

## Dosya: İlaç

# TOPLUM SAĞLIĞI YÖNÜNDE İLACIN ÖTEKİ YÜZÜ

Dr. Semih ŞEMİN\*

### 1) SAĞLIK VE İLAÇ

İnsanlık tarihinde çok eskilere giden bir yeri olmakla birlikte, özellikle 1950 lerden itibaren, 50 yıla yakın bir zaman dilimi içerisinde ilaç, modern tıbbın en temel ve önemli araçlarından biri haline geldi. Bu süreç içerisinde ilaç, hastahanelerin ve eczanelerin sınırlarını aşmış, günlük yaşantımızın vazgeçilmez bir "parçası" ve "alışkanlığı" olarak gelişim gösterdi. Miktarı ve niteliği ne olursa olsun günümüzde ilaç evlerin ecza ya da buzdolaplarındaki değişmeyen "misafirlerdir." Ağrı kesicileriyle", "antibiyotikleriyle", "vitaminleriyle", her evi küçük bir eczaneye benzetmek biraz abartılı olmakla beraber, çok da yanlış olmasa gerekir.

Dünyada ilaç tüketiminin boyutlarına kısa bir bakış bu olguyu doğrular nitelikte bir çok veriyi gözler önüne sermektedir. Bu konuda gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler, ilaç tüketim eğilimi olarak benzer yönler içerse de bu ülkeler arasında, ilaç tüketiminin niteliği ve niceliği açısından derin farklılıklar söz konusudur.

Gelişmiş ülkelerin yalnızca kişi başına düşen yıllık ilaç tüketimleri bile bir çok az gelişmiş ülkenin kişi başına yıllık sağlık harcamasından katlarla ölçülebilecek oranda fazladır. Dünya nüfusunun yaklaşık % 75 ini oluşturan az gelişmiş ülkeler, ilaç tüketiminin yaklaşık % 20 sinden azını gerçekleştirmektedir. (1) Daha açık bir anlatımla Afrika kıtası toplumlari Dünya ilaç tüketiminin ancak % 1.8 ine sahiptir. (2) Dünyanın en fakir 67 ülkesinin toplam kamu sağlığı harcamaları da, gelişmiş ülkelerin tran- kilizan harcamalarından bile daha azdır.(3)

Gelişmiş ülkeler içerisinde de A.B.D ve Japonya'nın ilaç tüketimi açısından "özel" bir yeri vardır. Dünya reçeteli ilaç tüketiminin % 45 inden fazlasını yalnızca bu iki ülke gerçekleştirmektedir.(2)

A.B.D.'de 75 milyon yetişkinin (nüfusunun yaklaşık üçte biri) düzenli 2 ayrı ilaç kullanmak durumunda olması, aspirinin, antihipertansiflerin, oral kontraseptiflerin günlük bir milyon kişiyi aşan kullanım düzeyine sahip bulunması, bu oranın yüksekliğinin nedenlerini açıklayıcı niteliktedir. (4)

Avrupa'da ise Fransa'nın ilaç tüketiminde hatırı sayılır bir üstünlüğü söz konusudur. İlaç tüketiminin kişi başına yılda 49 kutuya ulaştığı (yaklaşık kişi başına her hafta bir kutu) Fransa'yı, 27 kutuyla İtalya izlemektedir. (Tablo 1)

Tablo 1 : Kutu adedi olarak yılda kişi başına ilaç tüketimi (5)

Ülkeler	Kutu Adedi
Fransa.....	49
İtalya.....	27
İspanya.....	25
Almanya.....	21
Yunanistan.....	21
İsviçre.....	19
İsveç.....	14
İngiltere.....	12
Hollanda.....	8
Türkiye.....	7

Yine birçok gelişmiş ülkede kişi başına düşen yıllık reçete sayısı 7 den az değildir. Günümüzde her 100 doktor muayenesinin Hollanda'da 56'sı, İtalya da 73 ü, İngiltere de 74 ü, Fransa da 84 ü, Belçika da 86 sı, reçete yazımı ile sonuçlanmaktadır. (6)

İlaç tüketiminin gelişmiş ülkeler arasında göreceli olarak daha az olduğu İngiltere de bile kişi başına düşen yıllık reçete sayısı 1950 de 4,9 iken, 1980 de 7 ye, 1990 da 8,4 e çıkmıştır. Bu ülkede Ulusal Sağlık servisi (NHS) nin ilaç harcamaları, Milli gelirin 1970 de % 0.34 ü iken, 1990 da % 0,52 ye ulaşmıştır. İngiltere de yapılan araştırmalar yetişkinlerin % 80 ninin, çocukların % 55 inin, 15 günlük periyotta en az bir çeşit ilaç kullandığını göstermektedir.(8)

Böyle bir tablo içerisinde, ilaç kullanımına ilişkin ortaya çıkabilen önemli bir soru ya da sorunda ilaçların ne derece gerekli, düzenli ve yerinde kullanıldığıdır. "Gelişmiş ülkelerde bile toplumun ilaç kullanımı konusunda bilgi" A.B.D.de doktorların en çok % 20 si hastalarına yeterli ilaç bilgisi vermektedir. Yine bu ülkede hastahane baş-

\* İzmir Tabip Odası, Kongre delegesi

vrularının en az % 7-8 ini istenmeyen, ters ilaç reaksiyonları oluşturmaktadır. (9) Bazı yayınlar da bu oran % 16 ya kadar da çıkmaktadır. (53) Bu sebepten dolayı yıllık ölüm sayısı 150 bin kişiye yaklaşmakta (ABD de kazalarla birlikte 4. büyük ölüm nedenidir.) ve bu durumun ekonomiye yıllık maliyeti 20 milyar doları aşmaktadır. (9) Kıyaslama açısından örneklenirse Türkiye'nin Milli gelirden sağlığa ayırdığı para yaklaşık 6 milyar dolardır.

Yine Almanya da reçetelere yazılan ilaçların üçte birinin gerekliliğinin tartışılır olduğu hesaplanmıştır. (12) Bu ülkede hastaların % 30 u prospektüsleri anlaşılabilir bulmaktadır. (13) Kanada'da antibiyotiklerin yalnızca % 52 si, ülser ilaçlarının da % 50 si uygun kullanılmaktadır. (14) Fransa da ise tüm zehirlemelerin yaklaşık yarısı ilaç kullanımına bağlı zehirlenmelerdir. (1) Fransa'nın gereksiz ve yanlış ilaç kullanımına bağlı yıllık parasal kaybının 24 milyar doları bulunduğu hesaplanmaktadır. (15)

**Bu durum karşısında, çağımızda insanların "Ya ilaçlar sayesinde ya da ilaçlara rağmen iyileştiklerinin (16) söylenmesi çok da yanlış olmasa gerekir.**

Az gelişmiş ülkeler açısından ise ilaç tüketimi, gelişmiş ülkelere göre çok daha az olmakla birlikte bu ülkelerde sağlık harcamaları içerisinde en önemli kesimi ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamaları içerisinde ilaç tüketimine giden pay % 10-15 leri geçmezken, az gelişmiş ülkelerde bu oran % 40 ları aşmaktadır. Sağlık harcamaları açısından gelişmiş ülkelerle az gelişmiş ülkeler arasındaki fark 100 kat olabilirken, bu fark ilaç tüketimi açısından 15 kat civarında kalmaktadır. (17)

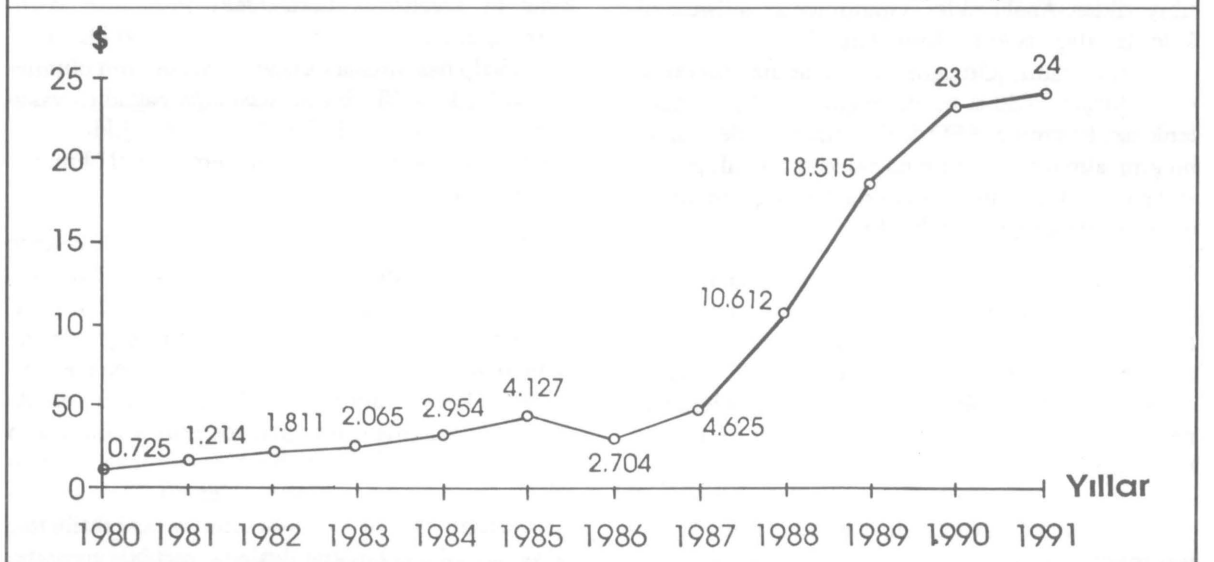
Gelişmiş ülkelerde ilaçların en fazla % 25 i reçetesiz olarak tüketilmektedirken bu oran bazı az gelişmiş ülkelere % 75 leri bulmaktadır. (18) Yine bu ülkelerde yaşayan insanların % 60-80'ini en temel ilaçlara ulaşmada bile büyük zorluklar içersindedir. Kısıtlı olanaklara rağmen bu ülkelerde gereksiz ve yanlış ilaç kullanımının boyutları oldukça yüksektir.

Ülkemizde ise ilaç tüketimiyle ilgili göstergelerde diğer az gelişmiş ülkelere benzeyen bir durum söz konusudur. Günümüzde en çok satan 10 ilaçtan 7 si antibiyotik, 3 ü ağrı kesicidir. (21) Ülkemizde ilaç tüketimine ayrılan pay sağlık harcamalarına ayrılan payın % 30 undan az değildir. (22) Yalnızca yılda ortalama 116 milyon kutu Aneljezik tüketilmektedir. (Kişi başına yaklaşık 2 kutu) (19) 1983-1989 arası nüfus % 16 artarken ilaç tüketimi dolar bazında % 127 artmıştır. (20) Ülkemizde 1980 sonrası ilaç tüketiminin boyutlarını gösteren tablo (2) bu artışın gelişimini açık bir şekilde ortaya koymaktadır.

1991 yılı içinde sağlık harcamalarının SSK da % 35 i (1984 de % 25 ti), Emekli sandığında % 56 sı, Bağ-Kur da % 52 si ilaç harcamalarıdır. (23) Yine aynı yıl SSK poliklinik başvurularının % 93 üne reçete verilmiştir ve reçete başına ilaç sayısı da ortalama olarak 5 e yakındır. (24)

Ülkemizde gereksiz, düzensiz ve yanlış ilaç kullanımına da ilişkin, önemli sorunlar vardır. Reçetelerde ilaçların % 16 sının gereksiz yazıldığını bazı araştırmalar göstermektedir. (22) Hipertansiyon gibi önemli bir hastalıkta bile hastaların % 50 si düzensiz ilaç kullanmaktadır. (25) Yine ülkemizde her 4 reçeteden üçünde antibiyotik bulunmakta ve antibiyotiklerin de % 48 i uygun kullanılmamaktadır. (26)

**Tablo 2 : Ülkemizde Kişi Başına İlaç Tüketiminin Yıllara Göre Dağılımı (335**



Diğer yandan antibiyotik yanında vitamin kullanma gibi bilimselliği tartışılır alışkanlıklarımız da devam etmektedir. (16) Bu tür gereksiz kullanımların, vitaminlerin en fazla tüketilen ilaç grupları sıralamasında üçüncü sırada yer almasında büyük etkisi vardır. (27)

Ülkemizde bir yanda günlük yapılan enjeksiyon sayısı bile 500 bini aşarken (29), diğer yandan 1989 yılında yapılan bir araştırmada evlerde 200 milyar TL lik kullanılmadan duran ilaç olduğunu göstermiştir. (28) Aynı yılki Sağlık Bakanlığı bütçesi ise 900 milyar TL civarındadır. Yine ülkemiz milli gelirden ilaç tüketimine ayrılan pay açısından % 0,88 lik bir oranla A.B.D. den ve Portekiz hariç tüm Avrupa ülkelerinden önde yer alırken (27), Sağlık harcamalarının Milli gelire oranı açısından Avrupanın sonuncusu, bebek ölümleri açısından da dünya ülkeleri içinde 71 inci sıradadır. Çocuk ölümlerinde günümüz Türkiye'si ABD ve İngiltere'nin 1920 lerde ki, İsveç'in 1910 lardaki seviyesi ile aynı durumdadır (4).

Sağlık sorunları ve ilaç tüketimine ilişkin bazı verileri değerlendirirken toplumsal yaşantının diğer bazı alanlarıyla da bağlantılar kurmak ve çelişkileri gündeme getirmek önemlidir. Örneğin ülkemizde ilaç tüketimine milli gelir içinde ayrılan payın yüksekliğini belirtmenin yanı sıra, sigra tüketimine ayrılanın ilaç tüketimine gidenin yaklaşık 3 katı olduğunu (30) ve sağlık harcamalarının, alkol ve sigara harcamaları toplamına yakın olduğunu çarpıcı çelişkiler olarak belirtmekte yarar vardır.(22)

Gelişmiş ve az gelişmiş ülkeler arasında ilaç tüketimiyle ilgili farklılıklar tedavi gruplarına göre ilaç kullanım oranlarında da kendini göstermektedir. Antibiyotikler, Analjezikler, vitaminler az gelişmiş ülkelerde ilaç tüketiminin önemli bir kesimini oluşturmaktadır. (Örneğin ülkemizde ilaç tüketiminin yaklaşık % 50 si bu üç gruptur) Gelişmiş ülkelerde ise, Psikotrop (ABD de ilaç tüketiminde 1. sırayı bu grup almaktadır), Kalp hastalıkları, Antihipertansif ve Gastrointestinal sistem ilaçları ilaç tüketiminin ön sıralarda yer almaktadır.

Böyle bir tablonun ortaya çıkmasında gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerde görülen hastalıkların temel olarak farklılıklar içermesinin önemli bir etkisi vardır. Daha kolay bir anlatımla, Dünyadaki ölüm nedenleri incelendiğinde ölümlerin % 80 i "önlenilebilir hastalıklar" nedeniyle olmakta ve gene dünyadaki tüm ölümlerin % 80 i "az gelişmiş" yada gelişmekte olan ülkelerde gerçekleşmektedir. (32) Yıllık 50 milyon ölümden 40 milyonunun nedenleri Tablo 3 te gösterilmiştir.

Tablo 3 : Dünya ölüm nedenleri (1990) (32)

Hastalık	Yıllık Ölüm
Kalp-Damar Hast.....	12 milyon
Diyare ile ilgili hast.....	5 "
Kanser.....	4.8 "
Pnomoni.....	4.8 "
Tüberküloz.....	3 "
K.O.A.H.....	2.7 "
Kızamık.....	1.5 "
Sıtma.....	2 "
Hepatitis B.....	2 "
Tetanus .....	775 bin
Boğmaca .....	500 bin
Anne ölümleri .....	500 bin
AIDS .....	200 bin
Paraziter Hast. (Şistozomiazis-Amibiyazis vs.)	400 bin

Tabloda görülen enfeksiyon hastalıklarının çok önemli bir bölümü az gelişmiş ülkelerde gözükmektedir. Örneğin dünyadaki yaklaşık 20 milyon Tüberküloz hastasının % 95 i, Tüberküloza bağlı ölümlerin de % 99 u az gelişmiş ülkelerdedir. Az gelişmiş ülkelerde bu hastalığın ancak % 5' sine tanı konabilmekte, tanı konanların da % 50 si başarılı şekilde tedavi edilmektedir. (32) Öte yandan T.B.C. li bir hastanın ilaçla tedavisinin masrafı en fazla 35 dolar olarak hesaplanmaktadır. (34)

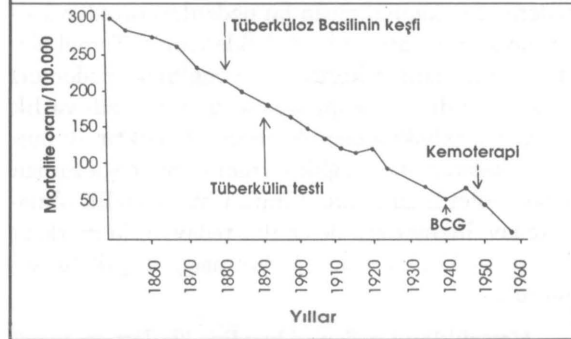
Ölüm nedenleri incelendiğinde dünya genelinde, diyare ile ilgili hastalık ölümlerinin kanser ölümlerini geçmesi, kızamık, sıtma, T.B.C Pnomoni gibi enfeksiyon hastalıkları ölümleri toplamının, kalp-damar hastalıkları ölümlerine yakın olması, çarpıcı çelişkiler olarak karşımıza çıkmaktadır. Ne garip bir çelişkidir ki az gelişmiş ülkelerdeki insanların çoğu, gelişmiş ülkeler de başlıca ölüm nedenleri olan kanser ve kalp hastalığına (örneğin ABD de tüm ölümlerin yaklaşık % 70 i bu iki hastalığa bağlıdır.) yakalanacak kadar yaşamak olanağına sahip değildir ve önlenilebilir birçok hastalık bu ülkelerde temel ölüm nedeni olmaktadır.

