

Toplumsal Sınıfların Sağlık Deneyimlerine İlaç Üzerinden Bakmak

Hatice Özer

Öz: Bu çalışma, sağlığın toplumsal sınıflar tarafından deneyimlenme biçimlerini, Türkiye'nin son dönem sağlık politikalarının merkezinde yer alan "orijinal" ve "jenerik" ilaç formlarının reçetelenmesi özelinde incelemektedir. Türkiye'de 2000'li yıllar sonrasında belli toplumsal ve ekonomik hedefler doğrultusunda jenerik ilaç üretimi desteklenmeye başlamıştır. Jenerik ilaç, uzun ve masraflı AR-GE süreçleri gerektirmediği için devletin ilaç alımlarında avantaj sağlayacak ve dışa bağımlılıktaki riskleri azaltacak "yerli" ilaç formu olarak kodlanmıştır. Jeneriği üretilen orijinal ilaçların geri ödeme listesinden düşmesiyle, jenerik ilaç üretim alanında pazarlama etkinlikleri de yoğunlaşmıştır. Araştırma, yerli sermaye ile kurulan jenerik ilaç üreticisi firmaların doktor ziyaretlerini yoğunlaştırdığı İstanbul Bağcılar'da toplam 16 doktorla yapılan görüşme notlarına dayanarak kullanım değerine yönelik gelişen bu ilaç üretim alanını, tüketim boyutuyla ilişkisi üzerinden incelemeyi hedeflemektedir. Görüşülen doktorlar tıbbi tanıtım sorumlularının marka tercihlerinde etkisi olduğunu, kendilerine jenerik ilaç üreten firmalardan geldiğini, ilaç yazma eğiliminin de yine bu ilaç grubu içinde yer alan geri ödeme listesindeki jenerik ilaçlardan oluştuğunu söylemişlerdir. Semtteki hastalarınca ilaç tüketme eğiliminin oldukça yüksek ve bu konuda onlara direnç göstermenin zor olduğunu ifade etmişlerdir. Jenerik ilacın etkililiğine ilişkin iki yönlü tavır sergilenmiştir. Doktorların bir kısmı bilimsel onaya karışmadığını söylerken bir kısmı orijinal ilaç formu karşısında jenerik ilaca mesafesini korumuştur. Bu anlamda jenerik ilaç üzerinde kutuplaşmalar yaşandığı gözlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: İlaç, yerli ilaç, orijinal ilaç, jenerik ilaç, tüketim, sınıf, eşitsizlik, sermaye

Abstract: This study examines the methods of healthcare experiments of the social classes specific to the prescription of "original" and "generic" drug forms that are at the center of Turkey's recent healthcare policies. In Turkey, the promotion of generic drug production began after the 2000s in line with certain social and economic objectives. As generic drugs do not require a long, costly R&D process this not only offers an advantage for the state in terms of drug purchasing, but was also coded as a "local" drug form that would reduce the risks of foreign dependency. After the generically produced, original drugs were added to the reimbursement list, marketing activities in the field of producing generic drugs increased. The study aims to examine the association in the consumption aspect in the production field of these drugs developed according to the usage value based on notes taken in interviews with a total of 16 doctors in Bağcılar, Istanbul where doctor visits by generic drug companies established with local capital became more concentrated. The doctors in question said the pharmaceutical promotion representatives influenced their choice of brands; the generic drug manufacturing companies visited them and their tendency of issuing prescriptions consisted of these generic drugs that were in this drug group and included on the drug reimbursement list. These doctors said the tendency of drug consumption of patients in the district was significantly high and they found it difficult to resist them in this aspect. They displayed a bilateral attitude regarding the effects of the drugs. While some of the doctors said they would not interfere in scientific approval, some preferred the original drug form rather than generic drugs. In this sense, it was determined that there was disagreement regarding generic drugs.

Keywords: Drug, local drug, original drug, generic drug, consumption, class, inequality, capital.

@ Arş. Gör. Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi. hatice.ozero@msgsu.edu.tr

ib <http://orcid.org/0000-0001-8052-6982>

© İlimi Etüdler Derneği
DOI: 10.12658/M0561
insan & toplum, 2020.
insanvetoplum.org

Başvuru: 01.06.20
Revize: 17.08.20
Kabul: 2.11.20
Online Basım: 03.12.20

Giriş: “Farmakoloji Grameri” Üzerine

İlaç, hem epistemik değer taşıyan kimyasal bir form hem de piyasa için ekonomik değer taşıyan özgün bir metadır. Bu nedenle ilaç üretimi ancak bilimsel ve ekonomik sermayenin birbirini tamamlayıcı ilişkisi ile mümkün hâle gelebilmiştir. Erken tarihsel dönemlerden itibaren bilimsel ilaç araştırmalarında bu simbiyotik ilişki derhal göze çarpmaktadır. 19. yüzyıl sonrasında bilimsel bir ilacın keşfi, hemen her zaman özel teşebbüslerin üstlendiği üretim süreciyle kiteselleşmiştir. Hatta ilacın giderek büyüyen bir sermaye birikim alanı hâline gelmesiyle özel teşebbüslerin sadece maddi üretimde kalmadığı ilaç araştırmalarına finansörlük yaparak onların araştırma süreçlerini desteklediği de görülmektedir (Porter, 2016, ss. 108-109). Bu nedenle ilaç üretim alanı, maddi üretim araçlarına sahip olanlarla bilimsel üretim araçlarına sahip olanlar arasındaki ortaklık neticesinde inşa edilmiş sermaye birikim alanlarından birini temsil etmektedir.

İlaç üretiminin önemli bir boyutunu ise devlet politikalarıyla ilişkisi oluşturmaktadır. Temelleri 1950’li yıllarda atılan ve bugünkü anlamda halkçı sağlık politikalarının alt yapısını oluşturan birtakım uygulamalar doğrultusunda devlet, genel halk sağlığından önemli ölçüde sorumlu sayılmaktadır. Sağlığın ilaçlarla yakın ilişkisi göz önünde bulundurulduğunda devletin ilaç teminindeki başarısı çoğu zaman güçlü sağlık politikalarına sahip olduğunu da göstermektedir. Bu yüzden ilaç temini, tüm ulus devletlerin ortak sorunu hâline gelmiştir. Ancak ilacın kullanım değerini önceleyen bu yaklaşım, ilaç üretim alanında tam etkinlik sağlayan ve sağlayamayan ulus devlet yapılarında ilaç teminine yönelik farklı tutumların gelişmesine neden olmuştur. Zira ilaç üretim alanında lazım olan ve yukarıda sözü edilen bilimsel ve ekonomik iş birliği koşulu, Amerika ve Batı Avrupa ülkelerinin birçoğunda olduğu gibi yeni ilaç molekülü geliştirmeye dönük, keşif odaklı ilaç araştırmalarına yönelik gerçekleşmemektedir. Gelişmekte olan ülkelerin birçoğunda ilaç üretimi AR-GE (araştırma-geliştirme) odaklı değil ÜR-GE (ürün-geliştirme) odaklı gelişmekte ve bilinen aktif maddelerin ya da formülasyonların birtakım özellikleri değiştirilerek oluşturulan ikincil ilaç buluşlarına yönelmektedir (Vural, 2015, s. 151). Orijinal ilaçlar karşısında genel olarak “jenerik” ya da “muadil”, “eş değer”, “kopya” gibi isimler almakta olan bu tür ilaçlar, uzun ve masraflı AR-GE süreçleri gerektirmeyen, orijinal ilacın patent koruma süresi dolduktan sonra satışa sunulabilen dolayısıyla daha kısa zamanda ve daha az maliyetle üretilen ilaçlar olduğundan ilaç sanayisi zayıf olan ulusal kesimler tarafından giderek artan biçimde maddi üretimi destelenmektedir.

Uzun yıllar boyunca keşif odaklı gelişen küresel ilaç üretim alanında ilaç müteşebbislerinin uzun ve masraflı araştırma süreçlerinin telafisi olarak güçlü koruma

talebine yöneldiği ve bunun da tüketim odaklı manipülasyonları artırdığı bilinmektedir. Bu anlamda ilaç AR-GE'si yapan ulus ötesi sermayenin önemli temsilcileri özellikle erken tarihsel dönemlerde, gelişmekte olan ve ilaç üretme potansiyeli bulunmayan ülkelerde daha güçlü fikrî mülkiyet hakları rejimlerinin oluşturulmasını da talep etmişlerdir. Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIPs) anlaşmasının imzalanması, ulus ötesi sermaye için bu anlamda en önemli kazanımlardan biri olmuştur. Böylelikle ilaç AR-GE'si yapamayan ve bilimsel-ekonomik sermayeyi buluşturmak noktasında potansiyel de taşımayan ulusal kesimler, zayıf politik tutumlar sonucunda giderek dışa bağımlı hâle gelmişlerdir. Türkiye'de de ilaç ürünlerine yönelik fikrî mülkiyet hakları bağlamında konulan küresel kurallar, çeşitli nedenlerle kabul görmüştür. Örneğin; Türkiye'de yerel ilaç sermayesinin dağınık ve örgütsüz duruşu ile AB entegrasyon sürecinin yarattığı karşı bağımlılık, bu kabule neden olan iki önemli etken olarak gösterilebilir. Aynı zamanda Türkiye'de devlet, ulus ötesi sermayeye eklenen 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). Ancak bunun zamanla küresel hegemonik bir yapıya bürünmesi, ilaçta dışa bağımlılığın yarattığı sürekli riskler, ilaç tüketimine yönelik manipülasyonlar aynı zamanda bu entegrasyonun zamanla ilacın ekonomik değeriyle de mesafeyi artırması yeni politik tutumları öne çıkarmıştır. Bunlar içerisinde en çok öne çıkan taleple yerli jenerik ilaç üretmenin halkın ilaç teminini kesintisiz sürdürmeye dönük boyutudur.

Türkiye'de bahsi geçen nedenlerle jenerik ilaç üretimi desteklenmiş ve yıllar içerisinde de -her ne kadar hâlâ küresel ilaç piyasası ile yarışamayacak düzeyde de olsa- güçlenmiştir. 2000'li yıllar sonrasında pazar etkinliği artan jenerik ilaç üretimiyle beraber patent koruması dolan ilaçların yerli "kopyasını" üretmek yaygınlaşmış ve böylelikle halkın ilaç ihtiyacının karşılanması başta olmak üzere ilaçla ilgili çeşitli düzeydeki toplumsal ve ekonomik kaygıların tümüyle bertaraf edilmesi hedeflenmiştir. Türkiye'de üretim yapan ve yıllar içinde üretim alanına dahil olan yerli sermayeyle kurulan ilaç şirketlerinin tümü jenerik ilaç üreticisidir. Ulusal ilaç alanında konumlanan jenerik ilaç üreticilerinin sayısı ise giderek artmaktadır.¹ Diğer taraftan yerli jenerik ilaç üreticisi firmaların sayılarının artması sonucunda on-

1 Bkz. <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr/indicators/33/turkiye-ilac-pazari>

ların, ulus ötesi ilaç sermayesinininkine birçok açıdan benzeyen serbest pazar refleksi edildiği görülmektedir. Jenerik ilaç üretim alanında da pazarlama faaliyetleri, ilaç üretim alanı ile yakın ilişki içinde dolayısıyla tüketim ilişkileri küresel paydaşlarınıninkine benzer manipülasyonlara açık bulunmaktadır.

