

8 Aralık 2006 - Cuma

Açılı Konu maları

Ecz. Zafer Kaplan (stanbul Eczacı Odası Ba kanı)

Ecz. Sait Yücel (st. Ecza. Koop. Ba kanı)

Op. Dr. Sami Türko lu (SSK Sa lık leri Genel Müdürü)

Sunucu: SSK Sa lık leri Genel Müdürü ve Genel Sa lık Sigortası Genel Müdürü, Sayın Dekanlar, Sayın Oda Ba kanları, Ecza Kooperatif Ba kanları, Türk Eczacıları Birli i Yönetim Kurulu üyeleri, Eczacı Odası ve Ecza Kooperatifi yöneticileri, Eczacı Dernekleri Ba kan ve yöneticileri, sayın hocalarımız, ilaç sanayiinin de erli temsilcileri, sayın eczacı-larımız ve de erli konuklarımız;

stanbul Eczacı Odası'nın kurulu unun 50. yılı dolayısıyla düzenlenen stanbul Eczacı-lık Kongresi açılı törenimize ho geldiniz. Öncelikle sizi ulu önder Atatürk ve silah arka-daların huzurunda 1 dakikalık saygı duru u ve stiklal Mar ımızı seslendirmek üzere aya a kalkmaya davet ediyorum.

(Saygı duru u ve sdklal Mar ı)

Sunucu: Konu malarını yapmak üzere stanbul Eczacı Odası Ba kanı Eczacı Sayın Zafer Kaplan'ı sahneye davet ediyorum.

Ecz. Zafer Kaplan: SSK Sa lık leri Genel Müdürü, Sayın Dekanlarım, Türkiye Ecza Kooperatifleri Birli i De erli Ba kanım, de erli hocalarım, Sayın Ba -Kur l Müdürüm, De-erli Oda Ba kanları, Ecza Kooperatifleri de erli ba kanları, Merkez Heyetinin çok de erli üye-leri, de erli meslekta larım;

stanbul Eczacı Odası'nın kurulu unun 50. yılı Kongresi'ne hepiniz ho geldiniz.

2006 yılı 6643 sayılı eczacılık meslek örgüt yasaasının kurulu unun 50. yılı. Do al ola-rak stanbul Eczacı Odası'nın kurulu unun da 50. yılı ve Türkiye'deki eczacıların meslek ta-rihinde stanbul Eczacı Odası bu 50 yıllık geçmi iyle son derece önemli bir kurum. stanbul Türkiye'de eczacılık e itiminin, ilaç endüstrisinin ve eczacı meslek örgütlerinin ilk defa or-taya çıktı ı, yapılandı ı ve bugünlere kadar geli mesini sürdürdü ü bir kent. stanbul Eczacı Odası da 50 yıldır bu tarihin çok önemli bir parçası ve tanı ı. Daha öncesine baktı ımızda, eczacı meslek örgütlerinin tarihinin 1908 yılma dek gitti ini görüyoruz. 1908'de 150 Türk eczacısı tarafından Haliç-Fenei 'de kurulan Devlet-i Osmaniye Eczacıları Cemiyeti, Cum-huriyet'in kurulu undan 1 yıl sonra, 1924 yılında bir ola anüstü genel kurul yaparak Türk Eczacılar Cemiyeti adını alıyor.

Böyle bir tarihe baktı ımızda gurur duyuyoruz stanbul Eczacı Odası olarak. Ve bu kon-gremizin, tarihimizde bir kilometre ta ı olu turmasını diliyoruz. Umuyoruz ki bu kongrede ko-nu tuklarımız, tartı tıklarımız ileride sözü edilecek, referans olarak gösterilecek belgeler olarak kalıcı olur. Türkiye'de ilaç ve eczacılık alanını olu turan çevreleri bir tartı ma platformunda bu-lu turmak, bilimsel geli meleri payla mak, ilaç ve eczacılık mesle indeki güncel uygulamaları, sorunları bilimsel olarak irdelemek, tartı mak bu kongrenin amacı vc gereksesidir.

çinde ya adını toplumla ve eczacıların mesleki yaamlarına daha iyi çıktılar nasıl sağlayabiliriz? te bu soruya hep birlikte yanıt bulmayı amaçlayacağız.

Değerli konuklar, kongreler, seminerler, raporlar düzenlemek, bütün bunlar ciddi bir emek ve parasal harcama demektir. Bu çaba ve emekler de bize göre boşa gitmemelidir. Eczacıların, sanayicilerin, akademisyenlerin, örgüt yöneticilerinin, kamu yöneticilerinin bu alanda yeni arayışlara yönelmesi, Ar-Ge anlayışının benimsenmesi ve bilginin paylaşılması, parçaların birleştirilmesi, altyapıların oluşturulması ve ortaya konan projelerin de takipçisi olarak bir katılım sağlanması amaçlanmıştır. Kısaca ilaç, eczacılık ve sağlık alanının temsilcilerinin konularına dair ve sorumluluklarına dair farkındalıklarını artırmak bu kongrenin de bir başlıca amacıdır.

Sağlık ve özellikle ilaçla ilgili tartışmalarda sadece kendi ülkemize bakarak görüş bildirmek eksik olacaktır. Artık hayatımızın her alanında, üretim sektörlerinin her birinde, küresel düzeyde tanınmış oldu umuz hızlı bir değişim yaşımaktadır. Aslında değişim denilen şey bir tekelleşme sürecidir. Ve yine 1970'lerden beri küresel düzeyde bir finanslaşma süreci yaşanıyor. te bu küresel dinamikler hemen her sektörü etkiliyor ve yeniden yapılandırıyor.

Değerli taraftan sağlıklı yaşamı doğuştan kazanılmı sosyal bir hak, sağlıklı bozulan insanın ilaca ulaşması ve tedavi olması bu sosyal hakkın bir gereğidir. te bu doğuştan kazanılmı sosyal hakkı koruyup geliştirmek için bugünkü dünyamızda artık daha çok bedel ödemek durumundayız. Hem sosyal devlet olarak, hem de birey olarak daha fazla ödemek zorundayız artık. Çünkü sağlık hizmeti ve ilaç, bu küresel değişim ile alınıp satılan bir ticari meta haline getirilmeye çalışılmaktadır. Sağlık sistemimizin pazar ekonomisinin kurallarıyla belirlenmesinin olumsuz sonuçları başlıca ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de, korkumuz odur ki, yaşanması kaçınılmaz olacaktır. Daha çok harcama yapılmasına karşın daha az sağlıklı bir toplumla karşı karşıya kalabiliriz. Çünkü pazar ekonomisinin sosyal bir amacı yoktur, olmaz. Pazar ekonomisi yöneldiği olmayan kör bir güçtür. Bu mesele Türkiye'de daha çok tartışılacak gibi görünmektedir.

Değerli konuklar, kongre süresince yabancı katılımcılarımız da kendi ülkelerindeki ilaç ve eczacılık ile ilgili uygulamaları, güncel sorunlarını bizlerle paylaşacaklar, aktaracaklar. Ve yine delegelerimizin aktif katılımlarıyla kongremizin verimli geçeceğini ve amacına ulaşacağını umuyorum. Son verirken kongremize sponsor olarak katkı sunan ilaç firmalarına teşekkür ediyorum, Kongre Bilimsel Kurulu'na teşekkür ediyorum, yürütme kuruluna teşekkür ediyorum. Özellikle Eczacı Nurgül Aktay arkadaşımıza, bütün yükü hemen hemen çektirdiği için özel bir teşekkür borçluyum. Kongre danışmanlarına, delegelerine ve emeği geçen herkese teşekkür ediyorum. Bizleri yalnız bırakmayıp buraya gelen siz değerli dostlarımıza da teşekkür ediyorum, saygıları sunarım.

(Alkışlar)

Sunucu: Sayın Kaplan'a teşekkür ediyorum. İmdi konularını yapmak üzere İstanbul Ecza Koop. Başkanı Eczacı Sayın Sait Yücel'i kürsüye davet ediyorum.

(Alkışlar)

Ecz. Sait Yücel: Sayın bürokratlar, sayın dekanlar, sayın oda başkanları, kooperatif başkanlarımız, sayın hocalarımız, dernek yöneticilerimiz ve İstanbul Eczacı Odası'na ilgi ve emek veren sayın eczacılarımız;

İstanbul Eczacı Odası ve İstanbul Ecza Koop, İstanbul Eczacılık Kongresi'ni düzenliyor. Tabii düzenlerken bu kongre özellikle hem Türkiye hem de sağlık alanında 2007 yılında yapılacak olan birçok uygulamanın, bir yönden, hep beraber değerlendirilmesi amacını taşıyor. Tabii bu değerlendirilmeye girerken hem yurtdışından bize bakı, hem de bizim şu anda mevcut hükümetimizin 2007'ye bakışıyla ilgili birkaç tane programdan satır aktarmak istiyorum.

Ekonomist dergisi 2007 yılında Türkiye'nin durumuyla ilgili saptamalarını şöyle kısaca bir sizlere sunmak istiyorum. Dalgalı kur ve slami yapıdan etkilenmiş iki seçimden sonra Türkiye'de istikrarlı bir yapı gözlenmeyecektir, diye bir yorum yapıyor *Ekonomist* dergisi. Mayıs'ta Türkiye parlamentosunun yeni cumhurbaşkanı seçecek olması laik ve demokratik kesimin slami kökenli bir adaya karşı tedbir getiren olumsuzlukta. Ve başkanlık cumhurbaşkanı olmak istiyorsa laik kesimle koalisyon yapmaya uygun politika oluşturmak zorunda. Kasım'daki parlamento seçiminde Türkiye'yi bir koalisyon beklemekte. AB süreci ile olan noktada, başkanlık sürecinde giderek Türkiye'nin epey sıkıntı yaşayacağı belirtiliyor. Ve Türkiye'nin önümüzdeki yıl ekonomisinin yine Türkiye'de ciddi boyutta gündemde olacağını ve 2007 yılında ekonomik büyümenin yılın ikinci yarısında her zaman olduğu gibi, bu dönemde, ikinci yarısında olmasının, iki seçim yaşanmasından dolayı sıkıntı yaşayacağını ve IMF ile ilgili bir takım kararların da Türkiye'ye bu yönde bir takım sıkıntılar yaratacağını belirtiyor. Bu dışarıdan bakışınızda, dışarıdan bir görüş.

Tabii Türkiye içinden bakışınızda, mevcut hükümetin 2007 yılı programına bakışınızda, makroekonomik hedefleri falan ben geçiyorum, konumuz sağlık olduğu için sağlıkla ilgili bir iki saptamayı sizlere okuyorum:

"Sağlık hizmetlerinin kalitesinden ödün verilmeksizin ilaç ve tedavi harcamalarının kontrol altında tutmaya yönelik tedbirler alınmaya devam edilecektir. "

"2005 yılında ye il kart sahiplerinin reçetelerine yapılan toplam harcama miktarı 1.701 milyon YTL'dir. 2006 sonu itibarıyla toplam ye il kart harcaması 2.385 milyon YTL olması beklenmektedir. Sağlık Sigortası kapsamına alınmış hastaların oranı 2001 yılında %81 iken 2005 yılında %91.2'ye ulaşmıştır. Kamu sağlık harcamaları 2001 yılında GSMH'nin %4.3'ü iken, 2005 yılında %5.2'si olarak gerçekleşmiştir, bu oran AB ülkelerinde, 25 ülkede %6.7, OECD ülkelerinde ise %5.9'dur. 2000 yılında ilaç ödemelerinin sağlık harcamalarına oranı %39 iken, 2005 yılında %34 olarak gerçekleşmiştir. Avrupa Birliği ülkelerinde ise ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı %16'dır. Toplam sağlık harcamasının yaklaşık 3'te biri olan ilaç harcamalarının etkin ve yerinde kullanılmasının sağlanması için gerekli düzenlemelerin yapılması ihtiyacı bulunmaktadır. "

"Genel sağlık sisteminin kaliteli sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla sağlık harcamaları kontrol altına alınacaktır. Bu amaçla sevgi zinciri uygulaması etkin hale getirilecek, aile hekimliği yaygınlaştırılacaktır. Gerek sosyal güvenlik sistemi içindeki kayıp ve kaçakların azaltılması, gerekse faturaların elektronik ortamda takibinin sağlanmasıyla sağlık harcamalarının düzenli olarak izlenebilmesi, hastane, doktor, eczacı, sigortalı gibi sistemin tüm paydaşlarına ait detaylı bilgilerine ulaşılabilmesi ve denetiminin kolaylaştırılması teminen sosyal güvenlik sistemi için bilgi sistem altyapısı güçlendirilecektir" diyor.

İmdi Türkiye, hükümetimizle beraber bir sağlıkta dönüşüm politikası izliyoruz son 3-4 yıldır. Tabii, biz eczacılar olarak son 3 yıldır bunu söylüyoruz: Türkiye'de sağlık sistemi de erken Türkiye'deki sağlık sisteminin de mesindeki yüklerden dolayı ruha eczacının üstüne yüklendi. Bilgisayar sistemlerinde baştan başlayan hızlı geçişten dolayı eksiklerle beraber, ilaç harcamaları, ki bu programa baktığımızda özellikle ilaçla ilgili olarak 2007 yılı içinde hem bütçe uygulama talimatı açısından hem de ilaç fiyat kararnameyi açısından yeni bir de iklili gündemde olacaktır bir gerçek.