Daha bu yüzyılın başlarında gelişmiş ülkelerde ölüm nedenlerinin ilk sıralarında yer alan Tüberküloz (1900 de ABD de tüm ölümlerin % 11.3 ü ve II. büyük nedeni (4)), pnomoni gibi hastalıklar günümüzde bu ülkelerde ölüm nedenleri tablolarında gösterilemeyecek kadar azalmıştır. (ABD de ve bazı ülkelerde T.B.C. son yıllarda tekrar artış göstermektedir) Hatta birçok gelişmiş ülkede intihar birçok enfeksiyon hastalığından (tbc v.s.) daha önde gelen bir ölüm nedeni. Örneğin ABD de 8. büyük ölüm nedeni ihtihardır (4) ve her yıl 500 bin kişi ihtihara teşebbüs etmekte,

30 bininde intihar gerçekleşmekte, nüfusun yaklaşık % 28 inde değişik ruhsal bozukluklar görülmektedir. (35)

Gelişmiş ülkelerde infeksiyon hastalıklarının azalmasında modern tıbbın ve ilaç tedavisinin gelişiminin yanı sıra, hatta bundan daha önemlisi yaşam koşullarında düzelmenin büyük etkisi olmuştur. Örnek vermek gerekirse İngiltere de Tüberküloza bağlı ölüm oranlarında ki düşmenin Tüberküloz tedavisinin bulunmasından önceki hızlı düşüşü (Tablo 4) bu ülkedeki yaşam koşullarında ki değişimle yakından ilgili olsa gerekir.

Tablo 4 : İngiltere de akciğer tüberkülozundan ölüm oranları (32)



Yine İngiltere de bebek ölüm oranı 1840 ta binde 145 iken, 1920 de binde 80 e, 1940 ta binde 40 a, 1950 de de binde 25 e düşmüş bulunmaktaydı. Toplam ölüm oranı da 1900 de binde 17.3 ten 1950 de 11.8 e, 1990 da 11.2 ye düşmüştür. Aynı örnekler bir çok gelişmiş ülkede benzer hastalıklar ve ölüm nedenleri açısından geçerlidir.

Günümüzde birçok az gelişmiş ülkedeki T.B.C görülme sıklığıda gelişmiş ülkelerin 1800 lerdeki seviyesine hala yakın bir düzeydedir. Bırakınız tüberkülozu aşıyla önlenemez hastalıklardan her yıl 3 milyonu aşkın çocuk bu ülkelerde ölmektedir. (38)

★ ★ ★

İlaç tüketimini değerlendirmede hem gelişmiş hem de az gelişmiş ülkeler açısından gözden kaçırılmaması gereken diğer bir nokta, her ülkenin kendi içinde de toplumsal sınıfların ya da kesimlerin konumuna göre değişen farklılıklar göstermesidir. Sosyal güvenlik ve sağlık sistemlerinin çok daha yetersiz olması nedeniyle az gelişmiş ülkelerde hastalıkların dağılımı ve ilaç tüketimi açısından toplumsal eşitsizlikler ve çelişkiler fazla olmakla birlikte, bu ülkelerde ki bu konuya ilişkin bilimsel veriler son derece kısıtlıdır. Gelişmiş ülkelerden toplumsal eşitsizlikler ve sağlık konusunda bazı örnekler vermek konunun boyutlarını değerlendirmek açısından yeterli olabilecektir.

İngiltere'de bazı sağlık göstergelerinin sosyal sınıf farklılıklarına göre durumuna bakıldığında (Tablo 5) Çelişkilerin ne derece keskin olduğu daha iyi görülmektedir.

Tablo 5 : İngiltere'de Sosyal Sınıflar ve Sağlık 1980 (4)

Sınıflar	Bebek ölüm oranı	Standardize ölüm oranı	Sigara kullanımı %	Yıllık doktora başvuru (1000 kişide)
I. Yöneticiler İş adamları	10.2	77	21	76
II. Küçük İş adamları	11.1	81	35	75
III. Vasıflı işçiler	13.7	106	48	112
IV. Kısmen vasıflı işçiler	16.3	114	49	125
V. Vasıfsız işçiler	23	137	57	147

Vasıfsız işçileri kapsayan V. grupta bebek ölüm oranı, standardize ölüm oranı sigara kullanımı, doktora başvuru, yönetici ve işadamlarını kapsayan I. gruba göre yaklaşık 2 kat daha yüksektir. I. gruptaki bireyler yılda ortalama 8 günü hasta olarak geçirirken, V. gruptaki bireyler 31 günü geçirmektedir. (36) Üstelik bu veriler 1980 verileridir. 1980 sonrası İngiltere'de muhafazakar yönetimlerin yaşama geçirmeye çalıştığı serbest piyasa modelinin bu sonuçları daha da ağırlaştırdığı söylenebilir. Örneğin bu ülkede su şebekesinin özelleştirilmesiyle, su parasını ödeyememekten dolayı suyu kesilen aile sayısı, son yıllarda 3 kat artarak dizanteri ve sarılık gibi infeksiyon hastalıklarının 3 kat artışında önemli bir etken olmuştur. (37)

İngiltere'de yaşa göre standardize ölüm oranlarının toplumsal kesimler açısından yıllara göre değişimine bakıldığında (Tablo 6) toplumsal eşitsizliklerdeki artış daha iyi görülebilir. 1920 lerde sosyo ekonomik durumu en kötü olanların en iyi olanlara göre ölüm oranları, 1.3 kat fazla iken 1980 lerde bu rakam 2.4 e çıkmıştır. Modern tıp ve ilaç kullanımındaki gelişmelere rağmen 1950 lerden 1980 lere sosyo ekonomik durumu en kötü % 1 in ölüm oranı ancak % 4 azalırken, Sosyo ekonomik durumu en iyi % 1 in ölüm oranı aynı dönemde % 50 azalmıştır.

Tablo 6 : İngiltere de yaşa göre standardize ölüm oranları (39) 1921-1983 (100000 kişide)

	1921-3	1930-32	1949-53	1959-63	1970-72	1979-83
Sosyo ekonomik durumu en kötü olan (% 1)	1057	935	708	720	724	678
Ortalama Ölüm Oranı	920	845	638	577	565	478
Sosyo Ekonomik Durumu en iyi olan (% 1)	782	754	567	433	406	278

Bu konuya ilişkin bir diğer örnek Kanada'dan verilebilir. Gelir düzeyi en kötü olan kesimde, en iyi olan kesime göre iskemik kalp hastalığı yaklaşık 1,5 kat, akciğer kanseri 2,5 kat, siroz 4 kat, intihar 2 kat fazla gözükmetedir (Tablo 7)

Tablo 7 : Kanada Gelir Düzeyi ve Sağlık 1980 (4)

Gelir düzeyi (1 en yüksek)	1	2	3	4	5
Bebek ölüm oranı	12.3	15	17.9	20.0	24.1
Beklenen yaşam süresi	72.5	71.1	70.1	69.2	66.3
35-64 yaş arası erkeklerde bazı hastalıkların ölüm oranları (100000 kişide)					
İskemik kalp rahatsızlığı	259	284	316	335	407
Akciğer kanseri	45	56	66	75	105
Siroz	15	20	30	37	60
İhtihar	21	26	30	28	43

Benzer istatistiki veriler birçok gelişmiş ülke açısından değişik biçimlerde gündeme getirebilir. Gelişmiş ülkeler içerisinde yalnızca A.B.D. de sınıfsal konuma göre (iş, eğitim, gelir vb.) resmi istatistiki veriler toplanmamaktadır. A.B.D. de sınıfsal konuma bağlı sağlık göstergelerindeki olumsuz değişimin diğer gelişmiş ülkelerden az olmadığını hatta birçok alanda daha kötü bir tablonun olduğunu söylemek yanlış olmasa gerekir. (40)

Kıscası hem az gelişmiş hemde gelişmiş ülkeler açısından sağlık hastalık ve ilaç tüketimine ilişkin farklı ve derin çelişkiler ve eşitsizlikler söz konusudur. Bu olguların daha anlamlı ve anlaşılır olmasını sağlamak için nedenlerine, yönelmek gerekli olmaktadır.

★ ★ ★

İlaç konusuna ait olguları, günümüzün var olan sağlık anlayışından, sağlık hizmetlerinin örgütlenişinden ve işlevsel niteliğinden ayrı ele almak şüphesiz mümkün değildir. İlacın varolan konumu günümüz sağlık anlayışını yansıtan aynalardan biridir. İlaç kullanımının niteliğini ve niceliğini bu faktörler temel olarak belirlediği gibi, karşılıklı etkileşim içerisinde ilaçla ilgili olgular da sağlık sistemini belirleyen temel konulardan biridir. Kapitalizmin gündeme getirdiği sağlık ideolojisi ve yapılanmasında, sağlık hizmetlerinin biçimleniş tarzında "ilaç" önemli yapı taşlarından biridir.

Son dönemlerde ki gelişimi ile "sağlık hizmetleri", hasta-hekim ilişkisinin basit sınırlarından çıkarak yatak başından hastahanelere, hastahanelerden

laboratuvarlara giderek artan bir işbölümü ve uzmanlaşma içerisinde dev bir çark haline geldi. Milyonlarca kişinin çalıştığı kapitalist meta ekonomisinin "satma-satılma" kuralları içerisinde bu çark, bir çok ülkenin temel ekonomik sektörlerinden biri oldu. Örneğin A.B.D. de yaklaşık 10 milyon çalışanıyla (ülke nüfusunun % 4 ü) (46) sağlık sektörü, II. büyük sektördür. Bu ülkede tüm reklamların % 25 i sağlık hizmetleriyle ilgilidir. (41)

Bilindiği gibi kapitalist dünyanın sağlık ideolojisi ya da anlayışı, toplum yerine bireyi, birey yerine hastayı, hasta yerine vakayı, daha net ve somut bir anlatımla, "korumak yerine", "tedavi etmeyi" hedefleyen ve temel alan bir işleyiş ve perspektife sahiptir. Hastalıkların bir çoğunun dolaylı ya da dolaysız nedeni olan kapitalizmin bu nedenleri ortadan kaldırmaya çalışması şüphesiz beklenemez. Temel olarak hastalıklardan korumaya yönelmek, nedenleri ortadan kaldırmak kapitalist sistemin kendi varlık nedeniyle çelişki içerisinde olması demektir. Bunun içinde kapitalizmde sağlık hizmetlerinin çoğu zaman tedavi edici hizmetlere, klinik tıba yönelik olması, tedavi hizmetlerinde de ilaç tedavisinin merkezi ve temel bir öneme sahip bulunması, "doğal" bir sonuçtur.

Hastalıkların nedenini kendine "bulaştırmayan" kapitalizm, sağlıksızlığın nedenlerini bireylerde ve onların "yaşam stiline" aramaktadır. Bu yaklaşım tarzı, hastalık yada sağlığı temel olarak "bireysel sorumlulukların" sınırları içerisinde görmektedir. Kapitalizmin sağlık ideolojisi günümüzde hastalık nedenlerini, sosyo ekonomik ve çevresel etmenler yerine ağırlıklı olarak sigara, alkol vb. "yaşam stili" faktörlerinde bulmaya çalışmaktadır. (36)

**Kapitalizmin ahlaksal yapısı bireyleri istediklerini satmakta ya da almakta, zengin ya da fakir yaşamakta, "sağlıklı" yada "hasta" olmakta, "özgür" olarak değerlendirir. (36) Bu durum en azından görünüşte böyledir. Ve böylece bireyler kendi yaşamlarıyla ilgili her türlü değişiklik yapma hakkına "sahiptir" ama ekonomik ve siyasal yönleriyle düzeni değiştirme hakkına asla!**

Yaşam stili anlayışı kapitalist toplumun ekonomik ve siyasal yapısını değişmez kabul eder ve değişmemesini de sağlamaya yönelir. (36) "Düzenin stili" yerine, bireysel "yaşamın stili" sorgulanır. Bu konulara ilişkin çok fazla ayrıntısına girmeden ABD de kanser epidemiyolojisi üzerine yapılan bazı tartışmalardan örnekler vermek yerinde olacaktır. Amerikan Ulusal Kanser Enstitüsü, Kanserin oluşumunda çalışma koşullarından kaynaklanan nedenleri % 4, çevre kirliliğini % 1, diyeti % 35, sigarayı % 30 so-

rumlu tutmaktadır ve çalışma koşullarından kaynaklanan kanserlerin önlenmesine yönelik olarak da bütçesinin ancak % 1 ini ayırmaktadır. (42) Oysa çevresel ve çalışma koşullarından kaynaklanan kanserlerin oranlarının çok daha fazla olduğunu öne süren görüşler ve bilimsel çalışmalar da vardır ve bunlar kamuoyunda çok fazla yankı bulmamaktadır. (36)

**Son yıllarda kullanılmaya başlanan Organik kimyasal maddelerin ancak % 10 u kanserojen etkisi olup olmadığı yönünden yeterli oranda incelenilmemiştir.** Son 20 yıl içerisinde endüstride kullanılmaya başlanan ve hayvanlarda kanserojen etkisi ispatlanan 120 organik kimyasal maddenin ancak % 10 dan azının insanlarla ilgili epidemiyolojik çalışmasının yapılabilmesi, bu durumun diğer somut bir örneğidir. (12) Sigaranın tartışmasız temel etken olarak kabul edildiği akciğer kanserinde bile çevresel ve işyerine bağlı faktörlerin etkisinin azımsanmayacak oranlarda olduğu kabul edilmektedir. (42)

**Koruyucu hizmetlere verilen önem ve ayrılan kaynak bir çok gelişmiş ve az gelişmiş ülke açısından son derece kısıtlıdır. Örneğin İngiltere'de Ulusal Sağlık hizmetleri (N.H.S.) harcamalarının % 5 i koruyucu hizmetlere ayrılmaktadır. Bu ülkede sigara endüstrisi 1970'lerde sigarayı kullanmayı teşvik ve reklam harcamalarına, sigarayı önlemeye yönelik çalışmalara ayrılan parasal kaynaktan yaklaşık 70 kat fazlasını ayırmıştır ve günümüzde de durum çok değişmemiştir. (36) Yine bu ülkede 1970 lerde N.H.S. kaynaklarının yaklaşık % 50 si psikiyatrik hastalıkların tedavisine ayrılarak, her 8 kadından ve her 20 erkekten biri psikiyatri hastanesinde tedavi görürken bu konuya ilişkin koruyucu hizmetlerin yetersizliği de devam etmektedir. (36)**

Az gelişmiş ülkelerin koruyucu hizmetler açısından durumunu ayrıntılı ele almak, tablonun kanta gerek duyulmayacak oranda vahim olması nedeniyle çok gerekli değildir. Örneğin ülkemiz için toplam sağlık harcamalarının yaklaşık olarak sadece % 2'si koruyucu hizmetlere ayrılmaktadır. (44) 1993 bütçesinden koruyucu hizmetlere yönelik temel alanlardan biri olan işçi sağlığı ve iş güvenliği hizmetlerine ayrılan kaynak 13.3 milyar TL dir ve tüm bütçenin yüzbinde 3 üdür.

