

SAĞLIK HAKKI, İLAÇ ARZI VE ECZANELER

Tamer Dönmez

Eczacı

ÖZET

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi insanların hür, eşit hak ve haysiyette doğduklarını belirtip, akıl ve vicdanla donanmış olduklarını, bu nedenle birbirlerine kardeşlik duyguları içinde davranmaları gerektiğinin altını çizerek, sağlık hakkını doğuştan, kendisi için uygun olacak şekilde ve herkese eşit olarak teslim etmiştir. Her üyesinin doğuştan gelen eşit ve devredilemez saygınlığının tanınması ve başarısı için ortak bir standart olması umuduyla vurgulanan bu hakka ve onca bilimsel ve teknolojik gelişmeye rağmen, insanlık ailesinin sağlık hakkına erişim bakımından eşit olmadığı, yoksulların zenginlerden yarı yarıya daha az yaşadığı, eğitimsiz bırakıldığı, herkese ait olan enerji kaynaklarının sorumsuz ulaşım politikalarıyla havaya savrulduğu, bundan doğan sera gazlarıyla yerkürenin ısındığı, sulak alanlar kuruyunca azalan, göç yolları değişen, nesli tükenen kuşlardan başlayarak canlı dengenin bozulduğu ve bulaşıcı hastalıkların arttığı ortadadır.

Bu durumun, gelişen ve toplumsallaşan işbölümünün herhangi ürün ve fikir üzerinde sahiplik iddia etmeyi anlamsız kılacak girifliliğine karşın, sunucu-alıcı arayüzündeki yapısal asimetriyi aşırı kâr ve özel menfaatler için patent, özelleşme, fikri mülkiyet gibi gerici kavramlar üzerinden istismar eden öznelerden kaynaklandığı görülmektedir. Doğru ellerde tüm insanlık için olumlu sonuçlar sağlayabilecek bir asimetrinin, hor kullanılınca verdiği zararın en yakıcı hissedildiği ve en yıkıcı olduğu alanlar eğitim, sağlık ve ulaşım. Mevcut sağlık sistemi ve ilacın olmazsa olmazlığına aşırı bir vurguyla yaklaşan ve bunu empoze eden bir ilaç üretim tarzı, sağlık üretmeye ve ilaç geliştirmeye olan ilgiyi koruyacak özgürlüğe sahip olamaz. Aksine durumu daha da kötüleştiren ve bu nedenle saklamaya çalıştığı bir “kâr etmek zorunda oluşla” kelepçelenmiştir.

Bu nedenle tüm dünyada ilaç firmaları, hastaneler ve eczaneler dahil, tüm sağlık sisteminin kendi devletleri tarafından kamulaştırılması, personelin mal ve niyet beyanını takiben istihdam edilecekleri birer kamu görevlisi olarak görevlendirilmeleri ve dünya sağlık sisteminin Birleşmiş Milletler çatısında örgütlenmiş uluslararası bir sağlık meslek örgütleri federasyonuna devredilerek bu alanın sağlık mesleğinden olmayanlara tekrar oyuncak edilmesinin önlenmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Birleşmiş Milletler, İnsan Hakları, Eczane, İlaç, Kamulaştırma

ABSTRACT

The International Declaration of Human Rights affirms the hard-won right to adequate healthcare to everyone equally, underlines the fact that human beings are born free, are equal in dignity and rights, they are endowed with reason and conscience and should thus act towards one another in a spirit of brotherhood. While this emphasis was placed with a hope that the inherited, equal and inalienable dignity will be recognized and will become a standard for success and despite the scientific and technological advances available, it's obvious that the members of the human family are not equal in access to healthcare rights, that the poor live half as long as the wealthy, that the poor are left uneducated, that the energy resources which belong to everyone are being wasted to the atmosphere because of the irresponsible transportation policies, that the greenhouse gas thus generated contributes to the global warming through which the ecological changes bring new zoonotic communicable diseases which are triggered with thus caused wetland eradications to induce migration route changes and extinction of bird species. It's apparent that this is caused by subjects who exploit the asymmetry inherent to any server-beneficiary interface for excess profit and benefits through reactionary concepts like patents, privatizations, intellectual properties despite the developments and socializations in the division of labour which made intricate ownership claims on any idea or product a nonsense. The fields that are destructed by a misuse of asymmetry which could lead to constructive accessions for all humanity if were them in right hands and in which the harm is felt the most

are education, healthcare and transportation. An approach which puts an exaggerated “sine qua non” emphasis to present healthcare system and drugs can’t have enough freedom sufficient for the protection of the concern for health production and drug developments. On the contrary, it tries to hide that it’s shackled to “have to be making profits” which worsens the situation .

For this reason its suggested that all the entire global healthcare system including drug companies, hospitals and pharmacy stores in the world be nationalized through their governments, the personnel be hired as public servants after a declaration of personnel wealth and will and the world health system be handed over to an international federation of healthcare profession associations that will work under the auspices of united nations to secure the field from becoming a novelties ground for non-healthcare professions again.

Keywords: United Nations, human rights, pharmacy, drug, nationalization

I. GİRİŞ

İşlevi bozulan organizmanın normale dönme çabasına destek için uygulanan ürün ve hizmetlerin tamamı, sağlık hakkı kapsamındadır. Bu görüşe katılmayanlara rağmen (Peikoff, 1993), Evrensel Beyanname (UN, 1948), ayrımsız tüm insanların eşit hak ve haysiyette doğup, akılla, vicdanla donandıklarını vurgulamış, bu nedenle birbirlerine kardeşlik duyguları içinde davranmaları gerektiğinin altını çizmiştir. Halbuki daha iyi eğitilen zenginler, yoksullardan farklı bölgelerde ve iki misli uzun yaşamaktadır. Bu durumun nedenleri, ürün geliştirme süreciyle ilgili sorunlar ve ihtiyaçlar (II), bu süreçte karşılaşılan hatalar ise, haklar ve sapmalar (III) başlıkları altında incelenmiştir. Sağlık hakkı alanındaki haksızlıkların (IV), sunucu-kullanıcı arayüzündeki yapısal asimetrisinin istismarıyla ortaya çıktığı örneklerle gösterildikten sonra, dünya sağlık sisteminde ilaç ve eczanelerin yeniden yapılanmasının neden gerekli ve mümkün olduğu açıklanarak (V), öneriler sıralanmıştır.

II. SORUNLAR VE İHTİYAÇLAR

Karşılaşılan sorunun ürettiği bilinçsiz refleks, ürün geliştirme sürecini başlatır. Sorun-refleks yaşantıları hep aynı sonucu üretirse, süreç ilerlemez. Eğer farklı sonuçlanan karşılaşmalar varsa, bazı reflekslerin daha olumlu sonuçlanması üzerinden yaşanmış olan çözüm, bir sorun olduğuna işaret eder. Canlıda sonuç farklarını görme ve kıyaslama yetisi yoksa, farkların göstermeye çalıştığı çözüm ve çözümün göstermeye çalıştığı sorun fark edilemeyeceğinden, bu süreç de, hep aynı sonucu üreten karşılaşmalardaki gibi tıkanır. Eğer sonuç farkları, geçmiş deneylere erişim sağlayan kayıtlılık ve deney aktarımını mümkün kılan bir süre, sıklık ve ilişkisellik içinde gerçekleşiyorsa, mantık yürütmek suretiyle çözüm farkedilebilir. Çözümün fark edilişi, tasarımı etkinlikte bulunacak özneyi yaratma potansiyelini taşıyan önemli bir adımdır. Ancak, bir çözümün yaşanmış oluşundan hareket edilmemişse; sorunu tanımlamak, bulmak, aramak, hatta fark etmek mümkün değildir.

Çözüm, eşlenik sorunu tanımlamak için önkoşul olmakla birlikte, gücü, bir sorun bulunduğuna işaret etmekten ibarettir; doğru çözümü bulmada yetersiz olmakla kalmaz; genellikle zayıf, sahte, yanlış ve görsel çözümlere sevk eden bir yanıltıcıdır da (Şekil 1-6). Özne, önce çözümün tüme vardırışını kullanarak, varlığından haberdar olmadığı olası sorunu bulmalı ve tanımlamalıdır. Bu doğru tanım eksikse, öznel bir edimle değil, tesadüfen ulaşılabilen çözüm, refleks yönü ağır basan, farkındalık bakımından zayıf bir “sözde çözüm” olacaktır. İhtiyacın belirlenmesinde zorunlu olan, “fark edilmemiş sorunu arama ve ayırma varma” adımlarından geçmeyen böyle çözümlerin ürettiği ürünler, -ağrısı olan birinin ağrı kesici çözümüne yönelmesi gibi- ihtiyacı gidermekten çok, ihtiyaçları karşılayan, kendini onlara yakıştırıp uyumlaştıran ürünlerdir.

Sorun-refleks yaşantılarının “çözüm-farkındalık” ve “araştırma-tanımlama” adımları üzerinden “ihtiyaç-ürün” tanımlarına ulaşması, formel ve bulanık mantığın, nesnel durumun gerektirdiği doğru bileşimler halinde kullanılmasını gerektirir (Türksen, 2009). Daha sonra bu tanımlar tekdüze olmayan bulanık küme üyeliklerine akıllıca dağıtılmalıdır. “İhtiyaç-ürün” tanımlarına götüren yolu, bilimsel bir şekilde geçmiş olmak, elde edilen “ihtiyaç-ürün” sisteminin etkinliğiyle; küme üyeliklerine akıllıca dağıtılları ise faydalı olma dereceleriyle alâkalı olacaktır. Böyle bir kümedeki bilimsel ve akılcı “ihtiyaç-ürün” bağlantısı mesleki denetimden kaçıp yaygınlaşma ve ön koşullama eğilimine girmişse, ya evvelce “ihtiyaç-ürün” tanımlarına ulaştırılan yolda bir mantık hatası olduğu, ya da dışsal faktörlerin bu adımlara etkilerle onları bozduğu düşünülür.