Bu niye önem kazanıyor? Sağlıkta dönüşümde 3 yıldır bilgisayar programı, kurum ödemeleri, kurum kesintileri ve programın ve uygulamanın yeni olması nedeniyle sistemde gerek doktor, gerek hastane, gerekse diğer tüm kesimlerin eksikliklerini tamamlama görevi eczanelerin üstüne yüklendi. Bu dönem içerisinde eczanelere gerekli ye il kart gerekse SSK'dan ciddi boyutta bir hasta kapasitesi ortaya çıktı. Ama hasta kapasitesinin ortaya çıkmasına baktığımızda, buna karşın Türkiye'de eczaneler, hem eczanelerindeki çalışan olarak ciddi bir sayı hem de eczanelerine bilgi iletim ve diğer altyapılar ciddi bir ekonomik yatırım gündeme getirdiler. Tüm bu yatırım ve sistemdeki tüm aksamalar mevcut sistemin içerisinde kendisine atılabilecek gelen bir ciroya karşılık serbest eczaneler içerisinde ciddi bir takım açılmalarına yol açtı. Belli eczanelerde gelir seviyesi yükselirken, genelde sistemin yükünü çeken önemli sayıda eczane, yaklaşık 10-15 bin eczane sistemin aksamasından, sağlıkla yürütmesinden kaynaklanan tüm sorunu üstlerinde buldular. İmdi bu sisteme baktığımızda gene sağlıkta dönüşümün önemli ayaklarından biri olan aile hekimliğinin uygulamalarıyla ilgili olarak, Türkiye'deki pilot uygulaması olan Düzce'deki uygulamanın sonuçlarını beraberce izliyoruz. Sıkıntılarının bir bölümünü takip etmeye başladık. Aile hekimliği noktası bu hükümetimizin sağlık sistemi içindeki önemli bir ayağı olarak gözüküyor. Şu anda İstanbul'da bugün uygulanması düşünülmüyor sanıyorum ama İzmir'de ve birçok ilde pilot uygulama başladı.

İmdi eğer burada ilaç harcamalarının Avrupa Birliği'nin rakamları gibi bir rakam hedefleniyorsa, siz Türkiye'de koruyucu sağlık hizmetlerini yapmaya geçirmeden, ilaç harcamalarını ayağı çekerek bir sistem oluşturmaya kalktıığımızda bu sistemden dolayı ruha eczane üzerinden giden bir sistem olmaya başlayıyor. Sürekli fiyat düşme, sürekli her gün hangi ilacın, hangi reçetenin hangi uzmanın yazacağına boyutunun ortaya çıkması mevcut sistem içerisinde serbest eczane kesiminin gelecekte tahminasına giden noktada ciddi sıkıntıları yanında taşıyor. Bu programın bütçe uygulama talimatına ve diğer boyutlarına baktığımızda 2007 yılında gene serbest eczaneler için başlayacak olan uygulamanın yeni bir takım sıkıntıları da gündeme getireceği gözüküyor bu programlarda. Çünkü programın ilaç fiyat kararnameyi de ikliliyle gelecek olan yeni bir fiyat düşme dalgası, son birkaç yıldır fiyat düşmelerinde eczanenin direkt olarak kendi öz sermayesinden kaybederek bu yaya amı sürdürmesi noktasını yan yana koydu umuzda gelecek açısından serbest eczane boyutunun sıkıntılarını gözlemleyebiliriz.

Böyle bir ortamda, böyle bir takım tespitlerin ve problemlerin olduğu bir ortamda İstanbul Eczacılık Kongresi yapılıyor ve kongremizin özellikle yarınki gündeminde yurtdışındaki, dört ülkedeki eczacılarımız oradaki sistemleri anlatacaklar. Son gün de Genel Sağlık Sigortası ile ilgili uygulamalar konunun uzmanları tarafından burada bunları tartışacağız. Tabii, sonunda sizin yaptığınız tartışmaların siyasi iktidar tarafından sivil toplum örgütlerinin görüşleri olarak değerlendirilip, o görüşlerin kendi programlarıyla uzlaşması ve hayata geçmesi gerekir. Ama eğer sizin yaptığınız tartışmalar sonunda programa girip hayata geçmiyorsa biz sadece burada oturup kendi kendimize, kendi sıkıntılarımızı kendi içimizde paylaşmaya boyutta oluyoruz.

Çünkü dünyaya baktığımızda, çok girmek istediğimiz Avrupa Birliği'nde sivil toplum örgütlerinin etkinliği, sivil toplum örgütlerinin katkısı ve siyasi iktidarın oradan aldıkları donelerle yaptığı programların başarı oranları ortada; ama Türkiye'de sivil toplum örgütlerinin etkinlikleri neredeyse yasalarla birlikte uygulamalarla ortadan kaldırılmaya çalışılıyor. İmdi böyle bir dönemde burada sizler ve bizler ve birçok ilde hep beraber oturup Türkiye'deki sağlık sistemi, Türkiye'deki ekonomik sistem üzerine hep beraber tartışarak doğru noktalar neresi ve doğrunun nasıl olması gerektiğini tartışmaya çalışıyoruz ve bunları da sonunda oda başkanlarımız ve yöneticilerimiz gerekli mercilerle yaptıkları toplantılarda aktarıyorlar. Ama sonunda gene bakıyorum bu kadar konu manin sonunda; programların bu özeti, içeriği de değil, bunlar net çizilmiş satırlar sadece, ama geleceğe bakıldığında, gelecekte etkinliği sağlayacak olan, sivil toplum örgütlerinin sesine kulak verecek olan, sivil toplum örgütlerinden çıkan görüşleri programlarına hayata geçirecek olan Türkiye'nin siyasi iktidarlara ihtiyacı olduğu gözüküyor. Yani bu A görüşü B görüşü olarak değil. Sivil toplum örgütlerini dikkate alacak bir siyasi görüş ve siyasi iktidar anlayışı olmadıkça sürece Türkiye'nin yaptığı hiçbir şey, yaptığı hiçbir uygulama sonucu, o sivil toplum örgütünün insanlarının, doğal olarak eczanemize gelen hastalarımızın birçok sıkıntıyla karşı karşıya getiriyor ve o sıkıntı eczanemizde hastayla karşı karşıya kalan bir kesim olarak, bizim gönüllü üstlendiğimiz sağlık danışmanlığı boyutunda giderek sorumluluğumuzu artırıyor, bu sorumluluk yanında sistemin sorununu hastayla tartışarak çözme noktasına ve hastayı ikna etmeye çalışıyor. Çünkü karımızdaki kişi de hasta, normal bir müteri değil, hastaya biz bir takım sistemleri anlatmaya çalışıyoruz.

Dileğimiz bugünkü toplantı ve bu üç günlük toplantı sonunda doğru sonuç ortaya çıkarılmış ve doğru sonuç üretmemizin arkasından da bunun siyasi iktidarlar tarafından da dikkate alınarak, hiçbir meslek grubunun belli bir kesiminin sonunda ekonomik zorluğa gideceği bir takım çözümleri uygulama noktasına geçilmemesi.

Evet bugün böyle bir tablo çizdikten sonra, evet bugün hakikaten bu toplantı çok güzel bir toplantı. Neden güzel bir toplantı? İstanbul Eczacı Odası 50. yılını kutluyor. İstanbul Eczacı Odası 50. yılını kutlarken bugünkü sivil toplum örgütlerimizin temelini atanlar, bugünkü sivil toplum örgütümüzün o gün kuruculuğunu yapanlar ve o kuruculuk yaptığı gündünden bugüne kadar oda başkanlarımızda görev yapan meslektaşlarımız bugün en azından bir hatıra plaketiyle anımsanıyor, hatırlanıyor. Dileğimiz, inşallah bizlerin de o günleri, o elli yılları görüp burada hatırlanmamız. Bu programı düzenleyen ve programın, kongrenin başarılı olmasını çeken tüm ekibe, tüm arkadaşlarımıza, buraya katılan sizlere, sponsor olan tüm firmalara hepimize sonsuz teşekkürler. Sağlıcakla kalın.

(Alkışlar)

Sunucu: Teekkürler Sayın Yücel. Ve günün konuşmasını yapmak üzere Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü ve Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü Opr. Dr. Sami Türkoğlu'nu kürsüye davet ediyorum.

(Alkışlar)

Op. Dr. Sami Türko lu: Sayın Bakan, değerli katılımcılar, öncelikle Bakanlık, kurumum ve şahsım adına hepinize sevgilerimi saygılarımı sunuyorum. 50. yılını kutladığımız İstanbul Eczacı Odası'na da daha nice 50 yıllar temenni ediyorum.

Herkesin malumu olduğu üzere 1.1.2007'den itibaren Türkiye Genel Sağlık Sigortası kapsamına girmeye başlıyor, dahil olmaya başlıyor. Bize iletilen, çok sorulan bir soru var, hemen onu cevaplayarak başlamak istiyorum. Şu ana kadar gündemimizde Genel Sağlık Sigortası'na erişilecek gibi bir çalışma yok. 1.1.2007'den itibaren gündeme gelecek şekilde çalışmaktayız. Benden önce konu hakkında değerli Bakanlarımızın dediği gibi bir takım sorunlarımız var. Tartılmaya gereken sorunlarımız var. Şu bir gerçek: Sayın Bakanlarımızla birebir yaptığımız konuşmalarda veya eczacı dostlarımızla yaptığımız konuşmalarda hep belirtmişimdir. Şu anda hasta, hastane, vatandaş, bu süreçte ilaç konusu geldiği zaman bir takım sıkıntıların ya da kendisi içinde, inisiyatif dışında birtakım problemle muhatap olma oranı bu kesimler içerisinde en yüksek maalesef eczacılarımızda. Bu bir gerçektir.

Bu bir anda düzelecek, çok kısa vadede düzelecek bir problem değildir. Bir takım altyapıyla, eğitimle ilgili sıkıntılarımız var. Bir takım hukuki problemlerimiz var bu konuyu düzeltmek için. Öncelikle 1 Ocak ile başlayacak Genel Sağlık Sigortası gündeminde sizlerin yakınmalarınıza neden olan, vatandaşla sistemin getirdiği sıkıntılar arasında durma konusunda bir takım problemlerine devam edecektir.

1 Ocak 2007'den ne bekliyoruz? Kurum olarak bunu bekliyoruz öncelikle: 31 Aralık 2006 tarihinde vatandaşın aldığı sağlık hizmetinden geriye gitmemesini hedefliyoruz öncelikle. Çünkü Ocak ayı ile birlikte, hemen başlangıcında, hemen çok kısa vadede Türkiye'nin sağlık sisteminin getirdiği mevcut sıkıntıların hepsi çıkartılan Genel Sağlık Sigortası kapsamında bu sıkıntıların hepsinden kurtulup bir anda pembe bir tabloyla karşılaşmamızı düşünmemiz hayalcilik olur.

Evet, üç sosyal güvenlik kurumu birleştirildi. Yeni kart bunlara dahil oldu. Bununla birlikte, Genel Sağlık Sigortasıyla birlikte, objektif olarak 1 Ocak günü elimizde neler var? Elimizde olanlardan bir tanesi ve en önemlisi bence Genel Sağlık Sigortası kapsamında olan herkes sağlıktan yararlanmayla ilgili eğitimde vatandaşlarda muhatap olacaktır. Sevk konusunda, ilaç uygulama talimatlarıyla ilgili çok büyük bir fark kalmadı diye düşünüyorum ama, onun gerisiyle ilgili farklılıklarımız vardı. Sevk zinciri konusunda, sağlık hizmeti sunucularına muhatap olma giderek farklı konularında bir fark olmayacaktır. Aynı talimata muhatap olacaklardır. 1 Ocak'tan sonra sayın Bakanın da belirttiği gibi farklılıklardan bir tanesi ve belki sizler için en önemlilerinden bir tanesi olan fatura ödeme usul ve esasları, ilaç uygulama talimatlarının yorumlanmasıyla ilgili olaylar da tek olacaktır. Oradaki talimatın kendisinin getirdiği sıkıntılar ayrı bir konudur. Bunun uygulanması farklı bir konudur. Bunun bizim tarafımızdan değerlendirilmesinde yaşanan sıkıntılar ayrı bir konudur. Hepsini kendi içinde birbiriyle başlatılı ya da başlatılmıyorsa, sistemin getirdiği hatalar, bizim yaptığımız hatalar ve sizlerin yaptıkları hatalar, hepsi bir kompleks, hepsi de bizim sorunumuz, sizin bizim sorunumuz. Şunu da kabul ediyorum, demin de sözlerimin başında söylediğim gibi, bu sistemin getirdiği sıkıntıdan vatandaşın sonra, hatta zaman zaman vatandaşın da önüne geçebiliyor, en büyük, ceza lafı hoş bir laf değildir ama en çok zararı gören eczacılarımız oluyor. Çünkü hekimlerin, demin sözlerimin başında, bu tip yapılanmada bunları düzeltmek için hukuki yapılanmanın da düzeltilmesi gerekiyor ama maalesef şu anda hekimlerimizin reçete üzerinde tıbbi bir hata yapmadığı müddetçe, reçetelerin karılanması ve finansal konularda herhangi bir sorumluluğu yok.

