini ve yerli jenerik/muadil ilaçları kuran söylem ve duyguları anlamaya yöneldik. Bu bölümde ise yerleşmenin izdüşümlerini tüketim ilişkilerine etkisi ve daha çok ilaçla ilişkilenen öznelliklerine daha yakından bakarak ele almaya çalışacağız.

Neoliberal yönetimsellik bireyleri yönlendiren ve düzenleyen normları oluşturmak için duygu ve değerleri, çeşitli kurumlar ve söylemler aracılığıyla üretme gücü taşımaktadır. Ancak bu zihinsel düzeydeki inşa, bireylerin eylemleriyle somutlaşmadıkça yani davranışlarda bir değişim sağlamadıkça sermaye değeri oluşturması söz konusu değildir. Dardot ve Laval (2018) bu nedenle ilk düzeydeki değişime paralel olarak bireyleri belli bir rekabet düzeneğine göre programlamak ve kârı ya da sermayenin değerini azamileştirici hesap ilkelerine göre kendi kendilerini yönetmelerine ve eylemlerinin programlayıcısı haline gelmelerine de gerek duyulduğunu belirtmektedir. Buna göre sürekli genişleyen, stratejik bir “akılsallık” dönüşümü de yönetim için önem kazanmaktadır (ss. 248-249). Sermayenin işlerlik kazanması etrafında örgütlenmiş ve programlanmış bireylerin yaratılması ancak onları kendi refahı için faaliyet gösterecekleri bir piyasa oyununa belli bir akılsallık çerçevesinde dahil etmekle gelişebilecektir. Dolayısıyla bireyler bu yönetim altında dışsal ve dayatmacı anlayışın sonucu olarak tüketici ve pasif özneler olarak ortaya çıkmayacak; her biri kendi performansı, haz ve mutlulukları ile tüketen-üretici ve aktif özneler olarak ilişki kurmaya başlayacaktır. Homo economicus’un bir mübadele partneri olmaktan rekabetçi düzeye savruluşunu hatırlayacak olursak, öznenin yönetimi ve en çok da öz yönetiminin belli bir piyasa oyunundaki önemi ortaya çıkmaktadır.

Neoliberal yönetimsellikte insanların bu iktidar düzeneğine her şeyden önce kendi rızaları ve hevesleriyle aktif bir “girişimci” olarak katılması beklenmektedir. Duyguların, arzuların, korkuların bir tür kışkırtılması ve kanalize edilmesi yoluyla da onların “şirket ortakları” gibi hareket etmeleri istenmektedir. Kendini sistem ve sermayedarlar adına bir şirket gibi “işleten” öznenin imali bu anlamda onun psişik dünyasına nüfuzun gerekliliğini de ortaya koymaktadır. Söz konusu sağlıkla ilgili meseleler olduğunda kişilerin psişik dünyasının “sağlıklı/üretken olmak”, “normal olmak” ve “mutlu olmak” gibi yönetimsellik rasyonaliteleriyle sürekli meşgul edilerek, kendilerine odaklanmalarını sağlamaya dönük geliştiği görülmektedir. Böylece özyönetim sayesinde, kendini belli bir normallik eğrisine çekmek ve kişinin “kendi patolojisiyle” meşgul olmasını sağlamak yapısal sorunların bireysel alana itildiği bir yönetimselleştirmeyi kolayca kurmaktadır.

Görüşme yapılan doktor ve eczacılar arasında da, bu bölüm boyunca görülebileceği gibi aşırı ve gereksiz ilaç tüketiminden hasta/tüketicileri sorumlu tutma davranışının çok güçlü biçimde öne çıktığı anlaşılmaktadır. Doktor ve eczacıların ifadelerinde ilk bakışta, aşırı ve gereksiz ilaç tüketmenin daha çok hasta tutumlarıyla ilişkili olduğunu düşündürecek çok fazla unsur olduğu göze çarpmaktadır. Diğer taraftan bunun hasta/tüketicilere ait bireysel bir sorun olarak düşünüldüğü de gözlenmektedir. Ancak bu bölümde yalnızca bu tutumlar üzerinden giderek, yerelleşme sürecinin makro hedefleriyle zıt yönde gelişen eylem yapılarını değerlendireceğiz.

5.1. İlaç Tüketimine Bakışlar: “Buraya gelen hasta (...) ilaç yazdırmaya geliyor”

Bu kısma başlamadan önce Michel Foucault’da iktidarın ancak “özgür” özneler üzerinde işletilebileceğine dair yargısına yeniden dönüp bakmak gerekmektedir. Hatırlanacak olursa iktidar Foucault’ya (2011a) göre bir “töz” olarak görülmemekte, ilişkiler biçiminde, “iktidar ilişkileri” olarak gerçekleşmektedir. İktidar bu yönüyle şiddet demek değildir, mümkün eylemler üzerinde işleyen eylem kümesidir. Buna göre iktidarın uygulanması “davranışları yönlendirmek” (*conduire la conduite*) ile ilgili genel bir “yönetim” pratiğiyle ilişkilendirilmiştir (s. 74). Foucault bu sürecin on sekizinci ve on dokuzuncu yüzyıllarda kapitalizmin gelişmesiyle birlikte anlam kazandığını düşünmektedir. Çünkü kapitalizm, ilgisiz bir siyasi iktidar sistemiyle iş göremez ancak iktidar ilişkilerinin düzenleyici ve disipline edici gücü ve

organizasyonu ile gelişebilirdi. Mesela tıbbileş(tir)me bu bağlamda Foucault'nun çağdaş toplumlar için örnek gösterdiği en büyük iktidar ilişkileri ağını yaratmıştır.

Genel olarak yaşamın tıbbileş(tiril)mesi toplumun sağlık düzeyini, normalliğini, üretim ve verimlilikle ilişkisini seçkin kişiler arasından halk kitleleri arasına taşımış ve onların “insani üretimi/sermayesi” ile ilişkili hale getirmiştir. Bireylerin normalleştirilmesi, sağlıklı ve üretken hale getirilmesine yönelik normların toplumsal tabakalar arasında yayılmaya başlamasına yol açmıştır (Foucault, 2019b, s. 156-158). Sıradan bir bireyin bile hasta olma ihtimaliyle ilgilenmek hiç kuşkusuz toplumların ve insanların üretim aygıtında kullanılmasını sağlayan güçlerinin ve yeteneklerinin geliştirilmesiyle ilgilidir. Bu da bir baskı ve katı yönlendirmeyle gelişmemekte, psikolojik ve duygusal öğelerle dolu öneriler olarak, tercihlerinde “özgür” öznelere aktarılmaktadır.

Kapitalizmin emek gücüyle ilişkileneceği bakımından öne çıkan tıbbileş(tir)me karmaşık iktidar ilişkilerini bütünsel bir motif olarak örgütlemeyi ihmal etmemiştir. İktidar ilişkilerini iç içe geçirmeyi başarmıştır. Modern dönemde sağlık tüketiminin sürekli bir korku ve belirsizlik üzerinden arttığını iddia eden Aronowitz, hastalanma riski altında olma ve bundan kaygı duymanın yapılandırılmış rutinlerle kurulduğunu belirtmektedir. Böylece ortaya bir risk hali konduktan sonra, çeşitli tetkikler bu riski hastalık ortaya çıkana kadar çeşitli kademelerde somutlaştırmakta ve çeşitli aktörler buna katkıda bulunmaktadır (Aronowitz, 2019, s. 60). Dolayısıyla kapitalizm emek gücüyle ilişkili olarak tek tek bireylerin sağlıklarını yönetmeye odaklanırken, iktidar ilişkilerini yeniden üretip, kendi işleyişini bu sayede teminat altına almaktadır.

Bu noktada toplumda sağlıklı olmayı ya da tedaviyi anlamlandırma biçimlerinin belli türde (tıbbi) iktidar ilişkilerine bağlı olduğu iddia edilebilir. İktidarın tıbbi süreçlerdeki etkisini konu edinen, antropologlar tarafından yürütülen birkaç etnografik çalışmada bu bağlamda ilaçların toplumsal alanda faydalarının nasıl inşa ettiği sorusuna yönelindiği görülmektedir. Whyte ve arkadaşları tarafından kaleme alınan *Social Lives of Medicine* adlı çalışmada yazarlar bu soruyu her şeyden önce ilaç şirketleriyle birlikte düşünmek gerektiğini belirtmektedirler. İlaç şirketlerinin sadece ilaç üretmekle kalmayıp, ilaçların anlamlarını da ürettiklerini ve belli ölçüde talep oluşturdıklarını, bunun hasta/tüketici davranışına yansıdığını iddia etmektedirler (Whyte ve ark., 2022). Bu şekilde hastaların/tüketicilerin (hatta bir önceki bölümde gösterilmek istendiği gibi doktor ve eczacıların bile) bir ilacın farmakolojik etkisini ölçecek teknolojik bilgiye

sahip olmaması neticesinde biyomedikal bilgi ve bunun üretiminden sorumlu şirketlere ya da genel olarak sisteme inanç besleme ve onun yörüngesine girmeleri olağan bir duruma dönüşmektedir.

İlaç üretim alanında sermaye gücünü belli rasyonaliteler, bilgi yapıları ve söylemler etrafında örgütlerken böylelikle çeşitli (medikal) öznellikleri bir bilgi ekseninde üretme gücü taşımaktadır (Brown, 2021, s. 32). Bu anlamda bireyler risklere ve sağlıkla ilgili genel hesaplara bağlanmakta, sağlığın yeniden ikamesi için olduğu kadar daha sağlıklı olmak adına -artı sağlık- bireysel mücadelelere girmektedirler. Esasında sağlık tüketimi denilen şeyin kendisi bu iktidar ilişkileri bağlamında çözümlenmeye kalkıldığında oldukça karmaşık ama kesinlikle bireysel bir sorun olamayacak bir konu haline gelmektedir.

İlaçlar üzerine düşündüğümüzde, bu karmaşık iktidar ilişkilerini göz önünde bulundurmamak durumundayız. On sekizinci yüzyıldan itibaren “insani üretimi ve birikimi yöneten iktidar sistemi ile sermaye birikimini destekleyen ekonomik sistemin bu anlamda birbirine koşut ve ayrılmaz oluşu”, bedenselleşmesi de üretken-tüketici bireyleri anlamak için önem taşımaktadır (Foucault, 2011b, s. 75). Aksi takdirde, bu bölümde de yoğun biçimde görebileceğimiz gibi sorunlar tamamen bireysel bir noktadan değerlendirilmektedir. Hatta bu bölüm boyunca görebileceğimiz gibi bu bakış açısı, doktor ve hastanın iki zıt kutup olarak konumlanmasıyla sonuçlanmaktadır. Doktorlar ve eczacılar hastalarının aşırı/gereksiz ilaç tüketme davranışlarının çok yüksek olduğunu düşünmekte ancak bunu tek tek bireylerin ilaç tüketme bilincindeki zayıflık olarak görmektedir.

Yine de yerleşmenin makro hedeflerinin öznel tutumlarla uyumlu olup olmadığını incelediğimiz bu kısımda aldığımız cevaplar, yerli ilaç üretmenin tek başına yeterli olmadığı bireysel tutumları olumlu anlamda yönlendirecek yapısal reformlara da ihtiyaç olduğu yönündedir. Katılımcılardan D-2 yerleşme sürecini destekleyen ve ülke çıkarları açısından olumlayan bir katılımcı olmasına rağmen yerli ilaçların tek başına ilaç harcamalarını azaltma gücü taşımadığını düşünmektedir. Buna göre, eğer istenirse, bilinçsiz ilaç tüketiminde önlenabilir uygulamalar gelişeceğine dair inanç da taşımaktadır.

“Yerli ilaç üretmek iyi güzel ama ben ilaç harcamalarını azaltacağını düşünmüyorum. Çünkü ilaç tüketimi çıg gibi büyüyor tam tersine. Önce insanların bilinçlendirilmesi lazım. Ya da nasıl mesela antibiyotik kullanımı azaldı. Şimdi doktorlar bile çekiniyor.

Öyle kolay kolay yazamıyor kimseye, soruyor devlet “Kime ne kadar yazdın, niye yazdın?” diye. Bu durumda çekiniyor kimse yazmak da istemiyor yani doktorun kalemmini bir sözle etkiledi mesela. Maalesef aşırı ve gereksiz tüketim sorununu çözmedikçe de istediğimiz kadar yerli ilaç üretelim bir fayda sağlamayacak. Buraya gelen hasta, bana muayene olmaya gelmiyor ilaç yazdırmaya geliyor. Deliler gibi ilaç tüketiliyor. Ve bunların büyük bir kısmı bakıldığında hiçbir şekilde yan etkisi, israfı şusu busu düşünülmeden tüketiliyor. Şimdi birincisi bu israftır. İkincisi dediğim gibi hastanın kendi bedenine verdiği zarardır. Yani öyle örnekler verebilirim ki size, kafasına göre ilaç alan, başkasının yarım kalan antibiyotiğini kullanan, çok farklı bir ilacı komşusu kullanmış ve iyi gelmiş diye kullanmak isteyen. Bunlarla mücadele etmemiz gerekir. Bakın antibiyotik kullanımı kısıtlandı çünkü kamusal bir zarara neden olabilecekti ve kısıtlandı. Ne oldu antibiyotik kullanımı yarı yarıya azaldı. Ne doktor yazıyor ne de artık hasta istiyor. Ha istiyor o ayrı ama diyoruz ki, “Bakın Sağlık Bakanlığı şu nedenle kısıtladı diyoruz, sana ben antibiyotik verirsem şöyle olur diyoruz.” Bunu halk anlıyor. Çünkü doktoru pek tanımıyor zaten. Ama bir Bakanlık deyince duruyor, düşünüyor. Ya da o kamu spotları inanılmaz etkili yani size anlatamam. Yani bunu yapsa yapsa yine Sağlık Bakanlığı yapacaktır.” (D-2: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-2 mevcut durumda hasta tutumlarının yapısal belirleyenlerden güçlü biçimde etkilendiğini, gereksiz ilaç tüketimiyle mücadelenin de yine ancak benzer yolla önlenebileceğini ifade etmiştir. Diğer katılımcılar arasında da antibiyotik tüketiminin yıllar içinde azalması bu bağlamda en çok verilen örnektir. Antibiyotik kullanımına getirilen kısıtlama ile kullanım düzeyi önemli ölçüde düşmüştür. Bu durum ilaç tüketiminin yalnızca bireysel bir problem olmadığını yapısal koşullarla iç içe geçtiğini gösteren iyi bir örnektir. Antibiyotiklerin sık kullanılması ve viral enfeksiyonlardaki uygun olmayan kullanımları sonucu pek çok antibiyotiğe direnç geliştiği bilinmektedir. Direnç geliştikten sonra enfeksiyonlara neden olan organizmalara karşı öldürme etkisi kaybolmakta, gelişen enfeksiyonun antibiyotikle geçmesi gerekirken süre uzamakta ve kötüleşebilmektedir. Bu nedenle 2013 yılında reçetesiz antibiyotik satışı yasaklanmıştır, hastalar ancak doktor yazdığında antibiyotik alabilmektedirler. Ancak bu genel karardan doktorun el alışkanlıkları da etkilenmiş görünmektedir. Buna bağlı olarak yıldan yıla antibiyotik kullanımı düşmüştür. Muhtemelen yapısal açıdan bir kısıtlama getirilmemiş olsaydı Türkiye’de hâlâ pek çok akut ilaçta olduğu gibi antibiyotik kullanımının fazla olması söz konusu olabilirdi (Özer, 2020, s. 338).

Aslında ilaçlarla ilişkilenmemiz çocukluktan başlayan bir dizi öğrenme sürecini içermektedir. Türkiye’de ilaçlara oldukça rahat biçimde erişilmesinin de ileriki dönemlerde “el altında bulundurma” durumunu güçlendirdiği görülmektedir. Genelde el altında bulundurulan ilaçların ortalama neye yaradığı hakkında bilgi sahibi olursa da, toplumun önemli bir kısmının prospektüsü okuyup yorumlayamadığı gerçektir. D-12 bu bağlamda özellikle akut grup ilaçların gereksiz düzeyde ve yan etkilerin neredeyse hiç hesaba katılmadan kullanıldığını ifade etmiştir.

“İlaç tüketimi inanılmaz fazla ve gereksiz olduğunu düşünüyorum. İnanılmaz bir tüketim var. Her şeyde ilaçta arıyorlar çözümü ama ben bunu doğru bulmuyorum. Bizler yazmadığımızda bazı ilaçları bize ya kızıyorlar ya küsüyorlar. Her şey ilaçta sanki mesela en fazla kullanılanlar ağrı kesiciler. Aslında ağrı bizim vücudumuzun verdiği bir tepkidir, bir reaksiyondur, bir hatırlatmadır. Onun da azıcık biraz yaşanabilir yani tolere edilebilirliği varsa yaşa, ama yok bizim insanlar azıcık bir ağrı bile olsa hemen önünü keselim derdine düşüyor. Bütün ilaçlar ve ağrı kesiciler dâhil ağrıyı keserken bu iyi yönü ama bir de onun kötü yanı var işte yan etkileri olarak vücuda yaptığı tahribatı var. Bunu kimse görmek istemiyor, duymak istemiyor. Kimse yaşamak istemiyor sadece o an ağrı olan o hoş olmayan hissi yaşamak istememesi ile ilaca başvuruyor. Ağrı kesiciler inanılmaz derecede kullanılıyor. Artık bazı ağrı kesicilere tolerans gelişiyor. “Hocam bu yazdığınız ağrı kesici bana hiç fayda etmiyor” diyor. Artık bünye ona alışmış. Sonra daha güçlü ağrı kesici yazar mısın diye soruyor. Çok fazla yaşıyoruz. Mesela en son zamanlarda yaşanan antibiyotik olayları. Artık gelecekte neredeyse hiçbir hastalığa antibiyotik bulamayacağız, direnç gelişiyor. Kim yaptı elimizle yaptık bunu. Halen o kadar bilinçlenme kampanyasına rağmen bazı hastalar ısrarla antibiyotik yazmamızı istiyorlar.” (D-12: Doktor, erkek, 6 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Aslında ilaçlarla ilgili genel düşüncemiz hemen her zaman onların iyileştirici fonksiyonları üzerinden gelişmektedir. Ancak D-12’nin aktarımında görüldüğü üzere, hemen herkesin rahatlıkla eriştiği ağrı kesicilerin bile vücutta yaratabileceği bir tahribat bulunmaktadır. Yani ilaçlar iyileştirici tarafları yanında kendilerinin sebep olabileceği tahribatlar da oluşturabilmektedir (Renaud, 1978, s. 106). Bu bağlamda en kontrolsüz kullanılan ilaçlar akut grup ilaçlar, D-9’un ifadesinde göreceğimiz gibi bu grup içerisinde yer alan ağrı kesici ilaçlar birinci sırayı almaktadır.

“İlaç tüketimi çok fazla, haddi hesabı yok, gerekli gereksiz tüketim var. Yeter ki doktora gidip ilaç yazdırsın ama doktoru da pek dinlemezler. Genelde komşu tavsiyesi daha çok dinleniliyor. Ayrıca doktordan da iyi bilirler. Genelde bize ağrı kesici

yazdırmak için geliyorlar, her gün en çok ağrı kesici yazılıyor.” (D-9: Doktor, kadın, 19 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

Aslında ilaç tüketiminin diğer tüketim ilişkilerinden bambaşka bir boyutu bulunmasına rağmen doktor ve hasta arasında oluşan bu ilişkiler bize yeni bir çerçeve sunuyor. Burada özellikle doktorun uzmanlık bilgisini aşan birtakım eylemlerle karşılaşıyoruz. D-6’nın ifadesinde yer alan “birkaç kutu fazladan almaya çalışan hastalarımız var” sözü gerçekten de sağlık deneyiminin bireysel bir boyut kazandığı ve “hasta/tüketici” olgusunun yerleştiğini güçlü biçimde göstermektedir.

“Hastalarımız ilaç kullanmayı tabii ki çok seviyorlar, tüketmeyi. Özellikle her geldiklerinde yazdırdıkları ilaçlar oluyor. Bir mantar kremi, bir ağrı kesici gibi. Bunları kullanmadan duramıyorlar mesela yani gerek yok ama istiyor onu, ona iyi geldiğini düşünüyor. Ama bizim insanlarımız genel olarak ilaç kullanmayı sevmeyenler de var tabi ama özellikle çok sevenler mesela “ben bunu içmeden duramıyorum” diyen hastalarım var. O dedikleri de ağrı kesici gibi basit ilaçları bile düzenli aralıklarla gelip yazdıran hatta birkaç kutu fazladan almaya çalışan hastalarımız da var.” (D-6: Doktor, kadın, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-18’in ifadesinde ise hem kontrolsüz ilaç tüketiminin yaratacağı tahribattan söz etmiş hem de kendi hastalık deneyimi özelinde ilaç tüketmenin “zaruri” bir durum olması gerektiğini ve yan etkilerini dile getirmiştir.

“Sadece burası değil Türkiye’deki ilaç tüketim alışkanlıkları çok kötü, çok kötü. Çok bilinçsiz. Halkımızda müthiş bir ilaç bağımlılığı var. Ve en ufak bir şikayetlerinde mutlaka doktora gitme ihtiyacı hissediyorlar. Ben kendim hekimim ama ben üst solunum yolu enfeksiyonu için falan ilaç kullanmam. Nane limon, zencefil falan kullanırım ilaç alma taraftarı değilim ama dün akşam iki kere hapşırdım sabah burnum aktı deyip gelerek soğuk algınlığı ilacı isteyen var. Desen ki yan etkileri var bunların, vücuda zararlı karaciğerinizi yoruyor ama adam yine de istiyor. Antibiyotik istiyorlar genelde bir de. Çocukları getiriyorlar, bebeklere soğuk algınlığı ilacı isteyen oluyor, çok sakıncalı.” (D-18: Doktor, 10 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Bununla birlikte ilaç tüketiminde “alıp kullanmamaya bağlı” oluşan israfın da önemli bir konu olduğu görülmektedir. E-5 bu konuda semtteki hastalarının ilaçlarla hem sıkı

bir ilişki kurduklarını hem de genel itibariyle bundan rahatsızlık duyduklarını düşünmektedir.

“Semtimizde gözlemlediğim kadarıyla halkımız ilaç tüketmeye hem bayılıyor hem de ilaç içmekten nefret ediyor. Herhangi birisinin evine gittiğinizde tahminen bir dolap dolusu ilaç görürsünüz. Türkiye gerçekten ilaç tüketim rakamları konusunda üst sıralarda yer alıyordur kanımca. Lakin madalyonun diğer tarafına bakacak olursak halkımızın çoğunluğu da ilaç kullanıyor olmaktan rahatsız. Çoğu kronik hasta olduğu için muhtemelen mevzubahis ilaçları ömür boyu kullanacaklar. Özellikle belli bir yaşın üstünde, en az bir ilaç raporu olmayan hasta bulmak oldukça zor.” (E-5: Eczacı, erkek, 14 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-5 ayrıca ilaç stoklamayla ilgili bir ayrıntıyı da öne çıkarıyor. İlaç israfındaki önemli konulardan biri de bu stoklama durumuyla ilişkili düşünülebilir. “Evde hep olsun” denilen ilaçlardan ağrı kesicilerin ilk sırada geldiğini D-13 de belirtmektedir. Yine onun ifadesinde de antibiyotik belli bir kısıtlama sonrasında evdeki ilaç stoğundan kalkmış görünmektedir.

“Her doktora gittiklerinde de doktor ile bir mücadeleye giriyorlar. İşte doktor uygun değilse yazmak istemiyor anlatıyor. Ama diğer ağrı kesiciler, mantar kremleri inanılmaz boyutta satılıyor. Şok olacağınız derecede mantar kremi dediğimiz şeyler aslında içinde kortizon içeren kremler. Onları direk kendileri de alabiliyorlar. Antibiyotiklere göre de ucuz ilaçlar zaten. Son zamanlarda pahalandılar epey ama. İşte bu eczaneden alınması onlara alışkanlık yaratıyor. Evde hep olsun hep bir ağrı kesici, krem olsun. Artık antibiyotikte öyle bir şey yok artık. Eczanelerde de galiba çok ciddi bir denetim var.” (D-13: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-3 ise ilaçların reçete edilmesinde kendilerinin, ilaca devam edilip edilmeyeceği konusunda ise genelde hastaların karar verdiğini düşünmektedir. Kısa sürede iyileşme arzusunun ilaç israfında önemli bir etken olduğunu belirtmektedir. Aslında ilaçla kurulan ilişkinin geleneksel anlamda doktor-hasta ilişkisini de değiştirdiği anlaşılmaktadır.

“İlaca bağımlılık çok çok fazla. Türkiye’de genel olarak ilaç israfı fazla zaten. Kendi ailemden de biliyorum, mesela doktora gidiyor doktor ona üç tane ilaç yazmış olsun. Eczaneye gidiyor ve alıyor, sonra bakıyor bir gün kullanıyor bu işe yaramadı deyip bırakıyor. İlacı doktora yazdırıyor ama ilaca gerek olup olmadığına kendisi karar veriyor. Mesela benim hastalarımın çoğu, onu kullandım işe yaramadı şunu yaptım işe

yaramadı diyor. Peki ama ne kadar kullandın diye soruyorum. 1-2 gün diyor. Yani böyle kısa sürede iyileşme isteği hakikaten insanı kızdırıyor.” (D-3: Doktor, kadın, 8 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-20 ise sağlık tüketiminin “öğrenilen” bir boyutu olduğuna da vurgu yapmaktadır. Hastalarının çoğu durumda kendini dinlemeyi ya da takip etmeyi önemsemediğini düşünmektedir. Diğer taraftan D-20 özel bir hastanede çalıştığı için hastalarının yalnızca ilaç tüketimi konusunda değil diğer tetkikler yoluyla da ayrı bir muhasebe oluşturduğunu da düşünmektedir.

“İnsanlarda genel olarak doktor ve hastane bağımlılığı arttı. Evham düzeyi de arttı. Kolundaki sinek ısırığını sivilce sanıp doktora gelen var. Çünkü ben bunun arkasında sürekli bir ölüm korkusunun pompalandığını düşünüyorum. Kendine iyi bak, kendine iyi davran, sen önemlisin değerlisin. Sürekli bakın her yerde reklamlar bunu bize söylüyor, sabah programları hakeza. Kişisel gelişim kitapları bunu bize sürekli söylüyor. Sen değerlisin mesajı hemen her zaman var. Eee, insanlar da o zaman benim başıma bir şey gelmemeli sağlıklı olmalıyım diyorlar. Hem bedenem hem de ruhen. Bu elbette güzel bir şey ama genelde ne oluyor bu evhamla beraber sağlık tüketimi ciddi ölçüde artıyor. Diğer bir yönlendirme artık teknoloji odaklı çalışma. Kolun ağrıdığında git bir röntgen çekin gel diyoruz. Bak benim mesela geçen hafta kolum ağrıyordu, sebebini kendim de bilmiyorum ama muhtemelen incittim bir şekilde. Şimdi bir şey yok. Bu ağrıya tahammül edemeyecek gidip bir yığın tetkik yaptırarak insanlar var. Bunun gibi aslında. Kendimizi dinlemeyi artık başaramıyoruz, doktorun bizi dinlemesini ya da röntgen filmini daha güvenilir buluyoruz.” (D-20: Doktor, kadın, 22 yıldır meslekte ve özel bir hastanede İç Hastalıkları uzmanı olarak görev yapmaktadır.)

İlaç tüketiminde “reklam” konusu da katılımcılar tarafından öne çıkarılan konulardan biri olmuştur. Genellikle eşten dosttan duyarak kendisine de iyi geleceğini düşündüğü bir ilacı doktorundan isteme eğiliminin güçlü olduğunu görüyoruz.

“İlaç reklamlarını şirketler kadar insanlar da birbirine yapıyor. Benim arkadaşım şundan kullanmış ona çok iyi gelmiş, falancanın çocuğuna bu iyi gelmiş. Onu almak istiyor. İlaçları renkleri boyutları ile isteyen hastalar var. Bana büyük ilaç verme diyor.” (E-7: Eczacı, erkek, 20 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Hatta kimi durumlarda birilerinden duyulan ilaçların aynı endikasyon için olmasa da doktordan rica edildiği görülmektedir. Bununla ilgili olarak hem doktor hem de

eczacılar, hastalardan kimi zaman “renkli ilaç” taleplerinin de gelebildiğini hatta sevdiği renkle ilacı özdeşleştiren hastayla bile karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

“Bence çok yüksek, gereksiz yere çok fazla ilaç kullanabiliyorlar. Gribal enfeksiyonlarda insanları ilaçsız geçeceğine hastalığın ikna edemiyoruz. Mesela tek bir ağrı kesici talebi ile de gelmiyor. Birini baş ağrısı diğerini kol ağrısı için falan isteyebiliyorlar. Bir de eş dost akrabadan tavsiye mantığı çok fazla, “bu ona iyi gelmiş bana da iyi gelecek” ama bambaşka bir rahatsızlıktan bahsediyor. Ama o insanı hani ikna edemiyoruz yani yazmasak bile bizden sonra başka bir doktorda şansını deniyor. Bizim gibi sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu ülkelerde semptomatik tedavilerde kullanılan işte bir ağrı kesicidir, mide koruyucudur toplum çok fazla tüketiyor. Genellikle ABD, İngiltere ya da birçok Avrupa ülkesinde insanlar ilaca kolayca ulaşamaz. Bence bu biraz da alıştırılmayla alakalı. Kendi ülkelerinde bu tür tedaviler için ilacı kolay kolay vermeyen ülkeler az gelişmiş ülkelere kutu kutu sattı. Hâlâ daha da satmaya devam ediyor. Sonra ilaç tüketimiyle mücadele ediyoruz. İlaç tüketimiyle tek tek hastalara giderek mücadele etmek bence çok mümkün değil. Bakın bundan bir 5 yıl önce antibiyotikler öyle sık yazılıyordu ki, eczaneden falan da alıyordu insanlar. Sonra baktılar ki bu tüketim daha büyük bir soruna işaret ediyor, o zaman bununla mücadele etmeye başladılar. Ne oldu? Bakın şu anda antibiyotik reçete etmiyor doktorlar, geçmişte belki düşünmeden yazıyordu el alışkanlığıyla ama yukarıdan tepeden bir yaptırım geldi. Ben sizi takip ediyorum yazmayın dendi. Şu anda antibiyotik tüketimi de geçmişe oranla büyük ölçüde azaldı yani. Yani şöyle bir şey bu, hastaya bilinçsiz tüketiyor dememeliyiz aslında. Evet biz de diyoruz ama hastaya bilinçsiz ilaç tüketimi öğretili.” (D-10: Doktor, erkek, 3,5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-10 da antibiyotik örneğinden hareketle aşırı ve gereksiz ilaç tüketimiyle mücadelenin tek tek hastalarla çözümlenmesinin zor olduğunu düşünmektedir. Diğer taraftan özellikle ASM doktorları yurtdışında kendileriyle aynı işi yapan doktorların koruyucu tedavi hizmeti verirken kendilerinin sürekli ilaç yazdığından söz etmiştir. D-10 büyük ilaç üreticilerinin kendi ülkelerinde ilaca erişimde kısıtlar koyarken Türkiye’ye bol bol ilaç sattıklarını düşünmektedir. Diğer taraftan aslında çok açık biçimde görülmektedir ki, ilaç manipölasyonu halen Batı Avrupa ülkeleri ile beraber düşünülmeye devam etmektedir.

“Yani kolay başvuruluyor olması mesela ilacı kolay alabiliyoruz. Birçok ülkeye göre bunu çok daha rahat yapabiliyoruz. Ben yurt dışında mezun olduğum için yurt dışı stajlarımda oranın hastanenin şartlarında gördüğüm için mukayeseyi çok rahat

yapabiliyorum. Oralarda hasta polikliniğe gelir veya acile gelir, muayeneni yaparsın eğer ki gerçekten yüksek ateş misal. Ciddi bir tedavi gerektiren bir şey varsa buraya nispeten orada şey tedavisi daha yoğun. Mesela koruyucu tedaviler yok mesela direkt biz mesela burada aynı vakayı ben kendim yurt dışına gittiğim zaman dahi oral olarak alabileceğim tabletlerin yazılmasını istedim hani mezun oldum tekrar ziyarete gittiğimde. Yok kolay kolay antibiyotik değil, grip ilaçları kolay kolay yazılmıyor. Hasta mesela gerçekten yüksek ateşe geliniyor. Diyor işte serum takılıyor orada. Direkt antibiyotiğe başvurmadan, gene serum, vitaminler vesaire ateş düşürücüler falan bu tarz hani şey takviyeden. O tedavide desteklenen alternatif tıp tedavileri var. Mesela direk hemen oral antibiyotikler oral tabletler verilmiyor ama hastanın o ülkede çok rahat hasta alternatif tıp üzerine hekimden bile destek alabiliyor. İşte bitkisel kaynaklı olabilir, farklı şeyler olabilir. Bu tarz desteğin de katkısıyla bunu atlatabiliyor, bünyeyi güçlendirebiliyor, destekleyebildiği için atlatabiliyor. Türkiye’de alternatif tıbbın çok fazla yeri yok.” (D-16: Doktor, kadın, 16 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-16 da kendi yurtdışı tecrübesinde ilaçlara erişimin Türkiye’de olduğundan çok daha kısıtlı olduğundan söz etmiştir. D-16 alternatif tıp ifadesiyle, daha çok OTC (over the counter) olarak adlandırılan reçetesiz ve Türkiye’de tedaviye yardımcı görülen ilaç gruplarından söz etmektedir. Görüşme yaptığım ilaç mümessilleri arasında OTC ilaç kullanımını genellikle orta ya da daha çok üst sınıfların tüketim alışkanlıkları arasında yer aldığına dair ortak bir kanı olduğunu görmüştüm. Örneğin İ-5 kendi çalıştığı grupta yer alan OTC ilaçların genellikle Sarıyer ve Beşiktaş bölgesinde satışının yüksek olduğunu çünkü oradaki hastaların hem alım gücü açısından hem de bilinç düzeyi yüksek olması nedeniyle bu ilaçlara yöneldiğini belirtmiştir. Öyle görünüyor ki SGK’nın geri ödeme listesinde yer almamaları nedeniyle aslında daha çok alım düzeyi ile ilgili olarak tüketim pratiği de değişmektedir. Bunun önemli bir istisnası belki pandemi olabilir. Söz konusu dönemde Bağcılar bölgesinde girdiğim eczanelerde, bazen sıra beklerken poşet dolusu vitaminlerle çıkan hastalar olduğunu gördüm. Aynı şekilde eczacılar da akut grup ilaçlarda düşüş OTC’de yükseliş olduğunu ifade etmişlerdir.

D-17’nin ifadesinde de hastalarının ilaç tüketim alışkanlıklarına yönelik benzer bir yakınma göze çarpmaktadır. İlaçların büyük ölçüde SGK tarafından ödenmesinin bu bilinçsiz tüketimi güçlendiren önemli bir unsur olduğuna dikkat çekmiştir.

“Evet, ilaç tüketim alışkanlığında çok büyük sıkıntılardan söz edebiliriz. Yani kendi ailem için bile bunu söyleyebilirim. Benim şu anki annemin babamın oturduğu evde bile, bir dolap vardır. O dolabın içerisinde bir kutu vardır ve içerisinde inanılmaz derecede ilaç vardır. Yani devletimiz tabii ki düşünüyor vatandaş çok daha kolay bir şekilde sağlık hizmetine kavuşsun. Bu arada hakikaten insanlar bir şeyleri kaybettikten sonra belki de değerini anlayabiliyorlar. Yani Avrupa’da o kadar hekim arkadaş bildiğim için net bir şekilde söyleyebilirim, dünyanın hiçbir yerinde bu kadar çok kolay ve bu kadar çok hızlı bir şekilde ilaç alabileceğiniz hiçbir sağlık sistemi yok. Paranızı vermediğiniz sürece hiçbir sağlık sistemine bu kadar kavuşamazsınız. Suriyeli hastalar bile kendi memleketlerinde belki ömrü billah iki defa doktor gören insan üç günde bir buraya muayene edip üç günde bir. Nereden olduğu belli olmayan Suriyeli doktorun yazdığı bir reçeteyi bir kâğıdı uzatıyor. Şuydu, şu ilaç bana iyi geliyormuş diye. Yani burada kimliği, saygı boyutu zaten burada zedeleniyor. Yani umurunda bile değil senin neyi düşündüğün senin ne tedavi uygulayacağın belki uygun uygun görüp görmeyecek, umurunda bile değil. O sadece o ilacı istiyor. Suriyeli bir tane gebeyle ben burada tartışmak zorunda kaldım. İsteddiği tedavi şeydi. Yani gebeliğin kontrolündeki bir tedaviydi. Fakat şimdi şöyle bir durum söz konusu. Senden illa o ilacı yazmanı bekliyor. Suriyeli doktor öyle uygun görmüş çünkü. Fakat o zaman senin hekimlik boyutun nerede? Burası bir bakkaliye dükkânı değil ki sipariş veresin de alsın. Yani bir kişi değil, iki kişi değil. İki kişi olsa tartış yazmıyorum diye set koy gitsin. Ama şuraya gelenin %90’ı böyle.” (D-17: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-17’nin aktarımı hastaların tüketim alışkanlıklarının artık doktoru yönlendirici bir boyuta ulaştığını da göstermektedir. ASM doktorlarının en çok şikâyet ettikleri konulardan birinin ilaç yazma konusunda direktif alma olduğu görülmektedir. Ama genel olarak buna uyumlandıkları da gözlenmiştir. Bir sonraki bölümde de gösterileceği gibi hastanın istediği bir şeyi yapmadıklarında hastayla sözlü tartışmaya girmek gibi bir ihtimal olduğundan doktorlar bu konuda özellikle hasta tercihini bazı istisnalar dışında geri çevirmediğini belirtmişlerdir.

D-2 de kendi yurtdışı tecrübesinde ilaçların ihtiyaç dahilinde kullanılan tüketim nesneleri olarak görüldüğünü belirtmektedir. Diğer taraftan ilaçların kendi yurtdışı tecrübelerinde gördükleri üzere, az ve gerekli durumlarda kullanıldığını söyleyen doktorlar ilaçların bol bol verildiğini düşündükleri ülkemizdeki durumu asla onaylamamaktadır. D-2’nin çok fazla tüketimle sağlık sisteminin değil piyasanın gelişmiş olduğuna dair vurgusu bu nedenle dikkat çekilmeye değerdir.

“Aslında ilaç tüketiminde dışarıdan görünen sebep yanlış ve gereksiz ilaç tüketme eğilimidir. Benim de size anlatmış olduğum gibi sayısız örnek var bu konuda. İlaç talebi ile gelen bir hastaya maalesef çoğu durumda neyin onun için iyi neyin kötü olduğunu anlatamıyorsunuz. Mucize gibi bir şey lazım ona. Ağrı mı çekiyor, ağrı o an dinsin istiyor. Midesi mi bulanıyor, o hemen geçsin istiyor. Şimdi bu insanların çoğu ilaç alırken belli bir alışkanlık edinmiş onu sürdürüyorlar değil mi? Mesela bir çocuk görüyor annesi babası sürekli hasta sürekli ilaca başvuruyor. Burada gerçek hastalardan söz etmiyoruz ama burada bir doktordan aldığını kullanmayıp öteki doktora koşan tırnak içinde hastalardan bahsediyoruz. Şimdi bu alışkanlık böyle sürüp gidiyor maalesef ama bu gerçekten de görünen taraf. Kim yaptı bunu yine bizler yaptık. Mesela hasta geliyor buraya bedava muayene olduğunu sanıyor. Benim daha önce yurtdışı tecrübem oldu. 8 yıl kadar yurtdışında çalıştım ve mesela diyorum ki: “X ilacı bizde bedava”, “Nasıl olur diyorlar” Aslında o zaman anladım ki işin sermayesine sahip membaı bir yerde adamlar ilaca mesafeliler çünkü ilaca bakış açıları farklı. Gerçekten ihtiyaç dahilinde kullanılan bir şey ilaç, sonuçlarıyla birlikte düşünülüyor. Zaten çok fazla tüketilmesi sağlık sisteminin iyi olduğunu göstermez, sağlık piyasasının geliştiğini gösterebilir ancak.” (D-2: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Diğer taraftan görüşme yaptığım doktorlarda hastalarının ilaçlara çok fazla güven beslediği düşüncesi de ağır basmaktadır. Sağlıklı olmak için sosyal koşullarla ilişkilene biçimleri önemli olsa bile bunlar üzerine çok fazla düşünülmeden genellikle ilaçlara yönelme davranışının yaygın olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumda tedavi edici sağlık hizmetlerinde genişleme de ortaya çıkmaktadır.

“Birincisi çok kolay ulaşıyor. SGK bizim ülkede eşi benzeri yok çok kolay bir biçimde ilaçları veriyor. Hiçbir sorgu sual yok, bizim yazdığımız pat diye ödeniyor. Kutu kutu ödeniyor. İlaçlarda da mesela bir hasta o ilacı en fazla bir hafta içecek ama biliyorum içinde 30 tane var. Yani o derece fazla fazla satılıyor. Yani bir de kişiler bence öz bakım olayını bilmiyorlar. Kendine nasıl bakar, nasıl sağlıklı olur. O çok umurunda değil mesela son noktaya gelene kadar. Doktora ve ilaca muhtaç olana kadar kendisi için bir şey yapmıyor insanlar ve doktora geliyor. Bir tane içeyim her şey normale dönsün beklentisi de yüksek.” (D-10: Doktor, erkek, 3,5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Tedavi edici sağlık hizmetlerindeki genişleme sağlığı büyük ölçüde ilaç tüketmekle eşitlemektedir. Bu da hastaların sağlıklarını koruma noktasında sorumlu olan bireylerin takıntılı biçimde tüketime odaklandığını göstermektedir. Öyle ki eczacılar

hasta grupları arasında doktora gitmeden eczaneye gelen ya da doktoru yazmadığı halde bir ilacı rica eden hastalarla da karşılaştıklarını belirtmişlerdir.

“İlaç tüketimi inanılmaz fazla. Ben şimdi hastaları ikiye ayırıyorum bana gülüyorlar. Bir hastaneden gelen hasta bir de eczane hastası var diyorum. Eczane hastası geliyor mesela doktor yazmadıysa da geliyor, alabileceği ilaç varsa onu eczaneden alıyor. Eğer alamıyorsa mesela artık antibiyotikler öyle alınmıyor, önceden su gibi giderdi. Şimdi de işte o eczane hastası dediklerim var ya, geliyor rica ediyor. Doktor yazmadı ben kullanmazsam iyileşemiyorum rica etsem sizden falan diyor. Tabii ki vermiyoruz böyle durumlarda. Ama eminim çıkıp başka doktora da gidiyordur yani, ricayla ilaç almak isteyen çok.” (E-7: Eczacı, erkek, 20 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

İlaç tüketimiyle ilgili öne çıkan bir başka konuya internetle ilişkilendirilmez. Bu konuyu öne çıkaran aşağıdaki eczacı ve doktorlar arasında internetin kimi zaman iyi kimi zamansa olumsuz bir etki oluşturduğu düşünülmektedir.

“Fazla ve gereksiz bir tüketim var ilaç konusunda. Temel tedavisi yapılmayan sürekli doktora gidip evde ilaç biriktiren insanlar var. Bilinç düzeyi arttıkça ilaç tüketimi kesinlikle azalır ancak bu internet bilgisi dışındaki bir bilinçlenme ise.” (E-9: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Bazı hastalar internetten araştırıyor. İnternetten araştırmanın iyi yanları ve kötü yanları var. Bazıları hiç araştırmıyor. Mesela hiç araştırmayan birisi sizin verdiğiniz ilacı ömrünün sonuna kadar kullanır yani siz “onu kullanmayı bırak” diyene kadar kullanabilir. Ya da karşısına bilen biri çıkana kadar yazdırır. Hocam işte ben bunu kullanıyorum bu bana çok iyi geldi. İşte benim kolum ağrıdı çok iyi geldi. Belki 10 yıl önce yazdırmıştır. Karaciğerinde olan bir tümör koluna metastaz yapmıştır o ağrıtıyordur ama sana onu yazdırmaya çalışır. O yüzden bizim burada şey çok önemli hani bir hasta hikayesi almak, “sen bunu neden kullanıyorsun?” diye sormak. İşte artık öyle bir hale gelmiş ki sistem insanlar artık elinde bulunan ilacı gelip sana yazdırmaya çalışıyorlar. Eğer sen de çok sorgulamazsan bunu burada malpraktis yapma ihtimalin yüksek çünkü herkes elinde bir ilaç kutusuyla ya da bir isimle geliyor. “Hocam bunu bana yazın çok iyi geldi” diyor ya da başka birine çok iyi gelmiş onu söylüyor. O yüzden hasta hikayesi almak ve onu bilgilendirmek önemli. Genelde hastalar bu konuda çok bilinçli değiller. Bir de araştırıp gelenler var onlar da yalan yanlış şeylere çok ulaşabiliyorlar internetten. O da bir sıkıntı olabiliyor. Sizin yazdığınız şeyi eleştirebiliyor, sorgulayabiliyor. Tabii ki eleştirebilir, sorgulayabilir. Ama o zaman da bir defans oluştuğu için onu aşmak zor olabiliyor. İletişim daha da zor hale gelebiliyor, Google sayesinde. Bazıları da hani dersten neyi alıp neyi almayacağını iyi biliyor

oradan. Faydalı da olabiliyor. Orada artık sizin hasta hikayesini alıp, hastayı iyi değerlendirmeniz. Hastayı bir şekilde onu anlatmanız çok yani burada hani hasta alışkanlıklarını bir şekilde kırmamız lazım.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-6 ise bölgesel bir farktan yola çıkarak internet kullanımının oluşturduğu dezavantajdan söz etmiştir. Yine bölge hesabıyla Bağcılar’da bu tür bir sorunla karşılaşmadığı anlaşılmaktadır.

“Bahçelievler ve Taksim’de oturmuş bir düzen vardı ama hasta profiline baktığımızda aslında yanlış da bir şey söylemek istemiyorum ama nasıl desem, “eee” mesela ben “eee” şimdi şöyle internetten okuyup geldikleri için bazı şeyleri mesela kendilerindeki bulguları vs. yorumluyorlardı, senin yapacağın işte tetik olsun tanı olsun müdahale ediyorlardı. Ufak ufak yönlendiriyorlardı, “ben şu tahlili de istiyorum” diyordu mesela. “Bana şunu da yazın hocam”, “işte böyle bir hastalık varmış hocam bende de aynı şeyler var”. Yani bazen hani doktorla değil de arkadaşı ile konuşur gibi seni biraz küçük görerek iletişim kuruyorlardı. O yani mesela Bahçelievler ve Taksim’de çok oluyordu. Hastaların hani bu kadar işin ehline bilen birisine müdahale etmesi benim açıkçası hiç hoşuma gitmiyordu. O konularda biraz rahatsız oluyordum hastalardan.” (D-6: Doktor, kadın, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

Aslında bu örnekte internetin fazladan sağlık tüketimini körükleyen bir etki yaratabildiğini de anlayabiliyoruz.

Genel anlamda katılımcıların neredeyse tamamında daha önce çalıştıkları bölgelerle de çeşitli açılardan kıyaslamalar yapmasını rica etmiştim. Görüştüğüm doktorlara ilaç tüketimiyle ilgili sorularımı sorarken başka şehir ya da bölgelerdeki deneyimlerini de anlatmalarını rica etmiştim. Eğer söz konusu ilaç tüketmekse genel olarak hasta davranışlarının birbirine benzediğini düşündükleri anlaşılmıştır. Yalnız D-14 tedavi sürecine ilişkin bir fark olduğunu düşünmektedir.

“Ben Bahçelievler devlet hastanesinin acilinde de çalıştım. Yani sadece Bağcılar’da bir aile hekimi olarak değil söyleyeceklerim aynı zamanda Bahçelievler’de biraz daha sosyo-kültürel seviyenin yükseldiği bir ortama göre de bunu kıyaslayarak söyleyebilirim. Benim genel kanım şu yönde, Türk halkı biraz şunu bekliyor ben hastaneye gittiğimde, sağlık ocağından örnek vereyim. Ben içeri gireceğim, sıra hiç beklemeyeceğim. Gireceğim, bir tane hap alıp yutup iyileşeceğim ve çıkacağım. Toplam 30 saniye falan sürece, diye bir beklentisi var halkımızın genel kanısı bu

yönde. Ben %80-90 hastamız için bunu söyleyebilirim. Bu mesela Bahçelievler’de nasıldı. Bahçelievler’de biraz daha bu işler hastanın tatmin olmasına bağlıydı, hasta muayenede tatmin oluyorsa o ilacı alıyor, kullanıyor ve kullanmaya devam ediyor.”

D-14 doktor ve hasta arasında iletişim dili geliştirilemezse bunun da ilaçlarla ilişkilenebilirliğini değiştirebildiğini düşünmektedir. Özellikle muayene sürelerinin sınırlı olması ve hastayla gelişen iletişim problemlerinin çoğu durumda hasta ile doktor arasında sağlıklı bir iletişimi zorlaştırdığı anlaşılmaktadır. Burada en kestirme yol, semptomlara dayalı bir ilacın kısa sürede yazılması olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu şekilde de doktor ve hasta arasındaki iletişim mekanikleşmekte, hasta kendisine verilen ilacın sağlığı için gerekliliğini kavrayamamaktadır.

“Biraz doktorların da bu işte parmağı vardır. Hastaya iyi açıklama yaparsan, hastaya ilacını nasıl kullanması gerektiğini bu ilacın ne işe yaradığını ve hastalığını detaylı anlayabileceği şekilde anlatırsan hasta bu ilacı kullanır. Ama hasta şikayetlerini anlatır sen “al bunu kullan, bunu kullanınca iyileşirsin” dersin, ben de almam. Çünkü benim hastalığım neymiş ne oluyor ne bitiyor bunu açıklaması lazım. Biraz doktorlardan da kaynaklanan bir problem vardır. Ama genel olarak hastalar bir tane alayım iyileşeyim, o olmadı şu doktora gideyim dedikleri için genellikle paketi bitirmeden iyileşemedikleri ile ilgili şikayetlerle geliyorlar. Buraya gelen hastanın da bizim de amacımız iyileştirmek ama hastalarda genellikle şöyle bir algı var. “Ben doktora gideyim, doktor bana bir ya da birkaç ilaç yazsın, ben onları içeyim ve normale döneyim” ama aslında böyle bir şey yok. Benim mesela enfeksiyon hocalarımız da söylerdi bakteriyel bir şey değil tamamen virüse bağlı, hocam şey derdi; “ilaç kullanırsın bir haftada geçer, ilaç kullanmazsın 7 günde geçer”. İlaç kullanırsın hafif atlatırsın ilaç kullanmazsın istirahat etmen gerekir. İlaç kullanırsın çalışabilirsin ama kullanmazsan aynı süre içinde istirahat ederek bu hastalık geçecektir. Biz de aslında hastalara bunu anlatmaya çalışıyoruz. Sadece işte semptomatik tedavi mesela hastanın burnu tıkalıdır. Daha rahat nefes almak için ona yönelik burun spreyi, ateşi vardır ateş düşürücü gibi. İstirahat tabi normalde en çok önerilen şeydi. Doktor istirahat önerirdi ama şimdi, onun farklı bir perde arkası da var, girmeyelim oraya. Orda biraz daha farklı şeyler de oluyor.” (D-14: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

E-16 ve D-13’ün ifadelerinde de gereksiz ve aşırı ilaç tüketme davranışının çalıştıkları yerler ve genel izlenceleri dahilince yaygın bir davranış olduğu düşünülmektedir.

“Şahsi olarak gereksiz ilaç tüketilmesine oldukça karşıyım. Çoğu yılı hiç ilaç kullanmadan geçiririm ve çok gerekmedikçe ilaca başvurmam tavsiye de etmem. Semtimde ilaç tüketiminin çok fazla olduğunu düşünüyorum ama bu buraya özgü bir

şey değil tüm Türkiye de durum bu şekilde, maalesef insanlarımızın çoğu her şeyin ilaçla tedavi olduğunu zannediyor o kadar ki hekim muayeneden sonra ilaç yazmazsa hekimliğini sorgular durumdalar. Tüketime aşırı olduğunun kanıtı bu pandemi döneminde akut ilaçların satışının neredeyse yarı-yarıya azalmasıdır. İlaç tüketimi bilinç düzeyi arasında tabi ki olumlu yönde bir bağlantı var ama bilinç düzeyi sosyokültürel seviye ve eğitim durumu ile alakalı bir olgu değil maalesef.” (E-16: Eczacı, erkek, 9 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-16’nın pandemi dönemine dair tespiti oldukça yerindedir. Gerçekten bu çalışmanın saha araştırmasının yürütüldüğü pandemiye denk gelen sürede evden çıkma yasağı kalmış olsa bile insanların belli tereddütlerle sağlık kurumlarına gelmediği görülmüştür. Normalde kapıda sıra beklediğim ve görüşme için randevu almaya çalıştığım dönemlerde oluşan kalabalıkla hiç karşılaşmadım. Bu durum epey bir zaman bu şekilde devam ettikten sonra ancak normalleşmenin resmi söylemlerle yinelandığı dönemlerde ancak ortadan kalkmıştır.

Aşırı ilaç tüketimiyle bilinç düzeyi arasında ilişki kurmayan bir başka katılımcı da bu bağlamda D-13 olmuştur.

“Akılcı olmayan ilaç kullanımı çok kültürlü görünen insanlarda da var. Mesela kendi arkadaşarımdan, ben Fen Lisesi mezunuyum oradan ben mezun olunca birçok arkadaşımız mühendis oldu, mimar oldu falan. Çok eğitimli insanlar Boğaziçi’nde okuyorlar falan. İlaçlara yaklaşımına bak, Bağcılar’daki halktan hiçbir farkı yok. Bağcılar’daki adam da aynısını söylüyor. Senin Boğaziçi’nde okumanla, onun hiç okul görmemesi arasında bir fark olmalı yani. Ben tabi dramatik bir fark bekliyorum, inanılmaz bilir araştırır tipler falan diye sanıyordum ama doktor olunca arkadaşarımdan o diyalogları görünce bilmiyorlar yani. Mesela en basitinden hastaneye gelmeden ilaç yazılamayacağını, hastayı görmeden onun adına ilaç yazılmaması gerektiğini insanlar duyunca şok oluyor. Yani nasıl ya Tc’si var yazsın işte diyor. Bunu bile bilmiyorlar, ben çok şaşıyorum. Yani ben akılcı ilaçta bariz bir fark olmadığını düşünüyorum, entelektüellik seviyesine göre.” (D-13: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

5.2. Hasta/Tüketici Profilleri

İlaç tüketimiyle ilişkili önemli sorunlardan biri de hastaların sınıfsal kimlikleriyle ilişkili olarak düşünülmektedir. Aslında Foucault'nun "özel deneyimi açıklamak için öznenin değil o deneyimi kuran söylem ile söylemin karşılıklı ve kaçınılmaz ilişki içinde olduğu iktidar sistemlerinin analizini" yapmak gerektiğine dair düşüncesi bu noktada oldukça önem kazanmaktadır (Foucault, 2019b, s. 11). Hastalarının daha çok alt ve orta sınıftan geldiğini belirten katılımcılar, her ne kadar ASM'ler artık herkesin erişebileceği bir mesafede de olsa bunun yeterli veya olması gerektiği gibi bir sağlık hizmetine dönüşemediğini düşünmektedirler. Yine kendi bilgi ve tecrübelerinin yetmediği durumlarda verdikleri önerilerin hastalar tarafından gerçekleştirilemediğini düşünen katılımcılar çoğunluktadır. Bu bağlamda en çok öne çıkanlar kadınlar ve çocuklardır.

Katılımcılardan E-8'in ifadesinde yer aldığı gibi kendilerine gün içinde daha çok kadın ve çocuk hastaların ulaştığını belirtmişlerdir.

"Eczaneme gelen hasta profili sosyo-kültürel ve ekonomik açıdan düşük, erkekler erken saatlerde başlayan çalışma saatlerinden ötürü bizim mesai saatlerimizde anne ve çocuklar evde oluyor. Kurum karşısı olduğumuzdan ötürü muayene olmaya çoğunlukla kadınlar ve anneleriyle beraber çocukları geliyor. Bağcılar çocuk nüfusu açısından çok yoğun bir yer olduğundan hasta popülasyonumuzun çoğunu çocuklar oluşturuyor." (E-8: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Bununla beraber Suriyeli mültecilerin de hasta popülasyonunda önemli bir yer edindiğini görüyoruz. Mültecilerle ilgili katılımcıların önemli bir kısmından mülteci kliniğinin işlevsel olmadığı yönünde şikayetler gelmiştir. Özellikle dil problemi olmak üzere iletişimde çeşitli sorunlar yaşadıklarını da aktarmışlardır. Bu aktarımda da görebileceğimiz gibi mültecilerle ilgili en temel eleştirilerden biri nerde yazdırdıklarının bilinmediği düşünülen reçeteler üzerinden gelişmektedir. Doktorlar bunun özellikle kendi bilgi ve tecrübelerine saygısızlık olduğunu düşünseler de aslında Türk hastalarıyla da ilaç reçeteleme süreçlerinde girdikleri ilişkilerin çok farklı olmadığı görülmüştür. Bu bağlamda özellikle Suriye'liler eksenindeki yorumların belli bir önyargı taşıdığı da hissedilmiştir.

"Buraların yeni yerleşim yerleri olmasından dolayı sosyo-ekonomik düzeyi düşük. Daha cümleye başlar başlamaz, şikayetini anlatır anlatmaz anlıyor insan zaten. Kurduğu cümleden, şikayetini anlatma biçiminden. Suriyeli sorunu var. 600- 700 tane kayıtlı Suriyeli var. Geliyorlar, Suriyeliler zaten iletişim kuramıyoruz çok zor. Birkaç

bildikleri ilaç var. Onlara bağımlılar yani sürekli onu yaz onu yaz başka bir tedavi verecek olsanız da illa ben bunu istiyorum diyor. O yüzden zaten çok doktorluk bir durumu da olmuyor. O ilaçları da ya kayıtsız yerlere gidiyorlar, ellerinde Arapça reçetelerle geliyorlar bize. Artık denetleniyor, denetlenmiyor oraları bilmiyoruz. İnsanların gereksiz başvurusu da çok hani ya da bizim derman olamayacağımız hastalıkları var ama sosyo-ekonomik seviye düşük olunca tekrar tekrar geliyor bize. Ama biz de en fazla ağrı kesici falan veriyoruz.” (D-10: Doktor, erkek, 3,5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-10 özellikle bazı hastalıklarda kendi bilgi ve tecrübeleri yetmese de hastalarının kendilerine tekrar tekrar müracaat ettiğini düşünmektedir. Bağcılar’da en temel yapısal sorunlardan biri yoksulluk olarak dile getirilmiştir. Bugün ilaçların önemli ölçüde erişilebilir ve ucuz oldukları hakkında genel bir yargı bulunuyorsa da, hâlâ tedaviye erişimde ciddi sıkıntıların yaşandığı görülmektedir. Böyle durumlarda doktorların büyük bir kısmı, tıpkı D-14’ün aktarımında olduğu gibi ağrı kesici vermek suretiyle etkileri hafifletme eğiliminde olduğunu belirtmiştir.

Bununla birlikte iletişim probleminin sadece mülteci hasta gruplarında yaşanmadığı da anlaşılmaktadır. D-14 hastaları arasındaki çocuk gelinlere işaret ederek muayene esnasında sorduğu sorulara cevap alamamaktan yakınmaktadır.

“Geliyor hasta, bunu ayıplamak için falan söylemiyoruz, olağan bir durum. Hastanın kültürel seviyesi gerçekten çok düşük. Yani burada ben ne şikâyetin var dediğimde yüzüme bakan insanlar biliyorum. Yani bu Türkçe bilmediği için değil. Kendini ifade edemiyor, hiç konuşturmamışlar hep susturmuşlar. Hep sen sus, hep sen sus dedikleri için. Şunları yaşadıklarımız da oluyor. “Bu ilacı yaz, hocam bu ilacı bana yazacaksın. Hocam sen iyi muayene edemedin galiba benim antibiyotiğe ihtiyacım var. Bana bu ilacı yazacaksın” gibi durumlar da yaşamıyor değiliz. Şunları yaşıyoruz mesela çocuk gelinler, 13-16 yaşında gebe olarak bize başvuranlar. Hamile kalıp evlilik için sağlık raporu almaya gelenler. Geldiğinde kaynanası olmadan dışarı çıkamayan gelinler, geldiğinde hiçbir şekilde konuşamayan. Çocuğunu aşıya getirdiğinde. Soruyorsun çocuğun gülüyor mu, şunu yapıyor mu vs.? Bilmiyorum ki diyor. Çünkü kendisi daha çocuk 16-17 yaşında. Genelde hep kaynana ile anne ile muhatap olmaya çalışıyoruz. Böyle bir bölge burası. Ve ekonomik anlamda da çok kötü bir bölge. Ev ziyaretleri de yapıyoruz. Girdiğimiz çok kötü evler de var. Çok iyi evler de var ama çok kötü evler de var. Türkiye’ye uyarlarsak burayı ortalamanın biraz daha altında.” (D-14: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-8'in ifadesinde de görüleceği üzere hastalarının içinde bulundukları ekonomik zorluklar nedeniyle kendilerine yani en yakın sağlık kuruluşuna müracaat ettikleri anlaşılmaktadır. Buradaysa daha çok belli türde ilaçların reçetelenmesi yoluyla sorunların geçiştirilmesi söz konusudur. D-8 de aynı durumda olduğunu ve sonucun daha kötü olacağı durumlarda elinden geleni yaptığını belirtmiştir.

“8 aydır Bağcılar'dayım. Hastalarımızın onda biri Suriyeli ve derdini anlatamıyorlar. Bu konuda epey zorluk çekiyoruz. Mülteci polikliniği işlevsel olsa daha iyi olabilir ama maalesef o da yok. Bir takım Arapça yazılı reçeteler var ellerinde onlarla geliyorlar ama biz bilmiyoruz, bilmek zorunda da değiliz dili. Nitekim anlamak mümkün olmuyor. Hem onlar için hem de bize ciddi bir sıkıntı veriyor bu durum. Kendi hastalarımıza gelecek olursak. Genel anlamda sosyo-ekonomik düzeyi düşük bir kesim burası. Örneğin Başakşehir'de arkadaşla konuşuyorum sedyeyi kaldırmışlar, hasta yok. Ama buraya baktığımızda kronik hastalıklar için bile aile hekimine müracaat ediyor insanlar. Yani örneğin kadın doğuma yönlendirmem gereken hastanın gitmeyeceğini biliyorum, ne yapıyorum? Biliyorum ki gitmeyecek ve sonuç daha kötü olacak. O zaman elimden gelen şekilde tedaviye başlıyorum.” (D-8: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

E-5 eczanesine gelen hastalarda önemli bir başka soruna, okuma yazma bilmemeye de dikkat çekmiştir. Sağlık hizmeti için en yakın görülen sağlık kuruluşlarının tercih edilmesinde bunun da önemli bir faktör olduğunu düşünmekteyim.

“Üzülerek söylemeliyim ki, günümüzde özellikle kadınlarımızda okuma yazmama bilmeme sorunu hala had safhada mevcut. Orta yaşlı diyebileceğimiz bu hastalarımız okuma yazma bilmediği gibi, TC kimlik numarası, telefon numarası ve hatta adresini bile ezberden söylemekte zorlanabiliyor.” (E-5: Eczacı, erkek, 14 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

İletişim probleminden bahseden D-15'te de ASM'ler aracılığıyla sağlık hizmetine erişmenin ve hatta sosyal güvencesiz çalışan hastalar tarafından ilaç talebi dahi olduğu anlaşılmaktadır. D-15 görüşme notumuzun giriş kısmında da belirttiği gibi sosyo-ekonomik düzeyde bir kırılmanın hizmet verdiği hasta gruplarında gelişemediğini düşünmektedir.