Varolan bu çerçevede içinde kapitalist toplumda "sağlık hizmetlerinin" ve özellikle "tedavi hizmetlerinin" işlevleri de, hastaların "iyileştirilmesi" ve "işgücünün yeniden üretim faaliyetine hazır hale getirilmesi" ile "sınırlı" değildir. "Sağlık hizmetleri" ideolojik olarak ta toplumsal ve bireysel bilinçliliğin düzene uygun üretilmesinde önemli bir sosyal kontrol işlevi sağlar. Düzenin bireylere yüklediği "ağırlıkları" ortadan kaldırmaya da onları "hafifletir"

ve taşımayı kolaylaştırır. Bu "Hafifletme" günlük yaşam içerisinde tıbbın ağırlığının ve tıba bağımlılığın artmasıyla koşut olarak gerçekleşir. (36)

Sağlık hizmetlerinin üretiminde tek tek bireyler ya da genel olarak toplum "alıcı" yada "tüketici" konumundadır. Sağlık hizmetlerinin örgütlenişi, toplumsal katılıma olanak vermeyen, toplumun dışında ve "yabancı" bir konuma sahiptir. Son dönemlerde tıp bilimindeki olağanüstü gelişmelere rağmen tıp ve sağlık konusunda toplumun büyük çoğunluğu açısından artan ya da devam eden bir "cehalet", en azından bilgisizlik sözkonusudur. Bu "bilgisizlik" ve "cehaletle" hastahanelerin sağlık merkezlerinin bireylerin gözünde "bürokratik", "otoriter", "mekanik", "korcu tünelleri" olarak canlanması kolaylaşır. (4) Kapitalist toplumun temel hastalıklarından biri olan yabancılaşma sağlık hizmetlerini de kapsar. **Yine A.B.D den bir örnekle toplam sağlık harcamalarının yaklaşık % 25 i olan 115 milyar doların, yazışmalar, raporlar, sigorta poliçeleri vb. bürokratik harcamalar için yapılması bu durumun bir göstergesidir. (46)**

Böylece kapitalist toplumda kendi sağlığını ya da hastalığını anlayamayan kontrol edemeyen bireylerin düzeni anlamaya yada denetlemeye yönelmesi daha da zorlaşmaktadır. (36) Bu süreç içerisinde sağlığın anlamı ve tanımında netlikten uzak pasif ve muğlak bir içerik kazanır. Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı yalnızca hastalığın yada sakatlığın olmayışı değil "fiziksel" "ruhsal" ve toplumsal "iyilik hali" olarak tanımlaması da bazı olumlu yönler içermekle birlikte muğlak ve pasif bir içeriğe sahiptir. (47) Fiziksel, ruhsal ve toplumsal iyiliğin, temel kriterlerini kimin neye göre ve nasıl belirlediği ve belirleyeceği açık değildir.

**Toplumsal sınıfların var olduğu aralarındaki sağlık düzeyinin ve nesnel çelişkilerin gözardı edilemeyecek kadar keskin ve farklı olduğu bir dünyada "iyilik" ve "sağlık" olgularını da sınıfsal değerlendirmelerden uzak tutmak mümkün değildir. Çağımızda "Sınıfsal iyilik hali" de sağlık olgusunu belirleyen temel kriterlerden biri olarak değerlendirilmek durumundadır. Sınıfsal olarak koşulları kötü olanların sağlık koşulları da kaçınılmaz olarak kötü olmaktadır.**

Yine Kapitalizmin somut koşullarında "Sağlık" ve "hastalık" konusunda birçok yanılsamanın ve cehaletin iletişim dünyasının reklam haber vs. yönlendirmeleriyle sürekliliği de devam etmektedir. Böylece sağlık alanında her zaman bir "baş düşman" yaratılmaktadır. Bu kimi zaman "kanserdir" kimi zaman "şişmanlıktır", "sigaradır", kimi zamanda AIDS tir. (Günümüzde ABD'de toplumun % 34 ü, "AIDS"i

en ciddi tıbbi sorun olarak görüyor). (48) Medya dünyasında bu sorunlara karşı hergün yeni bir "tedavi şekli" bulunup yeni bir "zafer" kazanılmaktadır. Bu tür yöntemlerle sağlık sorunlarına ilişkin temel çözümler de daha kolay gözardı edilir hale getirilmektedir.

Sağlık hizmetlerinden memnun olmayanlar için de "Alternatifler" söz konusudur. Bırakınız az gelişmiş ülkeleri gelişmiş ülkelerde bile geleneksel ve bilinen tedavi yöntemleri dışındaki arayışlar çok yaygındır. Fransa'da yılda yaklaşık 10 milyon kişi "üfürükçülere" gitmektedir. (49) ABD de birinci basamak sağlık hizmetlerine yılda 358 milyon başvuru olurken "akupunktur", "masaj" vs. uygulamaların yapıldığı yerlere 425 milyon başvuru olmaktadır. Bir yıl içerisinde, her 3 Amerikalıdan birinin başvurduğu bu yerlere 13.7 milyar dolar harcanmaktadır. (50) Bu harcama Türkiye'nin toplam sağlık harcamalarının yaklaşık iki katıdır.

**Bu genel çerçevede Kapitalist toplumda sağlık hizmetlerinin işleyişinde "ilaç" vazgeçilmez bir öneme sahiptir. İlacın günlük yaşantımızda, evlerimizde "Modern tıbbın" en ileri "karakolları", işlevine bir yönüyle sahip olduğunu söylemek yanlış olmasa gerekir. Bireylere kendi kendinin doktoru olma olanağı da tanınmasıyla, ilaç "sağlık hizmetlerine" ulaşmanın belki "pahalı" ve "tehlikeli" ama en "kolay" ve "çabuk" yöntemidir.**

Böylece bireyleri, toplumu pasif kılan ya da, sağlıkla ilgili aktivitelerini kendileriyle sınırlayan ve sorumlu gören bir sağlık ideolojisinin yerleşimi ve gelişimi de "kolaylaşmış" olmaktadır. Tedavi hizmetleri ve ilaç bir yandan hastaları "iyi" ederken bir yandan da düzeni "iyi" eden bir işleve sahip olmaktadır. Örneğin işyerindeki sorunlar nedeniyle "sıkıntıları olan" bir işçiye verilen tranquilizan en az bu işçiyi iyileştirmek kadar var olan işleyişte ki aksaklıkları ve çelişkileri de dolaylı olarak "tamir etmekte", en azından üstünü örtmeye yönelik bir işlevde gösterebilmektedir. (36)

Bu durum özellikle az gelişmiş ülkelerde "sağlık hizmetlerinin" daha çok ilaç hizmetleri olarak algılanmasını, 20. yüzyılın epidemilerinden biri sayılabilecek olan "ilaç epidemisinin" ortaya çıkış zeminini, yaratmaktadır. Kuşkusuz bu yaklaşım ilacın gerektiği zaman ve gerektiği şekilde kullanılmasına ortaya çıkan yararlarını da yok saymak amacına yönelik değildir.

## 2. EKONOMİ - POLİTİKA ve İLAÇ

İlaç tüketiminin vardığı boyutları irdelerken üzerinde durulması gereken temel noktalardan biri ilacın üretimidir. Çünkü ilacın üretimi yada üretim tarzı tüketimini yada tüketim tarzını belirleyen en önemli faktörlerdendir.

İlacın üretimi açısından 1940 lı yılların belirleyici bir önemi vardır. O yıllara kadar küçük ve ulusal düzeyde üretimin dünya çapında yaygın olması söz konusuydu. 1850 lerde "sanayi üretimi" olarak ilk ilaçlar piyasaya çıkmıştı. 1900 lere kadar da Analjezikler ilaç üretiminin temel alanıydı.

1900 lerden sonra yaşanan savaş yıllarının Antibiyotiklere gereksinimi arttırmasıyla birlikte, ilaç üretiminde yeni bir dönem başladı. Antibiyotiklerin ilaç üretiminde göreceli olarak ağırlığı arttı. Penisilin tetrasiklin ve cloramfenikol gibi antibiyotikler gündeme geldi ve kullanılmaya başlandı.

**Antibiyotiklerin ilaç piyasasına canlılık getirmesiyle, 1950 lerden sonra piyasaya çıkan ilaç sayısında olağan üstü artış oldu 1905-1935 arası ABD'de yılda yeni 6 ilaç, 1935-45 arası yılda 37 ilaç piyasaya çıkarken, 1948-58 arası 4829 yeni ilacın üretimine başlandı. (51) 1965 lerde reçetelere yazılan ilaçların % 90 ı daha 1950 lerin başlarında bilinmiyordu. (51)**

Yeni ilaçların üretiminin çok arttığı 1950 li yıllar, aynı zamanda bir çok gelişmiş ülkede "sosyal refah devleti" anlayışının gündemde olduğu, ya da tartışıldığı yıllardı. Bu durumun doğal bir sonucu olarak sağlık hizmetlerinin planlanması, örgütlenmesi ve yürütülmesinde kamusal kesimin ağırlığı ve belirleyiciliği genel kabul gören noktalardan biriydi.

İlaç sektörüne ilişkin ilk vurgulanması gereken olgulardan biri, ilaç üretiminde kamu kesiminin ağırlığının çok az olmasıdır. Günümüzde Avrupa ülkelerinde ortalama olarak, kamu kesiminin ekonomide payı, % 40-45 civarındayken, ilaç üretimi tamamıyla sayılabilecek oranda "özel sektörün" elindedir. Aynı durum diğer gelişmiş ülkeler açısından da geçerlidir.

İlacın üretiminin ve tüketiminin niteliğinin belirlenmesinde bu olgunun çok önemli olduğunu vurgulamak gerekir. Sağlık hizmetlerinde kamu kesiminin müdahalesi, belirleyiciliği, planlaması 1950 ler sonrası özellikle Avrupa'nın gelişmiş kapitalist ülkelerinde etkin olurken, ilacın üretimi bu alanın dışında tutulmuştur.

Bu gelişim içersinde sosyal refah devletleri sağlık hizmetlerinde doktor sayılarını, yatak sayılarını, finansmanı planlarken hangi ilacın ne kadar üretilceği, fiyatının ne olacağı hangi hastalıkların ilaçlarına öncelik verileceği, neye gereksinim olduğu ya da bunlara kimin karar vereceği "meçhul" bırakılmıştır.

**Gerçekte "meşhulde" bırakılmamıştır. 1950 sonrasında dev adımlarla büyüyen ilaç tekelleri ve onların "kâr" mantığı, sağlık hizmetlerinin "ticari**

kaymağı", ilaç sektörünün temel belirleyicisi olmuştur. İlaç sektöründe fiyatın "ucuzluğu-pahalılığı", "kârın azlığı-çokluğu" ya da "tekelleşme düzeyi" vb. sorunlar kadar önemli bir sorun, ilaç üretiminin sağlık hizmetlerinin doğal bir parçası olarak yeterince görülmemesidir. Kapitalist ekonominin temelleri, ilacı sağlık sektörünün değil, yalnızca kimya sektörünün bir parçası olarak görmektedir. Kapitalizm koşullarında ilacın "Kimyasal ticari ürün niteliği", daima "Sosyal ürün" niteliğini gölgede bırakmıştır.

Gelinen aşamada bırakınız ilaç üretiminde kamusal kesimin ağırlığını neredeyse hiç bir ülke için "Ulusal ilaç sanayinden" dahi söz edilemez. Dünyanın 20 büyük ilaç şirketinin herbirinin ortalama enaz 30 ayrı ülkede faaliyeti söz konusudur. (10) İlaç sanayinin en gelişkin olduğu ülkeler arasında, ABD ihracatının % 58 i, İngiltere % 53 ü, Japonya % 27.6 sı kadar ithalatta yapmaktadır. **İlaç tüketiminde Yabancı Şirketlerin payı Almanya'da % 20, ABD de % 17, İngiltere'de % 38 dir. Az gelişmiş ülkelerde ise bu oran ortalama olarak % 49 dur.** (55) Bu durumla birlikte az gelişmiş ülkelerin özellikle ilaç hammaddeleri yönünden büyük oranda dışa bağımlılığı söz konusudur.

Böylece ilaç üretiminin, dünya genelinde her tedavi alanına yönelik yüzlerce çeşitliliği içeren, ama diğer yönüyle uluslararası tekellerin büyük bir ağırlığa sahip olduğu, bir sektör şeklinde geliştiğini, söyleyebiliriz. Bu üretim süreci içinde ilaç şirketleri merkezi yönetimleri ABD'de olup, ilacı İrlanda'da üretip, Brezilya'da kapsülleyip, Bolivya'da ise ambalajlayıp satabilmektedir. (10)

Dünya ilaç üretimini belirleyen ilaç şirketlerinin ilaç sektörü dışında çoğu zaman başka üretim ve ticari faaliyetleri de söz konusudur. Elektronik, plastik, televizyon, inşaat, golf klübü işletmeciliği bu faaliyetlerden bazı örneklerdir. (10) Dünyanın en büyük ilaç şirketlerinden Merck'in % 82, Bayer'in % 18, Ciba-Geigy'in % 30, Pfizer'in % 47, Sandoz'un % 45 oranında toplam cirolarındaki paylar ya da kesimler ancak ilaç alanından gelmektedir. (57)

Günümüzde gelişmiş ve az gelişmiş ülkelerin pek çoğunda piyasada bulunan ilaç sayısı binlerle ölçülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün temel ilaçlar listesinde ise 270 civarında ilaç vardır. Yine Dünya Sağlık Örgütü Sağlık merkezi seviyesinde 40 ilacın hastalıkların % 90 ının tedavisinde; Bölge hastahanesi seviyesinde 100 ilacın, Üniversite ve eğitim hastahanelerinde de bu hastahanelerin büyüklüğüne göre 200 ü aşabilen sayıda ilacın yeterli olabileceğini söylemektedir. (1) Bu arada belirtmek gerekir ki yıllık 150 milyar doları aşan dünya ilaç tüketiminin

ancak % 1 inden azı da koruyucu hizmetlere yönelik aşılara aittir. (58)

**İlaç sektöründe tekelleşmenin diğer sektörlerdeki tekelleşmeden farklı bir niteliği söz konusudur. Örneğin kahve, yün, demir üretimi gibi alanlarda 15 şirket dünya ticaretinin % 90 nını elinde tutartan, ilaçta günümüzde 100 (1970 lerde 135) şirket % 95 ini gerçekleştirmektedir. (59) İlaç sektöründe tekelleşme temel olarak ürün bazında olmaktadır.**

1970 lerde dünyada en çok satılan 51 ilacın, 27 sinin tek, 8 inin iki, 10 unun üç üretici şirketi vardı. (10) Günümüzde de durumun çok değiştiği söylenebilir. 1991 yılında her ülkede binlerce ilaç çeşidine rağmen, dünyada en çok satan ilk 10 ilaç, toplam satışların yaklaşık % 10 unu yapmaktadır. **En çok satan ilk ilacın tek başına dünya tüketimindeki yeri yaklaşık % 2 dir. Bu birinci ilacı üreten ilaç temelinin tüm satışlarının yaklaşık yarısı sadece bu ilaçtan gelmektedir.** Aynı zamanda bu ilacın 3 milyar dolar olan 1991 yılı cirosu aynı yıl ki Türkiye Sağlık Bakanlığı bütçesinin yaklaşık 2 katıdır. (61) (62)

Varolan bu tablo içersinde ilaç sektörü kârlılık açısından en iyi sektörler arasındadır. (60) Özellikle 1960 lı yıllar kârlılığın yüksekliği açısından dikkat çeken yıllar olarak görülebilir. Örneğin ABD de 1960 tan 1976 ya ilaç şirketlerinin ortalama kâr oranları, 500 büyük şirketin ortalama kâr oranından en az % 45 fazla olmuştur. (10) 1970 lerden Sonra artan ekonomik krize rağmen krizden en az etkilenen sektörlerden birinin ilaç sektörü olduğunu belirtmek gerekir. Dünyada İlaç sektöründe satışlar, 1960'lardan 1980'lerin ortalarına kadar ortalama her yıl % 11 artış göstermiştir. (60) Bu durumun yanısıra Dünya ilaç ticaretinin yılda yaklaşık % 10 u kadar da (12-15 milyar dolar) sahte ilaç ticareti söz konusudur.

İlaç sektörünün, krizlerden az etkilenmesinin ilacın sağlık açısından vaz geçilmesi zor bir tüketim malı olmasının yanısıra, sürekli yeni ürünlerin piyasaya çıkartılarak, yeni taleplerin yaratılmasının da büyük etkisi olmuştur. Bununla birlikte yeni çıkan ilaçların ancak % 10-15 inin bilimsel açıdan yenilik getirdiği söylenebilir. Örneğin 1976-1986 arası piyasaya sürülen ilaçların ancak % 1.5 i tedavi açısından temel önemde bir değişiklik yaratmıştır. % 15 i bazı yenilikler getirmiş, % 83 ü önemli bir değişiklik yaratmamıştır. 1975 ten 1989 a 15 yıllık sürede piyasaya çıkan 775 ilaçtan sadece % 29 u yenilik getirmiştir (2) Patent sürelerinin bitimine yakın, bazı ufak değişikliklerle eski ilaçların "yeni" biçimlerde piyasaya sürülmesinin, patent korumasından yararlanım açısından bir yöntem olduğu söylenebilir.