Bizim ele tirilen, bildi iniz gibi ben aynı zamanda, yılba ına kadar devam ediyor, SSK Sa - lık leri Genel Müdürlü ü görevim de devam etmekte. Bizim derken zaman zaman SSK tara - fına aktarım, sözlerim o tarafa kaçıyor. Provizyon sistemlerimiz sıkıntılı. Provizyon sistemlerimizin sıkıntılarında temel nedenlerden bir tanesi, ilaç uygulama talimatlarımızın, im - diye kadar olanların hiçbirisinin, elektronik ortam dü ünülerek dizayn edilmemesinden kay - naklanıyor. Yani problem u; bir kural koyabilirsiniz. Kural fevkalade de güzel olabilir, çok da mantıklı gelebilir. Bize mantıklı geldi i gibi size de mantıklı gelebilir. Ama bir sektöre daha mantıklı ve uygulanabilir gelmesi lazım: programcılara. u anda altyapı, donanım, benzeri ey - lerde bir noktaya geldik. Bunu söyledi imiz zaman çok inandırıcı, ne hikmetse, gelmiyor. Demek ki inandırıcılı ımızla da ilgili bir sıkıntımız var. u anda SSK olarak, Sosyal Güvenlik Kurumu'na devredildi, bu konudaki altyapısı, ana donanım olarak, Türkiye'deki en önemli ve en büyük donanıma sahip kurumlardan bir tanesi. Ha, kullanamıyorsunuz diyebilirsiniz, o ayrı bir tartı ma konusu. Gene 1 Ocak'tan itibaren ana amaçlarımızdan birisi, sizlerin önündeki ek - ranı tek hale çevirebilmek. 1 Aralık tarihi itibarıyla Ankara'da bir pilot çalı maya ba ladık. Belli bir yol aldık ama sıkıntılarımız da mevcuttur. Pilot çalı manın sonuçlarına göre bunu tüm Tür - kiye'ye uygulama dü üncesindeyiz. Ama dedi im gibi ana hedeflerimizden bir tanesi 1 Ocak günü, vatanda ın, sektörün bir gün öncesine göre geriye gitmemesi. Onun için bu pilot çalı - manın sonuçlarını çok önemseyerek, 1 Ocak'a yani 1 Ocak ile ilgili kararımızı onunla birlikte verece iz. Dedi im gibi sizler açısından talimat ve benzeri eylerin belli bir noktada, belli bir yüzdede aynı oldu una inanıyorum ama 1 Ocak'tan itibaren bu metin ve uygulama ekli olarak da aynısı olacaktır. Geriye dönük olarak, bundan sonra gelen reçetelerin ve hatta reçeteyle bir - likte bize gelecek tüm faturaların incelenmesi, denetlenmesi, de erlendirilmesi ve ödeme ekli...

Sayın Ba kan da izin verirse benim aklıma gelen, imdiye kadar bana iletilmi , yeni dö - nemle ilgili, yani eczacı dostlarımızdan bana gelen sorunlarla ilgili hemen aklımda olan cevap - lan vermeye çalı ayım. Bir ödeme planıyla ilgili. u anda %100 avans ödedi imiz eyi kanunen %100 ödeme ansımız yok. Kanun çok açık çünkü. Bu bir yönetmelik, bir genelge ya da u andan itibaren herhangi birisinin inisiyatif alarak çözece i bir konu de il. 70 ile 90 arasında, ara - daki eyi uygulamak bir inisiyatif meselesi.

Denetlemeyle ilgili iki problem var. kisinin de kendi içinde do ru tarafları var, ikisinin de kendi içinde yanlış tarafları var. Bir tanesi SSK'nın yaptı ı denetleme. Sırf eczane fatu - raları için söyleyemiyorum. SSK, SSK dı ndakilerden farklı olarak bir ey daha yapıyor. Kendi dü ünce tarzında tıbbi uygunlu u olup olmadı ına bakıyor. Bu sizlerdeki gibi daha basit de il, esas sıkıntımız sa lık hizmeti sunan hastaneler ve sa lık merkezleri ile ilgili. Yani SSK'nın uygulamalarında imdiye kadar genelde bir göz klini inde yatan bir hastaya diz MR'ınm tıbbi olarak istenemeyece ine karar vererek, bununla ilgili yaptırım yapma gücünü görüyor. imdi bunun yanlış tarafları var. Bu çok egzajere etti im bir örnek. Buna kar ı taraf da, bu ekilde fatura gönderen de çok ekstra görmedi i bir ey varsa, o da kolay kolay açık - layamıyor. Fakat u anda, Mersin'di yanılmıyorsam, Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi de - kanımız bana geldi, "ben çocuk hekimiyim" dedi, "Pnömoni bir hastayı ben klini e yatırdı ım zaman gerekirse ben ona her allahm günü iki er defa akci er filmi çektiririm" dedi, "sen de karı amazsın" dedi. Hocam böyle demeyin dedim, bu bizim alı ık olmadı ı - mız bir ey, biz biraz çok karı ırız bu i lere deyince öyle söyledi: "Bizim aramızdaki hu - kuki ili ki nedir? Bütçe uygulama talimatı. Bütçe uygulama talimatında bir pnömoni hastaya günde ikiden fazla akci er filmi çekilemeyece ine dair bir talimat veya benim imzaladı ım aramızda hukuki bir dayanak var mı? Yok." Çünkü bütçe uygulama talimatının ço unda ak - ci er filmi, fiyatı, çok ekstra eyler dı nda bir takım kısıtlamalar geliyor, tedavi açısından

söylüyorum. İmdi esasen kendi bakı açısından haklı. Ama öyle de bir gerçek var; Türkiye'deki şu anki sistemimiz, özellikle tetkikte, ilaçta, eğitim durumumuz da bununla birlikte olmak kaydıyla, getirdiğimiz sistemle birlikte, bunlar üzerinde enflasyonist bir baskı yaratıyor. Yani bizim bir takım, özellikle zaman zaman biz hekim ve eczacılarla yapıyoruz ama, hekim ve eczacı dışındaındaki gerek kamu gerek özel sektörün uğüman çok hoşuna gidiyor. Bizim burada sistemin getirdiği bir takım hataların, yanlışlıkların hepsini suiistimal, art niyet, bir takım finansal nedenlerden yapıldığı gibi bir söylem. Bu benim çok hoşuma giden bir şey değil. Evet hatalar, sıkıntılar olur ama bu kadar büyük, 72 milyonu kapsayan bir sistem içerisinde ve genel olarak hatasıyla, sevabıyla baktığımız zaman, eczacılarımızın, hekimlerimizin, bizlerin çok sıkıntı çekmelerine, haksızlıkları ramalarına, bunlara hepsine ne şekilde de erlendirirseniz de erlendirin, ama Türkiye'de bireysel olaylar dışında özellikle SSK hastanelerinin devrinden sonraki dönem için konu uyorum, vatandaşın ilacın temin edilememesi gibi bir durum yaşanmadı, benim bildiğim kadarıyla yaşanmadı. Bu bir tek devletin, bir tek zümrenin başarısı değil, herkesin başarısı. Bu kadar büyük başarı var iken, ben bunu başarı olarak de erlendiriyorum, tüm sıkıntılara rağmen, tüm eleştirilere rağmen, ki olacaktır bunlar, arada bir takım çımbızla bir takım olayları, bir takım durumları seçerek sanki bu işlerin hepsinin nedeni buymuş gibi göstermek yanlış diye düşünüyorum. Dolayısıyla bizim eylemlerimizi de erlendirme içinde, gerek eğitim sistemimizin getirdiği yanlışlıklar, gerek sistemin getirdiği yanlışlıklar, çok tetkik istiyoruz veya lüzumundan fazla tetkik istiyoruz ve ilaç kullanırken veya tetkik isterken şu bence düzgün bir argüman değil. Nüfusa adam başına düşen ilaca böl veya Avrupa Birliği'nden bir rakamı al buraya şey yap, o zaman bir parametreyi alıyoruz, buraya enjekte ediyoruz.

Ben size bir örnek vereyim. Hollandalılar geldi 1941'den 2006'ya kadar Almanların kurduğu sağlık sisteminden 1 Ocak günü vazgeçmişler. Yeni bir sistem kurmuşlar. 2012'ye kadar hastaneler kâr edemiyor. Çok detayını anlatmadılar. Yani, nasıl becerdilerse adamlar kâr edemiyorlar. Sigortayı yarı özel hale getirmişler ama özelleştirmek üzere adımlar atılıyor. Mesela ilacı da anlatmadım ama tedavi fiyatlarını tamamen piyasa belirliyor. Ama bir şey yapmışlar, 15 dakikadan daha yakın bir sağlık hizmeti sunucusu açamıyorsun. 16 milyon nüfus var, 41 milyar Euro bütçe var. 41 milyar bütçe var. Mesela 7 bin pratisyen var, 25 bin civarı uzman hekim var, yani aile hekimi gibi 7 bin pratisyeni düşünün. Bir enteresant rakam daha var. 41 milyar 16 milyon nüfusa harcanırken hastaların %96'sı pratisyende kalıyor. Yani oradan bir rakamı al, yani bu kadar da bir rakam harcanıyorna göre, birinci basamakta bunu tutabildiğine göre, demek ki bizle kıyaslanmayacak ölçüde yataklı sağlık tesisindeki tedavi masrafları çok pahalı, birim fiyat da pahalı. Dolayısıyla oradan aldığımız bire bir rakamlarla her zaman doğru yolu bulmamıza imkan yok.

Evet bir gerçek var, basamak seviyesi, ne kadar eğitim seviyeniz, ne kadar doktorlarınız düzgün olursa olsun, sağlık hizmeti basamağındaki seviyeyi ne kadar artırırsanız maliyetiniz o kadar artar. Bunu bıçak gibi keserseniz, yani tamamen zorlamayla, hiçbir altyapınızı hazırlamadan, herkesi birinci basamağına mahkum ederseniz, böyle bir karar alırsanız, finansal düşünce neticesinde alırsanız, vatandaşımızı mağdur edersiniz. Hiçbir kural koymadan, herkes istediği gibi yaparsanız finansal olarak sürdürülebilirlikinizde sıkıntı olur. Hep sosyal güvenlik anlayışı, Genel Sağlık Sigortası veya sigortacılık anlayışının prensiplerinden bir tanesi -ya da başında gelen sürdürülebilir olması. İmdi biz "kara delik" meselesinden hoşlanmıyoruz ki bence de çok yanlış bir terminoloji, ki orada sosyal güvenlik kurumlarının nakit açığındaki ana etken sağlık da değildir. Çünkü primler bazında baksanız orada emeklilikle ilgili farklı uygulamalardır. Ama tüm bunların neticesinde bizim bir orta yolu, yani vatandaşımızın ve sosyal devlet olmamızın

getirdi i ama bütçemizi de bilerek bir orta yolu bulmamız lazım. u pratikte benim i ime gelmiyor ya da o söylem bu i lerin genel olarak idaresinde bulunan birisi olarak koltukta otururken onun bana bir faydası gelmiyor: "Sosyal devletiz o zaman buraya deste i daha fazla yapalım" gibi söylemler devlet yapısı içinde bir anda önümüzde bulunmuyor. Dolayısıyla muhtemelen 22.5-23 katrilyon civarında harcadı ımız sa lıkla ilgili harcamamız, bu 4.5 GSMH'nin 4.8, orada bir ufak nüans vardır, bu 4.5-4.8 rakamları 25-23 katrilyonla ilgili rakamlardır. Buna Sağlık Bakanlığı'nın genel bütçesinden gelen, üniversitelerin personel ve genel bütçeden gelen paraları yoktur. Dolayısıyla 25 katrilyon civarında da bir para harcayacağız, 2007'deki bütçede denilen bu. Sihirli bir de nek olmadı ı müddetçe, çok ekstra bir ey olmadı ı müddetçe, üç a a ı be yukarı harcayacağız para bu. O zaman bize dü en, hepimize dü en, adil, herkesin sa lık ihtiyacını azami derecede karşılamaya yönelik da ılım, sadece organizasyonlan yapmamız gerekiyor. Sağlık sisteminin kendisinin getirdi i veya bunu aabilecek çok farklı uygulamalar da yapabilirsiniz ama bu maliyet getirecek unsurlardır.

Dolayısıyla bunlar hep birlikte çok tartışmamız ve de erlendirmemiz gereken olaylar. Sabnınızı fazla zorlamadan sözlerime öyle son vermek istiyorum. Hakikaten Bakanlı ımız olarak, Sağlık Bakanımız olarak, kurumum adına ve ahsım adına birazdan söyleyece im sözler çok samimidir. Ben hep yakın çalış ma arkadaş lanma da onu söylüyorum. Bana da bir kısmı kızıyor. Ben Ankara'daki SSK zamanındaki en büyük hastanenin baş hekimli ini de 3 yıl yaptım. Her zaman sektöre, i leyi e en büyük fayda eczacı arkadaş lanımızdan gelmiştir. Hekimlerden daha fazla gelmiştir. Bir hekim olmama ra men bunu söylüyorum. Ve global olarak bakınca 1.5 yılda çok büyük bir de i im, yani 19 ubat'ta çok önemli bir karar bence, 10 ubat'ta baş layan eczanelere açılım ve hastanelerin devri çok önemli bir karar. Çok ciddi bir sorun, münferit olarak orada para ödendi ödenmedi, ben bunların sıkıntılarını sizlerin çekti ini, hepsini biliyorum ama, çok yukarıdan bakınca bu ülke 72 milyon insanma, 81 ilde binlerce yerle im yerinde ilacını sa ladı, ilacını verdi, aksaklıklar hatalar olmasına ra men. Buradaki en büyük katkıyı sa layan siz eczacı dostlarımıza, çalış ma arkadaş larımıza tekrar tekkür ederim. Hepinize saygılar sunuyorum.

(Alkılar)

Sunucu: Sosyal Sigortalar Kurumu Sağlık leri Genel Müdürü ve Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü Sayın Türko lu'na tekkür ediyoruz. De erli konuklarımız, İstanbul Eczacı Odası'nın kuruluşunun 50. yılı dolayısıyla düzenledi imiz İstanbul Eczacılık Kongresi'ne katılmayıp iyi dileklerini ileten telgrafları sizlere aktarmak istiyorum.