Jenerik ilaç her ne kadar 2000’li yıllarda halkın ilaç teminini önceleyen siyasal hedefler doğrultusunda şekil almışsa da kullanım değeri kadar değişim değeri de heyecan verici olmuştur. Bakıldığında hem SGK hem de yerel ilaç sermayesi, jenerik ilaç ürünleri arasında yer alan ilaçlardan birinin reçetelenmesi için doktor ve eczacılara yönelik pazarlama faaliyetlerini küresel paydaşları gibi sürdürmeye devam etmektedirler. Jenerik ilaçlar, devletin kamusal ilaç harcamalarında ciddi mali avantajlar sağlamaktadır. Son yıllarda kamusal ilaç harcamalarının artması söz konusu avantaj durumu ile tam bir zıtlık oluşturmaktadır. Bununla beraber orijinal ya da jenerik ilaç üreticilerinin pazarlamada mekânsal yönelimleri açısından farklılık göstermeleri de dikkat çekmektedir. Orijinal ilaç üreticileri, pazarlama faaliyetlerinde büyük ölçüde sosyoekonomik düzeyin yüksek olduğu semtlere yönelirken jenerik ilaç üreticileri tam tersi bir yönelim içindedir. Bu farklılaşma, ilaç şirketlerinin pazarlama faaliyetlerinin hedefinde yer alan doktorları ve ilaç tercihlerini dönüştürme potansiyeli taşımakta en nihayetinde hastalar arasında tüketilen ilaçlar açısından farklılaşmaya sebep olmaktadır. Görüşme notlarında da paylaşılacağı üzere jenerik ilacın etkililiğine ve verimliliğine ilişkin doktorlar tarafından dile getirilen tereddütlerin bu sınıfsal ayrışmayı iyice belirginleştirdiği düşünülmektedir.

Elinizdeki çalışma, ilaç alanındaki iki ana hattın üretim pratiğini yapısal ölçekte takip ederek bir tüketim haritası çıkarmaya çalışmaktadır. Diğer bir deyişle AR-GE ve ÜR-GE odaklı çalışan, yabancı ve yerli olarak kodlanan bu iki ilaç üretim alanında büyük ölçüde yerli şirketlerin etki alanında kalan doktorların ilaç tercihleri ile şekillenen tüketim ilişkileri incelemektedir. Bu zincirin ilk ve en önemli halkasını yapısal unsurlar oluştursa da alandaki etkileşimler ve sınıfsal bölünmeler özelinde ilaç tüketimi, doktorların ilaç reçeteleme tercihleri, birbirinden farklı iki ilaç formuna yaklaşımlarının mikro ölçekli bir araştırma ile ele alınmasına ihtiyaç duyulmuştur.

Joseph Dumit (2003), ilaçla ilgili süreçleri, siyasetin ve ekonominin merkez öğeleri olarak düşünmek gerektiğini bu yüzden de ilaçla ilgili süreçleri, strateji ve taktikleri gösteren “farmakoloji grameri”ne geniş bir çerçeveden bakmak ve analiz etmek gerektiğini söyler. Hiç kuşkusuz ekonomi, siyaset hatta bilim-devlet ilişkisi gibi yapısal unsurlar ele alınmaksızın jenerik ilaç üretim alanındaki sıçramanın anlaşılması zor görünmektedir. Ancak büyük ölçüde küresel ve yerel ikiliği ve karşıt-

lığı ekseninde gelişen ilaç üretim alanındaki yapısal unsurlar, toplumsal sınıfların sağlık deneyimleri ile iç içe geçmiştir. Sağlıkla endüstriyel ilişkilerin giderek yoğunlaştığı son dönemlerde küresel ilaç pazarının tüketim odaklı manipülasyonlara yöneldiği açıktır. Ancak bu yeni ve olumsal ilaç üretim alanında kullanım değerine yönelik gerçekleşen insancıl tutumun tüketim ilişkilerinde nasıl geliştiği ve neye evrildiği merak uyandırmaktadır. Yine doktorların bu manipülasyonla ne tür baş etme stratejileri geliştirdiği de önemlidir. Bu nedenle söz konusu tüketim ilişkilerinin karakterine jenerik ilaç pazarının yoğunlaştığı bir bölge üzerinden bakılması hedeflenmiştir. İlaç tüketimiyle yakından ilgili konumdaki doktorların anlatıları, çalışmanın ilerleyen kısımlarında Pierre Bourdieu'nün kuramsal ve kavramsal yaklaşımıyla incelenmeye çalışılacaktır. Bu sayede jenerik ilaç üretim alanının, küresel ilaca karşı iyi bir alternatif geliştirip geliştirmediği de anlaşılabilir.

Yöntem

Çalışma, yerli ilaçta üretim ve tüketim ilişkisini sorunsallaştıran doktora tez çalışmasının saha aşamasında ortaya çıkan iki soru ile şekillenmiştir. Sorular şunlardır: “Hastaların sınıfsal konumları ilaç tüketiminde bir belirleyen olabilir mi?” ve “Doktorların ilaç tercihleri hastaların sınıfsal konumlarıyla ilişkili midir?” Doktorların hastalığa yönelik bir ilaç tercihinde bulunmaları gerektiği açıktır ancak günümüzde ilaç üretim alanı ve pazarlama ilişkisi de doktorların ilaç yazma ya da diğer bir deyişle marka tercihlerini etkilemede kuvvetli bir dış etkene dönüşmüştür. İlaç üretim alanında pazarlama, ilaç üretici firmalara mensup tıbbi tanıtım sorumlusu personelin doktorlara ellerindeki “ilacı çalışması” yoluyla gerçekleşmektedir.² Bu çalışma için ilaç alanındaki bazı aktörlerle ön görüşmeler yapılmıştır. Söz konusu aktörlerden biri olan tıbbi tanıtım sorumlusu personelle yapılan görüşmelerde, düzenli ziyaretlerin doktorun reçete pratiğini etkilediği ifade edilmiştir. Diğer taraftan çalışmanın ilerleyen kısımlarında da görüleceği üzere doktorlar da tercihini kendisini en çok ziyaret eden tıbbi tanıtım sorumlusu kimse ondan yana kullandığını çeşitli şekillerde dile getirmişlerdir. Bu ziyaret rotalarında tıbbi tanıtım sorumlusu şirketine bağlıdır dolayısıyla onun çalıştığı bölgeler, şirketlerin mekânsal yönelimleri sonucunda belirlenmektedir. Yine tıbbi tanıtım sorumlusu ile gerçek-

2 Tıbbi tanıtım sorumlusu, medikal şirketler tarafından üretilen ürünleri sağlık kuruluşlarında çalışan kişilere tanıtan ve satış faaliyetlerini yöneten kişidir. Tıbbi tanıtım sorumlusu kişiler bağlı oldukları ilaç firmalarının belirlediği bölgelerde düzenli bir şekilde doktor ve eczacıları ziyaret etmekle görevlidirler. Doktor ziyaretlerindeki görev tanımları “ilacı tanıtmak” değil “ilacı çalışmak” olarak ifade edilmektedir.

leşen ön görüşmelerde anlaşılmıştır ki şirketler, hastaların alım gücüne dayalı bir ayrışma sonucunda tıbbi tanıtım sorumlusu personeli farklı bölgelere yönlendirmektedirler. Örneğin; yerli ilaç şirketlerinde çalışan tıbbi tanıtım sorumluları “Boğaz Hattı” olarak tanımladığı bölgeler için “orası orijinal (ilaç) kullanır” ifadesini sıklıkla kullanmış, kendilerinin “Bağcılar Hattı”na daha çok çalıştığını söylemişlerdir. Yine kendileri gibi yerli jenerik ilaç üreticisi firmaların benzer semtlere yöneldiğini dile getirmişlerdir. Doktor tercihlerinin ziyaret sıklığı ile şekillendiği de göz önünde bulundurulursa ilaç tüketicilerinin bu mekânsal ayrışmadan etkilenmesi kaçınılmazdır. Bu anlamda doktorların tercihleri kadar hasta yönelimleri, doktor ve hasta arasındaki diyalog, hastaların ilaca karşı algı ve tutumları da sınıfsal bağlamda incelenmeye ihtiyaç duymaktadır.

Bu noktada dikkat çekilmesi gereken konulardan biri, doktor ve hasta arasındaki ilişkidir. Doktor ve hasta arasındaki ilişki günümüzde ilaç tüketiminin önemli bir boyutunu oluşturmasına rağmen çok az sosyal teorisyen tarafından tartışılmıştır. Bunlar arasında önemli bir isim Talcott Parsons’tır. Parsons, tıbbın henüz bugünkü anlamda endüstriyel etkileşiminin yoğunlaşmadığı bir dönemde, doktor ve hasta arasındaki ilişkiyi roller bakımından tartışmıştır. Sosyal rolleri karakterize ettiği *Social System* adlı eserinde hasta ve doktoru, roller ve rol beklentileri ekseninde ele almıştır. Buna göre hasta, bir hastalığa sahip olması nedeniyle içinde bulunduğu aciziyet durumundan ötürü “sapma” yaşayandır. Ancak “iyileşmeyi arzuluyor” olması, hasta rolünün meşruluğu olarak koşullandırılmıştır. Hasta, rol beklentileri gereği tıbbi öneriler talep eder ve bunlara uymak bakımından da doktora karşı sorumludur. Parsons’a göre doktorlar her zaman “profesyonel kompleks” diye söz ettiği standartlaşmış mesleki normları taşımaktadırlar. Bu mesleki normlar da hastaların sömürülmesini önler ve beceri boşluğundan doğan tehlikeleri azaltır (Parsons, 1951, ss. 463-464).

Parsons’ın hasta rolüne bakıldığında, bu rolün doktorun mesleki statüsüne de anlam ve itibar kazandırdığı açıkça görülmektedir. Parsons, doktor ve hasta ilişkisini her ne kadar kolektivite ilişkisi olarak yorumlarsa da doktorun bilgi ve tecrübe donanımı hâkim pozisyonu temsil ettiğini göstermektedir. Böylece doktor bu bakımdan hiyerarşik bir üstünlüğe sahip olmaktadır. Reçete yazmak bakımından da bu üstünlüğünü sürdürmektedir. Parsons’ın analizi, temel sosyal teori ile kurduğu bağ açısından oldukça değerlidir. Ancak doktor ve hasta arasındaki kolektivite ilişkisinde oldukça pembe bir tablo çizdiği görülmektedir. Bu ilişkide doktorun sosyal denetim rolü, mesleki üstünlüğüne teslim edilerek neredeyse hiç sorgulanmamaktadır. Parsons’ın meslek gruplarının kendi kendilerini denetleme işlevine aşırı güven beslediği görülmektedir.