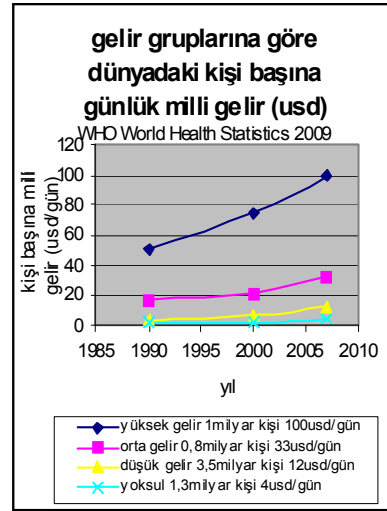
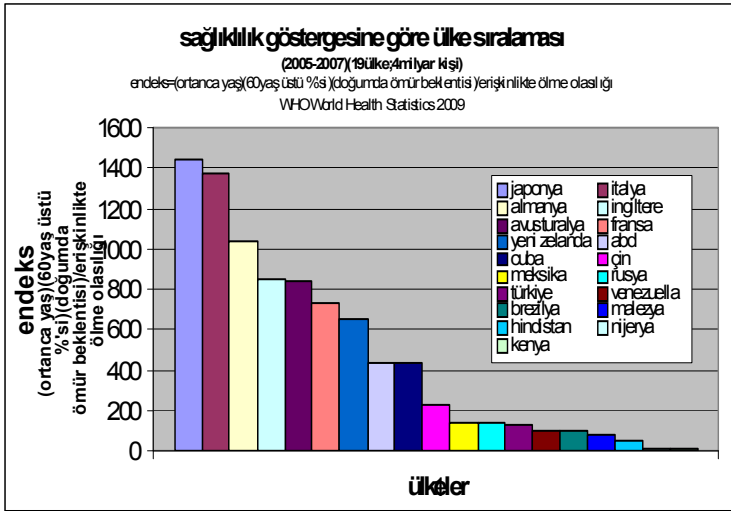
“İhtiyaç-ürün” kümesi, ihtiyaçların tatmini için üretime geçişi öngörür ve tetikler. Tüm geçmişimiz, ihtiyaçların tatmini için yapılan bu üretimin nasıl ve kimler tarafından gerçekleştirildiği, etkinliği ve faydalı olma derecesinin izidir. Bu iz, ihtiyaçları tatmin edecek ürünlerdeki karmaşıklık arttıkça, işbölümünün

geliştiğini, “üreten-ihyaç duyan” arasındaki başlangıçtaki yakınlığın, giderek başkalarının ihtiyaçlarını tatmin için üretmeye evrildiğini; katkısına ihtiyaç duyulanlar çoğaldıkça ürünün toplumsallaştığını, ama her bir katkıdaki görelî azalmadan dolayı katılımcıların üründen koptuğunu gösterir. Aynı zamanda katılımcıların önel yetilerinin zayıflayarak nesneleştiklerini, bu nedenle üretenlerin, üretimin sonuçları üzerinde hak iddia edenlerle sürekli bir anlaşmazlık ve çatışma halinde olduklarını, üstelik bu anlaşmazlığın henüz bilimsel bir ortak yol üzerinden giderilememiş olduğunu anlatır.

“İhtiyaç-ürün” kümesindeki sorunlarca göreve çağrılan teknoloji, kendisine olan gereksinimi sonlandırma ihtimali olan gerçek çözümlere içten bir sempatiyle bakmayı başaramaz; aksine kendisini öteleyecek “parlak çözümler”e yönelme eğilimindedir. “İhtiyaç-ürün” tanımlarına ulaştıran yolda yapılan mantık hatalarını ortaya çıkarıp ayıklayacağı yerde bazen onlarla ilgili karmaşayı iyice arttırır. İhtiyaç tatminine verilen önemin zayıfladığı bu döngülerde net yönelim, nesneleşen üreticilerin öznelliğini tüketiciliklerine indirgeyen bir tekno-ekonomik aristokratlaşmadır. (TEA). Bu katman sınıflar arası uçurumu açmakta menfaatli olacağı “çözüm”leri putlaştıran bir öznedir. (Şekil 2) Mutsuzluk, yalnızlık, panik atak, objesiz algılama gibi kendi sorunlarına bile duyarsız, mantksız, ama gayet etkili bu yıkıcı öge, kendine verdiği zarar dahil, dünyadaki yoksulluk, kriz ve savaşlara eğilimin esas sorumlusudur.

Şekil 1

Şekil 2

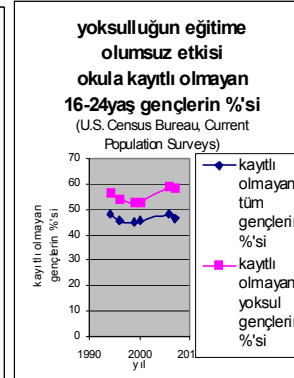
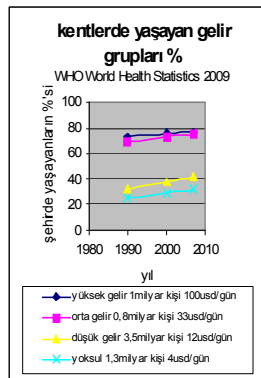
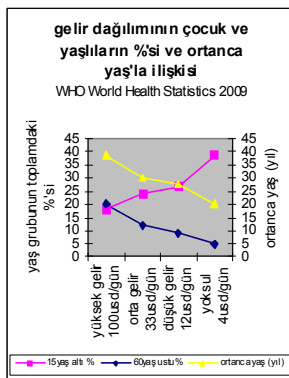
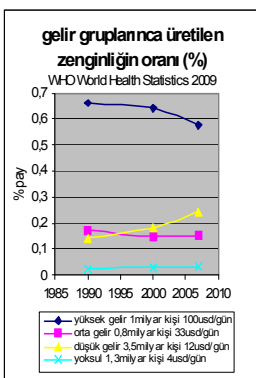


Şekil.3

Şekil.4

Şekil.5

Şekil.6



Kaynak: Şekil 1: WHO (2009) (WHOSIS) Detailed database research <http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>
 Şekil 2: WHO World Health Statistics (2009) sf.140-141 Paris http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf
 Şekil 3: WHO World Health Statistics (2009) sf.140-141 Paris http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf
 Şekil 4: WHO World Health Statistics (2009) sf.140-141 Paris http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf
 Şekil 5: WHO World Health Statistics (2009) sf.140-141 Paris http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS09_Full.pdf
 Şekil 6: US Census Bureau (2009) Poverty tables CPS <http://www.census.gov/hhes/www/poverty/detailedpovtabs.html>

TABLO 1: ÇEŞİTLİ ÖLÇÜTLERİN SAĞLIKLI OLMAKLA İLİŞKİSİ

	Sağlıklı olmakla ilişkisi aranan ölçüt (Şekil 1'deki 19 ülke; Temmuz 2009 verileri)	(r)*	Ölçüt tipi
1	Günde 1usd altı gelirli yoksulların %'si	-0,7685080	İmkan
2	2006-özel sağlık harcaması yüzdesi	-0,7071775	İmkan
3	Eşdeğer ilaç payı %'si	-0,6188000	İmkan
4	2004-milyon canlı doğumda yenidoğan bebek ölüm sayısı (her iki cinsiyet)	-0,6165536	Yük
5	2005-15 yaş üstü erişkinlerde tütün kullanım yüzdesi (her iki cinsiyet)	0,1907572	Yük
6	2003-15yaş üstü erişkinlerde kişi başı tüketilen kayıtlı saf alkol miktarı (litre)	0,5227662	Yük
7	2006- sağlıklı temizlenme suyuna sürekli erişebilen nüfusun toplama göre %'si	0,5787337	İmkan
8	2006-kişi başına yıllık toplam sağlık harcaması-usd	0,6010651	İmkan
9	2006-kişi başı gelir-usd	0,7696841	İmkan
10	2006-kişi başına devletin yıllık sağlık harcaması-usd	0,7815504	İmkan
11	Milyon kişi başına eczacı	0,7898263	İmkan

* sağlık endeksi $[(ortanca\ yaş) \times (60\ yaş\ üstü\ \%si) \times (ömür\ beklentisi) / erişkinlikte\ ölme\ olasılığı]$ ile ilişki katsayısı

Kaynak: WHO (2009) (WHOSIS) Detailed database research

<http://apps.who.int/whosis/data/Search.jsp>

III. HAKLAR VE SAPMALAR

2. Dünya Savaşı'nda 60 milyon insan öldükten sonra, özgürlüğün adaletin ve barışın temelini, insanlık ailesinin her üyesinin, doğuştan gelen eşit ve devredilemez saygınlığını tanımak olduğunu düşünen Birleşmiş Milletler, asimetrik yapının yarattığı vahşete karşı güvence olması umuduyla, 30 maddelik bir İnsan Hakları Beyannamesi yayımlamıştır. Asimetri, koşulları süreklilik arzedecek şekilde dönüştürerek kendini yeniden üretme potansiyelini taşıyan özgün bir durum ve bilimsel bir ilgi alanıdır. Bunu iki temel olgu üzerinden, *bilişim* ve *erişim* sayesinde gerçekleştirir. Perspektifle eşlendiğinde bir çarpıklık veya bir fırsat olarak kabul edilebilecek olan sosyal asimetrinin diğer bilimlerdeki kıyasla daha olumsuz bir etiketi oluşunun nedeni, devinmek adına düşülen kötü durumların genellikle asimetrinin hor kullanımı ve istismarından kaynaklandığına dair izi yakalamış olmasıdır.