**Yeni ilaçların bulunması ve geliştirilmesi ilaç sektöründe aynı zamanda yüksek araştırma-geliştirme harcamalarının olmasına sebep olmaktadır. Yeni bir ilacın geliştirilmesinin maliyeti 1970 lerde 57 milyon dolar, 1980 lerde 124 milyon dolarken, 1990 ların başında 231 milyon dolar olmuştur. (31) Bir ilacın geliştirilebilmesi için gerekli sürede 1950 lerde ortalama 2 yıl iken 1980 lerde 12 yıla çıkmıştır. İlaç şirketleri yıllık cirolarının yaklaşık % 10 unu (18) araştırma geliştirme faaliyetlerine ayırmaktadır. Dünya ilaç endüstrisi uzay ve elektronik endüstrilerinden sonra en fazla araştırma geliştirme harcaması yapan sektördür. Örneğin Merck ilaç şirketinin 1991 yılında bu alana ayırdığı parasal kaynak, 1 milyar dolardır. (65) (Aynı yılki ülkemiz toplam ilaç satışları da yaklaşık 1 milyar dolardır).**

İngiltere de ilaç sektörünün Araştırma-geliştirme harcamaları 1966 dan 1991 e 7.6 kat artarken, elektronikte 2.1 kat, diğer sektörlerde 1.2 kat artmıştır. Bu ülkede ilaç sektöründe çalışan her 5 kişiden biri araştırma-geliştirme bölümlerinde görev yapmaktadır. (7) Bu derece yüksek araştırma harcamaları az gelişmiş ülkelerin dışa bağımlılığını arttıran etmenlerden biri olmaktadır.

Bununla birlikte ilaç araştırmalarının yöneldiği tedavi alanları daha çok yüksek kâr getirme olasılığına göre belirlenmektedir. Örneğin "fakirlerin hastalığı" olarak değerlendirilen TBC de, özellikle direnç kazanmış TBC basiline karşı, yeni ilaçların geliştirilmemesinin, bu hastalığın son dönemlerde yaygınlık kazanmasında önemli bir etken olduğu genel kabul gören bir düşüncedir. **Büyük ilaç şirketlerinden Ciba-Geigy'nin kıdemli ürün müdürlerinden Andre Nikitin bu konuda şöyle demektedir: "Tropikal hastalıklar iyi bir iş değildir. Çünkü Halkın ilaçlara verecek parası yoktur. Tüberkülozlu insanların pek çoğu da çok fakirdir. Onlar ilaçları ya parasız alacaklar yada öleceklerdir."** (34) Az gelişmiş ülkeler bir yana ABD nin New York kentinde TBC insidans oranının 1982 de 100 binde 20 iken 1992 de 50 ye çıktığını da belirtmekte yarar vardır. (34)

İlaç sektörünün bunalımlardan az etkilenmesinin diğer bir nedeni de bu alandaki şirketlerin hızlı bir şekilde birleşmeye yönelmesidir. Günümüzde pek çok büyük ilaç tekeli, şirketlerin birleşmesini ifade eden en az 2 ad taşımaktadır. (Ciba-Geigy, Bristol-Myers Sguibb, SmithKline Beecham vb). Büyük ilaç şirketleri arasında 1989-1990 da 34 birleşme meydana gelmiştir. (60) Pfizer şirketine yalnızca 1961-1973 arası 60 tane başka ilaç şirketi katılmıştır (10).

İlaç sektöründe dünya genelinde tekelleşmenin boyutlarının yüksek olması, bu alanda rekabetin ol-

madığı ya da az olduğu anlamına gelmemektedir. İlaç sektöründe rekabetin niteliksel ağırlığı "fiyat rekabetinden" çok "ürün rekabeti" biçimindedir. Bu durumda tanıtım-promosyon çalışmalarının çok fazla ve değişik biçimlerde gündeme gelmesini getirmektedir.

İlaç sektöründe promosyon çalışmaları 1950 lerde, temel olarak penisilinlerden sonra tetrasiklinlerin piyasaya çıkmasıyla başladı. Tetrasiklinlerin patentini alan ilaç şirketi bu ilacın piyasaya çıkmasını takip eden 2 aylık süre içerisinde yaklaşık 500 bin dolar promosyon harcaması yaptı ve satışlarını 4 yıl içinde % 250 arttırarak, antibiyotik piyasasının % 25 ine sahip oldu. Bu durum promosyonun ilaç sektöründe yerleşimini ve gelişimini teşvik etti. (51)

**Günümüzde çok değişik biçimlere sahip olabilen promosyon çalışmalarının ilaç maliyetlerine etkisi % 10-15 ten az değildir. (51) Dünya genelinde promosyon çalışmalarına ayrılan kaynak, yıllık 20 milyar dolar civarındadır ve yeni ilaçları araştırma ve geliştirmeye ayrılan kaynakla en azından eşit miktardadır, bazı yayınlara göre de 2 katına yakındır. (18)**

Araştırma geliştirme ve promosyon çalışmalarının ilaç maliyetlerine doğrudan yansıtılması ve kâr oranlarının yüksekliği nedeniyle ilaç fiyatlarının bir çok ülke açısından "önlenemez bir yükseliş" içerisinde olduğu söylenebilir. Fransa da her 7 yılda bir ilaç tüketimine ayrılan kaynak 2 kat artmaktadır ve bu durumda ilaç fiyatlarının büyük etkisi vardır. (1) Almanya da 1980 den 1991 e ilaç fiyatları 2 kat artmıştır. (66) Az gelişmiş ülkelerde ilaç fiyatlarındaki yüksekliğin ve artışın büyük boyutlarının değişik örnekleri bulmak çok daha kolaydır.

ABD de ise 1980 den 1992 ye ilaç fiyatları % 152 artarken diğer mallardaki artış ortalama % 58 de kalmıştır. **ABD de ilaç fiyatları Avrupa ülkelerine ve Kanadaya göre % 50-60 oranında daha fazladır. (67)** Bu ülkede nüfusun % 13.6 sının herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmaması (Sağlık Personelinin bile yaklaşık % 10 u Sağlık Sigortasına sahip değildir), ilaç ve tıbbi bakım maliyetleri yüksek hastalıkların sigorta şirketlerince sigorta dışı bırakılması, ya da çok yüksek primlere tabi tutulması, son dönemlerde artan sağlık hizmetlerinde ki bunalımın temel nedenlerinden biridir. (46) ABD de toplumun ilaç fiyatlarının daha ucuz olduğu komşusu Meksikaya ilaç almak için gitmesi, çocuk aşularının fiyatlarının son 10 yılda 10 kat artması, bu durumun bazı çarpıcı somut göstergeleridir. (68)

**1950 lerden sonra ilaç tüketimindeki artış, eczane sayılarındaki artışı da beraber getirmiştir. Bununla birlikte eczaneler de tekelleşme sürecinin di-**

şında kalmamıştır ve birçok ülkede eczane tekelleri söz konusudur. Örneğin İngiltere de bir eczane tekeli 1000 eczaneye (tüm eczanelerin % 10 u), ve ilaç satışlarında % 30 pazar payına sahiptir. (69)

1950 lerden itibaren ilaç üretiminin, özel kesimin büyük ağırlığı olduğu bir sektör olarak gelişmesiyle birlikte, kamu kesiminin bu alandaki işlevinde "denetime" yönelik bir nitelik ön plana çıktı. Kuşkusuz bu gelişim kendiliğinden bir süreç şeklinde değil, temelde ilaç kullanımına bağlı görülebilen değişik sorunlara karşı oluşan toplumsal tepkilerin sonucu olarak gündeme geldi. Örneğin ABD de ilaçla ilgi düzenlemeleri yapan resmi örgütün (FDA) yasal yetkilerinin artırıldığı 1938 yılı, Sulfanamid, 1962 yılında Thalidomide bağlı sorunların görülmesinin hemen ertesine rastlamaktadır. (10)

Böyle bir tablo içersinde ilacın üretimi, kullanımı ve tanıtımı ile ilgili ortaya çıkabilecek sorunlara karşı değişik önlemlere, kurallara ve yaptırımlara en azından "teorik" ve "yasal" olarak bir çok ülkede rastlanmaktadır. Kuşkusuz bu durum, bu alandaki sorunların ortadan kalktığı anlamına gelmemektedir. Örneğin yeni ilaçlarla ilgili bilimsel denemelerin önemli bir kesimi ilaç, şirketlerince finanse edilmekte, bilimsel gerçeklerle bağdaşmayan taraf tutan bir çok "bilimsel yayın" gündeme getirilebilmektedir. Toplum sağlığı açısından ilaçlarla ilgili önemli bazı verilerde uzun dönem göz ardı edilebilmektedir. Örneğin bir zamanlar ilaç şirketlerince "yoğun" tanıtımı yapılan Dietilstilbestrolun, kullananların çocuklarında kansere yol açtığı 1970 lerde tesbit edilmesinden yaklaşık 20 yıl önce bu ilaçla ilgili bazı sorunları ve kullanım alanının daraltılmasını belirten raporlar yayınlanmıştır ama bunlar yeterince önemsenmemiştir. (4) (14)

Yine dünya genelinde bu kurallara ya da yasalara rağmen ilaç alanında "rüşvet", "komisyon" vb. yöntemler kamuoyuna çok fazla yansımaya da kullanılagelen yöntemler olmuşlardır. Örneğin Merck ilaç şirketi 1968-1975 yılları arasında, 36 ayrı devletin ilaçla ilgili resmi görevlilerine 3.5 milyon dolar, Upjohn ilaç şirketi de 1971-1975 arası 22 ayrı devletin resmi görevlilerine 2.7 milyon dolar "komisyon" verdiklerini kabul etmiştir. (10)

Aynı konuya ilişkin günümüzden örnekler verirsek ABD de ilaç üretiminin % 30 undan fazlası ilaçların ruhsat alma ve kullanımı sürecinde yapılan değişik yanlışlıklardan dolayı ya mahkum olan ya da yargılanan firmalar tarafından yapılmaktadır. (71) 1990 yılında ABD nin resmi ilaç kontrol örgütü F.D.A. nin bazı görevlileri ilaç şirketlerinden 100 bin dolara varan rüşvetler almaktan ya cezalandırılmış

ya da yargılanmıştır. 1981-1991 yılları arası Amerikan ilaç endüstrisi de kongrenin Sağlıkla ilgili komisyonlarında ki senatörlerine yaklaşık 8 milyon dolar "yardım" yapmıştır. (103) Bu yardımın niçin yapıldığını açıklamaya şüphesiz gerek yoktur.

Bu konulara ilişkin az gelişmiş ülkelerdeki durum şüphesiz çok daha "vahimdir". Özellikle 1960 lardan 1980 lere kadar olan dönemde, gelişmiş ülkeler pazarının doyduğu, bu pazarda kendine yer bulamayan, yasaklanan ya da denemek amacıyla, bir çok ilaç, gelişmiş ülkelere göre daha geniş kullanım alanlarıyla farklı prospektüslerle, az gelişmiş ülkelerin ilaç pazarına kontrolsüz bir biçimde girdi. (3) Üstelik bu ülkelerdeki ilaç fiyatlarının da yüksekliği daima gündemde kalan olgulardan biri olmuştur. Üzerine bırakınız makaleleri, kitapların yazıldığı, iyi bilinen bu tabloya ilişkin örnekler ne yazık ki sayılamayacak kadar çoktur.

**1980 li yıllar bu alanda kısmen ve biçimsel anlamda kalması söz konusu olsa da az gelişmiş ülkelerde bazı "düzenlemelerin" gündeme geldiği yıllar oldu. Bu "düzenlemeler" az gelişmiş ülkelerin kendi içlerindeki gelişimlere bağlı olarak ortaya çıktığı gibi Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Uluslararası İlaç Üreticileri Birliği (İFPMA) vb Uluslararası Örgütlerin bazı "girişimleri" sonucu ortaya çıktı.**

Özellikle 1960 lardan sonra Dünya Sağlık Örgütü ilacın üretimine, kullanımına ve tanıtımına yönelik bir çok "düzenlemeyi" gündeme getirdi. Bu düzenlemeler içinde en fazla tartışılanlardan biri olarak, 1977 de belirlenen "temel ilaçlar politikası"nın ayrı bir önemi vardır. (18) Bu politikanın temeli ilaç piyasasında aynı tedavi alanındaki çok çeşitliliğin yattığı fiyat ve kalite farklılıkları içinde "ucuz ve güvenilir" ilaçların tercih edilmesine yönelimin "sağlanmasıydı". Pratik içersinde de patentli ticari isimler taşıyan ilaçlar yerine, bunların ucuz eşdeğerlerine (Jenerik ilaç) ağırlık verilmesini öngörüyordu.

Bu politikalara uluslararası İlaç Üreticileri Birliği nezdinde, ilaç tekelleri "Sağlık Standartlarında düşmeye neden olacak" gerekçesiyle, önceleri büyük tepki gösterdiler. Fakat süreç içersinde temel ilaçlar politikasının, genel olarak değil, ağırlıklı ve sınırlı olarak sadece ilaç alanında çok büyük "sorunları" olan az gelişmiş ülkeler ve yeni olmayan ilaçları kapsamasının "önerildiği" anlaşılınca Dünya Sağlık Örgütü ile ilaç şirketleri bu alanda "işbirliği" içersine girdiler. (4) Az gelişmiş ülkelerin sağlık personelinin ilaç üretimi ve kullanımı konusunda Dünya Sağlık Örgütü ve ilaç şirketleri birlikte eğitim programlarını organize etmeye başladı. (72) Hatta Jenerik ilaca karşı çıkan bir çok büyük ilaç tekeli sonraları

özellikle az gelişmiş ülkelere yönelik bu alanda üretim yapmaya dahi başladılar.

**Doğal olarak bu gelişim süreci içerisinde dünya Sağlık Örgütü'nün "2000 yılında herkese Sağlık" Politikası gibi "Temel İlaçlar Politikası da" sözü güzel ama pratik yaşam içerisinde "yerini bulamayan", "işlevsiz kalan" bir içeriğe sahip oldu. Bu durumun böyle olmasındaki nedenleri bir yönüyle Dünya Sağlık Örgütü'nün "maddi ve manevi" bağlarının gelişmiş ülkelerle çok kuvvetli olmasında aramak gerekir. Hatırlatmakta yarar vardır ki Dünyanın en büyük ilaç üreticileri ABD, İsviçre, Almanya, Fransa, Japonya, İngiltere, ve İtalya aynı zamanda Dünya Sağlık Örgütü'nün yaklaşık % 55 bütçesini karşılamaktadır. (74)**

Oysa ucuz eşdeğer (jenerik) ilaç uygulaması az gelişmiş ülkeler bir yana gelişmiş ülkelerde dahi özellikle ekonomik krizin ve ilaç fiyatlarının artmasıyla birlikte yoğun taraftar bulmuştur. 1984 yılında ABD de çıkartılan bir yasa ile F.D.A. ya patent süreleri bitmiş ilaçların jenerik kopyalarına ruhsat verme izni tanındı ve 1984-1986 arası 100 den fazla jenerik ilaç piyasaya girdi. Hatta General Motors ve Ford gibi büyük şirketler, 1988 yılında bir önceki yıla göre ilaca % 20 nin üzerinde fazla para ödedikleri, bununda her yeni arabanın fiyatını 600-700 dolar artırdığı ve rekabet güçlerini azalttığı gerekçesiyle jenerik ilacı desteklediler. (75) Bu ülkede jenerik ilaç uygulamasıyla ilaç harcamalarında 1988 yılında 2 milyar dolar tasarruf sağlanmıştı ve jenerik ilaç tüketiminin 1990 larda tüm ilaç tüketiminin % 50 sine ulaşabileceğini öngören görüşler de vardır. (75)

Yine bu ülkede piyasada 20000 e yakın çeşitlilikte ilaç olmasına rağmen birçok hastahenenin etkinlik ve ekonomik olma prensipleriyle seçilmesi öngörülen ortalama 400 ü aşmayan ilaç listeleri söz konusudur. Her hastahane hastahenenin listeleri dışında ilaç yazmak söz konusu değildir. (76)

Özellikle 1980 lerden sonra diğer birçok ülkede de ilaç fiyatlarının yüksekliği nedeniyle kamu kesimi ilaç tüketimini ve fiyatlarını denetime yönelik değişik yaptırımları sonuçları tartışılıp olmakla birlikte gündeme getirmişlerdir yada arttırmışlardır. İngiltere, Hollanda, Kanada gibi ülkeler bu konuda örnek verilebilir.