“Biz Türk Siyaseti ile ilişkili bir ders almıştık. Hocamız sosyo-ekonomik düzeyin düşük olmasının bir yönüyle genetik bir şey olduğunu söylüyordu. Soyağacında ya biri çıkar ve onu kırar ya da o hep devam eder. Burada da biraz öyle yoksulluk mesela daha önce de öyle yaşamışlar öyle devam etmişler benzer şekilde algılıyor ve

davranıyorlar. Yani bir kırılma olmaksızın sahip olduklarını taşıyorlar. Ya da hayat daha ucuz daha kolay barınabiliyorlar. Dolayısıyla eğitime daha zor ulaşan, sağlığa anca aile hekimi aracılığıyla ulaşan. Burada hastalarımız benden bile ilaç istiyorlar. Burada mümessillerin getirdiği ilaçlardan bile istiyorlar. Güvencesiz çalışan hasta da var herhangi bir sağlık sigortası olmayan. Bazı hastalarımızın durumu acil oluyor mesela burada yapamadığımız tetkikler var, ki birçoğunu yapamıyoruz tetkiklerin hastaneye gönderiyoruz. Hastaneye gidecek paraları bile olmuyor. Hastaya bir şey anlatıyorsanız biraz hatta uzun bir süre anlatmanız gerekiyor yani. Biraz sabırlı olmak gerekiyor.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Hastalarla ilgili görüşlerinde belli sosyal kodlara başvurulduğuyla çok sık karşılaşmıştır. Hem doktor hem de eczacılarda bu nedenle hastayla belli ölçüde mesafe almanın önemli olduğu düşünülmektedir. D-20 özel hastanede çalışan bir doktor olarak “buranın hastası” diye tarif ettiği kişilerle hastanesine gelen hastalar arasında belli sosyal kodlara göre ayrılıklar oluştuğunu düşünmektedir. Diğer taraftan hastanın dinlenmesi ya da doktorun davranışlarında da hastane kuralları gereği belli başlı farklılıklar olduğu anlaşılmaktadır.

“Şimdi genel olarak buranın hastasına baktığında şunu görüyorsun. Dışarıdan baktığında dahi mesela kılık kıyafet ya da ne bileyim konuşma ve üslup açısından doğrudan sana kim olduğunu söylüyor. Mesela daha agresif hasta kimliğiyle de çok sık karşılaşıyorsun. Derdini anlatmak için çok değişik bir yol izliyor. Kolayca sinirlenme ve kendini yüksek sesle ifade etme eğilimi oluyor. Bu da doktor hasta iletişimini ister istemez çıkmaza sokuyor. Bunun başlıca sebepleri var. Bazen doktor kendini belli nedenlerle bu yolla ifade etme rahatlığına sahip olduğunu düşünürken bazen de hasta böyle davranmaya hakkı olduğunu düşünüyor. Bence tek taraflı değil. Ben özel hastanede çalışmayı açıkçası kendim tercih ettim. Meslek hayatımın önemli bir kısmı özelde geçti. Bir açıdan işler daha kolay oluyor. Bir kere iletişim biraz daha mümkün hale geliyor. Elbette hastalık herkeste gerilime neden olur ama özel hastanede hasta kendisinin dinleneceğini, doktorun ona daha sabırlı yaklaşacağını biliyor veya gözlemlemiştir, siz de gözlemlemiştinizdir bunu. Yani devlet hastanesinde doktor hastaya karşı saygısızdır demiyorum ama özel hastanelerde hastanenin politikasına da bağlı olarak binevi, şimdi bir şey diyeceğim ama yanlış olur mu bilmiyorum. Tıpkı müşterisini kaybetmek istemeyen bakkal gibi müşteri ya da hasta diyelim, hasta odaklı davranma. Merkezine onu koyma eğilimini güçlü tutar. Hasta da buna karşın daha sakın daha sabırlı olabiliyor.” (D-20: Doktor, kadın, 22

yıldır meslekte ve özel bir hastanede İç Hastalıkları uzmanı olarak görev yapmaktadır.)

Bununla beraber özellikle ASM doktorlarında hastalarındaki saygı düzeyine dair ciddi bir sitem gözlenmektedir. Genel anlamda da iletişim problemine bağlı olarak bunun gelişemediğini düşünmektedirler. D-4 bu noktada hastanın doktora değil de tam aksine doktorun hastaya uyumlanmasının gerçekleştiğini düşünmektedirler.

“Her tür insanla karşılaşabiliyorsunuz. Sabırsız, sinirli, aşırı istekleri olan. Maalesef emir kipiyle konuşan hasta sayımız çok fazla. Bazı nezaket kurallarını bilmeyen, karşısındaki ister bir doktor ister normal biri olsun önce “sen” değil “siz” diye hitap etmesi gerektiğini bilmeyen hastalarımız var. Daha sen ne yapacağına karar vermeden o senden önce “Doktor Hanım, bana şu ilacı yaz” diyen mesela. Sonra diğer bir sorun da Türkçe bilmeyen hastalar. Bunların sayısı giderek artıyor. Benim şu an bulunduğum bölge Suriye’den ve diğer ülkelerden mülteci olarak gelen birçok insana ev sahipliği yapıyor. Maalesef mülteci kliniği çok işlevsel değil, biz onları onlar da bizi anlamıyorlar. Bazen yanlarında biri geliyor, bazense kâğıda yazılı bir ilaç ismi getiriyorlar. Yani buradaki mülteciler maalesef yanlarında tercüman getirebilecek kadar zengin olanlardan değiller. Ama bir şekilde uyum geliyor, yadırgamıyoruz. Genel olarak uyum geliştiğini görüyorsunuz mesela bakın her yerde Arapça tabelalar bazen ben bile kendimi yabancı bir ülkede gibi düşünüyorum. İnsana öyle bir his veriyor. Bir de tabi artık iş yerlerinde, mesela şu karşımızdaki eczanede bir çalışan var. O Arapça biliyor, Suriyeli hasta gelince ona paslıyorlar. Yani hepsi değil ama yavaş yavaş işte uyum sağlanıyor.” (D-4: Doktor, kadın, 21 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-2 ise iletişimde sosyo-kültürel düzeyin yükselmesiyle beraber iletişimde kolaylıklar oluşacağını düşünmektedir.

“Özellikle sorunlu hastalar var. Mesela sen diyorsun ki: “Bunun yararı yoktur, kullanma.” Tam tersi onu kullanıyor. Diyorsun ki: “Ben bunu yazmayacağım.” O zaman da “Hocam” diyor böyle sinirli sinirli, “Size ben nasıl anlatayım daha, her yıl bunu kullanmadan iyileşmiyor.” diyor. Yani bir anne bile özellikle bir doktor tavsiyesine itibar etmiyorsa senin de elinden bir şey gelmiyor. Sosyo-kültürel düzeyi yüksek yerlerde en azından bu karşılıklı iletişim hastaya aktarımda bulunmak bir nebze daha kolay diye düşünüyorum.” (D-2: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Diğer taraftan D-13 gibi hastalarıyla iletişim ve öz bakım gibi konularda sorun yaşasa da verdiği tavsiyelere sorgulamadan uydukları için hasta profilinin daha iyi olduğunu düşünen hekimler de bulunmaktadır. Meslektaşları arasında en çok yakındıklarını söylediği hastaları bu anlamda “entelektüel hasta” olarak tarif etmektedir.

“Ben kısaca Ankara ile kıyaslamak isterim. Ankara sanki buranın Beşiktaş’ı gibi düşünün yani, ya da Kadıköy’ü gibi. Ben böyle bir hasta profili olduğuna inanmıyordum. İnsanlar bahsediyordu ama ben sonuçta İstanbul’da yaşıyorlar hani ne biliyim. Daha doğru ifadeleri kullanmak lazım. Daha teknolojiden ve medeniyetten uzak yerlerde yaşamıyorlar yani İstanbul’dalar diyordum hani Ankara’da yaşarken, İstanbul’a geldiğimde inanmadım. Kesinlikle inanmadım. Okuma yazma bu kadar bilmeyen insanın olduğuna inanmadım bir. Ve öz bakımları çok zayıf yani temel temizlik. Ben bu konunun çok maddi bir tarafı olduğunu düşünmüyorum. Çünkü kendimce kıyaslıyorum böyle aynı maddi seviyede iki komşunun çok fersah fersah farklı olduğunu da gördüm. Bu da gösteriyor ki maddiyattan ziyade kültürel bir sorun var demek ki. Bu beni inanılmaz şok etti yani. Ama beklediğim kadar da dirençle karşılaşmadım mesela antibiyotik yazdırma direnci. Aslında ne dersek Beşiktaş’takine göre daha uygunlar. Mesela biz bunu kullan dediğimiz zaman eğitilmiş insanlara göre daha fazla saygı duyuyorlar. Sen ne dersen o, biz araştırmadık. Mezun olduğumuz zaman dört bir yana dağılıyoruz. Daha kültürel olarak yüksek yerlerde çalışanlar ve daha düşük yerlerde çalışanlar hep whatsapp gruplarında falan konuştuğumuzda, aslında bence doktorların en çok yakındığı şey bu. Baya duydum bunu artık. Entelektüel olduğunu düşünen hastalar, yani bu bizim için birinci sırada en kötü hasta profilidir. Yani ben Google’dan okudum hocam, benim kolumdaki kızarıklık kansermiş. Onu ikna etmek diğerine göre çok daha zor. Mesela biz bir ilaç yazıyoruz, Parol mesela çok kullanılan, çok az yan etkisi olabilen bir ilaç ama illaki prospektüsünde üç beş yan etki yazıyor. Onu okuyup hocam bunun böyle bir yan etkisi varmış, ben bunu kullanmam. Bana yan etkisi olmayan bir ilaç bul. Yani bence benim bildiğim kadarıyla doktorların en problemlisi olduğu hasta grubu entelektüel olduğunu düşünen tayfadır. Ya hiç entelektüel olmayan bir tayfa olacak buradakiler gibi. Ya da entelektüellik seviyesine şunu saygıyı da ekleyecekler hani. Sen ne diyorsan o yani hani biz okusak da sen ne diyorsan hani o seviyede olması lazım. Ben devlet için ülke için yararlı hastanın burada olduğunu düşünüyorum. Yani doktor ne derse onu yapan hani onun dışına çok çıkmayan ama diğer tarafta Google’a yazma alışkanlığı çok sıkıntılı.” (D-13: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-13’ün “devlet için ülke için yararlı hastanın burada olduğunu düşünüyorum” şeklinde ifadesinin hastanın, doktorların mesleki eylemine karışmaması açısından bir

avantaj oluşturduğu düşünülmektedir. D-16 da saygınlık açısından kendi hastasının daha iyi olduğunu düşünmektedir.

“Fatih Bayrampaşa ilçesindeki hasta profili biraz daha internetle haşır neşir olan, daha haberleri izleyen ya da biraz daha bilgili. Yani kötü bir tabir olacak ama bilmişlikle bilmemişlik arasında gelip giden ama biraz da ukalalık da var maalesef. Doktorun önüne işte eh direk "teşhisle giren, teşhisin ne olduğunu açıklamasını bilmiyor ama ben işte üst solunum yolu enfeksiyonu oldum galiba diyerek giren veya en ufak bir şeyde çemkirerek. Şikayetlerde bulunmaya çalışan hastalar var. Onlar da biraz vakayı biliyorlar biraz saygı yoksunluğu oluyor. Fakat şöyle de bir avantajı var o hastaların. Profil olarak hani biraz daha bilmişliğin veya vermiş olduğu şeyleri biraz daha derli toplu ya da cahil değil. Daha derli toplu temiz olabiliyor ama Bağcılar ve Esenler muhitiindekilerde onlarda şöyle bir profil var. Biraz varoş bir şey olabiliyor, muhit geçim sıkıntısı yaşayan insanlara hitap ediyorsun ondan sonra biraz da tabii ki cehalet de var. Ama onlarda da şöyle bir şey var. İnanılmaz derecede saygılılar. Hani şunu şunu yapın, biz kurum olarak şunu istiyoruz dediğimizde karşı çıkma yok. Ret olayı yok. “Tamam hocam” diyorlar. Yeter ki siz onların isteğine makul ölçüde karşılık verin. Sizi baş üstünde tutuyorlar. Saygınlık burada var. Yani şimdi siz orada bakın. Teknoloji ilerlemiş, modern, biraz daha derdi toplu olan hani Fatih ilçesiyle bir Bağcılar, Bağcılar'daki profil evet seni çok yoruyor, muayene ederken ciddi anlamda hekim sıkıntı çekebiliyor öz bakımdan dolayı. Öz bakımdan sebep vesaire vesaire ama biraz da anlamıyor anlatıyorsun işte şunu yap bunu yap anlamıyor bilmiyor, biraz cahil olabiliyor. Ama ne var? Saygınlık var. Öbür tarafta temiz olabilir biraz daha şöyle ama biraz da hekime karşı saygı yok orada.” (D-16: Doktor, kadın, 16 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-17 de daha önce çalıştığı yerlerle de kıyaslayarak kendi hastalarının saygınlık düzeyinin yüksek olduğunu düşünmektedir.

“Yüksekova'da ben çeşitli yerlerde çalıştım. Birinci çalıştığım yer biraz daha eğitim düzeyi biraz daha yüksek daha saygılı insanlardı. İkinci düzeyde çalıştığım yerde biraz daha koruyucu kesimiydi. Yani bulunduğum köy koruyucu köyüydü. Dolayısıyla devlet adına çalışıyorlardı. Onun bir şımarıklığı vardı açıkçası hastalarda. O yüzden bir tanesi de davalık olmuştum zaten ben. Dava sonucu da daha yeni geçen doktora hakaret ve tehditten. Yani birinci çalıştığım yerlerde hiçbir sıkıntı çekmedim hasta hastalarım da saygılı insanlardı. Hani ikinci kısımda da biraz böyle abuk subuk insanlarla da konuştuğumuz oluyordu. Hani abuk sabuk dediğim bir şeye karşı hakikaten de insanlar çok lakayt geliyorlar. Yani adam geliyor. Hiç böyle ağzını

açmıyor. Reçete şöyle fırlatıyor, al şu ilaçları yaz hoca. Bu tavır bu yani beyefendi yok şey yok yani hakikaten laubali bir tavır var. Burada hiç karşılaşmadım. Buradaki hastalarım daha saygılı olabilir bana karşı. Tabii ki ara sıra bir şeyler gelebiliyor. Ama tabii ben Avcılar'da da çalıştım. Hah. Ben şuna inanıyorum. İnsanların eğitim düzeyi arttıkça saygı oranı da ona göre artıyor. Çünkü biz de hastalara hiçbir zaman senli benli konuşup böyle bir araya, mutlaka ben hekimim o da hastadır. Tabii ki her hastanın kendine çeşitli sıkıntıları vardır ama hani hiçbir hastama da bu tarzda bir yaklaşmam. Yani hiçbir hastamı da şimdiye kadar oğlum, kızım dedi diye de şey yapmış değilim. Aslında o da bir saygı ifadesidir. Yani oğlum, kızım dediği için de değilim ama hani ben şu tavrı da karşıyım doktor bana şunu yaz en azından bir arada bir Bey olsun, bir hanım olsun, bir şey olsun yani. Yani mesela biz senli benle konuşmayı ben uygun görmem. Oğlum diyen insan da sizle konuşuyor bu arada ama arada böyle çeşitli insanlar oluyor.” (D-17: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-12 iletişim sıkıntısı konusuna biraz daha farklı bir açıdan yorumlamıştır. Hastalarının verdiği tavsiyelere uymadığını ve en temel iletişim sıkıntısının da bu noktada geliştiğini düşünmektedir.

“İletişim konusunda pek sıkıntı yaşamıyoruz ama söylediklerimize ne kadar riayet ediyorlar o tartışılır. Hasta direk bana demiyor ama benden önceki doktorun dediğini yapmadığını söylüyor. E diyorum ki o zaman sen böyle söylüyorsan benimkini de yapmazsın. O zaman bir frenleme mekanizması geliyor. Ya ben yeterince zorluyorum kendimi bir şeyleri anlatmak için ama demek ki hastalar uygulamıyor. Hastalar bunu yapmak istemiyor. Hasta bana bunu doğrudan söylemiyor da hocam senden önceki doktorun dediğini zaten yapmıyorduk diyor. Benden sonra gelecek olan doktora da muhtemelen ya sizden önceki doktor, o da ben oluyorum zaten dediklerini yapmıyorum diyecek. İşte böyle bir iletişim sıkıntısı yaşıyoruz. Sağlık mahalleye kadar gelmiş yine sağlık hizmetleri tıp merkezleri ve özel hastaneler, poliklinikler aracılığıyla genişliyor. Bunun akabinde de mesela buraya geliyor ve burası ona bir tedavi hizmeti sunuyor. Bununla tatmin olmuyor mesela gidiyor başka bir yere ya da oradan da memnun olmuyor diyelim başka bir sağlık kuruluşuna müracaat ediyor. Yani bu kısıtlansın demek benim haddime değil, asla böyle bir şey demiyorum ama şu var ki birçok kişi de dediğini yaptıramadığı durumlarda başka başka yerlere gidiyor. Yani bakın hekimi beğenip beğenmeme durumu değil bu dediğini yaptıırıp yaptıramama. Şimdi mesela dense sen aile hekiminle koordineli halde ol, onu takip et makul düzeyde zaten gereken yapılır, israfı kaçılmaz ama öyle olmuyor. Bu diğer

tarafından özel sağlık kuruluşlarınca da pompalanıyor.” (D-12: Doktor, erkek, 6 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Aslında D-12 iletişimdeki çok temel bir sıkıntıya değinmiştir. Gelecek bölümde detaylıca ele alınacağı gibi bazı hastalarda sağlık tüketimini artıracak denli doktor ya da ilaç değiştirme eğiliminin olduğu gözlenmektedir.

5.3. Gereksiz ve Yanlış İlaç Tüketimi: “İlaçları kırıp, bölmek...”

Hastanın sosyo-ekonomik ve sosyo-kültürel düzeyi ilaç tüketiminde önemli bir konuyu daha karşımıza çıkarmaktadır: Gereksiz ve yanlış ilaç tüketimi. Gereksiz ve yanlış ilaç tüketimi hem tedavi maliyetlerini hem de halk sağlığını etkileyen önemli bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Aslında ilaçlarla bu kadar yakından ilişkilenen bir toplumda, ilaçlarla ilgili bilgi düzeyinin arttığı düşünülebilir. Oysaki katılımcıların ifadelerinde de görebileceğiniz gibi hastaların önemli bir kısmı, belki yine sağlık okuryazarlığının yetersiz oluşuna bağlı olarak ilaçları ne şekilde kullanacağını bilememektedir. Bu konuda özellikle çocuklarla ilgili anlatılanlar çok dramatikti. Oldukça savunmasız ve her açıdan bir yetişkine bağlı olan çocuklar gereksiz ve yanlış ilaç kullanımının en büyük mağduru sayılabilir.

Yanlış ve gereksiz ilaç tüketiminde iki kutuptan söz edebiliriz. İlki okuma yazma bilmediği için; örneğin bir şurubun hangi aralık ve ölçeğinde verileceğini ya da kullanım biçimini öğrenememe durumudur. Diğeri ise kendi hissi kanaatine dayalı ilaç kullanma veya dozunu ayarlama eylemi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu konuda E-9 durumu şu şekilde yorumlamıştır.

“Gereksiz ilaç tüketimi çok fazla ama yanlış ilaç tüketimi daha fazla bence. Özellikle anneler genellikle de okuma yazma bilmiyor olanlar talimatları takip etmede ya da uygulamada zorluk çekiyorlar. Bunlar elbette ölümcül sonuçlar doğurmuyor ama hastalık süresini uzatıyor, çocuğun yıpranmasına neden oluyor. Uzun vadede etkileri anlaşılabilir. Bu genellikle yetişkin ilaçlarının çocuğa verilmesi olabiliyor. Ya da yine benim karşılaştığım ve bence çok sık karşılaşılan bir mesele fitil vermek. Fitili nasıl vereceğim diye soran var ama sormayan da var. Yani bunun gibi şeyler. Doğrudan doktora yönlendiriyoruz. Önceden şunlarla da çok sık karşılaşırdık. Diyelim ateşi düşmüyor çocuğun bir ölçek yerine hızlı düşsün diye iki ölçek vermek gibi.” (E-9: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

D-4'ün ifadesinde de ilaçların uygun doz ve uygun zaman aralıklarında kullanımına ilişkin sorunlardan bahsedilmektedir. Özellikle antibiyotiklerin belli bir süre boyunca kullanılması gerekmektedirken hastaların bunları kafasına göre bıraktığı ya da yanlış şekillerde alabildiği gözlenmiştir.

“Antibiyotikleri, ağrı kesici gibi tek olarak içen hastalarım oldu mesela. “Dişim ağrıyınca içiyorum bırakıyorum” dedi biri örneğin. Antibiyotiklerin 3-5-7 gün gibi enfeksiyonun şiddetine göre düzenli, ara vermeden içilmesi gerekiyor. Viral enfeksiyonlarda antibiyotik etki etmez. Sadece bakteriyel enfeksiyonlarda kullanılır. Ama tutuyor onu işte yanlış zamanlamayla alıyor ya da bırakıyor, iyileştirm diye bırakan da var. Sonra ilaçları kırıp, bölerek kullanan var. Hocam işte A ilacı 10 mg ben onu duruma göre yarısını alıyorum diyor. Bu çok yanlış ve zararlı.” (D-4: Doktor, kadın, 21 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

Bu bölümün ilk kısmında en çok talep edilen ilaçların “ağrı kesiciler” olduğunu söyleyen katılımcılar olmuştu. Aslında D-17'nin ifadesinde de görmekteyiz ki ağrı kesicilerin “düzenli” alınması bir sorun. Özellikle D-17 düzenli ağrının sebeplerinin başka şeylerde aranması gerektiğini belirtmiştir.

Ya inanılmaz derecede bir ilaç tüketim çılgınlığı var Türkiye'de ve gelen insanlar şeyi de demiyorlar yani mesela ağrı kesici mi yazdı bugün? Ya bana iki kutu yaz da bir daha gelmiyor. Ağrı kesiciye ben doktor olarak size şu kadarını söyleyeyim. Benim şimdiye kadar otuz yaşındayım. İçtiğim komple ilaç sayısı bir kutudur. Yani yirmi tablet belki şimdiye kadar kendim tükettim. Ya çünkü bir insanın düzenli ağrısı olamaz. Hah, eğer varsa da onun sebebi başkadır. Fakat öyle enteresan vakalarla karşılaşıyorsunuz ki. Bunun şey boyutu da var. Mesela aynı mantar preparatını, pişik kremi diye çocuğuna kullanan var. Ondan sonra gelip buraya bebeği birim yani genital bölge kılınmasıyla gelenler var. Niçin sürdürün diyorsun? Ya işte pişik, ya kim önerdi sana? Hekime danıştın mı? Yok. Ne yaptın? İşte eczaneye gittim, bana bunu verdi. Sadece o da değil yani.” (D-17: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-17 yanlış ilaç kullanımlarında genellikle doktor tavsiyesinin bulunmamasından da çok şikayetçidir. Hastalarının yanlış şekilde kullanımları yüzünden tedavinin çoğu kez tamamlanamadığını belirtmiştir.

“Bakın burada şey var, antifungal tedaviler var, yani mantar tedavileri. En basit örneği. Mantar tedavilerinde insanlar inanılmaz bir şekilde bilinçsiz bir ilaç kullanımı söz

konusu. Sadece mantar tedavileri için en basit örneği vereyim. Şimdi mantar enfeksiyonları biliyorsunuz. Enfeksiyonlar üçe ayrılır. Bakteriyel, viral, mantar. Yani en basit bilinen basit tabirle. Şimdi mantar enfeksiyonu da diğer enfeksiyonlar gibi normal şartlarda sizin ilaç kullanıp geçirebilmeniz gereken tipler bu türleri. Dolayısıyla vatandaş bir ay, iki ay, üç ay, hatta mantar enfeksiyonları biraz dirençli olduğu için altı ay kadar süren mantar enfeksiyon protokolleri var. Kullanırsınız ama biter, bir daha mantar olmamanız lazım yani. Fakat insanlar buna öyle bir alışmışlar ki geliyor hastam mantar enfeksiyonu ilacı kullanmak istiyor. Fakat istediği ilaç hem mantar enfeksiyonu için preparat içeriyor hem de yanında steroid dediğimiz erkeklik hormonunu da içeren güçlü bir ilaç yani etken maddesiyle. Vatandaş bunu kullanıyor mantar ön yüzeyden epidermis dediğim tabakadan gidiyor. Ama aşağı tabakada yaşamaya devam ediyor. Vatandaş önden sürüyor. Bakıyor tamam mantar bitti. Bırakıyor. Bıraktıktan sonra iki hafta sonra tekrar mantar tekrar devam ediyor, tekrar sürüyor. Böyle böyle üç sene, beş sene, altı sene mantar tedavisi kullanımı var. Fakat bunların hepsinin parası benim devletimden çıkıyor. Bakın SSK'nın elli milyon dolar mıydı, kaç bilmiyorum ne kadar zararı vardı en son. Ya inanılmaz derecede bir ilaç tüketim çılgınlığı var Türkiye'de ve gelen insanlar şeyi de demiyorlar yani mesela ağrı kesici mi yazdı bugün? Ya bana iki kutu yaz da bir daha gelmiyor. Ağrı kesiciye ben doktor olarak size şu kadarını söyleyeyim. Benim şimdiye kadar otuz yaşındayım. İçtiğim komple ilaç sayısı bir kutudur. Yani yirmi tablet belki şimdiye kadar kendim tükettim. Ya çünkü bir insanın düzenli ağrısı olamaz. Hah, eğer varsa da onun sebebi başkadır. Fakat öyle enteresan vakalarla karşılaşıyorsunuz ki. Bunun şey boyutu da var. Mesela aynı mantar preparatını, pişik kremi diye çocuğuna kullanan var. Ondan sonra gelip buraya bebeği birim yani genital bölge kılınmasıyla gelenler var. Niçin sürdün diyorsun? Ya işte pişik, ya kim önerdi sana? Hekime danıştın mı? Yok. Ne yaptın? İşte eczaneye gittim, bana bunu verdi. Sadece o da değil yani.” (D-17: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Burada devletin cebinden çıkan maliyetler de önemli bir konuya dönüşmektedir. Aslında tüm bu süreçlerde tüketim ilişkileri ve yapısal sorunlar birbirinden kopuk gibi görünse de iç içe geçtikleri ve birbirlerini yapılandırdıkları ortadadır.

İlaçları yarıda kesme veya alsa da kullanmamaya bağlı sorunlar yaşandığı da görülmektedir.

“Toplum olarak doktora gitmeyi çok seviyoruz. İlaç almayı ise daha az seviyoruz. Ama en önemlisi ilaç kullanmayı sevmiyoruz. Genelde de eksik ve yanlış ilaç kullanıyoruz. Ya tedavi tam bitmeden ilaç kesiliyor veya ilacı alıp

eve götürse de kullanmıyor. O yüzden derler ya her evde mutlaka küçük eczane var. Bence ilaç zamanında dozunda kullanılmalı, hayatımızın olmazsa olmazıdır.” (E-13: Eczacı, kadın, 29 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Yanlış ve gereksiz ilaç tüketiminde en çok öne çıkan konulardan biri de “komşu tavsiyesi” ya da “komşudan görerek” ilaç tüketme davranışıdır. Bu konuda enformel sağlık dayanışmasının bireylerin tutumlarını doktor görüşünden daha fazla belirlediği ortaya çıkmaktadır.

“Ya da ne kullanıyorsun diye soruyorum. Bir ilaç gösteriyor. “Kim önerdi sana bunu?” diye soruyorum. “Valla hocam bana kızmayın ama benim bir komşum var Naciye abla, o tavsiye etti ama inan olsun ki aynı şikayetlerimiz var. Bak ona iyi geldi bana da çok faydası oldu” diyor. Komşudan görerek ilaç kullanma alışkanlığı çok çok yüksek. Mesela sen yazma, gider eğer belli bir kısıtlama yoksa falanca arkadaşı, komşusunun önerdiği ilacı eczaneden alır. Anlatmaya çalışıyorum bazen, yan etkileri şöyle olur böyle olur diye. O an zaten beni dinlemiyor. Eğer sağlıklı bir iletişim yoksa işte zaten orada da böyle agresif tavırlar, bilinçsizce davranışlar falan ortaya çıkıyor.” (D-2: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-15 burada zaman zaman doktorun iyi anlatmamasıyla ilgili olarak da hastanın ilacı yarıda bırakma eğilimi oluştuğundan söz etmektedir. Aslında doktorlar ise kendi muayene sürelerinin buna yetmediğini ve hastayla kurulan kısa sürede en etkili yöntemi kullanmak mecburiyetinde olduğunu yaygın biçimde düşünmektedirler.

“Yani işte o poşet poşet ilaç birikiyor dedik ya. Üç gün kullanıp bırakabiliyor. Orada da bazen suçlu doktor olabiliyor, nasıl oluyor? hani suçlu şöyle olabilirsin sen orada. Hani bak bunu bir yedi gün kullanacaksın, bunu kullanacaksın. Hani kendini iyi hissetsen bile. Kullanacaksın bunu desek de bırakabiliyorlar. Çünkü çok fazla ilaç alıp çok fazla ilaç kullanmak istemeyen bir ekiple karşı karşıya olduğunuz için onu bırakabiliyorlar. Hani yüzde seksen böyle bence. İlaç kullanım hatası. Yüzde yirmi bazen ilaçla ilgili olabiliyor. Hani orada da emin olamazsın yani. Hiçbir zaman sonuçta geldi. Ben ilacı on gün kullandım. Siz bana on gün dediniz ama fayda etmedi. Hani burada farklı farklı durumlar ortaya çıkar. Ya siz tanısını doğru koyamadınız ya hasta şikayetini doğru anlatamadı ya da tanısını doğru koydunuz, hasta doğru kullandı ama ilaç etkisizdi yani orada. Onu değerlendirmek lazım.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Aslında tüm bunlarda ilişki kurabileceğimiz bir diğer konu da ilaçlardan beklentilerdir. İlaçlardan hemen sonuç beklenmesinin hastalar arasında yaygın olduğu

anlaşılmaktadır. Ama geri dönüşlerde ilaçlardan fayda görmediğini belirten hastalar olduğu da gözlenmektedir. Burada da Bağıcılar'da jenerik/muadil ilaç tüketimiyle ilgili yürüttüğümüz tartışmanın sonuçlarına benzer bir bulguyla karşılaşmaktayız.

“İlaç kullanmak sadece buraya özgü değil genel bir şey. Yani ilaç kullanmayı toplumca çok seviyoruz. Ancak tedaviyi tamamlamayı sevmiyoruz. Mesela mide ilacına başlıyorum. 5 gün geçiyor, sorun çözülmedi diye geliyor ya da başka doktora gidiyor. Başka bir doktorun hastası da bana geliyor haliyle. Doktor hanım, falanca doktor bana şu ilacı yazdı hiç iyi gelmedi” diye şikayet ediyor. O zaman anlatıyorum tedavi sürecinin nasıl olması gerektiğini, sabırlı olun falan diye uyarıyorum. İyileşince bırakılan ilaçlar var bir de. Mesela antibiyotiklerde özellikle çok yaşıyoruz. İyileştim diye bırakılıyor sonra hop nüksediyor.” (D-20: Doktor, kadın, 22 yıldır meslekte ve özel bir hastanede İç Hastalıkları uzmanı olarak görev yapmaktadır.)

Özellikle güven duygusunun oluşmadığı durumlarda da ilaçlarla ilişkinin oldukça laçkalaştığı anlaşılmaktadır.

“İlaçtan beklentileri bir anlık yani böyle mucize gibi bir şeyle iyileşmeyi bekliyorlar. Bu ilacı bulmak için de çok fazla şey deniyorlar hani evde mesela beş ayrı pakette ama aynı etken maddede ilaç var. Sürekli farklı doktora gidiyorlar, ulaşım da kolay. Doktora ve hizmete ulaşım da kolay. Ama hani çoğu zaman aynı çok fayda görmeyen fayda görmedikleri ilaçları ve yani şöyle fayda görmedikleri kısa sürede etki bekledikleri için hani bir gün kullanmış fayda görmemiş. Antibiyotik mesela bir gün kullanmış fayda görmemiş bırakmış ama zaten yedi gün kullanması gerekiyor yani. Biraz da bilgisizlikten dolayı böyle sürekli bir ilaç yazdırma işte şu şunu söyledi onu yazın. Bir de kendi bilgilerine de güvenip doktora güvensizlik olunca o sebepten de fazla ilaç kullanımı oluyor. Ya da kendi doktoruna güvenmeyip farklı doktora ilaç yazdırıyor. Bilinçlenme örneğin antibiyotikte olduğu gibi bir bilinçlenme olsa ilaç tüketimi kesinlikle azalır. Ya da böyle çok ilaç kullanmanın, birçok insan, hani bu ağrı kesicilerin bile zararlarını bilmiyor. Mide koruyucusuyla beraber kullanmıyor. Mesela beş ayrı ağrı kesici kullanıyor. Üç-dört tane aynı anda hiçbir zaman mide koruyucusu ile kullanmayanlar var. Eğer bunları bileselerdi ki zaten biz buraya gelenlerin hepsine söylüyoruz. O zaman bu kadar hunharca ilaç kullanmazlardı diye düşünüyorum.” (D-7: Doktor, kadın, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

İlaç tüketimi ile bilinç düzeyi arasında bir ilişki olup olmadığına dair de düşünceleri sorulmuştur. Buradaki görüşler biraz çeşitlense de katılımcılar genel anlamda tüketme bilincinin zayıf olduğunu düşünmektedirler. Katılımcılar bu konuyla ilgili özellikle

reçetesiz ilaçların internet üzerinden satın alınmasına ilişkin genel bir tehlikeden de söz etmişlerdir.

“İlaç tüketimi ve bilinç düzeyi arasında çok zayıf bir bağ olduğunu düşünüyorum. İlaç tüketimiyle tıp bilgisi arasında zıt bir oran var. Yani tıp bilgisi olmayan insan bilinçli de olsa bilinçsiz ilaç tüketiyor, internete çok güveniyor ve oradan fikir sahibi olabileceğine inanıyor. İlaçların prospektüsünü okuyup milyonda bir görülebilecek yan etkiyi ilacın direkt yan etkisi sanarak tedavisini kesiyor, ilaç kullanımını kesmek de ayrı bir bilinçsizlik.” (E-8: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Bakırköy, Bağcılara göre ekonomik anlamda daha güçlü insanların oturduğu bir ilçe olmasından ötürü alım gücü ticari anlamda pozitif bir unsurdur, koruyucu tıp alım gücüyle çok ilintili olduğundan gıda takviyelerine olan ilgi ve insanların kendine ayracağı daha fazla bütçesi olduğundan dermokozmetik satışı daha yüksekti. Ancak sosyokültürel seviyenin yüksek olması insanları son dönemde internet satışına sürüklediğinden, aldığı ücretsiz danışmanlık sonrası ürünleri internetten satın alıp yan etki yaşayınca veya üründe çıkan sorunlarda tekrar bizimle iletişime geçerek şevkimi düşürüyorlardı. Bu arada sosyokültürel seviyenin yüksekliğini bilinçli olmakla kesinlikle bir tutmuyorum. İnternette satılan ürünlerin sahte olabileceğinin, miadları geçen ürünün miadının silinip tekrar basıldığına, saklama koşullarının nasıl olduğunu bilmeden dahilen kullanılan ürün satın alınmasının kesinlikle bilinçsizlik olduğunu Bağcılar'da internetten gıda takviyesi alımının çok nadir olduğunu, eczaneye daha fazla güven duyulduğunu söyleyebilirim.” (E-8: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Beni en çok zorlayan durum internet alışverişi alışkanlığı olan kişiler. Sahte olduğunu, son kullanma tarihinin olmadığını, nasıl saklandıklarını bilmedikleri takviyeleri ve dermokozmetikleri (sahte dolu) ben danışmanlıkları yapıp onlara uygun takviye protokolünü belirledikten sonra internetten almaları ya da TV’de, insta’da gördüğünün kendine iyi gelecek sanarlara doğruyu gösterme çok sabır isteyen bir iş.” (E-9: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Genel anlamda bilinç düzeyi ile ekonomik durumun ilişkilendirildiği bu örneklerde internet alışverişine yönelen hastalar eleştirilmektedir. Özellikle sosyal medya aracılığıyla genişleyen OTC ürünlerin tüketiminde insanların çok seçici davranmıyor olduğu düşünülmektedir.

Katılımcılara hastanın bilinçli bir tüketime yönlendirme için kendilerinin nasıl bir katkıda bulundukları da sorulmuştur. Bu konuda D-15 elinden geldiğince bu israfı

önleyecek tedbirlere başvurduğunu ve elinden geldiğince anlatmaya çalıştığını ifade etmiştir.

“Yani bazen hocam diyor, evde ilaçlar var diyorlar. Buraya getireyim diyor yani burada kullanıyor musunuz diyor, bizim de hani aşağıda acilimiz var. Hem getirin tarih geçmemişse biz burada alıp kullanabiliriz. Genel Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı bir şey değil ama biz burada kullanabileceğimiz bir şey varsa alıyoruz. Mesela bazen bazı hastaların durumu olmuyor falan. Bizim yazdığımız reçeteyi oradan verebiliyoruz. Bazen acil durumlarda kullanılan ilaçlar var mesela onlar varsa ellerinde alıyoruz mesela. Bazen anlatmaya çalışıyorum. Bakın hani Türkiye'de ekonomik problemler var. Hani bu gereksiz ilaç kullanımı yüzünden. Çünkü bazen geliyor dört tane, beş tane altı ilaç birden yazdırmaya çalışıyor. Orada hastayı ikna etmeniz önemli yani. İletişiminiz sizin tamamen.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-14 ilaç tüketimiyle mücadelede hassas bir dengeye öncelikle ihtiyaç duyulduğunu düşünmektedir. Total uygulamalarda karşılaştığı problemlerden yola çıkarak ilaç ihtiyacını hekimin belirlemesi ve hastayı bu konuda yönetmesi gerektiğini düşünmektedir. Bu bağlamda antibotik kullanımının sınırlandırılması örneğinde görüldüğü gibi resmi hedefler bu durumu kökten değiştirmeye açıktır ama diğer taraftan hekimin eylem alanını kısıtlayacak bir dozda olduğu takdirde yeni sorunlara gebe dir.

“Bence öncelikle bir denge kurmak gerekiyor. Biz bir doktoruz ve bizim önceliğimiz insan sağlığıdır. İkincisi biz aynı zamanda bir devlet memuruyuz ve anayasal düzenlemelere tabiiyiz. Bizim yapacağımız şey öncelikle kanunlara uygun olmalı ve aynı zamanda da hastanın iyiliğine de olmalı. Mesela Sağlık Bakanlığı son yıllarda diyor ki gereksiz antibiyotik kullanmayın, antibiyotik yazmayın. Antibiyotik sayılarını azaltın biz takip ediyoruz. Bunlar için yaptırımlar uygularız. Tamam kabul gereksiz kullanımlarda olur. Zaten aslında bu kontrol en baştan beri gerekliydi. Ancak bunda da şöyle bir sorun var. Kış ayında benim bölgede antibiyotik kullanımı gerektiren hasta sayısı fazla ise ben ne yapacağım? Ben doktor olarak bir kişinin antibiyotiğe ihtiyaç duyduğunu düşünüyorsam ne yapmalıyım? Burada sayılar üzerinden gidilemeyecek bir durum var. Gereksiz ilaç tüketimiyle bu şekilde mücadele etmemiz pek mümkün görünmüyor. Nasıl olsa bir şey olmaz, zararı dokunmaz şu ağrı kesiciyi de hasta istiyor diye yazıveren doktor bu sefer de nasılsa bu sınırlamayı bana üst bir merci getirdi deyip ihtiyaç olduğu halde bir antibiyotik yazamayabilir. Denge dediğim şey de biraz karşılıklı iletişime dayalı, örneğin ilaç mı yazacağım? O hastanın iyiliğine

mecburum ben değil mi? Sağlık hukuku şöyle der, hasta ile ortaklaşa bir karar vermeniz gerekir. Yani sen ilaçla tedavi olacak hastayı cerrahiye sokamazsın ya da cerrahi gerektiren bir hastayı alıp ilaçla tedavi edeceğim diyemezsin. Böyle bir durumda şunu yapmak gerekir. Hastaya senin hastalığın bu, senin hastalığının tedavileri bunlar ve bunlar bunlar kullanılabilir. Bu tedavinin yan etkisi şudur ama artısı budur. Ya da senin bunu kullanmana gerek yoktur. Sen şunları şunları yapmalısın? Aslında benim pozisyonumda yurtdışında çalışan bir doktor koruyucu hekimlik yapıyor, bense çoğu durumda ilaç yazıyorum. Yani yazmamayı tercih ediyorum ama çoğu durumda çark böyle dönüyor deyip sen de buna uyum sağlıyorsun. Burada ne hekimin işini yabana atmalı ne hasta açısından zarar oluşturmamalı, hekim de gereksiz ilaç tüketimini körükleyecek eyleme ahlaken karşı durmalı hasta da bu konuda bilinçlendirilmeli. Bu hem hekim tarafından hem de alışlageldik davranışların sorgulanması açısından önemli. Yoksa siz yaşam tarzınızı, zararlı alışkanlıklarınızı, refah düzeyinizi değiştirmeden ilaca yönelirseniz paraya sermayeye hizmet eder hale gelirsiniz. Benim size verdiğim örnekteki gibi, ilaç falanca ülkede üretilir gelir bana satılır. Ben onu kullanırım, sınırsızca yazdırırım gerekirse doktora yalvarırım ya da doktoru tehdit ederim.” (D-14: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Hastanın iyiliği için ortak karar almanın önemli olduğunu düşünen D-14 ilaç reçetelenmesinde de doktorun hastayı bilgilendirmesinin de önemli olduğunu düşünmektedir.

Bu noktada kamusal bir bilinçlenmenin mümkün eylem alanları da dile getirilmiştir. D-13 ise özellikle antibiyotik kısıtlamasının “kamu spotları” aracılığıyla daha görünür hale geldiğini ve bunların insanların bilinçlenmesinde bazı etkiler yarattığını düşünmektedir.

“Ben size şöyle ilginç bir şey söyleyeyim. Üç yıldır burada çalışıyorum. Üç yıl önce ile şimdiyi kıyaslayın, ben bunu hep söylüyorum çok ilginç. Hiç önemsemediğimiz belki de bizim o kamu spotları antibiyotikle ilgili yayınlanan kamu spotları benim gördüğüm inanılmaz etkili. Şok edici derecede etkili. Ben inanmadım yani hastalar 2.5 yıl önce antibiyotik diye tutturana hastalar sonra altı ayda bir senede hocam zaten zararlıymış, yazmayın diyor. Sen nerden duydun diyorum, ya hocam bas bas bağırıyorlar televizyonda diyor. Televizyonda dediği işte o kamu spotlarıdır. Haberlere çıkıyorlar işte uzmanlar, ben mesela bu kadar etkili olacağına ihtimal vermezdim. Ya bir kamu spotu ne kadar etkili olabilir derdim. Yani çok çok bariz etkili, şok edici derecede. Yani iki buçuk yıl önce benle kavga eden insanlar, “aman

hocam gerekli değilse yazma” diyor. Bilinç düzeyinde bariz bir artış yaşandı.” (D-13: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Bununla beraber bazı doktorlarda hastaya açıklama yapmak ve bilgilendirmenin önemli bir faktör olara öne çıktığından söz edebiliriz. Zira özellikle yan etkilerinin bilinmemesi nedeniyle ilçalarla hastalar arasındaki ilişkinin umursamaz bir düzeyde geliştiği anlaşılmaktadır.

“Ülkemizde diğer ülkelere göre daha fazla gereksiz ilaç ve antibiyotik kullanımı var maalesef. Aile hekimliğinde ilaç yazdırma alışkanlığı nedeniyle hastalar önümüze torbalarca ilaç döküp bunları yazmamızı rica ediyorlar. Kimisi komşusunun tansiyonuna iyi gelmiş, kimisi 3 yıl önce psikiyatrinin verdiği ve hastanın 3 yıldır kullanmadığı ilaç. Bu durumda öncelikle ilaçların içeriklerini hastaya açıklayarak hangi durumlarda kullanabileceğini, kullanırsa oluşabilecek yan etkileri anlatıyorum. Bazen “Tamam hocam, siz nasıl uygun görürseniz onları kullanayım” diyorlar. Bazen “Olsun hocam, sen yaz yine de ben bunu kullanmadan duramıyorum” diyorlar. İkinci kesimi ikna etmek zor bir süreç, sonunda istediği psikiyatrik ilacı yazmadığınız için sizinle kavga eden hastalar oluyor. İlaç içmeyi alışkanlık haline getiren hastalara plasebo etkisi oluştursun diye bonibon da versek ağrılarına iyi geldiğini söyleyebilirler. Halkımız problemlerinin çözümü için en kolay yolun ilaç olduğunu düşündükleri için de fazla tüketiyor olabilirler. Çünkü, şeker hastalığının çok başlangıcında olan bir hastaya biraz yürüyüş ve sağlıklı beslenme ile hayat tarzı değişikliği yaparak bu hastalıktan kurtulabileceğini anlatsanız da hasta bunların hiçbirini yapmak istemeyerek ilaç kullanabiliyor. Hastaların ilaçların yan etkileri hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları da gereksiz ilaç kullanımını arttıran bir etken. Çocuğunun her burnu aktığında antibiyotik isteyen, “benim çocuğum çok farklı, antibiyotiksiz iyileşemez.” diyerek bilime inanmayan ailelerden dolayı dünyada antibiyotik direnci gittikçe artıyor. Birkaç hastama çocuklarına daha fazla zarar verebileceklerini, bu hastalığın viral olduğunu ve antibiyotiksiz iyileşeceğini uzun uzun anlatmama rağmen “Sen yazmazsan gidip özelde yazdırmak zorunda kalacağım.” demişlerdi. İlaç yazma konusunda maalesef bunun gibi çok fazla dirençle karşılaşıyoruz.” (D-1: Doktor, kadın, 2 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Eczacılar arasında E-12 ve E-5 ise doktora gitmeden kendilerine gelen hastalar olduğunu, bir sağlık danışmanı olarak onlara yardımcı olmaya çalıştıklarını ama bunun bir doktor tavsiyesi gibi de olamayacağına dikkat çekmektedirler.

“Doktora gitmeden sıkıntılarına çare arayan hastalar elbette olmaktadır. Eğer hastanın sıkıntısı bizim çözebileceğimiz basitlikte bir sıkıntı ise hastaya ürün önerebiliyoruz. Daha ciddi meselelerde hastayı doktora yönlendiriyoruz. Bazen hastalar bilgi almak için sorular sorarlar ve biz hastayı bir sağlık danışmanı olarak aydınlatırız. Meslektaşlarımızın içinde doktora gitmeden ilaç talebinde bulunan ya da sıkıntısını eczacıya anlatan hastalara karşı bir doktor gibi teşhis koyan ve tedavi uygulayan eczacılar olduğu gibi onları direkt doktora yönlendiren eczacılar da vardır. Hastaya ürün önermek ile doktora yönlendirme durumu eczacının anlayışına ve sıkıntının çeşidine göre değişmektedir.” (E-12: Eczacı, erkek, 18 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Hastalar doktorlara her istediklerinde kapıyı çalıp ulaşamadıkları sürece danışma yeri olarak her an kapısı sorgusuz sualsiz açık eczaneleri tercih ediyorlar. Aslına bakarsanız ben şahsen "doktorculuk oynamaktan" hazzeden bir insan değilim. Her türlü rahatsızlığın bir hekim tarafından değerlendirilip tedaviye karar verilmesi taraftarıyım. Lakin kapımıza gelen 10 hastaya bir doktora görünmesi gerektiğini söylesek de bunların yaklaşık 7'si yine de bizden bir ilaç isteyecek ve ancak bundan fayda bulamaması halinde bir doktora görünmeye ikna olacaktır. Doktorlara ulaşım zorluğunun yanında bazı hekimlerimizin hastaya uzaktan bakıp sorununu sadece dinleyerek reçete yazıp gönderiyor olmasının da bu konuda etkin olduğunu düşündüğümü de eklemekten geçemeyeceğim. Eczaneler olarak bir birinci basamak sağlık kuruluşu olmamız ve meslek olarak kendimizi "hastaya en yakın sağlık danışmanı" olarak konumlandırmamız sebebiyle, genel eczacı eğiliminin de gelen hastalara bilginiz dahilinde olduğu sürece ilaç tavsiyesinde bulunmak yönünde olduğunu söylemek pek de yanlış olmayacaktır.” (E-5: Eczacı, erkek, 14 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-5 özellikle muayene sürelerindeki sınırlılık nedeniyle doktor-hasta arasında çok kısa gelişen görüşmenin aslında kendileri tarafından telafi edilmeye çalışıldığı durumlar olduğundan söz etmektedir. Genel anlamda hastaların birikim düzeylerinin ilaçlarla ilişkilenede önemli bir belirleyen ama tek bir belirleyen olmadığı görülmektedir. Gereksiz ve yanlış ilaç kullanımında dahi, mesela internet gibi bir faktör nedeniyle bilinçli hastanın tuzağa düşme ihtimali bulunmaktadır. Bunun dışında genel durum, ilacı “zorunlu tüketim maddesi” olarak düşünmemekle yoğun biçimde karşılaşılmasıdır.

5.4. Hasta Profilleriyle İlişkilenen İlaç Tercihleri: “Nişantaşı’nda Beşiktaş’ta olsam (orijinal ürün) yazarım ama buradaki hasta alamaz”

Belli bir mekan üzerinde yoğunlaştığımızda, o mekanın toplumsal hayatı ve pratikleri de içerdiğini ve tanımladığını görmek mümkündür. Şimdiye kadar ilaç tüketimiyle ilgili ele alınan konularda genelde doktor ve eczacıların ağzından hastaların tüketim pratiklerine odaklandık. Bu anlamda hem ilaç yazmak bakımından üstünlüğü olan doktorların hem de bir sağlık danışmanı olarak konumlanan eczacıların hastaların ilaç tüketimi, yanlış ve gereksiz ilaç tüketimi ve içinde yaşadıkları toplumsal koşullara dair düşünceleri bu mekansal sınırlar içinde takip edildi.

Katılımcılar çoğunlukla hasta tutumları üzerinden yanlış ve gereksiz ilaç tüketimini örneklemiştir olsa bile, hasta profilleriyle ilgili tanımlamalarda belli toplumsal kısıtların sağlıkla veya ilaçlarla ilişkiyi başka bir düzlemde sorunsallaştırmak gerektirdiği de anlaşılmaktadır. Bununla daha çok sınıfsal konumlarla ilişkili olduğu düşünülmektedir. Yine de bu noktada belirtmek gerekir ki katılımcıların büyük çoğunluğunun belirttiği gibi bu sınıfsal konumlanma ilaç tüketme pratiği/egilimi ile ilgili değildir. Katılımcılar hemen hemen tüm toplumsal sınıflar için ilaç tüketme talebinin benzer olduğunu düşünmektedirler. Ancak çalıştıkları bölgede eğitim ve ekonomik kısıtlılıklar nedeniyle oluşan sorunların sağlıklı olma anlayışını ilaçlar üzerinden kuran bir toplumsallaşmayı yoğunlaştırdığını düşünmektedirler. Yani içinde bulundukları mekanın bu anlamda belli sınırlar çizdiğini ve pratikleri yönlendirdiğini düşünmektedirler. Bu öznel durumların oluşmasında iktidar ilişkilerinin özellikle sağlığın sosyal belirleyicileri ile ilişkilendirme süreçlerini sakatladığı ve belli tüketim rutinlerine dönüştüğüyse açıktır.

Kısacası mekanın toplumu dıştan saran ve onu içine alan bir kap olmadığı toplumsal pratikleri dönüştüren, onlara eylem esinleyebilen bir unsur olduğu anlaşılmaktadır. İnsanlar mekanda yalnızca belli bir toplumsal dünyayı deneyimlemekle yetinmemekte, onun aracılığıyla düşünüp eylemde bulunmaktadır (Stavrides, 2016, s. 11). Bu süreç sadece hastalar için değil, hastalarla etkileşimde bulunan aktörler için de benzer şekilde deneyimlenmektedir. Bakıldığında bunu en çok orijinal ya da jenerik/muadil ilaç tercihleri ile iletişim gibi konularda görebiliyoruz. Bu kısımda daha çok ilkinde odaklanarak; yani ilaç tercihlerini mekanla özdeşleştiren eylem yapılarına bakacağız.

Mekanın aracı-tüketicilerin eylemleri üzerindeki etkisine ve bu pratiklerin belli toplumsal sınıflarda sağlık deneyimini kuran boyutlarına bakmaya çalışacağız.

Çalışmanın başında sunulan bazı verilerde, eczacı ve özellikle doktorların ilaç tercihleri ile sınıfsal konumlar arasında ilişki kurduğundan bahsetmiştik. Jenerik/muadil ürünlerin SGK'nın geri ödeme listesinde daha fazla biçimde yer alıyor oluşu, bu anlamda tedavi sürecinin önemli bir unsuru olan ilaçta ürün üzerinden değil fiyat üzerinden bir yaklaşımın gelişmesine neden oluyordu. Şimdi bu ilişkilene sürecine biraz daha yakından bakmaya çalışalım.

Aşağıda sunulan bazı veriler, “Orişinal ya da jenerik/muadil/yerli ilaç tercihinizi belirleyen faktörleri biraz daha açar mısınız?” sorusuna aldığım cevaplardır. D-13 aşağıda yer alan ifadesinde de belirtmiş olduğı gibi bu konuda öncelikle fiyat eksenli karar verdiğini belirtmiştir. Kendisine ziyarete gelen ilaç mümessilleriyle de öncelikle fiyat konuştugu anlaşılmaktadır.

“Ben genellikle fiyat soruyorum. Hangisi daha uygunsa onu yazıyorum. Ödenip ödenmediğini onlara (ilaç mümessillerine) soruyorum. Mesela hiç ödenmiyor diyor. O zaman boşuna çalışma buraya diyorum. Burası Bağcılar kimse bu ilacı almaz diyorum. Mümessil de zaten söylüyor. Hocam benim beş ilacım var bu hiç ödenmeyen ikisini Beşiktaş'ta çalışıyoruz. Bunlar ödenmiyor ama doktor tavsiye edince hasta kullanıyor Beşiktaş'ta. Burada siz herkese tavsiye etseniz bile kimse kullanmayacaktır. Tanesi 50 liralık ilaç. O yüzden mümessillerin kendileri de ayırım yapmış zaten. Hiç getirmiyorlar bile ödenmeyi.” (D-13: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-13 aynı zamanda mümessillerin de SGK geri ödeme listesinde yer almayan ürünleri tanıtmaya gelmediklerini düşünmektedir. Doktor tarafından tavsiye edilen bir ürünün fiyat bakımından zorluk çıkaran bir ilacın kendi bölgesinde kullanılamayacağını da dile getirmektedir. Burada doktorlar için fiyat eksenli düşünmenin bazı sınırlılıklar oluşturduğu da anlaşılmaktadır.

Daha önce D-8'in de bu bağlamda, ““Ben hangi ilacı yazacağıma karar verirken devlet bunu ödüyor mu ödemiyor mu ona bakarım. Ödüyorsa yazarım. Çünkü alması mümkün değil ödenmeyen ilacı küçük bir fark olduğunda geri gelip ben bunu istemiyorum diyebiliyorlar. Burası Beşiktaş değil (...)” dediğini hatırlatmak isterim. Bu bağlamda, doktor tercihlerinde sosyo-ekonomik belirleyenler güçlü biçimde öne çıkmaktadır.

D-15'e baktığımızdaysa “hastalık yoktur hasta vardır” prensibine dayalı olarak onun da hastanın alım gücüyle ilişkilendiği görülmektedir.

“Yani şöyle bir şey var ben Bağcılar'da görev yapıyorum. Bir geri ödemesi önemli olması önemli benim için. Yani mesela burada hasta çok yeni bir şey, çok düzenli bir şey. Gerçekten bazı ilaçlar geliyor diyorsun ki yani harbiden çok güzel olmuş ama ben o ilacı ona yazdığımda alamaz. Alamayacağı için de yazmıyorsun. Burada sen bilgiden feragat ediyorsun çünkü sırf sosyal olarak hastaya ulaşmak için ama hekimlik bu. Hekimlik, hastaya göre birazcık “hastalık yok hasta var” diyorlar ya hani bu da onun bir parçası yani. Evet. Orada siz onu düşünmek zorundasınız yani. Karşınızdaki insan o ilacı alamayacaksa onun hiçbir mantığı yok ki.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Diğer taraftan özellikle akut grup ilaçlarda orijinal ürünün hiç ödenmemesi gibi bir durum yok. Hatırlayacak olursak E-2, “Orijinal ilaçlar hiç ödenmiyor diye bir şey yok onlardan da ödenenler var ama bu durum yerli ilaç şirketlerinin buradaki çalışmasına bağlı bir şey” şeklinde ifade etmiş, doktorun jenerik/muadil ilaç tercihinde asli etkenin yerli ilaç şirketlerinin bölgeye çalışması olduğunu iddia etmişti. Yine de doktorların, 1-2 liralık bir farkı ödeyemeyecek hastaları olduğunu, bu nedenle eczaneden geri dönüşleri önlemek adına bunu genel bir uygulamaya dönüştürdüğü anlaşılmaktadır. Örneğin D-7 ve D-4 böylesi bir sebeple yazmadıklarını özellikle vurgulamışlardır.

“İlacı yazarken fark çıkartmayan ilacı yazmaya gayret gösteriyorum. Ona bakmaya çalışıyorum. Çünkü buradaki toplum da biraz şey olduğu için, sosyo-ekonomik düzeyi düşük olduğu için genelde hiçbirini almıyorlar. Zaten öyle ilaçları hiç yazmıyorum. Almıyorlar çünkü. Yani burada hastalar almadığı için yani direk kendisi söylediği için zaten almayacağını da bildiğimizden dolayı artık. Benim hastalarım geri gelmiyor çünkü biz yazmıyoruz orijinal. Burada uyarı veriyor zaten. Geri ödeme kapsamında görünüyor veya görünmüyor diye. Buradan da zaten öyle bir ilacı yazmadım hiç.” (D-7: Doktor, kadın, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

“İlaçlar aslında SGK'nın karşıladığı ve karşılamadığı ilaçlar olarak ikiye ayrılıyor diyebilirim. Şimdi burada devreye hastanın alım gücü giriyor. Ben diyelim ki A ilacını yazdım 5 lira fark çıkardı, hasta eğer doktorun dediğini alma taraftarı bir hasta ise hiç üşenmeden gelip “Bu fark çıkardı” diyebiliyor. Ben de o nedenle fark çıkartmayan muadil ürünlerden birini yazıyorum.” (D-4: Doktor, kadın, 21 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-14 de ilaç tercihini hasta profilleriyle ilişkilendirmekte ve tercihini jenerik/muadil ürünlerden yana kullanmaktadır. Ama bunu etken madde aynıysa ilacın değişmeyeceğine dair inanç ve aldığı eğitime dayanarak yaptığını belirtmektedir.

“Aynı ilacın daha az fiyat farkı çıkartanı varsa onu tercih etmeye çalışıyoruz. İşte tamamen ekonomik sebeplerden dolayı, sosyoekonomik seviyeden dolayı burada fark çıkartmayan ilaç tercihim oluyor. Yani gerçekten benim günlük yemeğini çöpten çıkartıp da çocuklarına yediren hastalarım var. Bunları gerçekten böyle hastalarım var. Ve bu hastalara tutup da ben işte eczaneye gittiğimde yirmi liralık yirmi beş lira ödeyecek bir reçete yazarsam vicdanen ben de kendimi rahatsız ederim. Çünkü o kadın da o ilacını alamayacak. Belki çocuğuna o ilacı veremeyecek. Bu sefer benim yazdığım reçetenin hiçbir anlamı olmayacak. Hatta ve hatta benim burada bulunmamın da hiçbir anlamı olmayacak çünkü ben o çocuğu iyileştirememiş olcam. Tabii ki yani orada biraz daha eh hasta profiline bağlı olan bir şey oluyor. Gerçi yine ben çok değiştirmiyorum yine hemen hemen aynı ilaçları yazmayı tercih ediyordum o dönemde de. Yani çünkü niye? Aslında insan zengin diye niye cebinden daha fazla para çıksın ki? Yani bunu daha ucuza mal edebilmek varken. Dedğim gibi yani genelde yine aynı ilaçları çok fazla fiyatına takılmadan şuna dikkat ediyorum genelde. İlaç vericem kendisi atıyorum on lira ilaç, üç lira fiyat farkı çıkartıyor. Neden ki? Yani aynı etken maddeye sahip yedi liralık ürün varken ve tamamı ödeniyorken niye fiyat farkı olan bir ilacı yazayım ki. Bize verilen eğitim. Etken madde, etken maddenin yan etkisi, etkenin etki mekanizması hangi hastalıklarda kullanılıyor? Buna bakıyoruz.” (D-14: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

İlaçlar etken madde üzerinden aynı kabul edilmekte ve reçete edilmekteyse de bunun özellikle başka bir mekan ve hasta profiliyle etkileşimde jenerik/muadil ilaç tercihinin değişebileceği de öne çıkmış ve şaşırtıcı bulunmuştur.

“Nişantaşı’nda Beşiktaş’ta olsam (orijinal ürün) yazarım ama buradaki hasta alamaz. Ben daha önce yazdım mesela iyi bir ilaçtı ama hasta 10 kuruş ödeme çıkarıyor diye geri geliyor. Biz bunu ödemek istemiyoruz ya da ödeyemiyoruz dediklerinde ben bunu yazmamaya karar verdim. Niye yazayım ki? Mesela mümessillerin de çalıştığı ilaçlar içinde üç ilaç var diyelim ikisi karşılanıyor. Biri karşılanmıyor, karşılanmayanı kesinlikle yazmam.” (D-12: Doktor, erkek, 6 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-12 de sosyo-ekonomik belirleyenleri öne çıkarmış ama bahsettiği diğer bölgelerde olsa bu tercihinde değişim olabileceğini de göstermiştir. Burada hastanın alım gücüyle ilişkilendirme durumu dışında doktorların bir başka bölgede jenerik/muadil ilaç tercih

etme eğilimlerinin değişime uğrayabileceğini de görmekteyiz. Dolayısıyla ilaca duyulan güven ya da güvensizlik belli mekansal durumlarda farklı deneyimler yaratabilmektedir.

Diğer taraftan D-19 diğer görüşmecilerden biraz farklı olarak hastanın alım gücü üzerinden ilaç tercihinde bulunmaya karşı olduğunu belirtmiştir.

“Hastanın ekonomik durumunu göz önünde bulundurarak ilaç yazma fikrine açıkçası katılmıyorum. Zaten şöyle diyebilir miyiz? “Bu hasta parası olan birine benziyor. Öteki şu ilacı alamaz.” Çünkü hasta istemezse fark ödemeyi ki bu çok nadir olur zaten çok büyük farklar da çıkmaz o nedenle. Yani diyelim ki oldu eczacının zaten bunu hiç fark çıkartmayanla değiştirme hakkı var. Gidip eczanede değiştirir, istediğini alır. Ben doktor olarak hastanın iyileşmesi için en uygun olduğunu düşündüğüm ilacı yazarım. Öyle yapmak zorundayım. Bir de fark çıkartsa dahi mesela 1 lira 2 lira 3 lira olur. Ben bu nedenle herhangi bir hastanın doktor reçetesini değiştirmek isteyeceğini sanmıyorum ya da bana hiç denk gelmedi en azından öyle söyleyeyim yani.” (D-19: Doktor, erkek, 9 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-19 kendi ilaç tercihinin eğer hasta bu konuda sorun yaşıyorsa eczanede değiştirilmesinin mümkün olduğunu belirtmiştir. Gerçekten de özellikle jenerik/muadil ürünlerin eczane ekonomisine de fayda sağlayacağı düşünüldüğünden eczacıların genel eğiliminin de bu değişim yönünde olduğundan söz etmiştik.