"Nazik davetiniz için tekkür ederim. Düzenlemi oldu unuz İstanbul Eczacılık Kongresi'nin başanlı geçmesini diler, bu vesileyle selam, sevgi ve saygılarımı sunanım. Murat Başgözülu Çalış ma ve Sosyal Güvenlik Bakanı"

" İstanbul Eczacılık Kongresi'ne nazik davetinize tekkür eder, hayırlı olmasını diler, selam ve saygılar sunanım. Kemalettin Göktaş AKP Trabzon Milletvekili"

"Sayın Zafer Kaplan, 2006 yılı eczacılarımızın bir meslek örgütü yasına sahip olmalarının 50. yılı olmasıyla önem ta ımaktadır. Toplumumuzun ilaç ve tedavilere erişiminde hayati bir rolü bulunan de erli eczacılarımız son zamanlarda hızlı de i imler yaayan ilaç sektörümüzün çok önemli bir parçasıdır. Eczacılarımızın önemli bir kesimini çatısı altında barındıran İstanbul Eczacı Odası da Türk ilaç sektörünün gelişimine ciddi katkılar yapan bir meslek kuruluşu olarak takdir toplamaktadır. İstanbul Eczacı Odası'nın bu yıl 50. yılını kutluyor olması suretiyle sektörümüze de erli katkılarını sürdürmesi bana büyük bir mutluluk vermektedir. 50. yılınızı tebrik ediyor, hayırlı ve uurlu olmasını diliyorum. Ara tırmacı İlaç Firmaları Derneği Genel Sekreteri Engin Güner"

Türkiye'de İlaç Sanayiinin Gelişimi ve Eczacılık Eitimi

Prof. Dr. Kasım Cemal Güven

İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eski Dekanı

Sunucu: Ve değerli konuklarımız, Türkiye'de ilaç sanayiinin gelişimi ve eczacılık eitimini üzerine sunumunu yapmak üzere İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eski Dekanı Prof. Dr. Sayın Kasım Cemal Güven'i kürsüye davet ediyorum.

(Alkışlar)

Prof. Dr. Kasım Cemal Güven: Sayın Başkan, sayın davetliler, sevgili meslektaşlarım. Hepinizi saygıyla selamlarım. Evvela konu mamın ana hatlarını belirtmek isterim. Birinci olarak, size programda sonda takdim edilen konuyu başlıca olarak, evvela eitimden, sonra eczanelerin durumunu, tarihsel gelişimini ve onu takiben de ilaç sanayiinin gelişimini anlatmak istiyorum. Bu arada da bu konulara ait şahsi görüşlerimi de aktaracağım.

Eczacılık eitimine ait Türkiye'deki ve yabancı ülkelerdeki durumu kısaca özetlemek istiyorum. Türkiye'de eczacılık eitiminin gerçek tarihi tartışmalıdır. Bilinen husus bunun tıp eitiimiyle beraber yürütüldüğüdür. Eczacılık tarihi 1827 yılında kurulan Tıphane (Tıp Okulu) ve onu takip eden 1938 yılında kurulan Mektep-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane'de başladı. Bu okulun başına getirilen Avusturyalı Doktor Bernard, eczacılık sınıfını açtı. Yalnız Eczacılık eitiminin 1839'da başladığı görüşü net değildir. İlk diplomalı Eczacı Ahmet Mustafa, esas itibarıyla 1827'de kurulan Tıphane'de ders başlandı sonra ara vermiş ve 1838'de bu Askeri Mektep-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane'ye geçerek oradan 7 Kasım 1840'ta eczacılık diploması almıştır. Bunu Kadri Süleyman takip etmiş ve 1840'ta ikinci diplomayı almıştır. Bu arkadaşların meslek açısından eitimleri kısa bir süre yapılmış ve ondan sonra eczacı olarak mezun olmuşlardır. Bu dönemde eczacılık ayrı bir sınıf olmayıp tıp eitimini tamamlayamayan veya operatör sınıfındaki başarisizların eczacı olarak mezun olduklarını görüyoruz. Bu husus uzun süre devam etmiştir. 1842'de Dr. Bernard, Türkiye'nin ilk Farmakopesini yazdı (Pharmacopea Castrensis Ottomana - Osmanlı Askeri Farmakopesi).

Ayrıca tabloda, dünya üzerindeki eitim başlangıç tarihleri görülmektedir. Buna göre eczacılık eitimi 1777'de Fransa'da, 1808 Almanya'da (eczacılık ve kimya bir arada), 1821'de Philadelphia, Amerika'da, 1842'de Londra'da başlandı. Bu tarihler dikkate alınca Türkiye'de eczacılık eitimi birçok yabancı ülkeden daha önce başlandı. Bu açıdan önemli bir noktada Türkiye burada geri kalmamıştır.

Farmakopelere ait tarihe gelince ilk Fransız farmakopesi 1819, Amerikan farmakopesi 1820, İngiliz farmakopesi 1864, İsviçre farmakopesi 1865, Alman farmakopesi 1890'da yayınlanmıştır. Türkiye'de ilk farmakopenin 1842'de basılması tarihi açıdan önemli bir husustur.

Eczacılık eitimine büyük katkısı olan bir diğer Profesör Callaja 1840 ile 1888 arasında kimya, inorganik kimya dersini verme yanında, eczacılık ile ilgili yönetmeliklerin hazırlanmasında ve özellikle 1831'de Beyoğlu yangınından sonra Beyoğlu'nda bulunan ve sayısı çok olan eczanelerin sınırlandırılmasında rol oynamıştır. 1889'da Tıbbiye'de iki sene sınıfta kalanların

asker olmamaları için operatör ve eczacı sınıfına ayrıldıklarını görüyoruz. Bu ekilde eczacı açığı kapatılmaya çalışıldı ve bu arada Haydarpaşa Hastanesi'nde kalfalara kurs açıldı ve üç sene eğitimden sonra eczacı diploması verildi. Bunlara Haydariler denildi (1889-1895). 1866'da Eczacı Mektebi açıldı ve 1867'den itibaren tıp ve eczacılık ayrı bir übe haline geldi. 1909'da Eczacı Mektebi Ali'si (yüksek okul) olarak Kadırga'da tıp okulunun bıraktığı binada eğitimime başladım. Eğitim süresi 3 yıl idi. Bu yıl üç yıllık eğitim 1938'e kadar sürdü. 1925'te Kadırga'daki okul Beyazıt Meydanı'ndaki kütüphanenin yanında bulunan eski Jandarma Komutanlığı binasına taşındı.

İlk kız öğrenci 1922'de kaydolmuş fakat bu eğitime devam etmemiş. Ancak 1927'de alınan 3 kız öğrenci 1930'da mezun olmuşlardır.

1933'te Atatürk'ün yaptığı Üniversite Reformu sonrası eczacılık eğitimi fen fakültesine bağlanmıştır. 1944'te üniversiteyi ziyaret eden o devrin Milli Eğitim Bakanı büyük reformcu Hasan Ali Yücel yanına tıp fen fakültesi dekanlarını alarak Beyazıt'taki eczacı mektebine geldi. Ben o zaman öğrenciydim. Hasan Ali Yücel tek tek odaları gezdi. Hasan Ali okulu gezme esnasında laboratuvarları gezdi, hocaları aradı, hocaların hiçbirisi yoktu. Asistan da yoktu ve sonuç itibarıyla kimya hocasının Prof. Duquenois'in odasını açtı. Odasının içerisinde örümcek ağı vardı. O esnada "burası Hz. Ebubekir'in Hz. Muhammed'i sakladığı yere benziyor" dedi. Ve onun üzerine "bu okulu tıp fakültesine bağlıyorum" dedi. O zamanlar Üniversitede muhtariyet yoktu, bakanın dediği olurdu ve sonuç itibarıyla tıp fakültesine bağlanıldı. Bu tıp fakültesindeki dönem 1963'e kadar devam etti. O dönemde eğitim gördüğümüz bina çok dar kadrosu olmayan ve araştırma yapma imkânları bulunmayan ve eğitim düzeyi de pek yeterli olmayan bir yerdi. Askeri Tıbbiye'nin Ankara'ya taşınmasıyla bıraktığı eski Maliye Binasının tamir ve tadilatı takiben 1960'ta Eczacı Okulu bu binaya taşındı. O dönemde asistandım, öğrencileri bizzat taşıdık. 1960 ihtilalini takiben çıkarılan 115 sayılı üniversiteler kanundaki değişiklik ile doçentler fakülte kuruluna giriyordu. Bu arada da Tıp Fakültesi yönetim kuruluna seçildim ve iki sene bu kurulda çalıştım. Tıp Fakültesi'nde bu esnada Eczacı Okulu'nun fakülte haline gelmesi için görüşler başladım. Tıp Fakültesi'nde o zaman öğrenci sayısı 70 kişiydi, bu 70'in 7 tanesi eczacı bizdik, 8 tanesi de diğerkimlerdi. Tabii bunlar reye katılıyordu. Böylece bu üyelerin etkide bulundukları dikkate alınarak, bu iki grubun fakülte olarak ayrılması temayülü belirdi, biz de o esnada fakülte olmak için çaba sarf ediyorduk. İki kanat birleştirilerek bu suretle fakülte kuruldu. Yalnız o arada bizim aramızda bazı öğrenciler bu karara karşıydılar,

Bu arada bir noktaya da değineyim. Ankara Üniversitesi kuruldu. Ankara Üniversitesi'nin kurulduğu kanunda dekan tayini teklifim İstanbul Tıp Fakültesi'ne vermişti. İstanbul Tıp Fakültesi kurulduğunda bizden bazıları "adayımız yok" dediler. Onun üzerine söz aldım, "Prof. Dr. Nurettin Öktem var" dedim. Bu arada hem veteriner hem eczacıyım. Dekan Prof. Dr. Halit Ziya Konuralp'tı, Allah rahmet eylesin, kızdı, "niye bana yanlış beyanda bulunuyorsunuz" dedi ve sonuçta önerdim Prof. Dr. Nurettin Öktem Ankara Eczacılık Fakültesi'nin dekanı teklifi gönderildi ve bakanlıkça kabul edildi. Böylece Ankara Eczacılık Fakültesi 1961'de kuruldu, ki bizden evvel kurulmuştu. Ve bizden önce fakülte oldu. Yalnız bu arada Ankara'daki Eczacılık Fakültesi'ne ait bir noktayı belirtiyim. Bir sene boyunca kuruluştaki hizmet ettik. Pratik için aletleri buradan temin ediyorduk ve orada eğitime devam ediyorduk. Bu pratiklerin yönetilmesinde o zaman asistanım olan ve şimdi Prof. Dr. Atilla Hıncal'ın hizmetini özellikle hatırlatmak isterim. Maalesef Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi kuruluştaki kitapta bu hizmetimize karşılık hiçbir kayıt geçilmemiştir. Bu arada belirtmek isterim ki bu benim en başarılı dönemimdi. 100 öğrenciden 20 tanesi 100 üzerinden 100 not almışlardır.

(Gülüme ve Alkışlar)

Burada aktaracağım bir ikinci noktaya gelince, 1963'te fakülte kuruldu. Prof. Dr. Turan Baytop arkadaşımız dekan seçildi. Fakat idari ve mali yetkisi yoktu, çünkü bütçe yasal olarak Tıp Fakültesi'ne bağlıydı. 1965'te ancak Eczacılık Fakültesi Teşkilat Kanunu çıktı, Fakülte'nin yasal olarak kurulması mali ve idari bakımdan bağımsızlaştırıldı. Bu kanundan sonra ben dekan seçildim.

Bu dönem içerisinde eğitimde bazı değişiklikler yaptık. Değişiklikler arasında hemen aktarayım, zooloji ve gıda kimyası dersini koyduk, sonradan bu dersler kaldırıldı. Gıda kimyası 1939'da da okutuluyordu. Bu dönemde mikrobiyoloji, biyokimya anabilim dalları kuruldu. Bu şekilde bir takım ders içerisinde değişiklikler yapıldı.

Ayrıca bugüne kadar eczacılık üzerine yapılmış yayınların adlarını özellikle vermek isterim. Bunu hatırlatmamın sebebi Türkiye'de yayınlanan ilk kitap olarak gösterilen bir kitaba ait yanlışlıkları düzeltmek içindir.

Eczacılık bilimleri üzerine yazılmış kitaplara gelince:

- | | |
|------------------------------------|---|
| 1842 Dr. Charles Ambroise Bernard | - <i>Element de Botanique</i> |
| 1871 Dr. Hüseyin Sabri | - <i>Sağlık Fen-ni ispençiyari</i> |
| 1883 Dr. Hüseyin Sabri | - <i>Subeiran 'dan Fransızcadan tercüme 1072 sahife</i> |
| 1897 Dr. Münir | - <i>Fen-ni ispençiyari</i> |
| 1910 Dr. Tevfik Vacid | - <i>Mucmelei Fen-ni ispençiyari</i> |
| 1910 Eczacı ligor | - <i>Fen-ni ispençiyari (am 'da basıldı)</i> |
| 1943 Ord. Prof. Dr. L. Rosenthaler | - <i>Galenik Preparatlar (M. Vardar)</i> |
| 1943 Ord. Prof. Dr. L. Rosenthaler | - <i>ilaçların Analizi için Klavuz (L. Ergener)</i> |
| 1944 Ord. Prof. Dr. L. Rosenthaler | - <i>Reçete Yapma Sanatı (M. Goknar)</i> |

Dünya üzerinde eczacılık ile ilgili dergilere gelince:

- | | |
|------------|--|
| Fransa | - <i>1794 Journal de Pharmacie</i> |
| Almanya | - <i>1856 Pharmazeutische Zeitung</i> |
| | - <i>1859 Pharmazeutische Zentralhalle</i> |
| İngiltere | - <i>1824 The Chemist</i> |
| | - <i>1864 Pharmaceutical Journal</i> |
| Amerika | - <i>1912 Journal of the American Pharmaceutical Association</i> |
| Türkiye'de | - <i>1879-1880 İstanbul 'da Journal de la Societe de Pharmacie de Constantinople</i> |
| | - <i>1888-1914 Revue Medico-Pharmaceutique (Pierre Apery)</i> |
| | - <i>1893 Bulletin de la Societe de Pharmacie de Constantinople</i> |
| | - <i>1911-1927 Türkçe Eczacı Nail Halit</i> |
| | - <i>1927-1931 Türk Eczacı Alemi</i> |
| | - <i>1931-1954 Farmakolog</i> |

İlk ilmi dergi

- 1949-1968 *Folia Pharmaceutica* (Doç. Dr. Malik Zafır)
- 1954 *Eczacılık Bülteni* (Prof. Dr. K. C. Güven)
 - 1984'de adı *Acta Pharmaceutica Turcica*
 - 2006'da *Acta Pharmaceutica Scientia* aldı.