Aslında hiç de öyle eşit üyelerden oluşan bir aile olmamamıza rağmen, kötülüklerin asimetriden değil, asimetrinin istismarından kaynaklandığını bilmek önemlidir. Amaçsız bir eşitliği savunmak da, eşitsizliği değişmez bir özellik gibi göstermek de aslında aynı şeydir. Taban tabana zıt görünmelerine rağmen, ikisi de "aynı"laşarak kalakalan ve rastlantısal çarpışmalara yol açan kaotik birer cansızlıktır. Canlı sistemlerde asimetri, perspektifi özgün bir biçimde etkileyerek ortamdaki hakim kuvvetlerin sürükleyiciliğini yenip bir sonraki asimetrik donanımı belirleyecek konuma devinmekten sorumludur. Gitmek üzere çıkılan bir sonraki duruma olan bu yönelim, söz konusu muhafaza ve gelişmeye olası etkisi bakımından, etik veya zararlı olmak üzerinden sorgulanır. İnsanlığın hareketi, bu sorgunun ne kadar hayati olabildiğini kanıtlayan sayısız çıkmaz sokakla dolu olduğundan, asimetrinin yaşamsal bir unsur olması ile, sosyal alanda karşılaşılan sapmalara yol açan zafandan kaynaklanan kötü uygulamaları arasındaki farkın iyi gösterilmesi gerekir.

Asimetrinin bilişim ve erişim üzerindeki açılımlarından kötü huylu olanlar, mülkiyet, finansman, üretim üzerindeki hakimiyet, son ürün kontrolü, tüketici sorunlarından kaynaklanan teknoloji katılımı, mantık enstrümanlarının kullanım tarzı gibi unsurlardır. Bu açılımlarda yaşanan dejenerasyonun yükünün insanlık ailesinin üyelerinin çoğunluğunun hakları hiçe sayılacak şekilde kolayca boca edilebildiği ve en fazla hasar gören alanlar, eğitim, sağlık ve ulaşım. Zararın bu alanlarda öncelikle ve yakıcı hissedilişinin nedeni, eğitim, sağlık ve ulaşımın güvene dayanma, özgürlük, bağlanma unsurları içerme, uyumlaşma varsa gelişebilme gibi fiziksel olmayan unsurlardan beslenmesidir. Bu alanların önemi ise yetkinlik, korku, gelecek üzerine olan düşünceler ve damgalanma etkileri gibi duyarlıklar bakımından narin olmalarıdır (Deci, 2009). Eğer asimetrik bir kabalık varsa, yoksunluk tüm insanlığı tutar. Devletlerin sağlık, eğitim ve ulaşımı birer hak olarak kamulaştırıp, yurttaşlarına sunma yolu araması gereğinin tüm insanlık için daha iyi olmasının nedeni, kamusal çıkarlardır. Hoyratlıktaki artışı yansıtan "*yükselen hayırseverlik*" toplumsal gerilimin değil, çaresizleşen öznedeki artan iç gerilimin köpüğünü alan, ama sorunu çözmeyen bir bozulma ve risk göstergesidir. Sahte çözümlerle kendini kandırmak, derinden incinen ihtiyaçlara tatmin sağlamaz; özne aradığı huzuru bulamaz.

Mantık, refleksten kalkıp ürüne götüren eylemin motorudur ama perspektifin etkisinden kurtulamazsa "bilimsel" bir saçmalığa dönüşür. Türkiye'deki motorlu araç sayısı 2004-2007 arasında 6 milyondan 12 milyona katlanırken ABD'de 250 milyonda -kişi başına bir araç- sabit kalmıştır. Bu fark, 470 EJ'luk dünya

enerji tüketiminin ¼'ünü kullanan bir devin peşinden giden küçük Amerika şeklinde yorumlanır. Halbuki Amerikan hükümetinin tüm toplu taşımayı ücretsiz yapıp %87'ye %5 olduğu tahmin edilen özel araç/toplu taşıma tercih oranını (U.S. Census Bureau, 2009) tersine çevirerek, tüketiminin %30'unu oluşturan ulaşım enerjisinden (U.S. Dep. of Transportation, 2009) %50 tasarruf etmesi *teorik olarak* mümkündür. Fırlatılan sigaralarla yakılan ormanlar, coşmaktan kaynaklanan kazalar, nesnel ve ekonomik kayıplar, trafik tikanıklıklarıyla kaybedilen zaman, küresel ısınmayı arttıran karbon iziyle bozulan ekolojik denge, nesli tüketilen hayvanlar, kuruyan su havzalarıyla değişen kuş yollarından dolayı artan kene gibi asalakların taşıdığı zootonik hastalıklara olan katkısı bariz olan (US NOAA/CDC, 2009) bu özel oto savurganlığı yerine, tüm ulaşım hizmetlerini ücretsiz kılan bir toplu taşıma politikasının akılcı olacağı meydandayken, asimetrik bilişim ve erişimle kirlenmiş perspektifin “mantığı” bunu sinsice engeller (Otomobil, yedek parça ve lastik satmaktan, paralel teknoloji geliştirmekten gelen menfaatler).

Finansman, güçlü bir asimetrik azmettiricidir; “iyi niyet”li özneyi deforme ederek ezik bir “perspektif”e dönüştürür. Tüketici ve tüketmeyen hakları, makul olmayanda ısrar edenlerle birlikte yok edilir (LPG'ye çevirme, daha etkin motorlar üretme gibi “teknolojik” gelişmeler, doğrultmalarla göz boyayan asimetrik hor kullanımlardır). Bu “tasarruf”ları ilerleme sanıp, temelde yatan hata ve komplekslere dikkat çekenleri çağdışı göstermek gibi sahtekârlıkların sorumlusu, yapılan araştırmaların sektörün tolere edebildiği süre içinde geri ödenmesini dayatan finansman yüküdür.

Teknoloji, istismara açık kolay “çözüm”lere sarak, sorunları gizlemeye alet olduğundan, yüzyıllardan beri çalışanların tepkisini çekmiştir ve üretim tarzları boyunca görülen kırılmaların kaynağıdır. Daha iyi veya daha çok ürün için göreve çağrıldıktan sonra üretimi mesleklerin elinden sessizce kapıp toplumsallaştırır. Kararlar, kişisel değil mesleki bir sorumlulukla, ilgili tüm diğer meslekler de katılarak alınsa ve üretim sürecinin sorumluluğunu başından beri taşıyıp diğerlerini müzakereye çağırılmış olan mesleğe veto yetkisi tanınsa, olası sonraki katılımcılara olan gereksinimin nüvesini taşıyan özgün birikimlerin pırlınsının sonradan katılan mesleklerin ışığı altında kaybolması önlenemez. -Çekiç ve örs'ten daha kat'i ve daha çok üreten bir makinanın neyi eksik veya fazla yaptığını anlatamayan “demirci”, üretim üzerindeki hakimiyetini, dolayısıyla son ürün üzerindeki kontrolünü yitirir. - Eğer “teknoloji”, üretimi profesyoneller için ya da ürünü tüketiciler için bir sorun-refleks yaşantısına dönüştürüyorsa meslekler üretime yabancılaşır.

Üretim üzerindeki hakimiyeti eriten teknolojik katılım sorununa perspektifin bulduğu çözüm, aşılması zor engelleri fabrika önünden kaldırıp, sistem içindeki yakın ve ilişkili üretim adımları arasına dağıtmaktır. Bu sayede her adım, son ürün üzerine etkisi bakımından izole edilir; üretimin bütünsel karakteri zayıflar, eklemli, esnek ve parçalı bir zincire dönüşür. Ürüne olan perspektifi silinen ve her parçası kendi içinde mükemmelleşerek ayrı karakteri ağır basan bu üretim tarzını erişilmez kılacak bulanık kontrol “çözüm”leri sunan yönetsel teknolojilere kucak açılır. “İhtiyaca odaklı” lıktan dolayı toplumsallaşarak tüketiciye ve akıl hakimiyetine yaklaşan üretimi, “üretim odaklılığa” çeviren perspektif, ortak akıl kendi silahıyla vurur. Tüketici, kullanılan üretim odaklı teknolojinin azameti altında ezilir, ihtiyaçlarını bile unutabilir. Son ürün üzerinde kontrol sağlayan durum ve davranışlar, üretim hakimiyeti kaybından doğan “çözüm” refleksleridir (tüccarlaşan, “özelleşen” meslekler). Koparıldıkları üretime bu şekilde tutunanların peşine mağazalaşarak düşen asimetri, yakalayabildiklerini ücretlendirip tekrar üretim hattına eklemeler.