Aynı şekilde D-18 de endikasyona bağlı tercihte bulunduğunu ama hasta isterse bu değişimi eczacıyla yapabileceğini belirtmiştir.

“Ben öyle hastanın ekonomik durumu kötü, fark çıkartmayan yazayım gibi bir şey düşünmüyorum. Öyle yazarken, öyle bir şey düşünmüyorum açıkçası. Hangisi daha etkili endikasyona bağlı olarak açıkçası daha çok bunu düşünerek yazıyorum ve tercih ediyorum yazmayı. Çok da öyle fark çıkaran bir ilaç şeyi de yok yani. O hastayla eczacı arasında bir diyalog aslında. O bölgeye göre de değişiyor. Mesela sürekli fark çıkartıyor diye şikâyet ediyorsa da hasta eczacı da fark çıkartmayı da getiriyor. Orada kendileri anlaşıyorlar bir denge kuruluyor yani.” (D-18: Doktor, 10 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Hastanın alım gücüyle ilişkilenen ilaç tercihinde bulunduğunu söyleyen doktorların sayısı diğerlerine göre oldukça fazladır. Yalnızca D-19, D-18, D-5 ve D-20 bu konuda oldukça açık biçimde endikasyona bağlı, iyi ve faydalı olacağını düşündükleri ilaçları tercih etiklerini belirtmişlerdir.

Bu konunun diğerk bir boyutu eczacıların orijinal ya da jenerik/muadil ilaç tercihini belirleyen faktörlerin neler olduğudur. Eczacılar her ne kadar kendilerine gelen ilaçları hastaya sunmakla mükellefse bile onu değıştirme yetkisi de bulunmaktadır. Bu anlamda herhangi bir ilacı jeneriğı/muadili ile değıştirmeyle görüşmelerim esnasında sıkça karşılaştım. Bu konudaki en genel ve tüm yanıtları kapsayıcı ifade, E-8'in ifadesi gibi görünmektedir.

“(…) elimde ilacın olmaması, eşdeğerinin elimde fazla olması, yerli firmalara öncelik vermem, etik çalışmadığını bildiğim firmaların ürününe destek vermemek.” (E-8: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-8, eşdeğer olarak nitelediğı jenerik/muadil ürünlere başta yerli firmalara öncelik vermek gibi bir nedenle daha çok yer açtığını belirtmiştir. Böylelikle elinde en fazla yer alan bu tür ilaçları orijinal bir ürün geldiğinde değıştirme yetkisine de sahip olduğu için değıştirmektedir. Diğerk görüşmelerde de E-8'de olduğu gibi ellerinde fazla bulunan ilaçlarla reçete edilen ilacı değıştirme eylemi gerçekleştiğı anlaşılmaktadır. Burada devreye hangi jenerik/muadil ile değıştirdiklerine ilişkin başka sorular da gelmektedir. Bakıldığında jenerik/muadil bir ürünün başka bir jenerik/muadil ürünle değışmesi de söz konusu olabilmektedir.

Bu konuda özellikle ilaç mümessilleri hem doktor hem de eczacıyı orijinal veya jenerik/muadil tercih etme bakımından etkileyebilen bir unsur olarak öne çıkmaktadır. Bu anlamda doktorların hasta odaklı düşünme biçimleriyle eczacılarda yerli ilaç tercih etme gibi eğilimleri mümessillerin ne şekilde yorumladığı öğrenilmek istenmiştir.

“Ben açıkçası doktorlar şimdi biraz daha hasta odaklı düşünüyordur, evet düşünüyordur öyle olduğunu farz edelim. Mesela işte hastaya fark çıkaran ilacı yazmam diyen hekim bir Nişantaşı'nda bir ASM'ye gittiğinde kararını değıştirebilir. Bu sadece hastanın ekonomik durumuyla ilişkili midir ama bence tartışmalı orası birazcık. Ben hastası hemen iyileşsin diye ya da sadece medikal unsurlar üzerinden düşünen hekim de tanıyorum. Bana gelme ben orijinal yazarım, ya da bana gelme ben bu endikasyona A firmasının B yerli ürünün yazarım diyen hekim de var. Zaten bunu yaptığında diyelim ki fark çıkartıyor eczanede değıştirebilir ki hasta. Mesela eczane de önemli bir faktör burada, şimdi ben doktora gidiyorum onu ikna ediyorum çıkıyorum. Eczacıya, bak falanca doktor beni yazacak değıştirmeyin diyorum. Bağcılar'da tabi şöyle bir durum var. Mal fazlası dediğimiz bir durum var. Etiler'de çalışan bir arkadaşım la konuştuğumuz zaman işte kesinlikle MF istemiyorlar, MF veriyoruz diye ilacımızı almak istemiyorlar. Yani hekim ne yazıyorsa aslında onu

veriyor eczacı da. Oradaki hastanın sen bana nasıl muadil verirsin demesinden ya da oranın kültüründen midir nedir. Yani orada kesinlikle muadil ilaç verilemiyor ama burada öyle değil kimse de sorgulamıyor eczacı da hangi firma mal fazlası veriyorsa onu alıyor. Gelen reçete neymiş hasta ne istiyormuş o pek umrunda olmuyor. Zaten genelde hastayı şöyle kandırıyorlar o ilaçtan şu kadar fark çıkıyor, bu ilaçtan çıkmıyor aynı etken maddeli sen bunu al diyor onlar da pazarlama yapıyor aslında. En çok karşılaştığımız durum sosyo-ekonomik düzeyin düşük olduğu yerlerde bu tür bir pazarlama yöntemi daha fazla oluyor.” (İ-8: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 3. yılı ve 3 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

İ-8 orijinal ya da jenerik/muadil tercihinde sosyo-ekonomik düzeyden daha çok sosyo-kültürel düzeyle de ilişki olduğunu düşünmektedir. Bu anlamda doktorun veya eczacının tercihlerini yönlendiren maddi nedenler olduğuna işaret etmektedir.

“Ben Bağcılar’da geri ödenmeyen ilaçlar çalıştım. Bağcılar’ın da çok iyi bilindiği üzere düşük demografik bir profili var. Şimdi Bağcılar’da altmış liralık yetmiş liralık bir probiyotik çalıştım. Probiyotiği şimdi herkes alamayabilir ama benim çalıştığım beş liralık ağız kesiciyi herkes alabilir çünkü devlet ödüyor zaten. Ödemese de alır. Beş liralık bir ilacı herkesin almasıyla altmış liralık bir ilacı herkesin alması kıyaslanamaz. Boğaz hattına geldiğinde bu sefer işler biraz değişik olur. Boğaz hattındaki herkesin bilinci daha yüksek eğitim oranı yüksek olduğu için insanlar burada daha çok orijinal ilaçlar seçerler. Bir ilacın ilk firması hangisiyse genellikle o tercih edilir. “Hangisi en iyisiyse onu ver” derler. Ya da elli liraymış altmış liraymış ona bakmazlar. Oralarda biraz daha öyle. Orijinal ilaçla jenerik ilaç arasındaki fiyat farkı özellikle akut gruplarda neredeyse size şöyle söyleyebilirim %1 yani. Doktorun tercih nedeni bence belli. Aslında bir bölgeye ya da bırakın bölgeyi hastaneye ASM’ye hangi şirket çok geliyorsa doktor onu yazar. Doktor hastanın alım gücünü falan düşünmez. Doktor ilaç tercihinde bulunurken hangi mümessil gelmiş, kime yazarım demiş buna bakar.” (İ-12: İlaç Mümessili, erkek, Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama Bölümü mezunu, meslekte 5. yılı ve 5 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

Bu anlamda İ-12’de de görüldüğü gibi doktor-mümessil ve eczacı-mümessil arasındaki ilişkinin bu tercihleri dönüştürme gücünün olduğu tüm mümessiller tarafından dile getirilmiştir.

“Aslında olayın özeti şu, reçete çıkartırsan ilacı satarsın. İlaç olsun, gıda takviyesi olsun. Fiyatının ne olduğunun çok da önemi yok. Hastanın doktora ne kadar güvendiği ile alakalı, doktorun da İbrahim’i ne kadar sevdiği ile alakalı. Bu ilacın tamamı muadili var mı var. Kim çalışıyor, İbrahim, Emre, Hatice. İşte bayan doktor diyelim erkek

mümessillerden hiç hoşlanmıyor. Hatice 1-0 önde. Ya burada insan ilişkileri de çok önemli.” (İ-4: İlaç Mümessili, erkek, Kamu Yönetimi Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yerli şirket deneyimi de bulunuyor.)

Bununla beraber insani ilişkiler ya da ikili ilişkilerin güçlü bir etkisi de bulunduğu anlaşılmaktadır. Hatta ilaç mümessillerinin penceresinden bu ilişkiler satışın önemli bir parçası olarak görülmektedir. İlaç mümessilleri özellikle rekabet etmeleri gereken birden fazla sayıda ürün olması nedeniyle de bu eğilimi güçlü tutmaya çalışmaktadır.

“Muadil ilaç, orijinal molekülün biyoeşdeğeri dediğimiz, etkileri hemen hemen orijinaliyle aynı olan ilaçlar. Orijinal molekül sahibi firmanın koruma süresi bittiğinde bu molekül farklı firmalar tarafından da dediğimiz gibi belli ruhsatlandırma süreçleri sağlandıktan sonra üretilebilir. Yani sonuç itibari ile muadili, birebir olduğu firmalar tarafından iddia edilse de çoğu hekim ve uzman tarafından bunun maalesef aynı etkileri olmadığı bize söylendi. Bu da gösteriyor ki aslında biyoeşdeğerliliği bahsedildiği kadar yakın değil orijinal ürünle. İstanbul da kesinlikle bölgesel olarak orijinal muadil reçetelenme oranı değişiklik gösterir. Şöyle örnek verebilirim, ben Bağcılar gibi gelir seviyesi düşük bir ilçede çalışıyorum, haliyle orijinal üründe, yabancı bir firmanın ve ithal bir ürün olmasından dolayı fiyat farkı çıkmakta, çıkacak 1-2 TL lik meblayı bile bu semtte ödemek istemeyen kişiler çıkıyor. Bu yüzden doktorların reçeteleme alışkanlığı nispeten fiyat farkı çıkarmayan muadil genellikle yerli firmalara kayıyor. Fakat boğaz hattı diye söylediğimiz özellikle Beşiktaş, Sarıyer ya da gelir seviyesi yüksek Nişantaşı gibi bölgelerde bu fiyat farkı hasta tarafından problem edilmediği gibi, hastanın da bilinçli olduğunu göz önünde bulundurursanız çoğu zaman orijinal ürünün tercih edildiğini hatta muadillerin hasta tarafından özellikle reddedilip orijinal tercih edildiğini göreceksiniz.” (İ-7: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 2. yılı ve 2 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

İ-7’nin ifadesinde de yer aldığı gibi hasta tutumlarının bu tercihte etkili olduğu anlaşılmaktadır. Buna göre bölgeler arası bir fark olduğu da görülmektedir. İlaç mümessilleri arasında genel bir ayrımla orijinal ürün yazılan ve satışta daha çok orijinal ürün yer alan bu bölgeler “Boğaz hattı” olarak nitelendirilmektedir. Diğer taraftan şunu da belirtmeliyim ki, Bağcılar bölgesinde de hasta reçete tercihini ya da satışı belirleyen bir unsur olarak karşımıza çıkabilmektedir. Hastaya göre tercih değiştirme Bağcılar bölgesi için de söz konusu olabilmektedir. Örneğin E-12 bu durumu şu şekilde ifade etmiştir.

“Bazen hastaya muadil ilaç verilmesi uygun olmadığı ya da hasta ile negatif iletişim gerçekleşme riski bulunduğu sezindiği zaman hiç muadil ilaç verilmeden reçetede ne yazıyor ise o verilir.” (E-12: Eczacı, erkek, 18 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Bu anlamda ilaç tercihinde sınıfsal konumların mevcut durumda önemli bir belirleyen olduğunu söyleyebiliriz. Böylece ilaçta yerelleşme projesini olgunlaştıran söylemlere tekrar dönüp bakılmasında fayda bulunmaktadır. Yerelleşme projesiyle ortaya çıkan halk ve ilaç talebi söyleminde yer alan halkın sınıfsal kodları katılımcıların aktarımlarında izlenebilmektedir. Diğer taraftan aynı toplumsal sınıf ilaç tüketimi olgusu etrafında incelendiğinde makro hedeflerin çok dışında eylem yapılarıyla karşılanmaktadır. İlaç tüketimindeki bu aşırı yönelimin nasıl anlaşılması gerektiği ise bir sonraki bölümde tartışılmaya çalışılacaktır.



6. YERELLEŞME YAPISAL SORUNLARIN/YÖNETİŞİMİN NERESİNDE DURUYOR?: “DEVLET DEMEK Kİ YAZMAMI İSTİYOR YANİ DEYİP...”

Neoliberalizmin yönetim rasyonalitesi olarak önemini anlamak için, devlet anlayışı ve faaliyetindeki değişimi nitelendiren “yönetişim” kavramı üzerinde de düşünülmesi gerekmektedir. Yönetişim en öz tanımla “yönetme olgusunu ve sanatını” ifade etmektedir (Dardot & Laval, 2018, s. 321). Yönetişim yalnızca neoliberalizme özgü bir kavram değildir ancak onunla bir araya geldikçe de birincil idare biçimi olarak özneleri idare etmeye yarayan siyasi bir kip haline dönüşmüştür. Hayatın her alanının “ekonomikleşmesine” yardım eden asli bir rol edinmiştir. Yönetişim, yönetim süreçlerini dağıtan bu anlamda failleri görünmezleştiren bir süreçtir. Böylece iktisadi, siyasi, toplumsal hedefleri ve sonuçları politik bir bağlamda sorgulama kapasitesinden arındırılmış; kullanılan yöntem ve tekniklere odaklanan bir yönetimden söz edilmektedir (Coşkun, 2019, s. 175). Bu anlamda yönetişimin, devlet ve özel sektör arasındaki karşıtlık veya gerilime mahal verecek her türlü eyleme karşı olduğu anlaşılmaktadır. Yönetişimde ortak bir amaç peşinde koşan, yatırımcı paydaşlardan oluşan yatay ağlar yer almaktadır (Brown, 2018, s. 146). Biz bu bölümde bahsi geçen yatay ağlarda sistem için kritik bir öneme sahip doktorlara odaklanacağız. Bir önceki bölümde doktorların görüşlerinden yola çıkarak, hastaların ilaçlarla ilişkilenme süreçlerini ve bu ilişkilenmenin yerelleşmenin makro ekonomi-politik hedefleriyle uyumlu sonuçlar doğurup doğurmadığı üzerinde durulmuştur. Bu bağlamda ortaya çıkan ortak kanaatin, aşırı/gereksiz tüketime öznelerin tutumlarından hareketle bakmak olduğunu da gördük. Diğer taraftan bunun tek tek bireylere giderek çözümlenmesi güç, yapısal bir sorun olduğu da ortadadır. Bu bölümde biraz da bunu gösterebilmek adına, reçete yazmak bakımından üstünlüğe sahip olan doktorların konumlarını, aşırı/gereksiz tüketim ile sistem karşısındaki tutumlarını da incelemeye çalışacağız.

6.1. Hasta ile İletişim Sıkıntısı: “Direnmiyorum artık...”

Welch (2013) ve arkadaşları tarafından hazırlanan *Aşırı Teşhis* adlı çalışmada, yazarlar, sağlık alanında bütün büyük oyuncuların (üreticiler, doktorlar, eczacılar ve

diğer sağlık hizmeti sunucuları ve alıcıları) samimi bir hizmetle kâr etme dürtüsü arasında gidip gelen karmaşık bir ağda konumlandıklarını iddia etmektedirler. Bunlardan tüketiciler/hastalar sağlığın bozulmasıyla ilgili korku, belirsizlik ve kontrolsüzlükle gelişen bir sağlık deneyimi içinde konumlanırken, diğerleri de kâr elde etme peşinde olan sağlık örgütü içinde konumlanmaktadır. Yazarlara göre doktorlar, bu ağın merkezinde yer alan faillerden en önemlisi olarak düşünülebilir. Zira bulundukları konum itibariyle tüketimin yönlendirilmesi noktasında kritik bir rol oynarlar (ss. 153-156). Reçete yazmak bakımından bir üstünlükleri de olduğu için, hem tüketici/hastaları hem de diğer piyasa güçlerini yönlendirme kapasitesi olduğu düşünülmektedir. Peki gerçekten doktorlar konumları itibariyle dönüştürücü bir güce sahipler midir?

Bu kısımda da görülebileceği gibi, aslında bu oldukça güç. Zira doktorların çoğu, bir bakıma hastalarla benzer bir savunmasızlık içerisinde konumlanmaktadır. Gereksiz ve aşırı ilaç talepleri karşısında doktor konumları soruşturulmak istendiğinde karşımıza çıkan görünüm; doktorların sistemle mücadele etmeyi başaramadığı veya buna hiç kalkışmadığı, hasta tutumları karşısında oldukça kırılğan durumda bulundukları ve sisteme uyumlanmayı tercih ettiklerini göstermektedir.

Doktorlar da aslında tıpkı hastaları gibi, pratikleri farklı olsa bile, öznel deneyimlerini sistemin akışına ters biçimde inşa etmekte güçlük çekmektedir. Aslında sadece doktorlar da değil, mesela eczacılarla görüşmelerimde en çok yakınılan konulardan biri, sistemin akışına ters davrandıklarında bunun bedelini tek başına ödemek zorunda bırakılmaları olmuştur. Bu nedenle gerek prosedürel konularda gerekse mesleğin icrasında karşılaşılşılan sorunlarla mücadele ederken daima uyumlu ve uzlaştıracı olma görevinin kendilerine kaldığı söylenmiştir.

Burada bir kez daha şirket kültürünün toplumun tümüne yayılması olgusu gündeme gelecektir. Aslında şirket birimlerden oluşur, aşağıdan yukarıya doğru her birim şirketin çıkarlarına ters düşecek faaliyetleri önlemek için birer tampon vazifesi görmektedir. Medikal yönetime baktığımızda da, şirketin özel formu olarak inşa ettiğimiz devlet ve elbette onun ilişki içinde olduğu sermaye gruplarının çıkarlarını zedelememek önemli bir konuya dönüşecektir. Bu durumda medikal yönetişimin özneleri olarak doktorlar ve eczacılar işleyişi tesis eden kendileri olmamasına rağmen bürokratik sorunlar/engellerle mücadele eden bir birim haline gelmektedir.

Aşağıda göreceğimiz gibi, bunlar ezacılar için en çok genel bürokratik engeller, ilaçların ödenmemesi (son dönemlerde orijinal/patentli ürünlerin geri ödeme

listesinden çıkması), katılım payı ödenmesi vb. konularda ortaya çıkmakta ve hasta ile eczacıyı sıkça karşı karşıya getirmektedir.

“Genellikle bürokratik engellerden devletin ve SGK’ nın koyduğu kurallardan ötürü işleri çözümlenemeyen hastalarda sıkıntılar yaşıyoruz. İlacın ödenmemesi ya da katılım payı muayene ücreti gibi hastanın ödemesi gereken ücretlere yönelik çıkan itirazlar en çok iletişim sıkıntısının yaşandığı olaylar olmaktadır.” (E-12: Eczacı, erkek, 18 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Hasta, kendisinin idrak etmekte zorlanacağı teknik bir kural detayı yüzünden ilacını alamıyor durumdaysa, bunu kendisine anlatmak ve ikna etmek gerçekten zor olabiliyor. Çünkü kişi, sizin açıklamanızı idrak etmeye çabalamak yerine sizin “iş yokuşa sürdüğünüze” kanaat getirip kestirip atabiliyor. Bu konu şiddetine göre sizden temelli alışverişi kesmeye kadar gidebiliyor. Açıkçası bunu aşmanın yolu karşımızdaki kişiye sorunu anlayabileceği basit bir dille anlatmaktan geçse de genelde olan hastayla uğraşmak yerine hastane/doktor tarafıyla uğraşıp reçeteyi tebliğe uygun hale getirecek şekilde düzeltmek oluyor.” (E-5: Eczacı, erkek, 14 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Bu bölgede çalışma sürecinde yaşadığım en büyük sıkıntıların başında küçükte olsa bir grup insana derdimizi anlatamamak; bazı ilaçların özel kullanımları, ilacı neden alamadığımı, neden ücret çıktığını vs. durumlarda ne yapması gerektiğini anlatmada genellikle büyük sıkıntılar yaşıyoruz.” (E-16: Eczacı, erkek, 9 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“SGK'nın uygulamalarıyla ilgili sorunlar yaşıyoruz. Muayene ücretlerinin eczanelerden tahsil edildiği yaklaşık 10 senedir toplumun bazı kesimleri tarafından öğrenilmemiş olduğundan muayene ücretini ödemek istemeyenler oluyor, ilaçlara fark alındığına şaşırırlar oluyor.” (E-8: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Bu tür durumlarda eczacıların hemen hepsi hastayla belli bir mesafede kalarak kendilerine özgü stratejiler geliştirmek durumunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Ancak E-5’in ifadesinde gördüğümüz gibi, bürokratik engellerde dahi genel tutum doğrudan ilgili meslek grubuna yansıtılmaktadır. Bu da eczacıları yönetenler ve yönetilenlerin olduğu sistemde, bir arabulucu konumuna taşımaktadır. Mesleki anlamda bununla baş etmeye dönük stratejiler oluşturmak ve yönetenler ile yönetilenler arasında tampon işlevi oluşturmaları gerekmektedir.

Doktorlarda ise bunun bir anlamda daha farklı biçimde geliştiği görülmektedir. Yine doktorların ifadelerinden yola çıkarak genel bir yorumda bulunulacak olursa,

doktorların eczacılara göre bireysel mücadele pratiklerinin daha zayıf kaldığı gözlenmektedir. Zira özellikle günlük poliklinik sayıları ve yoğunluk, sürekli bir direnç ve iletişim sıkıntısı doktorların direncini kıran önemli faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır.

“Hastaları önce bilgilendiriyorsun ama bir defa ikinci defa artık bizim de direncimiz kırılıyor bir noktadan sonra. Günlük 60-70 hasta baktığını düşün her birine bunu anlatman ne kadar mümkün? Yani şöyle söylüyeyim odadan çıkmıyor hasta. Kurulacak bir cümle kalmıyor aynı cümleyi dört kere beş kere kuruyorsun. Bazısı anlıyor onu birkaç söylemeden sonra gidiyor ama kimisi de yazmadan ikna olmuyor. Ya da benden önce bir doktora gitmiş ilaç yazmamış ona muhtemelen ben yazmayınca da benden çıkıp başka bir doktora gider. Bu ilacı alana kadar sürekli bunun peşinde yani.” (D-10: Doktor, erkek, 3,5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-11 de hastalarının kendisiyle kurduğu ilişkide ve üslupta anlayış geliştirmenin çok zor olduğunu düşünmektedir. Aslında bir önceki bölümde de bahsettiğimiz, doktorun mesleki bilgisiyle hasta arasındaki ilişkinin ortadan kalkması sonucunda hasta doktorun karşısında bir tüketici davranışı sergilemeye başlamıştır. Doktorun, hastaya istediği şeyi vermemesi hem genel uyumu zedeleyecek hem de doktor nezdinde bireysel itibarı zedeleyecek güce sahip olduğu için ilişkiler savruk bir tüketme davranışını besler hale gelmektedir.

“Hasta mesela “mide koruyucu istiyorum” diyor. Mesela ben kullandığın var mı diye sorup onu yazıyorum ama bazen de alakasız masaya getirip atıp şunu yaz, cebinden çıkarıp bunu yaz gibi bir tavırla geliyorlar yani bunu artık anlatmaktan yoruluyor insan. Ben başlarda anlatıyordum ama sonra hiçbir geri dönüş yok maalesef. İstedığınız kadar anlatın yine aynı tavır.” (D-11: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-13 de kendi profesyonel kimliğine saygı duyulmadığını düşünmekte ve çoğu kez istenilen davranışını geliştirmede nefret duygusuyla karşılaştığını belirtmektedir. Yukarıda belirttiğimiz gibi, sorumluluk tek taraflı inşa edildiğinden hasta ve doktor rolü dışarıda kalmakta, ilişki çoğunlukla bir alışverişe dönüşmektedir.

“Özellikle orta yaş grubu ve onun daha altı ortaokul lise yani inanılmaz kötü davranıyorlar bize. İnsanlar hekimle karşılaştıkları anda tam tersi böyle kin ve nefret kusuyorlar yani. Yani hayati tehlikeleri yoksa düşman o. Hayati tehlikesi varsa doktor inanılmaz iyi, muhteşem bir varlık ama hayati tehlikesi yoksa... Mesela şey gözüyle bakıyor onlar mesela hastalıkları çok basit hastalıklar, tedavisini bildikleri hastalıklar

ve onu sadece doktora onaylatmaya geliyorlar.” (D-13: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Bu örnekler sistemin hemen herkesi kendi kendisinin doktoru haline getirdiğinin, ihtiyacını hatta hastalığını ve hastalık için gereken ilacını belirlemeye kadar götürebilecek paranoid özneler ürettiğini göstermektedir. D-20 bu anlamda kendi direnmemeye tutumunu “sistemle” savaşılamayacak bir pozisyonda olduğu vurgusu üzerinden kurmaktadır.

“Çok fazla direktif alıyoruz. “Benim antibiyotiğe ihtiyacım var” diyor. “Falanca ilaç olmadan iyileşemem” diyor. Şimdi burada çok olmuyor ama devlet hastanesinde çalışırken özellikle mesleğe yeni başladığım yıllar direniyordum. Benim bilgi ve tecrübeme göre kişinin ihtiyacı yok ama yazmamı istiyor. Baya dil dökerdim aslında. Açıkçası eski direncimi ben de kaybettim. Çünkü ne oluyor biliyor musun? Çıkıyor buradan ve gidip CİMER, SABİM, BİMER gibi yerlere şikâyet ediyor. Sen bir numaralı suçlu oluyorsun. Ve o iğrenç bir duygu. Hayatın boyunca hep bir çizgin olmuş dürüst yaşamışsın ama suçlu muamelesi görüyorsun. Bu da insanın zamanla direncini kırıyor. Bu sefer işte hasta nasıl isterse öyle olsun kafasına geliyorsun. En can sıkıcı tarafı, hani başka bir konu olsa mesela ayakkabı almışsındır defolu çıkar şikâyet edersin ama hasta doktoru şikâyet edince ve müşteri daima haklıdır anlayışı sisteme hâkim olunca savaşıyorsun. Sistemle savaşılamazsın ki.” (D-20: Doktor, kadın, 22 yıldır meslekte ve özel bir hastanede İç Hastalıkları uzmanı olarak görev yapmaktadır.)

Meslekte özellikle zaman ilerledikçe doktorların tutumlarındaki disiplinin giderek kırılmanlaştığı anlaşılmaktadır. Böylece aslında hasta talepleri (çoğunlukla ilaç talepleri) doktorun muayene yetkisi ve bilgisi dışında hasta tutumlarıyla da şekillenmektedir. Özellikle belli başlı ilaçların yazımında, örneğin ağrı kesici gibi taleplerde, doktorların buna dönük itiraz geliştirmesi yıllar içinde gelişen yılgınlıkla beraber giderek zorlaştığı anlaşılmaktadır. Bunun önemli bir istisnası olarak genellikle çocuk hastalar gösterilmiştir.

“Çocuklar hassas nokta çünkü yetişkinlerle bir ölçüde eğer anlayış zayıfsa ve sen o diyalogun iyi gelişmediğini düşünürsen ısrarcı olmazsın. Ama çocuklar öyle değil, hakikaten söz konusu çocuk olduğunda bıkmadan usanmadan anlatıyorum. Kendisi çocuk diyebileceğimiz insanların çocuklarıysa söz konusu olan orada biraz daha ehemmiyet veriyorum, anlatıyorum. Burada çocuk gelinler özellikle onlara üzülüyorum da. Kendisi bilmiyor ki bazı şeyleri, çocuk korkuyor. Kucağındaki çocuğa

da endişeleniyor, kendisi de korkuyor. Ben o zaman sabırla anlatıyorum. Tane tane anlatıyorum. Bazı temel bakım düsturları hakkında bilgi veriyorum.” (D-4: Doktor, kadın, 21 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

Çocuklar dışındaki hastalar içinse durumun özellikle akut grup ilaçlarla ilgili kısım özelinde genellikle esnek bırakıldığı anlaşılmaktadır. D-12’nin de esnekliği hiç kuşkusuz diğer meslektaşlarında olduğu gibi hastayla girilecek çatışmadan kaçınmaktır. O da bu karşılıklı ve sorunlu davranışın çözülebilmesi için “mentalitenin” ya da “sistemin” değişmesi gerektiğini belirtmiştir.

“Doktorlar yazabiliyor bazen gerekli olsa da olmasa da çünkü hasta talep edebiliyor mesela. O anda işte bir ağrı kesici hani ufak bir şey bişey de olmaz diye. Bazı hastalarda şu da var reçete yazmayan doktor, doktor değildir diye. Buradan çıkarken sanki elinde reçete olması, reçeteyle çıkması lazım gibi. Bu anlayışı mentaliteyi de değiştirmek lazım. İnsanlar genel olarak ASM, hastane ya da Sağlık kuruluşunu doğrudan ilaca erişebileceği bir kanal olarak görüyor. Aslında biz genel anlamda toplumsal olarak sağlığı koruma ya da geliştirme şeylerine galiba biraz da ağırlık vermemiz gerekiyor. Yoksa biz tek başımıza mücadele edersek, yalnızız. Bizde sadece ilaçlarda değil genel bir sağlık tüketimi ilişkisi var. Mesela geçenlerde bir karı-koca kavga etmişler. Polis çağıracaktı ambulans çağırması kadın. Başkasının ihtiyacı varken düşünsenize gereksiz yere meşgul ediyorsunuz. Ya da ben dişi ağrıyıp ambulans çağırdığını duydum. Nerde kaldınız diye bir de görevliyi azarlıyor. Şimdi biz mesela yurtdışında kurallar çok katı, orada bir polise bir doktora nasıl davranacağını herkes biliyor. Kurallara uymadığında başına gelecekleri de biliyor. Bizim Türk vatandaşları Türkiye’ye geldiğinde orada uyduğu kurallara uymuyor. Yere çöp atıyor en basitinden, sakız atıyor. Bunun sistemle alakası var.” (D-12: Doktor, erkek, 6 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Genel olarak doktorların tümünde eleştirilerin, özellikle kendi mesleki pratiklerinden hareketle ilaç tüketimiyle nasıl başa çıktıkları sorulduğunda, özneyi üreten kalıplara yöneldiği ortadadır. D-12’nin “anlayışı değiştirme” vurgusunun bu anlamda önemli bir katkı olduğu söylenebilir. Neoliberalizmin tüm insani pratiklere sızarak bir davranış yönetimi olarak işlediğini belirtmiştik. Bu noktada asıl mücadelenin de hiç kuşkusuz önce üretimin kendisi ve tarzıyla olması gerektiği anlaşılmaktadır. Aksi takdirde çoğunluk, kendi çıkarlarını da riske atmamak adına sisteme karşı hareket etme cesareti göstermeyebilecektir.

D-15 tam da bu bağlamda “suyun akışına iş yapmanın” hastalar tarafından normal algılanmadığını ve olumsuz sonuçlar doğurduğunu belirtmiştir. Gelecek kısımda da ele alacağımız üzere aslında şiddet görme korkusunun doktorlarda sisteme uyumlanmayla yakın bir ilişkisi olduğu anlaşılmaktadır.

“Burayı tabiri caizse bir bakkal gibi görüyorlar. Daha önce yazdırdıkları ilaçları yazdırmaya geliyorlar. Ve sizin göreviniz onu yazmakmış gibi davrandıkları için tabii ki siz olağan giden bir suyun akışına ters bir şey yaptığınızda da herkes “sen bunu nasıl yapmazsın” mesela “sen bu ilacı nasıl bana yazmazsın” diye bakıyor. Yani böyle şey her an bir kıvılcım bekliyor herkes yani bence bu nedenle en çok şiddete her zaman yakınız. Siz o olağan doktorluk, hastanın sizden beklediğinin dışında bir şey yaparsanız kesinlikle burada şiddetle burun burunasınız ki bir de burası sosyo-kültürel düzeyi düşük bir yer olduğu için daha fazla karşı karşıyasınız. Yani ister istemez siz de bu düzene ayak uyduruyorsunuz.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Doktorlar tarafından öne çıkarılan en önemli konulardan biri de kendilerini sistemin çoğu zaman içinde görmemeleridir. D-17 kendisine gelen hastalarla özellikle ihtiyaç dışındaki tüketimlere karşı durduğunu, usulsüz rapor taleplerine karşı çıktığını ama bunun sonucunun kendisine olumsuz yansımaları olduğundan söz etmiştir. Aslında suyun akışına ters ama etik bir davranışta bulunmanın genel sonuçlarından biri cezalandırılmak olarak karşımıza çıkmaktadır.

“Artık çoğu hekim bunlardan bayağı bir sıkıldı çünkü devamlı aynı hastalarla kavga edeceksin seni koruyacak herhangi bir şeyin yok ve bir de hekim puanlama sistemi var. Ben şimdi bu hastaya bir şey desem bak benim, benim şu anki puanım %30, 100 üzerinden 30 almışım yani. Hani hangi birisi için yapılınsın? Usulsüz rapor isteyen ayrı bir yandan, şeyi ben sadece tabii aile kimliğinin sorunlarından bahsedebilirim. Ama git bir ortopediye sor, o da başka bir boyuttan bahseder. Ben mesela usulsüz raporu bir gün ortopedist abime söyledim. Canım kardeşim dedi zannediyorsun sana usulsüz rapor isteğiyle gelen bana başka bir usulsüz istekle gelmiyor mu. Mesela bana adam geliyor, diyor ki B12 vitamini baktırmaya geldim. Neden diyorum yani bir insan neden B12 vitamininin hangi seviyede olduğunu merak eder ki? Bunun hakkında eğer senin şeyin varsa hani bir patolojik bir bulgun varsa onunla gel bana veya şunu de en azından de ki hocam ben geldim. Doktor bey benim ellerimde titreme olabiliyor. Baş dönmeleri bulunuyor. Yakın zamanda unutkanlıklarım çok arttı gibi bir şeyler söylersin. Ben de uygun olan tedavi veya uygun olan tetkikleri uygulayım. Fakat olay öyle bir laçkalaştı ki artık, B12’me baktırmaya geldim. D vitaminime baktırmaya

geldim. İşte ilacı yazdırmaya geldim. Bu bu yani B12'me baktıracağım D vitaminime baktıracağım...”

Diğer taraftan D-17 performansına dayalı sistemin giderek genişlediğini bunun doktor otoritesi ve bilgisini niceliksel ölçütlere hapsettiğini düşünmektedir.

“Şimdi Sağlık Bakanımız zaten daha yeni açıklamalar yaptı. Hatta sabah biz de arkadaşlarla onun şeyini yapıyorduk. Şimdi sina.gov.tr diye bizim bir ilaç takip sistemiyle oluşturdular. Türkiye'deki bütün doktorlar ortak bir havuza toplanıp mesela atıyorum kaç muayene yapmışım 1000 tane muayene yapmışım Temmuz ayında. O muayeneden kaç tanesinde antibiyotik var? Evet, bana gösterdiği şey bu kadar mesela benim mesela %98 atıyorum. Benim şu anki şeyim %98'lerde herhalde benim yerli ilaç kullanım oranım. İşte antibiyotik kullanım oranındaki yerli, yabancı reçete nedir vesaire bir de kaç kutu ilaç yazılmış. Türkiye'de ortalama reçete başına düşen ilaç sayısı ne? Benim yazdığım ilaç sayısı ne. Şimdi bu biraz daha yanlış bir sistem olmuş çünkü aile hekimlerinde açıkçası ilaç kutusu sayısı çok daha fazla, neden? Çünkü biz daha çok genel kronik hastalığın ilaçlarını da burada yazıyoruz. Dolayısıyla adam bir giriyor tansiyonu var, şekeri de, tiroidi de var. Altı kutu ilaç yazıp gönderiyorsun sen burada. E şimdi benim yazdığım ilaçla cildiyececinin bir kutu kremini aynı havuza koyarsan ben beş kutu ilaç yazmış olurum, o bir kutu yazmış olur. Bu tür konular tabii ileride hekimleri daha dikkatli davranma yoluna çekiyor, zaten Sağlık Bakanı da daha geçen günlerde bir açıklaması var. İlaç fazla ilaç yazan hekimlerimizi uyaracağız deyip ama burada ilacı yani uyaracağı kısım çok daha başka. Yani bu durum biraz daha oy potansiyeline kalıyor aslında. Yani vatandaşa diyemediğinde sen burada doktora diyorsun eh doktor da vatandaşa ne diyebilir? Ben ne diyebilirim yani bu adama? Her birisinin evde koli koli ilaçları varken, hala gelip ilaç yazdırmaya devam ediyorsa ben ne diyebilirim ki o zaman? Ya orada adam akıllı bir şekilde bir sistem geliştireceksiniz. Doktora bir inisiyatif vereceksiniz ki devlet hakikaten bu kadar şiddetli zarardan bir şey yapsın.” (D-17: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-17 performansına dayalı sistemin devlet ve vatandaş arasındaki ilişkiyi zedelemeyen ve tüketim üzerinden kuran önemli bir eksiklik yaratacağını belirtmektedir. Burada gerçekten de doktorun oynadığı rolün dönüştürücü değil bir tampon işlevi taşıdığı bir kez daha belirtilmelidir.

6.2. Şikâyet ve Tehdit Edilme Korkusu: “Biz hepimiz iyi doktor olacağız diye mezun olduk”

Görüşülen doktorların önemli bir kısmı üzerlerindeki davalardan, hasta şikâyetlerinden ve tehdit unsurlarından önemli ölçüde etkilendiklerini ve kendileri için yıpratıcı konulardan olduğunu belirtmiştir. Konvansiyonel şiddet tanımlarında yer almayan aslında talepkârlık ve ısrarcılık da dahil olmak üzere psikolojik bir şiddet olarak tanımlanması mümkün diğer bir şiddet türü de şikâyet etmek ya da şikâyet tehdidinde bulunmaktır. Bir doktoru, Sağlık Bakanlığı üzerinden “isimsiz olarak” ve “herhangi bir nedenle” şikâyet etmek oldukça kolaydır. Sonucunda bir yaptırım olmasa bile, doktorlar hastalar tarafından bu şekilde ihbar edilmenin kendilerinde değersizlik, bıkkınlık ve haksızlık hissini uyandırdığını düşünmektedirler. Hekim örgütleri, özellikle SABİM hattının hekimler ve hastaları karşı karşıya getirdiğini, hekimleri hedef gösterdiğini ve hastaları şikâyet sevkettiğini belirtmişlerdir (Yıldırım, 2013). Görüşme yaptığım tüm doktorlar şikâyet edildiklerinde kendilerini “potansiyel bir suçlu” gibi hissettiğini söylemiştir. Özellikle ifade alınması süreçlerinin kendileri için çok onur kırıcı olduğunu, hatta bu nedenle geçmişte intihar eden meslektaşları olduğunu söylemişlerdir.

Örneğin D-13 aşağıda yer alan ifadesinde de göreceğiniz gibi, bu süreçte yalnız kaldığını ve demek ki kendisinden en nihayetinde istenen şeyin hastanın gereksiz talepleri karşısında eleştirel bir tavır takınmamak olduğunu düşünmektedir.

“Ben size kendi özelimde, yine bir grup doktorun ne yaptığını söyleyeyim. Biz hepimiz iyi doktor olacağız diye mezun olduk, hastanın tedavisi için gereken ilacı yazacağız diye mezun olduk. Ama şu an belki bir ikisi buna devam ediyor. Hastalara hala her seferinde direnç gösteriyor. Önemli bir kısmı kesinlikle vazgeçmiş durumda. Şiddetten hakaretten, yine bunun devamında Bakanlığın bizi korumamasından yani mesela geliyor “bana bu ilacı yaz” diyor, ben de diyorum “bak bu senin için uygun değil” çıkıyor şikâyet ediyor beni Cimer’e, Sabim’e ve benden savunma isteniyor. Yani şey denmiyor hastaya, “doktor uygun görmediği ilacı tabii ki yazmaz” denmiyor. Sen bir savun bakalım kendini, sürece giriyoruz, ifade veriyoruz. Kendimizi suçlu gibi hissediyoruz. Sonunda belki ceza almıyoruz ama o süreç bile insana diyor ki “Abi devlet bile çok da benim yanımda değil yani”. Yani ben hakkımı savunuyorum ama napayım yani devlet demek ki yazmamı istiyor yani deyip bir noktadan sonra... Yani doktorlar için de bu olay insanların örselemesi seni git gide azalıyor azalıyor azalıyor

bir süre sonra uyum gerçekleşiyor. İnanın herkes böyle, herkes şu an malpraktis konusunda kendini zora sokmayacak her şeyi hemen hemen yapıyor. Yeter ki malpraktis konusunda kendini zora sokmasın, ona zarar vereceğini düşündüğü ilacı yazmaz ama fayda göstermeyeceği ilacı yazar. Mesela nedir antibiyotik, “karnım ağrıyor antibiyotik yaz” diyor. Mesela diyor ki ben dava yemem buradan diyor. “Tamam kavgaya etmeyelim de sen bana küfretme de” diyor. “Yazayım git napayım” diyor. Herkes bu modda şu an, kendimizi kurtaralım. Malpraktis davalık olmayalım, Bakanlık bize kızmasın. Tek hassas noktası doktorların çocuklar, benim de öyle yani. Çocukta direnç gösteriyoruz. Çocuksa yazmıyoruz zaten git ne yaparsan yap ama yetişkinse ve hakaret ediyorsa sana senin hayatın bu ben ne yapabilirim ki sana?” (D-13: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-13 bu konuda kesinlikle bir istisna değildir. Bu bağlamda hekime şiddeti konu edinen bir başka nitel çalışmanın sonuçlarına baktığımızda benzer şeylerle karşılaşmaktayız. Doktorlar, iş yükü ve hasta sayılarına şikayet tehdidi ve şiddet tehdidi eklendiğinde ortaya çıkması muhtemel bir sürtüşme ya da fiziksel saldırıyı önlemek için uygun görmedikleri ve gereksiz buldukları hasta taleplerini yerine getirmektedirler (Çorbacıoğlu, 2017, s. 159). Aslında bir bütün olarak düşünüldüğünde sadece doktorlar ve mesleki pratikleri değil hizmet sunumunun niteliği, halk sağlığı ve hasta karakteri de bu ilişkiler içinde bozulmaya devam etmektedir.

Görüşme yaptığım doktorlar kendilerinin en çok da gençler tarafından şikayet edildiğini belirtmişlerdir. D-3 özellikle dönem sonları kendilerine rapor talepleriyle gelen öğrencilerden söz etmiştir. Aslında alınan bu raporların ne şekilde alındığı herkesçe bilinse de kimsenin bu gerçekliği sorgulamadığını belirtmiştir. Türkiye’de sınav zamanları yoğunlaşma gerekçesiyle rapor alma ve okula gitmeme davranışı çok yaygın olsa da özellikle eğitim sisteminin bunu görmezden gelmesi neticesinde “sağlık raporu” bir eğitim izni yerine geçmiştir.

D-3 en çok genç hastalarına rapor vermediğinde kendisini şikayet ettiklerini belirtmiştir. Üstelik bu şikayetlerin içeriği de en az raporun eğitim izni olarak kullanılması kadar tuhaf olabilmektedir. Rapor yazmayan bir doktor örneğin, “üslubu nedeniyle” şikayet edilebilmektedir.

“Hasta hırçınlığı oldukça yorucu oluyor. İnsanlar genel olarak sağlık kuruluşlarına gittiklerinde bambaşka biri olup çıkıyorlar. Bu birbirlerine karşı olabildiği gibi biz doktorlara karşı da olabiliyor. Bu nedenle olabildiğince uyumlu davranmaya çalışıyoruz. En azından ben kendi adıma bunu yapıyorum. İnsan verdiği emeğin

karşısında saygı bekliyor fakat bu neredeyse hiç yok. Eskiden doktor sayısı az, mevcut doktorlar da kıymetliymiş. Şimdi en ufak bir şeyde seni hemen şikâyet ediyor, üzerine yürüyor falan. Beni rapor yazmadım diye şikâyet ediyor öğrenciler. Yani o da çok ilginç bir şey. Yıllardır bu raporların neden alındığı belli. Karşılıklı birbirimizi kandırıyoruz. Yani bunlar ufak şeyler ama bir süre sonra sizi yıpratıyor. Yani burada ne kadar anlattırsan anlat, çıkarlarıyla ters bir iş yapıyorsan şikâyet edilebiliyorsun ya da bir kavganın içinde bulabiliyorsun kendini.” (D-3: Doktor, kadın, 8 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.).

Bu konuda online şikayetleri değerlendiren kişi ya da kurumların belirsizliği de katılımcılar tarafından öne çıkarılmıştır. D-10 birtakım şikayetlerin içeriğe bakılmadan, detayları incelenmeden dikkate alınmasından dolayı sıkıntı duyduğunu ifade etmiştir. Bu tür şikayetlerde değerlendirme yapan kişi ya da kurumların hangi gerekçelerle ve hangi kurala uygun bir değerlendirmede bulunduğu büyük ölçüde bilinmemektedir. Zaten hatırlayacak olursak, şikayetlerin çoğu hastanın yalnızca öfkesini kustuğu bir alan açmaktadır. Doktorların büyük çoğunluğu bu şikayetlerden bir sonuç çıkmadığını ama kendi kişilik ve meslekleri için değersizleştirici olduğunu vurgulamıştır.

“Yani bir de yazmadığınızda şikâyet tarafı var. Yani bizim uygulamadığımız bir şey bize şikâyet olarak dönüyor. Yani kurum da bizi denetlemenin peşinde yani olmayan bir şeyi şikâyet ediyorlar, kurum da denetliyor. Hatta bence direk bekleniyor, bir şikâyet gelsin onu değerlendirelim, işlem yapalım diye ama hiç onun içeriği değerlendirilmiyor. Şikâyet edilen yer de bizden daha yetenekli olması lazım, daha bilgili çalışması lazım ama ben orada sağlık personelinin çalışmasından bile şüpheliyim yani o derece bize dönüşler oluyor yani burada olmadığımız gün için sorular soruluyor mesela ben o gün orda değilim yani o derece değişik şikayetler oluyor.” (D-10: Doktor, erkek, 3,5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Doktor ve hasta arasındaki karşılaşma bir uzman ve hasta arasındaki iki yetişkinin karşılaşması olarak görülse bile, diğer örneklerde de görüldüğü gibi hastalardaki talepkarlık ve ısrarcılık ilişkiyi farklı bir noktaya taşımaktadır.

Bu bölümü noktalarken öne çıkan sonuçları sıralayacak olursak: Gereksiz ve aşırı ilaç talepleriyle ilgili sorunun yerelleşme politikasının en zayıf noktası olduğunu belirtmeliyiz. İlaçta yerelleşme politikasının kendiliğinden bu talepleri azaltması söz konusu olamaz. Bir önceki bölümde, doktorlar tarafından hastanın aşırı ve gereksiz ilaç tüketmesinin genelde bireysel bir tutum olarak anlaşıldığını görmüştük. Oysa

doktorlar da tüketimi körükleyen eylem ve davranışlara karşı duramamakta ya da tam tersi biçimde bunlara gönülsüzce katkıda bulunmaktadırlar. Performans ya da şiddet, tehdit ve hakaret gibi nedenlere dayalı olarak ilaç talep eden bir hasta karşısında ortaya çıkan duruşun çok güçlü olmadığı anlaşılmaktadır. Böylelikle tek başına hastaları ya da tek başına doktorları eğitmek tüm bu yapısal sorunların aşılması için yeterli değildir. Dolayısıyla medikal yönetim kavramına yalnızca hasta ve sağlık çalışanları perspektifinden değil hükümet, sermayedarlar, sağlık kurumları, Sağlık Bakanlığı ve meslek örgütleri de katılarak düşünülmelidir.



7. YERELLEŞME MESLEKİ TUTUMLARIN NERESİNDE DURUYOR? İLAÇLAR VE (MEDİKAL) ÖZNELLİKLER

İlaç tüketimiyle ilgili genel dönüşümü anlamamızı sağlayabilecek önemli konulardan biri ilaçla ilişkilen meslek gruplarındaki genel dönüşüme bakmayı gerektirmektedir. Bu bölümde üç ana başlıkta “doktor olmak”, “eczacı olmak” ve “ilaç mümessili olmak” sorunsallaştırılıyor. İlaçla yakından ilişkili ilk iki meslek grubunda ilaçla kurulan ilişkinin tarihsel süreç içerisinde bir dönüşüm yaşayarak piyasa eksenli bir yapılanma süreci geçirdiği anlaşılrken, ilaç mümessilleri özelinde yerli şirkete çalışma deneyiminin ilaçla kurulan ilişkiye etkileri anlaşılmak isteniyor.

7.1. Doktor Olmak: “Bizler çoğunlukla ilaç yazıyoruz”

2020 yılında gerçekleştirilen Türkiye’de Çalışma Hayatı ve Meslekler Araştırması raporuna göre en itibarlı meslekler sıralamasında tıp doktorluğu birinci sırada yer almıştır (Sunar, 2020). Katılımcılara bu raporun sonucu hakkında da bilgi verilerek kendi mesleki deneyimleri ve özellikle tedavi ve ilaçla ilişkilenme biçimleri üzerine sorular yöneltildi. Öncelikle meslekleri hakkındaki düşüncelere bakalım.

Katılımcılar her şeyden önce mesleki itibarı saygıyla beraber düşünmüş ve kendilerine yeteri kadar saygı duyulmadığını ifade etmiştir.

“Türkiye’de doktorluk özenilen bir meslek ama saygı düzeyi oldukça düşük. Doktorlara çok saygı duyulduğunu düşünmüyorum. Eskiden oldukça itibarlı bir meslek olduğunu söyleyebiliriz. Eskiden yeni mezun bir aile hekimi bile itibar görebiliyormuş. Ben itibar kavramına saygıyla ilişkili olarak bakıyorum. Türkiye’de mesleğe karşı bir itibar varsa da halihazırda tek garanti meslek, pilotluk var mesela bir de ama o da çok zor bildiğim kadarıyla. Diğer taraftan doktorluğun maddi getirisi de iyi o yüzden de saygın bir meslek olarak görülüyor. Kendi deneyimimden de yola çıkarak çok saygı duyulduğunu sanmıyorum. Malum şiddet olayları da ortada.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Özellikle Aile Hekimliği uygulaması nedeniyle doktorlar hastayla aralarında “teklifsiz” bir ilişki oluştuğunu düşünmektedir. D-16 bu anlamda aile hekimliklerini “bakkala çakkala uğrarken” geline bir yer olarak düşünebileceğimizi belirtmiştir. Aynı zamanda hastalar nezdinde de bir sağlık kuruluşu gibi görülmekten ziyade alış-veriş yapılan bir yere dönüştüğünü düşünmektedir. Burada alış-verişin nesnesi hiç kuşkusuz ilaçtır.

“Eskiden doktorun saygınlığı vardı. Hastalar içeri girerken önünü ilikleyerek gelirdi. Dışarıda doktoru şunları şunları soracağım diye hani en azından bir hazırlık ile gelirdi, şimdi bakkala çakkala uğrarken hele ki aile hekimliği buradan sıra mı alınır, buradan randevu mu alınır, burası sağlık ocağı diyor buraya hastane sağlık kuruluşu bile olarak görmüyor. Market, bakkal gibi görüyor. Giriyor şu ilacımı yazacaksın, mecbursun gibi. Ya onlara girmek istemiyorum ama açık konuşmak gerekirse ben doktorluk mesleğindeki saygınlığın eskiye nazaran çok çok kalktığını düşünüyorum.” (D-16: Doktor, kadın, 16 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-5 mesleğin genellikle kurtarıcılık misyonu atfedilmesi nedeniyle kutsallaştırıldığını ama Aile Hekimliği uygulamasında doktorluğun ilaç yazmakla ilgili bir işe dönüştüğünü düşünmektedir.

“Mesleğe ilişkin toplumda olumlu bir algı var, genel bir algıdan söz ediyorum. Doktor deyince akla hemen prestijli bir iş olduğu geliyor. Çünkü kurtarıcılık misyonu var bu mesleğin. İyileştiriyorsun, hastalıktan kurtarıyorsun vs. Ama esasında öyle değil. Bir kere özveri bütün işlerde var. Bu meslekler toplumdaki düzeni sağlayan damarlar gibi, bunlar aracılığıyla birtakım işler yerine getiriliyor yani bir başka meslek de yapılmadan benzer aksamalara neden olabilirdi. O yüzden ben mesleğime kutsallık atfetmiyorum. Kutsal meslek olmaz, kutsal insan olur. Ama sorsan ki biz toplum olarak da meraklıyız her şeye kutsiyet atfetmeye, eminim herkes saygı görmek istiyordur. Ben özverinin tüm meslek kollarında gerekli olduğunu düşünüyorum, buna kendi yaptığım iş de dahil. Bizim şu anki asıl ve temel işimiz şu pozisyonda eğer doktorluk nedir diye sorarsan, ilaç yazmak olmuş. İlaç da tedavinin önemli bir unsuru bunu inkâr edemeyiz ama şöyle bir şey var. Birincisi, ilaç tedavinin zorunlu unsuru olmalı, en son müracaat edeceğimiz şey olmalı maalesef öyle değil. İkincisi özellikle buradaki halkın büyük çoğunluğu spor yapmıyor, yürüyüş yapmıyor ve beslenemiyor belki. Üstelik bunları söylediğinizde size tuhaf tuhaf bakıyorlar. Çünkü ilaç yazdırmaya geliyor yani.” (D-5: Doktor, erkek, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-5 hastalarında tedaviye ilişkin önerilerin bile tuhaf karşılandığını düşünmektedir. D-20 de benzer şekilde tedavi edici sağlık hizmetlerindeki yoğunlaşma ile doktorun bilgi ve becerisini kullanacağı, saygınlığına etki edeceği otoritenin zayıfladığı düşüncesindedir. Diğer taraftan hatırlanacak olursa doktorlar özellikle yoğun çalışma süreleri nedeniyle mesela ilaçlar gibi tedavide önemli bir rolü olan unsurlar üzerinde yeterince düşünemediklerini ya da kendilerinin böyle bir sorumluluğu olmadığını da düşünmekteydi. Aşağıda yer alan ifadelerde de görüldüğü gibi hastanın çoğu durumda kendi ilacına karar verici bir pozisyonda yer aldığı ya da doktora karşı güvensizlik duygusu yaratmasının doktor için söz konusu düşünceyi pekiştiren bir davranış olduğu anlaşılmaktadır.

“İnsanlar genelde çocuklarının doktor olmasını istiyor ama doktora karşı bir saygınlık maalesef yok. Giderek azalıyor. Güven de azalıyor. Mesela bir doktor ona bir teşhis koyuyor. Ondan sonra bir de falanca hastaneye gidip onu onaylatıyor. Doktoru doktora onaylatma olayı çok fazla, görüş almak diye bir şey çıktı. Önceden doktorların sorgulandığına nadiren şahit olurken şimdi bu durum aşırı yaygın bir hal aldı. Özel hastaneler başlarda çok ciddi ölçüde muayene ücretlerini düşürdüler yani insanların devlete gidip sıra beklemek yerine özelde muayene olmalarına sebep olacak denli tercihlerini yönlendirdiler. Sağlık hizmetlerine aşırı erişim de aslında bu saygınlığı ve doktora olan güveni düşürdü. Kampanyaları görseniz bazen şaşıyorum. Ya da yani gözüm alışı herhalde ya. Utanmasalar “çıkın çıkın gelin” diyecekler. Yani bu şekilde bir yapılanma var ve ben bunun düzelmesinin çok zor olduğunu düşünüyorum. Yani şu an bizim muayene ücretlerimiz çok arttı. Resmen şu an kriz fırsata çevriliyor. İnsanlar devlet hastanesinden randevu alamıyor, bize geldikçe ne oluyor bu sefer talep artıyor ücretler artıyor.” (D-20: Doktor, kadın, 22 yıldır meslekte ve özel bir hastanede İç Hastalıkları uzmanı olarak görev yapmaktadır.)

Diğer taraftan D-2 tedavinin ilaçla eşitlenmesinden şikâyet eden hekimlerden biridir. Zaman zaman hastalarının muayene süresi uzadığında verdiği tepkiden söz ederek, hasta olmanın artık aciliyet içeren bir konu olmadığını da düşünmektedir.

“İlaç yazdırma talebi çok yüksek ama mesela “Gel bir muayene edeyim” diyorum. “Hocam gerek yok ben zaten bunu yıllardır kullanıyorum, bildiğim bir ilaç” diyor. Hatta çok sık yaşanan ve eminim birçok arkadaşımın da şahitlik ettiği bir şey var. Şimdi buraya biri hasta olarak gelmişse, siz ne düşünürsünüz? Bu insan hasta yani tedaviye yani doktora ihtiyacı var. Ama diyelim biraz uzun tuttunuz muayeneyi şey diyen var; “Şimdi bir yere yetişmem lazım.” Hani bu şey gibi şimdi gideyim sonra

yine gelirim gibi bir şey. Hasta olmak aciliyet içeren bir şey değil aslında tolere edilebilir bir tarafı var artık. Ben gideyim müsait bir zamanda tekrar uğrarım gibi, gerçekten de komşuya gider gibi doktora gidiliyor. Doktora da ilaç yazdırmak için gidiliyor.” (D-2: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-15 de hastalarının daha çok muayene olmaya değil de ilaç yazdırmaya geldiklerini düşünmektedir. Bu anlamda Aile Sağlığı Merkezleri’nin yapılanmasında da genel anlamda koruyucu sağlık hizmeti yerine tedavi edici sağlık hizmetine başvurulduğu ve bu yönde sürekli bir genişleme olduğu çok açıktır.

“Emr-i vaki durumlar çok fazla oluyor. Çünkü elinde ilaçla gelen bir insan. Neden ilaçla gelir ki? Yani ben muayene falan istemiyorum, sen doğrudan benim ilacımı yaz gibi bir şey oluyor. Bu tür durumlarla zaten sadece ben değil genel olarak ASM doktorları çok sık karşılaşıyor diyebilirim. Yani hani bir kere onun o ilaca ihtiyacı olup olmadığını değerlendiriyorum. Eğer ilaca ihtiyacı varsa ve benim yazacağım kendi aklımda olan etken maddeyle aynıysa onun istediğini yazabiliyorum. Yazıyorum hatta yani. Ama mesela benim yazacağım etken maddeyle, onun elindeki ilacın, etken maddesi aynı değilse diyorum ki hani bunu kullanmanıza gerek yok benim yazacağım ilacın daha faydalı olduğunu, onun hastalığına daha faydalı olacağını anlatıyorum ama genelde eğilim kendi söylediği ve inanç geliştirdiği ilacı yazdırma yönünde oluyor. Size zaten ilaç yazdırmak için geliyorlar. Şimdi aslında bu görüşme iyi oldu şu açıdan ben de kendimi sorguladım hakikaten, ben ne yapıyordum dedim. Mesela antibiyotik için geliyor. “Hocam ben antibiyotiksiz iyileşmiyorum” diyor. Mesela antibiyotik yazmaya gerek yok, güzel bir şekilde istirahat etse yazdığımız gribal ilaçları kullansa yeterli ama bunu anlatmak açıkçası zor oluyor.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-6 da ASM ile kurulan yakın ilişkinin aslında mesleki gereklilikleri yerine getirmede doktoru zorladığına vurgu yapmıştır. Yine D-6’da aslında çok sıkça söz edilen yurt dışı örneklerinde Aile Hekimliği oluşumunun bizde olduğundan çok farklı biçimde koruyucu sağlık hizmetlerine odaklandığı görülmektedir. Yerel örnekte bu bağlamda Aile Hekimliği işleviye daha çok ilaç alınan yer, dolayısıyla tedavi edici sağlık hizmeti ve kuruluşlarına hizmet eden bir şey olarak karşımıza çıkmaktadır.

“Geçmişte doktorlara karşı daha saygılıydı insanlar, daha böyle çekingen daha saygılıydı. Mesela ben kendi çocukluğumdan hatırlıyorum. Annem bizi doktora götüreceği zaman mutlaka iç çamaşırımızı yeni giydirirdi, temiz. Şimdi hasta evden terlikleriyle çıkıp geliyor. Yani eski zamanda biraz daha kıymeti biliniyordu

doktorluğun, şu anda o kadar değil. Bunda bizim yaptığımız işle ilgili de değişimler söz konusu. Aile Hekimliği mesela yurt dışında daha farklı bir misyona sahip. İnsanların hasta olmadan önce yapmaları gerekenlerle ilgileniyor. Bize ise hasta olduktan sonra geliyor insanlar biz de en fazla ilaç yazıyoruz. Ya da uzman doktora yönlendiriyoruz. Aslında işlemi biraz daha uzatıyoruz. Biz kendi görevimizi yerine getirsek hem sağlık tüketimi daha az olur hem insanlar aslında bir antibiyotiğe bir ağrı kesiciye böyle saplantılı biçimde başvurmaz. Bilemiyorum yani bu düzenin değişmesi gerekiyor.” (D-6: Doktor, kadın, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-12 hastayla kaliteli etkileşim gelişemediği için “yazsın alayım” şeklindeki düşünceden dolayı hastaların doktorla reçete yazmak bakımından bir ilişki kurmaya başlamış olduğunu düşünmektedir. Yazsın alayım şeklindeki düşünce de büyük ölçüde alışveriş analogisiyle anlaşılmalıya muhtaçtır. Yinelemek gerekirse ilaçlar zorunlu tüketim maddesi olarak düşünölmekten çıkmakta ve satılan bir mal/ürüne dönüşmektedirler.

“İlaç yazdırma hedef göstererek yazdırma çok fazla. Genelde anlatıyoruz bunu size yazmanın da sizin almanızın da faydası yoktur diyoruz. Hasta daha çok şeye odaklı, “yazsın alayım”. Bazen mesela renkle tarif ediyor. Falan renkli ilacı istiyorum ben diyor. O yazdığımız var diyorum, “hayır daha iyi geliyor bu” diyor. Yani tamamen eğitim ya eğitim yani dönüp dolaşıp oraya geliyor. Ondan göreceği zararı da hesaba katsa gelip bana söylemez zaten. Ağrı kesiciler bakterilerle, virüslerle, mikro ajanlarla ilgili değil. Ağrı kesiciler tamamen beyinle alakalı bir şey beyinde hissediyor biz onu fakat ağrının lokalizasyonu işte en uç noktada parmakta olabilir, iç organlarda, karında ve midede olabilir. Buradan beyne yollarla gittiği için ağrı kesicilerin o yolları bloke etmesi söz konusudur. Yani burada antibiyotikler gibi direnç gelişmesi söz konusu değildir. Fakat işte bu ağrı kesicilerin etken maddelerine karşı veya işte ilacın yapımında kullanılan diğer yan maddelere karşı reaksiyonu söz konusudur. En çok da midede yani mideyi, midede parçalandıkları için bu şekilde farklı tahribata neden oluyorlar. Parmakta, midede hala sıkıntı var ama bunlar beyne ulaşamadığı için hissedilmiyor. Ağrı kesici baskılıyor. Ancak sen bunu kime anlatıyorsun.” (D-12: Doktor, erkek, 6 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Aynı şekilde D-18 de hastalarının ASM ile, doktor ve ilaçlarla gayri-ciddi ilişkilendiğini düşünmektedir. D-18 sistemin bu şekilde kurulduğunu da vurgulamaktadır. Gerçekten de koruyucu sağlık hizmetlerine dair hiçbir şeyin

konuşulmadığı ve herhangi bir yönlendirmenin yapılmadığı ASM’lerde hastanın ilaç beklentisi üzerine kurulu bir anlayış giderek yerleşmektedir.