Bilindiği üzere tedavide doktor tarafından yazılan ilaçlar ve ilaçların içerdiği etken maddeler hakkında hasta davranışı genellikle pasiftir. Hasta, bilgi sermayesinin zayıflığı göz önünde bulundurulduğunda çoğu kez alıcı konumda yer almaktadır (Parsons, 1951, s. 39). Diğer taraftan hasta ve doktor etkileşimindeki zamansal kısıtların da basit düzeyde bile bilgi alışverişine engel teşkil ettiği görülmektedir. Tedavide hastadan beklenen şey, (rol-beklentileri gereği) çok fazla sorgulama yapmaksızın bu dikey ilişkiyi kabullenmesi ve sürdürmesidir. Yani doktordan hastaya yönelen ilgi neticesinde hasta, çoğunlukla doktorun yazdığı bir ilacı almak ve kullanmak durumunda olmaktadır. İlacın ne'liğine ilişkin bilgi sermayesine sahip olunmadığı gibi otomatikleşen bir tavır sürekli içselleştirilir. Böylece ilaç, tedavinin giderek daha başat bir unsuru hâline gelmektedir. Diğer taraftan bu ilişki biçimi zaman zaman doktoru da hastanın ya da diğer dış unsurların yönlendirmesine mahkûm edebilmektedir. Bunu daha iyi anlayabilmek için bu çalışmada sorulan diğer sorular şunlar olmuştur:

- Doktorlar, hastalarının ilaç tüketim alışkanlıkları hakkında ne düşünüyor?
- Doktorlar ile tıbbi tanıtım sorumlusu arasındaki ilişki, ilaç yazma tercihini ne şekilde etkiliyor?
- Yerli ilaç şirketleri neden sosyoekonomik düzeyi düşük semtlerde çalışan Aile Sağlığı Merkezi (ASM) doktorlarını daha çok ziyaret ediyor?
- Doktorların yerli ve yabancı ilaçlara karşı bakış açısı (etkililiği ve güvenilirliği hakkındaki düşüncesi) nasıl?
- İlaç reçeteleme tercihlerinde bu düşüncelerinin etkisi var mıdır?

Araştırmada, nitel araştırma yöntemlerinden biri olan derinlemesine görüşme tekniği tercih edilmiştir. Görüşmeler, jenerik ilaç pazarının yoğunlaştığı Bağcılar bölgesinde 4 farklı ASM'de çalışan toplam 16 doktor ile yapılmış ve kendilerine hastalarının ilaç tüketim alışkanlıkları, orijinal ve jenerik ilacı reçeteleme tercihleri ile bu iki ilaç formuna dair düşünceleri üzerine sorular sorulmuştur. Doktorlarla yapılan görüşmelerden önce tıbbi tanıtım sorumlularının "Boğaz Hattı" ya da "Bağcılar Hattı" diye ayırdığı bu bölgelerin sosyoekonomik ve sosyokültürel düzlemdeki karşılığının doktorun ilaç tercihine etkisi önemli bir konu olarak araştırmacıyı motive etmiştir. Görüşmeler bu çalışma için sadece doktorlarla sınırlandırılmıştır. Bunun nedeni, doktorların, hastalar ve tıbbi tanıtım sorumluları (dolayısıyla şirketler) arasında yer alan kritik bir pozisyonu temsil etmeleridir. Yine reçete yazmaları bakımından sahip oldukları üstünlük de göz önünde bulundurulduğunda belli bir bölge içerisindeki ilaç tercihlerini soruşturmak için doktorlarla görüşmek anlamlı

bulunmuştur. Çalışmanın tek bir görüşme grubu ile sınırlandırılmasının taraflı veri doğurma ihtimali, veri analizinde göz önünde bulundurulmuş ve araştırmacı buna karşı gereken özeni göstermeye çalışmıştır. Katılımcılar, isimlerinin kullanılmasını kesinlikle istememişlerdir. Bu nedenle görüşme yapılan doktorlara, görüşme sırasına göre “D1, D2, D3...D15, D16” olarak isim verilmiştir.

Jenerik İlaç Üretim Alanı: Üretim-Tüketim İlişkileri Ekseninde Toplumsal Sınıflar

İlaç üretim alanı, neoliberal ideolojinin dünya ölçeğinde yarattığı yapısal ekonomi-politik dönüşümler olmaksızın anlaşılması güç bir alandır. 1980’li yıllardan sonra pek çok alanda olduğu gibi sağlık hizmetleri de merkezî devlet örgütlenmesinin parçalı hâle gelip özel teşebbüslerle ortaklık kurmaya başladığı yeni bir hâl almıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumunda başat rol oynayan ilaç ürünleri ise bu süreçte söz konusu ortaklıkların en gözde unsurlarından biri hâline gelmiştir. Zira ilaç, zaruri bir tüketim maddesi olması nedeniyle piyasa belirsizliklerini azaltmakta ve pazar için istikrar ve sürekli büyüme potansiyeli taşıyarak değişim değerini güçlü biçimde korumaktadır (Yavuz, 2013, s. 44). Ancak ilaç ürünlerinin AR-GE temelli üretimi ve dağıtımı, ilaç alanında bilimsel ve ekonomik sermayenin zayıf olduğu ulus devlet formlarında iki açıdan sorun teşkil etmiştir. İlki, ilaç ürünlerinde dışa bağımlılığın yarattığı kullanım değerine yönelik riskler etrafında gelişirken diğeri süregelen bir sermaye akışının olduğu ilaç pazarı ile mesafenin sürekli açılmasıdır. Bu anlamda ÜR-GE temelli jenerik ilaçların üretimi, ulusal menfaatlerle ilgili kısma odaklanarak güçlü bir alternatif ilaç üretim politikası olarak sıklıkla dile getirilmiştir.

Jenerik ilaç üretim alanına meşruiyet sağlayan temel olumlayıcı unsurlardan bazıları, bu ilaçların belli yasal prosedürler sonrasında yerli imkânlarla somutlaşması dolayısıyla daha az maliyetli ve erişilebilir özellikte olmalarıdır. Diğer taraftan jenerik ilaçların halkın ilaç teminini kolaylaştırıcı boyutu dışında kalan, serbest pazar etkinliği altında üretilmeleri ve bunun ilaç tüketimine yansımaları gibi konular çoğu kez tartışılmamaktadır. Bu noktada David Harvey’in neoliberal devletin meşruiyet zeminini oluşturan unsurlara vurgusu hatırlanmalıdır. Harvey, neoliberalizmin iktisadi etkinliğin devletten işletmelere kayması, iktisadi servetin sadece birkaç kişinin elinde yoğunlaşması sorunu olarak görülse de kamusal alanda işleyişinin onu oldukça ılımlı bir ekonomi politikası olarak göstermekte ve gizlemekte olduğunu iddia eder. Bir tür milliyetçiliğin bu ekonomi politikanın teminatı anlamına geldiğini savunmaktadır. Harvey’e göre devlet, refahla ilgili yükümlülüklerinden

çekilip ya da paylaşılıp sağlık, kamusal eğitim ve sosyal hizmetler gibi alanlardaki rolünü küçültürken kişisel roller ve görevler ön plana çıkarılmaktadır ki bu rollerin inşa sürecinde kurumlar ve şirketler tarafından üretilen stratejiler ve taktikler de önem kazanmaktadır (Harvey, 2015, s. 93). 2000’li yıllar sonrasında Türkiye’deki jenerik ilaç üretim alanına bakıldığında alanın birçok açıdan avantaj sağladığı tartışılmaz bir gerçektir zira devletin temel sorumluluklarından biri hâline gelen ilaç ihtiyacını karşılamada jenerik ilaç üretimi makul koşullar sunmuş ve sunmaya devam etmektedir. Ancak üretim alanında rekabete dayalı ilişkiler yumağı içinde yer alan aktörlerin dolaşımı nedeniyle küresel ilaç üretim alanındakine benzer manipülasyonları çağırıldığı da görülmektedir. Bununla beraber ilaç ürünlerinin birer tüketicisi olarak düşünülebilecek hasta ve hastalık potansiyeli taşıyan kimseler, neoliberal ekonomik etkinliği ve ideolojinin taşıyıcısı hâline gelmektedirler.

Neoliberalizmin temel aktörleri olarak büyük şirketler öne çıkmaktaysa da yaşama işleyen akılsallık (rasyonalite) boyutu ayrıca söz konusu bu kurumların işleyişini kolaylaştıran ve sürekliliğini sağlayan temel etkidir. Akılsallık, tüm insan eylemlerine ve yaşamdaki tüm alanlara sızmakta, bireylerin kendi sağlıklarını, verimliliklerini ve sermaye hesaplarını yapmaksızın yaşayamaz hâle getirmektedir. Bir akılclılaştırma mekanizması olarak işlemesi, neoliberalizmin yapısal ilişkileri belirlediği kadar yaşam alanlarını da düzenlemesi, yönlendirmesi ve yeniden üretmesi anlamına gelmektedir (Foucault, 2015; Dardot ve Laval, 2018; Marazzi, 2017; Han, 2019; Illouz, 2018). İnsanın kendisini (sermayesini) yönetmesi, davranışlarını rekabet ve çıkar ilişkileri doğrultusunda düzenlemesi gerektiği, neoliberal dönemde toplumsal alana yayılan temel bir arzu hâline gelmiştir (Dardot ve Laval, 2018, s. xii). Bu minvalde Gilbert Welch ve arkadaşlarının sağlık alanında aşırı teşhisi sorunsallaştırdıkları çalışmaları, söz konusu durumu özetleyen iyi bir yaklaşım sunmaktadır. Bu çalışmada, sağlıkla ilgili “özgür” tercihlerin aslında hemen her zaman ağ içinde şekil aldığı gösterilmek istenmiştir. Görünürde herhangi bir sağlık ağ kurumu ve aktörler aracılığıyla hepsi de iyileştirmeye yönelik çeşitli imkânlar sunabilmekte ve ağ içindeki hastalar da hekimler de yine kendi özgür iradeleri doğrultusunda bu ağa katılmaktadırlar. Ancak hem hastalar hem de sağlıklı kişiler, kişisel sağlıkları ile ilgili sürekli pompalanan kaygılarla, doktorlar da kimi zaman elde edecekleri kâr kimi zamansa ihtiyaç olmasa bile daha somut bir hizmet sunma niyetiyle başvurdukları araçlarla sağlık alanında edilgen birer tüketicie dönüşmektedirler (Welch, Schwartz ve Woloshin, 2013, s. 156). Bu sayede neoliberalizmin ekonomik etkinliği, kendi sağlığı ve akıbeti konusunda sürekli kaygılanması için kurgulanan “girişimci insan” figürünün omuzlarında yükselmektedir.