Mülkiyet ilişkilerinin çekim alanına kapılıp, fetiş karakteri artan ürünlerin, tatmin edilememiş tüketici ihtiyaçlarınca ötelenen teknolojik ilerlemelerden doğan daha ileri “sorun-refleks” döngülerinde yetersiz kalacağı bellidir. Sırça köşklere tıklanmış “teknolojik çözüm”lerin kısırlığı deşifre olup, göz boyama etkileri eridikçe, yani üretim üzerindeki toplumsal hakimiyet kaybolduğu için fetişleşen üründen kaçma eğilimi arttıkça, mevcut “ihtiyaç-ürün” kümesine olan güven zayıflar.

Perspektif için mesele, ihtiyaçlara tatmin aramak değil, sarsılan “ihtiyaç-ürün” portföyüne olan bağlılığın yeniden kurulması ve tüketimin -satışların- garanti altına alınmasıdır. Binilmiş dalı düşürmeden kesecek profesyoneller aranır ve onlardan, son kullanıcı sorunlarının karakterize edilmesinde dürüst, bilimsel, gerçekçi, katılımcı ve paylaşımcı olmaları, ama eğer bu süreçte geçmişten kaynaklanan bir terslikle karşılaşılırsa “akıl olup” susmaları istenir. “Halkla ilişkiler”, “kamuoyu araştırmaları” ve “tüketici hakları” gibi aygıtların içini boşaltan, “çözüm-sorun tanımı” ayırdını doğru işleyişinden saptırıp, onları da vaktiyle üretime girişimlenen teknolojilerde olduğu gibi birer son ürün kontrolü aygıtına çeviren “yeni perspektif” ‘ten gelen tehlike budur. (Dougherty, Conway, 2009). Bu hatalar ve hata olasılıklarını önemsiz bulmak, bilim adamlarına, meslekler, kamu görevlilerine ve halka yansır. Bu yansımayı perspektifin kendi çıkarları adına insanlık dışı metotlara başvurmaktan çekinmeyişi -savaşlar ve sözde olmaktan çıkan her ciddi eleştirinin mutlaka bastırılışı- ve bu tehlikelerden korkup eldekiyle yetinenlerin ne kadar şiddetli bir şekilde istismar edildiklerini fark etmedikleri bir karanlık, eziklik ve yalnızlık içinde tutulabilmeleri besler. Sorunsuz rakiplere nazaran kendi “çalışanları tarafından haksızlığa uğratılıp hep birlikte zarar görecekleri” üzerinden ilerleyen bir duygu sömürüsü ve objesiz özdeşleştirmeyi mümkün kılan kültürel izler korunarak bu durum pekiştirilir. Eşitsizliğin adaletsizliğine katlanmak zorunda kalışın manevi yükünden kurtulmak için refah

devletin sunduğu hizmetlerin tüketimi teşvik edip yurttaşların kendi yaşamlarına yön verme yeteneklerini edileştirdiğini ve planlı ekonomik stratejilerin toplumsal çıkarlara aracılık edebilecek olası girişimleri köreltildiğini öne sürüp devletin küçülmesini sağlıyor diye sivil toplum demokratikleşmesini savunan, ama özelleştirmeleri umursamayan; barış, demokrasi, çevre, insan hakları gibi edimleri yüceltip, işsizlik, pahalılık, yoksulluk, fırsat eşitsizliği vb.yi kişisel sorunlardır diye bir kenara iten yaklaşımların düştüğü hatalara benzeyen bu sorunları kendiliğinden bulmak olanaksızdır; onları farklı sonuçların işaret ettiği “çözümler” üzerinden arayıp dürüstçe tanımlamak gerekir (Çulhaoğlu, Okuyan, Manga, 2001).

IV.SAĞLIK HAKKI VE HAKSIZLIKLAR

Bireyin, bizzat veya bir meslek aracılığıyla tatbik etmek için edindiği her türlü tarama, tetkik, teşhis, tedavi ve takip hizmetleri ve ürünleri olan sağlık hakkı, kendine özgü uyum sorunları, kabullenme zorlukları ve acılar taşır. Sağlık hakkı ayrıca imkansızlık, yetersiz sosyal teşvik, kamuda horlanıp itilip kakılma, kasıtlı, yanlış veya eksik bilgilendirme veya bilgilendirmeden doğan ihmal, meleke farkları, erişim güçlükleri, aşırı kâr içeren fiyatların yıkıcılığı veya yoksunlaştırıcılığı gibi olumsuz faktörlerin de tehditi altındadır. Tüm bu sorunlardan dolayı yaşadıkları başarısızlıklar hastalarımızı yalnızlaştırmakta, onları gereksindikleri hizmetlerden yararlanmak için kendi ilgi ve çabaları dahil, her türlü imkan bakımından köreltmektedir.

Yoksulluk bu sorunlardan ilkidir. Hane halkı gelirinin ortalama %8’i sağlığa ayrılır. Bunun %60’ını devlet karşılar ve 1/6’sı ilaca gider (WHOSIS, 2008; EFPIA, 2008). Kazancın %1’ini yutan ilaç, bulunuşu, üretimi, fayda/zarar ayırımının belirlenmesi, sunuluşu ve tüketiminin yakından izlenerek gerekli düzeltme ve önlemlere olan gereksinimi açısından bilimsel ancak tehlikeli bir ortak-üründür. Türler-arası etkili ama bireye veya sürece özel olan ilaç toplumdan doğar, eczanede gelişir, hekim ve sağlık personelinin yönetiminde kamuyu, ekosistemi oluşturan bireylerle buluşur. Kullanım değerine paha biçilemeyen sağlık hizmetlerinde maliyet denince ilk ilacın akla gelişinin nedeni yüzde birkaçla ölçülen hastalıkla karşılaşma olasılığından yani size de çıkabilecek bir kötü piyangoğunun yakıcılığından bihaber geçen yılların uzun olmasından kaynaklanır. Hastalanırsak, sağlam 100 kişinin küçümsediğimiz %8’lik faturalarının da burnumuza dayandığı ve %1000’leri bulan yükün altından kalkamayacağımızı görüp ürpeririz. Üstelik bu yük omzumza en fazla yardıma ihtiyacımız olduğunda; yani hastalanınca ve aniden binecektir. Şekil 1’deki farklar, bu soruna çare için zenginliği arttırma “çözüm”üne değil, TABLO 1’deki ölçütler arasındaki farkların işaret ettiği yoksulluğu azaltma “çözüm”üne odaklanmamız gerektiğini göstermektedir (TABLO 1’deki kişi başına gelir sağlıktaki iyileşmeyle doğru orantılıyken; özel sağlık harcamaları sağlıkla ters orantılıdır). Eğer bir eşik değer aşılırsa özel sağlık harcamalarını arttıran zenginleşmelerin yararlı olmadığını, aksine, yoksulluğu azaltan sosyal adaletli yollar bulmamız gerektiğine işaret eden veriler vardır. Tablodaki ölçütlerin sağlıklı olmakla olan ilişkilerindeki kuvvet farkları da bu yorumu desteklemektedir (Toplam sağlık harcamalarının sağlıklı olmakla ilişkisi (0,60), devletin yaptığı sağlık harcamalarınınkinden (0,78) zayıftır). Bu fark, sağlık bozuldukça özel sağlık harcamalarının arttığına ama bazı özel sağlık harcamalarının aslında sağlıkla hiç de bir alakası olmadığını, halbuki sağlık hakkının devlet eliyle sunulması gerektiğine işaret ediyor olabilir.

Dev özel şirketler ikinci haksızlık kaynağıdır. Bu şirketlerin tekelinde bulunan patent haklarının pompaladığı aşırı kârlar ilaçta üretim sapması yaratır. Kârın ortaya çıkması için satışlar ihtiyacın ötesine zorlandıklarına bakılmaksızın teşvik edilir; kârsız ihtiyaç alanlarına sırt çevrilir. Bilimsel şüphecilik piyasanın parlıtısı altında körelir veya siner ya da susturulur. Güçlü kaynaklar “ilerleme”yi engelleyenlerden alınıp her türlü tedaviden yana olanların hizmetine sunulur. Mesleklerin kendi kulelerine hapsedilerek kârların teminat altında tutulduğu bir üretim ve yönetim tarzında doğruyu aramak veya savunmak unutulur, çözümlenme yetenekleri körelen meslekler, devekuşu gibi sadece kendi işlerine bakarlar. Patent sahipliğini mümkün kılan buluş ne kadar özgün, takdir bulan ve derin saygı uyandıran bir emek ürünü olursa olsun bulanıkinden kat kat fazla bir toplumsal birikim sayesinde ortaya çıkmıştır. Bir buluşun son birkaç adımını yürüten bir grup emekçinin, buldukları konumun avantajlarını istismar eden bir fırsatçılıkla ürünün tüm imtiyazını istemesinde amaç sınıf atlamak ve aristokratlaşmaktır. İnsanlığın ortak malı olan buluşları kendilerine mal etmekle kalmaz, ilerleme adına çıktıkları yolda karşılaştıkları zorlukları unutup, buluşu kendi menfaatleri için kirletir ve sağlık hakkına ihanet ederler. Patent fırsatçılığı yaparak insanlık ailesinin tüm üyelerinin ortak malı olan ilacı gasp edip sağlık hakkını özel menfaatlerin idamesi ve haksız ötelenişinde bir maşa olarak kullananları halk sağlığına esas katkıyı yapanlar olarak göstermek veya buna inanmak safliktir.