“Özellikle Aile Hekimliği sistemiyle birlikte doktora ve ilaca ulaşmak çok kolay. O yüzden yani buraya gezmeye gelir gibi saat 10’da kahvaltılarını yaptıktan sonra üç-dört çocuğunu birlikte alıp gelip bakın işte ilerlemeden getirdik burunları akıyor. Yani tamamen ilaç yazdırma odaklı geliniyor. Hasta eğer bir ilacı yaz dediği an yazarım ben o ilacı. Yani hastanın beklentisi budur. Bize gelir zaten genellikle üst solunum yolu enfeksiyonu için gelmiştir. Ben de bu beklentiyi karşılarım. İlaç yazmayı gerektirmeyecek durumlarda anlattığım karşı tarafa tabi oluyor ama zaten sistem bunun üzerine kurulu.” (D-18: Doktor, 10 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-8 de ilaçlarla ilgili kontrollü bir tüketimin gerçekleşemediğini vurgulamıştır. İlaç yelpazesinde genişlemenin tüketimde yarattığı kontrolsüzlük, D-8’e göre de doktora sadece ilaç yazdırma talebiyle gitme eğilimini doğurmaktadır.

“İlaç yazdırma ile ilgili ciddi bir talep oluyor. Hatta bizler çoğunlukla ilaç yazıyoruz. İlaç tüketimi gereğinden fazla haliyle. Devlet ilaç konusunda oldukça cömert davranıyor, insanlar da her istediklerinde mesela ilaç almak için doktora gidiyor. Geri ödeme listesindeki ilaçlar da arttı. Bu nedenle de insanların ilaca erişimi giderek artıyor. 2000’li yılların başlarında antibiyotik fiyatlarının %80-90 daha pahalı olduğunu görüyoruz hatta eczacılar da yakınlarına ayırırlardı önemli ilaçları. Ama şimdi de tam tersi biçimde ilaç çok fakat yine suiistimal var, insanlar çok hızlı ulaştıkları için talepleri de ilaca karşı artıyor.” (D-8: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-17 de koruyucu sağlık hizmeti vermenin Aile Hekimliği’nde genel bir amaç olmasına rağmen bunu yapamadıklarını çünkü ilaçlardan buna sıra gelmediğini düşünmektedir.

“Mesleğin eskiden çok daha itibarlı olduğunu düşünüyorum. Ya şimdi o kadar pek böyle bir itibar sahibi olduğumuzu düşünmüyorum. Hastalardan çok büyük saygı gördüğümüzü de düşünmüyorum açıkçası. Çok fazla hastalarla yüz göz olmaya alıştık. Benim yurt dışında yani bulunduğum yer itibarıyla. Arkadaşlarım hep international bir bölümde. Açıkçası İspanya’da da doktorluk yapan var, Portekiz’de de var, Fransa’da da var, Norveç’te de var, İsveç’te de var, İngiltere’de de var. Avrupa’nın çeşitli yerlerinde de benim İsrail’de de var. Bundan daha az saygı görülen başka bir meslek yani doktorluk açısından diyebilirim size net. Hani Norveç’te olan arkadaşımı size şey

yapayım, en basitinden örnek vereyim. Arkadaşım yine koruyucu sağlık hizmeti veriyor. Yine aile hekimliği yapıyor ama mesela her hastaya bakılmıyor mesela orada. Arkadaşımın bana söylediği yani daha çok koruyucu sağlık hizmeti yapıp bireyleri hasta olmadan önce koruyabilmek. Bizim burada bak mesela birazdan bir tane hastam girecek içeri o hastam mesela daha çok üsye (üst solunum yolu enfeksiyonu) tanısıyla devamlı buraya geliyor. Ya biz burada üsye, diş çürüğü veya yazdığımız RPT muayenelerini bitiremedik. RPT dediğimiz olay yani devamlı gelen hastaları tekrar tekrar reçete ettirip gönderiyoruz. Şeker hastası geliyor, tansiyon hastası geliyor. Onların ilaçlarını tedavi edip edip gönderiyoruz. Fakat bunları bırakamıyoruz. Bunlar bir yandan, gelen üsye vakaları veya gastroenterit vesaire daha çok birinci basamak sağlık hizmetlerini görememekten artık koruyucu sağlık hizmetlerini burada unuttuk. Diğer arkadaşlarımız bunlarla şey olmuyorlar yani doktora ulaşım biraz daha kısıtlı. Kısıtlı olduğu için insanlar doktora ciddi anlamda ciddi sıkıntıları için geliyorlar. Burada Türkiye'de durum biraz daha değişik. Tamam vatandaşımız her zaman doktora kavuşsun ama bir şeyleri sanki hızlı bir şekilde kavuşmak şeyi kaybettirdi artık. O aradaki saygıyı kaybettirdi. Aradaki bilinçli olma durumunu kaybettirdi.”

Diğer taraftan D-17 ilaç yazdırmanın ötesinde “borç ilaç” alma ile ilgili ilginç bir durumdan da söz etmiştir. Örnek vakadaki hastanın, önce muayene sonra tedavi sırasını değiştirdiğini görüyoruz.

“Mesela şöyle durumlar var, aşırı korkunç bir şey bakın. Hasta hafta sonu boğazı ağrımış mesela nöbetçi eczaneye gitmiş artık arkadaşı mıdır bilemiyorum. Eczacıya demiş ki sen bana falanca ilacı yaz. Ben pazartesi doktora yazdırırım. Sonra aynı hasta geliyor pazartesi. “Hocam ben bu ilacı borç aldım yazıverin” diyor. Arkadaşım yani burası borç alıp da hakikaten çok değişik bir boyuta gitti artık. Sizin yazmanızı işitiyor sonra. O borç almış eczaneden ben de reçete edecekmişim. Bizim yazdığımız yok. Borç ilacı biz yazacağız. Biz yazdıktan sonra o da gidecek eczaneye şeyine çünkü eczane de bunun şeyini yapamaz. Eczane de o ilacın küpürünü kenara saklıyor fakat eczane onu kendi stoğundan düşüremez. Ben yazmadığım sürece o ilacı parayla satması mümkün değil. Reçeteyle satmak zorunda. Böyle boyutlarla da uğraşıyorsun.”

Bir başka durumda da hastasına kendi bilgi ve tecrübesi dahilinde öneride bulunmanın dahi zor bir hale geldiği ve özellikle ilaç talebinde ısrarcı hastalarla sıkça karşılaştığını dile getirmiştir.

“Hasta gelecek buraya, hasta gelecek siz hastaya diyeceksiniz ki “senin bir şeyin yok” veya ben bir gün bir tane hastamda bunu söyledim. Hasta geldi faranjit olduğunu söylüyor. Ben baktım bir şey yok, dedim hani bir şeyiniz yok. Sıcak bir şeyler tüketin.

Hani boğaz pastiline de ihtiyacınız yok. Size bir sprey yazayım. Hani ağrı kesici niteliğinde kullanırsınız boğaz ağrısı hissederseniz ama ilaç kullanmanıza gerek yok bunun için. Bana ne dedi biliyor musun? “Hocam siz bana bir şey yazmamakta direniyorsunuz ama ben üç gün sonra çok daha kötü bir şekilde sizin yanınıza geleceğim.” Üç gün sonra ayıla bayıla geldi benim yanıma hasta. Tekrar boğazına baktım ve tekrar hiçbir şey yok bu hastanın. Ama tekrar tekrar bir döngüye gidiyoruz. Ya bunun nedeni, hem bu çıkmaz bir sokağa artık yol açtı. Ben demiyorum. Ama hekimin elinde bunun için bir kuvvet yok. Ben demiyorum illa tabii ki herkes sağlık hizmetini alsın. Ücretsiz de alsın ama en azından bunun için bir doktora da bir defans mekanizması gelsin ki ben burada hakikaten kimin hasta kimin bu sistemi suistimal ettiğini anlayabileyim.”

İlaçlarla ilişkinin kolay kurulmasında maddi bir sorun olmamasının da etkili olduğunu düşünmektedir. D-17 ilaçların çoğunda ücretsiz temin edilmesine bağlı olarak ilaç israfının oluştuğunu düşünmektedir.

“Bu kadar ilaç evlerinin hepsinde bakın şu dolabın şu dolabımı size açayım. İçerisi daha yeni boşaltmışımdır. Sizinle gidelim biz revir odasına bakalım. Orada bizim iki tane büyük çöp kovası poşetinde ilacımız doldu niye biliyor musunuz? Vatandaşlar ilacı alıyorlar. Son kullanma tarihine yakın getiriyorlar. Ya ben bunlar, çünkü tıbbi atık olduğu için çöpe de atamıyorlar bunu, buraya getiriyorlar. İşte tanıdığınız, bildiğimiz yok mu verelim veya siz imha edin. Biz de bunları ÇAPA'da işte bir eczaneye arkadaşlar biliyorlar. İşte orada durumu olmayan insanların veya bize sordukları zaman en azından durumunun olmadığını bildiğimiz insanlara vermeye çalışıyoruz. Ama şöyle bir şey var vatandaş bu ilaca para vermediği için zaten bence bu kadar çok hunharca artık kullanabiliyor. Bakın Amerika'da bir PPI yani mide koruyucunun ortalama ücretleri otuz kırk dolar arasında. Bu kırk dolar ne demek? Bir insan emin olun bu poşet meselesi gibi düşünün. Yani ben bütün insanlığın da bu duruma geleceğine inanıyorum. Hakikaten bir şeye maddiyat koyduğumuz zaman çok daha kıymete biniyor. Bu poşet meselesinde bile böyle yıllarca poşetin ne kadar zararlı olduğunu söyledik. Kim dinledi? Ama poşeti şurada elli kuruş mu yirmi beş kuruş mu ne yapıldı? Yüzde altmış oranında azaldı. Şurada hakikaten de sağlık hizmetleri boyutunda belli bir maddiyat çerçevesinde getirilse, hekime de inisiyatif verilir çok çok hakikaten ihtiyacı olan vatandaşla olmayan vatandaşı bize ayırttırabilirse eğer o zaman hakikaten burada daha düzgün bir şekilde gelebilir olay.” (D-17: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

İlaçların ücretsiz ya da çok düşük farklarla alınması hastalarda savurganlığa neden olurken doktorların mesleki pratiklerinde de belli sebeplere dayalı olarak ilaç merkezli bir tedavi anlayışı giderek yerleşmektedir. Önceki bölümde de dile getirildiği gibi belli siyasa süreçleriyle de ilişkili olan bu konu sağlık ya da sağlıklı olma anlayışını sakatlayan bir duruma sebebiyet vermektedir.

7.2. Eczacı Olmak: “Kutu ilaçları alıp vermek...”

Eczacılık günümüzde çalışma koşulları ve pratikler en fazla değişen meslek gruplarından biri olabilir. Türkiye’de fabrikalaşma dönemine kadar ilaçların ithal edilmesi çok maliyetli olduğundan eczacılar önemli ölçüde majistral ilaç yani eczanelerde hazır formda bulunmayan ve doktor tarafından reçeteye yazılmış formüle göre hazırlanan ilaçları hazırlamışlardır. Bu dönem eczacılık pratiğinde, “iyi eczacılık uygulamaları, iyi laboratuvar uygulamaları, biyo-eşdeğerlik, biyo-ayarlanım” gibi kavramlar olmadığından denetleyici bir mekanizmanın olmadığı da anlaşılmaktadır. İlaçların hazırlanması, tartılması veya paketlenmesi eczacının dikkati, özeni ve sorumluluğuyla sağlanmaktadır (Çubukçu, 2019, s. 26). 1928 yılında kendisi de bir eczacı olan Prof.Dr. Kasım Cemal Güven’in tam bu titizliğin önemine dikkat çekerek şöyle dediği görülmektedir: “Doktorun hatasını eczacı, eczacının hatasını mezarcı temizler.”

Eczacılık pratiğinde yıllar içindeki en önemli gelişme majistral ilaçların yerini müstahzar ilaçların alması olmuştur. Bu anlamda yapılan işin kendisi büyük bir dönüşüm yaşamış ama halihazırda yarı sağlık kuruluşu yarı ticarethane niteliği taşıyan eczanelerin durumunda bir değişiklik olmadan günümüze kadar taşınmasını sağlamıştır. Eczanelerin genellikle “semt eczanesi” olarak kurumsallaşması ve eczacının bir “sağlık danışmanı” olması bu anlamda eczaneyi hastaya daha yakın bir sağlık kuruluşu haline getirmektedir. Görüşme yaptığım eczacılar işletme ile hastalar arasındaki bu yakınlığı şu şekilde tarif etmişlerdir.

“Eczacılık bir esnafılık gibidir. Halkla ilişkileri iyi tuttuğun sürece iyi bir işletme olabilirsin.” (E-2: Eczacı, erkek, 44 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Semt eczanesinin eczacısı olarak çalışmanın ağırlıklı olarak zor tarafları oldu tabi. Sementinizde insanlarla bütünleşip, onların sadece eczacısı değil tüm sorunlarının

Eczacılar da tıpkı doktorlar gibi kendilerini bir sağlık danışmanı olarak konumlandırmak noktasında başta bürokratik nedenlerden dolayı sıkıntı yaşadıklarını belirtmişlerdir.

“Eczacılık mesleği kategorizasyon açısından çok arada kalmış bir meslek. Bir taraftan esnafsınız, bir taraftan resmi evrak yükümlülüğü olan bir sağlık kuruluşusunuz. Yaptığımız işin yarısını yan sokaktan Mehmet Amca oluştururken, diğer yarımız Sosyal Güvenlik Kurumu başta olmak üzere resmi kuruluşların kural ve talimatlarıyla boğuşuyor. Kimi zaman reçetelerin Sağlık Uygulama Tebliği'ne uygunluğuna kafa yormaktan, hastaya o mevzubahis ilaçlar hakkında danışmanlık yapmaya fırsat kalmıyor. İlaçlar ve geri ödenmesi hakkındaki bu tebliğin, yılda defalarca adeta keyfe keder değiştirip güncellenmesi de adeta duruma tuz biber ekliyor. Bire bir aynı reçeteyle bir ay ara ile gelen hasta ilkinde sorunsuz ilacını alabilirken, ikinci gelişinde reçetesi hatalı duruma düşebiliyor.” (E-5: Eczacı, erkek, 14 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Eczacılar arasında en çok öne çıkan konulardan biri de eczacının müstahzar ilaçlarla ilişkileneşinden kaynaklı olarak eczacılık pratiğine “ticari hesapların” çok fazla dahil olmasıdır.

“Eczacılık mesleği geçmişle kıyaslandığında artık daha fazla biçimde insanlarla ve devletle maddi ilişki içinde olmayı gerektiriyor. Sürekli bir para akışının konuşulduğu bir yer zaten eczane bir hastane gibi değil burası bir ticarethanedesiniz, sattığınız şey ilaç. Alım-satımın konuşulduğu bir yer, kâr etmenin vs.” (E-15: Eczacı, kadın, 25 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Yine de bazı durumlarda Güven'in belirttiği gibi eczacının hala doktor karşısında kritik bir rol oynadığı düşünülmektedir. E-3 teknolojik süreçlere rağmen zaman zaman doktor hatası ile karşılaşabildiklerini ve reçeteyi düzeltme şeklinde bir farkındalık yarattıklarını düşünmektedir.

“Şimdi elektronik ortama geçtiği için, bilgisayar ortamına geçtiği için bu tür şu anki durumdan bahsediyorum. İnsanlık hali doğal olarak sistemde bir ilacın birçok formu oluyor. İşin kötü kısmı o ilaçların eski barkodlu ve yeni barkodlu halleri de çok olduğu için gözden kaçıp, yanlış seçilebiliyor. Biz o konuda işte hem hastanın işte geçmişindeki kullandığı ilaçlarla kıyaslama yapıyoruz. Kronik hastalıklarda işte, daha önemli kalp hastalığında ne bileyim kanserlerde. İşte bunu çok yaşıyoruz özellikle kanser hastalarında geçmişe dönük bakıp hastaya bilgilendirme yapıyoruz bu konuda

bir bilginiz var mı bir uyarıda bulundu mu doktorunuz diye vs. Eğer bulunmadıysa doktorla iletişime geçip teyit alıyoruz. Bu dozda uygun görmüşsünüz doğru mudur diye, değilse düzeltilmesini yaptırıyoruz zaten. Bir de benim başıma şöyle bir durum gelmişti. Bir ilacın beş formu var. Mesela kapsül, şurup vs gibi. Bir doktorumuz bunun 4 formunu birden aynı reçeteye yazmıştı. Çok ilginçti, yani neden bunu yaptın dediğimizde bir açıklama bile yapamamıştı. Ben daha sonra da hani hatalı ilaç dediğimiz de ben hastaya sordum problemi, rahatsızlığın nedir diye ona göre uygun olanının birini verdim mesela. Bu işte tamamen doktor hatasıydı, şimdi doktor için de başka şeyler söylemem doğru olmayabilir. Onun için doktorun da herhangi psikolojik bir rahatsızlığı vardı sanıyorum. Yani onu az çok gözlemlemiştim. Bunu birkaç kere daha aynı doktorla yaşamıştık. Özellikle o doktorun verdiği ilaçlara çok dikkat ederdik. O doktorda genel olarak bir sıkıntımız vardı.” (E-3: Eczacı, erkek, 17 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Bunun dışında yukarıda da bahsettiğimiz türden eczacılık pratiğini ilgilendiren önemli konulardan birinin eczacının sağlık danışmanlığı yapmasının önündeki engellerden biri olarak bürokratik unsurlarla karşılaşmaktadır.

“Serbest eczacılık bugünün kanun ve uygulamaları ile sevmeyenin yapamayacağı bir meslek dalıdır. Meslekte kötü olarak tanımlayacağım her şey, aslında mesleki olarak bizim görevimiz olmayan ancak yasal dayatmalar sebebiyle bizim omuzlarımıza yük olarak kalan uygulamalardır. Örnek verecek olursak tüm uygulamaların elektronik olduğu şu dönemde reçete ve rapor kontrolünün sorumluluğunun eczacıların üzerinde olması eczacıların vaktini mesleki danışmanlığa yeterince ayırmalarına engeldir. Bir hasta reçetesi ile bize başvurduğunda maalesef ilk baktığımız şey “reçetede veya raporda bir eksiklik, bir hata var mı?” diye kontrol etmek. Bununla uğraşırken hastanın eczanede geçirdiği zaman uzamakta ve hasta bir an önce işini bitirip gitmek istemektedir. Oysaki elektronik reçete ve elektronik rapor uygulamalarında gerekli düzenlemeler yapılsa, uygun butonlarla teşhisi veya açıklaması eksik olan rapor/reçetenin elektronik onayı verilmese eczacılar bilir ki hastanın elindeki reçete/rapor eksiksiz, kontrol edilecek bir durumu yok. Böylece hasta ile karşılaştığımız ilk andan itibaren hastaya danışmanlık yapmaya vaktimiz olur. Rapor /reçete düzeltilmesi yaptırmak için hastane /hekim ile karşı karşıya gelmemiz de önemli bir sorundur. Çünkü ne hekimin ne de hastanede rapor onaylayan personelin doğal olarak SUT (sağlık uygulama tebliği) hükümlerinden haberi yok. Eczacı teşhis/açıklama ekletmek istediğinde bu sebeple yapmak istemiyorlar. Ve eczacılar bu durumdan çok şikayetçiler maalesef.” (E-17: Eczacı, kadın, 8 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Böylelikle çoğu kez hasta eczaneye geldiğinde zaten kendisine reçete edilmiş olan ilacı ya da eczacının eşdeğer listesinde yer alan ilaçlardan birini hastaya vermesi, yani bir alış-verişle sonuçlanmaktadır.

Bununla birlikte E-1 eczacıyla özdeşleşen örneğin “doktor yazısı okumak” gibi özelliklerin kaybolduğunu belirtmiştir. Giderek teknolojik bir hâl almada ise en çok ilaçlarla ilişkili düşünülmüştür

“Aslında bu iş gittikçe teknolojiye şey yapıyor. Eskiden mesela eczacıların en büyük özelliği şeydi. Doktor yazısı okumak, herkes o konuda bir takdir ederdi vs. Ama şimdi çok bir zor değil yani her şey artık elektronik ortamda programa dayalı, tabi bazı ilaçlarda bilgi de çok önemli çünkü sistem direk atıyor. Ödeyebiliyor ama içeriğini, raporu vesairesini karşılaştırmak gerekiyor. Ama eskisi kadar artık zor değil ya daha eskilere indiğinizde sadece mesela etken madde yazılırmış onun üzerine içerde eczacı ilacını, miligramını vs. hazırlayıp o şekilde verirmiş. Majistral ilaç deniyor ona mesela şimdi öyle bir şey yok, kutu içerisinde hepsi ilaçların.” (E-1: Eczacı, erkek, 10 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-4, 23 yıllık eczacılık geçmişinde çok kısa bir süre sadece ek olarak majistral ilaçlarla ilgilendiğini ama şimdi hiç majistral ilaç hazırlamadığını belirtmiştir.

“Geçmişteki eczacılık ile şimdiki eczacılık arasında çok büyük farklılıklar var tabi. Geçmişte ilaçlar doktorun majistral reçetesi ile eczanede hazırlanmış. Hiç hazır ilaç yoktu. Raflarda sadece ithal bazı ağrı kesiciler bulunurmuş. Şimdi ise tüm ilaçlar firmalardan uygun şartlarda hazırlanmış ve paketlenmiş olarak geliyor.” (E-4: Eczacı, kadın, 23 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-1 ise bunun doktor reçetesine giren müstahzar ilaçlarla da alakalı bir konu olduğunu düşünmektedir.

“Majistral dönemi görmedim ama o kadar yaşlı değilim yine de ilk başladığım dönemlerde majistral ilaç biraz vardı ve daha çok tercih edilirdi. Tavsiye edilirdi. Yani o biraz da şeye bağlı aslında doktorun eskiliğine de bağlı bir durum şimdiki yeni doktorlarımız çok fazla öyle şeyleri tercih etmiyorlar. Çok belli yani.” (E-1: Eczacı, erkek, 10 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Görüşmelerimde halihazırda majistral hazırladığını söyleyen tek bir eczacı ile karşılaştım. Ancak o da doktor reçetesiyle beraber daha çok müstahzarlar geldiği için, yoğun olarak kutu ilaç satmakta olduğunu belirtmiştir.

“Ben Şu an bu bölgede majistral ilaç hazırlayan tek eczacıyım, 37 yıldır da sağlık sorunum veya kritik bir iŐim dışında asla eczanemi bırakıp gitmemiŐimdir. Ben burada hastalar için varım. Şu anki durumda eczacı majistral hazırlamaya çok da ihtiyaç duymadığı, gördüğünüz gibi kutu ilaçları alıp vermeye başladığı için eczane kalfaları burada devreye giriyor. Bu arada onlar da hakkını yemeyelim ki çok donanımlı, ben eczacıdan daha donanımlı kalfa tanıdım bu arada. Ancak eczacının havanıyla ilişkisi, mesleki pratiği değişti, bunu kimse inkâr edemez. Kaybolan zanaatlar gibi dıŐşın bunu. Teknoloji ilerledikçe el işi geriledi. Bunu kimisi çok beğenir der ki, “Oh ne güzel iş ne güzel alışveriş” depodan ilacı alır satarım, bürokrasiyle de uėraŐırım bir Şekilde diye dıŐşınır. Ben 37 yıldır aynı eczanemde olduğu için alıŐkanlıklarımı sürdürdüm bu beceriyi kaybetmemeye ömrüm yettike iŐletmeye devam ederim diye dıŐşınıyorum. Arkada bir laboratuvarım var. Ama tabi Şunu söylemek lazım. Majistral ilaç geçmişte yine doktor reçetesiyle size gelirdi. Doktor etken maddeyi yazardı ama Şimdi yle bir Şey en baba doktorda bile söz konusu değil. Yani hazırladığımız ürünler, burada biz biraz da komşu gibi olduk öneri olarak diyorum mesela ben bu çocuğa bir krem hazırlarım, güveniyor bana da o Şekilde yoksa bilgimi becerimi kaybetmek istemiyorum ondan yani.” (E-6: Eczacı, kadın, 37 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-8 de geçmişte majistral ilaç hazırlamanın eczacının mesleki bilgisini kullanabildiği farklı bir alan olduğunu dıŐşınmaktadır. Şimdiki durumda ilaçlar hazır ve ambalajlı halde kullanıma sunulduğundan zaten ilaçla ilişkilenme durumu, belli bir risk oluşturma ihtimali olabildiğince azalmaktadır. E-4 de bu nedenle eczacının bilgisinin ilaç yönünden sınanma durumunun çok mümkün olmadığını dıŐşınmaktadır.

“Geçmişte hazır preparatların günümüzdeki kadar çeşit ve sayıda olmamasından ötürü laboratuvarda hazırladığımız majistral ilaçların reçetelenme oranı Şimdiye göre çok yüksek olduğundan eczacının mesleki bilgisini kullandığı farklı bir mecra daha vardı. Şu an maalesef doktorların majistral reçete bilgisi eksikliği ve çeŐidin artması belki de ticari kaygılar nedeniyle majistral ilaçlar da tarihe gömülmeye başladı... Cemal Hoca'nın sözü kesinlikle gerçeği yansıtıyor, doktorun yanlıŐını kontrol edebilecek bir meslek erbabı varken bizimkinde böyle bir durum yok, hasta ilacı alır ve gider bir yanlış varsa maalesef düzelmesi çok zor.” (E-8: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Kasım hocanın, “Doktorun hatasını eczacı, eczacının hatasını mezarcı temizler” sözü ile ilgili Şöyle karşı argmanım var. Bugün ilaçlar hazır paketli ve en donanımlı eczacının bile bu sözde karşılık bulması mümkün değil gibi.” (E-4: Eczacı, kadın, 23 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-5 majistral ilaç için etken madde bulundurmanın eczane ekonomisi için de zarar oluşturabildiği için tercih edilmediğini düşünmektedir.

“Günümüzde kendi kendine formülasyona göre ilaç hazırlayıp bunları eczanesinde satışa koyan meslektaşlarımızın sayısı da oldukça azalmış durumda. Ancak bir KBB veya cildiye uzmanından reçete gelmesi halinde majistral hazırlanıyor diyebilirim. Hatta etken madde bulundurmanın eczane ekonomisine negatif etkisi yüzünden çoğu meslektaşımızın majistral yapımını bıraktığını görüyoruz.” (E-5: Eczacı, erkek, 14 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Yani majistral ilaç hazırlama sadece bir bilgi ve becerinin sürdürülmesi söz konusu olsa bile ekonomik bir nedenle eczacının tercihi olamamaktadır. Hatırlanacak olursa jenerik/muadil ilaç ürünleri içinse tam tersi biçimde eczane ekonomisine kâr ettiren ilaçlar olarak bakılmaktaydı. Bu anlamda genel yönelim endüstriyel ilaçların satışına kaymaktadır. Diğer taraftan eczacı için kolaylık sağladığı da düşünülmektedir.

“Geçmişteki eczacılık pratiği şimdiki eczacılık pratiğinden elbette daha zor ve teferruatlıydı. Şimdi ilaçların tamamı hazır vaziyette, eczacıların hammadde ile eczanelerinde ürettiği ilaç çeşitliliği ve miktarı yok denecek kadar azdır.” (E-17: Eczacı, kadın, 8 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-15 ise mesleki değişimi saygınlık üzerinden düşünerek cevaplamıştır.

“Var muhakkak. İnsanların mesleklere ve değerlere bakışı yıllarla değişti maalesef. Bu her meslekte olduğu gibi saygınlığı azaltıyor. Eczacılık pratiği açısından da önceden daha ağırlıklı olan majistral ilaçların (eczanede bir fõrmülasyona göre hazırlanan) azalmasını söyleyebilirim. Günümüzde nerdeyse tamamen hazır preparatlar sunuyoruz hastalarımıza.” (E-15: Eczacı, kadın, 25 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Genel anlamda eczacıların mesleki dönüşümü ilaçla kurulan ilişkinin büyük ölçüde değiştiğini düşündürmektedir. Bu değişimi çok daha genel bir çerçevede değerlendirmek istediğimizde ilaçların artık el emeği bir ürün olarak değil bir meta olarak değer görüp hastaya sunulduğu düşünülmektedir. Neticede depodan eczane rafına gelene kadar ilaçlar daima belli bir hesaplâ ilişkilenmektedir. Söz konusu genel dönüşüme paralel olarak ileride şirket ya da mümessillerle etkileşimde de gösterileceği gibi eczane karşımıza artık ticarethane yönü ağır basan bir sağlık kurumu olarak çıkmaktadır. Hazır preparatlar eczacı aktarımlarında ve kendi ziyaretlerimde

gördüğüm şekilde, eczacının eczaneyle kurduğu ilişkiyi de dönüştürmüştür. Özellikle “bazı kalfaların eczacıdan bile iyi olması” ifadesinde de gördüğümüz gibi eczacının eczanede yer almadığı durumlarda kalfa bir eczacı temsilcisine dönüşmektedir. Ya da eczacının eczaneyi “ofis gibi kullanması” mümkün olabilmektedir.

7.3. İlaç Mümessili Olmak: “Her şeyden önce sen bir samimiyetle, bağ ile girersin doktorun reçetesine”

Mesleki deneyimlere odaklandığımız bu bölümde yerelleşme sürecinin analiz edilmesine dönük bir kopukluk oluştuğu hissi oluşsa da ilaçlara ve ilaç tüketimine karşı yaklaşımlar ve mesleki tutumların, yerelleşme hedeflerinin neresinde durduğu, yapısal etkileri ve ne tür bir sorun teşkil ettiği gösterilmek istendiği için bu kopuşun bilinçli olarak yaratıldığını söylemek mümkündür. Yerelleşme süreçlerinin yapısal hale gelen sorunlarla baş etme yolları, oluşturduğu avantaj ya da dezavantajlar, taktik ve stratejiler bu süreçlerden/yapısal unsurlardan kopuk biçimde ele alınamazdı. Dolayısıyla ilaçlarla ilişkilimenin hastalardan başlayarak doktorlar ve eczacılar ile onların mesleki tutumları özelindeki anlamları da gösterilmek istenmiştir. Bu çalışmada yerli ilaç şirketlerinde çalışmakta olan ya da geçmişte yerli ilaç şirketinde çalışma deneyimi olan ilaç mümessilleriyle görüşülmesinin tercih edildiği belirtilmişti. Yerelleşme sürecinin temsilcisi konumundaki yerli ilaç şirketleri ve onların da temsilcisi sayılabilecek olan aktörlerden ilaç mümessillerinin ilaçla ilişkilene durumları ve mesleki pratiklerine bakmak gerekmektedir. Bu kısımda önce mesleğe dönük bilgiler, yerli şirket deneyimleri ve ilaçların bu süreçte nerede durduğu gösterilmek istenmektedir.

7.3.1. Mesleğe Bakışlar

3 Temmuz 2015 tarih ve 29405 sayılı Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik’te beşeri tıbbi ürünleri hekim, diş hekimi ve eczacıya ziyaret yoluyla tanıtan kişiler ürün tanıtım temsilcisi olarak adlandırılmaktadırlar (Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri , 2015).Görüşme yapılan kişilerin çoğu kendisini tıbbi tanıtım sorumlusu ve ilaç mümessili/ tıbbi mümessil olarak tanıtmıştır. Doktor ve

eczacılar tarafından da bu iş kolu nitelenerek en çok mümessil ifadesi kullanılmıştır. Bu nedenle çalışmada “ilaç mümessili” ifadesi kullanılmıştır.

Katılımcılar çok farklı formasyonlardan gelerek ilaç mümessilliği yapmaktadırlar. Meslekte artık lisans mezunu olma şartı aransa da görüşme yaptığım mümessiller, ilkokul mezunu arkadaşlarının da geçmişte istihdam edildiklerini ifade etmişlerdir. Buna ek olarak son yıllarda ÜTE sertifikasının mesleğe başladıktan sonra alınması zorunlu olan bir belge olduğu anlaşılmaktadır. Bunun için adaylar Ankara’daki birkaç üniversite tarafından düzenlenen sınava girdiklerini ve sertifikayı bu şekilde aldıklarını belirtmişlerdir. Sınav tıbbi sorulardan oluşan bir sınavdır.

“Benim işe girdiğim senelerde ilkokul mezunu olsan da girebiliyordun, firma bazlı değişiyor bu. Çoğu yabancı firmalar üniversite mezunu şartı arıyorlardı ama bunu aramayanlar da vardı. Yaklaşık 2-3 yıl öncesine kadar da bunu iki yıllık ön lisans mezunu olarak skalayı biraz değiştirdiler. Şimdi de %95 oranında üniversite mezunu istiyorlar.” (İ-1: İlaç Mümessili, kadın, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 7. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı şirket deneyimi de bulunuyor.)

İ-15 ÜTE sertifikasını almanın mesleğe devam etmek için bir gereklilik olduğunu ama kendisine gündelik iş deneyiminde bir fayda da oluşturmadığını düşünmektedir.

“İlaç mümessillerinde 4 yıllık mezuniyet şartı var ama bu 4 yıllık mezuniyet o kadar da şart değil. Genelde fizik, kimya, biyoloji mezunları aransa da sen her halükârda satış ve pazarlama içinde bulunuyorsun. Bunun için de aslında ÜTE sertifikası var. Ben mesela ilk alanlardanım onu, artık yeni başlayanlara da 6-7 ay gibi bir süre veriyorlar o sürede alıyor. Ben ÜTE’yi ilk alanlardanım ama ben onu nasıl aldım o ne işime yaradı onu hiç anlamadım. Ama o sorular bırak sektörün içinde hayatımın içinde bile bir işe yaramazlar. Büyük ihtimalle ahirete yarar herhalde.” (İ-15: İlaç Mümessili, erkek, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 13. yılı ve şu an yerli bir firmada çalışıyor. Geçmişte şirketinin yabancı bir firma tarafından satın alınmasıyla çok kısa bir süre yabancı bir firma deneyimi de edinmiş.)

Sınavın genel medikal bilgilerden oluşması yanında mümessillerin yalnızca belli bir ürün odaklı tanıtım ve pazarlamaya dönük çalışması nedeniyle ÜTE sınavı için öğrenilen bilgilerin iş deneyimine etki etmediği anlaşılmaktadır. Bunu Sağlık Bakanlığı’nın söz konusu işte medikal yönü güçlendirmek için yapıldığını düşünen mümessiller bulunmaktadır.

Yine İ-15'in ifadesinde “ne işime yaradı onu hiç anlamadım” ifadesi göstermektedir ki mümessillerin iş pratikleri doktor ya da eczacılara dönük görüşmelerde medikal bilginin çok büyük veya ayırıcı bir işlevi olmamasıyla alakalıdır. Buna geçmeden önce, işe alım süreçlerine dair aktarımları incelersek sanıyorum mümessillerin gündelik iş pratiklerine daha fazla yakınlaşmış olabiliriz.

“İş mülakatlarında size bir *case* verilir. Bir “*role play*” yaptırılır, ürünün tanıtımını yapmanızı isterler. Satışını yapmanızı isterler. Daha sonra da bunu anlatırsınız. Siz satıcı olursunuz, karşınızda da bunu satın alacak kişi olur. Onu ikna etmeye çalışırsınız. Satabilecek misiniz, satamayacak mısınız? Tabi *case*'deki durum daha detaylı biçimde geliyor. O ürünün avantajı dezavantajı ne işte böyle bir *role play* yaptırılarak gözlenirsiniz. İşe alındıktan sonra doktor ve eczacıya yönelik olarak da satış ve pazarlama eğitimi gerçekleşir. Ben ilk firmamda işe başlarken kapalı bir otelde hem medikal eğitim hem satış eğitimi aldık. Orada da bizi gözetleyen bir ekip vardı. Bu adam nasıldır, işte kolay iletişim kurabilir mi, konuşur mu, konuşuyorsa konuştuğu konular zevkli midir vs onların hepsi gözlemlenir. Sonra sahaya çıkabilirsiniz zaten.” (İ-13: İlaç Mümessili, erkek, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte uzun bir süre yerli şirket deneyimi bulunuyor.)

İlaç mümessillerinin önemli bir kısmı işe alım süreçlerinde, genellikle büyük bir otelde geçtikleri eğitim süreçlerinden söz etmiştir. Hatta çoğu kez bunun için şehir değiştirildiği, yine aktarımlarda da belirtildiği üzere en fazla 6 aya kadar bu tarz eğitimlerin sürebildiği anlaşılmaktadır. İ-13'ün de belirttiği gibi bu eğitimler sırasında kendilerinin gözlediklerini düşünmektedirler. Zaten bu süreçte tüm gün medikal eğitim şeklinde değil de daha çok “tatil havasında” geçmekte olduğu da yine katılımcıların ifadelerinden yola çıkılarak anlaşılmaktadır.

“Onun haricinde sektörün istedikleri var. Çoğu firma işte üniversite mezunu olmasını istiyor. Bunların hepsi ayırıcı kriter olarak. Yani neden Mehmet'i değil de seni alayım, neden Ahmet'i değil de seni alayımın kâğıt üstünde eleme usulü olarak gördüğüm sebeplerden biri. Onun haricinde ÜTE belgesi diye adlandırılan aslında ÜTTT oldu, tanıtım temsilci belgesi var ona sahip olması lazım. O hem ruh sağlığıyla alakalı hem toplum sağlığı ile alakalı ama sektör kısmıyla değil daha çok medikal kısımla alakalı bir sertifika. Bu belgeyi alırsanız çalışmaya başlıyorsunuz, size bir yetkinlik de vermiş oluyor. Şu an sektörde olmazsa olmaz ÜTE belgesi yoksa bile 6 ay içerisinde sektöre girince almanız gerekiyor. Ama bu belge tabii ki kendi başına iş yapmıyor. Dediğim gibi firmaya girerken artık zorunlu isteniyor. İşe girişte de medikal eğitim oluyor.

Mesela ben isim vermeyeyim eski bir firmamda 45 günlük bir eğitim süreci sonunda başladım. Biz bu sürece “hızlandırılmış tıp” diyebiliriz. Doktorlar bir senede görüyorlarsa işte anatomi vs. bu eğitimi biz 45 günde, sıkıştırılmış paket eğitim şeklinde almış oluyoruz. O kamplar, biz onlara kamp diyoruz genelde İstanbul’da değildi önceden neyse onun mesela o kampın sonuna doğru da sen hangi ilacı çalışacaksın onun kısa bir eğitimi olur. Eğitimler öyle devamlı olur yani. Sonra tabi bunun içinde satış pazarlama, eczane eğitimleri, doktor eğitimleri, sunum eğitimleri bunu herkes alır. Aslında bakıldığında çok donanımlı eğitimlerle sınavlara giriyoruz.” (İ-4: İlaç Mümessili, erkek, Kamu Yönetimi Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yerli şirket deneyimi de bulunuyor.)

İ-5 firmadan firmaya bu eğitim sürecinin içeriğinin de değiştiğini ifade etmiştir. Mesela yaşadığı süreçte aldığı eğitimi “hızlandırılmış tıp” olarak aktaran İ-4 uzun yıllar yabancı bir firmada çalışmış ve aldığı eğitimleri de daha çok orada hatırladıkları üzerinden anlatmıştır. Bu bağlamda ortaya ya medikal eğilimli firmalar ya da satış odaklı diye nitelendirdiği yerli firmalar çıkmaktadır.

“Eğer çalıştığınız firma satış bazlı bir firma ise aldığınız eğitimlerde daha çok satış öne çıkar. Bunlar daha çok deneyimli insanlar alır zaten. Ama medikalle öne çıkmak isteyen firma bu sefer medikali öne çıkarır. Bu da zaten sene içerisinde sınava tabi tutulma ile olur. Yeri gelir sorular sorulur size medikalle ilgili. Sonuçta siz bir ürünü eczane kanalına satıyorsunuz ama doktor kanalında da ürünü tanıtıyorsunuz. Bu firmadan firmaya çok değişen bir şey. Bizle tanıtım sorumluları olarak firmanın stratejisi neyse o doğrultuda gideriz. Firma strateji olarak sadece saha ve satışı öne çıkartıyorsa burada medikal öne çıkmaz. Doktora da çok çalışılmaz, işte eczane ağırlıklı çalışılır. Baktığınızda tabi medikali önceleyen firmalar burada daha başarılı oluyor her zaman, görülen o ya da benim gördüğüm ve deneyimlediğim de o. Medikali öne çıkarmak için de bir donanım gerekiyor, zaten Sağlık Bakanlığı da ÜTE diye bir belge alma zorunluluğu getirdi. O da bir sınava giriyorsunuz Ankara’da Yıldırım Beyazıt Üniversitesi’nde. Orda aldığınız nota göre sınavı geçiyorsunuz ya da kalıyorsunuz ve tekrar giriyorsunuz. Artık çoğu firma ÜTE belgesi istiyor ilaç mümessillerinden. ÜTE belgesi şöyle bir şeye de sebep oluyor. Bazı firmalar geçici elemanlar alabiliyorlar ya da kişiler ayrılabilir. Bu sertifika o nedenle uzun dönemli bir bağlayıcılığa sahip. Bir kere zaten kişi kendi cebinden veriyor bunun ücretini zaman ve para harcıyor, böyle bir bağlayıcılığı var. Sektöre bir gireyim bakıp çıkayım diyemiyor o noktadan sonra. ÜTE sınavı çok zor bir sınav değil ama kolay bir sınav da değil. Medikal bilgi sorulan bir sınav, çok üst düzeyde bir medikal istemiyor ama düşük düzeyde bir medikal bilgisi de istemiyor. Düzenli çalışan bir insan girdiğinde,

bir aylık bir çalışma ile rahatlıkla geçebilir. Biz sahada işte akut çalışırız, kronik çalışırız. O sınavda her türlü soru çıkıyor.” (İ-5: İlaç Mümessili, erkek, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 3. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışmaya başlamış. Geçmişte yerli şirket deneyimi bulunuyor.)

İ-5’in ifadesinde yer alan ve medikalî öne çıkaran şirketlerin genel olarak yabancı firmalar olduğu belirtilmiştir. Satışı öne çıkaranlarsa yerli firmalar ya da genel anlamda jenerik/muadil ilaç üreticileridir. Yine bu ifadeden anlaşıldığı üzere, ürünüyle öne çıkan firmalar doktora çalışırken satışta öne çıkmak isteyen firmalar eczacıyla iletişim halindedir. Daha önce de belirtmiş olduğumuz gibi jenerik/muadil ürünlerin birden fazla üretiliyor olması ve ürünün eczanede değişme riski bulunması jenerik/muadil ilaç şirketlerinde çalışan mümessili hem doktora hem de eczacıya (ama özellikle eczacıya) çalışmaya yöneltmektedir.

İ-16 uzun yıllar yerli şirket deneyimi olmuş bir mümessil olarak işe alım süreçlerini değerlendirirken şunları söylemiştir.

“Medikal eğitimler falan önemlidir ama her şey değildir. Doktor senin mümessil olduğunu bilir çünkü ne bekleyebilir senden en fazla? Ben bu işe ilk girdiğimde fıkra anlatarak girdim, iş görüşmesinde gülmekten öldük. Bu arada Kuşadası’na gidiyoruz eğitime dediler. Aslında evet bir sınav vardır yüksek not alırsın ama mesela bu 85 olsun onun altına düşmeni istemezler ama bunun yanında sosyal ilişkilerinin nasıl olduğu hepsinden daha önemlidir. Bu etkinliklerde de buna bakılır. Biz Kuşadası’na gittik mesela orda bir gözlemci vardı ve o gözlemci hep kodlar. İşte hep aynı kişilerle mi takılıyorsun, ilişkilerin nasıl? Kimle merhabalaşıyor, bir ortama girdiğinde hemen selam verebiliyor mu falan fışman. Ben 300 kişiyle elemeye girmiştım ama o 300 kişi de beni çok iyi tanıyordu. Herkesle bir temasım oldu. Bu benim karakterimle de alakalı yani ben her yerde aynı şekilde davrandığım için böyle oldu. Bu meslekte de yine işte doktoru gördün uykusuzdur uykusuz olmasından girerek neşelidir hocam sizi çok iyi gördüm diyerek ya da doktor hanım doktor bey diyerek giriş yapmak lazım.” (İ-16: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 17. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı firma deneyimi de bulunuyor.)

7.3.2. Performans Beklentisi

İlaç mümessili öznelerin “işletilmesini” sağlayan düzenek hiç kuşkusuz “performans” düzeneğidir. İlaç mümessillerinin ifadelerinde genel anlamda kendilerinin bir “şirket ortağı” gibi hareket ettikleri, belli bir kazanca ya da kayba ortak olduklarını düşündükleri çok rahat biçimde gözlenmektedir. Performans bu anlamda iş ilişkilerinin tümüne farklı denetim, değerlendirme ve teşvik mekanizmaları üzerinden katılmaktadır (Dardot & Laval, 2018, s. 396). İ-15 kaybetme korkusu ekseninde oluşan performans beklentisinden şu şekilde söz etmektedir.

“Bizim işimiz sabun işi gibidir. Köpürür aniden ayağının altından kayarsın. Ben bu firma için vazgeçilmezim dediğin an bittiğin noktadır. Arkadaşlarıma da şöyle söylüyorum. Kendinizi firmanın üstünde görmeye başladığınız anda bittiniz demektir. Bu işte satış baskısı, iş kaybı korkusu her zaman olur. Her zaman kapının önünü göstereceklerdir. Arkadan o kadar geniş bir gençlik kitle geliyor ki. Seni bugün kapının önüne koyduğunda 5 bin ila 10 bin kişi senin yerine müracaat ediyor. Kariyer’e bir iş ilanı koyuyorlar. Sonra gözüne sokuyorlar. Bak sen şu maaşla şu işi beğenmiyorsun ama bak bize 5 bin kişi başvurdu arasında çift üniversite mezunu olan, üç yabancı dili olanlar da var.” (İ-15: İlaç Mümessili, erkek, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 13. yılı ve şu an yerli bir firmada çalışıyor. Geçmişte şirketinin yabancı bir firma tarafından satın alınmasıyla çok kısa bir süre yabancı bir firma deneyimi de edinmiş.)

İ-14’ün ifadesinde “performans” kavramının açık uçlu bir “realizasyon”la da beraber işlediği anlaşılmaktadır. Yani şirket için adanma ve çalışma somut bir sonuç doğurmadıkça herhangi bir anlam ifade etmemektedir. Satış hedefleri, aşağıda İ-14’ün ifadesinde de göreceğimiz üzere, giderek katlanmasına rağmen ilaç mümessillerinde genel anlamda realizasyona ilişkin pozitif bir bakış açısı olduğu da gözlenmiştir. Özellikle meslekte uzun yıllardır çalışan ilaç mümessilleri, realize edilemeyecek hedeflerin kendilerine verilmeyeceğine dair güçlü bir inanç da taşımaktadırlar.

“Harita üzerinde, biriklere ayırıyoruz, mahallelere ayırıyoruz. O biriklerdeki ünite ve eczacıyı verir. Eczanelere hâkim olduğun zaman oradan doğacak sonuçla sen değerlendiriliyorsun. Buna performans deniliyor. Şimdi bu performansı değerlendirirken tabii ki, bir mümessilin yapması gereken doktora kendi ilacını yazdırmak onun akabinde de takip edip eczaneden sipariş almasıdır. Şirketin senden beklediği bizde üç aylık periyotlar var. Üç ayda sana verilen bir hedef var. “Şu üründen şu kadar, şu üründen şu kadar satış hedefin var.” diyor. Bunun olması için önce doktorun yazması ve o reçeteyi eczaneye aktarması ki akabinde satış gerçekleşmesi, o gelen reçeteye karşılık ilaçların alınması gerekiyor. Senden beklediği bu. Şimdi hedefi

ilk quarter'da tamamladınız ama gelecek quarter'da üstüne koyarak geliyor. Yani sattığının %60'ı ve pazarın %40'ını veriyor size. Mesela benim ürünüm bir ağrı kesici piyasada neler var Apranax da var, Dolorex de var, Minoset de var, bir sürü grup var. Sen 100 kutu Arveles satıyorsun, 100 kutu hedefini tamamlamış oluyorsun. Bir sonraki qaurter'da sana %60 hedefinden geliyor yani ne sattıysan onun %60'ı yani 100 sattıysan 60 ama pazarda Aspirin'dir Arveles'tir diğer ağrı kesicilerin satışına bakıyor, atıyorum oradan da 1000 kutu satılıyor. Oradan da sana 400 kutu ekleniyor. O zaman sana 460 kutu satma hedefi geliyor. Bu hedeflerin sürekli artması hepimiz için çok sancılı ama firmalar da şöyle düşünüyor. Mesela bakıldığında insanların doktora müracaat etme oranları, hastalıkların artması, ilaç tüketme oranlarının artması yani satılabilir görünüyor. Buna da realizasyon denir. Realize edilmeyecek değildir diye düşünülür. Burada bireysel performansa dayalı bir yorumlama var. O ilaç satılır ama sen satmayı bileceksin gibi bir şey. Firma realize edilir gözüyle bakar, o da üstüne katlanarak devam eder.” (İ-14: İlaç Mümessili, erkek, İletişim Bilimleri Bölümü, meslekte 8. yılı ve 8 yıldır yerli firmada çalışıyor.)

Meslekle ilgili beklentinin en genel özeti, İ-8'in de belirttiği gibi, “çok satış yapmaktır.” Çok satış ne şekilde yapılacak diye sorduğumuzda bunun tamamen kişinin bireysel performansı ile ilişkili düşünüldüğünü görmekteyiz. “Hep daha fazlasını istemek”, “kendinle yarışma” ve işi işte bırakmamak yani hayatın her anına performansı/işi dahil etmek. Bu anlamda kendini bir şirket gibi “işleten” öznenin sınırlarını sürekli aşmaya teşvik edildiği izlenmektedir.

“Şimdi öncelikle tabi bu işte belli ölçüde hedef şu: Çok satış yapmak. Daha doğrusu biz doğrudan satış yapmıyoruz ama hani kotanı tutmak diyeyim ben ona. Burada da araya başka şeyler giriyor işte o konuştuğumuz konular yani biraz daha farklı stratejiler uygulama yoluyla satışa etki etmek. Bu işte hem çok özgürsünüz hem de değilsiniz. Hep daha fazlasını istemeniz gerekiyor. Bugün hedefini tamamladıysan ertesi gün onun üzerine çıkman lazım misal. Sürekli kendinle yarış halindesin. Eğer ben bu kadar yaptım artık yeter derssen zaten sen işe yaramaz bir şeye dönüyorsun. Bu kendinle yarışmak meselesi de şöyle, git gide aslında oturan bir şey. Yapmamakta özgürsün mesela yarışma istersen ama bunun sonuçlarına katlanmak lazım. Ya da yarış kendinle bunun da sonu gelmiyor ama dediğim gibi bu işte ben yerimde sayarım gibi bir şey yok. Özellikle işte bizim dahil olduğumuz bu tür genç firmalar hep daha iyisini arıyor. Yeni eleman almış zaten çoğu genç, korkusu da yok mesela tazminattan falan da korkmuyor çünkü elemanı bir otuz sene çalışmamış. Deniyor bir süre eğer olacak gibi değilse, yani sen işte kendinle yarışmıyorsan senin tazminatını verip gönderebiliyor. Böyle bir yerde hem sürekli iyi olman lazım, hem motivasyonun

yüksek olmalı. Bir sonuç yok ortada mesela başka bir yerde olsan mesela yine satış departmanında çalış. Sen orada işimi bitirdim deyip, bir nokta koyabilirsin ama burada işimi bitirdim diyemiyorsun. Biraz gece ve gündüz kavramı da bu anlamda birbirine karışmış vaziyette.” (İ-8: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 3. yılı ve 3 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

İ-8 “genç firmalarda”, performans beklentisinin daha fazla olduğunu çünkü çalışanıyla her açıdan kısa kesilebilecek bir ilişki içinde olduğunu düşünmektedir. Bu anlamda uzun yıllardır meslekte olan mümessil bakış açısıyla henüz sektörde 1-3 yıl arası çalışmış olan mümessillerin iş kaybetme korkusu ve tedirginlik düzeyi arasında ciddi anlamda fark olduğu gözlenmektedir. Görüşme yaptığım mümessiller arasında İ-9’un bu konuda şirketiyle kurduğu ilişki aynı şirkette çalışan İ-6’dan çok farklıdır. İ-9 kıdemli bir mümessil olduğunu, kendini ispatladığını, kendisinin 10 yıllık meslek hayatı boyunca “iş arama” gibi bir sorunu olmadığını yani başka bir şirkete geçse bile genelde bunun şirket teklifiyle gerçekleştiğini belirtmiştir. Buna karşın bugün gidebileceği başka şirketler de olmasına rağmen, sürekli iş değişikliği yapmanın da iyi bir şey olmadığı düşüncesindedir.

İ-11 ise performans beklentisini tanımlarken “dün yoktur, hep yarın vardır” ifadesiyle kendiyle yarışmanın önemli olduğunu vurgulamıştır. Ama bu yarışta çok koşmak ya da geride kalmak değil itidalli bir ilerlemenin gerçekleştirilmesi gerektiğini düşünmektedir.

“Sürekli artan bir hedef olur. Mesela bizim satışta ayın sonu gelir, tamamladım dersin. Ayın başında bu sefer başka bir hedef konur ve satışa devam edersin. Dün yoktur, hep yarın vardır ya da bugün vardır ilaç firmalarında. Dün satmışsın, Türkiye birincisi olmuşsun ooo ciro yapmışsın. O bir ay uyarı gelir, ikinci ay derler ki hayırdır, üçüncü ay derler ki hadi kardeşim güle güle. Bu iş böyle, ilaç firmalarında hiç şey yapmıyorlar yani, tolerans yok. Bir de tabi ne satıyorsan kendine satıyorsun tamam firma da kazanıyor ama. 4 quarter oluyor bizde. Mesela bu 4 quarter için beklenen toplam hedef 230 bin kutu olsun sen 250 sattın. O zaman yeni hedefin onun üzerinden belirlenir. Yani işte dikkat etmek lazım ne çok ne az satacaksın. Kararında olması lazım. Kutu bazında hedefin sürekli yükselir yani. Mesela bu geçen yıl başıma geldi. Sattım sattım büyüdük epey. Yeni hedef 280 bin oldu. Ben de 255 binde falan kaldım.” (İ-11: İlaç Mümessili, erkek, Yeni Medya ve İletişim Bölümü mezunu, meslekte 10. Yılı ve 10 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

Bu performans beklentisinde “yaş” unsurunun nerede durduğu da merak edilmiş ve genel anlamda tüm mümessillere bununla ilgili olarak da soru yöneltilmiştir. İ-13’ün bu konudaki ifadesi diğer cevapları da ortaklaştırdığı düşünüldüğünden aşağıda paylaşılmıştır. Mümessiller genel olarak yerli şirketlerin “genç” mümessillerle ilgilendiğini düşünmektedir. Bunun sebeplerinden biri ücret diğeri enerjik iş gücüne duyulan ihtiyaçtır.

“İki sene önce benim mümessil arkadaşım emekli oldu. Emeklilikte yaşa takılanlar var. Bir arkadaşımın mesela 1,5 senesi kaldı. Bir arkadaşımın 3 senesi kaldı. Ama tabii ki de bu açıkçası şöyle söyleyeyim yerli firmalarda olmuyor yabancı firmalarda oluyor bu. Çoğu yerli firma genellikle yaşı şey yapanlar hani daha genç çalıştırayım, enerjisi fazla olsun, daha düşük ücretle çalıştırayım. Ve onların çok fazla personeli oldukları için biraz daha insan odağı düşüyor tabii ki oralarda. Birkaç yerli firmada ama genellikle yabancı firmalarda yaşı ilerlemiş insanlar var. Çünkü yaşı ilerlemiş insanlar zaten bu işe gönül vermiş kişiler. Az önce de dediğim gibi müşteri ilişkileri işi olduğu için bizim işimiz networkünüz ne kadar genişse bu işte o kadar başarılı oluyorsunuz. Özellikle akut gruplarda yani gribal enfeksiyon, solunum yoluna bağlı hastalıklarda sirkülasyon daha fazladır.” (İ-13: İlaç Mümessili, erkek, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte uzun bir süre yerli şirket deneyimi bulunuyor.)

i-13’ün ifadesinde, yerli şirketleri kastederek kullandığı “insan odağı düşüyor orada” ifadesi çok önemlidir. Yerli ilaç şirketleriyle ilgili, ileride paylaşılacağı üzere en çok şikâyet edilen konulardan biri şirketlerin haddinden fazla elemana sahip olması nedeniyle işinde aksama olan, hedefini realize edemeyen personeli doğrudan gözden çıkarmasıdır. Yerli şirketlerde insan odağının düşme nedenlerinden en önemlisi, bu şirketlerde jenerik/muadil ürünler arasında rekabetin fazla olması bu nedenle de satış hedefli ilerlemedir. Bunu genel anlamda yerli şirketlerin henüz “kurumsallaşmamış” olması şeklinde dile getirmişlerdir.

7.3.3. Satış Baskısı

Yerli ve yabancı şirket ayrımı özelinde en önemli ayrımlardan biri ürüne bakış açılarıdır. Ürünün niteliği satış baskısı oluşturma ya da oluşturmama yönünde güçlü

bir etken olarak gösterilmektedir. Ürün skalasında muadil sayısının fazla olması, mümessiller için bir çalışma/performans sıkıntısı doğurabilmektedir.

“Yabancı firmaların şöyle avantajı var. Sattıkları ürünler orijinal yani orijinal demek ilk çıkan demek veya bir muadili olmayana, bir tane ilaç düşünün kanser ilacı sadece Glaxo çalışıyor GSK çalışıyor, global firma yabancı onun bir rakibi yok şu anda. Pazar onun alabildiğine o da sattığı onun bir baskısı bilmem nesi yok. Veya bir Aspirin dediğimizde herkes biliyor, neden bu orijinal ilaç olduğu için. Yerli firmalarda şöyle bir sıkıntı var, hep muadil çalışıyorlar yani birisi ya beşincisi ya onuncu ya on beşincisi, belki de yirmincisi otuzuncu muadili. Aynı etken maddeden 30 tane ilaç var. Yerli firmanın en büyük zorluğu odur. Global firmanın en büyük artısı orijinal olması piyasada ilk olması. Bu yüzden de rekabet ve satış baskısı yerli firmalarda daha fazla.” (İ-14: İlaç Mümessili, erkek, İletişim Bilimleri Bölümü, meslekte 8. yılı ve 8 yıldır yerli firmada çalışıyor.)

İ-14’ün “aynı etken maddeden 30 tane ilaç” bulunabildiği iddiası göstermektedir ki, jenerik/muadil ürünler için savaşmak orijinal tek bir ürün için savaşmaktan çok daha karmaşık bir süreç oluşturmaktadır. İlaç ürünlerinde etken maddenin aynı olmasının ilaç ürününün aynı olduğuna işaret ettiğine daha önce değinmiştik. Fakat burada görüyoruz ki orijinal ürünle jenerik/muadil ürünler arasında başka bir savaş, jenerik/muadil ürünlerin kendi aralarında bambaşka bir savaş bulunmaktadır. Yerli şirketler bu hepsi “aynı” olan ürünleri farklılıklarıyla sunmak ve satışını yapmaya çalışmaktadır.

İ-8 de ürün çeşitliliği nedeniyle yerli şirketlerde yabancı şirketlerden daha fazla satış baskısı olduğunu şu şekilde dile getirmiştir. Diğer taraftan “ürünün değişme imkanı olmadığı için” orijinal ürün sahibi şirketin daha az saha elemanı istihdam ettiği de düşünülmektedir.

“Yerli firmalar muadil dediğimiz ilaçları çalışıyorlar. Bizim Türkiye’deki yerli firmalar maalesef bu zamana kadar bir etken madde bulamadı. Bütün ilaçlarımız işte şöyle bir kanun var. Dünyada herhangi bir ilaç bulundu, atıyorum yeni bir ağrı kesici bulundu. 10 yıl boyunca o bulan kişiye kullanım hakkı veriyorlar yani o kişi kullanabiliyor başka kimse kullanamıyor. 10 yıldan sonra diğer ilaç firmaları yine benzer özellikler gösterecek şekilde üretim yapabiliyorlar. Türkiye’de de yurtdışından bulunan ilaçların muadilleri var yani muadilleri demeyeyim de aynı özellikleri yansıtarak yaptıkları ilaç. Türkiye’de sıfır ilaç olmadığı için yerli firmalar da muadilleri üzerinden kendi pazarlama sistemlerini kurmaya çalışıyorlar, ilaçlarını

satmaya çalışıyorlar. Ama yabancı firmalarda çalışan mümessillerin durumu çok farklı, mesela belli bir hastalık oluştuğunda yazılabilecek çok fazla ilaç vardır o da atıyorum Novalgin'dir Bayer'in ilacıdır. Yani zaten yazılabilecek ilaç yok, zaten bu yüzden de çalışan mümessil sayısını az tutuyorlar. İşte genelde de daha büyük hastanelerde öğretim üyelerine bir profesörlere falan gidişat hakkında bilgi aktarmak için gidiyorlar. Ama atıyorum muadiller arasında bir ağrı kesici üzerinden mesela yine gidelim. Belki 40 tane muadil var. O yüzden yerli firmaların saha personeli daha fazla çünkü rekabet daha fazla bu yüzden pazarlamaya yöneliyorlar.” (İ-8: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 3. yılı ve 3 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

Yerli jenerik/muadiller arasında, orijinal ürünle jeneriği arasındaki savaştan daha farklı bir savaş olduğundan bahsetmiştik. İ-13 bu savaşta en önemli kozun mal fazlası ürünler olduğunu iddia etmektedir. Bu arada öncelikle belirtmek gerekir ki, halihazırda orijinal bir ürün çalışan mümessiller de dahil olmak üzere yabancı şirketlerin mal fazlası vermediği bilinmektedir. Bu nedenle yabancı şirkette çalışan bir mümessilin doktora çalışmasının yeteceği düşünülürken, yerli şirkette çalışan bir mümessilin hem doktora hem de eczacıya çalışması zorunluluğu doğmaktadır. İ-13, “yabancı firmanın ürünü satmak değil takip etmek için” mümessil bulundurduğunu düşünmektedir.

“Yabancı şirketlerde mal fazlası yoktur. Yabancı firma der ki ben doktor reçetesi çalışıyorum, e ürünüme de güveniyorum. Zaten kendini ispatlamış vs. Ama bir yerli yani şöyle diyelim muadiller arasından bir ürünü satmaya kalkıştığınızda bu bir ticaret olduğundan ve de rekabet daha sert olduğundan mecburen mal fazlası üzerinden savaşıyorlar. Orda başka bir savaş var. Ama yabancı bir firma mümessili gider doktora çalışır, doktor yazarsa eczacıya der ki bak benim reçetem çıkacak onu değiştirme der. Eczacı da eğer doktorun reçetesine sahip çıktığını bilirse onu kolay kolay değiştirmez. Eczane ticarethanedir. Kârını düşünür, mal fazlası almak onun da hoşuna gidiyor tabi. Yabancı firmalar aslında şu an ürünü satmak için değil takip etmek için mümessil tutuyor. Diyelim ben mümessil olarak doktora çalıştım, doktor zaten yıllardır yazıyor ve güveniyor. Ama benim ürünümün muadili çıktığı anda eczacının da değiştirme yetkisi olduğu için bu sefer benim eczaneyle aramı iyi tutup eczanede değişmemesini sağlamam gerekiyor.” (İ-13: İlaç Mümessili, erkek, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte uzun bir süre yerli şirket deneyimi bulunuyor.)

İ-12 yerli şirketlerin çoğunlukla bir takip stratejisi geliştirdiğini mesela yabancı firma kültüründe olan “prezentabl olmanın” önemini genellikle yerli şirketlerin de

benimsediğini ama iş satışa geldiğinde yerli firmalar arasında “ne yapın edin bu ürünü satın” cinsinden baskıyla karşılaştığını belirtmiştir.