Neoliberalizmi, ilaç alanını ve daha özelden jenerik ilaç üretim alanını şekillendiren yapısal bir unsur olarak ele almak mümkündür. Ancak aktörler arası etkileşimi anlamak için Pierre Bourdieu'nün kavramsal ve kuramsal yaklaşımıyla jenerik ilaç alanını ve alandaki çeşitli aktörleri incelemenin işlevsel olacağı düşünülmektedir. Aslında Bourdieu, sağlık ve tıp alanında hiç çalışma yapmamış olmasına rağmen "habitus", "alan" ve "sermaye" gibi kavramları bu alandaki yakın tarihli çalışmalarda giderek önem kazanmıştır (Cockerham, 2013, s. 127). Bourdieu'nün kuramı her şeyden önce sosyal bilimlerde yerleşik hâle gelen ikilikleri aşmayı hedefleyen ve bunu özgün kavramsal araçlar kullanarak geliştiren metodolojik bir yaklaşım sunmaktadır. Bu ikiliklerden bizim çalışmamız için de önemli olanı yapı-fail (aktör) ikiliği ve bunu aşma çabasıdır. Bourdieu'de yapı ile fail arasındaki ilişki, içsellik ve dışsallık diyalektiği başka bir deyişle "dışsallığın içselleştirilmesi" ve "içsellikğin dışsallaştırılması" olarak gelişmektedir. Bourdieu bunu şöyle açıklar: "Bir taraftan, sosyoloğun, failerin öznel tasarımlarını uzak tutarak nesnelci momentte inşa ettiği nesnel yapılar, öznel tasarımların temelidirler ve etkileşimler üzerinde etkili olan yapısal baskıları oluştururlar. Ancak diğer taraftan, bu yapıları dönüştürmeyi veya muhafaza etmeyi hedefleyen bireysel veya kolektif mücadeleleri izah etmek istiyorsak, bu tasarımlar dikkate alınmalıdır. Bu nesnelci ve öznelci momentin diyalektik bir ilişki içerisinde oldukları anlamına gelir" (Bourdieu, 2016, s. 192). Diğer bir deyişle, yapılaşmış örüntüleri anlamak önemlidir ama failerin pratikleri anlaşılacak isteniyorsa bu kesinlikle yeterli olmayacaktır. Ancak tam tersi biçimde başlı başına faili anlamak da yapıyı anlamlandırmak için yeterli olmayacaktır.

Bourdieu, kendisinden önceki yapısal ve toplumsal etkileşimci antinomiye aşmak için, toplumsal uzamı yapılar ve onların yeniden üretimini sağlayan iki tür nesnellik düzeyinde açıklamaya çalışmıştır: "İlk olarak maddi kaynakların ve toplumsal olarak kıt değer ve malları edinme araçlarının (Bourdieu'nün diliyle, sermaye türlerinin) dağılımı tarafından oluşturulan bir 'ilk düzey nesnellik' içinde; ikinci olarak da toplumsal eyleyicilerin pratik etkinliklerinin, davranışlarının, düşüncelerinin, duygularının, yargılarının simgesel matrisi olarak işlev gören zihinsel ve beşensel şemalar biçiminde, 'ikinci düzey nesnellik' içinde" (Bourdieu ve Wacquant, 2014, s. 17). Bu anlamda ilk düzey nesnellikle "alan teorisi", ikinci düzey nesnellikle "habitus teorisini" geliştirmiştir. Bourdieu, alan tanımlamasıyla yapılarla ilgili nesnelci dayatmaya kaçmadan, "şeyleşmiş tarihselliğe" ve failin içselleştirici mekanizmalarına atıf yapmaktadır (Etil ve Demir, 2014, s. 335). Bourdieu'de alan, aktörlerin hareket ettikleri ilişkilerin yapısal karakterine vurgu yapmaktadır. Buna göre alandaki yapısal-nesnel ilişkiler ağı, failer-özneler arasındaki görünür ilişkile-

rin ve etkileşimlerin şeklini ve içeriğini belirler. Alanın yapısı, aktörlerin pratiklerini şekillendirmekte, aktörler yapısal düzlemde bedenselleşmektedirler.

Alan tanımında diğer belirleyici bir kavram “sermaye”dir. Bourdieu’nün dört temel sermaye türü tanımladığı görülmektedir: İktisadi sermaye (para, servet), kültürel sermaye (eğitim, diploma), toplumsal sermaye (toplumsal bağlar) ve sembolik sermaye (bilgi, onur, itibar vs.). Sermaye, bu kuramsal yaklaşımda toplumsal uzamdaki sınıfsal konumları belirleyen bir mücadele unsuru olarak ortaya çıkmaktadır (Jourdain ve Naulin, 2016, ss. 107-109). Alanda failler ve kurumlar, bir mücadelenin tarafını temsil etmektedirler. Sahip oldukları farklı seviye ve türdeki güçlerle oyunda mücadele nesnesi konumunda bulunan belirli birtakım kazançları ele geçirmek için mücadele ederler. Ancak alanda güç sahibi olanlar, kendi çıkarlarını gözetirken tahakküm altında olanları da hesaba katmak durumundadırlar. Eğer bir alandaki egemenler, tahakküm altındakileri gözetmezse o zaman aygıt dönüşürler (Bourdieu, 2018a, s. 165).

Bourdieu’nün kavramsal terkibi doğrultusunda “ilaç üretim alanının” bir alana mahsus tüm özellikleri taşıdığı görülmektedir. İlaç üretim alanından söz edildiğinde onun yapılaşmış ilişki örüntülerine atıf yaptığı, alandaki aktörlerin pratiklerini koşullandırma kapasitesi taşıdığı (içsellik dışsallaştırılması) anlaşılmaktadır. İlaç üretim alanının barındırdığı sermaye türlerine baktığımızda ise ilaç üretim alanında yer alan iki alt alanının ortak ve farklı sermaye türleri barındırdığı görülmektedir. Örneğin; alt alanlardan biri olan “orijinal ilaç üretim alanı” “jenerik ilaç üretim alanından” farklı olarak “bilimsel” sermayenin de taşıyıcısı konumundadır. Jenerik ilaç üretim alanı ise bilimsel sermayenin zayıf kullanım değerine dönük gelişmesi ile “ulusal” sermayenin yüksek olduğu bir alandır. Her iki alt alanda başat sermaye türü hiç kuşkusuz iktisadi sermayedir ancak “alanların mantığı” birbirinden farklıdır. Bundan sonra ilaç üretim alanını belirleyen diğer sermaye türününse sembolik sermaye olduğu söylenebilir. Zira ilaç üretim alanı sağlık üzerine kuruludur, münferit hastaların kurtarılışı, yeni hastalıkların keşfi ve çaresi, ilacın mucizevi etkileri vs. bu alanın sembolik sermayesini sürekli güçlü tutmaktadır (Rajan, 2012, s. 237). Bu anlamda jenerik ilaç üretim alanı, ilaç üretimindeki keşif odaklı etkinlikler içerisinde değil (zira bilimsel sermayenin edinim süreci oldukça zahmetlidir) yine kendini kullanım değeri içerisinde somutlaştırmış “ulusal” sermaye üzerinden konum edinmektedir. Bu anlamda jenerik ilaç üretim alanı, ulusal ilaç üretimi ve millî menfaatin temsili gibi şablonlarla da özgünlük kazanmaktadır.

İlaç üretim alanında orijinal ve jenerik ilaç üretim alanının sırasıyla “ortodoks” ve “heterodoks” tutumun temsilcisi olduğu düşünülebilir. Aslında hem ori-

jinal hem de jenerik ilaç üretim alanı, alana özgü iktisadi ve sembolik sermayenin peşindedir ve alandaki “oyun” bu sermaye mücadelesi içinde sürüp gitmektedir. Ancak orijinal ilaç üretim alanı ile jenerik ilaç üretim alanında stratejik farklar bulunmaktadır. Jenerik ilaç üretim alanı, alana sonradan girmesiyle dezavantajlı ancak getirdiği mali avantajlar sebebiyle öndedir. Diğer taraftan örneğin; kimyasal formu bakımından farklılaşsa da (muadil, kopya, yerli vs.) alandaki pazar yönelimini sürdürmesi açısından takip stratejisi benimsemektedir. Jenerik ilaç üretim alanında da tepeden aşağıya doğru devlet, ilaç endüstrisi, eczacılar, doktorlar, tıbbi tanıtım sorumluları ve son olarak ilaç tüketicileri yer almaktadır. Alan bu bakımdan bir mücadele alanı olarak içinde farklı kaynakları olan failerin yerleşik güç ilişkileri koruma ve dönüştürme konusunda birbirleriyle karşı karşıya geldiği sosyal olarak inşa edilmiş eylem alanıdır.

Bourdieu, alanların mantığını habitus ile analiz etmeye çalışır. Habitus kavramını tanımlamadan önce Bourdieu, “nesnel ilişkiler sistemlerini, bireyin tarihinin ve grubun tarihinin dışında oluşmuş bütünlüklere çevirerek, yapı gerçekliğinden kaçmak, pratik veya pratiklerin doğuş tarzı teorisini inşa etmek gerekir” şeklinde ifade eder ve “habituslar (kalıcı yatkınlık sistemleri), yapılandırıcı yapılar şeklinde yani kurallara itaatın ürünü olmadan, sonuçları bilinçli olmadan ve böylece de bir orkestra şefinin örgütleyici eyleminin ürünü olmadan da kolektif olarak harmoni içinde olabilecek nesnel olarak ‘düzenlenmiş’ ve ‘düzenli’ olabilecek pratik ve temsillerin üretilme ve yapılandırılma ilkesi olarak işlemeye eğilimli, yapılanmış yapılar” der (Bourdieu, 2018b, s. 158). Habitus bu tanımdan da anlaşılabilirliği üzere failin açık bir sebep ve belirgin bir niyeti olmayan pratiklerinde yine de “anamlı”, “makul” ve nesnel olarak ayarlanmış pratikleridir.

Yatkınlık kelimesi habitus kavramının kapsadıklarını ifade etmek için son derece kullanışlı bir kavramdır. Öncelikle yapı kelimesine çok yakın bir anlam sunan örgütleyici bir eylemin sonucunu ifade eder öte yandan bir varoluş tarzını, alışıldık bir hâli (özellikle beden söz konusu olduğunda) ve bir elverişliliği, bir eğilimi, bir temayülü, bir meyli tanımlar. Dışsallığın içselleştirilmesi ya da içselliğin dışsallaştırılması diyalektiğine tam uygun bir ifade olarak görülmektedir. Habitus burada “tüm geçmiş deneyimleri bütünleştirerek her an algı, beğeni ve eylem matrisi gibi işleyen” bir yatkınlıklar sistemidir (Bourdieu, 2018b, s. 161). Habituslar alanların yapısal/nesnel karakterlerinin fail tarafından içselleştirilmesi, pratikler olarak dışsallaştırılmasıdır. Sosyalleşme biçimlerinde toplumsal yapıların düşünme, algılama biçimlerine nakşolunması ve bunun bedensel yatkınlıklar sistemine dönüşmesi anlamına gelmektedir (Etil ve Demir, 2014, s. 339).