Endikasyon dışı kullanımların teşvik edilişi de her zaman özgün ve yaratıcı hekim emeğine olan saygıdan kaynaklanmaz. Kârlı bir ürünün önünü kesen sunum kısıtlarına (reçetelendirme özelliklerine) dostça yaklaşılacağını sanmak hayalperestliktir. Böyle bol, kolay ve kârlı üretilebilen, ama satılmak için zoraki endikasyon arayan bir ürün eğer liberal kuralsızlaşma modasıyla neredeyse kaybolan kamu denetimlerinden birine takılıp da “doğal” gıda takviyelerinden birine katışıklanmış olarak yakalanırsa ne düşünmeliyiz? İddia

ettiği etkiden sorumlu ilaç tespit edildiğinde, ürünü “derhal” geri toplayan “yasalara saygılı” bir firmanın sersemlettiği dikkatimiz aslında kim bilir hangi başka marka üzerinden tüketiciyle hala kucaklaşıyor olan “patent”li ilacın katışıklanmak için bu “doğal” gıda takviyesine nasıl olup da girdiğine odaklanmalıdır (FDA, 2009). Gerçekte çok ucuz olmasalar ve aşırı üretilemeseler bu “doğal” tuhaflığın parçası olurlar mıydı? Tüm kaynaklar bu ilaç firmalarına cömertçe sunulmuşken, sistemin teşvik ettiği kompleksler dahil her türlü engel ve kısıt altında dahi kimi “ilaç”ları piyasadan çekmeye varan adımların işaret ettiği boyut ve çeşit ürkütücüdür. Bu kadar büyük bir aşkla “ilaç” satmak demek, sağlık için değil ilaç etkisi üzerinden para kazanmaya çalışmak demektir ve bu şirketlerin karar mekanizmalarında etkili öznelerin, sağlık personeli olmakla uzaktan yakından ilgisi yoktur.

Gıda takviyelerine ruhsatlı ilaçları sokup kitle iletişim kanalları üzerinden yürütülen bir tüketim bombardımanı ile yutturan çıkar yapılarındaki kendinizi zorlarsanız bile sağlıklı bir şey bulamazsınız. Aşırı üretim, sınırsız spekülasyonlar ve kaynak israfı nedeniyle yarattıkları krizi dahi devlete ödetmeye çalışan (Mütevellioğlu, Sönmez 2009) bu şirketleri kurtarıp bir de öteki yavaşımızı dönmektense, “ihtiyaç-ürün” kümelerine olan atamalarda çürümeyi (Tulunay, 2009) durdurmak için kamulaştırıp yeniden yapılandırmak daha hayırlıdır. İlaçta ve sağlıkta, kârın dejenere edici etkisinden kurtulmak için daha iyi bir yol görünmemektedir.

İlaç sahteciliğinin (EC, 2008) kaynağı da şirketlerin aşırı kâr ve bunu garanti altına alan patent peşinde koşmalarıdır. İlacı anlamak ve yapmak için gereken yüksek bilgi, teknoloji, güven ve adanmışlık aşırı bir şekilde istismar ediliyor olmasa belki de sahtelerini yapmaya kalkan olmazdı (*sahte ekme var mıdır?*). İşte bu ölümcül sahtecilikleri sağlıkla ilgisi sadece getireceği kâr nedeniyle olan girişimcilerle, onlara özenip patent peşinde koşanlar başımıza sarmıştır. Kendilerini sahteciliğin sebebi değil mağduru gösterip yarattıkları sahte ilaç tehlikesini önlemek için yaptıkları cambazlıkları da ilaç maliyeti olarak yine bize ödetirler.

Jenerik ilaç avantajı da orijinal ilacın patentle edindiği asimetriden yararlanmak için başvuru bir kurnazlık olup, sahte ilaca yakın tehlikeler yaratır (TABLO 1). Bu “milli” ilaç şirketleri, jenerik eşdeğer ilaçların yerel üretiminin yakın çıkarlar için daha makul olduğuna toplumu bir kez ikna edip kendi küçük hegemonyalarını sağlamıştıktan ve ilk denetimleri savuşturduktan sonra denetimler zayıflarsa kaliteli ve yararlı olmayı unutabilirler. Yaşayarak gelişmiş bir kalite anlayışının olmayışı ve özelleştirmeler nedeniyle süreç içinde zayıflayan denetimin de etkisiyle, eksik, etkisiz, hatta zararlı olma kaygısından kurtulmuş birer sözcük üreticisine, uluslararası şirketlerin aşırı üretimle ötedikleri endikasyon arayışına “eşdeğer”de bir “ilaç” sunucusuna dönüşürler. Eşitsizliğin istismarını normal karşıladığı için ona boyun eğme kabiliyeti ve akılsızlığıyla başlayıp her yeni “buluş”la güçlenen modern aristokrasi ve “eşdeğer”lerinin, eğer eleştirilmezlerse suskunluktan anlamayan hoyratlık ve ölçsüzlüklerinin artmasından korkmalıyız. Ortaklaşa karakteri giderek yükselen üretim tarzının bağrından doğacak ileri üretici güçleri boğan ve hırs için dünya çapında iki savaş çıkarmaktan çekinmeyen ayar tutmazlığın yeni ve sinsi biçimi olan tekno-ekonomik aristokratlaşmanın küstahlığının da, bu küstahlığı kutsal göstermenin gücü karşısında gelişen umutsuzluğun da, bu umutsuzluğun beslediği miskinlik ve beceriksizlik komplekslerinin de bir sınırı olmalıdır (Atatürk 1927). Mesleki ehliyetten gelen inisiyatif ve bağlantıda oluş kabiliyetini kurutup, halka acı reçeteler yutturanlara müsaade edilmemelidir.

Özel hastane tuzağı, sağlıktaki piyasalaşmayla yeni karşılaşan tüm komşu meslek, hekim, hemşire laborant ve araştırmacıların da yenice anlayıp etkilerini hissetmeye başladığı sağlık hakkı tecavüzlerinden bir diğeridir. Mal sahibi olduğunu iddia eden TEA'nın ayak izi özel hastane eczanelerini çamura bulamıştır. Bu süreçte, 10milyar dolar/yıl'lık ilaç pazarından da yararlanma düşüncesiyle kapıldıkları ilk hevesler, mesleki direnç ve kişisel menfaat eksenli işbirliğine yatkın olmayışları nedeniyle eczacılara karşı şiddetli bir nefrete ve serbest eczaneleri iflasa sürükleyip, yerine konacak zincir eczane çözümü üzerinden sermaye devri arayışlarına evrilmiş durumdadır.

“Süper eczane zinciri” ile nasıl doldurulacağı hesapları yapılan potansiyel boşluk, lastik gibi sünen vadelerle kısmen geri ödenen ama illa da peşin geri konan ilaç yükü, mal fazlası ve türlü piyasa kurnazlıklarıyla kuşatıldıkları kan davasında serbest eczanelerin gittikçe artan bir hızla iflasa sürüklenişlerinden doğmaktadır. Serbest eczacı, halk sağlığının mevcut durumunu daha da kötüye sürükleyecek bir tehdit olan bu mağazacı taarruzdan kendini koruyacak mekanizmaları geliştiremezse gelişmiş ülkelerdeki meslektaşları gibi yok edilir.

İlacın kötü kullanımı (Johnston, vd. 2009), dev şirketlerin ele geçirdiği çekim alanlarından doğan sağlık haksızlıklarından bir başkasıdır. Gençler söz konusu olunca anlatması da anlaşılması da daha kolay olan bu sorun (Harmon, 2005), reçetesiz yapılan satışlar, özgün etkinlikleri ve endikasyon için şart olan hekim katkısını lüzumsuz bulan cehalet nedeniyle, başkasına ait ilaçları kullanma, keyif verici olarak kullanma ve ölümcül sonuçları olan kombinasyonlara karşı bilinçsiz ve umarsız olmaktan kaynaklanmaktadır. Gençlere iyi örnek olma düzleminde ele alıp erişkinlerdeki hataları da ortaya çıkarmaya

çalışan bir halk eğitimi modeli bu sürece en iyi müdahale aracı olarak görülmektedir (FDA SAMSHA 2009).

Bu yaklaşıma göre, aileler çocuklarına doğru örnek olmak için her zorlukta ilaç dolabına koşup, her duruma uygun bir ilaç olduğu yanlış anlamasına fırsat vermemelidirler; hafif ağrı veya reçeteli ilaçların sağlık için hayati olmadığı durumlarda egzersiz, dinlenme, sessiz ve loş bir odada kendine dönme ya da masajla çare aramalı ve çocuklara bu seçenekleri göstermelidirler. İlaçları kullanır veya aileden birine sunarken dikkatli davranmalı, doz, dozlar arası süre ve alkol vb dahil kaçınılması gereken diğer ilaç ve gıdalarla alakalı talimatları dikkatle okumalıdır. İlaç kullanırken kaçınılması gereken araba, makine kullanma veya merdivene tırmanma gibi güvenlik uyarılarına olan özeni vurgulamalı ve göstermeli, stres, acele veya rahatsızlık gerekçesiyle kesinlikle istisnaya gitmemelidirler; böylesi tek bir vaka bile çocukların gözünde ilaçlarla ilgili kurgulanmaya çalışılan sorumlu yaklaşımın “esnetilebilir” olduğu algılamasına yol açacaktır. Çocuk daha küçükken, ilerde dış etkilere karşı sağlam bir duruş sergilemesine yetecek şekilde hareket etmeli; endikasyon eksikliğinde kesinlikle tehlikeli olan reçeteli ilaçların sakıncaları konusunda onlarla konuşmalıdırlar. Reçeteli ilaçlar, hekimler tarafından yazıldıklarından, çocuklar onları kullanmakta bir sakınca olmadığı şeklinde yanlış bir güvenlik hissine kapılabilirler; çocuklara ilaçların sadece yazıldıkları kişi, zaman, ve miktarlarda kullanılırlarsa genel olarak güvenli oldukları, yoksa kesinlikle zararlı ve ölümcül olabilecekleri; hatta reçeteli ağrı kesicilerin narkotikler ve yasadışı ilaçlar kadar tehlikeli ve bağımlılaştırıcı olabileceğini belirtmeli, bu konuda eczacı, hekim ve hemşirelerden bilgi almalıdırlar (NIH, 2009).