Bu arada belirtmek gerekirken uluslararası ilaç üreticileri birlikleri federasyonu (IFPMA) 1981 yılında ilaç tanıtımına yönelik, üyelerinin uymasının "yararlı" olacağı, "kuralları", yayınlamıştır. (77) Bu kuralların 1977 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün temel ilaçlar, politikasını ilan etmesinden sonra gündeme gelmesi, ilaçla ilgili dışardan gelebilecek bir

kontrol yerine ilaç şirketlerinin "oto kontrolü" tercihe yönelmelerinin bir göstergesi olarak değerlendirilebilir. (3) IFPMA nın getirdiği bu kurallarda uyulması zorunlu yaptırımlara yerine, her ülkenin özgül koşullarına göre değişebilme "esnekliğine" sahip, her ülkenin kendisine göre yan etkileri, toksik zararları saptamasına ağırlık veren (77) ve yeterince "açık" olmayan bir içerik söz konusudur.

Bu kurallarda bir yanda "Gelişmiş ülkelerde ki ilaç bilgileri az gelişmiş ülkelerdekiyle uyumlu olmalıdır" ve "Az gelişmiş ülkelerin birçoğu ilaçların endikasyon, kontrendikasyon ve yan etkileri konusunda gelişmiş ülkelerde kabul edilen uygulamaların farkında değildir, IFPMA onlara yardım teklif eder" denmektedir. Bu durum az gelişmiş ülkelerde özellikle 1960 lere yaşanan, bu alandaki acı gerçeklerin "nazik" bir kabulünden başka bir anlam ifade etmemektedir. Diğer yandan IFPMA bu kuralların uluslararası düzenleyici bir otoritesi olarak görülmesine karşı çıkarak bu alandaki sorumluluğu az gelişmiş ülkelere ve onların devletlerine yine ağırlıklı olarak bırakmaktadır. Bu durumda tahmin edileceği gibi özellikle az gelişmiş ülkelerde ilaç kullanım ve tanıtımına ilişkin olumsuzlukların biçimsel bazı değişikliklerle birlikte özde süregelmesi anlamını taşımaktadır.

**Böyle "Kuralların" pratik çok fazla anlamı olmadığına gelişmiş ülkeler nezdinde dahi birçok örneği sözkonusudur. İngiltere de İngiliz ilaç üreticiler birliği (ABPI), 1958 den beri ilaç tanıtımına ilişkin değişik kurallar koyagelmıştır. Yapılan bir araştırma her yıl için yaklaşık 100 defa bu kuralların ilaç şirketlerince ihlal edildiğini göstermiştir. (78) Kuşkusuz bu sayı yalnızca resmen tesbit edilebilenlerle sınırlıdır.**

Özellikle bu tür kuralların "Vazgeçirici" bir etkiye sahip olmaktan çok ihlalleri "görünür kılan bir etkiye" sahip olduğu vurgulanmalıdır. Örneğin 1983-1988 yıllarında bu kuralların İngiltere de ihlallerinde ön sıralarda yer alan Bayer Şirketinin ABPI'ye üyeliği 1986 da askıya alınmış, 1987 de üyeliği geri dönmüş, 1988 de tekrar bu kuralları ihlal etmiştir. (78) Bu ülke de bu sorunu ilaç şirketlerinin kendi "kuralları" ve "denetim kurulları" çerçevesinde ele almak yerine, yaptırım gücü olan bağımsız organizasyonların gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Böylece ilaç şirketlerinin kendi aralarında ki "rekabet sorunları" düzeyinden çıkarak, toplum sağlığını ön plana alan bir yaklaşımın, ilaç tanıtım kurallarının düzenlenmesinde etkin olabileceği varsayılmaktadır.

Dünya genelinde ise, 1981 de gündeme getirilen ilaç üreticileri birlikleri federasyonunun koyduğu kurallarla ilgili, 1981-1991 yılları arası bu kuruluşa,

926 ihlal başvurusu yapıldığını ve bunların 527 sinin haklı görüldüğünü belirtmekle yetinelim. (79)

★ ★ ★ ★ ★

Ülkemizde ise ilaçla ilgili ekonomi-politikaların çizilen bu çerçeveden farklı olduğu söylenemez. Bu konuya ilişkin genel ve geniş bir değerlendirme yerine bazı somut olguları ve çelişkileri gündeme getirmek yeterli olabilecektir.

Ülkemizde ilaçla ilgili Yasal düzenlemelerin geçmişi çok eskidir. İlaçların üretimine, kullanımına ve tanıtımına yönelik bir yasal çerçeve 1930 lardan günümüze bazı değişikliklerle birlikte süregelmiştir. Bununla birlikte ilaç sektörünün gelişimi daha önceki yıllara göre, 1950 li yıllarda niteliksel bir ağırlık kazanmıştır. Özellikle 1954 te yabancı sermayeyi teşvik konusunda önemli kolaylıkların getirilmesiyle birlikte, artan yabancı sermaye yatırımları (1954-1961 arasında gelen tüm yabancı sermayenin yaklaşık % 22 si ilaç sektörüne yönelikti) ilaç sektöründe hızlı bir "gelişme" ve neden olmuştur. (22)

İlaç sektörünün 1950 li yıllardaki bu "gelişimi"-ni daha yakından incelediğimizde, günümüzün üretim normlarıyla kıyaslandığında çok daha farklı ve ilkel bir tablonun olduğunu da belirtmekte yarar vardır. O yıllarda bu fabrikaları denetleyen bir öğretim üyesinin izlenimleri bu konuda ilginç örnekler taşımaktadır:

"Gördüğümüz bir ilaç imalathanesi PAS (Par amino salisilik asid) preparatı hazırlamakta idi. Granüleri kurutma etüvü olmadığı için Mayıs ayının güneşinden istifade etmek üzere çayıra beyaz yatak çarşafı üzerine granüleri yaymış, bir tarafta inekler otlamakta, adeta tüberküloz hastalığından kurtulmak istercesine karasinekler PAS granülerinin üzerinde dolaşmakta idiler. Diğer bir imalathanede göz damlası şişelerini adi bir mutfak yalağı içinde çeşme suyunda yıkayıp sterilize etmeden solüsyonu doldurmakta idiler.

Diğer bir yabancı ilaç fabrikasında steril doldurulması gerekli penisilin ve diğer bir preparatın steril olmayan şartlarda doldurulduğunu saptamış ve gereğini yapmıştık. Sadece tablet üreten bir imalathaneye denetim için gittiğimizde sahibi ve mesul müdürü "aradığımız hammadde ve mamul madde kontrollerine dair hiçbir laboratuvar yoktur. Zahmet edip gezmeyelim. Hemen birlikte bir yemek yiyelim. Siz ne isterseniz onu yazın ben de altına imza ederim. Bundan dolayı benim laboratuvarımı kimse kapatamaz. Zira ... bakan benim sınıf arkadaşımıdır. Ben bu işi para kazanmak için yapıyorum" dedi. Bunun üzerine raporu yazmaktan başka bir işimizin olmadığını gördük. Bu misalleri çoğaltmak mümkün. Te-

mizlik yönünden sıradan bir aşçı dükkanının bulaşıkhanesi düzeyinde olanlara da rastlamıştık."(80)

**Kuşkusuz günümüz Türkiye'sinde ilaç üretimi bu derece "Vahim" durumda değildir. Ama unutulmamalıdır ki 1950 li ve 1960 lı yıllarda bu koşullar içersinde ilaç sektöründe yaratılan "sermaye birikimi" ve bu durumun sağlık hizmetlerine getirdiği olumsuzluklar sonucunda ilaç üretimine ilişkin bazı ilerlemeler gündeme gelebilmiştir.**

Günümüze ilişkin olarak Sağlık Bakanlığınca yaptırılan piyasa ilaç analiz sonuçlarında "kusurlu" ilaç oranının 1980 lere kadar % 20 den aşağıya düşmediğini, 1980-1990 arasında % 8 lere düştüğünü, 1990-91 yıllarında da % 4 civarında olduğunu belirtelim. 1980-1992 yılları arası Sağlık Bakanlığınca yapılan yaklaşık 1500 ilaç üretim yeri denetim sonuçlarına göre de 230 "kısmen" ya da "tamamen" kapatılma uygulaması gerçekleştirilmiştir. (11)

Bununla birlikte ülkemiz büyük ilaç sanayicilerinden birinin 1980 lerde söylediği "... İlaç Endüstrisi bir endüstridir. Endüstri kurallarını zorlayamazsınız. Endüstri kuralları ilaç için yapılmaz endüstri için yapılırdı." (81) yaklaşımı kapitalizmin üretim kurallarının; kârın ve sermaye birikiminin temel alınmasının ilaç sanayi içinde, değişmeyen bir kural olduğunu net bir şekilde hatırlatmaktadır.

İlaç sanayinin 1950 lerden günümüze değin gelişimine bakıldığında bir zamanlar önemli tartışma konularından olan ama şimdilerde sözü dahi edilmeyen "Ulusal İlaç Sanayii" olgusunu unutmamak gerekir. Yabancı Sermayenin doğrudan ya da dolaylı hakimiyeti ülkemiz ilaç sektöründe zaten çok cılız olan yerli üreticileri süreç içersinde ya yabancı ortaklar bulmaya yada yok olmaya mahkum kılmıştır. 1963-1972 dönemlerini kapsayan I. ve II. kalkınma planlarının hedeflerinden olan "yerli ilaç sanayinin teşviki" pratikte bir anlam kazanmamıştır. Belki bu politikaların yalnızca "Yerli İlaç Sanayinin" yabancı sermaye açısından "Ortaklıklar" kurmaya değecek kadar büyümesine yardım ettiği söylenebilir. Yine büyük ilaç sanayicilerimizden biri bu durumu "çok güzel" özetlemektedir:

"Konu şu; insanların bakış açısını değiştirmek kolay değil şimdi 1961 de bifarz ben yabancı sermayenin bir numaralı düşmanıydım ve ozaman eczacılar birliği merkez heyetindeki arkadaşlarımda Memduh Bey de buradadır, elbirliğiyle Allah Allah diye saldırdık ama 1961 senesiydi, sene 1981 bunun yanlış olduğunu gördük." (81)

**Ulusal ilaç sanayinin kamu sektöründeki gelişimi diğer bir çok ülkede olduğu gibi bir kaç cılız**

deneyim dışında zaten söz konusu bile olmamıştır. SSK ilaç fabrikası başlangıcından itibaren hazin bir öyküye sahiptir. (82) Günümüzde SSK ilaç fabrikası bu kurumun ihtiyacının ancak % 1.5 ini karşılamakta, üretiminin de % 53 ünü "seskaljin" adındaki bir ağrı kesici oluşturmaktadır.

Kamu kesiminin bırakalım ilaç üretimini, 1982 anayasasının sağlık konusunda "düzenleyici" ve "denetleyici" olarak koyduğu işlevleri, ilaç sektöründe yerine getirebilecek bir perspektife sahip olduğunu söylemek bile çok zordur. 1973-1983 dönemlerini kapsayan III. ve IV. Kalkınma Planları ilaç sanayine ilişkin sadece "denetim" in üzerinde dururken, 1985 ten 1994 e kadar ki dönemi kapsayan V. ve VI. Kalkınma Planlarında "ilaç sektörü" ciddi anlamda bir konu başlığı olarak dahi yoktur.

Sağlık Bakanlığının ilaç alanında "düzenleyici ve destekleyici" olma işlevlerini yerine getirmede temel birimi olan "ilaç ve eczacılık genel müdürlüğünün" 1993 yılı bütçesi yaklaşık 11 milyar TL dir ve tüm bakanlık bütçesinin ancak ve ancak % 0,06 sı kadardır. (11) Sağlık harcamaları içerisinde ilaç harcamalarının payının % 30 lar civarında (1992 yılında yaklaşık 7trilyon TL) olduğu ülkemizde Devletin ilaca verdiği önemin, daha doğrusu önem vermemenin boyutlarını bu olgudan daha iyi gösterebilecek bir örnek bulmak çok zordur. Üstelik bu örnek sadece 1990 yılının değil, 1960 lardan sonra her yıl için yaklaşık olarak geçerlidir. Yine Refik Saydam Hıfzısıhha merkezi, ilaç ve kozmetik araştırma bölümüyle beraber ilaç ve eczacılık genel müdürlüğünde ki çalışan personel yaklaşık 300 kişidir ve küçük bir ilaç şirketinin sahip olduğu personel kadardır.

**Bu duruma karşın ülkemiz ilaç sektörünün "Türkiyenin en çok denetlenen sanayi kolu, Dünyada en çok denetlenen ilaç endüstrisi" olduğunu söyleyen ilaç sanayicilerimizin (53), ilaç ve eczacılık genel müdürlüğü bütçesi sağlık bakanlığı bütçesinin % 1 i kadar bile (200 milyar TL) olsaydı ve "Fiyat", "kalite" vb alanlarda ilaçta denetim, devletçe yeterince ciddiye alınsaydı, ne düşüneceklerini merak etmek yanlış olmasa gerekir.**

İlaç sektörünün denetimiyle ilgili en fazla tartışılan alanlardan biri de kuşkusuz ilaç fiyatlarıdır. Özellikle 1980 sonrası uygulanan "serbest piyasa ekonomisi" yaklaşımı ilaç fiyatlarının serbest bırakılmasına, daha doğrusunda serbest artışına yönelik bir dizi girişimi de beraberinde getirmiştir. 1984 yılında çıkartılan ve ilaç fiyatlarının tesbitini düzenleyen bir kararname bu girişimlerin en önemlilerindedir. Üzerinde çok durulan ve değişik yönleriyle eleştirilen bu kararname ve getirdikleri-

ni ayrıntılı örneklerle ele almanın büyük bir gerekliliği yoktur. Zaten ilaç sanayicilerimiz de "Türkiye de fiyatlarından dolayı ilacı alamayan bir kitlenin var olduğunu" kabul etmekte fakat bu durumu kendi sorunları değil hükümetlerin sorunu olduğunu "doğal olarak" dile getirmektedirler. (81) Oysa bilinen diğer bir gerçekte ilaçta fiyat sorununun özellikle 1980 lerden sonra, kamu kesiminin ve hükümetlerin sorumluluk sahasına yeterince girmeyişidir.

Gelişmiş ülkelere göre ülkemizdeki ilaçların "ucuz" olduğu da sürekli örnek verilen noktalardan biridir. Örneğin ilaç şirketleri 1988 yılında Türkiye de ortalama ilaç fiyatı 1.45 dolar iken, İngiltere'de 3.01 dolar (Türkiyenin 2 katı) Almanyada 5.64 dolar (Türkiyenin 3.8 katı) İtalya da 2.25 dolar (Türkiyenin 1.5 katı) olduğunu öne sürmektedir. (55) Bununla birlikte bu ülkelerde kişi başına düşen ulusal gelir seviyesi açısından ülkemizin 10 kata yakın geri durumda olduğunu da göz ardı etmemek gerekir.

İlaçta "kârların" ve "fiyatların" az ya da normal olduğunu öne süren ilaç sektörünün, Türkiyenin en büyük 500 firması arasına 1979 da 3 firma ile girerken, 1991 de bu sayının 17 ye çıktığını belirtmekle yetinelim. (83) bu gelişme sürecinde ilaç sektörünün 1984 te devletçe "teşvik kapsamına", 1988 de de "özel önem taşıyan sektörler" arasına alınmasının katkılarını da yadsımamak gerekir. (105)

Bu arada vurgulanmasında yarar olan bir olguda ülkemiz ilaç sektöründe üretimin niteliksel özellikleridir. İlaç sektörü ülkemizde diğer bir çok alanda olduğu ve tahmin edileceği gibi, yeni ilaçlar için temel teknoloji üreten ve geliştiren bir konum da değildir. Özellikle 1980 sonrası devletçe verilen teşviklerinde katkısıyla artan ilaç sektöründe yatırımlar, üretimde Dünya Sağlık Örgütü'nün ilaç üretiminde iyi imalat ve kontrol (GMP, GLP) standartlarına ulaşmayı kapasite arttırmayı hedefleyen yatırımlardır. **Büyük bir ilaç şirketinin araştırma geliştirme müdürü 1991 yılında, ülkemizin ilaç araştırmasında ki konumunu yoruma gerek kalmayan bir açıklıkta şöyle değerlendirmektedir:**

"Memleketimizde ilaç üretimi yapan firma sayısı 1990 verileri ile 104 olup, üretim tesislerine sahip 7 yabancı sermayeli kuruluş yanında, kuruluş tesislerde üretim yaptırarak pazarlamaya yönelik 9 adet yabancı şirket de mevcuttur. Bunlar, genelde Araştırma ve Geliştirme masrafları tam anlamıyla sıfır olan ve tamamen yeni ürünlerinde bilgi transferi yapan teşekküllerdir.