“Yabancı firma ile başlamıştım ben ilkten, yabancı firmanın kültürleri bunlardan daha ağır insanların istekleri daha farklı oluyor. Firma mümessili için her zaman beni çok iyi temsil etsin ister. Doktor şunu desin ister: “Aaa bak bu firmanın adamı çok prezentabl karizmatik geliyor önümüze”. Bu tür şeyler desin ister. Diğer bir firmada da yine bunlardan çok ödün vermez ama “benim için satış yapmanız önemli” der. Yerli firmalar artık uyandı. Yabancı firma kültürü almaya başladılar. Artık onlarda da prezentabl olmak önem kazandı. Haliyle yabancı firmanın kültürünü aldıklarından dolayı uygulamaları benzemeye başlıyor. Örnek veriyorum, kullandığınız arabada değişimler. O şunu kullanıyormuş biz de bir tık üstüne geçelim gibi. Yabancı bir firma şunu yapıyor biz de artık şu şekilde ilerliyoruz gibi şeyler. Yabancı firmaların çoğu başarılı firmalar olduğu için bu sefer yerli firmalar da haliyle ona yöneliyor. Çok agresif yerli firmalar da var. “Ya kardeşim ne yapın edin bu ürünü satın, affınız yok”. Bizim öyle mesela şu an çok agresif bir satış baskısı var. Biz aslında tanıtım ve pazarlama uzmanı diye geçiyoruz ama satış bizim işimizin esasında özüdür.” (İ-12: İlaç Mümessili, erkek, Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama Bölümü mezunu, meslekte 5. yılı ve 5 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

İ-7 de bu anlamda bir yerli şirket çalışanı olarak yerli şirketlerde “lafta sağlıklı büyüme”den bahsedilse de gerçekte “agresif” satış baskısı olduğunu düşünmektedir.

“Benim çalıştığım firma yerli olduğu için, şirket tabii ki bize her ay yeni hedefler veriyor, bunlar ürün bazında adet olarak totalde TL olarak verilen bir önceki ay satış grafiğine göre stratejik olarak belirlenen hedefler. İlk beklentileri bu hedefleri gerçekleştirmemiz. Bunları gerçekleştirirken de aslında ‘lafta’ beklenen sağlıklı büyümek fakat böyle bir pazarda etik kurallarla görüyorsunuz ki sağlıklı büyümek mümkün değil. Sağlıklı büyümek derken bölgesel olarak orantılı büyümek, ürün ve firma bilinirliğini artırmak, reçete sayısını sürekli artırmak. Fakat ticari kaygılar her zaman ilk planda tutulduğu için siz eğer size verilen hedefi büyük oranda gerçekleştirdiyseniz firma karına bir hareket olduğu için diğer unsurlar göz ardı ediliyor. Olabildiğince portföyünüze doktor ya da eczane katmanızı isterler. Biz buna agresif çalışma diyoruz, yerli şirketler genel olarak böyleler maalesef.” (İ-7: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 2. yılı ve 2 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

İ-4 de kendini ispat eden ürünlerde satış baskısı gibi bir şeyden söz edilemeyeceğini hatta mümessille ilişkilimenin nadir görülen bir durum olduğunu diler getirmiştir.

“Tabii ki eğer bir marka gücüne sahipse ürün, onun arkasında çok fazla mümessil desteği olmaz. Ne gibi mesela yakın zamanda bir örnek, marka gücü yüksek. En basiti Aspirin (Bayer) şu an dünyada en son 2017 rakamında Türkiye Cumhuriyeti’nin yıllık cirosunun 8 katını sadece bir aspirin yapıyor. Yani rakam net değil ama daha büyük olduğunu devasa bir satışı olduğunu anlamak için. Mesela Aspirin’i kimse çalışmıyor. Ama literatürde aktif kullanılıyor. Diyor ki kan sulandırıcı, ağrı kesici vs istiyorsan bunu kullanacaksın birinci basamakta. Herkesin kullandığı bir ürün bu zamana kadar örneğin sen de bir şekilde bebekken kullanılmıştır ve ölünceye kadar da kullanılacak olan bir ilaç. Dolayısıyla Bayer uç bir örnek ama bu ürünler artık kendini ispatlamış. Mümessile satış baskısını bırakın mümessil göndermiyor dediğim gibi.” (İ-4: İlaç Mümessili, erkek, Kamu Yönetimi Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yerli şirket deneyimi de bulunuyor.)

Aynı şekilde İ-6’nın ifadesinde de yerli şirketlerde “satış”ın önemli bir yeri olduğu görülmektedir.

“Ben şöyle söyleyeyim, tabii ki her mümessilin hayali yabancı firmada çalışmak ve kalıcı olmak. Çünkü yabancı firmanın insana yaklaşımı çok daha farklı oluyor. Onlar da kesinlikle yani satış yapmak zorundalar, satış yapmazlarsa kazanım olmuyor. Ama daha insani yaklaşımları olduğu için hepimizin amacı, hedeflediği şey yabancı firmada çalışmak oluyor. Yerli firmalar da tabii ki bu konuda kendini geliştirebilir ama ön planda her zaman satış var.” (İ-6: İlaç Mümessili, erkek, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü mezunu, meslekte 1. yılı ve 1 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

Yerli şirket çalışanlarındaki eğilimin “yabancı bir firmada çalışmak” olduğu genel anlamda gözlenmiştir. Genel olarak yerli şirketlerde çalışan mümessillerin satış baskısı nedeniyle etik olmayan tutumlar geliştirmeleri gerekmekte bu da haliyle İ-7’nin dile getirdiği gibi yerli şirket çalışanına “bin takla attırmaktadır.” Yani bu istek biraz da söz konusu etik olmayan tutumların, kişilik özelliklerine bağlı olarak yorucu görülmesi nedeniyle de gelişmektedir.

Mümessillerin kendi aralarında da bu bakımdan meslektaşlarına yönelik sınıflandırıcı tanımlar geliştirdikleri görülmektedir. Görüşmelerim esnasında İ-7 ve İ-8, diğer kişilerle yaptığım görüşmelerden yola çıkarak daha farklı kişilik özelliklerine sahip olduklarını düşündürmüşlerdi. Hem çalıştıkları şirketlerin agresif tutumunu biliyor hem de bu konuda kendi etik tutumlarını koruduklarını söylüyorlardı. Görüşme yaptığım İ-9 daha önceden tanıdığı ve benim de onun referansıya gittiğim İ-8’i kastederek “Bak seni birine yönlendirecem. Çocuk var ya tam işte orjinalci, onun

yabancı bir firmada çalışması lazım. Dürüst çocuk...” şeklinde ifade ederek yerli şirket kültürüne uygun olmadığını belirtmiştir.

7.3.4. Mümessil kim olmalı?

Yerli şirketlerdeki performans beklentisi ve satış baskısının mümessilin kişilik özellikleriyle güçlü bir ilişki içinde olduğu düşünülmektedir. Burada ilaç mümessilleriyle görüşmeye başladığımda kendilerine sorduğum, “İyi bir mümessil sizce nasıl olmalıdır?” şeklindeki soruya aldığım cevapları paylaşacağım. Bu kısımda da görüleceği üzere, özellikle satışta öne çıkması gereken mümessil gruplarında mümessilin nitelikleri de satışı güçlendirecek kişilik özellikleriyle ilişkili düşünülmekte ve tarif edilmektedir.

Drucker (2005) yönetimin ve işletmeciliğin yeni prensiplerini ortaya koyduğu *Management* adlı çalışmada, yönetimin insanları ve onların performansını şirket “kültür”üne entegre eden, “ortak hedefler ve değerler”e bağlılık yaratan, bu hedefler doğrultusunda “eğitilmelerini” sağlayan, ortak “dil ve iletişim” yöntemi geliştiren, “bireysel sorumluluğa” dayanan, “ekonomik performans ve başarı” odaklı bir teknikler ve pratikleri bütünü olduğundan söz etmektedir. Bu bağlamda verimlilikten çok “etkinlik” kavramıyla ilgilenir. Mesela belli ölçülerde nitelikli insan kaynağı nicelik bakımından üstün bir gruba göre daha derinden bir dönüşüm sağlayabilecektir (ss. 23-27, 32). Burada insan kaynağının niteliği şirket için sermaye değeri yaratmakla ölçülmektedir. Dolayısıyla sermaye değeri yaratacak her türlü eylem, belli bir özgürlüğe dayanan öz disiplin çerçevesinde gelişmektedir.

Bu konuda görüşme yaptığım mümessillerin işle ilgili olarak edindikleri belli tutumlar, değerler ve davranışların etkinlik gösterme ekseninde gerçekleştiği düşünülmektedir. Etkinlik göstermek için yeri geldiğinde “hayal gücü”ne bile ihtiyaç duyulmaktadır.

“Mümessil her şeyden önce satış işini severek yapmalıdır. Özgür, yaratıcı ruhlu kişiler olmalıdır. Az önce konuştuğum arkadaşım mesela, onu ben kafasına vura vura bu sektöre soktum. Başarılı olacağına da adım gibi emindim. Çünkü onun ayırıcı özelliği hayalperest olmasıydı. Müthiş kuvvetli bir hayal gücü vardı. Ben bu işe başladığımda şunu fark ettim hayal gücüne sahip olan yenilikçi ve dinamik bir insan mümessil olarak kolayca fark yaratabilir. Şöyle düşün arabaya bindin berbat bir gündesin. Ben

Bayrampaşa’da oturuyorum, bir buçuk saat Esenyurt’a gidiyorum. Bu arada mümessillerin trafik çilesi dillere destandır. Mücadeleler veriyorum. Doktor ziyaretim var diyelim hastaneye geldim çok güzel ama bu sefer de araba park yeri bulamıyorum. Bunlar olurken toplam 2 saat geçmiş, arada doktorun yanına gireceksiniz. Kapıda sizi iten kakan suratsızca bakan lanet okuyan ki gerçekten bu mümessillerin Allah belasını versin dedi biri bana bakarak. Üstelik bunlar olurken sen insanlarla tam bir zıtlık içindesin, çünkü takım elbiseni giymişsin pırıl pırıl dışarıdan bakınca ışıldıyorsun. Ama ne olursa olsun onlarla muhatap olmaman lazım. Bu işin raconu budur. Aslında bu işin bir sürü raconu var. Biri budur. Onlar sana laf atar, fiziksel olarak itiş kakış yaşanır. Asla cevap vermem. Benim tek hedefim içeri girmektir. Kapıdan içeri giriyorsun diyelim bir şekilde doktorla baş başasın, artık hayal gücü lazım. Ben içeriye girerim ve hafif gelgitli bakışla “hocam” derim. Artık selam mı verir sorar mı “dışarıda o kadar güzel yağmur yağıyor ki” derim. Şimdi evde şöyle kurulmuşuz kanepeye açmışız biralarımızı yağmura karşı Cengiz Kurtoğlu dinliyoruz. Ne dersiniz? derim. Bir anda o kötü hava dağıtılır. Dağıtılmak zorundadır. Ama bunu Cengiz Kurtoğlu dinlemeyi seven varsa yaparsın ya da akşam kesin Beşiktaş maçı izlediğini bildiğin biri vardır. O zaman muhabbete maçtan girersin.” (İ-16: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 17. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı firma deneyimi de bulunuyor.)

İletişim becerisi etkinlik gösterebilmenin en önemli şartlarından biri olarak gösterilmiştir. Mümessiller arasında da genel itibarıyla “çekingen”, “utangaç”, “kendini ifade etmekte zorlanan” kimseyle karşılaşmadığımı düşünmekteyim.

“Öncelikle meraklı ve öğrenmeye açık biri olmalıdır. Kendini güncellemelidir öyle söyleyeyim. Bununla aynı doğrultuda hareketli yaşamayı seven, insanlarla ilişkisini sıcak tutmayı seven biri olmalıdır. İletişim becerisi kesinlikle yüksek olmalıdır. İkili ilişkilerde başarılı olması gerekir. İkili ilişkilerde başarılıysa zaten bu işte de başarılıdır.” (İ-14: İlaç Mümessili, erkek, İletişim Bilimleri Bölümü, meslekte 8. yılı ve 8 yıldır yerli firmada çalışıyor.)

“Bu işte başarılı olacak kişiler daha çok pazarlama, satış yeteneği olan. Sosyal kişiliğe sahip kişiler olmalı. Problem çözme kabiliyeti yüksek ve ikna kabiliyeti yüksek kişiler olmalı. Hani etrafımızda bazı kişileri görür ve şey deriz ya işte. “Senden tam pazarlamacı olur” onun gibi kişiler genelde daha başarılı olurlar yani.” (İ-8: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 3. yılı ve 3 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

Mümessiller doktorlara ya da eczacılara doğrudan bir satış gerçekleştirmese bile mevcut durumda satışı oluşturan eylemi kendileri gerçekleştirmektedir. Bu noktada “ikili iletişim” ve “ikna” en çok öne çıkan kavramlardandır. Mümessilin ikna kabiliyetinin ve ikili ilişkilerdeki başarısının satışa yansıtacağı düşünülmektedir.

“Bir kere ikna kabiliyetiniz çok yüksek olmalı. İkili ilişkileriniz de öyle. Sonuçta doktor ve eczacılarla muhatap oluyorsunuz, onlara bir şey satmaya çalışıyorsunuz. O nedenle olabildiğince ikna yeteneğinize başvurmanız gerekiyor.” (İ-11: İlaç Mümessili, erkek, Yeni Medya ve İletişim Bölümü mezunu, meslekte 10. Yılı ve 10 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

“İkili iletişim gücü çok iyi olmalı mümessilin. Kişisel farkındalığı düşük olan bir insan ilaç mümessili olamaz. İkna kabiliyeti yüksek, çünkü hep insanların hayatlarına girdiğimiz için hep ikna kabiliyeti yüksek ve pozitif olmak zorundayız. Mümessil kendini bilir, durması gereken yerde durur, çekilmesi gereken yerde çekilebilir bir karaktere sahip olması gerekir. Çünkü sen insanların hayatına giriyorsun o anda nasıl bir durumda, ortamı nasıl? Senin önce onu anlayıp ortamı analiz edip, koklaman ve öyle yaklaşman gerekiyor insanlara.” (İ-1: İlaç Mümessili, kadın, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 7. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı şirket deneyimi de bulunuyor.)

Mümessiller arasında öne çıkan kavramlardan biri de “müşteri yönetimi” olmuştur. Dolayısıyla “yönetimin hiyerarşik bir zincir üzerinden değil herkesin kendi kendisini yönetmesine ve etki alanındakine etkisine” odaklandığı bir yönetim hakimdir (Drucker, 2005, s. 266).

“Öncelikle prezantabl olması gerekiyor ve severek yapması gerekiyor. Çünkü sağlık sektöründeyiz, ekip çalışmak gerekiyor. Kendisine biraz güvenmesi gerekiyor açıkçası bu konuda. İnsan ilişkilerinin gerçekten kuvvetli olması gerekiyor. İnsanlarla network geliştirme konusunda hevesli olması gerekiyor. Yakınlık ilişkileri kurabilmesi gerekiyor. Bunlar aslında işin olmazsa olmazlarından bir tanesi. Önemli olan müşteri yönetimi, ziyaret dediğimiz hani, bizim müşterilerimiz hekimler sağlık çalışanları bizim bunları yönetebilmemiz gerekiyor. Asıl yaptığımız aslında bu.” (İ-13: İlaç Mümessili, erkek, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte uzun bir süre yerli şirket deneyimi bulunuyor.)

Görüldüğü üzere mümessillerin etki alanında kalan kişiler doktorlar ve eczacılar olduğu için yönetim teknikleri de buna bağlı olarak gelişmektedir. Bunlar içinde en

çok öne çıkan “prezantabl” olmak ifadesinde, karşıdakini fiziki durumu ve diksiyonuyla bir bütün olarak etkileme gücü kastedilmektedir.

“Onun haricinde işte bir tabir vardır ya, “prezentabl”. Biraz o tarz yani nasıl söyliyeyim, firmayı temsil edeceği için kişisel bakıyorlar yani. Kendini her durumda iyi ifade edebilen, soru sorulduğunda donup kalmayan her şeye cevabı olan biri olması lazım. Girişken olması lazım. İşin satış boyutu var bu nedenle girişkenlik önemli mesela.” (İ-3: İlaç Mümessili, erkek, Yönetim Bilişim Sistemleri Bölümü mezunu, meslekte 1. yılı ve 1 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

İ-12 de “girişkenlik” meselesinin önemli olduğu her durumda söyleyecek bir sözü olmanın mümessil olmak için gerekli koşullardan biri olduğunu düşünmektedir. Buna ek olarak girişkenlik arka planda satış hedefli işlese de, “ortamdaki kötü enerjiyi dağıtmanın” çok insani ve empatik bir anlamı ya da görünümü olması gerektiği de vurgulanmaktadır.

“İlaç mümessili her deliğe girip çıkabilen ve istediğini alabilen biri olmalı. Her kalıba girecek, her ortama uyum sağlayabilecek, hızlı çözümler üretebilecek, kendisine gelen bir soruyu anında cevaplayabilmesi gerekir. Öyle donup kalmayacak, bilmiyorsa da bilmediğini karşı tarafa hissettirmeyecek biri olması gerekir. Mesela doktorlarla da ilişkimiz biraz böyle yeri geliyor üzgün oluyorlar üzüntülerine ortak olmak durumundayız, sinirleniyorlar sakinleştirmek gerekebiliyor, ortamdaki enerjiyi değiştirdiğimiz çok oluyor.” (İ-12: İlaç Mümessili, erkek, Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama Bölümü mezunu, meslekte 5. yılı ve 5 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

“İnsan ilişkileri kuvvetli ve konuşmayı seven biri olmalı mümessil. İkna kabiliyeti yüksek biri olması lazım. Çünkü hiç dokunmadığı bir ürünü dokunmayacak bir kişiye mesela eczacı buna dokunacak ama doktor mesela hiç dokunmadan hastasına kabul edip reçete edecek, tedavi başlayacak. O yüzden ikna kabiliyeti yüksek ama bununla beraber bilgiyi almayı ve vermeyi seven, araştırmacı olması, hikâye anlatma kabiliyetinin yüksek olması... Bunların hepsi zaten konuşmacı kişiliğinin içinde.” (İ-4: İlaç Mümessili, erkek, Kamu Yönetimi Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yerli şirket deneyimi de bulunuyor.)

Tüm bunlar içinde hemen her zaman “özgün” taktikler geliştirmesi gerektiği de vurgulanmıştır. Verdiği örnekteki mümessilin, karşısında kim varsa ona göre hareket edebilen ve hedefe dönük bir şekilde akla çok gelmeyecek bir hamle kullandığını, bunun gerekli olabildiğini göstermiştir.

“Mümessil aslında üretken olmalı. Çeşitli ve özgün taktikler lazım. Mesela eğitim sırasında anlatmışlardı. Bir kadın mümessil, doktorun odasına girince mesela kalemi yere düşürüyorum. “Ay hocam sizi görünce titriyorum resmen, çok heyecanlanıyorum ya vs” diyormuş. Ee tabi doktor da buna karşılık vermek zorunda değil mi? Siz olsanız ne dersiniz. Karşınızdakine titre, ne halin varsa gör demezsiniz. Daha insaniyetli davranırsınız, “Yok ya öyle şey yapma” dersiniz mesela. Sonra ne olur aslında bakın bir adım daha yaklaştınız birbirinize. Karşınızdakine düşüncenizi söylemek açmak biraz daha rahatlatır her zaman.” (İ-7: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 2. yılı ve 2 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

7.3.5. Doktorun Reçetesine Girmek ya da “Duyguyu geçirmek”

İlaç mümessillerinin ifadelerinde satışın gerçekleşmesi için önemli koşullardan birinin “ikili ilişkilere” duyulan güven olduğunu belirtmiştik. Bunu gerçekleştirebildikleri önemli bir alansa iletişim alanıdır. Karşılıklı iletişimde kullanılan dil bir duygusal yatırım aracına dönüşmektedir. Bir şeye (ya da meta diyelim) ekonomik değer kazandıran şeyin fiziksel çalışmadan daha çok dilsel beceriye dayandığı gerçeği ile yönetim alanında uzunca bir süredir karşılaşılmaktadır (Marazzi, 2017, s. 9-10). Mümessillerin ifadelerinde bu türden bir “duygu dili”nin gelişmesinin “reçeteye girmek” ya da “satışa dönüşmek” için özel bir anlam taşıdığı görülmektedir.

“Her şeyden önce sen bir samimiyetle, bağ ile girersin doktorun reçetesine. İstedğin kadar git sunum yap, slaytları göster. Zaten doktorlara şimdi biz medikal eğitimler de alıyoruz. Biz mesela 40 gün Abant’ta kamp yaptık işe alım sürecinde biz sabah bir başlıyorduk eğitime akşama ben adımları unuttuyordum. Ama istediğin kadar bil, doktorun ben o sunuma baktığını sanmam ki. Sen kimsin der adam orada bir mesafe hep var zaten en bilindik taktik kendini geri çekmedir. Bakın bu eğitimlerde ben o zaman yabancı bir firmadaydım, doktora anlatılır gibi anatomi anlatıldı bize. İnsan fizyolojisi. Ardından satış pazarlama teknikleri eğitimi aldık. İnsan figürleri tavuskuşu, yunus balığı vs. Bunlar çok keyifli eğitimler oluyor aslında bunların ne kadarını uyguladığın önemli. Bizim o tanıtımlar çok kısa sürede geçiyor. O kısa sürede o kadar hızlı ve duruma göre duyguyu geçirmen lazım ki karşı tarafa yani sen istersen 10 sene eğitim al. Sen nihayetinde satış pazarlama yapıyorsun. Adamın teyzesi ölmüşse babaannesini ölmüşse ve sen taziyede bulunurken kendindeki duyguyu iyi geçirememişsen hiç önemi yoktur eğitimlerin. Veya akşam tuttuğu takımın maçı

vardır, tuttuğu takım yenilmişse arkadaşlarıyla meyhanede kavga etmiş sen bunu doktorun suratından anlamadıysan daha ne anlatıyorsun. İçinde bir yaratıcı ruhun yoksa hiçsin orada duruma göre davranmak zorundasın. İçinde bulunduğun koşul neyi gerektiriyorsa ona göre hareket etmelisin. “detailing yapmak” denir buna. Her görüşmede bir oyun sergiliyoruz. Ama orda padişah da olmak soytarı da olmak sana bağlı. Onu yöneten sensin, bunu görüştüğün hekime hissettirirsen seni madara eder. Sen tamamen yönetirsen seni eler. Ama bir ona bırakır bir sen yönetirsen keyif alırsın. Birlikte resume ettirirsen bir dahaki geldiğinde hoş geldin der. Ama tam tersi seni bozup lütfen kapatalım sıkıldım der seni bozar. Sen de sadece 30 saniyelik bir postacılık yapmış olursun.” (İ-15: İlaç Mümessili, erkek, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 13. yılı ve şu an yerli bir firmada çalışıyor. Geçmişte şirketinin yabancı bir firma tarafından satın alınmasıyla çok kısa bir süre yabancı bir firma deneyimi de edinmiş.)

İ-14 de tıpkı İ-15 (ve diğer meslektaşları gibi) bilimsel bir eğitim aldığını ama bunlar arasında “kime nasıl davranmak gerektiğini” gösteren eğitimlerinde daha önemli olduğunu düşünmektedir. Bu noktada hekimlerin İ-15’te gördüğümüz gibi “hayvan figürleriyle” adlandırıldıkları gibi, “renklerle” ya da “analitik/duygusal hekim” gibi genel ifadelerle de tanımlandığını görmekteyiz. Bu noktada hekimin kim olduğuna bağlı olarak ilişki geliştirilmekte ve hekim ikili ilişkiyi seviyorsa duygusal ton biraz daha yükseltilmektedir.

“Ben kendimden örnek vereyim. Biz üç ay boyunca otelde kaldık. Bizim firma yeni açılıyordu o zaman. Normalde üç haftayla bir ay arası bir eğitim genel olarak tüm firmalarda veriliyor. Biyoloji eğitimi, solunum sistemi, kas iskelet sistemi işte hangi ilacı çalışacaksan o ve vücudun bölümleri tanıtılıyor. Sistemler anlatılıyor, sonra ilaç etkileşimler farmakoloji o bilgiler veriliyor. Ama ben üç ay almıştım bu eğitimi, çünkü bizim firma yeniydi hangi ilacı çalışacağımız belli değildi. Üç ay boyunca bu eğitimleri aldık otelde. Daha sonrasında işte kilit müşterileri öğrenmek için analizler yapılıyor. O sırada seminerlere kurslara katılıyorsunuz. Müşteri ilişkileri yönetimi adı altında seminerler oluyor. Bizim özellikle doktora reçete yazdırmamız gerektiği için hangi hekime nasıl davranmak gerektiği konusunda da bir şeyler öğreniyoruz. Atıyorum adam analitik bir adam ona rakamlarla konuşursun. İşte bu çalışmamızda şu kadar hastamıza şu kadar verim sağlandı. Şu kadar iyileşme gösterdi. Ama diğer bir hekim var, o sarı hekim, o ikili ilişkiyi seviyor. Ona işte, “Doktor bey ben bu ilaçları çalışıyorum, biliyorsunuz. Size de gidip geliyorum. Ne kadar samimi ve sıcak

olduğunuzu biliyorum.” Buna biraz duygusal yaklaşmak gerek böyle. Diğer böyle müşteri tiplerine göre eğitimler alıyoruz. Ona göre biz de davranıyoruz.” (İ-14: İlaç Mümessili, erkek, İletişim Bilimleri Bölümü, meslekte 8. yılı ve 8 yıldır yerli firmada çalışıyor.)

İ-8 daha önce de, İ-7’yle beraber farklı bir duruş sergilediği düşünülen bir mümessil olarak ayrı tutulmuştu. Yine onda da ikili ilişki ön plana çıkmakta ama kendisi “arkadaşlık kurma üzerinden ilerlediğini” söylemektedir. Bunu da ben “daha samimi ilişkiye önem veriyorum” şeklinde yani bu ikili ilişkilerde samimiyezsizlik yapamdan sahici davrandığını belirtmek üzere kullanmaktadır. Birlikte ailecek görüştüğü hekim ve eczacı olduğundan da söz etmiştir. Ancak en nihayetinde İ-8’in de buna bir “taktik” olarak yaklaştığı, arkadaşlık duygusundan beslendiği düşünülebilir.

“İşe girerken daha çok medikal eğitimler alıyoruz. Medikal eğitimlerin olmasının sebebi doktorlarla iletişime geçtiğimiz zaman mevcut çalıştığın ilacın içeriğini anlatmak sonuçta. Satış pazarlama işi şu şekilde devam ediyor aslında ürünü ne kadar iyi biliyorsan o kadar iyi pazarlarsın meselesi. Bizim olduğumuz da sağlık sektörü olduğu için ürünü doğrudan pazarlama değil de tanıtmaya yönelik medikal eğitimler satışın bir parçası oluyorlar. Hatta önemli bir parçası diyebilirim. Firmanın tabi bazı eğitimleri oluyor doğrudan mesela doktora nasıl çalışırsın ilacı gibi ama her zaman bireysel taktiklere de ihtiyaç vardır. Kişisel taktikler geliştirmek gerekir. İkna düzeyi açısından bu bakımdan daha özgün olmaya ihtiyaç duyulabilir. Ben daha samimi ikili ilişkiye önem veriyorum. Hani bir arkadaşlık kurma üzerinden ilerliyorum. Onun dışında da hekimin neyi tercih ettiğini belirlemeye çalışıyoruz bir yandan. Evet bir ağrı kesici yazacak ya da bir antibiyotik yazacak ama işte kimi yan etkisi az olsun güvenilirliği iyi olsun der kimi başka bir yönelim içinde olabilir. Biz bunu da tespit etmeye çalışıyoruz. Bunu bulduktan sonra da hekim eğer medikal yönü ağır basan bir hekimse kendi ilacımı diğer ilaçlardan üstün kılan taraflarını veya hekimin tercih nedeni olabilecek şeyleri öne çıkarmaya çalışırım. Burada hekim ne istiyor onu belirlemekte fayda var. Her zaman insani ilişkiler kurmaya çalışmak lazım bu işte, işte bir doktora gittik diyelim doğrudan ilaçtan konuşmak değil de bir gündemden konuşmak siyaset seviyorsa siyaset konuşmak ne bileyim öyle şeyler yapıyorum. Biraz empati kuruyorum. Gün boyunca bir sürü hasta geliyor ona mesela kültürel seviye düşük genelde, hastayla münakaşa yaşanabiliyor. Bu nedenle empati yapıyorum daha farklı konulara giriyorum. Konu kapanış olarak ilaca geliyor.” (İ-8: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 3. yılı ve 3 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

Bu arada çok fazla dile gelen konulardan birinin de “kendinden ödün vermek” olduğu görülmektedir. Yani normal şartlarda görüşülmek istenmeyen biri “iş gereği” konuşulması gereken birine dönüşmektedir.

“Çok konuşmak lazım, insan odaklı olmak lazım. Toplum içinde hoşlanmadığınız bir insan olabilir ama siz işiniz gereği görüştüğünüz herkesin diline hitap etmeyi becermeli ve onun özel ilgi alanlarına dahil olmayı başaran bir insan olmalısınız. Bir kere böyle bir yeteneğe sahip olmanız lazım. Yani ben İnşaat da bitirmiş olabilirim, İktisat da bitirmiş olabilirim. Ama insan sosyal yaşantısı çok önemli. Bir topluma girdiğinizde hemen uyum sağlayıp, insanların özel alanına girip ortak paylaşımlarda bulunan her insan bu işi yapabilir. Yeter ki sosyal olsun ve ne istediğini bilsin.” (İ-16: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 17. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı firma deneyimi de bulunuyor.)

İ-11 gibi hekimi arayıp sorma, kendini hatırlatma yoluyla sıcaklık kurmaya çalışan mümessiller de bulunmaktadır. İ-11 bazen bu dilin işlevi olmadığında hekimle “maddi” bir temas geliştirmenin gerekli olduğunu düşünen mümessiller de bulunmaktadır.

“Sektör zaten tamamen satış odaklı ilerliyor. Şimdi burada da hani güven odaklı ilerleme de çok önemli. Doktor, “Bak bu çocuk iyi demesi lazım”. Sonra ziyaretlerini de sürekli yapman lazım. Seni görmesi hatırlaması lazım. Yani Ali’yi gördüğünde aklına firma gelmeli, ilaç gelmeli. Hiçbir işin yoksa dahi, ki bunu eminim anlatmıştır birileri sana. Şöyle yaparsın. Doktorun kapısını çalarsın ve “Hocam nasılsınız, geçiyordum bir selam vermek istedim” dersin. Mesela bazen kapıyı çaldın yüzüne baktın suratı asık, bir şey olmuştur. O zaman işte ne bileyim, halini hatırlıy sorarsın. Ya da sana yüz vermedi, “Hocam sizi özledim ya o yüzden bir bakayım dedim” gibisinden bir şey dersin. “Geçen gece rüyamda sizi gördüm” dersin mesela. Böyle şeyler. Seni ne kadar görürse o kadar hatırlar. Dediğim gibi sen şirketle o ilaçla özdeşleşirsin. Biraz çekim gücüyle de alakalı mesela bir hocaya sempatik gelmişsindir. O da seni görmek ister. Onu daha çok görürsünüz. Bir de tabi görmekle çok alakası olmaz ama mesela bir kongre için çok yazarlar. Firma diyelim ki kongre masrafını karşılayacak o zaman çok yazar ama hani sırf gittin geldin pek yazılmaz. Tanıtım slaytları var mesela ama hoca diyor yani artık gerek yok diye zaten. Dışarıda da görüşüyorsan hiç gerek kalmıyor ona. Ailecek görüştüğümüz hocalarımız da var. Dışarıda yemek yediğimiz doktorlar da var. Mesafeyi koruyan doktorlar da var. Bazıları kapıya yapıştırıyor mesela, “Mümessiller giremez” diye kapıya yazı yapıştıran da var. Bazıları da diyor, “Ben ziyaret kabul etmiyorum”. Tamam hocam

deyip çıkıyorsun.” (İ-11: İlaç Mümessili, erkek, Yeni Medya ve İletişim Bölümü mezunu, meslekte 10. Yılı ve 10 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

İ-1 de bazen anlatılan ilaçla ilgili bilgilerin dinlenmediğini bu nedenle ikili ilişkilerin bu işi yapabilmek için çok değerli olduğunu düşünmektedir. Bu anlamda hekimin “kalbine dokunmak” ve onda “aidiyet oluşturmak” gerektiğini de belirtmiştir.

“Benim çok komik bir hikayem var. Sektöre ilk başladığımda o zaman bir antibiyotik çalışıyordum. Bana dediler ki her hafta doktora gittiğinde, postacılık yapıyorduk o zaman slaytı açıyorsun 30 saniye ilacı dinliyor. Her hafta gidiyorum doktora anlatıyorum o zaman. “Merhaba, çok kısa vaktinizi alıcam, birkaç ürünümden bahsedicem falan diyorum. Tamam diyorlar” Sonra başlıyorum, “Hocam ben bu ürünü çalışıyorum, ardından şu ürünü çalışıyorum, böyle yapıyorum falan”. Bunların hepsini biraz önce bahsettiğim şekilde içeriğini anlatıp çıkıyorum falan. Şimdi ben 4 farklı doktor ziyaret etmişim, dördünde de aynı cümleleri kullanarak ürünü tanıtmışım. Birinci ayımın sonunda o da yeni atanmış, çok tatlı bir bayandı. Döndü bana dedi ki, “Ya bir şey söylicem, ben şimdi bunu yazmak istiyordum ama bunun içinde ne vardı?” dedi. Ben o gün anladım ki sen ne kadar uzun ya da kısa cümleler konuşursan konuş, o anda anlattığın şeyi duymuyor karşı taraf ve sen anladığını hissettiğin anda ürününden bahsedersen o insan seni dinliyor ve ürünü de reçete ediyor anlamına geliyor. Şimdi burada da ziyarette de çok enteresan bir olay çıkıyor. Senin her ziyaretinde aynı şeyleri anlatman demek karşı taraf seni dinliyor ve reçete ediyor anlamına gelmiyor. Kalbine dokunmak gerekiyor, ne bileyim o anda nasılsın demek gerekiyor, aidiyet oluşturman gerekiyor. Atıyorum çok yoğun ve stresli çalışan bir doktorun var ve her gittiğinde aynı şekilde yoğun çalışıyor ve sen onun o durumunu gördün, kahveyi de sevdiğini biliyorsun, her gittiğinde yanında bir şeyler var soğuyor, ona soğumayacak bir şekilde kahve götürürsen aidiyet oluşturursun anlatabiliyor muyum? Bu sen de olsan ben de olsam olur. Bu ikili ilişkiler çok değerli.” (İ-1: İlaç Mümessili, kadın, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 7. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı şirket deneyimi de bulunuyor.)

İ-1 geçmiş deneyiminde bu aidiyet duygusunu geliştirmek yoluyla doktor reçetesi değiştirebildiğini düşünmektedir. Bunu kişisel bir sıcaklık üzerinden geliştirirken varyasyonları olduğunu da dile getirmiştir. Yabancı firma deneyiminde “yerli” yazma tercihinde bulunan bir hekimle yaşadığı diyalog üzerinden aidiyet duygusunun farklı biçimlerde geliştirilebildiğini düşünmektedir.

“Mesela ben buraya başladığımda da şirket bana şey dedi, yabancı ve büyük firmaların ilaçları yüzünden doktor tercihlerini değiştiremiyoruz. O yüzden bizim ürünlerimiz

yerli ve jenerik olduğu için arka planda tercih ediliyor dediler. Ben de aradım diğer firmadaki arkadaşımı 17 yıl çalışmış çocuk, “Arkadaşım ya bir şey sorcam sana bana böyle böyle söylüyorlar dedim, şimdi ben ne kadar çalışırsam çalışayım Pfizer mi yazıyorlar dedim?” o da bana “Arkadaşım, eğer böyle bir şey olsaydı ben kendi bölgeme çıkmazdım, otururdum. Ne kadar çalıştığımı sen biliyordun” dedi. Burada öyle bir şey yok. Doktorun aidiyet duygusu dediğimiz duygu var. Kendisine sıcak gelen insanlara destek durumu var bir de. Sen A firmasındansın, B firmasındasın böyle bir şey yok dedi. Benim mesela yabancı firma deneyimimde adam yerli bir ürünü yazıyor, 17 senedir. Kalemimi kıramadığım doktorlar vardı böyle. Adam tam bir milliyetçi. Yanına gidiyorsun mesela adam seninle dalga geçiyor. Yani utanmasa, hepiniz Amerikanın köpeğisiniz diyecek yabancı bir firmada çalışıyorum diye bana böyle bir muamelede bulunuyor. Şu an mesela yerli bir firmadayım sonuçta ben bir çalışanım. Bu adamlar da küçük firmalara yazıyordu. Dolayısıyla senin nasıl bir aidiyet duygusu oluşturduğun çok önemli bir konu.” (İ-1: İlaç Mümessili, kadın, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 7. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı şirket deneyimi de bulunuyor.)

Bu noktada karşımıza çıkan en önemli konulardan biri de belli başlı duygular üretmek yoluyla yerelleşme zeminini kurmaya dönük ifadelerdir. Aslında doktor ve eczacılarda da gördüğümüz birtakım duyguların bu anlamda ilaç mümessilleri temsiliyeti doğrultusunda, yerli şirketlerden akıtılan bir kültür olduğu söylenebilecektir. İ-6 bu anlamda kendi tanıtım faaliyetlerinde yerliliği şu şekilde öne çıkarmıştır:

“Doktorlardaki bu algının kırılması için aslında gerçekten perifer bölgelerde Bağcılar, Fatih vs çalışması lazım. Yerli firmaların da ayakta kalabilmesi için buna ihtiyaç var. Yerli jenerik ürünlerin tercih edilmesi gerekiyor. Ekonomikliği için de bu gerekli. Doktorlara bazen bu şekilde de tanıtım yapabiliyoruz. Hocam işte bize de destek verin. Yerli firmayı, yerli sermayeyi kalkındıralım vs. Bu algıyı da yaratmamız gerekiyor doktorda. Çok fazla doktor var ve her doktora farklı olabiliyor. Farklı yaklaşmak gerekiyor. İşte başta iletişim demiştik ya.” (İ-6: İlaç Mümessili, erkek, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü mezunu, meslekte 1. yılı ve 1 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

Yerli firmada çalışan İ-7’nin de belli başlı milli duyguları pazarlama süreçlerine entegre ettiğini görmekteyiz. Bunu “böyle damardan girdiğimiz oluyor” şeklinde ifade etmektedir.

“Doktora özellikle yeni tanışmışsam yerli bir firmadan geldiğimi, ilacımın geri ödemedede olduğunu falan zaten ilk başta söylüyorum. Doktorun tutumuna bağlı olarak değişse de genelde tam bir nefret duymuyor kimse ben Alman firma tercih ederim

demiyor. Ülke ekonomisi, ülkemizin durumu, kalkınması falan filan biraz böyle damardan girdiğimiz oluyor yani. Çünkü piyasada zaten seninkinden kat be kat üstün bir ürün var. Doktorun seninkini yazması için bazı gerekçeler lazım. Bu bazen ülke olur, bazen ilacın büyüklüğü ve rengi artık hangisi lazımsa duruma göre.” (İ-7: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 2. yılı ve 2 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

Bu süreçte en genel anlamda ilaç çeşitliliği de göz önünde bulundurulduğunda en çok tercih edilen şeylerden birinin “sosyal yaşama girmek” olduğu anlaşıyor. Bunun ilaç piyasasında saha elemanları için genel bir tutum olduğu çoğu kez dile getirilmektedir. Sadece rekabet düzeyi biraz daha genişlemekte ve duyguların işlevi daha fazla öne çıkmaktadır. Neticede satışa sebep olacak şey ya doktor reçetesine girmek ya da eczacıyla satış üzerinden ilişki kurmaktır. Bunu yapabilmek için, yani kendi ürününü listeye girmek için, ürünlerin hepsinin de “aynı” olduğu özellikle göz önünde bulundurulduğunda markayı öne çıkarmanın yolunun ikili ilişkilerden geçtiği gayet açıktır. İ-12 tam da bu nedenle öne çıkmak için, 20 firma arasından sıyrılmak için sosyalliğin, ikili ilişkilerin ve duyguların yaratacağı dönüştürücü güçten faydalanmaya çalışmaktadır.

“Benimle aynı ürünleri çalışan belki 20 tane firma var. Benim reçete çıkarmam için bir adım öne çıkmam gerekiyor. Bu aradaki ilişkiyi örneğin doktorun sosyal yaşamına girmeyi de başarırsan genelde söz alıyorsun. Ben de söz aldığımda bunu satışa dönüştürebiliyorum. Bizim birtakım hedeflerimiz oluyor. Benim bu hedefleri karşılayabilmem için bu doktorlarla ilişkilerimin çok iyi olması gerekiyor. Çünkü benim gibi günde belki yirmi tane otuz tane eleman çalışıyor. Bu çalışanların illaki doktorun hassas noktasını bulup ordan doktorun konfor alanına girmiş oluyorsun. Dolayısıyla konfor alanına girdiğin doktor sana açılmaya başlıyor. Ne oluyor arkadaş oluyorsun bir süre sonra, kimse de bir iş yaparken arkadaşını kırmaz. Ticari planda arkadaşını ilk plana koyar.” (İ-12: İlaç Mümessili, erkek, Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama Bölümü mezunu, meslekte 5. yılı ve 5 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

Bu anlamda eğitimlerdeki “role-play”lerin iş pratiklerindeki etkisini İ-13’te görmekteyiz. İ-13 hekimle çıkar ilişkisi kurulduğu hissettirilmeden bunun yapılmasının önemli olacağını düşünmektedir.

“Kimi hekimi 15 günde bir kimi hekimi ayda 1 ziyaret ediyorsunuz. Ama kimi hekimi de istediğin zaman ziyaret ediyorsun. Yani bu illa odasına gitmek gibi değil. Özel zamanını da ayırıyor size. Size sevmişse işte ne bileyim ya da belli ölçülerde siz onun

hayatınıza o da sizin hayatınıza giriyor diyeyim. Sosyal zamanına girmek diyoruz biz buna. Çünkü bir güven ilişkisi gelişirse bu sizin için sonrasında da çok iyi oluyor. Sonunda senin ürününü de biliyor. Ama olabildiğince hani bunu hissettirmeden gerçek anlamda sosyal zamanı bölüşerek geçirmelisiniz ki, hekim de sizin onla çıkar ilişkisi için bu samimiyeti gösterdiğini düşünmesin. Sonrasında zaten reçete etmesini istediğiniz ürünü eğer sıkıntısız bir ürünse yazıyor.” (İ-13: İlaç Mümessili, erkek, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte uzun bir süre yerli şirket deneyimi bulunuyor.)

İ-5 bu anlamda yaptıkları işin bir EQ’ya (duygusal zeka) gerek duyduğunu düşünmektedir.

“Öncelikle ikili ilişkiler çok fazla ön plana çıkıyor. Biliyorsunuz bir IQ matematiksel zekâ bir de EQ duygusal zeka var. IQ kadar EQ’ya da ihtiyacınız var bu işi yapabilmek için. Matematiksel zekânız çok iyi olabilir ama eğer ikili ilişkilerde iyi değilseniz bu işi yapmanız gerçekten çok zor. İkili ilişkilerinizi ilerlettiğiniz ölçüde iş yapabiliyorsunuz aslında. Sektörde en başarılı olanlara baktığınızda bu ikili ilişkileri en iyi kurabilenler geliyor.” (İ-5: İlaç Mümessili, erkek, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 3. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışmaya başlamış. Geçmişte yerli şirket deneyimi bulunuyor.)

Genel olarak baktığımızda ilaç mümessilleri tıpkı küresel şirketlerde çalışan meslektaşları gibi satış ve pazarlama odaklı çalışmaktadır. Bunun için de yaratıcılığını, zekasını, duyarlılığını ve dilini kullanılabılır halde tutmak önemlidir (Berardi, 2012, s. 166). Ancak aralarındaki farkın rekabet etmesi gereken ilaç sayısındaki fazlalık olduğunu düşünmektedirler. Bu nedenle zaten normalde de var olan “ikili ilişkiler” ve sağlıkçının sosyal yaşantısına girme eyleminin tonunun biraz daha fazla hatta zaman zaman “milli duyguları” araçsallaştıran bir yöntemle gerçekleştiği görülmektedir.

7.3.6. Yerli Şirket ve “Kurumsallaşmanın Olmaması”

Yerli firmalar özelinde en çok şikâyet edilen konulardan biri kurumsallaşmanın olmamasıdır. Çok genç firmalardan başta satış baskısı olmak üzere işe tutundurma süreçlerinde “insancıl” davranmadıkları düşünülmektedir.

“Bir firmam yabancı bir firmaya satılmıştı, isim vermeyeyim. Türkiye’de yaklaşık 300-350 saha çalışanı ile satışı oldu. Aslında kendi iç sıkıntıları ile ilgili problemlerdi.

Üçüncü kuşak firmayı yönetemedi, bölüşemedi. Maalesef Türk firmalara baktığınızda her şeyin bir kişiye devredildiğini ve kurumsallığın hiç olmadığını görürsünüz. Aile şirketi mantığı ama bakarsanız aile içinden öylesine orda olan bir sürü insan da olabiliyor. Nasıl yani ne alaka dediğiniz ama sizin çok da tabi dahil olamayacağınız bir alandır o ama şaşkınlık yaratır. Özellikle ilaç gibi bir alanda bakılınca bu daha şaşkınlık vericidir. Kurumsallık neredeyse hiç yoktu mesela profesyonel değildi. Evlat, çoluk çocuk, torun ve hısım akraba ile doldurduğu için o kadroyu. Diğer taraftan bu kadro ile AR-GE yapamıyorlar. Türkiye’de Abdi-İbrahim’i ayırırsanız yine birkaç tane daha var bunlar. Bu isimler daha profesyonelle yakın çalışıyorlar ama yine de orijinal ilaç molekülü ürettikleri söylenemez. Sadece şirket yapılanmasında daha profesyoneldirler. Yönetimsel destek alırlar falan.” (İ-15: İlaç Mümessili, erkek, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 13. yılı ve şu an yerli bir firmada çalışıyor. Geçmişte şirketinin yabancı bir firma tarafından satın alınmasıyla çok kısa bir süre yabancı bir firma deneyimi de edinmiş.)

İ-11 performansın düştüğü noktalarda kolayca gözden çıkarılabileceklerini düşünmektedir. Bu durumda kurumsallığın olmaması satış üzerindeki baskının artmasına bu da meslekte gayri-etik tutumların oluşmasına neden olabilmektedir.

“Yabancı firma deneyimim için şunu diyebilirim. Kesinlikle kurumsallık vardı. Yabancı firmaların şu özelliği güzel hakkınızı sonuna kadar verirler. Sözleşmeni feshedecek, bir sene çalıştın hakkın 50 bin – 100 bin neyse onu verirler. Türk firmalarda maalesef kurumsallık yok, her zaman hakkını vermiyor işte dava açman gerekiyor, bilmem ne. Mesela işten çıkarırken de yabancı firma 60 bin verirken yerli firma 10 bin veriyor yani. Senin hakkını veriyor, daha kurumsallar bu anlamda. İnsana değer daha fazla. Bizim firmada insani değer yok yani. Hiç insana verilen kıymet yok hani yerli firmaların bu sıkıntısı var. Ya kardeşim adam zaten çalışıyor, senin personelin iyiye kaybetmeye değil de kazanmaya bakıcaksın, yöneticilik budur. O zaman şöyle oluyor, bu adam bu ay satamadı gönderin gitsin. Burada şey var tamamen yerli firmalar yeni olduğu için seni kolayca gözden çıkarabiliyor.” (İ-11: İlaç Mümessili, erkek, Yeni Medya ve İletişim Bölümü mezunu, meslekte 10. Yılı ve 10 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

İ-4 yabancı firmalarda kurumsallıkla beraber medikal eğitim farkının da olduğunu düşünmektedir. Bunun sahaya da yansıdığını ifade etmiştir. Yani sahada “her yol mubah” diye değil de daha kontrollü bir pazar anlayışlarının olduğunu iddia etmektedir.

“Kurumsallık açısından ülkemizdeki en iyi firmalar hiç kuşkusuz yabancı firmalar. Medikal kısımda da öyle verilen eğitimler, eğitimlerin düzeyi falan ama sahada da yine o kurumsallık en üst düzeyde yansıtılıyor. Yani ya yabancı ya da büyük firmalar ki onların da yabancı ortakları vardır. Onlar da bir şekilde hissedersin farkı. Çünkü onlar o kültürü artık kabullenmişlerdir, nasıl yapmaları gerektiğini. Tamamen kurumsaldır buradaki iş. Zaten büyük olmaları da tamamen bu kurumsallığından geliyor diye benim kendi yorumum var. Ama yerli firmalarda işler daha biz bize yönetilir. Tek dert para kazanmaktır. Bunun için de her yol mubahtır.” (İ-4: İlaç Mümessili, erkek, Kamu Yönetimi Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yerli şirket deneyimi de bulunuyor.)

İ-16 da benzer şekilde yabancı ve yerli şirket kıyasında, yabancı şirketlerin saha elemanına karşı daha insani bir tutum geliştirdiğini ve uyum sürecinde daha müsamahakâr olduğunu düşünmektedir.

“Yabancı firmaya gittiğin zaman sudan çıkmış balığa dönüyorsun. Bir defa onlar orijinal ürün çalışan firma olacak yabancından kastım da bu aslında. Yabancı demek orijinal demektir bizim sektörde. Ha orijinal olmayan yabancılar var mı var ama onlar da yine bir Türk firmasından daha insancıl çalışırlar. Niye? Çünkü daha insan odaklı bakarlar. Onlar senin ne kadar uslu olup ne kadar çalıştığına öncelik verir. Tabii ki bir Türk firması sana 3 aylık bir yol haritası koyarsa yabancı bir firma sana en az 6 aylık bir pozisyon sunar. Der ki bu adam geldi geleli 3 ayda uyum sağlamasına imkân yok, en az 6 ay geçmeli. 6 ay sonra bölge müdürlerinin raporlarına göre bu adamı kazanmalı mıyız? Kazanmamalı mıyız kısmına bakarlar. Ki genelde kazanmaya bakar yabancı firma. Ama yerli öyle değil gözünün yaşına bakmaz, genç eleman çalıştırır.” (İ-16: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 17. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı firma deneyimi de bulunuyor.)

Satış süreçlerindeki genel durumdan söz ettikten hemen sonra bu ilişkilerin yerli firmalardan ne şekilde geliştiğine de bakılması gerekmektedir. Gelecek bölümde bu nedenle doktor- (yerli) şirket ve eczacı- (yerli) şirket ilişkisine de bakılmaktadır.

8. (YERLİ) ŞİRKET-ECZACI ve (YERLİ) ŞİRKET-DOKTOR ARASINDAKİ İLİŞKİLER

Sermayedar ve çalışanlar arasında sözleşmelerin ve performansın bireyselleştirilmesi neoliberal yönetimin temel etkilerinden birisidir. Neoliberalizmle birlikte yayılan esnek, geçici ve güvencesiz istihdam modeli emeğin, emekçinin ve işyeri örgütlenmesinin üzerinde derin etkiler yaratmıştır. Farkında olunmasa da şirketlerdeki rekabete ve hıza dayalı bu iş kültürü sermayedarlar karşısında dayanışma ve örgütlenme gibi kolektif yapıları çürütmektedir. Yine performansa dayalı çalışma biçimleri, çalışanların lehine bir görünüm arz etse de (*kazan-kazan*) son kerte güvencesiz çalışma koşullarına bağlı olarak emeği sömüren ve iktidarı güçlendiren bir uygulamaya dönüşmektedir (Coşkun, 2019, s. 228). Çalışmamızda özellikle görüşme yaptığımız ilaç mümessilleri, yerli şirketlerde “kurumsallaşmamaya bağlı” biçimde bu esnek ve güvencesiz çalışmanın yorucu taraflarını dile getirmişlerdir. Diğer taraftan iş yapış şekilleri ve kültürünü de gösteren bir takım ifadelerde bulunmuşlardır.

Çalışmamızın bu kısmında özellikle ilaç mümessilleriyle doktor ve eczacılar arasında gelişen ilişkilerde bu iş yapış şekilleri ve kültürünün hem ilaçların pazarlama ve tüketime etki eden boyutlarına bakılacak hem de genel anlamda sağlık alanına nasıl tesir ettiği üzerinde durulacaktır. Bilindiği üzere ilaçlar neredeyse ilk ilaçlardan bu yana özel sektörde üretilmiş ve satış-pazarlamanın önemli olduğu bir alan olarak şekillenmiştir. İlaçların kâr potansiyelleri arttıkça da satış ve pazarlama ilaç devleri tarafından ulusaşırı bir faaliyet olarak gerçekleştirilmeye devam etmiştir (Porter, 2016, s. 108-109). Küresel ilaç endüstrisine yönelen en büyük eleştirilerde de küresel şirketlerin ulusaşırı sınırları aşarak manipülatif yaklaşımlarla doktorları ve eczacıları etkilediği, gereksiz ve aşırı ilaç tüketimini kışkırttığı düşüncesi öne çıkmaktadır.

Çalışmanın henüz başlangıç aşamasında, ben de bu bilgiden hareketle yerelleşme sürecinde yerli şirketlerin bu tür manipülasyonlara karşı tutumunu anlamayı hedefliyordum. Özellikle yaptığım ilk ön görüşme boyunca yerli şirketlerin satış ve pazarlamada çok küçük bir payı olduğu izlenimi edinmiştim. Oysa görüşmelerim ilerledikçe, özellikle ilaç mümessilleriyle yaptığım görüşmeler bu algının tersine dönmesine neden olmuştur. İlk bölümden hatırlayacak olursak, Bağcılar’da kendisiyle görüşme yaptığım doktor ve eczacılar kendilerine yabancı şirketlerden artık hiç ziyaret

gelmediğini ve yabancı şirketlerin “bu işlerden” çekildiklerini vs. söylemişlerdir. Aslında bu bölümde de söz konusu düşünceleri ilaç mümessillerinin aktarımları üzerinden takip edeceğiz.

O nedenle bu kısımda aslında (yerli) şirketlerle eczacılar ve (yerli) şirketlerle doktorlar arasındaki satış ve pazarlama süreçleri ele alınacaktır. Buradan yola çıkarak yine yerelleşme sürecine ve yerelleşme sürecinin satış ve pazarlama ağlarındaki konumlarına bakarak, gelecekte halk sağlığı ve kamu çıkarlarına muhtemel etkisini değerlendirmeye çalışacağız.

8.1. (Yerli) Şirket-Eczacı Arasındaki İlişkiler: “İşte yerli ilaçlarla ilgili sıkıntı maalesef ki rekabet”

İlaç mümessilleri ve eczacılar ile ilaç mümessilleri ve doktorlar arasındaki ilişki ya da iletişim biçimleri şirketlerin iktidarını büyütecek, ekonomik büyüme ve kârlılığını artıracak önemli bir ilişki hattı kurmaktadır. Bu ilişkilerde şirket iktidarını büyütecek her tür hamle -buna özellikle duygusal ve ikili ilişki kurma biçimleri dahil edilmeli- yönetim süreçlerine kök salmıştır. Şirketler bunu bir yönetim prensibi haline getirirken, çalışanlar bir iş kültürü/ahlakı olarak benimsemektedir. Bir önceki bölümde de karşımıza çıktığı gibi duygusal biçimde güdülenmiş olan bir takım rasyonel hesaplar arka planda sürekli işlemektedir. Bu bağlamda Massumi (2020) çıkar özneleri kipliğinin her tür ekonominin rasyonelleştirilmesine istem dışı katkıda bulunduğunu, onu örgütlediğini ve pozitif etki kattığını iddia etmektedir. Burada çıkar özneleri zihinsel ve duygusal anlamlar üretmeye, bunları dolaşıma sokmaya ve bir ilkeye dönüştürmeye odaklı işlemektedirler (s. 421). Neticede çalışmayı besleyen kültürel/moral kodlar görünürde kişilerin gerçekte ise şirket veriminin önemli bir parçasına dönüşmektedir.

“İletişim” bu anlamda en kritik bir yönetim tekniği olarak karşımıza çıkmaktadır. İlaç mümessillerinin doktorlarla kurduğu iletişim dilinden ve niteliğinden söz etmiştik. Bunların konuşma ve iletişim tarzında, giyim ve dış görünüşte, beden dili ve duygusal zeka geliştirme gibi pratiklerde, belirli bir jargon edinmede ve bedeni ya da duyguları içinde bulunduğu durum veya koşullara göre denetleyip dönüştürmeyi sağlayan öz-yönetim uygulamalarıyla ortaya çıktığı görülmektedir. Bu anlamda “empati”, “iyi insan ilişkileri”, “pozitiflik” gibi davranış ve tutumların geliştirilmesi birer “duygusal

sermaye” de oluşturmaktadır. Söz konusu duygular gerçek olsalar bile hemen hepsi “hesapçılık” üzerine kuruludur ve genellikle manipüle edilip ekonomik hedefler doğrultusunda işe koşulmaları muhtemeldir (Coşkun, 2019, s. 217-218). Bu öz-yönetim yalnızca ilaç mümessillerinin değil etkileşimde olduğu diğer aktörlerin bir bütün olarak piyasa için işleyen ve onun kavram ve araçlarıyla düşünen duygusal-rasyonel kişilere dönüşmesine sebep olmaktadır. Bu anlamda söz konusu ilişkiler içinde bir söylemsel mevzilenişlerden bir de çıkar ilişkilerinden söz edilmesi gerekmektedir.

Öncelikle belirtmek gerekir ki eczacı ve doktorlarda ilaç mümessili ve dolayısıyla şirketlerle etkileşim görünürde de karşılıklı hesaplara dayanmaktadır. Yerelleşme sürecinin yarattığı jenerik/muadil ilaç ürünleri skalasındaki genişlemenin yerel şirketler, yerli şirketlerde çalışan mümessiller ve son olarak yerli ilaçlar arasında ve küresel rakipleriyle rekabet oluşturduğunu görmüştük. Bu durum eczacılarda genel anlamda mümessille “sıcak satış”ın²¹ yoğunlaşmasına yol açarken, doktorlarda “soğuk satış” faaliyetlerini artırmıştır. Katılımcıların ifadelerinde de görüleceği üzere bu satış ve pazarlık süreçleri eczacı ve mümessillerde genellikle “mümessilin emeği” ile beraber düşünülmektedir. Tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin kendileri üzerinde etkisi olmadığını düşünen katılımcılar bile, “mümessil çok çalışıyorsa” ya da “emek veriyorsa” ilacını tercih ettiğini belirtmektedir.

Bu süreçleri biraz daha yakından görebilmek için, bu kısımda öncelikle eczacı ve ilaç mümessilleri arasındaki ilişkilere bakmaya çalışalım. Eczacılara, kendilerine ziyarete gelen mümessillerle neler konuştuklarını ve kendilerinden beklentilerinin neler olduğu sorulmuştur.

Eczacıların büyük çoğunluğu bu görüşmelerde sipariş ve kampanya şartlarının konuşulduğunu belirtmiştir. Aynı şekilde mümessille ilişkilenenlerin bazı rahatsız edici taraflarına da vurgu yapılmıştır.

“Mümessillerle yapılan görüşmelerde alınacak olan ilacın eczanemizde ortalama aylık çıkışına göre adet ve kampanya şartları konuşularak eczane ekonomisine uygun bir şekilde siparişi sağlanır.” (E-11: Eczacı, erkek, 9 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

²¹ “Sıcak satış” ilaç mümessilleriyle yaptığım görüşmelerde en çok kullanılan kavramlardan biri olmuştur. Sıcak satış, daha çok yüzyüze gerçekleşen ve pazarlığa dayalı bir satış temsil etmektedir. Dolayısıyla eczacı ile girilen tüm pazarlıklar, sıcak satışın parçasıdır. “Soğuk satış” ise sıcak satışın tam tersidir. Burada da doktorlarla daha çok reçete yazma süreçleri üzerinden girilen pazarlıkları kastedilmektedir.

Aşağıdaki aktarımlarda da görüleceği üzere eczacıların büyük kısmı mümessille etkileşiminde genelde ilaç tanıtım ve bilgilendirmesi dışında satış konuşulduğunu belirtmiştir.

“Mümessil ziyaretlerinin amacı ilacı tanıtmak olması gerekirken günümüzde bu ziyaretlerin amacı ilaç satışına dönmüş durumdadır. Ben ilacını tanıtmasını bilgilerimi tazelemesini beklerim, mümessil ilaç satmayı. İstisnalar var tabii ama az. Sipariş alamıyorsa ziyaretini kesiyorlar zaten bir süre sonra.” (E-15: Eczacı, kadın, 25 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Gün içinde mümessiller gelebiliyor. Ürünleriyle ilgili bilgilerini paylaşmaları gerekirken sadece satış konuşuyorlar.” (E-6: Eczacı, kadın, 37 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Bizim açıkçası tıbbi mümessillerden herhangi bir beklentim yok, hatta sürekli kampanyalarla ürün satma çabalarının oldukça yorucu olduğunu ifade edebilirim. Onların bizden beklentisi ise sürekli ve fazla miktarda ürün almamız elbette. Çoğu eczaneleri umursar görünse de gereğinden fazla alınmış ilacın satılamayarak miadı geçmesi ve imha edilmesinin pek umurlarında olduğunu bile sanmıyorum.” (E-5: Eczacı, erkek, 14 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Genelde ürün tanıtımı ve satış koşullarını aktarırlar, benim mümessillerden beklentim eczaneyi çok fazla meşgul etmemeleri tabi bu herkes için geçerli değil ama çoğu gereksiz zaman kaybettirebiliyor.” (E-10: Eczacı, erkek, 2,5 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Aslında bu görüşmelerin içeriğini sorduğumda, diğer sorularıma göre daha çekingen cevaplar aldığımı söyleyebilirim. Genellikle bu kısım çok fazla üzerinde durulmak istenmeyen bir kısımdı. Cevaplarda da genel anlamda bu ziyaretlerin eczacı için külfete dönüştüğü ifadesi öne çıkmaktadır.

Diğer taraftan bu görüşmelerin eczane ekonomisi için önemli olması nedeniyle ilaç mümessilleriyle görüşüp bilgi almak istediğini belirten katılımcılar da bulunmaktadır. Bu aktarımlardan da anlıyoruz ki aslında eczacı ve mümessiller arasında kurulan iletişim büyük ölçüde satışa dayalı gelişmektedir. Bu ilişkide mümessil, eczacı ve şirket arasında bir aracı olarak konumlanmaktadır.

“İlaç mümessilleri kampanya şartlarını ya sözlü olarak ya da yazılı olarak bildirip giderler. Elbette kampanya dönemleri tüm eczacılar gibi ben de bilgi almak istiyorum.

Bunu yapmak zorundayız bir açıdan eczane kârını da düşünmeliyiz.” (E-4: Eczacı, kadın, 23 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“İlaç şirketlerinin mümessilleri eczaneleri sıklıkla ziyaret etmektedirler. İlaçlarını tanıtip satış koşullarını sunup onları tercih etmemizi istiyorlar. Benim kendilerinden bir beklentim açıkcası yok, günlük beş altı ziyaret almak hatta canımı sıkabiliyor, reçete kontrolü, hastalar ile ilgilenme, depo, alım vs gibi işlerin arasında sürekli birileri ilaç satmaya çalışıyor. Mümessillerle sadece büyük baremlerde ilaç alırken görüşmek istiyorum ve bu şartları nasıl daha iyileştirebiliriz diye konuşuyorum.” (E-8: Eczacı, kadın, 4 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Diğer taraftan mümessillerin yoğun ziyaretlerine yerli ilaçlardaki rekabetin neden olduğunu düşünen eczacılar da bulunmaktadır. Jenerik/muadil ilaçlar arasındaki fiyat üzerinden rekabet, eczanede mal fazlası gibi eczacının kârlılığını artıracak birtakım eylemlerle buluştuğunda aslında eczacıların bu görüşmeleri bir biçimde yapmaları gerektiğini anlıyoruz.