Bu süreç, ilaçları tedavi sapmasına düşecek kadar kolay erişilir kılarak masum gösteren, mesleki denetime olan gereksinimin küçümsenmesine yol açıcı reklamlarla ilaçları tezgâh üstüne süren, marketleri ilaç satışında eczanelerle yarıştıran, vücut geliştirmede, zayıflamada, canlanmada kullanılan gıda takviyelerine giren ilaçlardan gelebilecek zararı umursamayan, ölümcül kombinasyonlara neden olabilecek cinsel ürünleri utandıklarından gizlice internetten alanların düşeceği duruma sessiz kalan, böylesi denetimsizlikler ve kuralsızlaşmalardan çıkarı olan, yani, ilacın değil hastalık korkusunun sponsoru bazı üretici ve sunucularla maşalaşmış bazı “hekim”ler ve mesleği bir OTC satış reyonuna çeviren bazı “eczacı”lar tarafından vahimleştirilmektedir. Bu sorun üzerinde başta kamu otoriteleri, eczacılar ve akraba meslekler olmak üzere tüm ebeveynler de kafa yormalıdır. Çünkü gelişmiş ülkelerdeki (*reçetesiz ilaç satışı ve/veya ilaç reklamlarının serbest olduğu ülkeler*) 12-17 yaş arası her beş çocuktan birinin son bir yıl içinde fizik veya ruhi sıkıntı nedeniyle ve tıbbi yardım almayı gereksiz buldukları ya da karizma, performans vb. için, kendi kendilerini reçeteli ilaçlarla tedavi ettikleri tahmin edilmekte ve bu sorunun büyük oranda reçetelendirme özellikleriyle alakalı olduğu düşünülmektedir (SB İEGM, 2005).

Kalite kontrolü, süreçlerin sonuna değil, tüm sürece ve yapısal olarak yayılmalıdır. Halbuki ilaç üzerindeki işçi (eczacı) kontrolü, üretim adımları, standardizasyon için kitle üretimine; tüketim adımları da gerekli özgün bilgi ve beceri için hekimlere devredildiğinden, zayıflamaktadır. Bu yapılanışta ne perspektifin sapmayacağı bir düzenleme yapılabiliyor, ne de bu sapmanın etkilerine dayanılamıyorsa, ilaç üretim, sunum ve takip faaliyetindeki etkin öznenin karakteri değiştirilmelidir. İlaçta kuralsızlaşmayı önlemek için, ilaçla ilgili bütün kurumların kamulaştırılmasından daha sağlam bir çözüm olmayışının sebebi budur.

V. İLAÇ VE ECZANELER

“Her derde deva ilaçlar” dönemini kapatıp standardizasyona, endikasyona ve hastanın bakım kalitesine olan gereksinimi teslim eden gelişmeler, her şeyden önce bir ilaç işçisi ve uzmanı olup, yeniliklerden ve ilerlemekten kaynaklanan karanlık alanlarla çok karşılaşan bir meslek olarak eczacılığı iki taraftan sıkıştırıp eczane bankosuna hapsedmiştir. İlaç, eczane ve eczacılara yaklaşım bu nedenle toplumsal bakımdan kaybolan olası faydaların ortaya çıkarılması, muhtemel zararların önlenmesi, toplumsal gelişimin hızla başkalaşan farklı boyutlarının tetkiki ve gerekli doğru, erken tavrın belirlenmesi açısından ilginç bir inceleme, yakınlaşma, anlamaya çalışma ve işbirliği arama alanıdır.

Reklamlara boğulup ilaç firmalarının satış reyonuna dönüşmüş eczanelerde onca eğitim, emek ve pırlantayı heba etmek istemiyorsak bu ara yüzün sorunlarına eğilmek, tanımlamak ve çözümü için çabalamak gerekir. Toplum sağlığıyla ileri derecede ilişkili olan eczacılığın (TABLO 1), uygunsuz ilaç kullanımındaki tıbbi ve mali yükleri azaltmadaki rolü yeterince anlaşılmamıştır (Ofoefule, 2008) (Abacıoğlu, 2008); mevcut yapıyla bu potansiyelden yararlanılamayacağına dair görüşler de vardır (Ruth, vd., 2005).

İlaç, etkidığı ortamın özellikleri ve müdahalesi altında çeşitlenen bileşke bir özgün etkide bulunur. Eczacıdan, bu “ilaç-ortam” devinimini izleyip toplum ve bireylerle olan ilişkisinin beklentilerle eş düzende olduğunu garanti altına alan bir sunum yapması istenir. Hekimi atlayan tedavi modlarındaki art niyetten kaynaklanan sorunlar, eczacıyı atlayan ilaç sunumlarında da aynen yaşanır (TC Kanunları No:1219, 1262). Hekimden gelmeyen ilaç önerilerini karşılamaktan kaynaklanan “eczacı fırsatçılığı” ve eczacıyı oldu bittiye getiren ilaçlarda marifet aramaktan kaynaklanan “hekim kurnazlığı” deyimleri bu hataları anlatır. İlaça

sadece üretiminde değil, ilaç-(sunum)-birey birleşik alanında da müdahale etmesi istenen eczanelerin, ilaç satışının teknik sorunlarından kurtulup mesleki potansiyeli tercüme edecek (SB 1999;Tulunay 2009; WHO, FIP 2006; Norris 2009; Belek 2009; 165-169; Belek 2009; 118-119;Baucus, vd., 2009; US Dept.HHS 2009; Sihanya, 2005; FDA NOOH, 2007; FDA NOOH, 2009; FDA NIDPOE, 2009; FIP 2009; UN 2008) kamusal çizgiye yerleşmesi için, eczacı, hekim ve hemşireden oluşan maliye destekli sıfıncı basamak yerel halk sağlığı merkezleri halinde kamulaştırılıp örgütlenmeleri gerekir.

Kamulaştırmalar için ödenen bedel yüksek, üretim maliyetleri artmış, hizmetin mevcut hınzır, masum, güler yüzü kaybolacak olsa bile sonuçta daha kaliteli bir halk sağlığı çözümü toplamda daha kat'iyetle temin edilir. Meslekten olmayan zincir eczane yatırımcılarının yarattığı tehlikeye karşı koymak, kamu kurumu özelliklerinin nasıl korunabileceğini anlamak, uğradıkları bedelsiz kamulaştırma süreciyle ilaç firmalarının satış reyonuna dönüşmesine karşı olan dirençlerinin düzeyini ve bu bedelsiz kamulaştırma dalaverelerine karşı halk sağlığı için gerçekten kamulaştırma çözümüne olası tepkilerini sezmek için Türkiye'deki mevcut eczane envanterinin yaklaşımına ışık tutar umuduyla 2000 yılında İstanbul'da, tipik yerleşimlerin tümünü temsil etmeye özen gösteren ama rast gele seçilmiş 33 eczaneye 3'er kez yapılan ve hastalarına kapiller tam kandan şeker takibi hizmeti sunmaları talebi üzerine örülmüş bir ilaç takibi ve ilaç eksensel halk sağlığı katkısı yardımı talebine verdikleri yanıtları derlemiş bir çalışmanın sonuçlarına göre eczanelerin kamusal karakteri ve eczacıların mesleki kaygıları, "özel" sorunlardan önce gelmekte ve kesinlikle ağır basmaktadır.