.....  
Dünyada İlaç Araştırması ile ilgili genel veriler dikkate alındığında, gelişmiş ülkelerdeki yeni ilaç-

ların temel araştırma kriterlerini, bugün için ülkemizde düşünmek ütopyadır. En basitinden bu ölçülere varan nakit fonlarına sahip olabilmek hayal olduğu gibi bu seviyelerde araştırmayı başlatıp götürebilecek meslek ihtisas gruplarına da ülke olarak sahip değiliz" (84)

Bu arada belirtmek gerekir ki özellikle 1980'lerden sonra, ilaç alanında üretim, tüketim tanıtıma yönelik devletin bazı denetim girişimleri de gündeme gelmiştir. Bu uygulamaların iyi bilinenlerden biri, 1983'te kamu personelinin ve emeklilerden, 1981 yılında ise SSK'na bağlı işçi ve emeklilerden kendilerine ait ilaç giderlerine ilişkin "Katılım payı" alınmasına başlanmasıdır. Bunların yanısıra, 1990 yılından itibaren SSK'nın genelgelerıyla ve bütçe uygulama talimatlarıyla antibiyotiklerin, vitaminlerin vb. ilaçların işçi ve memurların reçetelerinde yazımını kısıtlayan bir kısım uygulamalar da gündeme getirilmiştir.

Bu uygulamaların gerekçeleri 1980 sonrası devlet planlama teşkilatı, Sağlık ihtisas komisyonu raporlarında (85) belirtildiği gibi, "Kamu kesimi reçetelerinin sağlık güvencesi olmayan kesimlerin ilaç temininde kullanılması (emeklilerin sağlık karnelerinin kullanımı örneğinde olduğu gibi), hekimlerin Polifarmasiyi benimsemeleri vb. olgulardır. Bu gerekçelerin bazılarında haklılık payı olmakla birlikte hiçbirisi sorunun niteliğine doğru teşhis konduğunu göstermemektedir.

Örneğin bir antibiyotiğin kültür, antibiyogramsız reçeteye yazılmaması bilimsel anlamda gerekli ise, bu sadece resmi sosyal güvenlik kapsamındaki kapsayan bir yaptırım değil tüm topluma yönelik olarak gündeme gelebilmelidir. 1991 yılında Kamu Sosyal Güvenlik Kurumları (Emekli Sandığı, SSK, Bağ-Kur vs.) ilaç tüketiminde % 53'ü paya sahipken, % 47'lik pay vatandaşların doğrudan yaptıkları ilaç harcamalarından oluşmaktadır. (23) **Çok özel bazı hastalıklar için hekim kontrolünde kullanılması gereken antibiyotikler, eczanelerde reçetesiz satılabiliyorsa, ciddi bir ilaç israfını ve gereksiz kullanımını önleme politikasından bahsetmek mümkün değildir.** Üstelik yasalar gereği ülkemizde bütün ilaçlar reçeteli satılan ilaçlar kapsamındadır. (56)

Yine bir çok ülkede devletin eşdeğer ilaçlardan ucuz olanlarının kullanımını özendirilen politikaları söz konusuysen, ülkemizde hala "pahalı ilaç iyi ilaçtır" inancı değişik biçimlerde körüklenmekte ve devletin bu konuya ilişkin sistemli bir yaklaşımı olmamaktadır. Oysa uyuşturucu ve psikotrop ilaçların kullanılmasında 1980 sonrası getirilen bazı kısıtlamalarla kısa bir dönem içerisinde, katlarla ölçülebi-

**len azalmaların gündeme gelmesi, istenirse bazı değişimlerin yapılabileceğini göstermektedir.**

Kuşkusuz ülkemizde bu konuda çıkabilecek "engeller" çoktur ve devletinde kendi masraflarını kısma kaygısından öte, toplum sağlığını temel alan bir yaklaşımla ilaç olgusuna yaklaşması çok zor gözükmektedir.

Devletin ilaçla ilgili 1980 sonrası politikalarına ilişkin belirtilmesi gereken diğer önemli bir nokta, özellikle 1985'ten sonra bu alanla ilgili bir çok genelge ve yönetmeliğin çıkarılmış olmasıdır. İlaç ruhsatlandırma komisyon yönetmeliği (1990), ilaç tanıtım yönetmeliği (1990) ilaçlarda ambalaj yönetmeliği (1991), Eczane hizmetleri yönetmeliği (1992), ilaç araştırmaları yönetmeliği (1993), bu yönetmeliklerden bazılarıdır. Bu yasal düzenlemelerin yapılmasında bu alanlardaki sorunların büyük boyutlara ulaşmasının yanısıra, Avrupa Topluluğuna girme hazırlıkları ve gelişmiş ülkelerle az gelişmiş ülkeler arasında ilaç alanında çifte standardı kaldırmaya yönelik girişimler de etkili olmuştur.

Bu yönetmeliklerin kapsamında ki konulardan biri olan ilaç tanıtım çalışmalarına ilişkin sorunlar, uzun yıllardır ülkemizde "iyi" bilinmektedir. Bu alana ilişkin Sağlık Bakanlığının yönetmeliğinin yanısıra ilaç endüstrisi işverenleri sendikasının (İEİS) 1990 yılında kabul ettiği "Tıbbi ilaç tanıtım ilkeleri" sözkonusudur. İkisi de birbirine çok benzeyen, "Basılı Tanıtım malzemeleri", "Hatırlatıcı tanıtım malzemeleri", "Numune ilaçlar", "Tıbbi Temsilciler", "Bilimsel ve eğitsel etkinlikleri" gibi bölümleri olan yönetmeliklerin yaptırımları da "Türk Ceza Kanununun ilgili hükümleri" olarak belirtilmiştir. Ayrıca İEİS'nin de, büyük çoğunluğunu ilaç işverenlerinin ve temsilcilerinin oluşturduğu değerlendirme komitesinin kararlarına göre, "ihtar", "sendika disiplin kuruluna sevk" gibi yaptırımlar da sözkonusudur. Bu yönetmeliklerden sonra İEİS değerlendirme komitesinin bazı "ihtar cezaları" (Bu konuya ilişkin "uyarılarından" bazıları, ilaç şirketlerinin defile ve piyango düzenlemesi nedeniyle) gündeme gelmişken, Sağlık Bakanlığı yönetmeliğinin pratik "uygulaması" ve "akibeti" bilinmemektedir. (84)

Aslında bu sorun yönetmelikler kapsamında çözülemeyecek kadar derin ve büyüktür ve bir yönüyle hekimleri de ilgilendirmektedir. Ayrıca her ne kadar resmi yayınlarda ilaç maliyetlerine etkisi % 2-5 arasında gösterilse de (11) gerçek oranın bu derece düşük olmasına olanak yoktur. Ülkemiz ilaç endüstrisinde çalışanların sayısı yaklaşık 14 bin kişi iken (27), bu sektörde 5 bin civarında tıbbi temsilci çalışmaktadır. (ilaç sektöründe çalışanların % 35'i) Yalnızca

**tıbbi temsilcilerin yıllık ücret tutarlarının yaklaşık olarak toplamı gözönüne alındığında bile, ilaç tanım çalışmalarının maliyetinin bahsedilen % 2-3 oranını geçtiği rahatlıkla söylenebilir.**

Sağlık Bakanlığı'nca çıkartılan diğer bir yönetmeliğin konusu da eczanelerle ilgili düzenlemelerdir. Bu yönetmelikte eczanelerin açılmasına dair usul ve esasları, eczanelerin açılacağı yerlerin özellikleri vb. eczane hizmetleriyle ilgili hususları düzenlemektedir.

Bilindiği gibi ülkemiz eczane sayısı, sağlık göstergelerine göre gelişmiş ülkeleri yaklaşık olarak yakaladığımız, hatta bazılarını geçtiğimiz çok ender alanlardan birisidir. Avrupa topluluğu ülkeleri ortalaması olarak 3500 kişiye bir eczane düşerken ülkemizde 4000 kişiye bir eczane düşmektedir. Bu ülkelerle doktor, hasta yatağı ve doktora başvuru sayıları, ilaç tüketim miktarı gibi alanlarda katlarla ölçülen geride kalışımıza rağmen eczane sayısında gösterilen "başarının" sebebini iyi tesbit etmek gerekmektedir.

Bu "başarıda", ülkemizde 16 bin civarında olan eczacının ancak % 15 inin kamuda, % 2 sinin ilaç sektöründe iş olanağı bulabilmesinin payını yadsımamak gerekir. (33) Bununla birlikte. Ülkemizde Gelişmiş ülkelerde ki eczane açma koşullarının (eczaneler arası mesafe eczanelerin alanı, vb.) ya olmadığını, ya da daha sınırlı tutulduğunu da hatırlatmakta yarar vardır. Örneğin 1992 yılında çıkartılan yönetmelikle, nüfusu 500 bini aşan yerlerde eczane alanının en az 50 m<sup>2</sup> ye çıkartılması, genel olarak eczacıların tepkisini çekmekle birlikte Almanya da bu alanın en az 110 m<sup>2</sup>, Danimarka da 400 m<sup>2</sup> olduğu da gözardı edilmemelidir. (69)

**Yine bazı ülkeler eczaneler arası mesafenin en az 250 m. olması koşulunu getirirken, ülkemizde her hastahanenin çevresinde sıra sıra dizilmiş eczanelerin oluşturduğu tablonun, yarattığı sorunların ve çelişkilerin boyutları küçümsenmemelidir. Eczanelerin % 47 sinin nüfusun % 28 inin olduğu 7 büyük ilde toplanması bu konunun başka bir örneğidir.**

Diğer açıdan ülkemiz yasaları, hastahane sağlık merkezi vb. sağlık kuruluşlarının poliklinik hastalarına yönelik eczane açmasını yasaklamaktadır. Yatan hastaların kullanması için açılan ihalelerde % 40-60 indirimler yapabilen ilaç sektörünün, aynı ihaleler poliklinik hastalarının ilaç ihtiyacı içinde yapıldığında, ilaç fiyatlarını ne kadar düşürebileceği, varolan genel koşullarda bile basit bir hesap konusudur. Ama işin içinde başka hesaplar olunca, Devletin bu tür düzenlemelere gitmesi gündeme gelmemektedir. Bu durum aynı zamanda Sağlık hizmetlerine bütün-

cül bir yaklaşımı zedeleyen, hastaların ilaç kullanımının kontrolünü ve takibini zayıflatan önemli noktalardan biridir.

Kısacası Eczanelerin varolan konumunun, ilaç tüketiminin özellikle reçetesiz ilaç kullanımının artmasında, küçümsenmeyecek boyutlarda payı vardır. İlaç alanına ilişkin ciddi düzenleme girişimlerinin eczacılık ve eczanelerle ilgili sorunları da yüzeysel olarak değil, kapsamlı ve derin olarak ele alması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığınca çıkarılan ve bilhassa uygulamaları açısından özellikle üzerinde durulması gereken bir diğer yönetmelikte, İlaç araştırmaları yönetmeliğidir. Bu yönetmelik "izne tabi araştırmalar", "araştırmaların Temel Esasları", "Klinik araştırmalar", "Etik kurulların teşekkülü ve görevleri" ile ilgili hükümler içermektedir. Bazı olumlu hükümler içermesine karşın, kamuoyunada yansıyan yönleriyle (86), ilaçların insanlar üzerinde denenmesine izin vermesi sonucunda "denekliğin" bir "meslek" haline gelmesinin tehlikelerini taşıdığı, unutulması gereken noktalardır. Bazı insanların hayatını kurtarmak için, bazı insanların hayatını "tehlikeye atmanın" pratik kriterleri çok iyi saptanabilmelidir.

### 3. HEKİM ve İLAÇ

Hekimin ilaç kullanımında belirleyici rolü çok iyi bilinen açık gerçeklerden biridir. Özellikle ilacın eczane yerine fabrika üretiminin ağırlık kazanması ve ilaç üretiminin bir sanayi kolu haline gelmesiyle birlikte hekimin tercihinin, ilacın cinsi kadar markasının da tesbitinde büyük payı vardır. Son dönemlerde dünya genelinde ilaç tüketiminde yaşanan büyük artış ve ilaçların her ülkede binlerle ölçülen büyük bir çeşitliliğe sahip olması, hekimin bu konuda ki işlevini büyüten ve zorlaştıran faktörler olmuşlardır.

**Bu durumun yanı sıra, özellikle az gelişmiş ülkelerde, hekime başvurularda ilaç yazımı beklentisinin artması hekimler için ayrı bir sorundur. Hekimler kendilerine başvuranları ya daha ileri tıbbi tetbik ve tedaviye yönlendirmek ya da ilaç yazmak durumunda kalmaktadırlar. İlaç yazmama gibi bir seçenek ya çok azdır yada yoktur. Öyle ki ülkemizden örnek verirsek "reçete vermedi" diye şikayet edilen" hekimler dahi olmuştur ve olmaktadır. (17)**

Yine özellikle az gelişmiş ülkelerde tıbbi ve teknik olanakların sınırlılığı, hekimler açısından ilacın sadece tedavi etmede değil tanı koymada da bir yardımcı faktör olmasını sağlamaktadır. Bu durum olabilecek tüm hastalıklara yönelik ilaçların ya birlikte ya da sırayla verilmesini gündeme getirmektedir.

Hastanın hastalığının teşhisi yerine, hastaya iyi gelecek ilaçların aranması, günümüz sağlık hizmetlerinin pratik gerçeklerindedir. Hastaların ilaç tedavisine verdikleri "olumlu" ya da "olumsuz" yanıt hastalıklarının önemli ya da önemsiz olmasının bir kriteri olabilmektedir. Örneğin Nijerya'da "ateş" yakınmasıyla başvuran hastalara sıtmaya yönelik ilaçların yanısıra spesifik bir kaç antibiyotığın de birlikte verilmesi, bazı Üniversite hastahanelerin de dahi geleneksel uygulamalardandır ve yazılan antibiyotiklerin % 84 ünün gereksiz olduğu hesaplanmaktadır. (88) **Bu durumun ortaya çıkmasında muayene için hasta başına ayrılan sürenin 4 dakikadan az olması ve ancak her 4 hastadan birine fizik muayene yapılabilmesinin büyük etkisi vardır.** Ortalama yazılan ilaç sayısı da 5 ten az olmaktadır.

Ülkemiz koşullarında da benzer durumların yaşandığı yadsınamaz bir gerçektir. Örneğin SSK da hekim başına düşen poliklinik sayısı Sağlık bakanlığı kurumlarından 2.8 kat, Üniversite hastanelerinden 9 kat fazladır ve hasta başına yazılan ilaç sayısı da 5 e yakın olmaktadır. (24) **Franz Kafka'nın yıllar önce söylediği "Hastayı anlamak zordur ilaç yazmak ise kolaydır" sözünün günümüzde de geçerliliğini devam ettirdiğini söylemek yanlış olmasa gerekir.** (18)

Hasta başına ayrılan sürenin gelişmiş ülkeler içinde çok yüksek olduğunu söylemek mümkün değildir. Örneğin ABD'de bir aile hekiminin hasta muayenesi yaklaşık 12 dakika, İngiltere de genel pratiyenin muayenesi 8 dakika sürmektedir. (90)

Bu tür tabloların ortaya çıkmasında sağlık hizmetlerinden kaynaklanan yetersizliklerin ve olumsuzlukların yanı sıra hekimlerle ilgili bazı önemli sorunların da kuşkusuz payı bulunmaktadır. Bu sorunların önde gelenlerinden birisi de hekimlerin hem mezuniyet öncesi hem de sonrası ilaçla ilgili eğitimleridir.

Genel olarak kabul etmek gerekir ki tıp öğreniminde ilaçla ilgili "öğretilenler" daha çok klinik ve teorik ağırlıklıdır ve bilimsel gelişmelerin etkisiyle yıllar içerisinde bu bilgiler, hızla değişim gereksinimi göstermektedir. Ayrıca tıp öğreniminin kapsamı içerisinde "ilacın fiyatı", "gereksiz tüketimi" vb. "sosyal olguların" ya hiç ya da çok az görüldüğünü vurgulamak gerekir. 1970 lerde İngiltere de yapılan bir araştırma piyasada satılan ilaçların % 70 inin hekimlerin yarıdan fazlasının eğitimleri sırasında bilinmediğini ya da mevcut olmadığını göstermiştir. (18) Üstelik mezuniyet sonrası ilaç konusunda sürekli eğitim olanakları özellikle az gelişmiş ülkelerde son derece kısıtlıdır.

Hekimlerin ilaçlar konusunda ki mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim ve öğretim yetersizliğindeki boşluğu doldurmaya talip olanların başında kuşkusuz ilaç şirketleri gelmektedir. Hatta bu alanda rakipsiz birinciliklerini, uzun yıllardır devam ettirdikleri söylenebilir. **Örneğin ülkemizde tıbbi yayınların izlenmesi olgusunu değerlendirirsek, 1987 yılında yapılan bir araştırma, bir yıl içerisinde tıbbi dergilerin toplam trajlarının yaklaşık 76000 olduğunu ve hekim başına düşen yıllık dergi sayısının sadece 1.9 olduğunu göstermiştir.** (91) Bu sayı tıbbi dergilerin hekimlerin bilgi kaynağı işlevinin son derece az olduğunu ortaya koymaktadır. Üstelik ülkemizde tıbbi dergilerin önemli bir bölümü ilaç şirketlerinin verdikleri ilaç ilanları gelirleriyle yayınlarını sürdürülebilmekte, hatta bazı ilaç şirketlerinin sahibi oldukları hekimlere yönelik çıkan tıbbi dergiler de bulunmaktadır.