Yatkınlıklar bir “sistem” oluşturmaktadır yani kişinin şeyleri algılama ve hissetme tarzının benimsenmesine katkı sağlar. Bunlar ayrıca belli bir süreklilik içinde devam etmektedir. Bilhassa da aktörlerin her zaman farkında olmadığı kolaylıklardır ve içinden çıktığı sosyal sınıfla sıkı bir ilişkiye sahiptirler (Bourdieu, 2012, s. 18). Bourdieu aslında toplumsal sınıfları Marksist terminoloji ile değil toplumsal sınıf fraksiyonlarını sembolik alana temas eden ayrımları ortaya koyan mütekebbiliyet analizi aracılığıyla inceler. Örneğin; benzer hayat koşullarına sahip bireylerin oluşturduğu gruplardaki/tabakalardaki sınıflardan bahsetmektedir (Sunar, 2018, s. 108, 110).

Toplumsal uzamda sınıfsal konumları belirleyen en önemli unsurun sermaye hacmi ve türü olduğu muhakkaktır. Bununla beraber ikincil olarak “tabakalaştırıcı” demografik birtakım özellikler sınıflandırıcı unsurlar olarak yer almaktadır (Weinger akt. Sunar, 2018, s. 115). Bakıldığında ilaç üretim alanında da bu sınıfsal unsurların sermaye hacmi ve türüne bağlı olarak değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Özellikle doktorlar ve hastalar arasındaki ilişkide sermayenin mutlak belirleyici olduğu görülmektedir. İlaç tüketicileri, ilaç üretim alanında sosyal ve sembolik sermayenin “bedenleşmiş” hâli olarak düşünülebilir. Bunu demografik açıdan sosyoekonomik düzeyi düşük hasta profilinde ve onun davranış kalıplarında gözlemlemek mümkündür (Ballantyne, 2016, s. 7). İlaç, iyileşmeyi arzulayan hasta için “sihirli mermi” vazifesi görmekte bu anlamda hastalar veya çeşitli nedenlerle ilaca endekslenen yaşamlar hem ilacın sembolik sermayesine hem de doktorun kültürel ya da bilgi sermayesine yaslanmaktadır. Doktorlarınsa alandaki diğer aktörlerle etkileşimi, reçete yazma pratikleri ve hastalarla ilişkisini dönüştürmektedir. Bu anlamda alanın mantık ve kuvvetlerinin aktörleri yapılandırarak çeşitli güç biçimlerinin farkına varma ve seçim türlerine şekil vermesini koşullandırdığı görülmektedir. Hasta habitusuna ya da doktor habitusuna bakıldığında bu sosyal bağlamı, ilişkileri koşullandıran maddi ve sembolik faktörler olduğu görülmektedir (Collyer, Willis, Franklin, Harley ve Short, 2015, s. 17, 21). Bu çalışma için konumlandırılmış olan semtteki sınıf ve sağlık deneyimlerini ele almak için bu maddi ve sembolik faktörlere jenerik ilaç üretim alanı özelinde bakılmaya çalışılacaktır.

Bulgular ve Tartışma

Bu kısım 2000’li yıllardan sonra ilaç üretim alanında güçlü bir alternatif olarak düşünülen jenerik ilaç üretim alanına dair mikro ilişkilere, alandaki aktörlerin etkileşimleri özelinde bakmayı hedeflemektedir. Ancak özellikle tüketim ilişkileri, doktorların reçete yazmadaki kritik pozisyonlarından yola çıkılarak anlaşılması müm-

kün görünmüştür. Bu çalışma için yapılan ön görüşmelerden biri, yerli jenerik ilaç üretim alanında çalışan bir yönetici ile yapılmıştır. Çalışmanın büyük ölçüde kalkış noktası da ilaç tüketimiyle ilgili bu veri olmuştur. Yönetici, kendi oğlunun 16 yaşında olduğunu ve bu zamana kadar toplamda 5 ya da 6 kez doktora gittiklerini ve çok az sayıda ilaç kullandıklarını söylemiştir. İlacın kaçınılması gereken bir kimyasal olduğunu da belirtmiştir. Benzer şekilde ilaç tüketiminin alt sınıflara/halk sınıflarına özgü bir yatkınlık olduğunu şu şekilde dile getirmiştir.

İlaç kullanımı Batı'dan Doğu'ya doğru gidildikçe artıyor. Mesela bizde doktor, ilaç yazmazsa o doktorun iyi olmadığına ilişkin bir inanç oluşuyor. Dolayısıyla bizde ilaç yazma, halk tarafından talep edilen bir şeydir. Örneğin; dünyanın her yerinde antibiyotik için iki günden fazla ateş sürmüyorsa kullanılmaz denir oysa bizde herkesin hastalığı çok ciddi! Diyelim doktor yazmadı, koşuyor eczacıya. İlaç alınca iyileşeceğine ilişkin bir inanç var. Ben sana şöyle söyleyebilirim ki ilaç kullanmak insanlarda zaman zaman plasebo etkisi yapıyor. Mesela; grip için paçavra hastalığı derler hatta bu hastalıkta ilaç alırsan 7 günde almazsan bir haftada iyileşirsin diye bir espri var, duymuşsundur. İnsanlar istiyor, doktor ne yapsın zaten yazacak. Bu konuda ben şirketlerin hiçbir etkisi olmadığını düşünüyorum... Bir kere zaten sistemin kendisi de sorunlu, eğitim araştırma hastanelerinde doktor günlük 8 saati var, 70-80 poliklinik yapıyor. Tek tek dert anlatamaz kimseye beklenti de zaten ilacın yazılması...

Bu görüşme, saha için kalkış noktası oluşturmuştur çünkü ilaç şirketleri için ürün tanıtım ve pazarlama gibi oldukça önemli bir pozisyondan tam da araştırmanın ilgilendiği aktörler hakkında fikir edinmek makul görünmüştür. Sahaya çıktıktan sonra yerli jenerik ilaç üretimi yapan bir firmada çalışan bu yöneticinin söyledikleri çeşitli şekillerde incelenmeye çalışılmıştır. Öncelikle ilaç tüketiminin “bilinç düzeyi” ile eşitlenmesi hakkında doktorun hangi düşüncede oldukları merak uyandırmıştır. Diğer taraftan doktorun bu “yanlış” bilinç düzeyi ile mücadelesi ne şekilde gerçekleşmektedir sorusu sorulmuştur. Esasında Bağcılar, şirketin önemli bir pazar alanını oluşturmakta ve buradaki hastaların yanlış bilinç düzeyi ile ilaç pazarının genişlemesinin aynı doğrultuda olacağı hesaplanmıştır. Eğer ilaç tüketmek, şirket yöneticisi ile yapılan görüşmeden çıkarsayabileceğimiz ölçüde “kaçınılması muhtemel” bir tüketme hâli ise doktorun bu anlamda rolü ve etkisi üzerinde nasıl düşünmek gerekir sorusuna da cevap aranmıştır.

Görüşme sorularının bir kısmı tam da bu nedenle semtteki hasta profilleri ve doktor-hasta arasındaki iletişime dair sorulardan oluşmuştur. Buna göre doktorların ikisi hariç semtteki hasta profilleri hakkında genel anlamda olumsuz görüş bildirmiştir. Onlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

Buraların yeni yerleşim yerleri olmasından dolayı sosyoekonomik düzeyi düşük. Daha cümleye başlar başlamaz şikâyetini anlatır anlatmaz anlıyor insan zaten. Kurduğu cümleden, şikâyetini 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 sosyoekonomik seviye düşük olunca tekrar tekrar geliyor bize. Ama biz de en fazla ağrı kesici falan veriyoruz (Mülakat, D1).

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 biliyor. 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 (Mülakat, D5).

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 uyarlısak burayı ortalamanın biraz daha altında (Mülakat, D3).

Görüşmelerde semtteki hasta profili ile ilgili tanımlamalar, doktor ve hasta arasında süreklileşen bir toplumsal mesafeye de işaret etmektedir. Bourdieu, bedenlenmiş kişi olarak anlaşılan bireylerin birer giysi gibi taşıdıkları habitusları aracılığıyla hem şimdiki hem de geçmişteki yerlerini her zaman ve her yerde beraberinde götürdüklerini söyler. Bu toplumsal kişilik aynı zamanda "toplumsal konum" işaretleri ile ilişkisiyle dolayısıyla nesnel konumlar arasındaki toplumsal olarak değil ama fiziksel olarak yakınlaşmış toplumsal kişiler arasındaki toplumsal mesafenin de işaretlerini taşımaktadır (Bourdieu, 2018b, s. 172). Hasta bedenselleşmiş bir tarzda kendi habitusunu sunmakta ve doktor da bu habitusa "gerektiği ölçüde" cevap vermektedir. Bourdieu'ye göre edinilmiş yatkınlıklar bütünü olarak habitus bir yerden bir yere taşınabilir yani geçmişte edinilen yatkınlıklar bütünü olarak habitus eyleycilerin şimdiki zamandaki düşünce kalıplarını ve tutumlarını belirler. Hastanın bedenselleşmiş habitusu ile doktorun habitusu ise böylelikle uyumlanır (*ajustement*). Aşağıdaki görüşme notu, bu uyumlanma sürecine bir örnek olarak gösterilebilir.

Burası birçok açıdan sıkıntılı ama ben seviyorum burada çalışmayı. (Neden?) Yani sağladığı bazı kolaylıklar da var (Neler mesela?) Ben konuşmayı sevmiyorum örneğin; geliyor hasta, çoğu kez göz teması kurmak istemiyorum, işimi yapmak istiyorum sadece. Genelde ilaç talep ediyorlar, fizik muayene de gerek olmuyor. Hatta bizim “...” da çalışan bir arkadaşımız var. Sedyeyi kaldırmışlar o kadar yani... (Peki siz başka yerde olsaydınız, hastayla ilişkiniz, ilgi ve alakanız değişir miydi diye düşünüyorsunuz?) Tabii, git bak Beşiktaş'ta bir ASM'ye doktorun bakışı değişir orda (Mülakat, D1).

Görüşülen doktorlara bir sonraki aşamada hastalarının ilaç tüketimleri ile ilgili sorular sorulmuştur. Büyük çoğunluğu iletişim problemine paralel şekilde ilaç yazdırma (hatta rastgele ilaç kullanma) direncinin de kuvvetli olduğunu dile getirmiştir.

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 geliyor. ‘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 geliyor. Kim yaptı elimizle yaptık bunu. Hâlen o kadar bilinçlenme kampanyasına rağmen bazı hastalar ısrarla antibiyotik yazmamızı istiyorlar (Mülakat, D9).

Antibiyotik talebi ve yanlış kullanımına ilişkin hemen hemen tüm doktorlar şikâyette bulunmuştur. Ancak ilaç tüketiminin tartışıldığı bir konuda antibiyotik oldukça iyi bir örnek olarak karışımızda durmaktadır. Zira antibiyotik kullanımına getirilen kısıtlama ile kullanım düzeyi önemli ölçüde düşmüştür. Bu durum ilaç tüketiminin 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 kaybolur, gelişen enfeksiyonun antibiyotikle geçmesi gerekirken süre uzar ve kötüleşebilir. Bu nedenle 2013 yılında reçetesiz antibiyotik satışı yasaklanmıştır, hastalar ancak doktor yazdığında antibiyotik alabilmektedirler. Buna bağlı olarak yıldan yıla antibiyotik kullanımı düşmüştür. Muhtemelen yapısal açıdan bir kısıtlama getirilmemiş olsaydı Türkiye’de hâlâ antibiyotik kullanımının fazla olması söz konusu olabilirdi.