Bu ekilde, kısaca e itime ait durumu ifade ettikten sonra, e itimin bugünkü durumu- nun tartı masına geçmek isterim. E itim bizde tıp bölümüydü, botanik bölümü, kimya bö- lümü ve teknoloji bölümü olarak özetlenebilir. Bu bölümler arasında anla ma ve ba da ma tam olarak sa lanamadı. "Efendim idarecilik zamanında niye yapamadınız" sorusunu hemen ba ında söyleyeyim. O zamanki sistem içersinde bunu yapamazdık. O dönemde pek çok problemler vardı. İmdi bugünkü e itimin batının ve Amerika'nın uyguladı ı sisteme gir- mesi mecburidir. Bunun yapılması yeni idarenin görevidir.

Bir di er konu da bugünkü durumda bu kadar fazla eczacılık fakültesine ihtiyaç var mı?

("Hayır, kesinlikle yok" sesleri...)

Evvela odaların, evvela meslek kurulu larının buna bir çare bulması, öneride bulunması lazım. Sayısı 17 civarında.

("12" sesleri)

12 mi? Daha da açılacak galiba, her üniversite kendine ait bir fakülte açıyor. Bugün e i- timdeki en büyük sıkıntı Türkiye'de, de il bizde bütün dallarda, Türkiye'nin normal ihtiya- cının dı ında sayıda ö renci almaktır. Üniversiteye kaydet, a zını kapa, bunun sonu, bu i nereye varır, onun hesabını yapma. Bugünkü zihniyetin sonucu ortaya çıkan dengesizlik, her meslekte oldu u gibi bize ve ileride sizin ba ımıza büyük dertler açacaktır. Ben size söy- leyeyim, genç nesil, evet, burada bir takım imkanlar bugün elinize geçiyor ama bu imkan kı- sıtlı imkandır. Bir süre sonra kesilecektir. Bu kadar sayıda eczacıyı Türkiye kaldıramaz.

Biraz önce söyledi im eczanelerin sayısal durumuna gelince: Osmanlı döneminde bile 1880, 1885, 1905 tarihlerinde eczane açımı bir düzene alınmak istenmi tir. 1915 civarında: Eczanelerin sayısı kısıtlanmaya çalı ılmı . Fakat o devrede bu mümkün olmamı tir.

Eczacılık ile ilgili yasa ve tüzüklere gelince:

1860 Belediye spençiyarlık sanatının icrasına dair nizamname

1885 Ecza ticareti hakkında nizamname

1905 Gümrüklerde yapılacak sıhhi muayeneler ile ilgili tüzük

1927 1262 Sayılı Tıbbi ve spençiyari müstahzarlar kanunu

1927 964 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun

1953 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun

Yukarıda görüldü ü gibi sınırlama ile ilgili yasa Cumhuriyet Devri'nde 1927'de 964 sa- yılı kanunla kondu. Bu yasada 10 bin nüfusa 1 eczane olarak kısıtlandı. 1950'de Demokrat Parti iktidara geldikten sonra, ki o dönemde, tahdidin kaldırılmasını müdafaa edenler ara- sındaydık. Tahdit yasası dünyaya erken gelenlere daha fazla ans tanıyordu. Dünyaya erken gelenler imkanlara sahip olacaklar sonra gelenler ise bekleyeceklerdi. Bu biraz adaletsiz i ti. 1950'de ba layan tahdidin kaldırılması hareketi 1953'te sonuç verdi ve tahdit kalktı. Bu ka- nunun müzakeresi esnasında mecliste eczaneler arası metre sınırlama getirelim teklifi yapıldı ve mesafe olarak 50 ila 150 metre, mesafe teklifi yapıldı. Mecliste Adalet Bakanı "bu da bir sınırlamadır" dedi ve kabul edilmedi. Böylece tam serbestlik sa landı ve bunun sonucu bu- günkü duruma geldik. Maalesef bu durum da görünü itibariyle pek içi açıcı de ildir. İmdi biraz evvel söyledi im fakültelerin meydana getirece i bu büyük sayıdaki kütleyi nereye yerle tireceksiniz? Sayın oda ba kanı, sayın idareci arkadaş lar siz bun. bir çare bulacaksınız, nasıl bulacaksınız? Ben unu söyleyeyim ki, burada mevcut durumu dikkate alarak, benim önerim sahipsiz eczane olamaz. Eczacının i inin ba ında olması gereklidir. Benim ya adı ım dönemde eczanenin bir itibarı vardı. Ben eczacılık yaptım, uzun zaman Ana-

dolu'da ve İstanbul'da yaptım, ben bunu bilirim, eczaneye karşı bir hürmet vardı. Bir devlet dairesine girer gibi girilirdi. Ama bunu biz kendimiz yok ettik. O dönemde biz ilacı yapmak suretiyle bir icra içersindeydik. Hasta ona karşı ayrı bir hürmet beslerdi. Bugün bu sanat icrası ortadan kalktı. Yine de eğer hasta karşı eczacıyı görürse ona karşı itibarı de i ir. Ben bu açıdan unu belirteyim ki tahdidin kaldırılmasını müdafaa esnasında bugünkü durumu dü ünemedik. Hele bugünkü eczanelerin kapı kom usuru kurulu u görünüm olarak pek iç açıcı bir manzara de ildir. Dünyanın hiçbir yerinde böyle bir tatsız durum yoktur. Bu konuyu sizin tekrar ele almanız ve bunu düzeltmeniz lazımdır. Bence sizin en büyük sorumluluğunuz budur. Yarın kendi akıbetinizi dü ünmeniz lazım, daha kötü duruma geleceksiniz.

ilaç sanayiine gelince unu belirtmek isterim ki bugüne kadar, gelen ilk aspirin sentezi 1853'te yapıldı, aradan 40 sene geçti, 1891 'de Drezer bunun ilaç olarak kullanılmasını önerdi. Bu döneme ait Alman mecmualarında eroinin iyi a rı kesici oldu una dair ilaç reklamı gördüm. Bu arada, madem bu konuyu açtık, hamile bayanların kusmalarına karşı verilen ilaçta ve burun ilacında, ayrıca göz ilacı içerisinde kokain vardı. Tabi biz bu dönemleri geçirdik. Bugüne kadar gelen ilaçlar nitrogliserin 1844, sakarin 1878'dendir. Bu arada bir sürü ilaç geldi ve gitti. Ve bu sahada büyük bir süratli de i im görüldü ve antibiyotik in ortaya çıkmasından sonra, klasik tıp tamamen ortadan kalktı.

Türkiye'de ilk Türk Müstahzarları:

1895 Pertev kuvvet urubu

1898 ksir Süreyya

Türkiye'de ilaç sayısı yıllara göre a a ıdadır.

Tarih	Sayı
1880-1890	3-5
1895	30-40
1927	17
1928	78
1929	128
1930	200
1932	309
1933	332
1934	388
1935	460
1936	516
1937	617
1938	731
1939	819

1950'ye kadar bütün ilaçlar eczanelerde yapılırdı. Yukarıda sayıları verildi i üzere 1890'da ilaç sayısı 3 ila 5. Cumhuriyet sonrasında yasanın getirdi i de i me sonucu olarak da yabancı ilaçlar direkt olarak gelemeyi. Ve 1927'desayı 17 idi. Bu sayı 1939'da819. kinci Cihan Sava ı sırasında büyük ilaç sıkıntısı çekmeye başladı Türkiye. O sıkıntılarının içinde ya adık. O zaman fazla ilaç yoktu. Ana ilaçlar Almanya'dan geliyordu. Harp esnasında ise ilaç sviçre'den daha

çok Wander ile geldi. Bu sıkıntı 1946-47'ye kadar devam etti, 1947'de Bayburt'ta Askeri Hastane'de askerlik yaparken, alay Erzurum'a nakil oldu, Erzurum'da üç ay tahkimat için kaldı ve geri döndü. Erzurum'da Çakmak Hastanesi'nden alaya ilaç almak için gittim, bir adet 201 ünite penisilin ile, 200 tablet Ultraseptil aldım. Alayın bütün istihkakı buydu. Evet bunları onun için söylüyorum. Büyük bir sıkıntı geçirdik. O sıkıntının sebebi de yerli ilaç sanayiinin belirli bir düzeye gelmemesi ve dışa bağımlılıktı.

1926-1930 arasında devlet himayesi ve Türk eczacılarının gayretiyle yeni bir durum ortaya çıktı ve laboratuvarlar artmaya başladı. Türkiye'de yerli laboratuvarların kuruluş tarihi aşağıdadır.

1909	Brahim Ethem
1916	Abdi Brahim
1927	Yeni Laboratuvar
1939	Atabay
1943	Eczacıbaşı
1944	Santa Farma
1945	Liba
1958	Deva
1959	Fako
1964	Nobel

Cumhuriyet'in başından 1950'ye kadar 50'ye yakın laboratuvar kuruldu ve somutlaştı. Ancak 12 tanesi devam etti.

Türkiye'de kurulan yabancı firmalar:

1952	Squibb
1954	Hoechst
1954	Bifa (Bayer Merck)
1955	Ciba Geigy
1958	Pfizer
1958	Abbott
1959	Glaxo
1959	Sandoz
1967	Carlo Erba
1975	Organon

Bunu takiben pek çok devleti melerle pek çok yabancı firma tesis kurmuştur.

Bu arada da ilaçları üretmeye yaparsak, maalesef teknoloji o kadar ileri de gitmedi. Bu 1895'te Pertev, Ethem Pertev Türkiye'de ilk defa kinin tableti yapıyor. Burada, ampul arkadaşları Türkiye'de yapılmaya başlanıyor.

O dönemler, o kadar zor, o kadar güç dönemlerdi ki, yani onları gördükten sonra bugünkü sanayinin geliştiği durumu kıyaslamak lazım. Ama bunu biz mi yaptık, buna yabancılar mı katkı yaptı? Bunu da hesaba katmak lazım. Yani şu biraz evvel gördüğümüz yabancı firmaların Türkiye'ye getirdiği teknoloji var. Bunu inkar etmemek lazım.

Bu arada da hammadde yapmak için atılım yapıldı. Türkiye'de ilk defa hammadde yapanlar arasında bu üç laboratuvar vardır Bunlar: Orient (Taksim), Etkim (Eyüp), Tetka'dır (Kuzguncuk). Bu laboratuvarlarda opium preparatları, morfin, aspirin, diüretin ve salipirin sentezi yapılıyordu. Fakat bu arada da uyu turucu ikayeti Dünya Sağlık Tekilatı'ndan geldi ve Atatürk bunları hemen kapattı. Uzun bir aradan sonra ilk defa sentez 1967'de Arco (Eczacı Mazon) ve 1967'de ANSA (Deva) antibiyotik fabrikasını kurdu. Arco fabrikasında Chloramphenicol sentezi yapıldı, fakat pek başarılı olmadı ve fabrika kapandı. ANSA ise çalışmaya devam etti. Türkiye'de ilaç hammadesi sahasında inkar etmemek lazım büyük hizmeti olan Kaya Turgut, Fakon ham madde ilaç fabrikasında Türkiye'de ilk defa ampisilini ve diğerlerini yaptı. Fakat biz bu laboratuvarı ya atamadık.

İlaç sanayi Türkiye'de büyük bir zorluklarla meydana geldi. Çok zor şartlarda Türk halkının ilaç ihtiyacını karşıladı. Bu arkadaşların yaamasına yabancı sermaye müsaade etmedi.

1927 tarihli 1262 Sayılı Tıbbi ve Spenciliyari Müstahzarlar Kanunu müstahzar ruhsatı alınmasında epey kısıtlamalar getirmişti ve eczanelerde hazırlanması imkanı olan ilaçlara ruhsat vermiyordu. Örneğin pek çok acı kesici ve öksürük ilaçları gibi. Sene 1944, o devirde bakan olan birinin, kardeşi eczacı idi. Yukarıda belirttiğim Sağlık Bakanlığının ruhsat vermedeki kısıtlaması yani eczanede yapılacak ilaçlara ruhsat vermeme kuralı o bakanın baskısı ile yıkıldı. Ve bunu takiben öksürük hapına ilk defa ruhsat verildi ve bu da uyu turucu müptelalanna yaradı. Bunun sonucu eczanelerin ilaç yapmadaki fonksiyonu yavaş yavaş azalmaya başladı. Ve bu gün ise hemen hemen sıfıra geldi. Bu, Türkiye'de mesleğe yapılan en büyük hıyanettir.

6643 sayılı, Türk Eczacıları Birliği kanununun 4. maddesinin 1. fıkrası "Yerli tıbbi müstahzarların revacını temin edecek tedbirleri almak". Yükümlülüğünü odalara venniştir. Fakat bu yükümü uygulanamamıştır. Kanunu uygulayıcının ters yolda hareketi sonucu acımasız bir şekilde yabancı sennaye Türk senriayesinin laboratuvarlarının ortadan kalkmasına sebep oldu. Bu büyük bir teslimiyettir. Ve bu teslimiyeti seyretmenin acısı içindeyim. Burada neyiz kaldı satacak, ben onu soruyorum. İnanmamak buna imkansız. Toplum bu kadar duyarsız mı? Evet siz meslektaşlarımız! Size sesleniyorum. Bir araya gelip bu müesseseleri devam ettirmek, yaratmak imkanına sahip değilsiniz? Bugün ne kaldı geriye? Bugün birkaç tane yerli laboratuvar kaldı. Onların da eli kulağında.