**Bu konuya ilişkin olarak gelişmiş ülkelerde de önemli çelişkiler söz konusudur. Örneğin İngiltere de ilaç şirketlerinin bir hekime mesleki yaşamı boyunca ayırdıkları parasal kaynağın, o hekimin Tıp Fakültesi eğitiminin maliyetinden daha fazla olduğu hesaplanmaktadır.** (8)

Yine bu ülkede ilaç şirketlerinin bu alana ayırdıkları toplam yıllık parasal kaynak, mezuniyet sonrası eğitime diğer kuruluşların ayırdıkları kaynaktan 40-60 kez fazladır. (92) ilaç şirketleri bir hekim için yılda yaklaşık İngiltere de 2500 sterlin. ABD de 5000 dolar "tanıtım" harcaması yapmaktadır. (17) **Ülkemizde ise yıllık 1.2 milyar dolarlık ilaç harcaması olduğu ve bunun en az % 10 u kadar promosyon harcaması yapıldığı göz önüne alınırsa, yılda hekim ve eczacı başına yaklaşık 2000 dolarlık promosyon harcaması yapıldığı söylenebilir. Günümüz koşullarına göre hesaplanırsa Resmi devlet memuru bir hekimin aylık maaşı yaklaşık 6 milyon TL iken (Ocak 1993) kendisine ilaç şirketlerince yapılan ilaç tanıtım harcamalarının tutarı aylık 1.5 milyon TL civarındadır.**

Kuşkusuz ilaç şirketlerinin bu harcamalarının hekimlerin ilaçlarla ilgili bilgilenmelerinde ve tercihlerinde büyük etkisi olmaktadır. (Tablo 8) Tablodan da görüldüğü gibi hekimlerin ilaçlarla ilgili "bilgi kaynaklarının" büyük bir kısmını ilaç şirketleri sağlamaktadır. Yine bu tabloda Tıbbi dergilerdeki ilaç ilanlarının bile, ilaçla ilgili "bilimsel makalelerden" fazla oran da bilgi kaynağı işlevine sahip olması çok dikkat çekicidir.



**Tablo 8 : Hekimlerin ilaç hakkındaki bilgi kaynaklarının oransal dağılımı (108)**

Kaynak	Oran (%)
Tıbbi Temsilciler	58
Tıbbi Danışmanlar	13
Tıbbi Mecmua İlanları	9
Tıbbi Dergilerdeki Makaleler	7
Posta yolu ile gelen bilgiler	3
İlaç rehberleri	3
Hastahane ve hasta tecrübesi	3
Tanıtım toplantıları	1
Diğer yöntemler	3

Bu konuya ilişkin diğer önemli bir sorunda ilaç şirketlerinin sağladığı bilgilerin nesnel ve bilimsel anlamda güvenilirliğinin tartışılır olmasıdır. Her ilacın benzerlerinden üstün olduğunu gösteren en az bir "bilimsel makale"yi o ilacı çıkaran şirket istediğiniz anda size getirebilir. **İlaç şirketlerinin "bilimsel makalelerini" güvenilir bulmayan bilimsel makalelerin de sayısı azımsanmayacak kadar çoktur. (70)**

Sorunun diğer bir yanı hekimlerin ilaç şirketlerinin tam bir kuşatması altında bulunmasıdır. "Bilimsel makalelerin" güvenilir olup olmadığını tartışabilecek bir zemin ve gereksinim çoğu kez ortaya çıkamadan, ilaç şirketlerinin tıbbi tanıtım görevlileri tıbbi ilanları ve "tanıtım toplantıları" hekimlerin, tercihlerinin netleşmesinde yeterli olabilmektedir. Bu yıl içerisinde ülkemizin büyük ilaç şirketlerinden birisi, tıbbi temsilciler aradığını belirten gazetelerdeki ilanında istediği özellikler arasında "iş bitirici" olmayı belirtmektedir. (93) Hangi "işin" nasıl bitireceğini takdir etmek şüphesiz çok zor dendir.

İlaçla ilgili tıbbi dergilerde çıkan ilanlarda da bu konuya ilişkin sorunlar söz konusudur. ABD de yapılan bir araştırma ilaç ilanlarının % 92 sinde, ABD nin ilaçla ilgili konuları düzenleyen resmi örgütü FDA nin kriterlerine en az bir defa olmak üzere aykırılıklar saptamıştır. (34)

**Bu araştırmadan ortaya çıkan daha ilginç bir sonuç, ilaç ilanlarında gösterilen, ilaçla ilgili referans kaynaklarının önemli bir kısmının "gizli raporlar", "yayınlanmamış çalışmalar" ya da ilaç şirketlerinde ve referans kütüphanelerinde "bulunamayan" dergilerdeki "çalışmalar" şeklinde olmasıdır.** Böylece ilaç ilanlarındaki referansların ulaşılabilirliği ve güvenilirliği de ayrı bir sorun olmaktadır. (94) "Bilimle" pazarlamanın bu derece içiçe geçtiği başka olgular bulmak ve göstermek çok zordur. Dahası FDA nin

önemli bir yetkili kişisi bu araştırmayla ilgili yazdığı yazıda bu gerçekleri kabul etmekte, yanlış yönlendiren ilanların "pahalı ilaçların" gereksiz yazımını arttırdığı gibi sorunları dile getirmekte ve FDA nın bu konuya ilişkin önemlerini "artıracağını" vurgulamaktadır. (107)

Bu arada unutulmamalıdır ki ülkemizde "tıbbi ilanlar" da ki sorunlarla ilgili "zengin örnekler" sahiptir. Tanıtım materyallerinde, TTB ve Tabip Odalarının hekimlere yönelik dergilerinde, yayınlanan ilaç ilanlarının "şiişsel" niteliği, "tıbbi" niteliğinden çoğu kez önde gelmektedir. "Mantarsa derdiniz, .....le yok ediniz", "Onu çağırın, Ağrıları yok etsin iz bırakmadan gitsin", "Ateş için, Ağrı için herkes için .....le yok ediniz" vb örnekler çoğaltılabilir. (95) Tekrar hatırlatmakta yarar vardır. "iz bırakmayan", "Herkes için" olan ilaçların ilanları, topluma yönelik değil, hekimlerle ilgili dergilere ve tanıtım materyallerinde verilmektedir. (95)

İlaçla ilgili tanıtım çalışmalarında sorunlar tıbbi ilanlarla da bitmemektedir. İlaç şirketlerinin hekimlere yönelik, "hatırlatıcı küçük hediyeler" "Yemekli toplantılar" "Yurt dışı gezileri" ve daha nice farklı çeşitliliğe uzanan "faaliyetleri" söz konusudur. Bu çalışmaların tüm hekimleri kapsayan bir genel yaklaşımı olmakla birlikte, ilaç tüketimini etkileme de ve belirlemede konumları daha "özel" olan hekimlere, ilaç şirketlerince daha "özel" olan hekimlere, ilaç şirketlerince daha "özel" yaklaşıldığı ve bu "özel" harcamaların yüksek oranlara ulaştığı bilinen gerçeklerdir. Hem gelişmiş hem de az gelişmiş ülkelerde benzer olgular yaşanmakta aralarında niteliksel bir fark gündeme gelmemektedir.

Bu konuya ilişkin A.B.D. de hekimlere dağıtılan yalnızca küçük hediyelerin tutarının yıllık 165 milyon dolar olması (96), İngiltere de Orient ekspresi ile yapılan yurt dışı gezileri (78) vb. örnekler verilebilir. Bunların yanısıra hekimlerle ilaç şirketleri arasında gündeme gelen bu ilişkinin eleştirisini içeren yazılar da son yıllarda birçok ülkede, tıbbi dergilerde, artan oranlarda yer bulmaktadır. Yine hekimlerce dile getirilen bu eleştirilerde, "hekimlere verilen hediyelerin karşılıksız olamayacağı", "kâr amacı güden hiçbir şirketin sırf cömertliği nedeniyle hediye veremeyeceği", "verilen her hediyein hekimin bağımlılığını biraz daha arttıracığı" belirtilmektedir.

Yine bu eleştiriler içerisinde çok büyük oranda doğru olan bazıları da şu şekildedir: "Sıradan biri hekimlere maddi değeri çok küçük hediyeler verseydi bunda şüphenilecek çok şey görülürdü. Ama ilaç şirketlerinin hediyelerinde hekimlerde herhangi bir te reddüt görülmemektedir." "Hediye diğer adıyla rüş-

vet demektir. Birazcık hamilelik olamayacağı gibi rüşvetin de birazı olmaz." "İlaç şirketleri bu harcamalarını ilaç fiyatlarına yansıtarak özünde hastaların parasıyla yapmaktadır." "İlaç şirketlerince hekimlere hastaların parasıyla, hastaların bilgisi olmadan ve onları ekonomik anlamda zorlayan harcamaları yapıyor." (96) 497)

**Bu görüşlerin doğruluğunu ispatlamada kuvvetli kanıtlardan biri, ilaç şirketlerinin kendi çalışanlarına uyguladıkları hediye alma ile ilgili kurallar ve yasaklamalardır.** Bu konuya ilişkin bir makalede yazılanlar başka açıklamalara gereksinimi ortadan kaldıracak boyutlarda çarpıcı gerçekleri dile getirmektedir:

"Hediye almanın kişinin davranışlarını değiştirebileceğini gösteren belkide en çarpıcı kanıt ilaç firmalarına kendi şirket politikalarından gelmektedir. Şirket kurallarına göre endüstri çalışanlarının genellikle başka bir spondordan yada müşteriden hediye almaları yasaktır.

Merck Sharp-Dohme, Upjohn Company, Eli Lilly and Company ve Abbot Laboratories de yapılan resmi olmayan soruşturmalarda bütün firmaların, hediye kabul etmeyi yasaklayan yada hediyelerin değerini 5-10 dolarla sınırlayan şirket çapında politikaları olduğunu göstermektedir.

Eli Lilly and Company'de satın alma müdürlüğü yapmakta olan Pat Norton kendi elemanlarının, aralarında "çok güzel bir ahşap golf takımı" ve "bir kasa biranın da" olduğu belli bir nominal değerindeki hediyeleri geri çevirdiğini söylemektedir.

Norton ayrıca "Her şey dürüstçe, hilesiz ve iş gereği yürüsün istiyoruz" diye eklemektedir." (98)

Unutmamak gerekir ki ülkemizde ilaçla ilgili tanıtım yöntemleri açısından zengin bir çeşitliliğe sahiptir. Sağlık Bakanlığının çıkardığı 30 maddelik ilaç tanıtım yönetmeliğinin bir maddesinin "hekimlere ve eczacılara yönelik ilaç tanıtımında ikramiye düzenliyerek herhangi bir tanıtım ve hizmet yapılamaz" demek gerekliliği duymasın nelerin yapılabildiğini göstermek açısından dikkat çekicidir. (17) Ülkemiz ilaç sanayicilerinden Dr. Cengiz Yurtoğlu'nun bu konuya ilişkin dile getirdiği düşünceleri bazı olguları göstermesi yönüyle önemlidir:

"Yani Türkiye de promosyon sarflarının hududunu bilebilmeye ve bunları açıklığa kavuşturmayaya şu anda maddeten imkan yok. 1984 ilaç kararnamesinde hükümet size diyorki, siz ne masraf yapıyorsunuz açıklayın. O açıklamalarınızı bana refere edin, ben fiyatınızı vereceğim. Ben tıbbi mümessilime otomobil de alırım, o zaman onun fiyatı üzerine de ayrıca % 15 kar koyarım, Cebimde para varsa.

O halde kimin cebinde para varsa, o masraf yapacaktır, yaptığı masrafın karını alacaktır ve elini hal-kın cebine sokup alacaktır. Burada devlet nerededir." (17)

**Böyle bir tablo içersinde ilaç şirketlerinin A.B.D den İngiltere'ye ülkemizden Hindistan'a her yerde savundukları temel özgürlük, hekimlerin ilaç seçme özgürlüğü, daha açık anlatımla "pahalı ilaç seçme özgürlüğüdür".**

Örneğin ilaç sanayicileri SSK'nın eşdeğer ilaçlardan en ucuzunun kullanılmasına yönelik genelgelerine ve girişimlerine karşı: "Doktor ilaç seçiminde hastasının durumuna göre bir çok faktörü gözönünde bulundurarak en uygun ilacı yazabilecek tek kişidir. İlaç seçimi doktorların yasal ve dokunulmaz hakkıdır ve öyle kalmalıdır. Diğer yandan hekimleri en ucuz ilaç yazmaya mecbur etmek ücretinden her ay düzenli olarak sigorta primi kesilen sigortalının tedavi sahasını sınırlandırmak anlamı taşımaktadır." (61) şeklinde tavır almaktadırlar.

İlaç sanayicilerimizin "hekimlerin özgürlüklerine" SSK'lı işçilerin tedavi sahasının kısıtlanmasına" gösterdikleri "hassasiyetin" hangi "çıkarları" temelinde olduğunu anlamak mümkündür. Yine SSK'nın Sağlık hizmetlerindeki sorunların da bazı yüzeysel ve sınırlı önlemlerle çözülemeyecek kadar derin ve karmaşık olduğundan da bahsetmekte yarar vardır.

**Bununla birlikte asgari düzeyde bir tutarlılık açısından hekimlerin "ilaç seçme hakkı"nı savunmanın "tüm hastaların kendilerine gerekli ilaçları satın alabilme ve bulabilme hakkından" daha genel olarak "Tüm toplumun sağlıklı yaşama hakkından ayrı ele alınamayacağını da belirtmekle yetinelim.**

Dünya genelinde ilaç şirketlerinin bir yanda bütün hızıyla "promosyon savaşları"na devam etmesi diğer yandan "hekimlerin ilaç seçme" özgürlüğünü savuna gelmeleri boşuna değildir. ABD de yapılan bir araştırma bırakınız ilaç harcamalarını, toplam sağlık harcamalarının % 70 inde hekimlerin tercihinin etkili olduğu ortaya koymuştur. (17)

**Ülkemizden bir örnekle bu gerçeği daha açık hale getirirsek; Bir devlet hastahanesinde günde 30 reçete yazan bir hekim her reçetenin bedeli ortalama 200 bin TL olarak hesaplandığında günde 6 milyon liralık, ayda yaklaşık 140 milyon liralık ilaç satışında belirleyici olmaktadır. İlaç şirketlerinin ve eczanelerin kârları satışın % 10 u olarak hesaplandığında bile, bir hekimin yazdığı reçetelerden aylık 14 er milyon civarında olmaktadır. Devletin hekimlere uygun gördüğü aylık maaşın da yaklaşık 6 milyon TL**

(Ocak 1993) olduğu kıyaslama açısından gözönüne alınmalıdır.

Hekimlerin tercihlerinin etkisiyle kazançları artan ilaç şirketleri öncelikli olarak hekimlerin tercihlerini kazanmaya yönelmektedir. İlaç şirketlerinin hekimlere yönelik promosyon çalışmalarını, aslında sağladıkları kârlardan hekimlere verilen "gizli bir komisyon" olarak algılamak çok da yanlış olmasa gerekir. Kuşkusuz bu komisyonun, bedelini, ilaç şirketleri değil ilaç fiyatlarına yansımalarıyla dolaylı olarak olsa toplum karşılamaktadır.

Bu "gizli komisyonun" "küçük hediyeler" ya da "yurt dışı seyahatları" biçiminde olması meselenin özünü değiştirmemektedir. Hekimlerin ilaç satışında ki potansiyel güçlerine göre promosyonun derecesi ve değeri farklılıklar kazanmaktadır. Kuşkusuz tıbbi temsilcilerin "çağdaş Noel babalar" gibi çantalarından çıkarttıklarını dağıtması, bu olgunun en sık görülen ve en basit düzeyidir. En üst düzeyinin hangi konumdaki, hekimlere ne biçimlerde ulaştığını bilmek ya da tahmin etmek çok da zor olmasa gerekir.

★ ★ ★

İlaç şirketlerinin promosyon çalışmalarının hekimler açısından yarattığı sorunlar giderek artan bir oranda değişik ülkelerdeki hekim örgütlerinin gündeminde yer alan konulardandır. Özellikle 1980'lerden sonra, hekimlerle ilaç şirketleri arasındaki ilişkiyi değerlendiren ve hekimlerin uyması istenen kuralları içeren raporlar hekim örgütlerince ortaya konmaktadır.