İlaç konusundaki bir diğer konu, ilaca erişim ki burada doktorlar jenerik ilaç üretiminin hastalara ilaç alımında “bedava” algısı yaratmasıyla beraber yaygın tüketim ilişkileri oluştuğunu iddia etmektedirler.

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 (Mülakat, D11).

Daha önce de belirtildiği gibi ilaç, bilimsel bir kod taşıması itibarıyla ilaca atfedilen anlam ve bağımlılık düzeyi de gelişmektedir. Bunun koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri arasında uçurum yarattığı muhakkaktır. Özellikle kendi hastaları için içinde yaşanılan mekânlarda fiziksel koşulların oldukça düşük olması nedeniyle geliştiği sıkça vurgulanmıştır.

Diğer taraftan birbiri yerine ilaç ikame etmenin toplumsal bir yatkınlık olarak algılandığı düşünülmektedir. Aslında ilaçların hiçbir zaman tam anlamıyla bitmesi özellikle akut hastalıklarda kısa sürede iyileşme yaşanmasına bağlı olarak sıkça yaşanmaktadır. Bunun dışında aşağıdaki örnekte de görüldüğü üzere farklı tıbbi maddeler de ikame edilebilmekte ve olumsuz sonuçlar doğurmaktadır.

Mesela t... diye bir mantar kremi var bilirsin. İçinde kortizon var ve kolay kolay yazılmaz. Geçenlerde bir kadın bebeği getirdi, bebeğin poposu kıllanmış, inanmadım. Bu kremi pişik kremi niyetine bebeğin poposuna sürmüş. Doğrudan uzman bir doktora yönlendirdim. Böyle kafaya göre ilaç kullanan çok oluyor tabii (Mülakat, D8).

Doktorların, hastalarının ilaç tüketim alışkanlıklarına dair gözlemleri çok açık biçimde sınıfsal işaretler içermektedir. İlaç tüketme ile sağlıklı yaşam arasında kurulan bir yanlış bilinç düzeyi olarak kendini göstermektedir. Habitus, bireylerin sosyalleştikleri süre içerisinde az çok bilinçsiz bir biçimde içselleştirilmiş ve benimsemiş olduğu idrak (dünyanın nasıl algılanacağı), değerlendirme (nasıl değerlendirileceğine dair) ve eylem (nasıl davranılacağına dair) şablonlarından meydana gelir. Habitus aynı zamanda “bireylerin toplumsal dünyayı algıladığı zihinsel yapıları”nı (Bourdieu, 2016, s. 47) ifade etmektedir. Bu anlamda yalnızca sınıf işaretleri değil yatkınlıklar, eğilimler, tutumlar da doktorun nazarıyla bu sınıfsal habitusu özetlemektedir.

Habituslar, herkesin yaşam koşullarına ve izlediği toplumsal yola göre değişiklik gösterir. Aynı sosyoekonomik statüye sahip bir grup insanın yaşam koşulları aynıysa bu kimseler aynı habitusa sahiptirler. Bu Pierre Bourdieu'ye sınıfsal habitustan (örneğin; işçi habitusu veya burjuva habitusu) bahsetme imkânı sağlar. Sosyoekonomik çevre koşullarında radikal bir değişiklik olmadığı sürece bireyler sosyalleşme süreçlerinde edindikleri eğilimleri muhafaza etmeye yatkındırlar (Jourdain ve Naulin, 2016, ss. 42-43). Ancak burada sağlık sisteminin bir temsilcisi olarak doktorun sahip olduğu sermaye türüne dolaylı bir itibar da yer almaktadır. İlaç, hastalar için iyileşmeye ilişkin güçlü bir sembolik anlam taşıyıcısıdır. Zira hastanın içinde bulunduğu şartlar destekleyici sağlık imkânlarını büyük ölçüde kısıtlamaktadır. Bu nedenle bir dış unsura yönelmekte ve doktorun bilgi sermayesine güven duymaktadır.

Diğer taraftan ilaç yazılması talebi karşısında doktorların pratikleri önem kazanmaktadır. Aşağıda da görüleceği üzere hastaya karşı geliştirilen refleks, doktorlar tarafından geliştirilen mesleki habitusla oldukça ilintilidir. Onlar da kendi konumlarından ilaç talebine cevap vermektedirler.

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 hâlâ her seferinde direnç gösteriyor. 18'i 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 kavga 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 (Mülakat, D12)?

Bakıldığında doktor ve hasta arasındaki iletişim her zaman “etkileşim” düzeyinde görünmektedir. Oysa Bourdieu şöyle der: “Sınıf, (...) ‘kişilerarası’ ilişkilerin ancak görünürde bireyden bireye ilişkiler olduğunu ve etkileşimin hakikatinin hiçbir zaman bütünüyle etkileşimde yatmadığını hatırlamaktır” (Bourdieu, 2018b, s. 171). İlaç tüketimi ile ilgili doktorların genel düşünceleri ve ilaç reçeteleme tercihleri göz önünde bulundurulduğunda bunun dikey yönlü ve çelişki içeren bir ilişki oluşturduğu açıkça görülmektedir.

Hastaların ilaç yazdırma direncinin büyük ölçüde eğitim düzeyinin düşük olması ve ASM’deki doktora erişimin ve ilaç yazdırmanın görece kolay olması ile kırılmasının zor olduğu hemen hemen tüm doktorlar tarafından dile getirilmiştir. Diğer taraftan önemli bir konu da doktor ve ilaç mümessili arasında kurulan çıkar ilişkisi üzerinden anlatılmıştır. Doktorlardan bir kısmı bazı doktorların şirketlerle ilaç yazma konusunda sözleşmelerde bulunduğunu duymuş olduğunu ancak etrafında bu tür doktorlar olmadığını dile getirmiştir.

Yaşıyoruz öyle şeyler var. Maalesef hasta ile sözleşme gibi bir şey mesela ihtiyaç yoktur hastanın ilaca ama doktor o ay mümessile söz vermişse yazar. Tabii 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 (Mülakat, D16).

Ya ben araba alan duydum. Doktora araba alan, yatak odası takımı alan. Kadın doktorun kendine iç çamaşırı istediği yani böyle evlilik yıl dönümlerine 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 (Mülakat, D8).

Aslında bu tür ilişkiler, ilaç üretim alanının genelinde “kulağa çalınan” ve üzerinde sıkı bir denetimin olmadığı konular olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu durumu orijinal ilaç üreten firmalarda çalışan tıbbi tanıtım sorumlularının daha da zenginleştirdiğini söyleyen doktorlar da oldu ancak nesnel bir gerçekliğinin olup olmadığı konusunda tıbbi tanıtım sorumluları ile gerçekleştirilecek olan görüşmelere müracaat etmek daha doğru olacaktır.

Doktorlar diğer taraftan kendilerine gelen mümessillerin büyük çoğunluğunun yerli firmalardan geldiğini ya da bazı sosyal ve ekonomik şartlar nedeniyle geri ödeme listesinde bulunan ilaçlardan yazmayı her durumda tercih ettiklerini bildirmişlerdir.

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 mümessilleri çoğunluğu işten çıkarıyor, hiç ilaç mümessili olmayanlar var. Ama onlar çekildiği için yerlilerde de bir yükseliş var (Mülakat, D1).

Ben genellikle fiyat soruyorum. Hangisi daha uygunsa onu yazıyorum. Ödenip ödenmediğini onlara 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 lirahık ilaç. O yüzden mümessillerin kendileri de ayırım yapmış zaten. Hiç getirmiyorlar bile ödenmeyi (Mülakat, D7).

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 orada 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 tabii tercih ederken geri ödemedeki olan ilacı yazıyorum (Mülakat, D3).

Bununla beraber önemli bir konu da doktorların jenerik/muadil ilacın etkililiğine ilişkin algı ve tutumlarını ölçmekti. Neredeyse tüm doktorlar, birinci tercihlerinin geri ödeme listesinde olan muadil ilaçlardan yana kullandığını belirtmiştir. Ancak hastaların olumsuz geri dönüşlerinde bunun bir payı olmadığını, ilaç yazma tercihini bu sefer bir başka muadil ilaçtan yana kullandığını dile getirmiştir.

Evet hiçbir faydası olmadı, değiştirin bunu diyenler oluyor. Ama öyle durumlarda da yine fark çıkartmayan bir ilacı yazıyorum. Aslında hastalar burada genel olarak çok evhamlı. Mesela; bir ambulans çağırıyor. Bağrısmalar, feryat figan mesela önceden Bahçeşehir'de çalışırken o zamanla kıyaslıyorum bu tür şeyler çok azdı. Yine dönüp dolaşıp eğitime geliyoruz maalesef. O zayıf olunca diğer şeyler de zayıf kalıyor (Mülakat, D9).

Hastalar bilmiyorlar zaten. Onlar iyi gelip gelmediğine dair bazen söylüyorlar. O zaman ben de değiştiriyorum başka bir firmanın ödenen bir ilacı yazıyorum. O tarz şeyler olabiliyor evet (Mülakat, D11).

İlacın etkililiği ile ilaç tüketimi arasında sıkı bir ilişki olduğu kaçınılmazdır. Hastalar fayda görmedikleri takdirde tekrar doktora gitmekte ve başka bir ilaç yazdırmaktadırlar. Buradan muadil ilacın etkisiz ve güvenilmez olduğu sonucu çıkarılamaz ancak doktorlar tarafından bunun hiç sorgulanmaksızın hastaya sunulması önemli bir zaaf olarak görülmektedir. Doktorlar ya hiç bu kısım ile ilgilenmediklerini ya da jenerik ilaçla orijinali arasında bir fark olduğunu ancak sosyoekonomik düzeyin düşük

olması sebebiyle jenerik ilacın tercih edildiğini dile getirmişlerdir. Burada ise jenerik ilaç üretim alanı ile kurulan ilişki farklı düzeyde anlatılmıştır. Örneğin; ilaç yazmak bazı doktorlar için sadece kimyasal bir formu reçetelemek anlamına gelmemektedir.

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 kısım ile ilgilenmek, bilim adamının işidir (Mülakat, D6).

Ben Sağlık Bakanlığı aynı diyorsa inanıyorum yani onu sorgulamıyorum. Sağlık Bakanlığı kanıta dayalı tıbbi dikkat ediyordur herhalde (Mülakat, D8).

Sağlık Bakanlığı'na güveniyorum ama geri dönüşlerde dediğiniz gibi bazen neden diye soruyorum ben de o zaman değiştiriyorum ama yine jenerik yazıyorum. Nihayetinde bu zamana kadar yabancı şirketler kazanmış, biz ilaç üretebiliyorsak o zaman ben benim devletim kazansın diye düşünürüm. Neden başkaları kazansın? (Peki geri dönüşlerde yeniden ilaç yazmak da devlet için bir külfet oluşturmaz mı?) Zaten öyle o yüzden olabiliğince anlatıyoruz ama işte..." (Mülakat, D7).