Mevcut ilaç üretim sistemi, mühendislik bilimleriyle sağlık bilimlerinin kesişme noktasında yer alan ve onları birleştiren eczacılık mesleğinin gelişimini engellediği gibi, eklemledikleri yeni teknolojilerle ilaç geliştirme ve üretimine katılan komşu mesleklerin dikkatini, -eğitimlerindeki sağlık bilimlerine özgü duyarlıkların eksik oluşunun istismarı aracılığıyla- hasta odaklı çizgiden kâr duyarlı eksene sürükleyip onları da bozmakta ve sağlık sistemine olan güveni sarsmaktadır. Bu kötü örnekler arasında temel bilimlerin gelişimine potansiyel katkı katsayısı yüksek çalışmalarda hemen bir ticari izdüşüm arayıp normal gelişimi deforme etmek, fayda katsayısına bakmaksızın ticari anlamı yüksek alanlara tahsislerde bulunmak, mevcut durumla ilgili yeni ortaya çıkarılan olumsuzluklar kayıp yaratacaksa duyarsız kalmak sayılabilir (Bkz. Dougherty, vd., 2009; Rucker, vd., 2007; Ioannidis, 2005; Moonesinghe, vd. 2007; Hamilton, vd., 2005; Conway, vd., 2009). Bu iddiaların geçersiz olduğunu göstermek için ödemelerde şeffaflık arama ve bu yaklaşımı benimseyen şirketlerin sayısı artmakla birlikte (The New York Times, 2009) bu iyi niyetlerin kaynağa inmekten çekinip birer yasak savmaya dönüşmesi kaçınılmazdır. Sağlık, ilaç ve sunumuyla ilgili özgünlüklerden beslenen sorunlar ortaya çıkınca önlem almaya çalışmaktansa tüm ilaç şirketleri, dağıtım kanalları ve eczanelerin kamulaştırılıp çalışanların mal varlığı ve niyet beyanıyla başlayacakları birer kamu personeli olarak istihdam edilmeleri çok daha akılcıdır. Tekilci kamulaştırmaların sistem içinde kalırsa mümkün ve yeterli olamayabileceği endişesine rağmen önerilen çözümün tartışılması yararlı olabilir. Çeşitli yaklaşımlara dair farklı düşünceler bulunduğu gibi (Weems, vd., 2009), önce kâr'a kelepçeleyip sonra da bilgi ve fayda üretmesi beklenen mesleki disiplinlerin, yukarıda değinilen bakımlardan tehlikeli olabileceğinin ürkütücülüğünden dolayı bu alanda daha ileri ve özgür araştırmalara ihtiyaç vardır (Bkz. Lorentzen, 2009).

Mesleklerin var oluş nedeni son kullanıcı gereksinimlerinin adil ve gerçekçi tatmini olduğu için kamusal karakterleri bireylerinkinden yüksektir. Özgür ve yüksüz kılınabilirlerse teknoloji ve toplumla ilişkilerini "kayıp-kazanç" değil "fayda-zarar" düzleminde kurarlar. Bilimsel gelişme ve gerçeklerin dayattığı yeni doğrularla karşılaşan bir meslek için sorun, bireylerin aksine, daha ileri olgunlaşma için gerekli işbirliklerinin son kullanıcıya olan "fayda-zarar" ayırında nasıl kurulması gerektiği olacaktır. İhtiyaçların tatminini ön plana almak için gereken ihtimamın gösterilmediğinin ortaya çıktığı her vaka sadece menfaatçi ekonomik yapıları mahkum etmekle kalmayacak, gerekçesine bakmaksızın alanın gerçek sahiplerinin itibarını da kalıcı ve tamir edilemez biçimde zedeleyecektir. Bu nedenle, birikmezse yok olacağından ürken sermayeci üretim tarzı ve o "üretimi" gerçekleştiren güçler arasındaki çelişkiyi söndürmeye çalışan mülkiyet ilişkilerinin toplumsal gereksinimlerin tatminini öne alan meslekleri temsil edemeyeceği iyice anlatılmalıdır. Günümüzde, piyasa dinamiklerince öngörülen "marifetler" in büyümesine övgüler dizen kervandan kurtulup başkalarının haklarını koruyan kaliteyi yakalamak mesleki liyakatin, profesyonel ahlâkın, kardeşlik duygularının can damarıdır. Tartışılmaz görünen barizin altına gizlenen özü yutturan oldu bittilerin pompaladığı kaçınma reflekslerinin geçersizliğine işaret eden farklardan çıkarak benzerliklerde birleşmeyi, hayatın ileri devinişine katkıda bulunmayı amaçlayan, yukarıdan değil, aşağıdan gelen ve meslekten beslenen tümevarımların kurgulanmasına ve geliştirilmesine ihtiyaç vardır.

Yatırımlardan başkasını anlamlı bulmayanların yardığı üretici güçler, bu nesneleştirilmişliklerini fark edip tüm diğer "öteki"lerle daha sıkı bağlantı içinde olmaları gerektiğini anlamalıdır. İlerleyemeyen ve güvence altına alınacak bir şeyleri de kalmadığından mülkiyeti toplum yararına kaldıracığı umulan güçlere duyulan güvenden doğan ihmal, söz konusu güçleri "gemisini kurtarma fırsatçılığı"nın pençesine terk etmiştir. Sertleşen üretici güç-ilişki geriliminden kaynaklanıp menfaatin paylaşımında yakalanan optimumlarla söndürülen ama gelir dağılımındaki makasın açılışından kaynaklanan yarılmayı kopmaya

dönüştüren bu “çözüm”lerden dolayı süreç adeta bir “üretici güç-toplum” çelişkisine dönüşmüş ve “toplum-meslek” karşıtlığına sapmış bulunmaktadır. Yığınları oyalaması potansiyelini haiz bir enstrümanı masaya her koyanı bağına “basan” baskın karşıt, menfaat için ikili oynayıp türlü marifetler sergileyen gerici ara ve orta katmanları da bütün şirinliklerine rağmen ve aynı nedenle şiddetle sömürmek zorundadır. (Bkz. Şekil 1). Orta sınıflar ve mesleki avantajları fırsata dönüştürme derdindekilerin, aldatmaya çalışırken aldanmak yerine bu durumu idrak edip yükselen çatışmada yoksulların yanında durmaya özen göstermeleri daha doğru, bilimsel ve etik bir yaklaşım olacaktır.

Zaten yoksul olduklarından hastalanan ve cahil de bırakıldıklarından her öneriye boyun eğen yığınlar için atılan doğru adımların desteklenişinde tabii ki bir tereddüt olamaz. Ancak bireysel çıkar üzerine temellenen bir sağlık politikasının, er geç tam aksi bir konuma yerleşeceği gerçeğini gizlemek tenezzüldür. Varlıklarını güvenceye almak için, baskın sınıfla yaptıkları kapışmadan doğan gerici akıl marifet ve ürünleri toplumsal, bilimsel ve teknolojik ilerleme sanan; paraya kilitlenmiş bir akıldan dolayı ilaca ve sisteme eleştirel bakmayı unutan; üzerlerine sinmiş mülkiyet ve israfa varan tükettirme hırsı nedeniyle, bu konvoya şüphelye yaklaşmayı önerenleri beceriksiz ve kıskanç olmakla aşağılayanlar, eğer tenezzül etmiyorlarsa ne yaptıklarını kendileri tanımlamalıdır.

SONUÇ

Ayrık katkıların birleşip yararlı bir çözüme kilitlenmesi istenince, ayrıklığın yüklediği ilişkisizlikten sorumlu bölmede, toplam yarar perspektifiyle devinecek bir çalışma alanı doğar. Bulguların çıkar için saptırılabilirdiği ve kamusal denetim gereksiniminin doğduğu bu bölüm, sağlık, eğitim ve ulaşım güvenliği bakımından denetimle aşlamayan bir zayıflık içindedir. Bu nedenle ayrık katkılar arasındaki ilişkiyi istismar eden dejenere özne değiştirmelidir; temel sağlık sorunu budur.

Mevcut sistem putlaştırılarak halk sağlığı gözetilemez. Sorunlar, onları doğuran kaynaktan beslenmeyen aygıtlarla çözülebilir. Dev ilaç şirketlerine dokunmayan çözümler kalıcı olamayacağından, dünyadaki ilaç şirketleri, hastaneler ve eczaneler dahil, tüm sağlık sisteminin kamulaştırılarak, Birleşmiş Milletler çatısı altında örgütlenmiş bir meslek örgütleri federasyonuna devredilmesi, personelin mal ve niyet beyanını takiben birer kamu görevlisi olarak görevlendirilmesi ve eczanelerin, hekim, hemşire ve maliye destekli, sıfıncı basamak yerel sağlık birimleri halinde yeniden örgütlenmesi, en akılcı ve etik çözüm yoludur.