Bu raporlardan önemli olanlardan bir tanesi İngiltere'de "ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS" hekim örgütünün 1986'da yayınladığı "Doktorlar ve ilaç endüstrisi arasında ilişki" adlı rapordur. Bu rapor temel olarak ilaç şirketlerinden alınan hediyelerin hekimlerin ilaçlar konusunda bağımsız karar vermesini engelleyebileceği, "ilaç şirketlerinin ilaç yazımı karşılığı hekimlere doğrudan para vermeyi dahi teklif ettiğini" vurgulamaktadır. Aynı zamanda "hekimlerin eğer yemek yoksa ilaç şirketlerinin bilimsel toplantılarına gitmediğini", "ilaçlarını yazma karşılığı yurtdışı gezi vb. talepleri olduğunu" söylemektedir. Yine bu rapor ilaçlarla ilgili bilimsel araştırmalarda kaynağın ilaç şirketlerince sağlanmasının araştırmaların bilimsel niteliğini küçültüp, tanıtıma yönelik niteliğini ön plana çıkardığını vb. konuları belirtmektedir. Bu konuya ilişkin olarak bilimsel araştırmalara ilaç şirketlerinin sağladığı parasal kaynağın doğrudan hekimlere verilmesi yerine araştırma kurumlarına verilmesi gerekliliği gündeme getirilmektedir.

Bu sorunlara karşın bazı kurallar ve öneriler getiren bu rapor hekimlerle ilaç şirketleri arasında ka-

bul edilebilir ya da edilemez ilişki kriterini hekimler açısından; "ilaç şirketiyle yaptığınız anlaşmaların herkes tarafından bilinmesine razı olurmuydunuz?" Sorusuna verilen cevapta aramak gerektiğini söylemektedir. Bu rapor varolan sorunlara yeterli ve somut çözümler üretmediği için, sonraki yıllarda değişik eleştirilere tabi tutulmuştur.

ABD'de "American College of Physicians" hekim örgütünün 1990 yılında yayınladığı "Hekimler ve İlaç Endüstrisi" adlı ve yukarıda bahsedilen raporla önemli benzerlikler içeren bir rapor da vardır. (100) Yine American Medical Association'un etik komisyonu tarafından 1990 yılında "Endüstriden Doktorlara Hediyeler" ismiyle yayımlanan (101) ve ilaç şirketlerinin hekimlere verdiği hediyelerin niteliğinin, hangi sınırlarda olması gerektiğini ve hekimlerin sürekli eğitiminde ilaç şirketlerinin sağladığı parasal kaynakların nasıl kullanılmasının doğru olacağını vurgulayan bir rapor söz konusudur.

Tüm bu girişimlere karşın Gelişmiş ülkelerin genelinde bu alandaki sorunların azaldığını söylemek çok zor olsa gerekir. Bu ülkelerde, bu soruna karşı hekim örgütlerinin de duyarlılığı yeterli boyutlarda değildir. Bu durumun önemli nedenlerinden biri, ilaç şirketlerinin hekim örgütleriyle de "yakın ilişkiler" içersine girmesi, parasal kaynaklarını hekimlere kullandıkları gibihikim örgütlerine de kullanmasıdır. Birçok gelişmiş ve az gelişmiş ülkede bu durumun değişik örneklerini bulmak mümkündür. Örneğin ABD'de American Medical Association'un (AMA) 1980'lerde yıllık gelirinin yaklaşık % 26'sını, ilaç şirketlerinin bu örgütün tıbbi dergilerine verdiği reklam gelirleri oluşturuyordu. Hekimlerin nesnel konularının yanısıra, hekim örgütlerinin de bu alandaki sorunları yeterince ön plana çıkarmamaları, ilaç alanında hekimlerle ilgili bazı sorunların ve olumsuzlukların devam etmesinde önemli etkenlerden biri olmaktadır.

Bu alanda önemli sorunların yaşandığı, A.B.D'de özellikle son yıllarda sağlık hizmetlerinde sorunların kriz boyutuna ulaşmasıyla, hekimlerin konularının kamuoyunda daha fazla sorgulanır hale gelmesi, hekimlerle ilaç şirketleri arasındaki ilişkilerin de gözden geçirilmesi gerekliliğini daha da artırmaktadır. A.B.D'de halkın % 60'ı yaşanan sağlık hizmetleri krizinden az veya çok hekimleri sorumlu tutmaktadır. Bu ülkede hekimlerin sağlık hizmetlerinde ki sorunların çözümünde, sorumlulukları daha fazla paylaşmaya yönelmemeleri halinde, kendilerine karşı gündeme getirilecek yaptırımlardan şikayetçi olmamaları gerektiği, gittikçe daha fazla genel kabul gören bir yaklaşım haline gelmektedir. (102)

Ülkemizde ise hekimlerin genel olarak ilacın özellikle sosyal yönüne ilişkin duyarlılıklarının yeterli düzeyde olduğunu söylemek mümkün değildir. Bu yüzden "Akılcı ilaç kullanımı", "ucuz-eşdeğer ilaç kullanımı" vb yaklaşımlar ve çağrılar hekimler arasında yeterince yankı bulmamaktadır.

Ayrıca genel olarak ilaç sorununun ve hekimlerle ilaç şirketleri arasındaki ilişkilerden kaynaklanan sorunların Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin gündeminde ciddi bir ağırlık kazanmadığını ve TTB nin ilaç konusuna ilişkin görüşlerinin, belirgin olmadığını da belirtmek gerekir. Bu sorunu "yok saymak", "görmezden gelmek" ya da "önemsememek" TTB içersinde azınsanmıyacak oranda etkin olan bir eğilimdir. TTB ne bağlı yayın organlarında ilaçla ilgili yayınlanan yazılar dahi son derece azdır.

**Oysa ilaçla ilgili sorunların büyük boyutları, sağlık ve hekim sorunlarının çözümünde, TTB nin etkin ve aktif bir rol oynaması için, ilaç alanına ilişkin somut ve net politikalara sahip olabilmesinin, büyük bir gereksinim olduğunu göstermektedir. Yaşama geçirilmesi zaman alsa bile, günümüzde TTB'nin ilaç alanında doğru ve tutarlı yaklaşımlara her zamankinden çok daha fazla gereksinimi vardır.** Bu yaklaşımların gündeme gelmesi diğer yönüyle, hekimlerin bu alana ilişkin duyarlılıklarının artmasıyla da yakından ilgilidir.

Sonuç olarak günümüzde ilaç sağlık sosyal ve ekonomik yönleriyle içinde bir çok önemli çelişkiler barındırmaktadır. İlacın çoğunlukla geride kalan bu öteki yüzü bilinen ve görünen yüzünden çok daha büyük sorunlara sahiptir.

Kuşkusuz ilaç alanında sorunlarla ilgili olduğu gibi çözümler açısından da bir "öteki yüz", yani alternatif çözümler ve yaklaşımlar söz konusudur. Bu alternatif çözümler ve yaklaşımlar, ilaçla ilgili sorunların boyutlarından da anlaşılacağı gibi, ayrıntılı ve geniş bir perspektifle konuyu ele almak durumundadır. Bu boyutlarıyla ilaçta alternatif çözümler ve yaklaşımlar ayrı bir değerlendirmenin konusu olmaktadır. Bununla birlikte "kâr" mantığının ve ticari bakışın Sağlık hizmetlerinden ve ilaç alanından uzaklaştırıldığı oranda, toplum sağlığı açısından o kadar "kârlı" bir durumun ortaya çıkacağını da belirtmekte yarar vardır.

**İlaçla ilgili sorunların çözümünde bu alana ilişkin toplumsal duyarlılığın düzeyi temel belirleyici faktörlerden biridir. Toplumsal duyarlılığın ve tavır gelişimi sorunun çözümüne yönelik yalnızca varolan seçeneklerden tercih yapılmasını değil yeni seçeneklerin de belirlenmesini sağlayabilecektir. Böylece ilaç alanında "varolan seçeneklerden seçme" sı-**

**nırlarını aşım, öncelikle "seçenekleri de seçme" ye yönelme gündeme gelebilecektir.**

#### FAYDALANILAN KAYNAKLAR :

1. World Health, Mart - Nisan 1992
2. Aylık Rapor Dergisi İEİS Yayını, Sayı. 44, 1992
3. Dianna Melrose Bitter Pills, Oxfam, 1987
4. John M Last Public Health and Human Ecology, Appleton - Lange, 1987
5. Aylık Rapor Dergisi, İEİS Yayını, Sayı. 36-37, 1991
6. Pharma Facts Ne Farma, 1993
7. Pharma Facts Figures, The Association of The British Pharmaceutical Industry, 1992
8. Gordon Scorer-Antony Wing, Decision Making Medicine, 1981
9. American Pharmacy No. 4, Nisan 1991
10. John Mc Kinley, Issues in the Political Economy of Health Care, 1984
11. Sağlık Bakanlığı İstatistikleri, Yayın No. 551, 1992
12. Lancet, Sayı. 340, Ekim 1992
13. Lancet, 337, Nisan 1991
14. Joel Lexchin, Doctors and Detailers Therapeutic Education, or pharmaceutical Promotion, International Journal of Health Services, Sayı. 19 (4), 1989
15. Essential Drugs Monitör No. 14, 1983
16. Aylık Rapor İ.E.İ.S. Yayını, Sayı. 23-24, 1990
17. Havan İstanbul Eczacı Odası Yayını, Sayı. 9-10
18. Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı. 4, 1987
19. Cumhuriyet Gazetesi Sağlık Özel Eki, Nisan 1993
20. Ecz. Mehmet Domaç İlaç etken maddesi açısından ilaç sanayinin incelenmesi, Havan İstanbul Eczacı Odası Yayın Organı, Sayı. 8, 1990
21. Hürriyet Gazetesi, 28-1-1993
22. Bülten İzmir Tabip Odası, Ekim 1991
23. Türkiye de Sağlık Sektörünün Finansmanı, Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Nisan 1993
24. SSK İstatistik Yıllığı, 1991
25. Prof. Dr. Nazmi Bilir Bilinçli İlaç Kullanımı, Türkiye Eczacılar Birliği Haberler, Sayı. 48, 1990
26. Dr. Süleyman Çelik, Dr. Şahan Saygı, Ecz. Tayfun Özbay, Antibiyotik Kullanımında Yayınları Rolü GATA Bülteni, Sayı. 32, 1990
27. Türkiye de İlaç, İEİS Yayını, 1992
28. Dr. Çağatay Güler, Dr. Nilgün Moğoltekin, Dr. Dilek Çakmak, Dr. Serap Köksal, Evlerde bulundurulmuş ilaçlarla ilgili bir araştırma Hacettepe Toplum Hekimliği Bülteni, Sayı. 10, 1989
29. Bülten İstanbul Eczacı Odası Yayın Organı, Sayı. 23, 1993
30. Zaman Gazetesi, 17.4.1993
31. Tuberküloz Kliniği ve Kontrolü, Doç. Dr. Ali Kocabaş, 1991
32. Sağlık Hizmetlerinde Mevcut Durum, Sağlık Bakanlığı, Şubat 1992
33. Newsweek, 17 Mayıs 1993
34. Aydınlık, 17 Mayıs 1993
35. Lesley Doyal, Imogen Pennell, The Political Economy of Health, 1985

37. Milliyet, 28.2.1993
38. Fairer World Statistics Oxfam, Şubat 1992
39. Bake M. Najman, Health and Poverty Past, Present and Prospects for the future, Soc. Sci. Med. 36 (2) 157-165, 1993
40. Vicente Navorro Race Or Class or Race and Class Internitaonal journal of Health Services Sayı. 21 (2), 1991
41. John B. Kinlay Historical Changes in Doctoring, International Journal of Healt Services, Sayı. 16 (3), 1986
42. Samuel S. Epstein, Evaluation of The National Cancer Program and proposal reporms, International Journal of Health Services, Sayı. 23(1), 1993
43. Christine Hogg Healthy Change, 1991
44. Ulusal Sağlık Politikası Taslak Dökümanı, Sağlık Bakanlığı, 1992
45. resmi Gazete, 29.2.1992
46. David U. Himmelstein, The Vanishing Health Care Safety Net, International Journal of Health Services, Sayı. 22 (3), 1993
47. Peter Towsend, Individual or Social responsibility For Premature Death, International Journal of Health Services, Sayı. 20 (3), 1992
48. Cumhuriyet, 27.5.1993
49. Cumhuriyet, 9.5.1993
50. David M. Eisenberg, Unconvetional Medicine, in the United States, The New England Journal of Medicine, Sayı. 328 (14), 1993
51. Arman Selami Kırım, The International Lisation, of Capital and Industrialisation, in the third word: a Case Study, of Turkish Pharmerceutical Industry, 1985
52. Mülkiyeliler Birliği Dergisi, Nisan 1993
53. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 25, 1990
54. sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Nisan 1993
55. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 15, 1989
56. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 16, 1989
57. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 31, 1991
58. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 17-18, 1989
59. Drugs Made In Germany, Sayı, 35 (1), 1992
60. Drugs Made In Germany, Sayı, 35 (2), 1992
61. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 48-49, 1992
62. Bülten İstanbul Eczacı Odası, Yayın Organı, Sayı. 29-30, 1992
63. Lancet, Sayı. 339, 1992
64. Prof. Dr. Enver İzgü İlaç ve Patent, Ankara, 1992
65. Milliyet Gazetesi, 7.3.1990
66. Lancet, Sayı. 340, 1992
67. Lancet, Sayı. 341, 1993
68. Milliyet, 1993
69. Havan İstanbul Eczacı Odası Yayın, Organı, Sayı. 14-15, 1993
70. David S. Shimmn Clinical Trials: Legal and Ethical Issues Ann. Int. Med. Sayı. 115, 1991
71. Lancet, Sayı. 337, 1991
72. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 20, 1990
73. Guidelines For Devoloping, National Drug Policies W.H.O, 1988
74. Forty-Fifth World Health Assembly WHO, 1992
75. Ankara Eczacı Odası Bülteni, Sayı. 13-1, Ocak 1991
76. Ankara Eczacı Odası Bülteni, Sayı. 11-2, 1989
77. IFPMA, CODE of Pharmaceutical Marketing, Practices, 1981
78. Andrew Hersheimer Promotion by the, British Pharmaceutical Industry 1983-8, British Medical Journal, Sayı. 30, 1990
79. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 47, 1992
80. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 9, 1989
81. TEB, İEİS İlaç Açık Oturumu TEB, 1988
82. Engin Tonguç, SSK Yönetiminde 2 Yıl, 1993
83. İstanbul Sanayi Odası 500 Büyük Firma, Araştırmaları, 1979-1991
84. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 40-41, 1991
85. V. Beşyillik Kalkınma Planı, Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Sağlık, DPT., 1983
86. Nokta, 18 Nisan 1993
87. David Sanders The Struggle For Health, Mac Millan, 1991
88. Anthony E. Isenalumhe Poly Pharmacy International Journal of Health Services, 18 (2), 1988
89. Milton Silverman Drug Promotion, International Journal of Health Services, S. 16 (4), 1986
90. Kevin Grumbach Managing Primary Care in the United states and in the united Kingdom, The New England Journal of Medicine, 1 Nisan 1993
91. Dr. Umit Kartoğlu, Dr. Kemal Hoşgeçin, Türkiye de Tıbbi Dergiler, Sağlık ve Toplum, Sayı. 3, 1990
92. Ankara Eczacı Odası Bülteni, Sayı. 6, 1983
93. Hürriyet, 9.5.1993
94. Micheal S. Wilkes Pharmaceutical, Advertisements, Ann. of Int. Med. Sayı. 116 (11), 1992
95. Tıp Dünyası, Sayı: 3 (1991), 10 (1992), 12 (1993)
96. Mary Margarret Chren Doctors Drug Companies and Gifts, Jama Sayı. 262 (24), 1989
97. Douglas R Waud, Pharmaceutical, Promotions A free Lunch, The New England Journal of Medicine, Sayı. 327-5, 1992
98. Teri Randall Hediye Almanın Ahlakı, Üstüne bir değerlendirme Jama, Sayı. 6 (3), Mart 1993
99. The RELationship Between Physicans, and the Pharmaceutical Industry. Royal College of Physicians, 1986
100. Physicians and the Pharmaceutical Industry. American College of Physicians, 1990
101. Gifts Physicians from Industry, A.M.A., 1990
102. Newsweek, 5 Nisan 1993
103. International Journal of Health Services, Sayı. 23 (4) 1992
104. Ulusal Sağlık Politikası, TEB Yayınları No. 10, 1986
105. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 53, 1992
106. Harford Thomas A picture of Poverty, Oxfam, 1979
107. David A Kessler Adressing the Problem of Misleading Advertising, Annals of Internal Medicine, Sayı. 116 (11), 1992
108. Aylık Rapor İEİS Yayını, Sayı. 54-55, 1993
109. The Pharmaceutical Industry in Europe 1991-1992, E.F.P.İ.A., 1992