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... (Mülakat, D15).

Benim için hasta yoktur, hastalık vardır. Ben açıkçası orijinal yazarım. Etkinliğine çok güvenirim muadil de yazarım ama çok nadirdir. Hasta isterse gitsin eczanede değiştirsin, bu beni ilgilendirmez, böyle bir hakkı var ama dediğim gibi ilaç hastanın sosyo-ekonomik durumuna bakılarak yazılmaz. O zaman doktor olarak benim sağduyumun önemi de yok demektir (Mülakat, D14).

Sonuç

İlaç üretim alanının sosyal bağlamı oldukça geniş ve karmaşıktır. İnsanların tıbbi ilaç tüketimi her geçen yıl biraz daha artmaktadır. Buna devlet politikaları, ilaç endüstrisi ve hekimlerin reçete uygulamaları gibi birçok farklı açıdan bakmak mümkündür. Tedavi edici sağlık hizmetlerinde başat rol oynayan ilaçlar, sağlık hizmetinin dağıtıcıları ve alıcıları arasında ise sorunlu ilişkiler doğurmaktadır. Neoliberal politikaların etkisi altında şekillenen ilaç üretim alanı, sahip olduğu sembolik sermaye ile güçlü bir koruma duvarı örerken ilaç tüketicileri ilaç üreticilerini/ekonomisini destekleyen en önemli aktörlere dönüşmüşlerdir. Çünkü onlar dolaylı veya dolaysız yollardan alandaki diğer aktörlerin/temsilcilerin pratiklerinden ve çıkarlarından etkilenen pozisyonda yer almaktadırlar (Bllantyne, 2016, s. 7). Böylelikle özellikle doktorların bahsettiği bilinç noksanlığı ya da yapılaşmış ilişkilerin çıkar temelli pratikleri, ilaç tüketicilerini ekonomik sermayenin sırtlayıcısı hâline getirmiştir.

Bu çalışmada, jenerik ilaç üretim alanının etki sahasında kalan doktorlarla yapılan görüşmelerde ilaç yazma tercihlerindeki belirleyenler ve ilaç tüket(tir)imine bakışları ve sınıfsal fraksiyonlarla ilişkilene biçimleri incelenmeye çalışılmıştır. Öncelikle diğ er bir alt alan olarak konumlandırılan orijinal ilaç üretim alanındaki pratiklere karşı jenerik ilaç üretim alanındaki tıbbi tanıtım sorumlularının birçok yönden “takip” stratejisi geliştirildiğ i görülmektedir. Zira doktorların 13’ü jenerik ilaç şirketlerinden mümessillerin geldiğ ini, 2’si her iki şirketten de geldiğ ini, geriye kalan 1 kişi ise bunu takip etmediğ ini bildirmiştir. Bununla beraber sık ziyaretlerin kendi ilaç tercihini etkilediğ ini ifade eden doktor sayısı 8, ilaç mümessilleri ile hiç görüşmediğ ini söyleyen doktor sayısı 1 iken geriye kalan doktorlar bu ilişkiyi nötr tanımlamaktadır. Doktorların, hastalarının ilaç tüketimleri ile ilgili şikâyetlerinin olduğu görülmektedir. Hastaların çok ısrarcı, inatçı ve bilinçsiz bir biçimde ilaç tükettiğ i dile getirilmiştir. Diğ er taraftan hastanın sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyinin düşük olmasına koşutla, onlara direnmenin anlamsız olduğu da dile getirilmiştir. Yine ilaç tercihlerinde orijinal ya da jenerik değı l genellikle jenerik tercih edilmesine gerekçe olarak tıbbi tanıtım sorumlularının ziyaret sıklığı ile jenerik ilacın ucuz olması neden gösterilmiştir. Etkililiğ i konusunda ise birbirine zıt iki kutuptan söz etmek mümkündür.

Genel sonuçları yukarıda kısmen aktardığım görüşme notlarından da hareketle řu şekilde sıralayabiliriz:

1. Bağı cılar bölgesinde ASM’lerde çalışan doktorlar, genel bir eğ ilimle semtteki hasta profilini “sosyoekonomik ve sosyokültürel düzeyi düşük” olarak tanımlamaktadır. Hastalarının ilaç yazdırma konusunda ısrarcı, ilaç kullanımı konusunda bilinçsiz ve genellikle sağlıklı olmayı ilaçla eş itleyen bir anlayı řa sahip olduklarını ifade etmiş lerdir.

2. Doktorlar tıbbi tanıtım sorumlularının daha çok yerli firmalardan geldiğ ini (çoğ u sadece yerli firmalardan geldiğ ini) söylemiştir. İ laç yazma tercihini kendisini en çok ziyaret eden tıbbi tanıtım sorumlusu kimse onun çalış tığı markadan yana yaptığ ını söyleyen doktor sayısı epey fazladır. Bu demek oluyor ki tıbbi tanıtım sorumlusu personelin çalışma sıklığı doktorun ilaç tercihini (marka tercihini) belirlemektedir. Bununla beraber ilacı tanıtma dışında gerçekleş en ilişkiler de ilaç yazma tercihini etkilemektedir. Bu anlamda yerli firmalar da tıpkı küresel rakip firmaların yaptığ ı gibi çeş itli pazarlama stratejilerine müracaat etmektedirler ve bu alandaki diğ er aktörler üzerinde etkili de olmaktadır.

3. Muadil ilacın etkililiğ i ve güvenilirliğ i konusunda orijinal ilacın daha etkili ve yan etkileri daha az olduğ unu savunan doktorlar kadar “Sağ lık Bakanlığ ı onaylıyor-

sa yazarım” diyen doktor sayısı da çoktur. Bu bir anlamda doktorların, tedavinin merkezinde yer alan ilaca karşı neredeyse hiçbir bilimsel çıkarımda bulunmadan hatta çoğunlukla kendisine çalışılan markayı yazarak tedavi sürecini yönettiğini göstermektedir. Diğer taraftan çoğunlukla yerli ilacı tercih eden doktorların hastalarından tedavileri ile ilgili olumsuz dönüşler aldığını fakat o durumda da yine geri ödeme listesinde yer alan ilaçlardan birini tercih ettiğini görebilmekteyiz.

İlaç tüketim alışkanlıkları ile ilgili ifadelerde de yerli ilaçta küresel ilaçla benzer bir mantığı sürdüren ve tanıtım kısmına yoğunlaşan yerli şirketlerin doktorlarla tamamen tüketim odaklı görüştüğü ortadadır. Ancak doktorlar “ideal doktor” olmaktan bir süre sonra mecburen çıktıklarını söyleyerek gereksiz ilaç tüketimini “gayri-ihtiyari” sürdürdüklerini kabul etmektedirler. Bu anlamda büyük ölçüde jenerik ilaç reçetelenen Bağcılar’da ilaç tüketiminin hasta ve doktor ile sermaye hacmi yüksek diğer aktörlerle etkileşimin bir sonucu olarak okunması mümkündür.



A Study on Health Experiences of the Social Classes in Terms of Drugs

Hatice Özer

Introduction: Regarding “Pharmacology Grammar”

A majority of the time, a state’s success in supplying medication is also evidence that it has influential healthcare policies. In view of this, the supply of drugs became a common issue of all national states. However, this approach that prioritizes the usage value of drugs led to the development in different approaches in supplying drugs within the national state structure that was both able and unable to provide full efficiency in the field of drug production. Indeed, as in the case of many American and Western European countries, the condition of scientific and economic collaboration required in the field of drug production is not drug research aimed at developing new drug molecules or discovery orientated. In many developing countries, drug production advances P&D (product development) based rather than R&D (research-development) based and are aimed at the discovery of secondary drugs formed by changing certain ingredients of the common active agents or formulations. (Vural, 2015, p.151) Unlike original drugs, as these types of drugs that are generally called “generic”, “equivalent”, “counterpart” or “copy” do not require long, costly R&D processes and can be released on the market after the patent protection period of the original drug expires and therefore are produced in a much shorter time and at a lower cost, the gradual increase in the production of these materials is promoted by national sectors whose drug industry is poor.



Res. Assist., Mimar Sinan Fine Arts University. hatice.ozero@msgsu.edu.tr



© Scientific Studies Association
DOI: 10.12658/M0561
insan & toplum, 2020.
insanvetoplum.org

Due to the reasons mentioned, the production of generic drugs was promoted in Turkey and over the years-although this is not yet reached a level to compete with the global drug market-has increased significantly. With the production of generic drugs that gained an increasing marketing efficiency after the 2000s, producing the local “copy” of drugs whose patent protection had expired became more widespread, and therefore aimed at eliminating the social and economic concerns of various levels including supplying the drug demand of the people. On the other hand, as a result of the increase in the companies producing generic drugs, we see that these companies gained a free market reflex similar in many ways to that of the transnational drug capital.

Generic drugs provide significant financial advantages in state public drug expenditure. However, the increase in public drug expenditure in recent years creates a clear contrast in the advantage mentioned. In addition, the variation in terms of spatial orientation in the marketing of both original and generic drug producers also stands out. While producers of original drugs opted for districts where the socio-economic level was relatively higher, producers of generic drugs chose the exact opposite in their marketing activities. This differentiation involves the doctors targeted by the drug companies in their marketing activities and the potential of changing their choice of drugs, and eventually this leads to a variation in terms of the drugs consumed by patients. There is opinion that the reservations put forth concerning the effectiveness of the generic drugs during these interviews determined this class distinction.

Method

In this study, the in-depth interview technique, one of the qualitative research methods was chosen. These interviews were held with a total of 16 doctors working in 4 different Family Healthcare Centers in the Bağcılar district where there is a concentration of generic drug marketing, and these doctors were asked questions concerning the drug consumption habits of their patients; their choice of prescribing original and generic drugs and their opinions regarding these two different forms of drugs. The socio-economic and socio-cultural level of these districts categorized as the “Bosphorus Route” and “Bağcılar Route” by drug promotion representatives before these interviews with the doctors motivated researcher as an important aspect that influenced the doctor’s choice of drugs. Participants requested that their names were not used under any conditions. In view of this, the doctors interviewed were named “D1, D2, D3...D15, D16” according to the order of the interviews.

Generic Drug Production Field: Social Classes on the Basis of the Production-Consumption Relation

The concretizing of these drugs with local funds following certain legal procedures, and therefore these being more cost effective and accessible are some of the basic affirmative factors securing legitimacy in the field of generic drug production. On the other hand, apart from the facilitative aspect of supplying drugs to the public, a majority of the time topics such as the production of generic drugs under free marketing activities and this reflecting on the consumption of drugs remains undiscussed. The production of generic drugs in Turkey after the 2000s offered and still continues to offer reasonable conditions. However, due to the circulation of actors in the circle of relations based on competition in the production field we also see that this invites manipulations similar to that in the global drug production field. In addition, patients and individuals that are prone to illness that each can also be classified as potential consumers of drug products become promoters of neoliberal economic activity and ideology.