Diğer bir noktaya da değinmek isterim, o da ilaç sahasındaki acı durumu bize göstermektedir. Dünyanın neresinde bu kadar bol ilaç verilir? Ayrıca dünyanın neresinde 10 tane alana 5 tane ilaç bedava verilir?

(Alkışlar)

Buna hükümet nasıl müsaade eder? Devlet olarak nasıl müsaade edilir? Bulun ilacı ucuzlatmanın çaresini, fiyatı o zaman ayağına indirin, bu açıktan bedava ilacı nereden veriyorlar? Burada, bir hikaye daha anlatayım madem böyle gülüyorsunuz? Dr. Feridun Frik iyi adamdı, bir yabancı firmanın mümessili idi. Firma ile takıştı ve firmayı bıraktı. Zira ona "ilacı ithal et sataamazsan Sarayburnu'ndan denize dök" denmişti. İkinci bir olayda yabancı bir firmanın Türkiye'ye gelen temsilcisi ile konu mamda bana "ben Bangladeş'e gidiyorum" dedi. "Ne yapacaksın, orası fakir yer" dedim. "Orada bahşesabı" yapıldığını söyledi. Batı bir ülkeyi nüfus sayısına göre hesaplamakta ve "ben oraya nasıl pazarlama yaparım" diye düşünmektedir. Maalessedef durum pek çok bakımdan iç açıcı değildir.

Ben hepinizin sabrı için teşekkür ederim. Sağ olun.

(Alkışlar)

Hayata ve Edebiyata Dair

Vedat Türkali

Yazar

Sunuçu: İmdiki konu umuzu davet etmek istiyorum. Hayata ve edebiyata dair sunumuyla yazar Vedat Türkali sahnede olacak.

(Alkılar)

Sayın Türkali'nin henüz geldiğini biliyoruz. Muhtemelen binanın içinde. Bir iki dakika sabredelim lütfen.

Sayın Vedat Türkali hoş geldiniz.

Vedat Türkali: Merhaba dostlar. Hepinize sevgiler, saygılar. İmdi Eczacılar Odası'ndan bir çağrı aldım ben. Duyduğumda şaşırıp kaldım. Niye eczacılar beni çağırıyor diye bir an gaflete düştüm. Sonra hatırladım, ben eczacılarla eski dostluk içindeyim, özellikle eski arkadaşlardan epey tanıdıklar vardır. Ben eczacı dostlarıma çok şey borçluyum. Bundan 40 yıl kadar önceydi zannediyorum, ben sinemada çok faal olduğum zamanlarda, biz bir film yaptık, *Karanlıkta Uyananlar* diye. Türkiye'nin sorunları, sanayile ilgili sorunları filan filan... Bu konuda boya sanayiini aldık ve o konuda epey derinleştik. Film büyük yankılar uyandırdı filan filan... Sonra bir de o döneme ait bir film yapalım dedik: İlaç dosyası. Onu alalım dedik. Çünkü şey bize epey bir şey kazandırmıyordu. *Karanlıkta Uyananlar*. Türkiye gerçekten çok haince sömürülen bir ülkedir. İlk atılımları yapan boyacı, sanayici atılımcılar kanaklıydılar. Diyorlardı ki "Boya çok...", genel bir tabirdir, "Batı bizden yıllarca aldığı kömürü ezdi, siyah boya diye aldığı kömürü on katına sattı" diyorlar. Yani müthiş bir sömürü vardı. O konuyu biz aldık ve yabancı tekellerin, emperyalistlerin Türkiye üzerinde yaptığı oyunları, onların yerli ortaklarını açtık. Film o zaman tepki aldı ama sonra, gösteriliyordu. Siyah-beyaz film.

Bir de dediğimiz ilaç konusuna el atalım. İmdi ilaç çok insani bir konu. İki meslek var ki, doktorlar ve eczacılar, halkın, insanın sağlık konularıyla yüz yüze gelirler. Bunların bu çalışmaları alanlarının, toplumun, düzenin, bir kazanç, kâr sağlamak için, tabii ki yatırım yapan kişiler vardır, haklılardır, elbette ki kazançlarını sağlayacaklardır. Ama burada garip bir çelişki var. Önce kazanç mı, insan sağlığı mı? Önemli olan da budur.

Biz baktık ettik, Türkiye'de, bu dediğim olay 65'lerde filan, yani yaklaşık kırk yıl evvel gene, Türkiye acayip durumda. Kimya endüstrisi yok, kurulmamıştı daha, eczacılık ona bağlı biriydi. Sonra yabancı tekeller o kadar korkunç ki, ben bunu yaklaşık kırk yılca araştırdım, o kadar korkunç ki, mesela o zamanki iktidardaki İngiliz işçi hükümetini milyonlarca dolar dolandırmışlar, kazıklamışlar. Mahkemelere gidiliyor Avrupa'da ve İngiliz hükümeti o işi ve tekellerden bu paralarını aldı. Ve bizim garip Türkiye'de bu haydi haydi oluyordu, tabii ki çok oluyordu. Bunu araştırdık. Şey benim eczacı dostlarıma borçluluğum orada başladı.

Ben kongrelerine gittim, Eczacı Odalarının temsilcilerini gördük, konuştuk, böyle yıllarla dosyalar elde ettik. Prodüksiyon aradık, biliyorsunuz sinemada şarttır ki film çıkabilin. Yönetmen var, senarist var, ben yapıyorum o işi, ama parayı kim verecek? Bulamadık. Fakat o dosya öylece kaldı. Bu konu kafama takılıp kalmıyordu. Ve belki okuyanlar vardır içinizde,

benim eski eczacı dostlar hepsi okumu turlar, *Ye ilçam Dedikleri Türkiye* diye bir roman yazdım. Bu romanda, bu ilaç konusunu ele aldım. nanın ki belgeseldir, tamamen belgeseldir. Hep nesnel, objektif belgelere dayanıyordum, konu malara, yaptı ımız röportajlara dayanıyordum. Ve bu romanı yazdım. Çıktı, eczacı dostlarım çok büyük ilgi gösterdiler, sa olsunlar. Hatta beni mesle e davet ettiler. O dostlukla iftihar ettim. Demek ki aradan 40 yıl geçmesine ra men unutmamı lar beni, ça ırdılar. Sa olun.

imdi konuyu da ben seçmedim. Genellikle ben gitti im yerlerde konu seçmem. Niye derim seçece im. Ben çünkü bir bilim adamı de ilim. Herhangi bir bildiri sunmaya gelmiyorum. Niye geliyorum ben, sohbet, söyle iye. Buraya da öyle gelmeye karar verdim. imdi tabii diyorsunuz, bekledik, dinliyoruz, bu adam bize ne anlatacak? Ben de aynı biçimde merakla bakıyorum, acaba benden ne bekliyorlar, ne istiyorlar?

(Gülü ler, alkı lar)

- Sa olun, çok te ekkürler. Özellikle rica edece im sizden, sevginizi gösteriyorsunuz, mutluluk duyuyorum. En sonunda... Acele etmeyin, belki de yuhalarsınız. Acele etmeyin, konu alım, sohbet edelim. imdi... Baktım... Hayat ve edebiyat... Çok geni bir konu. Tam bir sohbet konusu yani, söyle i konusu. Uzunca dü ündüm, fazla dü ünmeye de gerek yoktu. Zaten edebiyat, hayatı izler. Önce hayat ba lar, insanlar ya arlar ve insan ili kilerinde bir takım odaklar çıkar. Sanat da bunlardan biridir. Hele bir romancı için, hayattan kopmak, hayattan uzak olmak söz konusu olamaz. Ayrıca ben bir sinema emekçisiyim. Haydi haydi öyle...

Hayat deyince ne anlıyoruz? Malum, insan ya amı, insan ili kileri. Sanat, bunun yansıtlması denebilir. Ama bunu yansıtan insanların bakı açıları çok farklıdır, bunu biliyoruz. Bunu belirleyen nedir? Hangi ey bize u veya bu fikri savunmaya, u veya bu estetik yaklaşıma vermeye çalışıyor, veriyor. Bu tabii çok tartışılmalı bir konudur.

imdi insanlar vaktiyle, romana geldikleri zaman, bu konu çok uzun bir konu ama bir yerdan kesip alacız. Roman, çok eski ömrü olan bir ey de il. Ha evet, bir taraftan Homeros'a ba layabilirsiniz ama roman de il Homeros'un ki, romancıların öncülü ünü yapmaktır belki. Bizde masallara dayandırabilirsiniz hatta daha do rusu bizde meddahlara dayandırabilirsiniz, çünkü meddahlar anlatı ustalarıdır. Romancı da anlatıcıdır her eyden önce. Vaktiyle büyük ustalar çıkmı batı edebiyatında. Büyük ustalar çıkmı ve bu ustalar Balzac, Stendhal, Cervantes, Dickens, Tolstoy, Dostoyevski filan. Bunların zamanında insan tanımı, bir insanın toplumdaki yeri henüz daha bilimsel olarak bilinmiyordu. En akıllı filozoflar bile ancak seziyorlardı ve toplumlarda acaba bir belirleyici ey var mıdır? Yoksa insanlar bir takım ya kaderlere göre veyahut da bir takım rastlantılarla mı ya ıyorlar? Tabii, o dönemde Balzac'm Stendhal'ın, Dostoyevski'nin döneminde, bunlar bilinmiyordu. O zaman ne kalıyordu? Sanatsal duyarlılıklar, yani sezme, sezinleme kabiliyetleri... Ve bu sezinleme kabiliyetleriyle sanatçılar bazen kendi bir anlamda resmi görü lerinin dı nda i ler yapıyorlardı farkına varmadan. Mesela Balzac'ı okursanız, Balzac diyor ki "ben kilisenin ve kraliyetin ı ı ı altında yazıyorum" diyor. Halbuki okudu unuz zaman görüyorsunuz ki Balzac, yapıtlarıyla çok daha yeni bir toplumun izlerini ta ıyor, onları tahlil ediyor, bize ufuk açıyor. Dostoyevski de öyle. Koyu bir Ortodoks. Ve koyu bir Slavist ama romanlarına baktı ınız zaman Çar toplumunun bütün inceliklerini, çatı malarını, çeli kilerini görüyorsunuz. nsan dramını ya atıyor size.

Peki bunun dünyaya, bizim yazarlar olarak, daha bir bilimsel, daha bir gerçekçi bakı la yolu yok mu? Ha, 19. yüzyıldan sonra bir takım ideolojiler, teoriler çıktı ortaya. Ve insanın toplumdaki yeri çok daha net anlaşılmaya ba landı. Ve insano lu bu aygıtlarla, bu vasıtalarla donan-

dı 1 zaman sanatçılara da hem bir kolaylık hem de çok daha ciddi ara tırma konulan çıktı. Mesela ben bir romanı yazmak için çok uzun ara tırma yapmak zorunda hissedirim kendimi, hayyatı anlamak için. Mesela benim yazdım bir önceki romanım, *Güven*, 1200 sayfadır, inanılmaz ama, zaten bunlar yayınlandı, 50-60 seneye dayalı benim gözlemim, fakat 70 seneden fazla bir zaman çe itli ülkelerde ara tırma yaptım ve bir dönemin tarihini öğrenmeye çalıştım. İmdi bu benim ideolojik bilgilerime dayanıyordu. Hayatı ve hayattaki insan davranışlarını doğru saptamak için mutlaka yapmam gerekli şeylerdi ve onları yaptım. Sonra Türkiye'de yazmadım, o canım memleketimde... Gittim, maalesef Londra'da yazdım 12 sene. Niye? Bakın Türkiye'de o zaman bir korku vardı. Bugün artık bu korku çok çok azaldı, yok. Neydi o? Kapınızı çalabilir, gelebilir bir polis, evraklarınızı alıp götürülebilir, bizim gibi insanların. E, suç mudur, hayır değildir ama kaybederler. Bir daha elinize geçmez onlar. Böyle bir tehlike vardı. Dedim ki benim kapı çalındı 1 zaman "Acaba ne olacak, kim gelecek korkusuna kapılmayacağım bir ülkeye gitmem lazım". Ve gittim Londra'da yazdım.

Dünyanın, hayat, ülkenizin koşulları yazarı ne kadar etkiliyor, her bakımdan etkiliyor. Ben kendi ideolojime, kendi inancıma göre romanı yazdım. İmdi hiç açıklamıyorum, bilenler biliyor beni. Peki, ben o ideolojinin insanı oldum diye mi bu roman oldu veya iyi oldu, kötü oldu, bu oldu... Hayır, alakası yok. Burada maalesef bizim sorunlarımızın da sadece çok temel bir yanlığı var. Hiçbir sanat yapıtı, başarılı oldu ya ideolojiden sanatsal güç alamaz. Ama onun hazırlanmasında çalışkan, emek veren insana doğru yolu gösterir. Ben efendim, çok solcu bir roman yazdım. E okunmuyor kardeşim, roman değil. Kötü. Senin siyasi fikrinden bana ne, beni ilgilendirmiyor. Kimse ben komünist veya padişahçı oldum diye bana kimse iyi roman yazıyorsun veya kötü demez, dememelidir. Benim bu konulardaki yaklaşımım böylece ve çok ciddiye alarak bu işi.