KAYNAKÇA

- Abacıoğlu N.(2008), “İlaç Sanayinde Küresel Süreçler: 2007 Temel Verileri”, *Türk Farmakoloji Derneği Bülteni Sayı:97* http://www.tfd.org.tr/97_2008_3.pdf 08.2008
- Atatürk K. (1927), “Hilafet Makamının Korunmasında Dini ve Siyasi Menfaat ve Zaruret Bulunduğunu Zannedenlere Verdiğim Cevap”, *Nutuk* <http://www.programsaati.com/Nutuk-6442-yukle.html?http://www.kho.edu.tr/> (Erişim Ağustos 2009)
- Baucus, Conrad (2009), US Senate 111th Congress 1st Session, Patient-Centered Outcomes Research Act of 2009. USA, <http://finance.senate.gov/sitepages/leg/LEG%202009/060909%20The%20Patient-Centered%20Outcomes%20Research%20Act%20of%202009.pdf> (Er: Ağustos 2009)
- Belek İ. (2009), *Sağlığın Politik Ekonomisi-Sosyal Devletin Çöküşü*, İstanbul Yazılama Yayınevi.
- Belek İ. (2009), *Küba'da Sağlık- Sosyalizmin Başarısı*, Yazılama Yayınevi
- Conway P.H., M.D., M.Sc., and Clancy C., M.D.(2009), “Comparative-Effectiveness Research-Implications of the Federal Coordinating Council's Report”, *NEJM*, Volume 361:328-330 July 23, 2009 Number 4 <http://content.nejm.org/cgi/content/full/NEJMp0905631?query=TOC> (Er: Ağustos 2009)
- Çulhaoğlu M., Okuyan K., Manga İ. (2001), *Sivil Toplum: Devletin Büyümesi*, YGS yayınları. İstanbul.
- Deci E. (2009), “Achieving Fame, Wealth And Beauty Are Psychological Dead Ends, Study Says”, *Science Daily, University of Rochester*, Erişim 08 6, 2009 <http://www.sciencedaily.com/releases/2009/05/090514111402.htm>
- Dougherty D.; Conway P.H. (2009), “The '3T's' Road Map to Transform US Health Care:The "How" of High-Quality Care”, *JAMA*. 2008, 299(19):2319-2321 (doi:10.1001/jama.299.19.2319); <http://jama.ama-assn.org/cgi/content/full/299/19/2319>
- EC (2008), *Public Consultation-the Risk of Counterfeit Medicines*, http://ec.europa.eu/enterprise/pharmaceuticals/pharmacos/docs/doc2008/2008_03/consult_counterfeit_20080307.pdf (Erişim: Ağustos 2009)
- EFPIA (2008), “Pharmaceutical Industry In Figures”, *Key Data 2007 Update, Calculations* . <http://www.efpia.eu/Content/Default.asp?PageID=559&DocID=4883> (Erişim Temmuz 2009)
- FDA SAMHSA (2009), *Prescription For Harm* <http://family.samhsa.gov/be/prescriptionharm.aspx> (Erişim: Ağustos 2009)
- FDA (2009), *Dietary Supplements* <http://www.fda.gov/Safety/Recalls/ucm172264.htm> Erişim:Ağustos 2009)
- FDA (2007), NOOH, USA, <http://www.fda.gov/downloads/RegulatoryInformation/FOI/ERR/UCM144535.pdf> (Erişim:Ağustos 2009)
- FDA NOOH (2009), <http://www.fda.gov/downloads/RegulatoryInformation/FOI/ERR/UCM144534.pdf> (Erişim:Ağustos 2009)
- FDA NIDPOE (2009), <http://www.fda.gov/downloads/RegulatoryInformation/FOI/ERR/UCM169390.pdf>. (Erişim: Ağustos 2009)
- FIP (2009), *Improving Access to Medicines in Developing Countries*, Netherlands http://www.fip.nl/www/uploads/database_file.php?id=156&table_id= (Erişim: Ağustos 2009)
- Hamilton Moses III, MD; E. Ray Dorsey, MD, MBA; David H. M. Matheson, JD, MBA; Samuel O. Thier, MD (2005) “Financial Anatomy of Biomedical Research”, *JAMA*, 2005; 294:1333-1342 (Erişim: Ağustos 2009)
- Harmon A. (2005), “Young, Assured and Playing Pharmacist to Friends”, *The New York Times* <http://www.nytimes.com/2005/11/16/health/16patient.html?r=1&hp=&pagewanted=print> (Erişim:Ağustos 2009)
- Ioannidis JPA, (2005), “Why Most Published Research Findings Are False”, *PLoS Med* 2(8): e124. doi:10.1371/journal.pmed.0020124 <http://www.plosmedicine.org/article/info:doi/10.1371/journal.pmed.0020124> (Er:Ağ.2009)
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., & Schulenberg, J. E. (2009), *Monitoring the Future National Results on Adolescent Drug Use: Overview of Key Findings, 2008* (NIH Publication No. 09-7401), Bethesda, MD: National Institute on Drug Abuse. <http://www.monitoringthefuture.org/pubs/monographs/overview2008.pdf> (Erişim: Ağustos 2009)
- Lorentzen K. (2009), “Potentially Dangerous Drug Interactions Missed By Prescribers”, *Medical News Today*, University of Arizona, College of Pharmacy, <http://www.medicalnewstoday.com/articles/157440.php> (Erişim Ağustos 2009)
- Moonesinghe R, Khoury MJ, Janssens ACJW, (2007), “Most Published Research Findings Are False-But a Little Replication Goes a Long Way”, *PLoS Med*, 4 (2):e28.doi:10.1371/journal.pmed.0040028 <http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.0040028> (Er:Ağ. 2009)
- Mütevellioglu N., Sönmez S. (Derleyen) (2009), *Küreselleşme Kriz ve Türkiye'de Neoliberal Dönüşüm*, Bilgi Üniversitesi Yayınları, İstanbul
- NIH National Institute of Health, National Institute on Drug Abuse (2009), *Prescription and OTC Medications*, U.S. Department of Health and Human Services <http://www.nida.nih.gov/PDF/Infofacts/PainMed09.pdf> (Erişim Ağustos 2009)

- Norris P. (2009) ,“The State and the Market: the Impact of Pharmacy Licensing on the Geographical Distribution of Pharmacies”, Health Services Research Centre, Victoria Un. Box 600, Wellington, N.Zealand
<http://dissertations.uib.ro/FILES/faculties/ppsw/1995/a.m.cancrinus.matthijsse/summary.pdf> (Erişim Ağustos 2009)
- Ofoefule S.I. Prof. (Dr.) (2008), “Vision 2020:Demands on The Pharmacy Profession”, Dean, Faculty of Pharm.Sci.Univ.of Nigeria Nsukka, Nigeria <http://www.unn.edu.ng/pharmaceuticalsciences/content/view/34/62/> (Er:08. 2009)
- Peikoff L.(1993), “Healthcare Is Not A Right” [http://afcm.org/Health-Care-Is-Not-A-Right_\(c\)-Leonard-Peikoff.pdf](http://afcm.org/Health-Care-Is-Not-A-Right_(c)-Leonard-Peikoff.pdf) (Erişim:Ağustos 2009)
- Rucker D., Padwal R., Li S.K., Curioni C., Lau D.C.W. (2007), “Long Term Pharmacotherapy for Obesity and Overweight: Updated Meta-Analysis”, 335:1194-1199, doi: 10.1136/bmj.39385.413113.25 BMJ
<http://www.bmj.com/cgi/reprint/bmj.39385.413113.25v1>
- Ruth Å. Schmidt, Elke A. Pioch (2005), “Community Pharmacies under Pressure – Can Branding Help?”, *Int. Journal of Retail & Distribution Management*, Vol:33, No:7 pp:494-504 Emerald Group Publishing Ltd.
<http://www.ingentaconnect.com/content/mcb/089/2005/00000033/00000007/art00001>
- Sağlık Bakanlığı İst.Sağ.Md. (1999), *İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu*
<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ecz/mevzuat/mevzuatPdf/iyieczuyug.pdf> (Er. 08. 2009)
- Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü (2005), *Kontrol Tabi İlaçlarla İlgili Genelge 2005/126*
<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ecz/resim/genelge01.jpg> Erişim Ağustos 2009
- Sihanya B. (2005), “Managing the Challenges of WTO Participation: Case Study 19 Patents, Parallel Importation and Compulsory Licensing of HIV/AIDS Drugs: The Experience of Kenya”, WTO, Switzerland
http://www.wto.org/english/res_e/booksp_e/casestudies_e/case19_e.htm (Erişim Ağustos 2009)
- TC Tababet ve şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun, Kanun No: 1219; K. Kab.Tarihi:11/04/1928
http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/tipmslk/pdf/1219_sayili_tababet.pdf
- TC İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu (1), Kanun No :1262 Kabul Tarihi :14/5/1928
<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/ecz/mevzuat/mevzuatPdf/ispenciuyari.pdf> (Erişim Ağustos 2009)
- The New York Times (2009), Associated Press <http://www.nytimes.com/2009/02/10/business/10drug.html?ref=business&pagewanted=print> (Erişim Ağustos 2009)
- Tulunay F.C.(2009), *Vermez ise Mabut, Neylesin Mahmut*, <http://www.kfd.org.tr/?q=node/418> 08.2009
- Türksen B. (2009), “Prof Dr. İ. Burhan Türksen ile Bulanık Mantık Üzerine Bir Söyleşi”, GenBilim Türkiye Bilim Sitesi
<http://www.genbilim.com/content/view/1695/86/> (Erişim Ağustos 2009)
- UN General Assembly 183.Plenary Meeting (1948), *A Universal Declaration Of Human Rights*, Paris.
<http://www.un.org/cyberschoolbus/humanrights/resources/universal.asp> (Erişim: Ağust. 2009)
- UN (2008), *Official List of Millenium Development Goals and Indicators*,
<http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm> (Er: 08. 2009)
- US Census Bureau (2009), *Current Population Surveys*, <http://www.census.gov/cps/> (Erişim: 07. 2009)
- US Department of Health and Human Services (2009), *Federal Coordinating Council for Comparative Effectiveness Research Report to The President&Congress*, USA <http://www.hhs.gov/recovery/programs/cer/cerannualrpt.pdf> 08.2009
- US Department of Transportation (2009), “Transportation Statistics”, *National Transportation Statistics*
http://www.bts.gov/publications/national_transportation_statistics/ (Erişim: Temmuz 2009)
- US NOAA/NCDC (2009), *Global Warming* <http://www.ncdc.noaa.gov/oa/climate/globalwarming.html#q10>,(Erişim Ağustos 2009)
- Weems K.N. and Sasse B.E. (2009), “Is Government Health Insurance Cheap? The False Comparison between the Costs of Public and Private Medical Plans”, *The Wall Street Journal* <http://online.wsj.com/article/SB123966918025015509.html> (Erişim Ağustos 2009)
- WHO and FIP (2006), *Developing Pharmacy Practice: a Focus on Patient Care*.
- WHOSIS (WHO Statistical Information System), (2008), *Indicator Definitions and Metadata*,
<http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/en/index.html#HSC> (Erişim Temmuz 2009)