“İşte yerli ilaçlarla ilgili sıkıntı maalesef ki rekabet. Şimdi burada özellikle halkın ekonomik durumu göz önünde de bulundurulduğunda; mesela doktor bakıyor, alacak bir durum yok o zaman devreye ilacın fiyatı giriyor. Bunu da daha çok şirketler tabi biliyor. Ya da bilmese de zaten geri ödeme listesinde yer alan birden fazla muadil ürün varsa bu sefer kendi içlerinde bir rekabet gelişiyor. Bu durumda eczacı kendisi için tabii ki en çok kâr ettiren ürün neyse ona yöneliyor. Bu durumda mümessillerle sık sık görüşüp bilgi almak istiyoruz.” (E-4: Eczacı, kadın, 23 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

“Aşırı rekabet var tabi aralarında ama mümessillerin bir günahı yok, rekabeti kızıştıran şirketler. Safi satış ister bir mümessil çok satarsa işini kaybetmez olay bu. Atak olması lazım. Benim var mesela öyle bir mümessilim tam bir canavar. Alacağım yoksa da alıyorum (gülüyor) Bundan önceki eczane kalfasını onun yüzünden kovmuştum. Bizi batırıyordu resmen. Sonra bir müddet kendim durdum burada anladım yani dedim benden uzak dur benim ticaret hayatımın sonunu sen getireceksin.” (E-7: Eczacı, erkek, 20 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Görüşme yaptığım mümessillerin eczane kanadındaki çalışma pratiklerinin de bu rekabete göre şekil aldığı söylenebilir. Özellikle jenerik/muadil bir ürünün başka bir ürünle değişme ihtimali bulunduğu ve bu nedenle eczacıların da kampanya koşullarına göre karar değiştirme riski bulunduğu ilaç mümessilleri eczane ziyaretlerine ayrıca önem vermektedirler.

Örneğin İ-15 daha önce yabancı bir firmada çalıştıktan sonra yerli bir firmaya geçmiş ve şu anki koşullarda rekabet nedeniyle özellikle eczanede sürekli bir takipte olduğunu belirtmiştir. Hatırlayacak olursak özellikle eczacılarda jenerik/muadil ilaçlara güvenin çok yüksek olduğunu belirtmiştik. Bunun arkasında yatan düşünce de jenerik/muadil ilaçların orijinal/patentli ilaçla aynı etken maddeden üretilmesi gerekçesiyle birebir aynı kabul edilmesinde yatıyordu. İ-15 bu görüşü destekler nitelikte, eczacıların önce kârına sonra ilaca baktığını düşünmektedir. Aynı kabul edilen bu ilaçlar arasından hangisi daha çok kâr getiriyorsa eczanın onu aldığını, dolayısıyla ilacın farklı bir ilaçla değişmesini engellemek için de mümessilin eczacıyı sürekli ziyaret etmesi gerektiğini belirtmiştir.

“Muadille birlikte rekabetin alasını gördüm. Rekabet neymiş. Mesele sadece doktorun ilaç yazması değilmiş, eczanede değişim söz konusu mesela eczane de işin farklı bir boyutu. Eczaneye girdiğin zaman mümessil kimliğini bırakıp tamamen ticaret kimliğiyle giriyorsun oraya. Orda ticaret konuşur. Medikal bilgi tanıtım vs. hikayesi bitti. Eczacı ile bilimsel hiçbir şey konuşamazsın. Eczanede tek bir kelime konuşulur: Kâr, mal fazlası. Sen eczanede kendi ürününü satmadığın müddetçe eczanenin umurunda olmazsın. Eczanede değişim çok fena bir iş. Eczacı rafına koyduğu ürünü satar. Sen A moleküllü reçeteyi çıkardın eczaneye gönderdin. A molekülünde 6 tane alt grubu var, muadili var. Eğer o 6 kutu ilaçtan hangisi rafa girmişse eczacı onu verir. Zaten Sağlık Bakanlığı 5’ini de 6’sını da öder fark etmez. Devletin umurunda değildir hangi muadili verdiği. Eczacının hiç umurunda değildir. Hangi ürüne daha fazla mal fazlası aldıysa artık onu koyar. Eczane bir kârhane olduğu için sadece kâra bakarlar. Başka bir şeye bakmaz.” (İ-15: İlaç Mümessili, erkek, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 13. yılı ve şu an yerli bir firmada çalışıyor. Geçmişte şirketinin yabancı bir firma tarafından satın alınmasıyla çok kısa bir süre yabancı bir firma deneyimi de edinmiş.)

Bu durumda ilaç mümessilinin yalnızca doktordan reçete çıkarmasının yetmediğini buna bir de eczaneye anlaşmanın eklenmesi gerektiğini düşünmektedir. İlaç mümessillerinin büyük çoğunluğu, eczanede değişim ihtimaline karşı adeta doktor ve eczacı arasında mekik dokuyarak kendi ilacının çıkıp çıkmadığını takip etmek durumundadır.

İ-14 de eczacıların kendi kârlılığına göre değişimde bulunduğunu bu nedenle eczane değişiminin takip gerektiren bir durum olduğunu düşünmektedir. Diğer taraftan İ-14 aslında bu ikili ilişkilerde birden fazla değişkenin olduğunu da göstermektedir. Bu

anlamda yerli firmada çalışan bir mümessil, doktoru “tavlamış” ve reçete çıkarmayı başarmış olsa bile ilacının eczanede değişme ihtimali olduğundan bir de gidip eczane ile görüşmesi ve hatta ilacının çıkacağına bilgisini vermesi gerekmektedir. Aksi takdirde, doktor yazmış olsa bile eczanede bir muadilin diğeriyle değişme ihtimali bulunduğundan, örneğin doktora hiç çalışmamış olan bir mümessil eğer eczacıyla anlaşma sağlamışsa bu satışın seyrini değiştirebilmektedir. Bu bağlamda yerli şirketlerde çalışan mümessillerin sadece doktor ziyaretiyle kalmadığı aynı zamanda sıkı bir eczane takibi yaptığı da anlaşılmaktadır.

“Mal fazlası bir ürünün bedeline karşılık ekstra verdiğimiz ürüne mal fazlası deniliyor. Mesela sen 10’a 10 veriyorsun. 10 tane alana 10 tane bedava. Eğer rakibin 10’a 8 veriyorsa sen bir adım öndesin. Burada acayip bir ticaret dönüyor. Yani sen bir ilaç satıyorsun bir tane de bedavadan veriyorsun. Bunlara da bakman gerekiyor. O zaman eczanenin kârına olan hangisiyse eczane onu almaya çalışıyor. Çünkü eczane kârlı bir iş yapıyor, eczanede ticaret dönüyor. Doktor etik yaklaşıyor hekim olarak hasta iyileşsin devletimize zarar olmasın gibi bir sürü şey ama eczane kârlılık güdümlü çalışıyor. İlaç firmaları kârlılık güdümlü çalışıyor. Ticaretine bakıyorlar. (...) Şimdi genelde hastaların ekonomik alım gücü falan deniyor ama mesela Bağcılar’ın her yeri aynı değil. Güneşli de Bağcılar’a bağlı ama bir Demirkapı Güneşli’yle kıyaslanamaz. Gelir seviyesi oldukça düşük. Ama burada eczane faktörü de giriyor. Şimdi açıkçası hekim yazarken kişiye (mümessile) bakıyor ya ben ona çalışıyorum o ilacı yazıyor eğer ben orjinalciysem benimki pahalı bile olsa ben o hekimi tavladıysam o fiyata bakmıyor yazıyor. Ama bu sefer tutup eczacı değiştirebiliyor. Burada ilişkiler de çok devreye giriyor.” (İ-14: İlaç Mümessili, erkek, İletişim Bilimleri Bölümü, meslekte 8. yılı ve 8 yıldır yerli firmada çalışıyor.)

İ-8’de de kendi eczane ziyaretlerinin içeriğini daha ticari konuların oluşturduğu görülmektedir. Ve diğer meslektaşlarına ek olarak aslında yerli jenerik/muadil ilaçların eczaneye girişlerinde tıbbi konuların neredeyse hiç konuşulmadığına da vurgu yapmıştır.

“Eczanelerde günümüz şöyle geçer. Genelde mal fazlası ürünümüz çok olduğu için, eczacıda bir benim reçetem çıkıyorsa onu verin ikincisi ne kadar mal fazlası var, hesaplar kitaplar. Yani daha ticarethane konuşması medikalın dışında, bilimin dışında daha çok ticaret konuşması geçen bir konuşma oluyor.” (İ-8: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 3. yılı ve 3 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

Aslında tüm bu süreçlerde zaten bilimsel hiçbir konunun konuşulmadığı ortadadır. Bütün bu temasların amacının muhabbet edip kendini hatırlatmak, kimi istekleri yerine getirmek ve eczacılarla kampanya koşulları konuşularak satışı artırmak olduğu görülmektedir. Bilindiği kadarıyla reçeteyle satılan ilaçların reklamının yapılması Türkiye’de yasaktır. Aslında ilaç mümessilleri bu yasağı bir anlamda “tanıtım” yaparak kırmaktadırlar. Diğer taraftan çok daha ilginç ve bir o kadar da görmezden gelinen bir konu, bu tanıtımı her hafta yapmalarıdır. Düşünülecek olursa, ilaç mümessilinin her hafta eczacı ya da doktora giderek ilacını tanıtması sürekli bilimsel bir yeniliğin olmasını gerektirecektir ki bu da çok zordur (Elbek, 2019, s. 146). Bununla beraber çok az sayıda ilaç mümessili, yalnızca doktorlar tarafından ve çok nadiren ilacın bilimsel niteliğine dair soruyla karşılaştığını belirtmiştir.

Gerçekten de hem eczanede hem de ileride görüleceği gibi doktor ziyaretlerinde ilaçlar büyük ölçüde maddi değerleri, sağladığı kazanç ve ekonomik çıktısı üzerinden düşünülmektedir. Özellikle yerli jenerik/muadil ilaçlar rekabet alanını genişlettiği için pazarlık olgusunu giderek derinleştirmektedirler. Bu arada ilaçların bilimsel varlığı soyut bir hale bürünmektedir.

Eczacılarla ilişkilenme, yerli ilaç şirketlerinde çalışan mümessiller için çok önemli ve kritidir. Bu bağlamda İ-11 kendi çalışma pratiklerinde kurduğu ilişkileri de öne çıkararak eczacıyla “ters gidilmemesi” gerektiğini ve eğer doktordan reçete çıkarmak başarılıymışsa eczacıyla ortak bir yol üretmeye çalışmak gerektiğini düşünmektedir.

“İkna yeteneği lazım dedik ya bu sıcak satışta tamamen eczacıyla mal fazlası diye bir şey var, onun üzerinden geliyor. Eczacıyı en kolay bununla tavlayabilirsin çok amiyane bir tabirle. Bir ilacım var 2 muadili var. Bir ilacım var 20 muadili var, benden başka. 20 muadili olan ilacı çalışmak zor. 20 tane muadili olan üründe diyelim çok ürün çıkıyor. O zaman “mf” de girecek işin içine. Yani benim “mf”m daha az olabilir diğer firma benden fazla verecek. Eczane diyecek ben de kârımı düşünüyorum, ticaret yapıyorum sonuçta diyecek. Eczacı da kendi tarafından bakınca haklı. Ben bu durumda reçete çıkarsam da benim reçetem boşa gidecek. Yani böyle bir çıkmaza giriyor durum. Hani en fazla ne yaparsın işte konuşmak lazım. “Bak benim doktorum yazıyor, reçetem çıkıyor” benimkinden de al, “mf”si yüksek olandan da al dersin. Yani yine ikili ilişkiler önemli çünkü ters gidersen bu sefer senden hiç almaz. Dimyat’a pirince giderken evdeki bulgurdan da olursun. Ya eczanede bilimsel bir şey yoktur, para konuşur, sıcak satış konuşur. Sen Nişantaşı’ndaki bir eczacıyla “mf” ile gidemezsin ama Bağcılar’daki “mf” kovalar. Şöyle düşünüyorlar, nasılsa buna devlet

bunu aynı kabul etmiş ben bu yirmi taneden birini bana en fazla “mf” vereni alır satarım diyor.” (İ-11: İlaç Mümessili, erkek, Yeni Medya ve İletişim Bölümü mezunu, meslekte 10. Yılı ve 10 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

Diğer taraftan İ-11 mekansal bir ayırmadan da söz etmiştir. “Bağcılar’daki bir eczacının mal fazlası kovalarken Nişantaşı’nda bunun konuşulmadığını” söylemiştir. İ-11 daha önce Nişantaşı’nda çalışmış bir eczacı olarak orada tam tersine eczacının mal fazlası almayı asla istemediğini çünkü gelen reçetede zaten jenerik/muadil olmayacağını ve hastanın da kabul etme oranı çok düşük olduğunu da söylemiştir. Bu da bize jenerik/muadil ilaçlarla ilgili sınıfsal ve mekansal bir ayrım oluştuğu vurgusuna tekrar götürmektedir.

İ-1 de eczanedeki mücadeleyi “ikili ilişkileri” iyi tutarak takip etmenin önemine vurgu yapmaktadır. Burada özellikle hasta gruplarında da eğer akut grup hastalıklar söz konusuysa ilacın bir başka jenerik/muadil grup ilaçla değişmesi ihtimalinin yüksek olduğunu anlıyoruz.

“Genelde eczane çalışan grup sıcak satış yapar. Yani sen doktora yazdırdığın reçeteyi anında sipariş alman gerekiyorsa, sipariş odaklı bir grupta çalışıyorsan eczane ziyareti olmazsa olmaz. Akut grup mesela. Akut grupta hastalar alışmıştır, bir ağrı kesici, bir soğuk algınlığı reçetede yazan mı verilmiş muadil mi verilmiş buna çok bakmaz hasta. O yüzden senin reçetenin arkasına düşmen gerekiyor, bu yüzden eczane ziyareti olmazsa olmaz. Ya da sen doktora bir grip ilacı çalıştırdığında eczaneye de gidip ikili ilişki geliştirmen lazım ki senin reçetene tutup başka bir muadil ürün vermesin. Yoksa senin doktora yazdırdığın ilaç hiçbir şey ifade etmez. Ha yok mudur elbette reçetesine sahip çıkan hekim vardır ama bazısı da der ki “yok artık zaten yazmışım bir de arayıp eczaneyi mi denetleyeyim” der. Halbuki böyle yapan doktor da vardır ama hepsi girmez o topa. O zaman şöyle demek lazım aslında eczanede daha hırslı daha çatışmacı daha böyle savaş halinde olan bir pazar var.”

Diğer taraftan İ-1 jenerik/muadil bir ilacın başka bir jenerik/muadil ilaçla yer değiştirmesi sürecinde eczacıyı ikna eden meslektaşları olduğundan da söz etmiştir. Burada da eli güçlendiren önemli bir faktörün yine “ikili ilişkiler”e dayandığı anlaşılmaktadır. İ-1 kimin arkadaşlık ilişkisi öne geçerse onun ilacı yazdırma gücünün arttığını düşünmektedir.

“Şimdi mesela mümessil gidiyor eczaneye, “Hastaneden benim ilacım çıkıyor mu?” diye soruyor. Eczacı “Hayır” diyor, “Senin ilacın çıkmıyor ama falanca rakibin çok yazdırıyor” diyor. Ondan sonra “Abicim ablacım, şöyledir böyledir sen onunki gelince

benimkinden satsana” diyor. O adam da reçete yazdırıyor ama sonra ne oluyor, eczanede işler değişince arkadaşlık ilişkisi öne geçen daha çok yazdırıyor ilacı. Çünkü etken maddesi aynı, bu sefer marka farkı konuşuyor. Orda da mümessiller arası rekabet artıyor. O yüzden orada birazcık tabir-i caizse kanlı bir savaş var. Yani eczacıyla ilişkini iyi tutmazsan doktora çalışman da pek bir şey ifade etmiyor. Bu akut grup bir de bunun OTC grubu var.”

Aslında reçeteli ilaçlardaki bu rekabetin “OTC” olarak adlandırılan reçetesiz ilaç grubunda da benzer bir durumda olduğunu düşünmektedir. Hiç kuşkusuz bu noktada özellikle pandemi sürecinde reçetesiz ilaçların satış oranları bir anda sıçrayınca şirketlerin bir çoğu da tanıtım ve pazarlama faaliyetlerini buraya kaydırmışlardır. Görüşme yaptığım ilaç mümessillerinden OTC grubu ilaç çalışan mümessiller bu dönemde iş yoğunluklarının katlandığını belirtmişlerdir.

Bakıldığında mal fazlası verme eyleminin yerli şirketlerin rekabet dinamiğini artıran bir faktör olarak öne çıktığı görülmektedir. Bu bağlamda değinilmesi gereken bir konu da daha küçük bütçeli ilaç şirketlerinin mal fazlasına daha fazla yoğunlaşmasıdır. Örneğin aşağıda da görebileceğimiz gibi, bu şirketler sattıkları kadar mal fazlası verebildikleri gibi daha fazlasını verme ve bir tür yoğun “hediyeleşme” kültürü üzerinden ticari olarak anlaşma sağlamaktadırlar.

“Mal fazlası olmazsa olmaz durumuna gelmiş bir şey. Eğer bir ürünün mal fazlası yoksa o ürünün muadili yoktur. Ancak mal fazlası da firmanın büyüklüğüne veya küçüklüğüne bağlı olarak artar ya da azalır. Mesela firma az buçuk kendini ispat etmiş bir firmaysa, bu da nasıl olur atıyorum 100 tane veriyorsam 10 tane bedava olur. Firma eğer bir yerlere gelmek istiyorsa o zaman mal fazlası biraz daha fazla olur. Atıyorum yine 100 tane veriyorsam 100 tane de bedava olur. Yine aralarında bir şeyler değişir, 110-120 şeklinde ve firmadan firmaya değişir bu.” (İ-1: İlaç Mümessili, kadın, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 7. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı şirket deneyimi de bulunuyor.)

Mal fazlası meselesi ilaç maliyetiyle ilgili de soru işaretleri taşıdığı için ilk görüşmelerimde verilen örneklerin çok uç olduğunu düşünmüştüm ve bir türlü aklıma yatmayan noktalar olmuştu. Mesela, eğer 100 ürüne 100 ürün bedava verilebiliyorsa “Bu kadar mal fazlası verdiğinde şirket nasıl kâr ediyor?” diye de kendime soruyordum. İ-9 ile yaptığım görüşmede bunu dile getirdim. İ-9, mal fazlalarıyla ilgili olarak “bunlar şirket için devede kulak” şeklinde cevap vermiştir. Bu cevap üretim maliyetlerinin de bu anlamda oldukça küçük olduğuna işaret etmektedir.

İ-12 aşağıda yer alan ifadesinde yıllık çıkan ürünün %40'ının mal fazlasına dönüştüğünü belirtmiştir. Bu konuda maalesef yazılı bir bilgiye sahip olamamakla beraber, onun da mal fazlasındaki bu tutumun şirketler için çok büyük olmadığına dair bir görüşe sahip olduğunu görüyoruz.

“Eczaneler biraz daha işe ticari bakıyorlar çünkü orası bir ticarethane. Sağlık kuruluşu olmak dışında orası bir ticarethane. Hangi eczane hangi üründen daha fazla kâr elde ediyorsa inanın o ilacı tercih ediyor. Açık ve net söyleyeyim yani. Hangi üründen daha çok kâr elde ediyorsa, hangi ürün ona daha çok kâr getiriyorsa onu alır. İşte bizim en büyük sıkıntımız doktordan çok eczaneye yönelik. Çünkü eczanenin isteklerini karşılamamız gerekir. Rekabet var. Çıkan reçeteleri karşılamamız gerekir. Bunu karşılayamazsanız boşa çalışmış olursunuz. Doktorla kurduğunuz o ilişkiler boşa gitmiş olur. Doktor sizi destekler ama eczacı sizi desteklemediği sürece o zaman boşa kürek çekmiş olursunuz. Şimdi yıllık olarak ne kadar ürün çıkıyorsa bunun %40'ı mal fazlası olarak verilir. Ya da numuneye katılır. Sen eczacıya ne kadar mal fazlası verirsene, atıyorum 100 kutu alıyor ben elli kutu veriyorum. Rakip firma geliyordur, altmış veriyordur, altmış vereni tercih eder. Baktığın zaman aynı ürünler sadece firmaları farklı. Ben bunu sistemden de değiştirebiliyorum deyip altmış vereni alır. Mesela “Abi 10.000 liralık alım yaparsan sana sonraki alımda %3 iskonto yapıcım” diyor. “Tamam” diyor eczacı “Harikasın ben senden alıcım” diyor. Sonra başka firma geliyor. “Abi 10.000 liralık alım yaparsan sana sonrakinde %5 iskonto yapıcım” diyor. Eczacı bu sefer sana dönüyor. “A firması %5 yapıyor ama sana da söz verdim, % 5 yaparsan alırım yapmazsan ondan alıcım” diyor. Şirketler aklının alamayacağı kadar zenginler, üçün beşin hesabı yapılmıyor. Benim firmam büyük bir firmanın birkaç yan kuruluşundan biri yani ama bakıldığında onlar bile kaz gelecek yerden tavuğu esirgemez. Küçük küçük hesaplara takılmazlar.” (İ-12: İlaç Mümessili, erkek, Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama Bölümü mezunu, meslekte 5. yılı ve 5 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

İ-3 ise jenerik/muadil rakipleriyle ilgili yarışta geri kalmamak için ürününü doktora reçete ettirebildiği durumlarda mal fazlası nedeniyle bir sıkıntı yaşıyorsa eğer bunu şirketin doktor için ayırdığı bütçeden kısararak buraya aktardığını belirtmiştir. Dolayısıyla ilaç mümessillerinin farklı rekabet dinamikleri ürettikleri anlaşılmaktadır.

“Mal fazlası diye bir şey vardır bizim sektörde. Firmalar rekabet için ürünlerin yanında bedelsiz ürünler gönderiyor. Örnek veriyorum benim ürünümün ilacımın adı A. A ilacı, 10 tane satın alındığında yanına 5 tane bedelsiz olarak gönderilirken, B ilacı 10 taneye 10 tane gönderiliyor. Yani eczanenin fazladan aldığı 5 tane direk onun cebine

giren bir kâr. O yüzden sosyo-ekonomik yapısı düşük bölgelerde bu gerçekleşebiliyor. Eczacılar da bunu tercih edebiliyor. Sonuçta orası da bir ticarethane, orası da bir dükkan. Orada para kazanmak için tamam sağlıkla ilgili bir iş yapılıyor ama para kazanmak için. Mantığı da, Sağlık Bakanlığı onlara bu hakkı vermiş. Bazı ürünleri eşdeğer olarak görüyor ve eczanenin bunu değiştirme hakkı var yani. Onlar da bu hakkı kullanıyorlar genel anlamda daha fazla kar elde etmek için. Bu sefer muadil ürün satıcıları yani bizler çünkü biz de n’apıyoruz ürünü satmaya çalışıyoruz. Bizler arasında da yarış başlıyor. Bu sefer mesela doktora ürünü reçete ettiriyorsunuz. Eczane bir başkasının daha karlı diye rakibi tercih ediyor. Bu sefer tamam diyor senin ürünün reçete ediliyor ama o daha karlı sen bu aradaki farkı kapat, ben ürünü senden alayım. Sen o aradaki farkı belki kapatamıyorsun belki kapatıyorsun, firmanın doktor için ayırmış olduğu bütçeyi mesela bazen oraya kullanarak kapatmaya çalışıyor. Mecburen, ürün satabilmek için.” (İ-3: İlaç Mümessili, erkek, Yönetim Bilişim Sistemleri Bölümü mezunu, meslekte 1. yılı ve 1 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

Bu şekilde anlıyoruz ki mal fazlası dışında şirketlerin doktorlara zaman zaman da eczacıya ayırdığı ayrı bir bütçe de bulunmaktadır. Bunu genellikle maddi talepler doğrultusunda ya da çıkılan bir yemek masrafı olarak kullandıkları belirtilmiştir. Bu bütçeler yeri geldiğinde farklı kalemlere dağılmaktadır.

İ-6’nın aşağıdaki aktarımında da görebildiğimiz gibi yerli piyasa gerçekten de tamamen mal fazlası üzerinden bir piyasa dinamiğine sahip. Yine rekabetini de büyük ölçüde ulusal rakiplerine karşı vermekte olduğu anlaşılmaktadır. İ-6 bunun haricinde orijinal bir ürünü jeneriğiyle değiştirme potansiyelinden de söz etmiştir. Bu anlamda ilişkilerin baş döndürücü biçimde kaygan bir zeminde geliştiği anlaşılmaktadır.

“Jenerik bir ürün olduğumuz için bizim bir şekilde satış yapmamız gerekiyor. Eczanede güçlü olmamız gerekiyor. Eczaneye daha fazla kazanç sağlarsak eczane bizim ürünlerimizi satın alır. İşte bu yüzden yüksek mal fazlasıyla ilerliyor bizim piyasamız. Yerli firmalar genelde yüksek mal fazlasıyla ilerliyor. Diyelim ki benim etken maddenin orijinal ürününü satan bir eczaneye, “benim mal fazlam daha fazla, daha çok kazanç sağlayabilirsin ya da gelen orijinal ürünün reçetesini benim ürünümle değiştirir misin?” diye soruyorum. Bazı eczaneler buna pozitif yaklaşıyor. Tabii ki mal fazlası eczanenin karını artıracak için pozitif yaklaşıyor. Bazı eczanelerse hekimin ilacını değiştirmeyi kabul etmiyor. Bu yükümlülüğe giremeyiz tarzı iletişimler olabiliyor. Mal fazlası hem mümessilin hem de firmanın elini güçlendiren bir şey. Bunun da nimetlerini bazen yiyebiliyoruz. Mal fazlası vermek kesinlikle rekabeti artırıyor. Ben mal fazlası veriyorum, diğer firma gelip ben daha fazla verebilirim. Bu

şekilde rekabet artıyor. Eczanenin kazancına oluyor bu. Ama sahada kalabilmek için pazarda kalabilmek için bunu yapmak zorunda kalıyorlar.” (İ-6: İlaç Mümessili, erkek, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü mezunu, meslekte 1. yılı ve 1 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

İ-6’nın burada bahsettiği muadili başka bir muadille değiştirmeme durumudur. Yani doktor eğer yerli bir şirketin mümessiliyle konuşmuş ve belli türde bir endikasyon için o ürünü yazmaya karar vermiş ve değiştirilmesini istemiyorsa bu konuda eczacının genelde değiştirmeye mesafeli kaldığını düşünmektedir.

İ-7’denin ifadesinde de eczanedeki satış için pek çok yol denendiğini görebilmekteyiz. Mal fazlası dışında, diğer meslektaşları tarafından dile getirilmese de “fatura altı para teklifi”nden söz etmiştir. Fatura altı para teklifi çok açık olmamakla birlikte görüşme yapılan kişi de bunun kapalı bir alan olduğunu ifade ederek açıklamaya yanaşmamıştır. Ancak farklı bütçeler arasındaki dolaşımın bir anlamda nakit paraya dönüştürülmesi şeklinde anlaşılabılır.

“Bahsettiğim gibi günlük programdaki ürün sunumları eczacılara da gerçekleştirilir, fakat eczacılar zaten ilaçlara hakimler açıkcası ilgilendikleri bu ilaçları tercih ettiğinde karlarının ne olacağı. Eczacının benim ilacımı tercih etmesi için açıkçası 2 önemli unsur var, 1.si bu ilaç özellikle yakınındaki kurumdaki doktor tarafından çokça reçete ediliyor mu ? 2.si ise velev ki reçete ediliyor ama bu reçete edilen benim ürünüm yerine rakip firmanın ürünü, onu değiştirip benim ürünümü tercih etmesi ona bu alışverişi nasıl karlı hale getirecek? İşte burda aslında rekabetten kaynaklı etik dışı can sıkıcı konular ortaya çıkıyor. Örneğin firmalar burda tercih edilme oranını artırmak için bazı yollar sunuyolar mesela mal fazlası, fatura altı para teklifi gibi. Mal fazlası dediğimiz konu örneğin ürünümünden 20 adet alıyorsa 10 tane de firma olarak bedelsiz numune hediye etmemiz, böylece tane başı ilaç fiyatı düşeceğinden eczacıları etkileme olasılığınız artıyor. Bu tabi her ilaç için resmiyette mümkün olmadığından diğer yolda fatura altı para teklif etmek. Alacağı ürünlerin fatura bedelinden aslında belli bir gayri resmi para teklif ederek de ilaç başı fiyatını düşürerek eczacılara alışverişin karından bahsetmeniz gerekiyor. Bu paralar, bazen aylık kota tutma ve prim alma heyecanından kendi cebinizden bazen de firmanın her mümessile üstü kapalı yemek vs organizasyonlarında kullanma adı altında verilen kredi kartından sağlanıyor. Yani belirttiğim gibi neredeyse tüm eczanelerimizde bu ticari kaygılar ön planda olduğu için bu tarz gayri resmi konuşmalar olmakta.” (İ-7: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 2. yılı ve 2 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

Genel olarak (yerli) eczacı-şirket ilişkisine yön veren en önemli konunun mal fazlası ve bundan doğacak sonuç yani eczanenin kârı olduğu görülmektedir. Mümessillerin ifadelerindeki genel düşünce eczanenin bir ticarethane olduğu ve konuşulan tek şeyin de kâr etme dürtüsü olduğuna yöneliktir. Eczacılar yerelleşme sürecine dair düşüncelerinde en çok ülke ekonomisiyle ilişkili cevaplar vermişlerdi, aslında mümessillerin aktarımlarıyla beraber eczane kârına dönük de tamamlayıcı bir işlevi olduğu görülüyor yerli jenerik/muadillerin. Diğer taraftan tüm bu tutumlar eğer ilaç mümessili iyi bir performans göstermişse onun için de kazançlı hale geliyor. Şirketlerinse -üretim maliyetindeki belirsizliğe hâlâ mahkum olsak da- ilaç mümessillerinin ifadesinde yer aldığı üzere en büyük kazancı elde edenler olduğu düşünülebilecektir. Burada birbirinden bağımsız ilişkiler olmakla birlikte sistemi işleten şeyin enformel bir dayanışma olduğuna hiç şüphe yoktur. İ-13 tam da bu dayanışmaya vurgu yaparak sürecin “karşılıklı fedakarlıklarla” yönetilebildiğini ifade etmiştir.

“Eczanede büyük ölçüde her şey satış üzerine gerçekleşir. Eczacıyla neredeyse hiç medikal konuşulmaz. Zaten çok sık yeni molekül çıkmıyor. Ha çıkarsa onu da tabi eczacıya tanıtırsınız ama genellikle bizim oradaki işimiz satış, satış takibi, reçete takibidir. Biz buna sıcak satış diyoruz, genellikle bu sıcak satış üzerine geçer. Sipariş almanız gerekir. Ama burada da yine doktorlarla kurulana benzer biçimde ikili ilişkiler ön plana çıkıyor. Onlardan da bahsetmek gerekir. Bazen bir eczacıyla ikili ilişkin iyiye ikinci bir firmanın ürünü çok iyi olsa bile sizin ürününüzü tercih edebiliyor. Ya da iki ürün arasında kaldığında yine sizi tercih edebiliyor. Bunu da size hissettiriyor. Bütün bunlar karşılıklı fedakarlıklarla yürüyor.” (İ-13: İlaç Mümessili, erkek, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte uzun bir süre yerli şirket deneyimi bulunuyor.)

Gelecek kısımda bu karşılıklı fedakarlığın diğer kutbuna bakılmaya çalışılacaktır.

8.2. (Yerli) Şirket-Doktor Arasındaki İlişkiler

Nikolas Rose (1999) *Governing The Soul* adlı kitabında eski iş etiğinin değiştiğini dile getirir. Buna göre çok çalışmanın ahlaki, kişisel ve sosyal olarak iyi olduğu, refahın (emekliliğe) ertelenmesi gerektiği, iş yaşamı süresince yaşam döngüsü karşılandığı müddetçe endüstrinin devamlılığının öncelendiği “Protestan iş ahlakı” kültürünün

ortadan kalktığını dile getirir (s. 103) Artık yeni bir anlayış hakimdir. Sosyal yaşam ve çalışma yaşamı birbirinden ayrılamaz. Çok çalışmanın yerini Drucker'ın da ifade ettiği “etkinlik” alır. Yine yerli sermayeyi temsil eden ilaç mümessilleri üzerinden gidecek olursak onların çalışma pratiklerinden sosyal zamanlarını üretme şekillerine kadar pek çok noktada işe adanmış olduklarını görmekteyiz.

Doktorlarla görüşmelerimde en çok öne çıkan konulardan biri bu anlamda “mümessilin emeği” olmuştur. Esasında yerli jenerik/muadil ilaç ürünleri için kritik olan eczanedeki değişimi önlemek bile olsa doktor reçetesini etkilemeksizin eylemlerini sürdürmelerinin çok zor olduğunu görüyoruz. Doktorlarla ilişkilerinde ise eczacılara göre daha “sakin” bir ilişki kurduklarını gözlemleyebiliriz. Doktorların mümessillere bakış açılarında da benzer bir tutumla karşılaşmıştım. Şimdiye kadar ara ara doktorların mümessillerden etkilenmediklerine dair düşüncelerini paylaştık zaten. Ancak görüşmeler esnasında yerli jenerik/muadil ilaç tercih eden doktorlara jenerik/muadiller arasından birini hangi gerekçeyle reçete ettiği de sorulmuştur. Hatırlanacak olursa doktorlar ilacın bilimsel tarafıyla çok fazla yakınlık kuramadıklarını da belirtmişlerdi. Bu nedenle jenerik/muadil sayısındaki çoğulluğa da bağlı olarak tercihlerini etkileyen unsurlar merak edilmiştir. Bu noktada “mümessilin emeği” öne çıkarılarak tercihte bulunduğu anlaşılmaktadır.

Aşağıda bu yönde verilmiş cevaplar bulunmaktadır.

“Mesela ülkede işsizlik var, bu da işin arka planı bana düzenli geliyorsa çalışıyorsa iki kalemden birini tercih etmem gerektiğinde düzenli gelen mümessili tercih ediyorum. Hastaya yazacağım ilaç aynı ama hem hastanın faydasına hem bir üçüncü kişide bundan faydalanmış oluyor. Hatırlatma amaçlı da oluyor. İlahtan çok doktorla muhabbete giriyorlar. Şirketler de bunun eğitimini veriyor olmalarında. Yani hatırdakalmak önemli.” (D-10: Doktor, erkek, 3,5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

“Mümessil düzenli geliyorsa yazıyoruz.” (D-11: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

“Etken maddesi aynı olan ilaçlar arasında çoğunlukla mümessilin gelip bize tanıttığı, sunumlar yaparak anlattığı markaları tercih ediyorum. Çalışanla çalışmayan farkı olması gerektiğine inanıyorum. Tabi ki yerli ilaç olmasını tercih ediyorum, seçenekler arasında yerli ilaç varsa ülkemize faydası olması adına onu yazıyorum. Bilmediğim bir ilaçla karşılaştığımda prospektüsünü kontrol ederek etken maddesini öğreniyorum.

Unuttuğum şeyler varsa farmakoloji kitaplarından kontrol edip bilgilerimi tazeliyorum. Doktorlar her türlü tıbbi gelişimi ve ilaç sektörünü takip etmekle yükümlüdürler. Fakat marka anlamında yeni ürün çıkartıp çıkartmadığını takip etmek mümkün değil, mümessiller gelip yeni ilaçları olduğunda tanıtmalıdır. Orijinal ya da jenerik ilaç şeklinde çok ayrımım yok açıkçası, erken maddesini beğendiğim ve bana gelip ilacı tanıtan firmaların ilaçlarını yazıyorum çoğunlukla. Ve sonrasında hastalarımın gelen geri dönüşlere göre ilacı yazmaya devam ediyorum ya da başka bir ilaca geçiyorum.” (D-1: Doktor, kadın, 2 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

“İlaç mümessilleri bazen bir günde üç dört defa geldikleri oluyor. Bazen de bir haftada hiç gelmeyebiliyorlar. Yani şunu anladım ben. Gelmesini gerektirecek bir şey yapıldığında geliyor. Yazıldıysa ilacı geliyor ama mesela yazılmadıysa ilacı o da pes ediyor daha seyrek uğruyor. Yazılmadıysa niye boşuna gideyim ki diyor. Firmaların yeni çıkan ilaçlarını bize çalışmaları iyi oluyor. Yoksa doktor nereden bilecek ki ne var piyasada ne çıkmış yeni diye. Yani buraya gelen mümessillerin yaptığı çok farklı bir şey yok aslında var olan etken maddedeki ilacı piyasaya sürüyorlar o da gelip onu tanıtıyor. Ben mümessiller arasından en çok çalışan kimse onun ilacını yazıyorum. Neticede hepsi birbirinin aynı ilaçlar. En çok kim emek veriyorsa ona göre yazıyorum.” (D-12: Doktor, erkek, 6 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

“İlaç mümessilleri geliyorlar. Bazısı örneğin her ay aynı gün sektirmeden geliyor, bazısı var ayda bir görüyorum. O zaman tercih etmem gerektiğinde çok açık söyliyeyim hangi firmanın mümessili daha fazla geliyorsa onunkini yazıyorum. Hatta hiç çalışılmamış olanı yazmıyorum ama beş farklı parasetamol vardır çalışılan. Hangi firmanın mümessili daha çok gelmiş takip ederim. O grup içerisinde en çok çalışmış olan mümessilin ilacını yazarım. Mesela vitaminlerde Dodex vardır en çok yazılan ama gelmiyorlar buraya çalışmadıkları için ben yazmıyorum.” (D-8: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Tüm doktorlar (sadece yurtdışında okuyan D-16 hariç) eğitim sürecinde ilaçların yalnızca etken maddelerini öğrendiklerini belirtmiştir. Bu nedenle çalışmaya başladıklarında mümessillerin markayı öğrenmek için yardımcı bir unsur olduğunu düşünmektedirler. Diğer taraftan ilaç piyasasıyla adeta özdeşleşmiş olan bazı pazarlama taktiklerinin ilaç reçetesine etki edip etmediği de sorulmuştur.

D-18 bu tür şeyleri önceden duyduğunu ama şimdiki şartlarda bunun çok mümkün olmadığını düşünmektedir. Diğer taraftan kendilerinin de bulamadıkları “aç ağzını çubuğu/abeslang” dahi getirmediyelerinden belirtmiştir.

“O bu devirde zor ya, öncedendi onlar. Doktora televizyondan tut da bilgisayara varana kadar veren şirket vardı. Onlar yasaklandı. Bu işler çok riskli yani ama yapan vardır onlar da yakalanıyor zaten haberlerde falan görüyoruz. Doktor eczacıyla anlaşmış. Yok çete mete, bu devirde zor yani kimse o şeye girmez. Zaten o kadar da kârlı bir şey olduğunu zannetmiyorum yani mesela bir hastanenin sorumlu hekimidir bir şeyidir, orada yetkisi vardır. Büyük meblağlar için o riski alabilir ama öyle küçük şeyler için pek sanmıyorum. Artık zaten kalmadı yani öyle şeyler mesela bir abeslang istiyoruz, “aç ağzını çubuğu” var ya, biz alacağız ama ulaşamıyoruz. Rica minnet onu istiyoruz ama onu bile getirmiyorlar. Bütçeleri kesildi onların bundan önceki krizde.” (D-18: Doktor, 10 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Aşağıda yer alan diğer ifadelerde ise katılımcıların daha önce duyduğu şeyler dile getirilmiştir. D-8 bu ilişkilerin ihtiyaç olmadığı durumlarda ilaç reçetelenmesine varan sonuçları olduğunu düşünmektedir.

“Yaşıyoruz öyle şeyler var. Maalesef hasta ile sözleşme gibi bir şey mesela ihtiyaç yoktur hastanın ilaca ama doktor o ay mümessile söz vermişse yazar. Tabi ki mesleğine ihanet ediyor bu durumda. Benim etrafımda tanıdığım kimse yok böyle yapan ama bazen de zaten gizli saklı oluyormuş böyle şeyler, bilemeyiz. Ben hiç duymadım ama neler istediklerini bu ilaçları yazma karşılığında. Hiçbir bilgim yok bu konuda.” (D-8: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-13 yalnızca mümessillerin doktorlara değil, eczacıların da sağlık ocağına belli çıkarlar etrafında yardımda bulunduğunu düşünmektedir. Bu anlamda aslında karşılıklı bir hediyeleşme kültürünün tüm aktörleri kapsadığı anlaşılmaktadır.

“Ya ben araba alan duydum. Doktora araba alan, yatak odası takımı alan. Kadın doktorun kendine iç çamaşırı istediği, yani böyle evlilik yıldönümlerine bile üç kişi gittikleri, mümessil, doktor ve karısı bu bana aşırı şaşırtıcı gelmişti. Sebebini de anlayamadım yani, bir insan evlilik yıl dönümüne ne kadar parasız olabilir ki? Üç kişi gidecek kadar yani. Bu herhalde bir süre sonra psikolojik bir rahatsızlığa dönüyor. Hani mümessil benim kölem herhalde, öyle düşünüyorlar muhtemelen. Evlilik yıl dönümü benim en şaşırdığım şeydi. Mümessil kendisi söyledi. Üç kişi gittik hocam dedi. Ben yan masada oturdum dedi. Onlar evlilik yıl dönümünü kutladı sonra tekrar üç kişi birlikte arabayla döndük dedi. Hatta şeye gitmiş Karaköy’de Arda Türkmen’in meyhanesi var. Oraya gitmişler. Ben baya şaşırmıştım buna. Niye dedim sordum. Kesinlikle bir şeyler yapıyorlar. Eczacılar da böyleymiş. Ben yeni bir şeyler duydum bununla ilgili. Eczacı sağlık ocağının tüm giderlerini karşılıyormuş mesela ben burada

şeyi anlamadım. Eczacı burada ne kazanıyor olabilir ki? Yani demek ki hiç yoktan iki üç ilaç fazla yazmak gibi bir şey oluyor da eczacı öyle kazanıyor.”

Diğer taraftan başka bir branş üzerinden de bunu örneklendirmektedir:

“Bunun daha üst boyutu ortopedi doktorlarında var. Arkadaşlarım var ortopedide asistan, bu işin artık şey olduğunu yapmayanın olmadığını öyle bir istisnanın bile olmadığını. Hani bir tane falan olur dersiniz. Bu ortopedi doktorları düzenli ameliyat yapıyorlar. Ve şöyle oluyor işler bir tane platin kullanılacak. Bu platinin on şirketi var. Ve platine doktor karar veriyor, devlet karar vermiyor. Doktor diyor ki şu markanın platinini kullanıcam diyor. Devlet onaylıyor o zaman ve ilaç şirketleri şöyle çalışıyormuş. Bu platin 8000 lira devlete ödettiriyorlar. Hocam bizimkini kullandırırsan sana bunun 1000 lirasını verelim. Ve bu her gün oluyor. 20 gün boyunca ameliyat yapıyorsa bu adam her gün iki ameliyat yapıyorsa 40 ameliyattan 40 bin tl yasadışı para alıyor. Bu maaşının falan haricinde yani ve bu ortopedide artık şey olmuş durumda “tabii ki böyle olacak canım”. Bunun olmaması garip karşılanan bir durum hani. Ortopedi bunun en yaygın yaşandığı yer. Artık hocasından asistanına herkes bu işe girmiş durumda yani. Ben para başına rapor çıkartan doktor duydum. İlaç raporu. Yani ilaç raporu iki yıl boyunca kullanman gereken bir şey yani. Diyor ki ben sana günde 3 rapor çıkarttım diyor, senin ilacından. İki üç hastaya iki yıl boyunca kullanılacak rapor, beni Amerika’ya yolla diyor. Beş tane etken madde var, senin ilacının etken maddesinden çıkarıyor ki iki yıl boyunca hasta onu yazdırsın. Bir kere çıkartıyor bunu, bir hastaya bir kere bakıyor. Ondan sonra o hasta o raporu kullanıyor. Onlar artık uzmanların yaptığı ve yolsuzluğun dibi. Doktorların bundan hiç korkmaması beni aşırı garipsetiyor yani benim babam da devlet memuru ve her aradığında aman işini düzgün yap der. Paraya tamah eder insanlar ama içleri nasıl rahat ediyor onu anlamıyorum. Ben yapsam herhalde o kadar okumuşum, doktor olmuşum ve evlenmişim. Emek vermişim hepsi bir anda toz olup gidebilir diye aşırı tedirgin olurum. Mesela burada bir doktor abi vardı, isim vermeyeyim. Mümessilleri göndermek için şey derdi, çalışmasınlar diye. Hocam işte şu ilacımız.. Tamam derdi ben bu ilacı yazarım ama bana Bebek’ten Nişantaşı’ndan ev alın derdi. Eğer ev alıyorsanız ilacınızı sınırsız yazarım derdi. Ben niye üç beş kuruş sizden kazanacağım diye mesleğimi tehlikeye atayım ki derdi. Tehlikeye atabileceksem bari büyük bir şey olsun derdi, yapabilecek misin diye sorardı. Hocam yok deyince de, o zaman çalışma boşuna derdi. Artık o onun formülünü bulmuş, hiç gelmesinler diye.” (D-13: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-2 kendisine gelen mümessillerin “kalem kutusu, fener, blok not defteri” gibi “kanıksanmış şeyler” getirdiğini ifade etmiştir. Gerçekten de bu tür hediyelerin

özellikle yerli firmalar özelinde çok sık kullanılan eşantiyon malzemeler olduğunu birçok doktor ifade etmiştir. D-2 yine de bunların reçetede önemli bir etkisi olacağını düşünmemektedir.

“Şimdi tabi öyle şeyler duyuyoruz, duyduk. Ne kadar doğrudur onu bilemeyiz. Öğrencilik yıllarımızda mesela bir doktorun ev taksidi ödettiğini duymuştuk. Yani belki de mümessile diyordu, “al şu parayı falanca bankaya yatır” ama o evrile evrile bize gelene kadar mesela şey olmuştu. “Doktor mümessile ev aldırması”. Bu yüzden mümessile her şeyi yaptırabileceğini sanan doktor da azımsanmayacak kadar çoktur. Ama yani aile hekimine çok gelmez gelse de kalem kutusu, fener, blok not defteri öyle şeyler getirir. Bunlar da artık kanıksanmış şeyler. Mümessil bunlarla ilaç yazdıramayacağını da bilir aslında ama bir hatırlatmadır. Üzerinde ilacın adı yazar, şirketin bir şeyi vardır. Bak ben buradayım der o hediyeye. Ben kabul etmiyorum genelde, bazen zorla bırakıyor. Hocam bende bundan 200 tane var ben ne yapayım bunu diyor mesela. O zaman kırmamak için koyuyorum masama ama işte. Bazen de mesela sağlık kurumunun ihtiyaçları karşılanıyor. Böyle bir ilişki, onlar bunu emin olun doktorlardan daha çok istiyorlar.”

D-2 diğer taraftan şirket ve doktor etkileşiminin büyük resmin bir sonucu olduğunu ifade etmiştir. Bana bu ilişkileri yalnız başına ele almanın dönüştürücü bir gücü olamayacağını hissettirmek istediğini düşünüyorum. Ancak bu çalışmanın arka planında zaten benzer bir düşünce bulunmaktadır. O nedenle D-2’nin düşüncesi durumu içeriden analiz eden bir düşünce olarak çok anlamlıydı.

“Bugün ilaçları belki de devlet eliyle bir şekilde üretilse daha ihtiyatlı kullanacağımız kesindir. Bunların hepsi bütünün parçası aslında. Sen önce bir büyük resme bak daha sonra bu ilişkileri yorumla çünkü ilaç talep eden hasta, ilaç veren eczacı bu büyük resmin bir sonucudur. Şöyle düşün fırın sahibisin günde 350 ekmek çıkarıyorsun bu ekmeğin elinde kalmasını ister misin, elbette kimse istemez. Hepsini satmak istersin, aynı onun gibi düşün sen ihtiyaç kadar üretmiyorsun. İhtiyacın ne olduğunu mesela kimin ne zaman grip olacağını önceden bilemezsin. Sen önce üretiyorsun sonra satmaya çalışıyorsun. Burada devreye bu ikili ilişkileri anlamak giriyor.” (D-2: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-15 eğer bir hassasiyet varsa o basit görünen şeylerin de alınmaması gerektiğini düşünmektedir. Zaten doğrudan doğruya bir ilaç yazıldığında doktorun kârının ne olduğunun konuşulmadığını, mümessillerin “nasılsınız? Bir şey ihtiyacınız var mı?” türünden sorularıyla bu tür şeylerin başladığını düşünmektedir. D-15 bu konuda total

bir davranışa değilse de doktorun bireysel davranışıyla “bariyer” oluşturabilecek güce sahip olduğunu düşünmektedir.

“Artık şunu yapabildiklerini düşünmüyorum yani. İşte ben şu ilacı çalışıyorum. İşte bana direk yardım yaparsanız size işte iPhone'un bilmem son model telefonu alacağım. Bunu zaten bu, bu suç yani. Bunu yapabilen varsa helal olsun yani bu suç. Ama şimdi bakış açısı şu an şu düzey şu mesela burada kullandığımız ışıık GSK (Glaxo Smith Kline) yazıyor. İşte buna rüşvet gözüyle bakılabilir bence yani. Hani bunu bence hassasiyetiniz en üst noktada olursa bunu da almazsınız yani. Ya da kullandığınız kalemi de almazsınız. Bence gerekli olan hassasiyet de bu yani. Hani burada dikkat edilmesi gereken nokta o yani. Mesela bence bunlar yasaklanabilir mi? Yasaklanabilir. Yani bu olay salt olarak bilimsel olmalı bence yani. Hani geldik sana sadece iletini anlatacak bir şeyin olması lazım, hediye edilmesi yasak olmalı. Yani mesela onlara verdikleri şeye karşı... İşte hocam bir şeye ihtiyacınız var mı? diye soruyor. Ne var? Mesela burası aile hekimliği. Mesela burada ne çok kullanılıyor? A4 çok kullanılıyor. A5 kağıt çok kullanılıyorsa, o A5 kağıda ihtiyacınız var mı? A4 kağıda çok ihtiyacınız var mı? Kaleme ihtiyacınız var mı? Falan filan. Hani o şey demiyor yani hani işte ben sana, sen bana şunu yaz, ben sana bunu vereyim demiyor. İhtiyacın var mı diye soruyor? Yani orada sizin, dediğim gibi yani bariyer olmanız önemli yani doktor olarak bariyer olmanız çok önemli. “İşte şuraya işte masaya ilacımı bırakıyorum hocam” hatırlatıcılığı falan filan gibi.” (D-15: Doktor, erkek, 3 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-14 ise bu tür olayları çok duyduğunu hatta bazı doktorlarda “nasıl olsa yazıyorum, seninkini yazayım” türünden bir yaklaşımın gelişmiş olabileceğini düşünmektedir. Diğer taraftan bunun ilaç tüketimini artıran somut bir eyleme de dönüşebileceğine dikkat çekmiştir.

“İstekler, kaynaklar.... Bu tarz şeyler çok duyduk. Onlarla ilgili çok çok şeyler duyduk. Çok fazla şeyler duydum ben çünkü yani burada da bizim çok emektar hocalarımız var. Altmış beş yaşında, yetmiş yaşında bu mesleğe kırk yıl çalışmış, doktor arkadaşlarımız da var. Bahçelievler'de de bu işi yaptım ben Bahçelievler Devlet Hastanesi'nde de çalıştım. Orada da çok fazla bu işe emek veren arkadaşlarımız var bu mesleğe emek veren. Onların anlattıkları. Birkaç tane okuduğumuz dava savunmaları çok uç noktalarda yaşanan şeyler var. İşte evine yatak odası takımı aldirmaktan tutun, ben işte şurada av yapıyorum bana fişek getir diyenine kadar. İşte senin ne kadarı kutuya ihtiyacın var? Şu kadar. Tamam bana bu kadar para getirden, işte eczaneye söyleyip işte bizim ASM'nin masraflarını karşıla diyene kadar. Çok çok uç noktaları

duyduk yani. Bu iş bana hiç mantıklı gelmiyor yani. Bu az önce konuştuğumuz ilaç tüketimini de artıran bir şey ben sana diyorum ki mesela ben sana 100 kutu A ilacı çıkarıcam ama sen de benim evimin perdelerini yaptır. Şimdi, burada ben neye dayanarak bu sözü verebilirim. Belki mesela o kadar hasta gelmeyecek buraya, belki gerçekten ihtiyaca yönelik ilaç yazdığında hakikaten o kadar ihtiyaç yok. Ya o olay bana şu yüzden mantıklı gelmiyor. Biz hepimiz bir devlet memuruyuz. Ve devlet memuriyeti yasasında böyle bir durumun cezası memuriyetten mendir. Yani sen bir anda bu kadar iyi maaşlar kazanıyorsan bir anda memuriyetinden olabilirsin. Yani bir anda o parayı kaybedebilirsin ve bahsedilen bana söylenen şeyler hani arkadaşlarımızın anlattığı şeyler ve çok uçuk kaçık, atla deve değil. Hani ve böyle bir riske girmeye değmeyecek şeyler. O yüzden çözebilmiş değilim yani. Bu kadar zeki olduğunu söyleyen insanların böyle bir işe kalkışması, böyle bir şeye girmesi falan çok mantıklı gelmiyor. Gerçekten çok riskli. Yani bu doktorlar hakkında biraz daha bu işi basitleştirme biraz daha masumiyetleştirmeye çalışıyorlar. Ya ben nasıl olsa zaten bu ilacı yazacağım. Yani nasıl olsa biri işte zaten çok bir yan etkisi de yok. Nasıl olsa zaten ben bir grip ilacı yazacağım ha onu yazmışım ha bunu yazmışım. İşte nasıl olsa antibiyotik yazacağım, ha onu yazmışım ha bunu yazmışım şeklinde bir yaklaşım oluyor. Yani bu tarz bir yaklaşımla yazılabiliyor. Yani çok da yani yine çok etik değil, yine çok doğru değil. Evet. Ama kendini bu şekilde kandırıyorsan belki bunu düşünerek yapıyor olabilir. Yani bu tamamen bir fikir yürütme.” (D-14: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-3 ise yıllar önce duyduğunu ama ne bu tür karşılıklı ilişkilerden haberdar olduğunu ne de kendisine mümessil geldiğini belirtmiştir. Burada mümessillin rolünün de kırılğan bir pozisyonda olmasından kaynaklı olarak aradaki ilişkilerde tek bir suçlu tespit etmek giderek zorlaşmaktadır.

“Ben tanıklık etmedim ama duyuyorsunuz tabi. Mümessiller de bence kendi içlerinde bize karşı tutum alıyorlar. Biz daha öğrenciyken duyuyorduk, hiç hoş değil, bu bir anlaşmaya dönüşüyor. Sen beni arabanla eve bırak, her akşam beni işten şu saatte al eve bırak ben de senin ilacını yazayım. Böyle bir şey olabilir mi? Mümessil de ne yapsın ekmeğini oradan kazanıyor. Yeter ki bana bu ay 100 kutu yazsın deyip o da ne isterse yapıyor. Yıllar önce bu tür belgeler deşifre olmuştu hatırlıyorum. İşte televizyon falan istenmiş, odasını dekore ettirmek isteyen. Ben açıkçası bu şekilde kulaktan dolma biliyorum diyebilirim. Biraz sert mizaçlı olduğum için genelde bana uğramıyorlar bile.” (D-3: Doktor, kadın, 8 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-1 de kendi özelinde böyle bir durumla karşılaşmadığını ama medikal desteğin kamusal bir fayda içeriyorsa kabul edilmesinin mümkün olabileceğini düşünmektedir. Sadece şahsi menfaatleriye etik bulmadığını belirtmiştir. Bu konu da oldukça tartışmalıdır. Zira mümessilin sağlık kuruluşunun bir ihtiyacı karşıladığı durumlarda yine de beklentiye girmesi oldukça muhtemeldir.

“Mümessillerin doktorlara maddi destek sağladığı efsanesini ben de duyuyordum önceleri. Fakat ben hiç denk gelmedim. Tanıtım numunelerinden veriyorlar bazen, kalem, not kâğıdı gibi ufak şeyler. Bunların dışında büyük bir destek görmedim. Sadece bir kere polikliniklerdeki uzmanları kongreye gönderiyorlarmış şeklinde bir söylenti duymuştum ama doğru mudur bilemiyorum. Ben ilaç firmasından kişisel hiçbir desteğin kabul edilmemesi gerektiğini ve etik olmadığını düşünüyorum. Belki tıbbi anlamda doğrudan veya dolaylı olarak halka faydası olabilecek şeyler konusunda ufak destek verirlerse kabul edilebilir ama çok karşılaşmadım açıkçası. Genel anlamda da mümessillerden duyduğum kadarıyla ilaç firmaları eskisi gibi büyük bütçeler vermiyorlarmış. Çok sınırlı bütçe verip bunlarla ufak tefek eksiklerde yardımcı olmalarına izin veriyorlarmış diye duymuştum.” (D-1: Doktor, kadın, 2 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-5 ise daha önce de belirtmiş olduğum gibi bu konuda oldukça katı bir tutum içindedir. “Hocam nasılsınız?” veya “Hocam bir isteğiniz var mı diye soruyor” şeklindeki sorularla doktorlara karşı “empati kuran” bir algı yaratıldığını ve yaklaşıldığını düşünmektedir.

“İlaç mümessilleri ile aram kötü ben etik bulmuyorum bu iş kolunu. Gereçeklerim şunlar, bir kere her biri doktora “ilacı çalışıyorum” bahanesiyle gelse de temel mantık satış yapmaktır bunu herkes bilir. Ama bakın bunun da üslubu var. Kapıdan giriyor, “hocam nasılsınız?” ile başlıyor her şey hiç abartmıyorum 2-3 saniyelik slaytı olan var onu gösteriyor sonrası konuşma ile geçiyor. “Hocam bir isteğiniz var mı diye soruyor bana? Ben desem ki bana şunu al, eminim şartları zorlar. Benim nasıl olduğumu sordun hadi ben de sana insanca sorarım ama bana benim ne isteğim var diye sorduğunda ben bu soruyu masum bir soru olarak algılayamıyorum. Dikkat edin doktor arkadaşlarımın masalarında zibilyon tane eşantıyon malzeme vardır. Ben hiçbirini almam bence o tırnak içinde hediye olarak ifade edilen beş para etmez şeyleri almak da beklenti oluşturur mümessilde. Ben mümessile karşı değilim, kişisel bir sorunum yok kimseyle. Ben çalışma biçimlerine karşıyım. Sana ne anlattılarsa iki katı var emin ol. Gayri ahlaki şeyler de var. Bunun kabul edilebilir bir tarafı yok. Oysa göz

yumuluyor.” (D-5: Doktor, erkek, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

Bu konuyla ilgili olarak D-20 iş kolunun kendisinin sorgulanması gerektiğini düşünenlerdendir. Özellikle doktor üzerinde hakimiyet kurulamadığında eczacıya yöneldiklerini de düşünmektedir.

“Ben ilaç mümessillerinin çalışma biçimini etik bulmuyorum açıkçası. Tamamen ikna etme ve karar değiştirme üzerine kurulu bir anlayışları var. Yani sağlık gibi bir alanda pazarlamanın bu kadar içimize sokulması çok zoruma gidiyor. Falanca ilacı yıllardır reçete ediyorum diyelim güveniyorum, onu değiştir beni yaz durumları çok sık oluyor maalesef. Ben yazmıyorum eczane veriyor, öyle durumlarla da karşılaşyoruz. Ben mümessillerle çok ilgilenmiyor ve kabul de etmiyorum ama bunlar işte bir kalem, silgi, çanta vs olabildiği gibi bir yurtdışı bileti, kongre masrafı falan da olabiliyor, öyle şeyler duyduk. Karşılıklı alışveriş gibi düşünün bunu, yani ben o yüzden desteklemiyorum. Tabii ki mümessil de işini yapıyor, onun işi de doktoru ikna etmek ama iş kolunun kendisi sorunlu. Yani böyle bu yolla yapılmamalı. Eğer ki piyasaya yeni çıkan bir ürün tanıtılacaksa bunun bir sürü yolu var. Böyle bireysel bir münasebete izin verilmemeli gibi geliyor bana. Ya bir de bu çok mahrem bir konu hani ben bunu sana nasıl anlatayım ki? Buna devletimizin bir dur demesi lazım.” (D-20: Doktor, kadın, 22 yıldır meslekte ve özel bir hastanede İç Hastalıkları uzmanı olarak görev yapmaktadır.)

D-6’da ise konunun yapısal boyutu öne çıkarılarak nötr kalındığı gözlenmektedir. Burada da yine yapısal sorunlarla aranın açıldığı ve sessiz bir tutum geliştirmenin daha güvenli bir alan açtığı görülmektedir.

“Sağlık Bakanlığının onay vermediği şeyleri doğru bulmuyorum açıkçası. Bu bence insan ilişkilerinde de suistimale açık bir konu. Ben senin ilacını yazarsam bana şu kadar para verebilirsin ya da bana şu şu aleti alabilirsin şeklindeki yaklaşımı tabii ki doğru bulmuyorum. Ama tabi bunu sorgulamak ya da takip etmek de benim görevim değil. Ben kendi işime bakarım, kendi önüme yoluma bakarım. Gerisi hani sonuçta beni ilgilendirmiyor. Vicdanen rahat olurum, rahatımdır. Ama dediğim gibi hani gerisi beni ilgilendirmiyor.” (D-6: Doktor, kadın, 17 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-12 de D-1 gibi kamusal fayda sağlayacağı varsayılıyorsa şirket yardımlarının mümkün olabileceğini ama bireysel çıkarlara dönüşmemesi gerektiğini düşünmektedir.

“Tabi ama ben çok karşılaşmadım bu tür şeylerle. Maalesef doktorlar bu duruma getirilmemesi lazım. Yani onlar da tabi eksik bir şey hissediyorsun ki talep ediyorsun mümessilden o durumda da tabi n’apacaksın akabinde de artık ona yapabileceğin artık ilacını mı yazacaksın ya da ne isteği varsa. Tabi bu katıldığımız anlamına da gelmez etik değildir bu tür bir çalışma hele ki kişisel bir çıkara dayalıysa asla kabul edilemez ama geçmişten gelen hani bir şey var mesela şirketler kendileri teklif ediyorlardı hastanenin ihtiyaçları kamu yararı gözetilerek tamamen insani bir yaklaşımla hani karşılayalım ama işte siz de bizi destekleyin gibisinden. Hekim de diyor ki ben zaten bu etken maddeyi yazıyorum bari bunların ilacını yazayım. Zaten hasta ben yazsam da yazmasam da gidiyor alıyor bir ağrı kesiciyi en azından hani böyle olsun gibisinden.” (D-12: Doktor, erkek, 6 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-17 ismini daha sonra vermek istemediğini belirttiği (...)’da şirketle anlaşma sonucu yazılan mamalardan söz etmektedir. Mama raporu çıkmasıyla çocukların uzunca bir süre beslenme rutinine bu mamaların eklenmiş olduğu görülmektedir. Bunun özellikle çocuk sağlığı üzerinden gelişmiş olması ayrıca üzücüdür. D-17 bu konuda hatırladığı kadarıyla bir soruşturma geçirildiğini bilmektedir.

“Tabii bunlar haricinde başka şeylerde duyuyoruz, duymuyor değiliz. Hani mümessillerin ve şirketlerin çok çeşitli vaatleri oluyor. Burada şey devlet hastanelerinde ve şeylerde de oluyor. Yani ben (...)’dayken mesela o zaman bir mama bakımı burada orada muayene ettiğim hastanın. Şimdi ben burada baktım muayene muayene sayısı çok daha fazla (...)’da. Fakat (...)’da burada yazdığım mamanın yaklaşık on katını yazıyordum. Mama dediğimiz şöyle düşünün. Bir mama raporunda ortalama günlük dört tane mama kullanılacak diye rapor düzenlenir pediatri doktoru tarafından çeşitli nedenlerle beslenme bozukluğu vardır, ya yetersizdir, ya engellidir vesaire vesaire. Şimdi günde dört tane kullanan insanı siz bir ayda iki yüz kırk tane mama yazmak zorundasınız. İki yüz kırk mamanın ortalama bedeli altı yüz yedi yüz lira, aylık. Şimdi on kat yazıyorsun. Ondan sonra ne oldu? Ben gelmeden yakın. (...)’da doktorlara soruşturma geldi. Artık yirmi tane doktor artı hemşire, artı eczacı hepsine de soruşturma geldi. Çünkü sahte mama raporları düzenlemeye başlamıştı. Siz düşünün, şeyin boyutunu. Çünkü çocuklar geliyordu, biz bakıyoruz, vallahi normal seyrinde çocuklar. Ya herhangi bir sıkıntısı yok. Bu çocuklar neden mama kullansınlar normal beslenme varken? Mama yiyip raporu çıkarttıktan sonra çünkü bütün mamayı devlet ödüyor. Bu mama raporu için kim bilir neler vaat edildi? Siz düşünün.” (D-17: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

D-17 ayrıca Aile Hekimliği'nde bu tür şeyleri çok duymadığını ama belli başlı branşlarda daha çok olduğunu düşünmektedir. Bu yaklaşımla da çok sık karşılaşmaktadır. Özellikle malzeme alımının olduğu uzmanlık alanlarında bu tür etkileşimlerin çok sık duyulduğu anlaşılmaktadır.