Mesela vaktiyle ben, bundan 30 sene kadar evvel bir dergiye gittim. O zaman bu TKP yasası vardı. Orada bir dergileri çıkıyordu. Beni çağırdılar, konuştuk. Dergilerinde de çıktığı yazı zaten... Bana dediler ki, "Niye romancı çıkmıyor artık?". Güya biz son kuşak, ben romancı sayıyor da, benden sonra hiç çıkmamı. Niye çıkmamı dedim. "Kim var" dediler. İmdi garip kaçacak ama gayet rahatlıkla açıklıyorum "Orhan Pamuk var" dedim, yeni çıkmıştı. Latife Tekin var dedim. Yadırgadılar. Evet, Orhan Pamuk, benim, soma çe itli kereler söyledim, yazdım, fikir, estetik, politik tam karışık safımda bir adam. Ama iyi romancı. İyi romancı. Ben bunu söylediğim zaman em dost tarafından protesto ediliyorum inan bana. Saçmalıyorsun diyorlar. İmdi bugün tartışma konusu. Ben de biliyorum, dünyayı da tanıyorum. Öyle Nobel gibi bir şeyi, uluslararası politik bir konu haline getirilmi olan bir ödül öyle havadan vermezler adama. Elbette ki o kulübün kurallarına uygun adam arayacaklardır. Tabii ki, onu da aradılar. Zaten ben Bush gelip de, o dünyanın en büyük saldırganı, Bozaziçi Köprüsü'ne geçip, Türk yazar Orhan Pamuk'un da dediği gibi beyanatta bulunduğumuz zaman "Nobel'i alacak" dedim. İmdi bu belki biraz aşırı bir talebama oluyor, hayır hiçbir kötü niyetle de söylemedim. Bunu herkes biliyor ki dünyada, bu tür büyük ödüller çe itli baskılar altındadır. Mesela bakın, en aşırı basını da Amerikan lobisidir. Yahudilerdir. Bunu bilmek lazım.

Mesela savaş zamanı en azılı döneminde CIA'nın oyunları var, gizli oyunları. Bu, "*Who Paid The Piper?*" diye bir İngilizce kitap çıktı vaktiyle. Ben getirdim, Doğan yayınladı. İmdi yayınladı. Bakın yayınevleri falan ilk almadılar. "Zurnacının parasını kim ödüyor"du aslı. "Parayı veren düdüğü çaldı" diye çıktı. Bakın orada, Nobel verilmesin diye bir ileriye yazara CIA böyle akıtıyor. Tabii. Mesela bakın bu Nobel ödülü Winston Churchill'e verilmiştir. Edebiyat ödülü. Edebiyat ödülüyle ne alakası var? Çünkü siveç, II. Cihan Harbi'nde Nazi Almanyası'nın karargahı haline getirilmiştir. Ve savaş bitince demokrat dünyaya karşı bir nevi mahcubiyet olarak, kazanmak için yaptılar bunu. Herkes de biliyor bunu.

imdi Ermeni meselesi açmı , bilmem Kürt meselesi açmı . Arkada lar benim romanlarımı okuyanlar bilirler. Ben her iki meseleyi de, benden evvel de geçerli, birçok kitapta da de indik. Ama ba ka bir ey diyorlar. Ha, o kulübün, oyunun kurallarını yerine getirdi. Yani oyunu kurallarına göre oynadı. Ama yalnız bundan mı aldı, asla. Asla. Ben imdi takip ediyorum, benim mesle im bu. Nobel alanları mesela okuyorum. Orhan Pamuk'un iki romanı var ki, *Benim Adım Kırmızı* ve *Kara Kitap*, bunlar bütün dünya dillerinde, bir övünç kaynağıdır. Güzel romanlardır. Çıktı ı zaman söyledik biz bunu.

Diyece im u, hiçbir zaman ideolojik bakmayacaksınız. deolojik bakmak hakkınız, yazıları ele tirmek hakkınız, kendi tarafınıza ça ırmak da hakkınız. Ama baskı yapmak, asla. imdi benim romanlarım iyi kötü okunuyor, biliyorum. Zaten bugün ben Türkiye'de kalemiyle ya ayan birkaç yazardan biriyim. Ne devlet deste im var, ne büyük bilmem sponsorum var, hiç kimsem yok. Emekli maa ım var, kapıcının parasına yetmez. Olacak ey de il. Neden? Çünkü romanlarımı ben kim olursam olayım seviyorlar. Ben *Güven* \ yazdım. *Güven* 1300 sayfa bir roman. TKP'nin, Türkiye Komünist Partisi'nin tarihini içeriyor belgeleriyle. Londra'da bitti 12 sene sonra. E dedim, kim okuyacak bunu. Türkiye'de nasıl kar ılanacak bilmiyorum. İlk yolladı ımız yayınevi, benim eski yayınevini, davetler mavetler, beni ça ırdılar ettiler falan, en son günü bir haber geldi ki yayınevi korkmu basmıyor kitabı. yi dedik, pekala. Bana en az 15 ki i Londra'ya telefon etti. Biz basaca ız diye. Neyse uzatmayayım, bugün bütün attıkları kazıklara, 75 bin satıldı kitap, ben 8-10 bin satarsak herhalde paçayı kurtarırız diyordum. Kim okudu bunu? Halkım okudu. Bu beni mutlu ediyor. Bakın ne oldu? Bu roman çıktı. Benim adetimdir, her romanımda, roman basılmadan evvel 15-20 tane nüshayı yollarım. Çe itli dostlarıma, ki ilere okuturum. Ve onların fikrini alırım. Ne diyorsunuz diye? Çünkü kitap çıktuktan sonra söylemenin bir anlamı yok. Ama kitap çıkmadan evvel, de il mi, bana yardımcı olur. Onları tek tek okurum, dü ünürüm. Gerekirse kendimce tekrar düzeltme yaparım. O zaman piyasaya çıkar. O lum Ban 'a yollarım, Barı Pirhasan'a, o da verir sa a sola. Barı , Bo aziçi Üniversitesi'ndendir. High School'dandır. Bunu high school'dan beri beraber oldukları bir arkadaş ı var. Tüccar, i adamı. Barı demi ki, "Babamın yeni romanı çıktı, okur musun?" O da demi "Barı , ne anlarım romandan, ben hayatta iki roman ya okudum ya okudum" demi . "Sen bir oku bakalım, ne yapacaksın" demi . Okumu , üç gün sonra gelmi . "Ya" demi , "Barı , TKP, MKP umurumda de il benim" demi , "romanı elimden bırakmadım" demi . Bunu bana o lum söyleyince i te müjdeli haberi verdi. Yani bana salt ideolojik sempatisinden dolayı de il, romanı roman olarak kabul etti i için ben görevimi yapmı sayılabiliyim. Kısaca ne demek istedi imi anlattım sanırım.

Ama u var. Peki, insanlar neden bazı yönde e ilim gösteriyorlar, bazı yollara kapalı kalıyorlar. imdi size ben iki tane iir okuyaca ım. Birincisi, Yahya Kemal'in iiri. Yahya Kemal, ben kendimi bildi imden beri taptı ım bir air. Sa cı, Osmanlıcı ama büyük usta, büyük air. Bizim iir perdelerimizden birisi, iki-iiç taneden birisi. Dü ünçe diye bir iiri vardır onun. Eskiden ezbere bilirdim ya, imdi kırkı geçti imiz için beceremiyoruz onu. kinci kırk diyorum.

"ülfet belalı ey, fakat uzlet sıkıntılı,
bilmem nasıl geçirmeliyim son be on yılı?
insanlar anla ıldı,
cihanın da sırrı yok,
kalsaydı terke imde bugün tek bir altın ok
en tatlı bir hayâl için atmazdım ufkuma,
dalsın yakında gözlerim artık son uykuma!

"yalnız duyan ya ar" sözü, derler ki, do rudur
"yalnız duyan çeker" derim, en do ru söz budur,
gördüm ve anladım ya amak macerasını,
bakiyse ruh e er dilemezdim bekasını,
hülyası kalmayınca hayatın ne zevki var?

bitsin, hayırlısıyla, bu beyhude sonbahar!

ölmek de ildir ömrümüzün en feci i i,
mü kül budur ki ölmeden evvel ölür ki i."

Sahiden muhterem, ölmeden evvel ölmü . imdi bakın, bu bir dünyaya bakı tır. Ama ben her okudu umda beni itiyor ahsen. Ben hayata böyle bakmıyorum. "Bilmem nasıl geçirmeliyim son be on yılı" diyor. Be on yıl! Bunalım içinde, ne yapaca ını bilmiyor. Fuzuli'nin bir rubaisi vardır. Söyleyeyim. lk iki mısra aklımda de il, son iki mısra çok güzeldir.

"Her dert ki var, var dermanı, lakin bidertlerin, dertsizlerin derdine derman olmaz" diyor. Adam o kadar dertsiz ki onun ilacı yok artık. Bo luk içinde bir insan olarak, özü olarak teslim olmu , ölümü bekliyor. Be on yıl diyor, be on yıl. Evet, nasıl geçirece im bu be on yılı diyor. Ah benim bedenim, fazla de il üç sene olsa da yeni bir romana ba ladım, onu bitirsem ne güzel derim bu hayata.

imdi bakın, bu bir dünya görü ü. Hayat bu, hayatı anlamak i ine adadım ve yaptım onu ama bakın ne diyorum; ben bu adama hayranım. Bu adamın iirlerinin ço unu ezbere bilirim. imdi bakın, ben size ba ka bir airin iirini okuyaca ım: *Ya amaya Dair*

"Ya amak akaya gelmez,
büyük bir ciddiyetle ya ayacaksınız
bir sincap gibi mesela,
yani, ya amanın dı nda ve ötesinde hiçbir ey beklemeden,
yani bütün i in gücün ya amak olacak.

Ya amayı ciddiye alacaksınız,
yani o derecede, öylesine ki,
mesela, kolların ba lı arkadan, sırtın duvarda,
yahut kocaman gözlüklerin,
beyaz gömle inle bir laboratuvarda
insanlar için ölebileceksin,
hem de yüzünü bile görmedi in insanlar için,
hem de hiç kimse seni buna zorlamamı ken,
hem de en güzel en gerçek eyin
ya amak oldu unu bildi in halde.
Yani, öylesine ciddiye alacaksınız ki ya amayı,
yetmi inde bile, mesela, zeytin dikeceksin,
hem de öyle çocuklara falan kalır diye de il,
ölmekten korktu un halde ölüme inanmadı ın için,
ya amak yani a ır bastı ndan."

imdi, iki hayata bakı biçimi, açık seçik ortada. imdi burada bunlannki... Daha iki tane iir var ama galiba vaktimiz... Okuyamıyorum...

("Dinliyoruz, okuyun" sesleri)

Bakın mesela, ikinci iir, yine aynı, *Ya amaya Dair*.

"Diyelim ki, a ır ameliyatlık hastayız,
yani, beyaz masadan,
bir daha kalkmamak ihtimali de var.
Duymamak mümkün de ilse de biraz erken gitmenin kederini
biz yine de gülece iz anlatılan Bekta i fıkrasına,
hava ya murlu mu, diye bakaca ız pencereden
yahut da sabırsızlıkla bekleyece iz
en son ajans haberlerini.

Diyelim ki, dövü ölmeye de er bir eyler için,
diyelim ki, cepheleyiz.
Daha orda ilk hücumda, daha o gün
yüzükoyun kapaklanıp ölmek de mümkün.
Tuhaf bir hınçla bilece iz bunu,
fakat yine de çıldırması merak edece iz
belki yıllarca sürecek olan sava ın sonunu.

Diyelim ki hapisteyiz,
ya ımız da elliye yakın,
daha da on sekiz sene olsun açılmasına demir kapının.
Yine de dı arıyla birlikte ya ayaca ız,
insanları, hayvanları, kavgası ve rüzgarıyla
yani, duvarın ardındaki dı arıyla.

Yani, nasıl ve nerede olursak olalım
hiç ölmeyecekmi gibi ya anacak..."

imdi bakın, son bir iir daha, sabrınıza sı ınarak...

"Bu dünya so uyacak,
yıldızların arasında bir yıldız,
hem de en ufacıklarından,
mavi kadifede bir yaldız zerresi yani,
yani bu koskocaman dünyamız.

Bu dünya so uyacak günün birinde,
hatta bir buz yı ını
yahut ölü bir bulut gibi de de il,
bo bir ceviz gibi yuvarlanacak
zifiri karanlıkta uçsuz bucaksız.
İmdiden çekilecek acısı bunun,
duyulacak mahzunlu u imdiden.
Böylesine sevilecek bu dünya
Ya adım diyebilmen için"

imdi bu iirlerin hayat felsefesine, ya ama bakı ına bakın, bir de ne diyor, "bitsin hayırlısıyla, bu beyhude sonbahar" diyor. Bu nerde yatıyor biliyor musunuz, Yahya Kemal nerde yatıyor? En son en lüks bir hastanede gözlerini kapadı. Park Otel'de ya ıyordu, bankalar destekliyordu onu. En lüks artlarda ya ıyordu ve muhterem midesine de çok dü kündü.

Abdullah'tan başka yerde yemek yemezdi. Park Otel pastanesinde çalışan biri vardı. İstediyi pasta olmayınca o gün, kıyameti kopartılmı pastanede. Öyle bir adamdı. İmdi bu böyle bir hayat içinde "nasıl geçer canım be on yıl" diyor. Evet, geçmez, gerçekten geçmez. Bereket onu duyacak kadar duyarlı. Sanatçı çünkü. Ama ondan ötesini göremiyor. O kadar konfora batmış ki, hani Müslümanların "bu fani dünya" dediği bu pisliktedir. Ama bu fani dünya değil, bu pırlantalarla dolu dünya, bilene.

Peki diğer okuduklarımızı yazan nerede ya adını? Yıllarca hapis hanede. Bunu yazdığı zaman Bursa cezaevindeydi. Çoluk çocuğunu geçindirmek için, karnını doyurmak için, biliyorum ben, ayna yapıyordu içerde, ayna döküyordu. Bir de tespihle uğruyordu. Para kazanacaktım, ya ayacaktım diyor, hapis hanede adam! Hayata bakın bakın, bir de buna bakın. İmdi yolunu seçerken bu iki farka çok iyi dikkat etmediğin zaman... Hepimiz için...