Neoliberalism can be approached as a structural factor that shapes the drug field and particularly the field of generic drugs. But to understand the interaction between the actors, Pierre Bourdieu believes it would be functional to examine the various actors in the drug field and the field of generic drugs from the conceptual and hypothetical approach. In fact, although Bourdieu has not carried out any studies in the health or medical field, concepts such as “habitus”, “field” and “capital” have gradually gained importance in recent studies in this field. (Cockerham, 2013, p. 127) Primarily, Bourdieu’s theory offers a methodological approach that aims to overshadow dualism that has become embedded in social sciences, and develop this further by using typical conceptual tools. The structure-agent (actor) duo is one of the dualisms important for this study and in the effort of overcoming this.

In order to overshadow the previous structuralist and social interactionist antinomy, Bourdieu attempted to explain the social field structures and two forms of objectivity that enables the reproduction of these: “Firstly the material sources within the ‘first level objectivity’ that is formed by the scarce values and distribution of tools of acquiring property (in Bourdieu’s words, forms of capital); secondly within the ‘second level objectivity’ in the form of cognitive and physical schemas that function as the symbolic matrix of the social actuators practical activities, behavior, thoughts, emotions and judgments.”(Bourdieu and Wacquant 2014, p.17) In this sense, he developed the “field theory” with the first level objectivity and the “habitus theory” with the second level objectivity. Bourdieu

places emphasis on the structural character of the relations in which the actors play. According to this, the network of structural-objective relations in a field determines the shape and content in apparent relations and interactions between agents-subjects. Field structure shapes the actors practices, actors are materialized on a structural level. Another determinative concept in defining a field is “capital.” We see that Bourdieu defined four main forms of capital: Economic capital (money, wealth), cultural capital (education, diploma), social capital (social ties) and symbolic capital (knowledge, honor, reputation etc.). In this theoretical approach, capital emerges as a challenging factor that determines denominational position in the social field. (Jourdain and Naulin, 2016, pp. 107-109) Actors and societies represent a challenging aspect in a field. They contend to acquire certain gains of a challenging position in this representation with their powers of different levels and forms. However, while those who have power in a field look out for their own interests, they also have to take those dominated into consideration. When those dominant in a field fail to protect those under domination, then they become players. (Bourdieu, 2018a, p.165)

We see in accordance with Bourdieu’s conceptual composition, the “field of medicine production” has all the characteristics specific of a field. When discussing the field of drug production, it is clear that this refers to his pattern of structured relevancy, and the practices of the actors in this field bear the conditioning capacity (externalization of internality). When we consider the forms of capital that contains the field of drug production, we see that two sub-fields in the field of drug production have both common and different capital forms. For example, unlike the field of generic drug production”, the “field of original drug production”, one of these sub-fields also supports “scientific” capital. The field of generic drug production is a field where the scientific capital is weak, and with the development of usage value the “national” capital is high. Undoubtedly, the type of principle capital in both sub-fields is economic capital, but the “logic of these fields” is different from one another. Symbolic capital can be classified as the form of capital determining the field of drug production. Indeed, the field of drug production is based on health; the recovery of individual patients, discovery and cure of new illnesses, miraculous effects of drugs etc. always keeps the symbolic capital of this field stable. (Rajan, 2012, 237) In this sense, the field of generic drug production is not included in the discovery based activities in drug production (as the process of scientific capital acquisition is considerably demanding), but is positioned on the basis of objectified “national” capital within its own usage value. In these terms, the field of generic drug production also gains distinctness with templates such as a representative of national drug production and national interests.

Symptoms and Disputes

In this section, I aim to examine the micro relations involving the production of generic drugs that was believed to be a strong alternative in the field of drug production, and the interaction of actors in the field after the 2000s. The comparison of consumption only appeared to be understood on the basis of the critical situations of doctors writing the prescriptions. Some of the questions in the interview consisted of questions regarding the profiles of patients in the district and the doctor-patient dialogue. According to this, all apart from two of the doctors in the interviews reported negative views generally regarding patients in the district. In these interviews, the descriptions of the patients profile in the district indicated a continuous social distance between the doctor and patient.

In the next stage, these doctors were asked about the drug consumption habits of their patients. A majority said that in parallel with the dialogue issue, the persistence of patients demanding prescriptions (and even the random use of drugs) was strong. In these terms, the doctor's practices in comparison with the demand of prescribed drugs gained significance. Almost all the doctors said the education level of patients that persisted in asking for prescribed drugs was low, and this was difficult to overcome because access to doctors and prescriptions in the Family Healthcare Centers was relatively easy. However, it is clear that generally the doctors did not refuse the patients requests for prescribed drugs.

On the other hand, the doctors said most of the representatives that visited them were from local companies, and in all cases due to the social and economic conditions they preferred to prescribe generic drugs that were included on the reimbursement list. Moreover, another important aspect was assessing the doctor's perception and approach towards the effectiveness of generic/counterpart drugs. Almost all the doctors said their first choice was the generic drugs included on the reimbursement list. However, they also stated that the negative feedback of patients did not affect this, but instead they opted for a different generic drug.

Inevitably, there was a strong connection between the effectiveness and consumption of the drug. When these drugs failed to cure patients they return to the doctor and request another prescription drug. Here, we cannot conclude that the generic drug is ineffective and unreliable, but the doctor offering this drug to the patient unquestioningly can be classified as a major problem. The doctors said either they paid no attention to this aspect, or they were aware that there was a difference between the original and generic drugs, but because the socio-economic level was low preference was given to the generic drug.

Conclusion

In this study, an attempt was made to examine the pattern of the drug consumption and association of class fraction of doctors who were influential in the field of generic drug production and stated their preference in prescribing drugs in these interviews. Based on the notes taken in these interviews, the general results can be compiled as follows:

1. Doctors working in the Family Healthcare Center in the Bağcılar district generally tended to describe the patient profile in the district as a “low socio-economic and socio-cultural level.” They also said patients were persistent in requesting prescribed drugs, ignorant regarding the use of drugs and generally had an understanding of equating health with the use of drugs.

2. The doctors said they were visited by medical promotion representatives mainly from local companies (a majority said only from local companies). A significant number of doctors said they preferred to prescribe the brands of drugs promoted by medical promotion representatives that visited them the most frequently. This means that the performance frequency of medical promotion representatives determines the drug (brand) preference of doctors. Relationships apart from drug promotion also influenced the prescription of drugs. In this sense, like the rival global companies, local companies also resort to various marketing strategies and also influence the other actors in this field.

3. Although most of the doctors said original drugs were more effective and had a lower rate of side effects, many also said “if they are approved by the Ministry of Health I will prescribe them” regarding the effectiveness and reliability of generic drugs. This, in a sense, reveals that these doctors managed the treatment process by prescribing the brand they work with virtually without any kind of scientific argument concerning the drug that was the basis of the treatment. On the other hand, we also see that doctors who generally preferred local medication received a negative response regarding the treatment from their patients, but in which case they still chose one of the (generic) medications on the reimbursement list.

Kaynakça | References

- Ballantyne, P. J. (2016). Understanding users in the ‘field’ of medications. *Pharmacy*, 4(2), 1-13.
- Bourdieu, P. (2012). *Bir otoanaliz için taslak*. M. Erşen (Çev.). İstanbul: Bağlam.
- Bourdieu, P. (2016). *Seçilmiş metinler* (3. Baskı). L. Ünsaldı (Çev.). Ankara: Heretik.
- Bourdieu, P. (2018a). *Sosyoloji meseleleri* (3. Baskı). F. Öztürk, B. Uçar, M. Gültekin, A. Sümer (Çev.). Ankara: Heretik.

insan & toplum

- Bourdieu, P. (2018b). *Bir pratik teorisi için taslak: Kabiliye üzerine üç etnoloji çalışması*. N. Ökten (Çev.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi.
- Bourdieu, P. ve Wacquant, L. J. D. (2014). *Düşünümsel bir antropoloji için cevaplar* (7. Baskı). N. Ökten (Çev.). İstanbul: İletişim.
- Cockerham, W. C. (2013). Bourdieu and update of health lifestyle theory. W. C. Cockerham (Der.). *Medical sociology on the move* içinde (ss. 127-155). New York: Springer.
- Collyer, F. M., Willis, K., Franklin, M., Harley, K. ve Short, S. D. (2015). Healthcare choice: Bourdieu's capital, habitus and field. *Current Sociology*, 63(5), 685-699.
- Dardot, P. ve Laval, C. (2018). *Dünyanın yeni aklı: Neoliberal toplum üzerine deneme* (2. Baskı). I. Ergüden (Çev.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi.
- Dumit, J. (2003). *A pharmaceutical grammar: Drugs for life and direct-consumer advertising in an era of surplus health*. Yayınlanmamış deneme.
- Etil, H. ve Demir, M. (2014). Pierre Bourdieu'nün bilim sosyolojisine katkısı: "Alan teorisi", "Habitus" cini ve "Refleksivite talebi". *Cogito*, 76, 312-350.
- Foucault, M. (2015). *Biyopolitikanın doğuşu*. A. Tayla (Çev.). İstanbul: Bilgi Üniversitesi.
- Han, B. (2019). *Psikopolitika: Neoliberalizm ve yeni iktidar teknikleri*. H. Barışçan (Çev.). İstanbul: Metis.
- Harvey, D. (2015). *Neoliberalizmin kısa tarihi* (2. Baskı). A. Onocak (Çev.). İstanbul: Sel.
- Illouz, E. (2018). *Soğuk yakınlıklar: Duyusal kapitalizmin şekillenmesi* (2. Baskı). Ö. Ç. Aksoy (Çev.). İstanbul: İletişim.
- Jourdain, A. ve Naulin, S. (2016). *Pierre Bourdieu'nün kuramı ve sosyolojik kullanımları*. Ö. Elitez (Çev.). İstanbul: İletişim.
- Marazzi, C. (2017). *Sermaye ve duygular: Çorapların yeri*. M. Çelik (Çev.). İstanbul: Otonom.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. London: The Free Press of Glencoe.
- Porter, R. (2016). *Kan revan içinde*. G. Koca (Çev.). İstanbul: Metis.
- Rajan, K. S. (2012). *Biyokapital: Genom sonrası hayatın kuruluşu*. A. D. Temiz (Çev.). İstanbul: Metis.
- Sunar, L. (2018). *Sosyal tabakalaşma: Kavramlar, kuramlar ve temel meseleler*. Ankara: Nobel.
- Vural, İ. E. (2015). İlaç sanayiinde "fikri mülkiyet hakları rejimi" ile ilgili mücadeleler ve devletin "uluslararasılaşması". G. Yenimahalleli-Yaşar, A. Göksel ve Ö. Birlir (Der.). *Türkiye'de sağlık, siyaset ve piyasa* içinde (ss. 125-172). Ankara: Notabene.
- Welch, H. G., Schwartz, L. M., Woloshin, S. (2013). *Aşırı teşhis: Sağlık adına hasta etmek*. A. Akalın (Çev.). İstanbul: İnsev.
- Yavuz, C. I. (2013). Sağlık hizmetleri ve kapitalizm. O. Elbek (Haz.). *Kapitalizm sağlığa zararlıdır* içinde (ss. 41-56). İstanbul: Hayy Kitap.