“Aile hekimlerinde bu tür şeyler çok olmaz. Niye? Aile hekimlerindeki eh ilaç yazım modülü genellikle vatandaş ilacı getirdiği için senin ilaç seçme özgürlüğün çok kısıtlı oluyor. Fakat uzman hekimde geldiği zaman sen ilacı direk eh kendin başlıyorsun. Raporu da kendin çıkıyorsun, aynı etken maddeye çıkıyorsun. Dolayısıyla senin kuvvetin var. Etken maddeyi kendin seçiyorsun. Gidin bakın. Emin olun bir mümessil eğer bir bölüme devlet hastanesinde büyük bir kongre düzenliyorsa kongrelerin masrafları öyle böyle değil. Biz üniversite hayatımızda duyuyorduk. Yani bir kongrenin ortalama masrafı eh her bir kişi için çünkü otel, uçak barınma vesaire ortalama yani iki bin dolar, üç bin dolar. Dolayısıyla bir firmanın bir doktor değil komple katabiliyorlar bu arada. Mesela pediatri bölümüne komple. Yani bir pediatri bölümüne bu kadar çok şey verebiliyorsa bunun altında başka sebepler yatar yani. Ha bunun organik bir nedene bağlamak, şey olur. Bir yani bunu suçlamak için de söylüyorum. Bu Türkiye'nin her yerinde böyle. Her yani Doğu'da da batıda da bütün branşlarda da bu böyle. Bakın bedelli askerliğe gittim. Ben aile hekimiyim, yanımdaki arkadaşım Kardiyoloji uzmanıydı, bir tanesi fizik tedavi uzmanıydı ve doktor arkadaşlarının ekseri muhabbeti kime hangi kongre verilmiş? Tamam belki keş bir para verilmiyor. Yani evet yolsuzluk bir boyutunda yok ama hani bunun bir yasal boyutu da var sonuçta. Yasal boyutunu da adamlar kullanıyorlar. Tamam içeriye girmiyor ama sonuçta adamların bir haftalık tatilleri var ortada yani. Ama bir haftadan sonra da devletin şuna bakması lazım o bir haftadan sonra o bölümdeki komple ilaç yazım düzeyi ne olmuş. Nereye kaymış? Nereye? Onlara da bakmak lazım. Ha bana kalacak olsa keşke düzelse de bunların hepsi daha az ilaç kullanımı olsa SGK da az zarara gitse ve insanlar hakikaten şu hekimi biraz daha saygı gösterse.” (D-17: Doktor, erkek, 5 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Diğer taraftan bu tür şeylerin doktor reçetesini etkileme imkânı olsa da şirketlerin pazarlamaya ayırdıkları bütçenin yasal tarafları bulunduğunu da belirtmiştir. Diğer taraftan ilaç şirketleri bu tür konularda sorun yaşandığında, özellikle yakın tarihli dönemden anımsadığımız büyük bir yaptırımla karşılaşılmalıdır.

D-16'nın görüşüne baktığımızda da kamusal bir fayda sağlıyorsa onun da bu tür desteklere ılımlı yaklaştığı gözlenmektedir. Neticede “zaten her halükarda yazılan bir etken madde” bu kamusal desteğe karşılık yazılabilir olarak görünmektedir.

“Ama onlar artık hiç kalmadı ki. Evet. Bakın ben hani eskiden Haseki'deki dönemlerim vardı bakın o dönemlerde, evet bu gerçekten hatta Haseki'de Devlet Hastanesi'nde mümessillerin çok güzel kamu kurumu ama buna rağmen destekleri oluyordu, bebek emzirme odalarını yaptırıyorlardı, a'dan z'ye falan filan. Ha bu tarz destekler oluyordu ama ben son yıllarda hiçbir firmanın böyle bir desteğine şahit olmadım... Mümessil arkadaşlardan hani bakıyorum çok çok eskiye nazaran şu anda hiçbir destek yok. Yani mesela açık konuşuyorum. Bulunduğum ASM'de en basit sarf malzeme adı altında pamuktan eh enjektörden hepsini kendimiz cebimizden para çıkarak ortak eh dışardan satın alıyoruz. Evet. Benim bildiğim eh eski dönemdekiyle hani mukayese edilirse bunlar hekim şahıs adına yapılan özel bir şey olmadı. Gene kamuya hizmet olarak hastalara kullanılan gaz bezi, işte. Onların yapılabileceği ve hatta onların elinde de form var hani formu imzalarsanız bu tarz sarf malzemeye yardımcı olabiliriz gibi eskiden vardı. İnanın şu anda bu ASM'de her şeyi biz kendimiz dışarıdan yapıyoruz. Enjektör sayısına kadar. Geçen ay bin sekiz yüz TL misal. Sırf sarf malzeme. ASM'de. Yani dolayısıyla mümessil arkadaşlarımdan duyduğum kadarıyla artık firmaların eskisi kadar hani artık destek veremediğini, bunların bu böyle açıkladığını ben hani duymuşumdur.” (D-16: Doktor, kadın, 16 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

Doktorların genel anlamda başta mümessilin emeğinin karşılığı olarak daha sonra da eğer şirket desteği kamusal bir faydaya karşılık geliyorsa bu etkileşime sıcak baktığı yönündedir. Diğer taraftan işin belli ölçülerde yasal çerçevesinin bulunduğu da bilindiğinden bu konuya katı bir tutum sergilemedikleri anlaşılmaktadır. Dikkat çekmek istediğim bir diğer konu eşantıyon malzemelerle ya da bu türden ufak hediyelerle medikal desteğin birbirinden ayrılmasıdır. Doktorların eskiye nazaran şirket bütçelerinin azalmış olduğunu düşündüklerini görüyoruz. Aşağıda paylaşacağımız gibi aslında bütçe kısıtı yaşayan firmalar genelde yerli firmalardır yani kendilerine daha çok ziyarete gelen firmalar. Medikal destek sağlayan firmalarınsa (elbette istisnaları olmakla beraber) daha çok yabancı firmalar olduğu görülecektir.

Her şeyden evvel mümessiller arasında hekimleri tasnif etme, kiminle ne tür ilişki kurması gerektiğini iyi kestirme düşüncesi yaygındır. Mesela İ-15 işe başladıktan sonra hekimlere gruplara ayırıp ona ziyarete gittiğinden söz etmektedir. Bu anlamda doktorla mümessil arasındaki ilişkinin, “severse, reçetesine de sahip çıkar” şeklinde ifade etmiştir.

“Bu iş deneyim olmaya başlayınca 3 hekim 5 hekim, o zaman gruplara ayırıyorsun he bu hekim şöyle bu böyle kümeler halinde düşünüyorsun. Doktor her zaman kilit konumdadır. Çünkü reçete yapandır. Sen önce doktora yazdırmalısın ordan çıkarsa kolay kolay değişmez. Mesela peşine düşen doktor da vardır. Benim ilacımı değiştirme diyen. Doktor seni severse, reçetesine de sahip çıkar.” (İ-15: İlaç Mümessili, erkek, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 13. yılı ve şu an yerli bir firmada çalışıyor. Geçmişte şirketinin yabancı bir firma tarafından satın alınmasıyla çok kısa bir süre yabancı bir firma deneyimi de edinmiş.)

Mesela İ-14 ziyaret sıklığı ile kabul görme düzeyinin de arttığını düşünmektedir. Doktorların ifadelerinde de buna benzer şekilde düşüncelerle karşılaşmış, “mümessilin emeğine” değer verdiklerini görmüştük.

“Siz de mesela önce yeni tanıştığınız birine merhaba dersiniz, birincide böyle, ikincide böyle. İlişkiler ziyaret götürmeniz kadar fazlalaşiyor, kabul görmeniz de o kadar fazlalaşiyor. İletişim kısmı birincide olmuyor. Öyle hemen geldin, ben bunu çalışıyorum hadi ben de yazayım diye bir dünya yok. O yüzden zamana yayılmış bir şekilde doktorlara ziyaretlerimize dört veya iki frekans veriyoruz. Bir ayda potansiyel bir doktorun özellikle branş benim solunum grubu olduğu için göğüs hastalıkları ve KBB, dört kere görüyorum bir ayda yani her hafta bir kere görüyorum. Bu da ikinci ayda gidişimde sekizinciye sonra üç veya dördüncü ayda artık iletişim kurulmuş oluyor. Odaya girdiğinizde ürünü doktora açtığınızda, ürünü tanıtmadan önce hâl hatır soruyorsunuz önce sohbet ediyorsunuz. Nasılsınız? Gününüz nasıl geçti? Hasta yoğunluğu vs. ya da vaka sayılabilecek güncel konulardan falan bahsedip biraz ortamı yumuşatıyorsunuz. Sonrasında ilacı tanıtmaya başlıyorsunuz. Adı, endikasyonlar, kaç yaş grubunun kullanması gerekiyor, diğerlerinden rakiplerinden farklarını anlatıyorsunuz ve reçete etmesini istiyorsunuz. Bir de taktiktir ürünün ismini biz yedi kere söyleriz böyle akılda kalması için. Genellikle muhabbet arasında işliyoruz aralara. Promosyon ürünlerimiz var bizim. Kalemdir, en basit örneği bloknot defterdir. Şirket geldiği zaman o ürünün bütçesine göre o ay kalem de gönderebiliyor, defter de gönderebiliyor onlara hatırlatıcı malzeme olarak bırakıyoruz. Numune de verilebiliyor. Numune belli ölçüde, kalem, materyal, bloknot, flashbellek gibi her firmaya göre tanıtım ürünleri değişiyor. Bardak, sürahi aklınıza ne gelirse değişik şeyler olabiliyor.” (İ-14: İlaç Mümessili, erkek, İletişim Bilimleri Bölümü, meslekte 8. yılı ve 8 yıldır yerli firmada çalışıyor.)

İ-14 yerli bir şirkette çalışmakta ve kendi “hediyeleri” arasında en çok eşantiyon türünde malzemelerden bahsetmiştir. İ-11 ise o da yerli bir şirkette olmakla beraber,

şirketinin zengin olduğunu ve önceden çok fazla gelen eşantyon malzemelerin artık kaldırıldığını çok az kalem bulunduğunu belirtmiştir. Ancak şirketinin bu ölçüde yabancı firma modeline yaklaşarak kongre desteği sunduğunu belirtmiştir.

“Benim firmam yerli bir firma ama zengin bir firma mesela size şöyle söyleyeyim önceden bize böyle kupa gelirdi, küp not gelirdi, bardak, tabak, çalar saat, termos vs gelirdi. Eskiden mesela bagaj dolardı elimizden çıksın diye verirdik. Beş on tane bırakırdım mesela ne varsa elimde. Yeter ki temizlensin derdim. Şimdi böyle şeyler yok en fazla kalem var mesela. O da hekim sayısı kadar geliyor. Yani yarım elma gönül alma. Bir de tabi sekreteriydi, temizlikçisiydi mesela onlar da istiyor. Ama benim firmam de ne yapıyor, sonuçta bizim çalıştığımız hocalar çeşitli kongrelere giderek puan kazanıyor. Hah, işte onları destekliyor. Bugün mesela bir Avrupa ülkesine kalkıp tek başınıza iki günlüğüne gidin 10-15 arası harcarsınız. Zaten kongre ücretleri o kadar. Bunlar destekleniyor. Bu promosyon ürünler biraz da firmanın yeni olmasıyla ilgili. Şimdi yabancı firmalara bakın, onlar bunlara artık hiç değer vermiyor.” (İ-11: İlaç Mümessili, erkek, Yeni Medya ve İletişim Bölümü mezunu, meslekte 10. Yılı ve 10 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

İ-1 yabancı ve yerli arasındaki farkı şirketlere getirilen promosyon üzerinden açıklamaya çalışmıştır. Bu sınırlama sonrası yabancı firmaların tamamen tanıtıcı ürünlerden vazgeçtiğini belirtmiştir.

“Sağlık Bakanlığı, hangi senede çıkarttığını bilmiyorum. Sahaya promosyon hakkını TL olarak belirli bir sınır getirdi. Dedi ki ben bu sınırı koyuyorum çünkü daha fazla çok kaliteli ya da çok büyük şeyler ürettiğinizde bu rüşvete giriyor artık ve bunu alanda da sonra aidiyet oluşturup artık sırf bunu aldığı için ürün yazması isteniyor gibi bir durum oluştu. Çoğu, bu çok büyük yabancı firmalardan bahsediyorum, ilk 10-11 firma olarak düşünebilirsin. Bu firmalar dedi ki ben TL olarak sınırlama yapamam ve benim ürettiğim ürün kaliteli olmazsa firmanın ismini ve amblemini taşıyan o ürünü de kimseye vermem deyip tamamen promosyonu kaldırdı. Mesela ben 5 yıl boyunca bir tane bile kalem veremedim, çünkü öyle bir şey yoktu anlatabiliyor muyum. Yabancı firmaların harcama olasılığı daha yüksek, atıyorum bunları (promosyonları) önemsemiyor ama 30 bin liralık bir kongreye de gözü kapalı gönderiyor. Parayla derdi yok firmaların. Yani şöyle bir boyutu da var. Yasal olan her şeyin altına elini çok rahatlıkla atıyor ve paraya bakmıyor. Örneğin bir tane doktor Çapa tarafında çalışan arkadaştan bir profesör kitap istemişti. Bizim işte bir ürünümüz vardı ağrı kesici, adama o kitapları alırsak yazacakmış dedi arkadaş. Firma da dedi ki bizim öyle bir ödeme şansımız yok ama şöyle yapabiliriz. Bağış yapabiliriz, bir kitap değil de birkaç

deste kitap gönderelim biz bunlara. Anladın mı, hiçbir doktor bizden bunu talep edemez ama o bölümdeki bütün arkadaşlarının da kitap isteği var mı bunu toptasınlar kütüphaneye/hastaneye bağış olarak yapabiliriz bunu dediler. Ve yaklaşık 35 bin TL'lik bir kitap bağışı yapıldı hastaneye.” (İ-1: İlaç Mümessili, kadın, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 7. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı şirket deneyimi de bulunuyor.)

Yerli firma deneyiminde ise işlerin biraz değiştiğini dile getirmiştir.

“Yerli firmada ise promosyon ürünler çok fazla, artık gerçekten koyacak yer bulamıyoruz. (gülüyor) Sürekli bir şeyler geliyor, sürekli elin kolun dolu bir şekilde çıkıyorsun bu çok yorucu. Mesela enteresan enteresan broşürler, kalemler, küpnotlar, bir sürü şey geliyor. İlgimi çekmiyor aslında bu sektörde yedinci yılım, ilk sene ilgimi çekiyordu. Bazen hoşuna gidiyor tabi. Küçük bir saat geldi mesela. Böyle kırmızı tatlı bir saat. Böyle şeyler ilgi çekiyor bizim tarafımızdan ama tabi bunun bir iş yükü de var bize. Kollarını dolduruyorsun, o kutuları kaldırıyorsun, düzeltme derdin oluyor bunlar bana göre yorucu şeyler.”

Diğer taraftan İ-1 bu ürünlerin amacının en basit tarifle “sübliminal mesaj vermek” olduğunu ifade etmiştir. Bu vesileyle şirketin kendini, markasını ve ilacını hatırlatmasının mümkün hale gelebildiğini düşünmektedir. Artık kanıksanmış olduğu tahmin edilen bu hediyeleşme kültürü, yine İ-1'in ifadesinde de görebildiğimiz gibi “zararsız” olduğu düşünülmektedir. Bu şekilde doktorun ya da eczacının ihtiyacı karşılanmakta, aynı zamanda şirket kendini hatırlatmaktadır.

“Benim promosyon ürün verdiğim hiçbir doktor. “Hayır ben mümessilden bir şey almıyorum” demedi bugüne kadar. Bunlar basit hediyeler olduğu için, doktora ya da eczaneye götürdüğün hiçbir şey onların evine götürüp kullanabileceği bir şey olmadığı için, mesela bir saat götürüyorsun adam hastanedeki masasına koyuyor, bunu neden kabul etmesin ki? Mesela küçük bir ışık mesela hastanın boğazına bakıyor, şirin bir şey onu eve götüremez. Bunların tabi üzerinde hep şirketin/ürünün adı bir yerlere iliştilir. Mesela eczanelerde de en çok ihtiyaç nedir, poşet. Poşet yapıyorlar. Küçük bloknotlar var mesela böyle kare şeklinde kağıtlar var. Mutlaka bir yerlerde denk gelmişsindir. Çok işlerine yarıyor işte o reçete şifresini giriyorlar. Eczanede de bir şeylere kullanıyorlar. Her iki tarafta da çok işe yarıyor. Şimdi öyle tatlı bir şey götürdüğünde kimse ben bunu almıyorum demez. Şimdi doktor diyelim ki 60 tane hastaya bakıyor. Mesela ben onun önüne bloknot koydum, kağıdın hemen altında benim ürünümün adı yazıyor. Onu her alırken sübliminal mesaj olarak oradaki ürün adı onun beyninin bir köşesine yazılacak. Ya da elindeki kalemin üzerinde yazıyor o

kalemi gün boyu kullanıyor, o özellikle ilacın rengiyle yapılır o kalem. O ilacın kutusundaki renk ile aynıdır. Sübliminal mesaj vermek amacı.”

Bu arada İ-1 “ikili ilişkinin” her şeyden daha önemli olduğunu düşünmektedir. Burada da yine çokça sözü edilen yakın ilişkiler kurmanın çok önemli bir faktör olarak ortaya konduğunu görmekteyiz. İ-1 tüm bu duygusal örgütlülük olmadan ne kadar hediye de götürülse doktor ya da eczacıyla reçete konusunda bir uzlaşmanın mümkün olmadığına inanmaktadır.

“Sen o kişiyi düzenli görmüyorsan, sohbet etmiyorsan, merhaban yok ise milyon tane abeslang götürsen de reçetesine giremiyorsun. Az önce bahsettim ya Çapa’ya 35 bin liralık kitap bağışında bulunuldu dedim ya kitap yardımının hemen birinci ayında arkadaşımız işten ayrıldı. Orada bir kutu dahi ürünümüz çıkmadı. Bazen o verdiği kalemler şeyler, sadece o anda tatlı bir hediye sen orayı ziyaret edip doktorla ya da eczacı ile ikili ilişkileri ilerletmezsen senin reçeten yine çıkmaz. O hediyeler sohbetin başlangıcı aslında. Sen yakınlık kurmadan kimseye bir şey anlatamazsın.” (İ-1: İlaç Mümessili, kadın, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 7. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı şirket deneyimi de bulunuyor.)

İ-12 de doktor ve mümessil arasındaki satış hedefinin gerçekleşmesi için doktorun kim olduğunu ve ne istediğini çok iyi analiz etmek gerektiğini düşünmektedir. Yine bunun gerçekleşmesi için de diyalog geliştirmenin önemine dikkat çekmektedir. Yinelemek gerekirse, yerli şirketler tüm bu süreçleri küresel rakiplerinden daha fazla yaşamaktadır.

“Doktor ziyaretlerine giderken bizim “smart hedef” dediğimiz bir şey var. Öncelikle doktora girdiğin zaman ilk görünüş çok önemli. Görünüşünü ayarlarsın, sunumunu hazırlarsın. Doktorun yanında çok kısıtlı zamanın olur. Maksimum bir dakika bilemedin iki dakikada o etkinliği anlatıp doktoru etkilemen gerekir. Etkileyemezsen boşuna ziyaret etmiş olursun. Vereceğin mesajları bu nedenle önceden not alman muhakkak gerekir. Zaten eğer o doktora ilk ziyaretinse o smart hedeflerin çoğu gerçekleşmez. Neden gerçekleşmez? Çünkü sen doktorla ilgili bir bilgiye sahip değilsindir başkasından almadıysan o bilgiyi. Öyle tabi herkes de sana doktorla alakalı bilgi vermez. Sen doktora zaten ilk girişte onu tanımaya girersin. Genelde eczacıya sorulur ama eczacıya da ilk defa gidiyorsak hangi doktora çalışmamız gerektiğini eczacı da bize söylemez. Çünkü samimiyetin de yoktur. İşte eczacıya ilkten hani şey dersin “Ben şu ilacı çalışıyorum, size gelir mi reçetesi? Gelirse kimden daha çok gelir?” bunları öğrenirsin. O da yavaş yavaş dökülmeye başlar. “Şu doktor şunu yazar, öteki bunu yazar” diye. O size kişilik özelliklerinden de bahseder. “Bak o doktor

pastayı sever” mesela. Şimdi eczacıyla doktor arasındaki diyalog daha farklı oluyor. Sen o zaman daha iyi anlamış oluyorsun. “He ben bu adama pastayla gidersem 1-0 öndeyim.” diyorsun. Ya da adam çok koyu Fenerbahçelidir. İnanılmaz fanatiktir. Benim kol saatim Beşiktaşlıdır. Ben bu doktora hangi takımı tuttuğumu göstermemeliyim yani hangi takımı tuttuğumu. Çünkü bu adama negatif bir enerji verir. İşte burada kişi renkleri vardır. Sarı, mavi, yeşil, kırmızı gibi. Bunları duydun mu bilmiyorum. Mesela sarı renk işte neşelidir. Benim de rengim hatta, girdiği her ortama ayak uydurur. Her türlü diyalogdan nasibini alır. Ama çok duygusaldır, kolay ilişki kurar ama sürdürmekte zorluk çeker. Bazı şeylerde ticareti düşünemez, duygusal bakar. Bu da onun ticari hayatını etkiler. Yeşil kişilik tamamen odaklıdır. Mavi kişiler ki mümessillerin çoğu böyleyiz. Analitiklerdir, araştırmacılarıdır. Doktorları araştırırsın, eczaneleri araştırırsın. Açık konuşayım, nerde ne yapacağını bilirsin. Kırmızı kişiler ketumdur, onlar genelde yönetici olurlar zaten. Daha iyi yönetirler yani bazı şeyleri.” (İ-12: İlaç Mümessili, erkek, Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama Bölümü mezunu, meslekte 5. yılı ve 5 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

Renkler üzerinden geliştirilen kişilik analizleri hakkında hemen tüm mümessiller fikir sahibidir. İ-12 bu bağlamda bu kişilik analizlerine göre diyalog geliştirmeye çalıştığını da ifade etmektedir. Burada yine kendilerinden taviz verdiklerini de görmekteyiz. Tamamen doktor ve eczacı, tamamen satış odaklı olmak bu satış gerçekleşene kadar tüm süreçlerde tabir-i caizse müşterinin onayladığı kişi gibi olmayı gerektirmektedir.

İ-2 kendileri açısından tüm bu süreçlerin bir “insan keşfi” olduğunu düşünmektedir. Doktorların kimiyle arkadaşlık ilişkisi üzerinden kimiyle medikal yönden bağ kurulabileceğini düşünen İ-2, “dokunabileceği” bir noktanın muhakkak olduğunu düşünmektedir. Burada yine mümessillerin çok ciddi bir gözlem yeteneği ve analiz gücü olduklarıyla karşılaşılmalıdır.

“Yoksa hani karşıdaki insanı gözlemek ve onu deneyip yoklamakla alakalı. Yani şöyle şimdi yani önce gittiğiniz doktoru ilk birkaç ziyarette sadece yoklarsınız. Doktor neyden hoşlanıyor? Neler konuşmayı seviyor. Onu cezbeden şeyler ne veya neye değer veriyor? Yani birkaç ziyaretinizde sürekli doktoru yoklarsınız yani. Onu öğrenebilmek için, onu açmaya çalışıyorsunuz. Kendi tarafınıza çekebilmek için. Yani bazı doktor sizinle yemek yemekten hoşlanır. Bazı doktor sizin muhabbetinden hoşlanır. Bazı doktor sizin medikal bilginle, sizinle medikal anlamda konuşabildiği için yani anatomiye konuşabildiği için hoşlanır. Bazı doktor kongre olayları var sektör içerisinde. Bazı doktor kongreyi sever ve kongre aracılığıyla sizinle muhatap olur. Bu işte tamamen doktordan doktora göre değişen bir kavram. Bazı doktorla akşam kahve

içmeye çıkarsın. Bu arkadaşlık şeyi cezbeder. Bu yüzden bunu net bir şey söylemek mümkün değildir. Mümkün değil yani gerçekten mümkün değil. Ama herkesin biraz dokunabileceğin bir noktası var. Onu keşfetmeye çalışıyor biraz mümessil. Değil mi? Evet tabii ki yani. Bizim işimiz aslında onu keşfetmek. Yani biz aslında, belki de doğru cümle bulabilir biz insan keşfediyoruz. Çünkü keşfetmeden bu işi yapamazsınız. Yani karşıdaki insanı keşfetmeniz lazım. Onun bir haritasını çıkartmanız lazım. Haritasını çıkarttıktan sonra bu kişiye karşı neler yapabileceğinizi, elinizde kozlarınız var mı, eliniz kuvvetli mi değil mi? Bunları görüyorsunuz ve ona göre gidiyorsunuz karşı tarafa.” (İ-2: İlaç Mümessili, erkek, İşletme Bölümü mezunu, meslekte 10. yılı, 1 yıldır yabancı bir şirkette çalışıyor. 9 yıl yerli şirket deneyimi bulunuyor.)

İ-4’ün ifadesinde de doktoru bulmanın ve onunla duygusal bir dil geliştirmenin satış için önemli bir unsur olduğuna dikkat çekmiştir. Aslında bir süre sonra reçetenin herhangi bir şirkete değil de A kişisine veya B kişisine çıktığı gözlenmektedir. Kendi özelinde “ya bizim İbrahim çalışıyor, bir iki hastaya bunu yazalım” şeklinde yorumlamıştır. Bu da ilaçların gerçekten de bilimsel niteliklerinden çok uzak ve çok daha karmaşık bir noktadan düşünüldüğünü bir kez daha göstermektedir.

“Yani bölgenin dinamikleri var. Yani pahalı ürünler olarak gözlemleniyor ama alım gücü olacak bölgeler mesela Gaziosmanpaşa’nın, Bağcılar’ın, Zeytinburnu’nun alım gücü yüksek bölgeleri de var. Bazı yerlerde orada doktoru bulup, “Hocam işte burada benim çalıştığım ürünler bitkisel, bu endikasyonda bitkisel ürünler çok sorulur. Bakın size Sağlık Bakanlığı ilaç ruhsatlı bitkisel ürün, işte klinik çalışmaları mevcut vs anlatırız. Bir de doktor yeni bir ürün olduğu için denemek için bir tane alacak hastasına bunu yazıyor ve bu satışa dönüşüyor. Sonra eğer iyi gelirse reçete etmeye devam ediyor. Gelmezse “ya bizim İbrahim çalışıyor, bir iki hastaya bunu yazalım” muhabbeti de olabiliyor. Ya da tam tersi “Bu ürün baya iyi ama mümessili gelmiyor, mümessili gıcık adamın teki o zaman önemli değil, ürün endikasyon dahilinde azsa ve dediğini de mesela ne diyor ben gripte çok iyiyim, yan etki insidansı çok düşük etkinliğini de klinik çalışma ile kanıtlamış. Mesela hasta geliyor diyor hocam sınava çalışıcım ya da ne bileyim iş görüşmem var. O zaman doktor diyor ki bak bu ürün var 55 lira bu ürünü alırsan senin bütün semptomlarını giderecek, bağıışıklığını koruyacak ama devlet ödemiyor. Ya da diyor “sana bir tane soğuk grip algınlığı ilacı yazacağım ama o uyku yapabilir. Orada tamamıyla doktorun hastasını tanımasıyla alakalı reçete etmesi ortaya çıkıyor ama burada mümessilin bütün hikayeleri doktorla düzenli olarak konuşuyor olabilmesi lazım. Mesela bunu kafasında canlandırması lazım, doktorda

yer edinebilmesi için. Yani pastanın dilimlerinden pay alabilmek için devamlı hikayeyi anlatması lazım. Mesela bu hafta gitti doktora, bu hikayeyi sürekli canlandırması lazım. İyi bir hikaye anlatıcısı olmalı dedik ya mümessil için, gitti doktora diyelim anlatacak: “Hocam çocuk dersine çalışacak uyumaması lazım. Yarın önemli bir görüşmesi var, dil sürçmemesi takılmaması lazım. Ayık, bayık olmaması lazım” gibi gibi. Hangi ürünü çalışıyorsanız ona göre doktorun kafasında hikayeler canlandırmak gerekiyor ki başarılı olunsun. Şimdi burada dediğim gibi birinci seçenek reçete (bu adam yabancı çünkü) yani hiç reçete çalışmayan ürünler yok mu sadece giden eczaneye var. Burada da dediğin gibi ticari anlaşmalar ön plana çıkıyor. Mal fazlası dediğimiz seçenekler ortaya çıkıyor. Onun haricinde doktora çalışmak önemli, doktor reçetesine sahip çıkıyorsa eczaneyi arayıp İbrahim’in ilacını neden değiştirdin sorusunu sorar. Eczane de reçeteye sınırlı ölçüde müdahil olur. İbrahim’in reçetesinin 10 tanesine muadil vermeyeyim de 6 tanesine vereyim çünkü bu doktor yazdığı reçeteyi takip ediyor. Bu demek oluyor ki, “kardeşim ben bu mümessile destek olmak istediğim için bu x ürünü yazıyorum, ağrı kesici olarak, bu ağrı kesicinin 28 tane muadili var ama senin ticaretin benim için önemli değil benim reçetemi değiştirme” der. Ne yapabilir değiştirirse mesela onlarda doktor-eczane ilişkisi devamlı reçete düzeltme ilişkisi olabilir. Doktorun da eczaneye karşı yaptırım gücü var eczanenin de zaman zaman doktora karşı yaptırım gücü var. Bu tamamen hangi doktor ve hangi eczaneden bahsettiğimize bağlı ama önünde sonunda çalışıyorsanız eczane sizin malınızı alır. O da size yeter reçetenizin tam karşılığıdır. Yani o tamamen sizin o bölgede verdiğiniz savaşa bağlıdır.” (İ-4: İlaç Mümessili, erkek, Kamu Yönetimi Bölümü mezunu, meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yerli şirket deneyimi de bulunuyor.)

İ-4 sürekli kendini hatırlatmanın ve sevdirmenin önemli olduğunu ifade etmiştir. Zira bu durumlarda doktorun reçetesine sahip çıkması mümkün hale gelecektir.

İ-6 ise söz konusu olanın “kazan-kazan” olduğunu bu nedenle yerli veya yabancı fark etmeksizin, elindeki imkanlarla destek verebildiğini söylemiştir. Bu bağlamda kendi şirketinden yola çıkarak yeri geldiğinde konferans ücretinin de karşılandığını belirtmiştir. Burada biraz da şirketin maliyet hesaplarının devreye girdiği düşünülmektedir. Yani eğer şirket doktorun ilacı reçete edeceğinden eminse, düşük bütçeli bir yerli firma da olsa bu harcamadan kaçınmamaktadır.

“Ben ilk iki hafta bu medikal bilgileri paylaşıyorum. Daha sonra süreci hatırlatmaya yönelik markalama kartları, numuneler, belli başlı promosyonlar şeklinde markamı hatırlatıp çıkıyorum. Bu noktada şunu da söylemem lazım doktorların bazı destek

talepleri oluyor. Bunu kişi bazlı düşünün ama tümü için değil. Mesela doktor mümessile karşısındaki mümessile güveniyorsa bazı taleplerde bulunabiliyor. Türk İlaç İdaresi Kurumu yönergelerinin çerçevesi doğrultusunda. Belli başlı yönergeler var işte, belli başlı kurallar çerçevesinde olabiliyor. Mümessiller tabii ki bunlara destek sağlıyor. Benim de destek sağladığım hekimlerim var. Sadece yabancı firmalarda değil yerli firmalarda da bu mümkün. Eğer doktorların istekleri firmanın gücünü çok aşmıyorsa TL tutarıyla destek sağlanabiliyor. Yabancı firmalarda bu bütçeler tabiki çok daha fazla ama onlar genellikle eğitime harcıyor. Bilimsel destek adı altında sunuluyor. Mesela bu eğitim desteklerinde bu arada yerli firmalar da elbet sağlıyor. Sadece konferans ücreti değil, otel masrafları, kişisel harcamaları vs her şey karşılanıyor. Tabi burada takdir edersiniz ki “kazan-kazan” durumu ön plana çıkıyor. Doktor bu eğitim desteğinin sağlanması durumunda da reçetelerinde destek aldığı firmalara ağırlık gösteriyor.” (İ-6: İlaç Mümessili, erkek, Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü mezunu, meslekte 1. yılı ve 1 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.)

Mümessiller arasındaki duygular ilişkiler kurma anlayışı o kadar güçlüdür ki bu bağlamda İ-7 de kendi bilgi ve tecrübesinden hareketle doktor ve mümessil arasındaki ilişkinin arkadaşlık boyutuna getirilmesinin önemli olduğunu düşünmektedir. Bunu “hatır gönüle yazma” şeklinde ifade etmiştir. Bu bağlamda eşantıyon malzemelerden daha güçlü biçimde “insan kazanmanın” önemli olduğu düşünülmektedir.

“Genellikle devlet hastaneleri çok yoğun olduğundan doktoru görme ve sunum yapma süreniz çok kısıtlı, bu yüzden en yüksek verimde buralardan sağlandığı için zamanı çok etkili kullanmanız lazım. Bu da aslında doktorun karakter analizini yapıp ona göre görüşmelerinizi ne yönde yapacağınızla alakalı. Doktorla diyalog geliştirmek en zor ama yapıldığında en karlı seçenek. Doktor odasında kısıtlı zamanda yapabileceğiniz en iyi iş firmaların sıkça kullandığı promosyon numuneleri (bazen bir küpnot, bir kalem ya da ajanda) doktorun görebileceği bir yere bırakmak ve göz önünde bulunmasını sağlamak. Fakat çoğu zaman yeterli olmaz, bu yüzden doktorun özel zamanına girebilmeniz gerekli bunun için doktorlarla bir yemek organize ederek daha geniş bir zaman bulup burada hem sosyal bir zaman geçirme fırsatınız olacaktır hem de ürünlerinizle ilgili konuşmak için geniş bir zaman. Bazen çok iyi arkadaş olursunuz hatır gönüle yazar, bazen bu görüşmelerde doktorların kişisel ihtiyaçlarını tespit edip, yerine getirerek bu noktadan doktoru kazanmaya çalışırsınız ya da yurtdışı kongreleri gibi maddi değeri yüksek hediyelerle doktoru portföyünüze katarak diyalog geliştirmiş olursunuz. Bazı doktorlarla ise duygusal diyalog geliştirmek mümkün olmaz, kendi aramızda paramedikal diye tabir ettiğimiz yazacağı ürün başına para isteyen doktorlarımda olmuştu. Firmalar bunlarında çok farkında ve üstü kapalı

desteklemektedir. Örnek verecek olursam bir ürünümde aylık 100 kutu yazması için, 700 TL para verdiğim doktorum var ve bunu sadece benim 1 kalem ürünüm için istemekte, düşünün ki yazdığı kaç farklı etken maddeli ürün var. Mesela yöneticiyle gerçekleştirdiğimiz bir ziyarette doktor bunu fırsata çevirmiş ve çalıştığı kuruma fırın alınması halinde destekleyeceğini açık bir şekilde dile getirmişti, çok kısa bir süre içinde temin edilmişti. Yine aynı şekilde başka bir kurumda bir doktor sabah ve akşamları evinden alınıp evine bırakılmasını istemiş bu şekilde destek olabileceğini söylemişti. Bu da bir süre gerçekleştirdiğim bir şeydi.” (İ-7: İlaç Mümnessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 2. yılı ve 2 yıldır yerli şirkette çalışıyor.)

İ-16 yerli ve yabancı firma arasındaki farkları şu şekilde sıraladıktan sonra öncelikle ve özellikle eczaneye yapılan destek üzerinden, şu an yerli firmaların tanıtım ve pazarlamaya yabancılardan daha çok harcadığını düşünmektedir.

“Eskiden bütçeler çok çok fazlaydı ama şu an her şey değişti. Hatta yabancılar şu an Türkler kadar harcamıyor çünkü orijinal ilaç firmasının muadilleri bir sürü, bir sürü muadili var. Örneğin A...’nin, A... çalışmak çok özeldir yani. A... okuldan mezun olan her doktorun bildiği bir üründür, onu yazacaktır. Sen de gider dersin ki bende A...’in “x” versiyonu bulunur. Bir kere onun kafasında soru işareti oluşur. Bu firma ne kadar yerli bir firma, kıyırık bir firma mı. Orada da tanınan firmalar vardır ama mesela şu anda yalandan ilaçlar bulmaya çalışan firmalar, korona için bulmaya çalışanlar uyduruk firmalar mesela. A...’in muadili var adamda, hastaya reçete ediyor doktor. O çocuklar ishal oluyorlar. Daha kötü oluyorlar. Şimdi düşünsene orijinal ürünün muadilini yapamayan firma korona ilacı buluyor. Yani bunu yolda birine söyleyen güler. Bunu biz yemedik hiçbir zaman. Dışarıdaki insanlar yemiş olabilir ama şimdi isim vermeyeyim o muadili üreten firma daha fazla para harcıyor, 10 alana 10 bedava veriyor. Bir kere doktora daha çok bütçe ayırıyor. Eczanede de bu böyledir. A...’in muadilisin 10 alana 10 bedava veriyorsun. A...’in %10’unu satamıyorsun. O zaman burada bir sorun var. Demek ki ürünün yeteri kadar kaliteli değil ki hekim çünkü yazdığında dönüşlere bakıyor. Ulan iyice kötü oluyor hastalar, bu sefer hekim hastaya diyor ki ben sana bunu yazmadım. Bunu sana eczane vermiş. Burada da işte muadil satılan bir ürünün firmasının eczaneye verdikleri ile alakalı. Mesela şöyle şeyler oluyor, duyuyoruz. Eczaneye 100’e 100 bedava veriyor, bir de üstüne fritöz veriyor. Yanına su ısıtıcısı veriyor.”

Ama kaliteye bağlı olarak yine de satış oranlarında istenen düzeyin yakalanamadığı durumlar olduğunu düşünüyor. Diğer taraftan yabancı şirket deneyiminden yola

ıkarak bu tarz eşantiyon ürünlere falan girilmediğini ve kalite ya da medikal bilgi verme gibi konuların da yabancı firmalar için önem arz ettiğini düşünmektedir.

“şimdi yabancı bir firma asla böyle bir şey yapmaz. Firma der ki ben A...’i sana anlatayım hangi hastalıklarda nasıl konumlandıracaksın, nereye yazacaksın hangi anamnez aldığın zaman hastadan nerede kullanılabilirliğini anlatır sana. Bundan 20 yıl önce, 15 yıl önce şu vardı. Ben Astrazeneca’da çalışırken mesela biansiyon ilacı çalışırdım. En iyi tansiyon ilacı benimkiydi bir defa bunu bütün rakipler de biliyordu. Ona göre broşür hazırlıyorlardı. Burada ne veriyordu sana şirketin beş tane yurtdışı kongresi veriyordu. Beş yurtdışı kongresi demek beş tane klinik şefini eline aldığını düşün o beş klinik şefin aşağıyı baskılaması ile alakalı, kliniğin komple sana yazması demek. Ama doğru olan bir şeyi yazmak ister hekim bir defa, öyle kıytırık olan bir şeyi yazmaz. Ne olursa olsun ne teklif edersen et. Yabancı firma hastanın neye ihtiyaı olduğunu düşünür. Türk firması da “Hocam sizin neye ihtiyaınız var?”ı bilirler.”

Diğer taraftan yabancı firmaların mümessilin donanımına da önem verdiğini düşünmektedir. Kurumsallaşma bahsinde de tartıştığımız gibi yerli firmalarsa satışı agresif biçimde ne çıkardıkları için medikal kısmı dışlamaktadır.

“Yabancı firma mümessilin gelişimi için de neler katabilirim der. Ne tür eğitimler verirsem ne tür satış eğitimleri verirsem, ben bu hamuru, tabi o hamur kirlenmemişse iyi bir firmadan gelmişse, ona değer katarım diye düşünür. Yeteneğini nasıl geliştirebilirim der. Türk firması onu, “(...)” denedi mesela 2010’da denedi. Gerçekten de başarılı oldu. 2015’ten sonra sanırım biraz değiştiler çünkü bunlar meşakkatli paralı işler. Yani işte eğitim azalır diğer boyut ne çıkarsa daha kalitesiz mümessiller olur daha farklı şeylere yönelirler.” (İ-16: İlaç Mümessili, erkek, Kimya Bölümü mezunu, meslekte 17. yılı ve şu an yerli bir şirkette alışıyor. Geçmişte yabancı firma deneyimi de bulunuyor.)

Bu bölümle birlikte tüketim ilişkilerinin yerelleşme sürecinde önemli bir sorun olarak önemini ortaya koyduktan sonra onu bireysel sorumluluklar üzerinden analiz edebilmenin mümkün olmadığı şirketlerin ilaç yazmak bakımından üstünlüğe sahip olan doktor ve sağlık danışmanı eczacılarla kurduğu ilişkiler üzerinden gidilerek de gösterilmek istenmiştir. Maddi ilişkilerin çeşitli basamaklarda ve çeşitli şekillerde duygusal anlamda beslendiği, meşrulaştırıldığı ve korunduğu anlaşılmaktadır. Mümessillerin ifadelerinde de yoğun biçimde gördüğümüz gibi satış ve pazarlama taktikleri tamamen pazarın büyümesine eklemlenerek kurgulanmakta ve işletilmektedir. Nikolas Rose (2007) “moleklerleşme” kavramından yola çıkarak ilaç

şirketlerinden hasta/tüketicilere kadar çok sayıda birimin “pastoral iktidarın” hükümlerinin, tekniklerinin ve pratiklerinin dolaşıma sokulması suretiyle iktidarın hizmetinde birer fail haline getirildiğini söyler (ss. 6-10). Gerçekten de çok kapsayıcı biçimde özel sermayenin çıkarları etrafında çok fazla birim aynı amaçla çalışmaktadır. Bu noktada belirtmek gerekir ki, bu ilaçta yerleşme projesinin tek başına üretmiş olduğu bir sonuç değil kendi dinamikleri içinde yeniden ürettiği bir süreçtir. İlaç piyasasındaki her hamle en alt birimdeki hasta/tüketicie kadar tutumları yönlendiren bir unsura dönüşmektedir. Yinelemek gerekirse bunu özel sermayenin makro-politik ve ekonomik hedeflerle buluştuğu neoliberal bir düzlemde rahatlıkla tecrübe edebilmekteyiz. Gelecek bölümde buna karşı geliştirilebilecek karşı-tutumlar neler olabilir bunun üzerinde düşünmeye çalışacağız.



9. SAĞLIK/İLAÇLARA BAŞKA YERDEN BAKMAK

Tüm dünyada iyilik ve sağlık halinin her geçen gün biraz daha fazla biçimde ilaçlarla ilişkili bir konuya dönüştüğü görülmektedir. Tüketim odaklı sağlık mantığını besleyen anlayışın güçlenmesinde sağlıklı olmanın kişisel bir başarı ya da üstünlük olarak üretilmesi ve bunun şirketlerin reklam-PR manipülasyonu ile desteklenmesiye hiç kuşkusuz kışkırtıcı bir rol oynamaktadır (Petryna & Kleinman, 2006, s. 1-3). Tıbbileştirme literatürüne katkıda bulunan sosyologların da iddia ettiği üzere, geçmişte sağlıkla ilişkili görülmeyen konular bile bu sebeple artık “kapsüllenebilmektedir.” Bu bağlamda daha önce de söz edildiği gibi adlarını görece yakın tarihlerde daha sık duymaya başladığımız pek çok hastalıkta, örneğin kolesterol ve hipertansiyon bunların en popülerleri, ilaç kullanımının gereksiz olduğunu, insanların ilaç endüstrisinin tazyiki altında ilaç tüketimine yöneltildiğini söyleyen ve çoğunlukla sağlıkçılar tarafından kaleme alınmış önemli bir külliyat da bulunmaktadır. Mesela Moynihan ve Cassels’in (2020) meşhur *Satılık Hastalıklar* adlı kitabında söz konusu hastalıklardan korunma fikrinin kârı giderek büyüyen bir ilaç piyasası yarattığı ve sağlıklı insanları gereksiz yere ilaç tüketmeye bağımlı hale getirdiği düşüncesi farklı doktor görüşlerine de başvurularak iddia edilmektedir.

Biz bu çalışmada en başta da söylediğimiz gibi, ilaçların gerekli ya da etkili olup olmadığına dönük bilimsel bir tartışma yürütmemekle beraber iktidarın medikal düzlemde yayılışı ve (medikal) öznellikleri ilaçlar üzerinden kurma süreçlerini ilaçta yerleşme projesinin temel hedefleri ekseninde okuyacağımızı belirtmiştik. Bu son kısma kadar da ilaçlarla yakından ilişkili meslek gruplarının aktarımlarından yola çıkarak bu iktidar ilişkilerini çözümlemeye ve yapısal unsurlar ile öznellikleri birlikte analiz etmeye eğildik. Bu bağlamda akut ve kronik gruplar özelindeki ilaçların hasta/tüketiciler ile “aracı-tüketiciler” arasındaki ilişkide sosyal ve ekonomik koşullar, beslenme ve spor alışkanlıkları gibi pek çok konudan daha fazla yer edindiği açıkça görülmektedir. Sağlıklı yaşamla ilaçlar dışında kurulan ilişkinin daha çok farklı toplumsal ve sınıfsal durumlarla birlikte düşünüldüğü de ortadadır. Bu kısımda, özellikle ilaç mümessillerinin aktarımlarında öne çıkan “bilinçli” hasta olmak -bilinçli

bir (medikal) öznellik- ifadesini de merkeze koyarak sağığı sosyal ve ekonomik koşullarla ilişkisi bağlamında ele almaya çalışacağız.

Son yıllarda bilindiğı üzere “tüketmeme ekonomisi” toplumun bazı kesimleri için önem kazanmıştır. Tüketmeme ekonomisi önceden belli bir refah göstergesi sayılan olguları tersine çevirmiş, böylelikle “az yağlı yiyecekler, spor, diyet vs.” gibi konuları orta-üst sınıfların yaşam süreçlerine entegre etmeye başlamış ve çeşitli beden temsillerinde görünür hale getirmiştir. Sağlıkla ilgili tüketim temelli bir farkın toplumsal-dilsel bir çeşitlenmeyle beraber, sağığın sosyal örüntüsünde anlamlı bir fark yarattığı gözlenmiştir (Aronowitz, 2019, s. 23-24). Ancak bu tersine dönüş toplumsal sınıfların tümünü beslenme ve spor alışkanlıkları gibi konular bakımından eşitlememekte ya da birbirine yaklaştırmamaktadır. Alt sınıflarda kompulsif ilaç talebi devam ederken, üst ve orta sınıflarda destekleyici tedavi ve hekim talebi gelişmektedir. Hekim hali vakti yerinde olanlar için bir “beden psikanalisti” işlevi görürken alt sınıflarda ilaç bir sağık göstergesi olarak hekimin sağıaltıcı/psişik işlevini üstlenmektedir (Baudrillard, 1997, s. 170). Dolayısıyla sağıklı olmaya ilişkin anlayış ve pratikler ile ilaçlara bakış açısı ve tüketim bilinci toplumsal ve sınıfsal dinamiklerle iç içe geçmektedir.

İnsanların genellikle ücret ödeyerek, prim karşılığı veya vergilerle finanse edilen sağık hizmetlerine/ilaçlara erişmesinin sağık hakkının korunduğı bir sosyal devlet anlayışına indirgenmesi bu anlamda yanıltıcı ya da eksik bir algı oluşturmaktadır. Zira bu tür bir sağık hizmeti mevcut koşullarda alt-orta sınıflar için ilaçları sağıklı olmayla özdeşleştirmekten daha öteye gidememekte, tüketimi artırmaktadır. Sonuç olarak sağığın sosyal belirleyenleri üzerinde yeterince politika geliştirilememesi, kişilerin bu sosyal koşulları önceleyen “karşı tutum” pratiklerine de mesafeli kalmasına neden olmaktadır.

9.1. Sağık ve Yaşam

DSÖ sağığı şu şekilde tanımlamaktadır: “Sağık sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal yönden tam iyilik halidir.” Bu tanım da yer alan “sosyal yönden tam iyilik hali” sağığın yalnızca kişisel olmadığını toplumsal boyutunun da bulunduğunu belirtmektedir. Ancak günümüzde özellikle refah düzeyiyle ilişkili

biçimde ülkeler ve sınıflar arasında sosyal yönden iyilik halinin tesis edilmesine dönük eşitsizlikler yaşanmaktadır. Sosyal epidemiyolog ve halk sağlığı öncüsü Jaime Breilh, kapitalist yaşam tarzı ile sağlığımızın ve doğanın korunmasının bir karışıklık ilişkisi içinde olduğunu ve eğer insan sağlığı korunmak isteniyorsa önce insan sağlığını ve doğayı mahveden kapitalist yaşam tarzının ortadan kaldırılması gerektiğini düşünmektedir. Tam bir iyilik hali için; sağlıklı evler, mahalleler, okullar, kamusal ulaşım, oyun alanları, spor sahaları, işyerleri ve doğal çevre gerekmektedir (Akalın, 2013). Bu anlamda tüketim mantığını pekiştiren sağlık olgusu sürdürülebilir ve yeterli bir iyilik halini temsil gücü taşımamaktadır.

Kişilerin sağlık hizmetleri karşısındaki tüketici konumlarıyla ilgilenen, onları “girişimci” ve “şirket-insan” modeline sürükleyen ama sağlıklı yaşam koşullarını inşa etmeyen yaklaşımın “semptomatik” boyutlarından biri DSÖ’nün 1947’deki söz konusu sağlık tanımına sonradan eklediği “sosyal ve ekonomik olarak üretici bir yaşam sürebilme” ifadesiyle adeta pekişmektedir (Demir, 2018). Bu arada belirtmek gerekir ki sağlığı korumanın ve kendini üretken hale getirmenin kişilerin kendi sorumluluğunda olduğu görüşü sosyal devlet anlayışının zayıflamasıyla da ilişkili bir konudur (Akgün, 2014, s. 9).

Bu genel dönüşümün izini çalışmada yer alan katılımcıların iyi yaşam hakkındaki düşüncelerinde de takip etmek mümkün olmuştur. İlaç tüketimiyle ilgili genel anlamda hasta merkezli eleştirilerden sonra, iyi yaşamın bireysel çabayla üretileceğine dair yaygın bir inançla karşılaşılmaktadır. Mesela E-17 sağlığı doğru yaşam biçimiyle ilişkili düşünürken bu iyi yaşam biçimini de “bilinçli” ve “bilinçsiz” hasta üzerinden örnekleyerek bireysel bir sorumluluğu dile getirmektedir.

“Ben sağlığın doğru bir yaşam biçimiyle elde edileceğini düşünüyorum. Elbette bilinçli olan insanlar başta beslenme biçimi olmak üzere hayat biçimlerini değiştirmekle sağlığına kavuşurken, yeterli bilince sahip olmayan insanlar gereksiz ve yanlış ilaç kullanımıyla vücutlarına fayda yerine zarar vermektedir.” (E-17: Eczacı, kadın, 8 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Bu anlamda bilinçsiz hasta belli tür sosyal ve sınıfsal kodlara, tutum ve davranışlara sahip ilaç tüketicisi konumuna itilmekte ama sahip olduğu makro düzey belirleyiciler çoğunlukla hesaba katılmamaktadır.²² Oysa özellikle sosyal koşullar hakkındaki

²² Terzioğlu’nun (2008) kanser hastalarının deneyimlerine odaklandığı ve 2008 yılında tamamladığı doktora tezinin saha araştırmasında da özellikle doktorlar tarafından hastaların belli tutumlar ekseninde “bilinçli” ya da “bilinçsiz”

düşüncelerine baktığımızda ilaçlarla ilişkilenebilir daha farklı bir tartışmanın gerekli olduğu açıktır.

9.2. Sağlıksız evler: “Balkonsuz evler, güneş almıyor, gürültü çok fazla...”

Katılımcıların kendi hastaları ve ev ziyaretleri hakkında söyledikleri başta “sağlıksız evler” olmak üzere “sağlıksız çevre” koşullarına değin bir dizi sosyal kısıttan söz etmek mümkündür.

E-7 bu anlamda geçmişte kendi yaşam deneyiminden de yola çıkarak, içinde yaşanan mekanla ilişkilenebilir negatif yönlerinden şu şekilde söz etmiştir:

“Eğer ki kendi dünyamızı iyileştirmesek iyi olamayız ben buna inanıyorum. Fakat burada çok zor, özellikle pandemide iyice tıkdıldı kaldı insanlar. Balkonsuz evler, güneş almıyor, gürültü çok fazla... Yani çevresel olarak iyi değiliz. Ben de burada oturuyordum önceden az çok yorumlama imkânım var bu anlamda. Yaşam standardı olarak ortalamanın çok altında. Buna karşın komşuluk ilişkileri de zayıf mesela bir güvensizlik var.” (E-7: Eczacı, erkek, 20 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

D-12 de ziyarette bulunduğu evlerdeki yaşam koşullarından yola çıkarak, iyi yaşam koşullarının bireysel olarak üretilmediği evlerden/durumlardan söz etmektedir. Bu aktarımdaki çevre tasviri benim Bağcılar’da deneyimlediğim çevreyle neredeyse birebir aynıdır. Görüşmeler için gittiğim mahallelerde ilk zamanlar elimdeki adresin beni götürdüğü sokağa girdiğimde, “Yok burası olamaz, kesin yanlış geldim” düşüncesine kapıldığım olmuştur. Zira Aile Sağlığı Merkezi de dahil olmak üzere genel yapılaşma ve yaşam koşulları çevrenin nefes almadığını göstermektedir. Mahalle aralarında özellikle evlerin camları birbirine bakıyor ve D-12’nin de dediği gibi güneş alması imkansız biçimde yapılanmış vaziyetlerdi. Bununla beraber yetişkinler için spor yapmanın güç olması kadar çocukların oyun alanları da çok kısıtlıdır.

“Mesela insanlar ilaca değil de daha çok koruyucu tedavilere yönelmelidir spor yapma gibi. Azıcık bir spor yapsa hayatı sorgulamaya başlıyor, ilacı sorgulamaya başlıyor, sağlığı sorgulamaya başlıyor. Burası mesela her şeyin bittiği yer mi diyeyim artık

olarak tanımlandığı görülmektedir. Terzioğlu (2011) bu çalışmanın verilerinden yola çıkarak yaptığı bir başka çalışmada, bilinçli ya da bilinçsiz olmanın tıbbi ve tıbbi bilgiye itaat düzeyinden başlayarak kılık, kıyafet, konuşma, tavır gibi kodlardan da çıkarsanabildiğini göstermektedir. Bu anlamda bir kaçış ve kendilik imkânı olarak “biyolojik vatandaşlık” önerisinde bulunmaktadır.

sokakta dikili tek ağaç yok, çocuklar yolda top oynuyorlar tehdit altındalar. Evler karanlık güneş almıyor. Orda nasıl sağlıklı uyunabilir. Geçen bir eve gittik mesela, ev ziyaretleri de yapıyoruz. Evde bir dede var, 85 yaşında aile ile yaşıyor ve ev iki oda balkon falan da yok. Günde iki paket sigara içiyormuş eve girdiğiniz anda anlıyorsunuz, sağlıktan falan söz edemezsiniz orda. Çocukların hepsinde solunum yolu rahatsızlığı var. Böyle durumda olan çok fazla maalesef.” (D-12: Doktor, erkek, 6 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

Evle birlikte kişilerin deneyimlediği çevresel koşulların da benzer şekilde bir toplumsallaşma deneyimi yarattığı düşünülmektedir. D-4’ün ifadesinde yer alan örnekte çocukların içinde bulunduğu koşullar sağlıksızlığın aile içinde yeniden üretildiğini gösterirken, yoksul bir çevre daha kapsayıcı biçimde içinde yaşayan tüm bireyleri etkisi altında bırakmaktadır.

“Toplum olarak çok fazla ilaç tüketiyoruz. Aceleci olmaktan kaynaklanabiliyor bazen. Örneğin kolesterol diyet ve egzersizle de düşebilir fakat ilk akla gelen ilaçlar oluyor. Tabi şöyle bir durum var. Aslında bunu söylemek doğru mu yanlış mı bilmiyorum ben uzmanı değilim ama bakıldığında, mesela bak şimdi. Şu pencereyi aç, nereye bakıyor? (Duvara) İşte burada insanların birtakım lükslere erişme ihtimali bile yok. Yukarıda bir çayır var. Yazın orada insanlar piknik yapıyor, ateş yakıyor akşam üstü. Ne yapsınlar gidecek bir yer yok, bakacak bir manzara yok. O çayırlarda neredeyse tek bir ağaç yok ama insanlar oturuyor çünkü yeşil kalan tek yer oralar. Hemen otoyolun kenarında mesela buldukları yeşillikte mangal yapıyorlar. Sanıyorum o da yasaklanıyormuş artık. Yani bu insanlar için nefes almak için yer yok. Ruhen bazen fiziksel olarak yansımaları oluyor. Bunu telafi etmek adına da bu şekilde işte ilaç doktor talebi de artıyor.” (D-4: Doktor, kadın, 21 yıllık mesleki deneyimi bulunmaktadır. 11 yıldır Aile Hekimi unvanıyla görev yapmaktadır.)

D-4 aslında önemli bir noktaya da temas etmiştir. İlaçlar zaman zaman bu sosyal koşulların, “nefes alamamanın” telafisi olarak da yönelinen unsurlar haline gelmişlerdir.

9.3. Sporsuz yaşamlar ve kötü beslenme: “Kapalı alanlarda spor yapmanın ise maalesef bir bedeli var.”

İnsanların genelde Avrupa seyahatlerinden akıllarında kalan şeylerden birinin gittikleri şehirlerde gördükleri, spor yapan insanlar, olduğunu düşünmekteyim. Bu

seyahatler sonrasında genellikle ve biraz da eksikliğini hissederek, sokaklarda koşu yapan insanlarla karşılaştığını söyleyen çok fazla insan tanıdım. Diğer taraftan sigara kullanma alışkanlığının düşük olması da seyahat sonrası belki en çok konuşulan ikinci bir konu olabilir. Bu davranışların sosyal ve çevresel koşullarla ya da imkanlarla ilişkili olduğu artık kanıksanmış bir gerçektir. Örneğin yoksulluk ve kötü alışkanlıklar arasında güçlü bir ilişki bulunduğu bilinmektedir. İngiltere’de yapılan bir araştırmada 16 yaşında sigara içme yüzdesinin en zengin evlerde büyüyenlerde %24 iken en yoksul olanlarda %48’e yükseldiği saptanmıştır. Buna ek olarak beslenme sorunu da yaşanıyorsa, bu kişilerin sigaraya bağlı hastalıklardan daha fazla etkilendikleri gözlenmiştir (Jarvis & Wardle, 2009, s. 257). Söz konusu problemin bireysel kaçınma yoluyla önlenmesi, belli bir yoksunluk deneyimi içinde bulunma ve uyumlanma süreçleri düşünüldüğünde çoğu kez imkânsız hale gelmektedir.

Mesela D-3 kişilerin spor yapmaya kalksalar bile bunun belli maddi olanaksızlıklar nedeniyle gerçekleşme ihtimalinin düşük olduğunu dile getirmiştir.

“Türkiye’de ilaç israfının fazla olmasının nedenlerinden biri sağlık okuryazarlığının düşük olmasıdır. Yine bu da tabi çevresel ya da ekonomik koşullarla ilişkilidir. Buradaki çoğu insan spor yapmıyor, yapanlar da yine belli bir düzen içinde değil daha çok hastalığın ihtiyaç duyurduğu ölçüde spora yöneliyor. Spor yapmak için gerekli koşullar zaten yok, kapalı alanlarda spor yapmanın ise maalesef bir bedeli var. Hastalarımızın çoğu kadın ve çocuk sahibi oluyor genelde. Ev içinde de bunu başarmaları çok zor. Beslenme alışkanlıklarına gelirsek kesinlikle o da çok kötü. Beslenme özellikle çocukluk döneminde birçok fizyolojik durumu belirler. Ama ne var ki biz ne bunun farkındayız ne de yine yeterli imkanlardan söz edebiliriz. Beslenme kadar kaliteli beslenmenin de önemini anladığımızda, yapay/kimyasal takviye edicilerin kullanılmasına duyulan ihtiyaç da azalacaktır diye düşünüyorum. Genel olarak psikolojik problemler de yaygın, zaten bu tür konularda doğrudan uzman bir doktora yönlendirmekle mükellefiz ama hemen hepsinden haberdar olmak hiç mümkün değil. Bunda da yine rastgele ilaç kullanımının bilinçsizce arttığını düşünüyorum.” (D-3: Doktor, kadın, 8 yıldır meslekte ve Aile Hekimi olarak çalışıyor.)

E-12 de vücuttaki sıkıntıların “akşamdan sabaha” ortaya çıkmadığını düşünmekte ve yaşam tarzına bağlı sonuçlardan söz etmektedir. İlaç tüketmeden evvel, önce bu etkenlerle mücadelenin önemli olduğunu düşünmektedir. Yine de E-12’nin ifadesinde bu tür konuların güçlü biçimde bireysel bir sorumluluğa indirgendiği görülmektedir.

“Semtteki hastalar sıkıntılarını gidermek için doktora ya da eczacıya geldiklerinde verilecek ilaçla beraber sıkıntılarının ortadan kaybolmasını isterler ve beklerler. Fakat hiç kimse sıkıntıya sebep olan yaşam tarzlarını ve zararlı hayat alışkanlıklarını değiştirmeyi düşünmez ya da kabul etmez. Mümkünse doktor bir ilaç yazsın ya da eczacı bir ilaç versin. Onu da devlet ödesin. Kendisine de ücret çıkmasın ve sıkıntısı ilacı kullanır kullanmaz geçsin isterler. Halbuki vücuttaki sıkıntılar akşamdan sabaha ortaya çıkmaz ve senelerdir süren zararlı etkenlere ve yaşam tarzına bağlı olarak yavaş yavaş ortaya çıkar. Ve ilk önce bu zararlı yaşam tarzına son vermek ondan sonra ilaç kullanmak gerekir. Ve ilaçlar gerekmedikçe kullanılmamalı ve mümkünse en az dozda ve en az zamanda kullanılmalıdır. Akılcı ilaç kullanımı gereğince ilaçlar doğru ilacı doğru hastaya doğru teşhise yönelik olarak uygun zamanda kullanarak bitirmelidir. Ve tamamen ilaç kullanımı doktor ve eczacı gözetiminde ve yönetiminde yapılmalıdır.” (E-12: Eczacı, erkek, 18 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

Katılımcılar arasında yer alan E-7, kendi eczanesinde bitkisel ürünlere de yer veren bir eczacıdır. Aşağıdaki ifadesinde de görüleceği üzere bir eczacı olarak (kronik ve akut grup) reçeteli ilaçlara karşı epey mesafelidir. İlk görüşmemizde ilaçların kimyasal özellikler taşıdığı, yan etkileri, kendi “kimyasal” ilaç tüketme(me) deneyimi üzerine epey konuşmuştuk. Bu sohbet esnasında kendi markası olan bitkisel ürünler üzerinde de durmuştu. Ancak fiyatları reçeteli ilaçlara göre oldukça pahalı olduğu için daha çok internet satışına yöneldiğini söylemişti. Diğer taraftan bitkisel ilaçlar tüketmenin bilinç düzeyiyle ilişkisi olduğunu da ifade etmektedir.

“İnsanlar çok ilaçla çok iyi olacaklarını sanıyorlar. Öyle alışmışız. Bilinçaltına sağlıklı beslenme, spor, sağlıklı yaşama değil de falanca antibiyotik, falanca ağrı kesici ismi kalmış. Yani doğrudan geçmiş hastalıkta ne alıp iyileşti ise o ilacın ismi geliyor. Özellikle bilinç düzeyi ile ilişkili diyorum ama bilinç düzeyi de yetmez ekonomik duruma da bağlı. Az önce konuştuğumuz mesela ne dedik, bunu şimdi ben 132 liradan veriyorum, ilacı gelip alsa daha az para verecek ya da cebinden hiç para çıkmayacak muayene ücreti ödeyecek sadece. Ama bağışıklığını güçlendirecek önleyici bir doğal ilaç bunu alamıyor o zaman da ilaca yöneliyor.” (E-7: Eczacı, erkek, 20 yıldır serbest eczacılık yapıyor.)

E-7’nin sosyal koşulların kısıtlılığına dair söylediklerine sonuna kadar katılmakla beraber, ilaç ürünlerinde bitkisel ve kimyasal ayrımının, bitkiselci bakış açısını olumlayarak yeni türde endüstriyel bir yol açacağını da düşünmekteyim. Kendini bir “alternatif” olarak sunan pek çok ürünle piyasada “çeşit” ve “rekabet” yaratıldığı da bir gerçektir. Özellikle son dönemde pandeminin de etkisiyle büyüyen OTC sektörü

“otantik” bir tüketim deneyiminin metalaşma serüvenini bir hayli çeşitlendirmiştir. Heath ve Potter’ın (2012) *İsyan Pazarlanıyor* adlı kitaplarında da ele aldığı gibi “karşıt-kültür” (burada bir örnek olarak Alternatif Tıp alınmıştı) ya da bir “kültür isyanı”nın hiçbir şeyi değiştiremeyeceği düşünülmektedir. Bu fikir kültürün parazitlenemeyeceği, yani tek başına bir “sistem” ya da tek başına “kültür” olmadığı fikrine dayanmaktadır (s.19). Hatırlanacak olursa Foucault da tıba karşı anti-tıp hareketini bir model olarak alamayacağımızı söylemekteydi. Ve hatta sorunların bir tür iktidar ilişkileri sorunu olduğunu hatırlatarak şunu da eklemişti: “Parazitler -ne kadar “tıp-karşıtı” olsak da- vardır; parazitler ortadan kaldırılabılır” (Foucault, 2019b, s. 135). Parazitlerle mücadele etmenin yolu yeni parazitler üretmek değildir.



10. SONUÇ

Bu çalışmada 2016 yılında TİTCK ve SGK ortak duyurusu ile başlayan İlaçta Yerelleşme süreci, süreçle ilişkilenen doktor, eczacı ve ilaç mümessillerinin deneyimlerine odaklanılarak ele alınmıştır. Yerelleşme süreci Türkiye’de; cari açığın azaltılması, tüketilen ilaçların yıllık toplam maliyetinin düşürülmesi ve üretim aracılığıyla istihdamın artırılması gibi hedefleri kapsamaktadır. Bu nedenle çalışma için şemsiye iki kavram olduğu düşünülen üretim ve tüketimden hareket edilerek, bu sürecin kuruluşu ve işleyişine dönük makro ve mikro bir analiz hedeflenmiştir.

Makro analizimizin odağını üretim meselesi oluşturmuştur. Bu kısım çalışma boyunca doğrudan işlenmemiş olsa da tüketim ilişkilerinin arka planında yapısal bir belirleyen olarak etkisi gösterilmek istenmiştir. İlaç üretiminin halihazırda iki yaygın yöntemle ortaya çıktığı bilinmektedir. Bunlardan ilki Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinde faaliyet gösteren köklü ilaç şirketlerinin yürüttüğü şekilde yeni ilaç molekülü geliştirmeye dönük keşif odaklı ilaç araştırmaları şeklindeyken; diğeri, gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda olduğu gibi bilinen aktif maddelerin ya da formülasyonların birtakım özelliklerinin değiştirilerek oluşturulduğu ikincil ilaç buluşlarına yönelmektedir. Bunlardan ilki en genel haliyle “orijinal” ilaçlar olarak adlandırılırken, onun karşısında orijinal ilaçların patent koruma süresinin dolmasıyla üretilebilen “jenerik” ürünler yer alır. Jenerik ürünler bu metinde – katılımcıların da sıkça kullandığı gibi- daha çok “muadil” kavramıyla karşılanmıştır. Bunu takip eden diğer adlandırmalardan biri “eşdeğer ilaç” diğeri “ucuz ilaç” olmuştur. Yani “yerli ilaç” dediğimizde herhangi bir ilacın AR-GE (araştırma-geliştirme) ile değil de ÜR-GE (ürün-geliştirme) odaklı bir çalışma sonucu elde edilen jenerik-muadil-eşdeğer-kopya ya da ucuz ilaca karşılık geldiğini söylemek mümkündür. Yerli ilaç üretmek ifadesi kamusal alanda dile geldikçe, bu konuda herhangi bir hastalık için buluş içeren bir ürün üretmek anlaşılabilmekte ve yabancı ilaçların geri ödeme listesinden tamamen çıkarılması gibi öneriler de gündeme getirilmektedir. Ancak bu hem bazı ilaç ürünlerinin henüz patentle koruma sürelerinin dolmamış olması nedeniyle hem de

sürecin daha kontrollü bir geçişi gerektirmesi bakımından oldukça zor bir hedef gibi görünmektedir.

İlaç üretimindeki AR-GE ve ÜR-GE temelli çift kutuplu yapıya baktığımızda, bunun ilaç ürünlerinde zaten çok önceden beri var olan rekabete yeni bir boyut kazandırdığı açıktır. İlaç endüstrisinde AR-GE temelli çalışan ve orijinal ilaç üreten firmalar daha çok ürün üzerinden rekabete girerken, orijinal ilacın jenerikleriye fiyat üzerinden rekabete girmeye başlamışlardır. Orijinal ilaç üreten firmalar çoğunlukla geçmişte herhangi bir ürün üzerinden marka değeri üretmek için çabalamakta ya da başka yeni ve orijinal bir ürünü geliştirmek üzere rekabet etmektedirler. Herhangi bir orijinal ürünün birden fazla muadilinin üretilbildiği durumlarda ise bu ürünlerin etken madde dışındaki maddeler üzerinden farklılaşma ihtimali çok zor olduğu için kendi aralarında fiyat üzerinden rekabet kurulmaktadır. Fiyat üzerinden girilen rekabet zaten satış ve pazarlama odaklı yapılanmış olan endüstride bu sefer daha çok muadil ürünler arasında gelişen yeni bir rekabete sahne olmaktadır. Çalışma boyunca tüketim ilişkilerinin incelendiği kısımlarda çok açık biçimde görülmektedir ki, yerli firmalarda çalışan mümessiller yabancı firmalarda çalışanlara göre daha şanssız olduklarını çünkü rekabet etmesi gereken bir değil birden fazla muadili olduğunu sıkça dile getirmiştir.

Orijinal ve jenerik ilaç ürünleri katılımcıların ifadelerinde de öne çıktığı gibi bir yönüyle orijinal ilaç ürünleri ile tıpa tıp aynı ama bazı yönleriyle de bariz farklı olarak algılanmaktadır. Burada net bir ayırım maalesef kurulamamaktadır. Muadil ürünlerde etken maddenin orijinal ürünle aynı olması nedeniyle orijinal ürünle muadilinin aynı olduğunu söyleyen katılımcılar bile etkinlik ve güvenilirlik açısından bazı sapmalara rastladıklarını dile getirmişlerdir. Bu nedenle çalışmanın ilk kısımlarında adlandırmaların yerli ilaçlarla kurulan ilişkide önem taşıdığı vurgulanmıştır. Ön görüşmeler sırasında fark ettiğim bu ayrımı görüşmelerim boyunca işime çok yaramıştır. Böylesi bir farktan hareketle yerlilik ile yerli ilaç hakkındaki düşünceleri ayrı ayrı incelemeye çalıştım. Çalışmada 2016 yılında gerçekleşen yerelleşme olgusundan hareket edildiği için katılımcılara önce yerelleşmeden ne anladıkları, yerelleşme hakkındaki düşünceleri ve sürecin temel hedeflerle uyumlu ve gerçekçi işleyip işlemediği gibi sorular sorulmuştur. Bu kısımda katılımcılar yerli ilaç üretmekten Türkiye sınırları içinde ve yerli sermaye sahiplerince gerçekleşen üretme eylemini anladıklarını çeşitli şekillerde dile getirmiş ve bunun en genel anlamda ülke menfaatleri adına desteklenmesi gerektiğini söylemişlerdir. Görüşme içinde

yerelleşme ve yerli ilaç ifadeleri her geçtiğinde ülke ekonomisi, milli çıkarlar ve istihdam gibi etnosentrik duyguları besleyen niş kavramlar kullanılmıştır. Yerli ilacı destekleyen katılımcılarda, genellikle yabancı ilaç üreticilerine ve bunları destekleyip reçete eden ya da satan meslektaşlarına karşı olumsuz duygular besledikleri de görülmektedir. Görüşmelerde ilaç üretiminde devlet ve yerli sermayenin aynı amaca hizmet eden iki aktör olarak konumlandırıldığını da görmek mümkündür. Örneğin D-7 tarafından dile getirilen şu ifadede devlet ve yerli sermaye bileşeni (medikal) milliyetçi bir tavır içeriyordu: “Nihayetinde bu zamana kadar yabancı şirketler kazanmış, biz ilaç üretebiliyorsak o zaman ben benim devletim kazansın diye düşünürüm.” Bu ifadede ilaç üretme eyleminin yerli bir şirket tarafından gerçekleştirildiği bilirse de sonuçta devletin kazandığı vurgusu öne çıkıyor. Aslında genellikle yabancı şirketlerdeki tüm manipülasyonların özel şirketlerin kâr hırsından kaynaklandığını düşünen katılımcılar bile söz konusu yerli sermaye sahibi jenerik/muadil ilaç üreticileri olduğunda yerelleşme sürecini temsil eden bu sermayenin ülke ve devlet çıkarlarını koruduğuna dair inancını koruyordu. En azından yerelleşme sürecine dair değerlendirmelerinde şirket unsuru olumsuz bir faktör olarak çok fazla öne çıkarılmamıştır.

Üretimin ne’liğine dair soruşturmayı dördüncü bölümde de sürdürdüm ancak bunu başta da belirttiğim gibi ilacı adlandırmayla anlamlandırma arasında dikkatimi çeken o ilişkiyi biraz daha merkeze koyarak ve açmaya çalışarak yaptım. Öncelikle yerli ilaçtan anlaşılan şey hangi bilimsel karşılığa sahip ve bunun hakkında katılımcıların ne düşündükleri çok önemliydi. Yerli ilaç üçüncü bölümün konusu olduğu üzere sosyal kodları bakımından ulusal bir değer üzerinden ölçeklendiriliyordu. Burada yapmak istediğim bu duyguların ilacın ne’liğine ilişkin bir soruşturmaya homojen biçimde dağılıp dağılmadığını soruşturmak olmuştur. Bununla ilgili sorularımda yerli ilaç daha çok orijinalin karşısındaki muadil olarak -tıpkı üçüncü bölümde yabancının karşısındaki yerli olarak tanımlandığı şekilde- tanımlanmıştır. Eczacılar tarafından jenerik ifadesi hemen anlaşılrsa da doktorların çoğu jenerik yerine muadil ya da yerli demeyi tercih ettiğini dile getirmiştir. Tanımlar konusunda eczacılar muadil ilacı daha öznel ifadelere yer vererek tanımlarken doktorlar arasındaki tanımlar daha nesnel biçimde verilmeye çalışılmıştır. Buna göre bir muadil ilacın orijinal formuyla arasındaki benzerliğin hangi yüzdelik dilimde olması gerektiği birçok doktor tarafından değişse bile sayısal bir oran üzerinden verilmiştir. Bu kısımda yine bu tanımlardan yola çıkarak, herhangi bir muadil ürünle orijinal formu arasında fark

görüp görmedikleri ya da hastalarından şikâyet alıp almadıkları sorulduğunda bir önceki bölümde aktardığım etnosentrik duyguların muğlaklaştığını gördüm. Çünkü genelde muadil ilaçların orijinaliyle %80-%120 aralığında benzerlik göstermesi gerektiğini söyleyen doktorlar, muadil ilaçların üretim süreçlerinde kullanılan bir yan maddenin, ısı ya da boyar maddenin ürün kalitesine etki edebildiğini ve bazı durumlarda orijinal formdan sapma yaşandığını ifade etmiştir. Bu tür etkenlerin ilacı kullanan kişilerde yan etki oluşturabildiğinden ve iyileşmeyi geciktirici etki yaptığının söz etmişlerdir. Diğer taraftan sadece D-14 bunlara ek olarak, muadil ilaçtaki bu farklılaşmanın ürünün kaçınıcı muadil olduğuna bağlı olduğuyla ilgili bir mesele olduğuna dikkat çekmiştir. Buna göre ilk çıkan muadil bir ürün %100 etkili iken dördüncü muadilin etkinliği %70'lere kadar düşebilmektedir. D-14 biyoayarlanımın orijinal moleküle göre yapılmaması nedeniyle bu tür farklar oluştuğunu dile getirmiştir. Ancak “bu kısım” ilgilenmediğini belirten doktor sayısı da bir hayli fazladır. Bu doktorlar, hastalarının herhangi bir muadil ilaç işe yaramadı diye dönebildiklerini ama bunun “plasebo etkisi” taşıdığını düşünmektedirler. Özellikle eczacılar, ilaçların muadil olduğu bilindiğinde hastalar tarafından daha sık geri dönüş ve şikâyet aldıklarını ama bunun plasebo etkisinden başka bir şey olmadığını söylemişlerdir. Burada bir parantez açarak şunu belirtmek isterim. Eczacı ya da doktor da yerli/muadil ilaca karşı bir inanç geliştirmişse aslında tıpkı bir hastadakine benzer şekilde tutum geliştirebilmektedir. Örneğin hastası ilaç hakkında olumsuz geri dönüş yapan bir doktor “yine muadil bir ürün veririm” diyebilmektedir. Burada sorun kesinlikle bir başka muadil ürün vermede değildir ancak tedavinin bu kadar merkezi bileşeni olan ilaca karşı sorgulayıcı bir bakış açısının geliştirilmek istenmemesi anlaşılır görünmemektedir.

Bu bölüm özelinde dikkatimi çeken bir diğer hususa özel bir hastane karşısında çalışan bir eczacı ve özel hastanede çalışan iki doktorla yaptığım görüşmeler olmuştur. Muadil ilaçlar hakkındaki sorularıma onlar diğerlerinden daha farklı bakıyor ve daha net biçimde olumsuz duygular besliyorlardı. Aslında onların tutumu ilaç tüketimi özelinde yapısal bir çelişkiyi bu çalışma içinde gündeme getirmiştir. Bunu diğer görüşmelerimde özellikle mümessillerle yaptığım görüşmelerde kısmen teyit imkanına da sahip oldum. Özel hastanede çalışan D-20 semtteki sosyo-ekonomik düzeyin düşük olması nedeniyle çalıştığı hastaneyi yerli firmalardan mümessillerin sıkça ziyaret ettiğini belirtmiş ama ilaç tercihini orijinal ürünlerden yana kullandığını söylemiştir.

“Buradaki hastaya veremem bu ilacı” ifadesinden ilaç ve hasta kimliği arasında doğrusal bir ilişki kurulduğu anlaşılmaktadır. Kendisiyle daha sonra tekrar görüşme fırsatı bulduğumda, bu konunun görüşme esnasında yarım kaldığını ve biraz açmasını istedim. Ayak üstü gerçekleştirdiğimiz bu konuşmada da yine “buradaki hasta” diyerek söze başlamış ve sınıfsal özellikleri sıkça tekrarlayarak buradaki hastaların herhangi bir yan etki göreceği ilacı yazmanın hastane politikasıyla da uyuşmadığını sadece kendisiyle ilişkili bir şey olmadığını dile getirmiştir. Eczacı E-1 ise başka bir özel hastane karşısında 10 yıldır çalışan bir eczacı olarak, “buradaki hastanede genellikle orijinal ilaç yazıyorlar” ve “Bir hastaya kalkıp muadilini yazdığı zaman da bu sefer diyorum ki “Ya acaba sen doktorla bir tartışma mı yaşadın?” Çünkü kolay kolay yazmaz yani bunu. “Evet, birazcık bir sürtüşmemiz oldu” gibi bir şey mesela duyuyorsun sonrasında.” şeklinde muadil yazmanın bir cezalandırmaya bile dönüşebildiğinden söz etmiştir. Bununla birlikte hastaneden çıkan hastanın reçetesi de eczaneye yansıdığı için orijinal ürün satışlarının çok daha yüksek olduğunu belirtmiştir. Bununla birlikte muadil ilaca karşı aşırı güvensizlik duyduğu gözlenmiştir. Tam tersi durumlarda eline jenerik/muadil ürün reçetesi geçen ya da doktor reçetesini değiştirerek bu tür ilaç ikame eden eczacılarda da tam bir güven ve koşulsuz bağlanma olduğu gözlenmektedir.

Diğer taraftan ASM’de çalışan doktorların çoğu muadil ilaçları hastalarının sosyo-ekonomik düzeyi düşük olduğu ve muadil ilaçlar geri ödeme listesinde bulunduğu için tercih ettiklerini söylemiştir. Muadil ilaçlar geri ödeme listesinde yer aldıkları için hastalarına fark çıkartmayan ve onları maddi açıdan zora sokmayacak bu ilaçları yazdıklarını söylemişlerdir. Reçete pratiğindeki genel tutum bu olmakla beraber muadil ilacı etkinliği bakımından tercih etmediğini belirten doktorlar da olmuştur. (Yukarıda kendisinden alıntı yaptığım D-20 dışında ASM’de çalışan doktorlardan bahsedilmektedir.) Ancak bunlardan sadece D-5 hastanın sosyo-ekonomik durumuna göre ilaç yazılmasını çok anlamsız bulduğunu çünkü zaten yazılan bir ilaç fark çıkartıyorsa eczacının muadil ürün ikame yetkisi olduğundan hastanın bunu eczanede kolaylıkla değiştirebileceğini ifade etmiştir. Bu nedenle D-5 aslında yerli şirketlerle çok yakın ilişki kurduğunu düşündüğü meslektaşlarının böyle “duygusal” bir dil geliştirdiğini düşünmektedir. Hastanın sosyo-ekonomik durumuna göre ilaç tercihinde bulunma eczacılara göre de başka anlamlar içermektedir. Buna göre de yerli ilaç firmalarından daha çok ziyaret alınması doktorların muadil ilaca bakışını ve reçete

pratiğini etkilemektedir. Ancak ilaç mümessilleri de aynı şeyi eczacılar için söylemiştir. Eczacıların bir Boğaz hattına göre daha fazla muadil verebildiklerini ve bunun eczaneleri için yüksek kârlar sağladığını çünkü bu tür semtlerde geri ödeme listesinde olan ilaçların önce doktora sonra da eczacılara tanıtımının daha fazla yapıldığını dile getirmişlerdir. Hatta yerli şirketlerde çalışan mümessillerin çoğu en zor şeyin eczacı ile uğraşmak olduğunu çünkü bir doktora kendi ilacını reçete ettirse dahi eczacı başka bir şirketten mal fazlası aldığında onun ilacını değiştirdiğini söylemiştir.

Bu çalışma yöntem kısmında da bahsedildiği üzere İstanbul Bağcılar bölgesinde gerçekleştirildi. Dolayısıyla bu bölgede çalışan doktor ve eczacılarla ve bu bölgeye çalışan mümessillerle görüşmeler yapıldı. Bu anlamda belki bir başka bölgede yapılacak olsa daha farklı ayrıntılarla karşılaşılması muhtemeldir. Zaten çalışma boyunca mümessillerle yapılan görüşmelerin önemli bir kısmında ilaçla kurulan bağın bir başka bölgede değişebileceği vurgusu çok güçlü olmuştur. Bakıldığında sınıfsal belirleyenlerin doktor reçetesini ve eczacının muadil ikame tutumunu çok açık bir şekilde etkilediği görülmektedir. E-12'nin, "Bazen hastaya muadil ilaç verilmesi uygun olmadığı ya da hasta ile negatif iletişim gerçekleşme riski bulunduğu sezinlendiği zaman hiç muadil verilmeden reçetede ne yazıyorsa o verilir." şeklindeki ifadesinde de gizli bir sınıfsal kodlamanın ilaç tercihinin belirlediği gözlenmiştir. Mümessiller arasında sıkça Boğaz Hattı'ndaki hastanın daha bilinçli, sosyo-kültürel düzeyi yüksek ve sorgulayıcı olmasıyla orijinal ilaç tercihinin yüksek olmasının ilişkilendirilmesi oldukça şaşırtıcı ve muadil ilaçların orijinallerinden bir farkı olmadığı gerçeğiyle çatışmalıdır. Diğer taraftan özellikle muadil bir ilacın etkinlik ve güvenilirlik bakımından orijinalinden farkı olmadığına dikkat çeken D-12'nin "Nişantaşı'nda Beşiktaş'ta olsam (orijinal ürün) yazarım" ifadesine benzer şekilde ilaç tercihinin bir başka semtte fiyat veya performans odaklı değiştirilebileceği vurgusu da dikkat çekmiştir.

İlaçların genel anlamda geri ödeme listesinden ve fark çıkartmayan ilaç gruplarından yazıldığı anlaşılan bu bölgede doktor ve eczacılara hastalarının ilaç tüketim alışkanlıkları hakkında da sorular sorulmuştur. Çünkü hastanın sosyo-ekonomik düzeyiyle ilişkilenen ilaç tercihlerinin aynı ölçüde en büyük ilaç alıcısı olarak devletin ekonomisi ile de benzer sonuçlar doğurması en azından bu konuda doktor ve eczacılar tarafından koruyucu tutumların gelişeceği öngörülmüştür. Kaldı ki bu yerleşme

hedefleriyle de uyumlu bir gelişim olup olmadığına dair önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

Doktor ve eczacılar arasında, tek bir kişi bile, hastalarının ilaç tüketim alışkanlıkları hakkında olumlu görüş bildirmemiştir. İlaç tüketiminin ve özellikle yanlış ve gereksiz ilaç tüketiminin uç bir noktada olduğu anlaşılmaktadır. Üstelik ASM hastalarının çoğunda doktorla sadece ilaç yazdırma odaklı bir ilişki içinde olduğu anlaşılmaktadır. Bu durum belki de çalışmanın en can sıkıcı sonuçlarından bir tanesidir. Doktorlardan bazıları yurtdışında kendileriyle aynı pozisyonda olan arkadaşlarının koruyucu sağlık hizmeti verdiğini kendilerininse zaman zaman muayene bile etmeden ilaç yazmakla meşgul olduğunu dile getirmiştir. Doktora müracaat eden hastalarda doğrudan isimle ilaç isteme alışkanlığı da oldukça sık görülmektedir. Bu kimi zaman bir komşudan duyulan kimi zaman daha önceki bir doktorun yazdığı ilaç olmaktadır. Doktorlar bu düzene aykırı davrandıklarında hastalarının kendilerini bir başka doktora gitmekle tehdit ettiğini de dile getirmiştir. Bakıldığında bu durum belki de sağlık tüketimiyle ilgili en ciddi sorunlardan bir tanesidir. Doktorların çoğu, ilaca ve doktora kolay erişmenin hastada doyumsuzlukla sonuçlandığını düşünmektedir. İnsanlar artık kendinde bazı hastalık bulgularını gözlemlediğinde ve ilaca ihtiyacı olduğunu düşündüğünde bunu doktoruna onaylatma ve ilaç alma hedefiyle doktora gitmektedir. Bunu en iyi özetleyen verilerden birinin D-2'nin aktarımı olduğunu düşünüyorum: ““Gel bir muayene edeyim” diyorum. “Hocam gerek yok ben zaten bunu yıllardır kullanıyorum, bildiğim bir ilaç” diyor. (...) Diyelim biraz uzun tuttunuz muayeneyi şey diyen var: “Şimdi bir yere yetişmem lazım.” Hasta olmak aciliyet içeren bir şey değil artık tolere edilebilir bir tarafı var artık.”

Hastalarının bu tür ilaç yazdırma talepleriyle çoğu doktor uyum geliştirdiğini düşünmektedir. Bunun temel sebeplerine baktığımızda doktorların çoğu hasta şikayetleri ve tehdidi gibi korkular yüzünden hastaya direnmemenin en iyi yol olduğunu düşünmektedir. Bu konuda tek istisnanın çocuklar olduğunu görmekteyiz. Çocuklar konusunda tüm doktorlar ellerinden geldiğince uyarıda bulunduklarını ancak söyledikleri dinlenmiyorsa yine ellerinden bir şey gelmediğini belirtmişlerdir. Hasta şikayetlerinden bıktıklarını, şikayetlerin genelde taraflarına açılan bir soruşturmayla sonuçlandığını, ceza alınmasa bile bir suçlu muamelesi görmenin doktor açısından onur kırıcı olduğuna vurgu yapılmıştır. Mesela D-13 bu konuda yalnız bırakıldıklarını düşünmekte ve aslında devletin çıkarlarıyla uyumlu davrandığı halde suçlu duruma

düşürüldüğünde “devlet demek ki yazmamı istiyor” deyip bir süre sonra “ideal doktor” olmaktan çıkıldığını belirtmiştir.

Evet aslında bütün mesele de burada düğümleniyor. D-13’ün aktarımı sonrasında şunu düşünmüştüm. Yerli ilacı konuştuğumuz noktadan sonraki her şey beni aşırı, yanlış ve gereksiz ilaç tüketimi hakkındaki genel şikayetler hakkında uzun uzadıya düşünmeye itmişti. Ben bu konuda bir tıp eğitimim olmadığı için haliyle doktor ve daha sonra da eczacıların görüşlerine yönelmiştim. Bizzat onlar tarafından bu üç konu (aşırı, yanlış ve gereksiz ilaç tüketimi) enine boyuna anlatılmıştı bana. Geldiğim noktada tam olarak şunu düşünüyordum: “Sistem gerçekten ne istiyor?” Burada sistemin yerine devlet de konabilir, D-13’ün ifadesinde yer aldığı gibi. Esasında tüm dünyada sağlık ve ilaç politikaları finansman odaklı inşa ediliyor. 1980’lerden sonraki “sağlıkta reform” paketlerine bakacak olursak hemen hepsinin devletin sağlık hizmetleri yükünü bölüşen neoliberal ekonomi politikalarıyla nasıl bir uyum içerisinde oluşturulduğu rahatlıkla görülecektir. Bu şekilde bir taraftan hizmet sağlanıyor, bir taraftan devlet ve vatandaşlık ilişkisi kurulmuş oluyor, bir taraftan da sermayenin ihtiyaçları karşılanmış oluyor. Böylece sistemin temas ettiği mesleki pratikler de nasibine düşeni alarak değişiyor.

Türkiye’de yerelleşme hedefleri her şeyden evvel şirketlerin yani özel sermayenin yörüngesinde gelişmektedir. 2005 yılında kapatılan SSK İlaç Fabrikası’nın ardından 2016’da ortaya atılan yerelleşme hedefi giriş bölümünde bahsedildiği gibi çelişik bir eylem görünümü vermektedir. Çünkü devletin kontrol ettiği ve düzenlediği bir mekanizmadan çıkılarak doktorların, eczacıların ve hasta/tüketicilerin manipüle edilebileceği bir sisteme geçilmişti ya da zaten işlemekte olan böyle bir sistem genişlemeye başlamıştı. Mesela yukarıda bahsettiğimiz muadil ilaçlarda fiyat üzerinden gelişen rekabetin gelecek yıllarda daha da kızışması muhtemel görünmektedir. Şu anda bile ilaç mümessilleri arasında yerli şirketlerin daha agresif çalıştığı düşüncesi oldukça yaygındır. Böylelikle bilinçsiz ilaç tüketimiyle etkili bir mücadelenin gerçekleştirilmesi bu koşullarda çok mümkün gözükmemektedir.

Sekizinci bölümde yerli şirketler ile doktor ve eczacılar arasında gelişen ikili ilişkiler tam da bu nedenle soruşturuldu. Yerli şirketler de tıpkı yabancı şirketlerde olduğu gibi sağlık çalışanlarını etkilemeye çalışıyorlar. Hatta bunu yaparken yerellik de bir pazarlama malzemesi olarak kullanılabilir. Dolayısıyla yerli ilacın satış hacmi yıllar içinde artıp büyüyebilir ama hastaların sağlıkla ilaç tüketmeyi eşitleyen algı düzeyleri

ne olacak? İ-7'nin doktora tanıtım yaparken yerli ilacın ülkeye ve topluma sağlayacağı menfaatleri teminat göstererek “Böyle damardan girdiğimiz oluyor yani.” dediğini görmüştük. Böylece şirketler damarlarımızdan girmeye ve dolaşmaya devam edecekler gibi görünüyor.

“Sağlık/İlaçlara Başka Pencereden Bakmak” adlı bölümde ilaçların sağlık için genel önemini yabana atmadan sağlık için tek ölçüt olmadığını tartışmaya çalıştım. Honore de Balzac'ın (2000) *Köy Doktoru* romanındaki idealist Doktor Benasis, halkı daha iyi beslemeye başlamanın ve konutları sağlıklı hale getirmenin uygarlığın başlangıcı olduğunu dile getirir (s. 43-53). Barınma ve beslenmenin çok temel ve insani bir hak olduğunu bugün hemen hepimiz biliyoruz ama uygulamada farklar bulunuyor. Bireylerin tedavi edici sağlık hizmetlerine erişmesi, sağlık hakkına sahip olduğu anlamına gelmiyor. Sağlıklı işyeri, mahalleler, evler, okullar, sağlıklı kamusal ulaşım, oyun alanları, spor sahaları ve çevre de bunun için gerekli. Ev ziyaretleri yaptıklarını bildiren doktorlar gittikleri evlerde ve mahallelerde sağlıklı olmanın çok zor olduğunu ve ilaçla telafi edilmesinin de imkânsız olduğunu düşünmekte.

Bu çalışmanın saha araştırması Covid-19 pandemi sürecine rastladı. Aslında insanlık için oldukça kötü bu zaman dilimi tezim için bir sağlama yapma imkânı vermiştir. Son olarak bundan da bahsedip yazımı bitireceğim. Covid-19 pandemisi patlak verdiğinde herkes gibi ben de normal şartlarda dolup taşan sağlık kuruluşlarının akıbetini merak etmeye başlamıştım. Özellikle ilk şoku atlatıp sahaya tekrar döndüğümde katılımcılara pandemi sürecine dair de bazı sorular sordum. Böylece zorunlu bir tüketim nesnesi olarak adlandırılan ilaçta dönemsel bir değişimin koşullarını ve mümkünlüğüne anlamaya çalıştım. Bu süreçte görüştüğim doktorlar, ayaktan hasta sayılarında %50'nin üzerinde bir azalma olduğunu düşünüyorlardı. Gelen hastalarınsa genelde pandemiden korkmayan kimseler olduğunu düşünmekteydi (Bkz. Özer, 2021). Bununla ilgili iki yol vardı: İnsanlar bir sağlık kuruluşuna ya korkup gitmediler ya da gerçekten en azından akut ilaçların tüketimi ve tedavi talepleri askıya alınabiliyordu. Belki bunun cevabını asla bilemeyeceğiz ama bu dönemsel değişim farklı türde bir özneleşmenin imkanları olduğunu göstermiştir.

11. KAYNAKÇA

- Abacioğlu, N.** (2011). Dünya'da ve Türkiye'de İlaç Sorunu: Fotoğraf ve Dinamikler. *Toplum ve Hekim*, 26(2), 123-134.
- Abraham, J.** (1995). *Science, Politics and the Pharmaceutical Industry*. London/New York: Routledge/St Martins Press.
- Abraham, J.** (2008). Sociology of pharmaceutical development and regulation: a realistempirical research programme. *Sociology of Health & Illness*(30), 869-85.
- Abraham, J.** (2010). Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical and health dimensions. *Sociology*, 44(4), 603-622.
- Ahmed, S.** (2019). *Duyguların Kültürel Politikası* (3. b.). (S. Komut, Çev.) İstanbul: Sel Yayıncılık.
- AİFD.** (2022, 03 04). *Orjinal İlaç Nedir?* AİFD: <https://www.aifd.org.tr/yenilikcilik/orijinal-ilac-nedir/> adresinden alındı
- Akalın, A.** (2013, Eylül 26). *RP: Toplumsal Değişim!* İnsanBU: http://www.insanbu.com/eski/a_haber2ea2.html?nosu=1229 adresinden alındı
- Akgün, D.** (2014). *Kapitalizm Hasta Eder: Toplumcu Tıp* (1 b.). Ankara: Notabene Yayınları.
- Aksu, C.** (2015). Neoliberal Toplumda Öznellik. *Artvin Çoruh Üniversitesi Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi*, 1(1), 66-89.
- Anderson, B.** (2020). *Hayali Cemaatler: Milliyetçiliğin Kökleri ve Yayılması* (1. b.). (İ. Savaşır, Çev.) İstanbul: Metis Yayınları.
- Aronowitz, R.** (2019). *Risk Tıbbı: Korku ve Belirsizliği Tedavi Etme Arayışımız* (1 b.). (Z. Alpar, Çev.) İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Arslanoğlu, İ.** (Dü.). (2012). *Tıp Bu Değil* (2 b.). İstanbul: İthaki Yayınları.
- Arslanoğlu, İ.** (Dü.). (2013). *Tıp Bu Değil 2* (1 b.). İstanbul: İthaki Yayınları.
- Arslanoğlu, İ.** (Dü.). (2014). *Tıp Budur!* (1 b.). İstanbul: İthaki Yayınları.
- Asil, H., & Kaya, İ.** (2013). Türk Tüketicilerin Etnosentrik Eğilimlerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma. *İstanbul Üniversitesi İşletme Dergisi*, 42(1), 113-132.

- Aydın, A.** (2019, Kasım 23). *İlaç: Sağlık ve tedavi mi? Kâr ve tekelleşme mi?* Gazete Manifesto: <https://gazetemanifesto.com/2019/pusula-ilac-saglik-ve-tedavi-mi-kar-ve-tekellesme-mi-314500/> adresinden alındı
- Bakan, J.** (2007). *Şirket: Kâr ve Güç Peşindeki Patolojik Kurum* (1. b.). (R. Ögdül, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Balzac, H.** (2000). *Köy Doktoru*. (C. Öner, Çev.) İstanbul: Oda Yayınları.
- Baudrillard, J.** (1997). *Tüketim Toplumu* (1. b.). (H. Deliçaylı, & Keskin Ferda, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Bauman, Z.** (2009). *Sosyolojik Düşünmek* (6. b.). (A. Yılmaz, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Belek, İ.** (2004). Yerelleşme: Kapitalizmin Kılcal Damarlarına Sermaye Gidiyor. *Toplum ve Hekim*, 65-68.
- Belek, İ.** (2015). *Küba'da Sağlık: Sosyalizmin Başarısı* (3. b.). İstanbul: Yazılama Yayınları.
- Berardi, F.** (2012). *Ruh İşbaşında: Yabancılaşmadan Otonomiye*. (F. Genç, Çev.) İstanbul: Metis Yayınları.
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri** (2015, Temmuz 3). BEŞERÎ TIBBÎ ÜRÜNLERİN TANITIM FAALİYETLERİ. <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/07/20150703-2.htm> adresinden alındı
- Blech, J.** (2006). *Inventing Diseases and Pushing Pills: Pharmaceutical Companies and the Medicalisation of Normal Life*. London: Routledge Press.
- Braithwaite, J.** (1984). *Corporate Crime in the Pharmaceutical Industry*. London: Routledge.
- Brown, W.** (2018). *Halkın Çözülüşü: Neoliberalizmin Sinsi Devrimi* (1. b.). (B. Aksoy, Çev.) İstanbul: Metis Yayınları.
- Brown, W.** (2021). *Neoliberalizmin Harabelerinde: Batı'da Antidemokratik Siyasetin Yükselişi*. (B. Doğan, Çev.) İstanbul: Metis Yayınları.
- Cahill, D., & Konings, M.** (2019). *Neoliberalizm*. (O. Orhangazi, Çev.) Ankara: Ütopya Yayınevi.
- Cansu, B.** (2018). AKP kapattı, bedeli halk ödedi. <https://www.birgun.net/haber/akp-kapatti-bedeli-halk-odedi-236205> adresinden alındı

- Carla, W.** (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. New York: Open University Press.
- Charmaz, K.** (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. London: Sage Publications.
- Charmaz, K.** (2009). Shifting the Grounds: Constructivist Grounded Theory Methods for the Twenty-first Century. J. Morse, P. Stern , J. Corbin, B. Bowers, K. Charmaz, & A. Clarke içinde, *Developing Grounded Theory: The Second Generation* (s. 127-154). Walnut Creek, CA: Left Coast Press.
- Conrad, P.** (1992). Medicalisation and Social Control. *Annual Review of Sociology*(18), 209-32.
- Conrad, P.** (2005). The shifting engines of medicalization. *Journal of Health and Social Behavior*(46), 3-14.
- Conrad, P.** (2007). *The Medicalisation of Society*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Conrad, P., & Leiter, V.** (2004). Medicalization, markets and consumers. *Journal of Health and Social Behavior*(45), 158-76.
- Conrad, P., & Schneider, J.** (1980a). *Deviance and Medicalization: from Badness to Sickness*. St. Louis: Mosby.
- Conrad, P., & Schneider, J.** (1980b). Looking at levels of medicalisation: a comment on Strong's critique of the thesis of medical imperialism. *Social Science and Medicine*(14A), 75-79.
- Coşkun, B.** (2019). *Neoliberal İktidar ve Özne* (1. b.). İstanbul: Notabene Yayınları.
- Çelik, S.** (2004). Jenerik ve Özgün İlaç: Biyoyararlanım Çalışmaları ve Biyoeşdeğerlik. *Toplum ve Hekim*, 431-436.
- Çorbacioğlu, G.** (2017). Şiddet ve Değişen Hekimlik: Türkiye'de Sağlık Çalışanlarına Karşı Artan Şiddetin Şiddet Algısı ve Hekimlik Pratikleri Üzerindeki Etkileri. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel, & Ö. Birler içinde, *İnsana Karşı Piyasa: Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenlik* (s. 143-166). İstanbul: Notabene Yayınları.
- Çubukçu, A.** (2019). *Babamın Eczanesi* (4. b.). İstanbul: Berfin Yayınları.
- Dardot, L., & Laval, C.** (2018). *Dünyanın Yeni Aklı: Neoliberal Toplum Üzerine Deneme* (2. b.). (I. Ergüden, Çev.) İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.

- Demir, Ö.** (2018, Ağustos 27). *Bir "Tıp Felsefesi" İçin Derkenar (V): Foucault, Klinik ve Medikalizasyon.* Ağustos 15, 2020 tarihinde Birikim: <https://birikimdergisi.com/guncel/9069/bir-tip-felsefesi-icin-derkenar-v-foucault-klinik-ve-medikalizasyon> adresinden alındı
- Deppe, H.-U.** (2011). Sağlık Hizmetlerinin Doğası: Metalaştırmaya Karşı Dayanışma. L. Panitch, & C. Leys içinde, *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları* (s. 43-53). İstanbul: Yordam Kitap.
- Dole, C.** (2004). In the Shadows of Medicine and Modernity: Medical Integration and Secular Histories. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28, 255-280.
- Drucker, P.** (2005). *Management*. New York: HarperCollins e-books.
- Dumit, J.** (2003). *A pharmaceutical grammar: Drugs for life and direct-consumer advertising in an era of surplus health.* yayınlanmamış deneme.
- Dumit, J.** (2012). *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health*. Durham and London: Duke University Press.
- Elbek, O.** (2019). *Sağlığın Sosyal Hali* (1.b.) İstanbul: Notabene Yayınları.
- Ellison, S.** (2008). *Batı Tıbbi Sağlığımızın Altını Nasıl Oyar?* (1. b.). (A. Aygen , Çev.) İstanbul: Hayykitap Yayınevi.
- Eren Vural, İ.** (2015). İlaç Sanayiinde "Fikri Mülkiyet Hakları Rejimi" ile İlgili Mücadeleler ve Devletin "Uluslararasılaşması". G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel, Ö. Birler, G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel, & Ö. Birler (Dü) içinde, *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa* (s. 125-172). Ankara: Notabene Yayınları.
- Farmer, P.** (2003). *Pathologies of Power: Health, Human Right and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press.
- Foucault, M.** (2011a). *Özne ve İktidar* (3. b.). (I. Ergüden, & O. Akınhay, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M.** (2011b). *Entelektüelin Siyasi İşlevi* (3. b.). (I. Ergüden, O. Akınhay, & F. Keskin , Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Foucault, M.** (2015). *Biyopolitikanın Doğuşu* (1. b.). (A. Tayla, Çev.) İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Foucault, M.** (2019). *İktidarın Gözü* (5. b.). (I. Ergüden, & O. Akınhay, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Fox, N., & Ward, K.** (2008). Pharma in the bedroom . . . and the kitchen. . . . The pharmaceuticalisation of daily life. *Sociology of Health and Illness*, 30(6), 856-68.

- Fox, N., Ward, K., & O'Rourke, A.** (2005a). The 'expert patient': empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet. *Social Science and Medicine*(60), 1299-309.
- Fox, N., Ward, K., & O'Rourke, A.** (2005b). Pro-anorexia, weight-loss drugs and the internet: an "anti-recovery" explanatory model of anorexia. *Sociology of Health and Illness*, 7(27), 944-71.
- Fraser, S., Valentine, K., & Roberts, C.** (2009). Living drugs. *Science as Culture*(18), 123-31.
- Freidson, E.** (1970). *Professional Dominance*. New York: Dodds Mead.
- Gabe, J., & Bury, M.** (1988). Tranquillisers as a social problem. *Sociological Review*(36), 320-52.
- Glaser, B.** (1978). *Theoretical Sensitivity*. CA: Mill Valley, The Sociology Press .
- Glaser, B., & Strauss, A.** (1967). *The Discovery of Grounded Theory Strategies for Qualitative Research*. Chicago : Aldine Publishing.
- Goldacre, B.** (2016). *Kötü İlaç* (1 b.). (Ö. Çelik, Çev.) İstanbul: Pegasus Yayınları.
- Gorz, A.** (2011). *Maddesiz: Bilgi, Değer, Sermaye* (1. b.). (I. Ergüden, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Harvey, D.** (2015). *Neoliberalizmin Kısa Tarihi* (2. b.). (A. Onocak, Çev.) İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Healy, D.** (2006). The latest mania: selling bipolar disorder. *Public Library of Science-Medicine*, 3(4), e.185.
- Heath, H., & Cowley, S.** (2004). Developing a grounded theory approach: a comparison of Glaser and Strauss. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), 141-150. http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Heath_2004.pdf adresinden alındı
- Heath, J., & Potter, A.** (2012). *İşyan Pazarlanıyor: Kültür Niçin Parazitlenemez?* (1. b.). (T. Tosun, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası.** (2020). *İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası*. Eşdeğer-Referans İlaçlar: http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/esdeger_ilaclar adresinden alındı
- Illich, I.** (2014). *Sağlığın Gaspı* (3. b.). (S. Sertabiboğlu, Çev.) İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

- Illouz, E.** (2018). *Soğuk Yakınlıklar: Duygusal Kapitalizmin Şekillenmesi* (2. b.). (Ö. Çağlar Aksoy, Çev.) İstanbul: İletişim Yayınları.
- Inglis, B.** (1990). *Tıbbın Hastalığı: Çağın Hastalıklarına ve Modern Tıbbı Bir Bakış* (1 b.). (M. Çekin, Çev.) İstanbul: İnkılâb Yayınları.
- Inglis, B.** (1991). *Tıbbın Hastalığı II: Çağın Hastalıklarına ve Modern Tıbbı Bir Bakış*. (M. Çekin, Çev.) İstanbul: İnkılâb Yayınları.
- İnsel, A.** (2015). *Neoliberalizm: Hegemonyanın Yeni Dili* (4. Baskı b.). İstanbul: Biriim Kitapları.
- İşıklı, A.** (1996). Özelleştirme ve Sağlık Politikaları. *Toplum ve Hekim*, 11-14.
- İTO.** (2006). *Sağlık Hizmetleri ve Yerelleşme/ İzmir Tabip Odası Halk Sağlığı Komisyonu Güz Okulu Sonuç Raporu*. İzmir: Toplum ve Hekim.
- Jarvis, M., & Wardle, J.** (2009). Kişisel Sağlık Davranışlarında Sosyal Kalıplanma: Sİgara İçme Durumu. M. Marmot, & R. Wilkinson içinde, *Sağlığın Sosyal Belirleyicileri*. İstanbul: İNSEV Yayınları.
- Jones, M., & Alony, I.** (2011). Guiding the use of Grounded Theory in Doctoral studies – an example from the Australian film industry. *International Journal of Doctoral Studies*, 6(N/A), 1-20.
- Keskin, F.** (2011). Özne ve İktidar. M. Foucault içinde, *Özne ve İktidar*. İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Keyder, Ç.** (1993). *Ulusal Kalkınmacılığın İflası* (3. b.). İstanbul: Metis Yayınları.
- Keyder, Ç., Üstündağ, N., Ağartan, T., & Yoltar, Ç.** (2019). Önsöz. Ç. Keyder, N. Üstündağ, T. Ağartan, & Ç. Yoltar içinde, *Avrupa'da ve Türkiye'de Sağlık Politikaları* (s. 7-11). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Konca, M., Balçık, P., & Kartal, N.** (2019). *İlaç ve Tıbbi Cihaz Endüstrisi ve Yerelleşme*. Ankara: Nobel Bilimsel Eserler.
- Law, J.** (2006). *Big Pharma: Exposing the Global Healthcare Agenda*. London: Constable and Robinson Press.
- Lexchin, J.** (2006). Bigger and better: how Pfizer redefined erectile dysfunction. *Public Library of Science-Medicine*, 3(4), e.132.
- Leys, C.** (2011). Sağlık ve Kapitalizm. L. Panitch, & C. Leys (Dü) içinde, *Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları* (U. Haskan, Çev.). İstanbul: Yordam Kitap Yayınları.

- Lorey, I.** (2013, 05 20). Yönetimsellik ve Kendini Güvencesizleştirme: Kültür Üreticilerinin Normalleştirilmesi Üzerine. *e-skop*(4).
- Marazzi, C.** (2017). *Sermaye ve Duygular: Çorapların Yeri* (1. b.). (M. Çelik, Çev.) İstanbul: Otonom Yayıncılık.
- Marshall, G.** (1999). *Sosyoloji Sözlüğü* (1. b.). (O. Akınhay, & D. Kömürcü, Çev.) Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Massumi, B.** (2019). *Duygu Politikası* (1. b.). (H. Erdoğan, Çev.) İstanbul: Otonom Yayıncılık.
- Massumi, B.** (2020). Çıkarın Ötesinde Sanat: Ekonominin Sonundaki Güç. *Cogito*(70-71), 418-436.
- Mold, A.** (2015). *Making The Patient-Consumer: Patient Organisations and Health Consumerism in Britain*. Manchester: Manchester University Press.
- Mooney, G.** (2014). *Ulusların Sağlığı: Yeni Bir Ekonomi Politikası Doğru*. (C. Terzi, Çev.) İstanbul: Yordam Kitap.
- Moynihan, R.** (2002). Disease-mongering: how doctors, drug companies and insurers are making you feel sick. *British Medical Journal*(923), 923.
- Moynihan, R., & Cassels, A.** (2020). *Satılık Hastalıklar* (5. b.). (G. Tamer, & E. Yıldırım, Çev.) İstanbul: Hayykitap Yayınevi.
- Moynihan, R., & Henry, D.** (2006, April 11). The fight against disease mongering: generating knowledge for action. *PLoS- Medicine*, 3(4), e191. Public Library of Science - Medicine: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030191> adresinden alındı
- Özbay, C., Terzioğlu, A., & Yasin, Y.** (2011). Giriş:Türkiye'de Neoliberalleşme ve Mahremiyetin Dönüşümü. C. Özbay, A. Terzioğlu, & Yasin Yeşim içinde, *Neoliberalizm ve Mahremiyet: Türkiye'de Beden, Sağlık ve Cinsellik*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Özer, H.** (2020). Toplumsal Sınıfların Sağlık Deneyimlerine İlaç Üzerinden Bakmak. *İnsan ve Toplum*, 10(4), 323-352.
- Özer, H.** (2021). Covid-19 Pandemisi ve İlaç Tüket(eme)me. *Teorik Bakış*(14), 207-231.
- Pala, K.** (2017). Türkiye'de Sağlık Reformu/Sağlıkta Dönüşüm Programı Süreci. G. Yenimahalleli Yaşar, A. Göksel, & Ö. Birler içinde, *Türkiye'de Sağlık ve Sosyal Güvenli: İnsana Karşı Piyasa* (s. 43-74). İstanbul: Notabene Yayınları.

- Pala, K.** (2021). Sunuş. K. Pala, & K. Pala (Dü.) içinde, *Türkiye'de Sağlıkta Kamu-Özel Ortaklığı: Şehir Hastaneleri* (s. 7-12). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Palumbo, F. B., & Mullins, C. D.** (2002). The Development of Direct-to-Consumer Prescription Drug Advertising Regulation. *Food and Drug Law Journal*(57), 423-43.
- Pamuk, Ş.** (2014). *Türkiye'nin 200 Yıllık İktisadi Tarihi*. İstanbul: İş Bankası Kültür Yayınları.
- Pamuk, Ş.** (2021). Yerli Üretimde Teknoloji İçeriği ve Katma Değer Niçin Artmıyor? M. Tiryakioğlu içinde, *Türkiye'nin Yerli Üretimi ve Politik Ekonomisi* (s. 3-9). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Petrol-İş.** (2002). *SSK İlaç Fabrikası ve SSK İlaç Tüketimi*.
- Petryna, A., & Kleinman, A.** (2006). Pharmaceutical Nexus. A. Petryna, A. Lakoff, & A. Kleinman içinde, *Global Pharmaceuticals: Ethics, Markets, Practices*. USA: Duke University Press.
- Phillips, C.** (2006). Medicine goes to school: teachers as sickness brokers for ADHD. *Public Library of Science-Medicine*, 3(4), e.182.
- Porter, R.** (2016). *Kan Revan İçinde: Tıbbın Kısa Tarihi*. (G. Koca, Çev.) İstanbul: Metis Yayınları.
- Rajan, K.** (2012). *Biyo-Kapital* (1. b.). (A. Temiz, Çev.) İstanbul: Metis Yayınları.
- Renaud, M.** (1978). On The Structural Constraints to State Intervention in Health. J. Ehrenreich, & J. Ehrenreich (Dü.) içinde, *The Cultural Crisis of Modern Medicine*. New York-London: Monthly Review Press.
- Rodrik, D.** (2016). Premature deindustrialization. *Journal of Economic Growth*(21), 1-33.
- Rose, N.** (1999). *Governing The Soul*. New York: Free Association Books.
- Rose, N.** (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity* (1. b.). PRINCETON AND OXFORD: PRINCETON UNIVERSITY PRESS.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı.** (2019). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019*. Ankara. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf> adresinden alındı
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı.** (2014). *T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2014*. Ankara: Sağlık Bakanlığı. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/51119,yilliktrpdf.pdf?0> adresinden alındı

- Sayan, S.** (2021). Önsöz (ya da Ön Soru): Tasarruf Açığımız Aslında Bir Teknoloji Açığı Olabilir mi? M. Tiryakioğlu içinde, *Türkiye'nin Yerli Üretimi ve Politik Ekonomisi* (s. xxiii-xxv). İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Shimp, T., & Sharma, S.** (1987). Consumer Ethnocentrism: Construction and Validation of the CETSCALE. *Journal of Marketing Research*, 24(3), 280-289.
- Söğüt, O.** (2006). *Türkiye İlaç Sanayi AR-GE Çalışmalarında Finans Sorunları*. Bursa: Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.
- Stavrides, S.** (2016). *Kentsel Heterotopya: Özgürleşme Mekanı Olarak Eşikler Kentine Doğru* (1. b.). (A. Karatay, Çev.) İstanbul: Sel Yayıncılık.
- Stiglitz, J.** (2006). Scrooge and intellectual property rights: A medical prize fund could improve the financing of drug innovations. *BMJ*(333), 1279-1280. <https://www.bmj.com/content/333/7582/1279/article-info> adresinden alındı
- Strauss, A.** (1987). *Qualitative Analysis for Social Scientists*. New York : Cambridge University Press.
- Sunar, L.** (2020). *Türkiye'de Çalışma Hayatı ve Meslekler Araştırması*. İstanbul: Limit Ofest. https://tyap.net/media/Calisma_Hayati.pdf adresinden alındı
- Şahne, B., Arslan, M., & Şar, S.** (2015). Türk İlaç Sanayi tarihinde silahlı kuvvetlerin yeri: Milli Savunma Bakanlığı Ordu İlaç Fabrikası'nın tarihsel gelişimi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 2(14), 171-176.
- Şenses, F.** (2016). Neoliberal Küreselleşme Kalkınma İçin Bir Fırsat mı, Engel mi? F. Şenses içinde, *Neoliberal Küreselleşme ve Kalkınma* (s. 235-280). İstanbul: İletişim Yayınları.
- Terzioğlu, A.** (2008). Experiencing and Explaining Cancer: A Critical Study of Turkish Modernity Through the Cancer Patients' Illness Narratives. New York.
- Terzioğlu, A.** (2011). Küreselleşme, Kanser ve Hastalık Anlatıları. C. Özbay, A. Terzioğlu, & Y. Yasin içinde, *Neoliberalizm ve Mahremiyet: Türkiye'de Beden, Sağlık ve Cinsellik*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Tiefer, L.** (2006). Female sexual dysfunction: a case study of disease mongering and activist resistance. *Public Library of Science-Medicine*, 3(4), e.178.
- Tokgöz, T.** (2018, Ağustos 1). http://ieis.org.tr/ieis/assets/media/files/local/winally_01082018_B26LWF_s3CZO1.pdf adresinden alındı

- Türk Tabipleri Birliği.** (2006). Dev(red)ilen SSK: Bir Gasp Hikayesi. *Tıp Dünyası*, 1-20.
- Türkçe Tıp Dili Kurulu.** (2007). *Türkçe Tıp Dili Kılavuzu* (2. b.). Kocaeli: Kocaeli Üniversitesi Basımevi. turkcerrahi.com: <https://www.turkcerrahi.com/tip-sozlugu/> adresinden alındı
- Türkiye İlaç Sektörü 2018 Raporu.** (2018). <http://ieis.org.tr/ieis/tr/sektorraporu2018> adresinden alındı
- Welch, H., Schwartz, L., & Woloshin, S.** (2013). *Aşırı Teşhis: Sağlık Adına Hasta Etmek* (1. b.). (A. Akalın, Çev.) İstanbul: İnsev Yayınları.
- Whyte, S., van der Geest, S., & Hardon, A.** (2002). *Social Lives of Medicine*. Cambridge: Cambridge University Press.
- William, S., Gabe, J., & Davis, P.** (2008). The sociology of pharmaceuticals: progress and prospects. *Sociology of Health and Illness*, 30(6), 813-824.
- World Health Organization.** (2021). *Promoting rational use of medicines*. World Health Organization: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines/> adresinden alındı
- Yalçın Balçık, P., Kartal, N., & Konca, M.** (2019). *İlaç ve Tıbbi Cihaz Endüstrisi ve Yerelleşme* (1. b.). Ankara: Nobel Bilimsel Eserler.
- Yerelleşme Süreci Hakkında Duyuru.** (2016). <https://titck.gov.tr/storage/announcement/fzzD3Hwn.pdf> adresinden alındı
- Yıldırım, K.** (2013). Hekime Yönelik Şiddeti Besleyen Skala: Teorik ve Pratik Boyut. *Toplum ve Hekim*, 1(28), 70-80.
- Zola, I. K.** (1972). Medicine as an institution of social control. *Sociological Review*(20), 487-503.

12. EKLER

12.1. Katılımcı Bilgileri (Doktor)

KATILIMCI	CİNSİYET	MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE	MESLEKİ DENEYİMİ
D-1	Kadın	Acıbadem Üniversitesi	2 yıl
D-2	Erkek	Yurt dışı	3 yıl
D-3	Kadın	Çukurova Üniversitesi	8 yıl
D-4	Kadın	Trakya Üniversitesi	21 yıl
D-5	Erkek	Bilgi Verilmedi	17 yıl
D-6	Kadın	Uludağ Üniversitesi	17 yıl
D-7	Kadın	Namık Kemal Üniversitesi	3 yıl
D-8	Erkek	Uludağ Üniversitesi	5 yıl
D-9	Kadın	İstanbul Üniversitesi	19 yıl
D-10	Erkek	İstanbul Üniversitesi	3,5 yıl
D-11	Erkek	İstanbul Üniversitesi	5 yıl
D-12	Erkek	Gazi Üniversitesi	6 yıl
D-13	Erkek	Gazi Üniversitesi	5 yıl
D-14	Erkek	Namık Kemal Üniversitesi	5 yıl
D-15	Erkek	Gülhane Tıp Akademisi	3 yıl
D-16	Kadın	Yurt dışı	15 yıl
D-17	Erkek	Yurt dışı	5 yıl
D-18	Erkek	Uludağ Üniversitesi	10 yıl
D-19	Erkek	Fırat Üniversitesi	9 yıl

D-20	Kadın	Bilgi Verilmedi	22 yıl
------	-------	-----------------	--------

12.2. Katılımcı Bilgileri (Eczacı)

KATILIMCI	CİNSİYET	MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE	MESLEKİ DENEYİMİ
E-1	Erkek	Eskişehir Anadolu Üniversitesi	10 yıl
E-2	Erkek	İstanbul İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi	44 yıl
E-3	Erkek	Bilinmiyor	17 yıl
E-4	Kadın	İstanbul Üniversitesi	23 yıl
E-5	Erkek	İstanbul Üniversitesi	14 yıl
E-6	Kadın	İstanbul Üniversitesi	37 yıl
E-7	Erkek	İstanbul Üniversitesi	20 yıl
E-8	Kadın	Karadeniz Teknik Üniversitesi	4 yıl
E-9	Kadın	Gazi Üniversitesi	4 yıl
E-10	Erkek	Medipol Üniversitesi	2,5 yıl
E-11	Erkek	İstanbul Üniversitesi	9 yıl
E-12	Erkek	Marmara Üniversitesi	18 yıl
E-13	Kadın	İstanbul Üniversitesi	29 yıl
E-14	Kadın	Hacettepe Üniversitesi	9 yıl
E-15	Kadın	İstanbul Üniversitesi	25 yıl
E-16	Erkek	İstanbul Üniversitesi	9 yıl
E-17	Kadın	Marmara Üniversitesi	8 yıl
E-18	Kadın	İstanbul İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi	40 yıl

E-19	Erkek	İstanbul Üniversitesi	18 yıl
E-20	Kadın	İstanbul Üniversitesi	12 Yıl

12.3. Katılımcı Bilgileri (İlaç Mümessili)

KATILIMCI	CİNSİYET	MEZUN OLDUĞU ÜNİVERSİTE- BÖLÜM	MESLEKİ DENEYİMİ
İ-1	Kadın	Üniversite Bilgisi Verilmedi-İşletme Bölümü	Meslekte 7. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı şirket deneyimi de olmuş.
İ -2	Erkek	Üniversite Bilgisi Verilmedi-İşletme Bölümü	Meslekte 10. yılı, 1 yıldır yabancı bir şirkette çalışıyor. 9 yıl yerli şirket deneyimi olmuş.
İ -3	Erkek	Anadolu Üniversitesi- Yönetim Bilişim Sistemleri	Meslekte 1. yılı ve 1 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.
İ -4	Erkek	Üniversite Bilgisi Verilmedi-Kamu Yönetimi Bölümü	Meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yerli şirket deneyimi de olmuş.
İ -5	Erkek	Kocaeli Üniversitesi- İşletme Bölümü	Meslekte 3. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışmaya başlamış. Geçmişte yerli şirket deneyimi de olmuş.
İ -6	Erkek	Kocaeli Üniversitesi- Halkla İlişkiler ve Tanıtım Bölümü	Meslekte 1. yılı ve 1 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.
İ -7	Erkek	İstanbul Üniversitesi- Kimya Bölümü	Meslekte 2. yılı ve 2 yıldır yerli şirkette çalışıyor.
İ -8	Erkek	İstanbul Üniversitesi- Kimya Bölümü	Meslekte 3. yılı ve 3 yıldır yerli şirkette çalışıyor.

İ -9	Erkek	Üniversite Bilgisi Verilmedi-Turizm Otelcilik Bölümü	Meslekte 10. yılı ve 10 yıldır yerli şirkette çalışıyor.
İ -10	Erkek	Üniversite Bilgisi Verilmedi-Sosyoloji Bölümü	Meslekte 13. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte uzun bir zaman yerli şirkette çalışmış.
İ -11	Erkek	Üniversite Bilgisi Verilmedi – Yeni Medya ve İletişim Bölümü	Meslekte 10. Yılı ve 10 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.
İ -12	Erkek	Üniversite Bilgisi Verilmedi – Tıbbi Tanıtım ve Pazarlama	Meslekte 5. yılı ve 5 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.
İ -13	Erkek	Anadolu Üniversitesi – Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü	Meslekte 8. yılı ve şu an yabancı bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yerli şirket deneyimi de olmuş.
İ -14	Erkek	Üniversite Bilgisi Verilmedi – İletişim Bilimleri Bölümü	Meslekte 8. yılı ve 8 yıldır yerli firmada çalışıyor.
İ -15	Erkek	Üniversite Bilgisi Verilmedi – İşletme Bölümü	Meslek 13. yılı ve şu an yerli bir firmada çalışıyor. Geçmişte şirketinin yabancı bir firma tarafından satın alınmasıyla çok kısa bir süre yabancı bir firma deneyimi de olmuş.
İ -16	Erkek	Yıldız Teknik Üniversitesi – Kimya Bölümü	Meslekte 17. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı firma deneyimi de olmuş.
İ -17	Erkek	Üniversite Bilgisi Verilmedi - Turizm İşletmeciliği Bölümü	Meslekte 16. yılı ve şu an yabancı şirkette çalışıyor. Ancak geçmişte uzun yıllar yerli şirket deneyimi de olmuş.
İ -18	Erkek	Yıldız Teknik Üniversitesi – Kimya Bölümü	Meslekte 9. yılı ve şu an yerli bir şirkette çalışıyor. Geçmişte yabancı şirket deneyimi de olmuş.

İ -19	Erkek	Üniversite Bilgisi Verilmedi – Biyoloji Bölümü	Meslek 11. yılı ve şu an yerli bir firmada çalışıyor. Geçmişte şirketinin yabancı bir firma tarafından satın alınmasıyla çok kısa bir süre yabancı bir firma deneyimi de olmuş.
İ -20	Erkek	Uludağ Üniversitesi – Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümü	Meslekte 4. yılı ve 4 yıldır yerli bir şirkette çalışıyor.



13. ÖZGEÇMİŞ

İlk, orta ve lise öğrenimini İstanbul’da, lisans eğitimini 2013 yılında Bursa Uludağ Üniversitesi Sosyoloji Bölümü’nde tamamladı. 2017 yılında Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi Sosyoloji Bölümü’nde “*Yeni Tıbbi Teknolojiler Bağlamında Ölüm Algısının Dönüşümü: Beyin Ölümü Çerçevesinden Değerlendirme*” başlıklı teziyle yüksek lisansını tamamladı. Aynı yıl doktora eğitimine başladığı bu bölümde halen Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.