Sizler bakın gerçekten çok önemli bir mesleğin mensuplarısınız. Dostlarım; eczacılık, doktorluk. Hele ben fukara mahallesinde büyüdüm, bilirim, Samsun'da. Doktor biz pek görmezdik zaten, hasta olunca babam okurdu, bir de sirke koyardı alnımıza... te kaldık, ya adık. Doktor, bir defa geldi ini hatırlıyorum. Çok aklımdı, o da bizim babamın çalıştığı yerdeki adam göndermişti. Eczacı vardı mahallenin altında, Osman Zeki Bey. Bütün mahallenin dostuydu o. Giderler, haddini bilir, "Bunu ben bilmem hastaneye gidin" derdi. Ama onlara yardımcı olur. Yani herhangi bir ilaç şirketinin, herhangi bir ilaç fabrikasının acentesi gibi değil, halkın o firmaların karışındaki temsilcisi gibi çalışıyordu. Bu iki davranış arasında büyük fark vardır.

Sizler böyle bir mesleğin mensubusunuz ve halka yakınsınız. Bu size çok şey yüklüyor. Ben o romanı yazdığım zaman, yani eczacılarla ilgili romanı yazdığım zaman ki kendileri, ben uydurmadım, böyle dosyalar vardı... Eczacılık Fakültesine gittim orada, profesörlerle konuştuk uzun uzun. Eski dostlar da bilirler. Kongrelerine gittim, ince ince, her şeyi aldım. Bu ilaç konusunda hayli yazılar yazmış olan bir eczacı vardı.

("Cengiz Yurtolu" sesleri)

Şişler kalmıyor aklımda. Bundan aldığım birçok şey var. Orada kahraman olarak da kendisi geçer. Hapse atarlar adamı falan. Uydurmadım, çok nesnel yazdım. Bu insanların da, yerli ortakların da, hani o tekellerle ilgili yapanların da nasıl bir vatan soygunculuğunun yolunu açtıklarını göstermeye çalıştım. Ben uydurmadım diyorum, belgelerde vardı bu. Aradan seneler geçti, bundan iki sene evvel galiba, bir lokalde oturuyoruz, dostlar var, bunun kardeşi geldi. Adam ölmüştü. Ellerini sıktı, bana gelince, "Senin elini sıkmam ben" dedi. Hiç bir şey demedim. "Siz" dedi "Benim kardeşime, a abeyime kel dediniz" dedi. "Ardım. Allah Allah ben kel demiyim, ayıp bir şey değil, ben de kelim, ne var yani bunda. "Haa" dedim "Ya, o dedi inşallah, ya ben o adam için hırsız dedim, ben o adam için bir takım oyunlar, dalavereler döndürüyor" dedim. Ben demedim, ben dinledimi, saptadım ortaya koydum. İmdi bakın, kafaya bakın. Onların hepsini kabul etmiş, verecek cevabı yok. Ama "Vay! A abeyime kel diyorsun" diyor.

Evet, şimdi bakın, böyle bir dünyada yaşıyoruz. Ve siz o dediğim yarı kutsal mesleğin mensuplarısınız. Beni çağırdığınız için sizlere gerçekten çok teşekkür ediyorum. Beni dinlemek zahmetine katlandığınız için de sağ olun.

(Alkışlar)

Sunucu: Yazar Sayın Vedat Türkali. Te teşekkür ediyoruz. Hayata dair bu güzel bakışı, bu güzel sözler ve bu güzel yürek için. Te teşekkürler...

stanbul Eczacı Odası 50. Yıl Belgeseli

Film Gösterimi

Sunucu: De erli konuklarımız sunumumuz devam ediyor. İmdi, stanbul Eczacı Odası'nın 50 yıllık tarihini içeren bir belgesel film izleyece iz. Filmle ilgili elbette bilgi almak istiyoruz. stanbul Eczacı Odası Genel Sekreteri Eczacı Sayın Semih Güngör sizi bilgilendirecek. Buyrun.

Ecz. A. Semih Güngör: De erli konuklar, sevgili delegeler. Öncelikle bugün aramızda stanbul İl Sağlık Müdürlü ü'nün yetkilileri var, onlar da kongremizi onurlandırdılar. Öncelikle onlara da hoş geldiniz diyorum. Sağ olsunlar...

(Alkılar)

Bildi iniz gibi stanbul Eczacı Odası'nın bu yıl 50. kuruluş yıldönümü ve bu yıldönümü çerçevesinde stanbul Eczacı Odası 50 yıllık tarihimizi hem kitapla tırmak ve bu konuda da sizlere aktarmak üzere kısa bir belgesel çalışması içine girdi. Bu belgesel çalışması için de yaklaşık 17 saat meslektarlarımızla görüştü k. Bir o kadar, de erli dostlarımızla, konuyla ilgili görüş ve çalışmalar sonucunda çok geni bir ar iv olu tu. Kitabımızı yayınlarken, kitabın beraberinde, bu yaptığımız görüşmelerin hayli geni bir aktarımını yanında CD olarak verccc iz. Ama bugün siz dostlarımıza ve özellikle 50 yılını doldurmuş meslektarlarımız da aramızdayken onlara bir hatırlatma yapmak için stanbul Eczacı Odası'nın 50 yılını bir belgesel ekinde sizlere sunuyoruz. İyi seyirler efendim.

(Alkılar)

(Belgesel Film Gösterimi)

(Alkılar)

Ecz. A. Semih Güngör: Sizi sıkmadan dinletebildiysek ne mutlu bize. Öncelikli olarak bu belgeselin hazırlanmasında bize destek veren, bilgilerini, zamanını esirgemeyip, bize yardımcı olan tüm meslektarlarımıza teşekkür ediyoruz. Bu program stanbul Eczacı Odası'nın çalışmaları ve Yönetim Kurulu tarafından amatörce hazırlanmıştır. Dı arıdan hiçbir katkı almadık. Bizi izledi iniz için teşekkür ediyoruz.

stanbul Eczacı Odası Yönetim Kurulu olarak bir özür borcumuz var. Oktay Ekinci a abeyimiz burada bir sunum yapacak. Kendisinin sunum yapması için sahne alacağı saati biraz atık. Kendisini biraz beklettik. Bizi mazur görece ini, 50 yılın hatırına bize bu iyi niyet gösterisini sunacağını biliyoruz. Kendisine imdiden teşekkür ediyoruz. Sağ olun.

(Alkılar)

Kentleşme ve Kent Kültürü

Oktay Ekinci

Mimar-Gazeteci- Yazar

Sunucu: "Kentleşme ve Kent Kültürü" üzerine yapacağınız sunum için Mimar-Gazeteci-Yazar Sayın Oktay Ekinci'yi sahneye davet ediyorum. Sayın Ekinci, lütfen.

(Alkışlar)

Oktay Ekinci: Efendim, sesim geliyor galiba... Salonda dediğim için iki dakika izin verelim isterseniz. Bu arada hepimize "Merhaba" demek olalım ve İstanbul Eczacı Odası'nın 50. yılını kutluyorum. Niceden daha 50 yıllar diliyoruz İstanbul Eczacı Odası'na.

(Alkışlar)

Çok hoş olacak bu geçen 50 yıla bakmak. Biz de Mimarlar Odası'nda geçen seneydi zannediyordum daha doğrusu önceki yıl, biraz önce izlediğiniz belgesele benzer belgelerle biz de sizler gibi geçen 50 yılı böyle bir diziyle derlendirdik ve ilginçtir, konuyu söylemem icap ederse izlediğim belgeselle ilgili olarak, ilginçtir, Türkiye'nin 1950'den sonra demokrasiye geçtiği söyleniyor. Ben 1950'lerden bu yana demokrasi diye bir şey hatırlamadım için bu cümleyi kullanıyorum yani kimileri böyle söylüyorlar, böyle okuyoruz. Dillerde hep bu var, 1950'lerden sonra demokrasiye geçildiği var. Meslek odaları da hep 1952'de, 53'te, 54'te, 55'te, 56'da kurulmaya başladılar. Örneğin Türk Mühendis ve Mimar Odaları Birliği 1954'te kurulmuş. İstanbul Eczacı Odamız, 1956'da kurulmuş. Yani belli ki meslek kuruluşlarının da örgütlenip demokrasiye katkıda bulunması için, demokratik gelişmeye katkıda bulunması için bir dönem başlamış. Fakat bu nasıl bir demokrasi dönemiyse İstanbul Eczacı Odası'nın da belgeselinde görüldüğü gibi daha çok demokrasi için mücadele dönemi olmuş. Yani 1948'e kadar bugün mücadele ettiğimiz şeyler hemen hemen hiç olmamış. Biraz sonra sizlerle paylaşacağım gibi örneğin 1948'e kadar arazi yaması olmaması, Acaristanbulcular olmaması, Gökkafes'ler olmaması. Park Otel'ler olmaması. 2-B, hiç aklında bile böyle bir şey yok. Kent yaması diye bir şey yok, arazi yaması diye bir şey yok, Susurluk Kazası diye bir şey yok. Yani biraz önceki o 50 yıl belgeseline baktığımız zaman, hadi İstanbul Eczacı Odası'nın tarihi açısından söyleyelim, 1956 öncesinde böyle bir şey yok. 1948 öncesinde kalkınma var, demiryolları var, fabrikalar var, sanayileşme var. Fabrikaların etrafında gecekondu yok, tam tersine o fabrikaların kendi sermayeleriyle oluşturdukları lojmanlar var. Hatta o lojmanların arasında müsamereler, salonları, düğün salonları, sinemalar, tiyatrolar var. Kentlerin imar planları var, ilçelerin imar planları var. Sadece 1948 yılına gelinceye kadar 300'den fazla imar planı yapılmış kentlerde. O döneme has bir mimarlık üslubu var, Cumhuriyet Dönemi mimarlık üslubu var. Yani baktığımız zaman 1948'e kadar uygarlık adına ne varsa var, insanlık adına ne varsa var, ülkenin kalkınması adına ne varsa var, gelişme adına ne varsa var, bizi gururlandıran ne varsa var. Bugün hâlâ ayakta durmamıza neden olan temel ekonomik kararlar, altyapı vs. hepsi var. Hepsi 1948'e kadar var. 1948'den bugüne kadar ise bunların hiçbirisi yok hatta geriye gitmiş, fakat demokrasi var. İmdi benim aklıma geliyor yani demokrasi kötü bir şey olmasın sakın.

(Gülüşmeler)

Yani Eczacı Odası, İstanbul Eczacı Odası'nın 50 yıllık belgeseli, demokrasi mücadelesi. Yav, yoksa kötü bir şey olmasın sakın. Çünkü ne geldiyse babaımıza demokrasi deneneyden geldi. Yani demokrasiyle birlikte kötülük baba lıyorsa, demokrasiyle birlikte ya baba lıyorsa, demokrasiyle birlikte tren yolları terk ediliyorsa, demiryolları terk ediliyorsa, demokrasiyle birlikte gecekondula ma, kent yaması... te en son bölücü terör, bilmem ne... eriat, tarikat, türban... O da demokrasinin ürünü, yani ne kötülük geldiyse hepsi demokrasiden geldi. Yani 1950'den bu yana demokrasiyle hayırlı bir şey oldu mu? Bir tane örnek var mı? O zaman ben düşünüyorum, ya, biz, ben ahsen kendi payıma böyle böyle bir 35 yıldır, acaba yanlış bir iş için mi mücadele ediyorum? Yani bu demokrasi hakaten kötü bir şey olmasın sakın? Yani 50 yıldır da bunu demokrasi diye yapıyoruz. Herhalde bu demokrasi de il diye düşünüyorum, yani demokrasiye yazık!

(Alkışlar)

O halde dostlar, Türk Dil Kurumu'nun Kongresi'ne hep beraber gidelim. 50 son 50 yılın adını bir koysunlar. Demokrasi demesinler. Üstadlar bir isim koysunlar, biz de rahat edelim. Çolu u çocu u kandırmaktan korkuyorum. O lum, "Baba demokrasi nedir?" derse, " te 50'den bu yana..." diyemiyorum. Nasıl derim? O nedenle bu temel sorunumu sizinle paylaşmak istedim.

Efendim, İstanbul Eczacı Odası Yönetimi benden "Kentle me ve Kent Kültürü" üzerine bilebildiğim bazı şeyleri sizlerle paylaşmamı istedi. Ben de dışarıda, bu belgeseli henüz izlemeye başlamadan önce, dostlar "Ho geldin" derken ayaküstü bir, ayıptır söylemesi sigara içerken İstanbul Eczacı Odası'nın bültenini karıştırdım. Ekim 2006 tarihli bülten. Tesadüf müdür nedir, böyle bir açtım, Sultanbeyli Belediye Başkanlığı'ndan Türk Eczacılar Birliği'ne bir yazı gelmiş. 13.10.2006 tarih, bilmem ne bilmem ne... Bu sayıların hiçbirisi bir işe yaramaz, bilmem ne sayılı işi yeri açma izin harcı. Diyor ki Başkanlık Torlak isimli Sultanbeyli Belediyesi'nin İktisat ve Kiriş Müdürlüğü, iktisatı anladım da bu kütüphane nedir? İmdi ben başa baş yukarı 20 yılı başın Mimarlar Odası'nın yöneticisi olmuştum, yıllarca belediyelerde bürokratik yapmışım, bakanlıklarda bürokratik yapmışım, yani ben bunu ilk defa duyuyorum. Kütüphane Müdürlüğü... İmdi kütüphane nedir? Üstadım kütüphane nedir? En önde oturan... Efendim?

Dinleyici: Açılış, açılış.

Oktay Ekinci: Açılış? Ha, açılış müdürlüğü. Evet yazı da zaten eczanelerin açılmasıyla ilgili bir şey. İmdi, bu neden burada? Bir kere buradan anlıyoruz ki kentle me ve kent kültürü nerelere kadar geldi. Kütüphane müdürlüğü... İstanbul'da 80 kadar belediye var. Türkiye'de yanlışlıyorsam 3100 kadar belediye var. Yani %99.99 emin olarak söylüyorum ki baba ka hiçbir belediyede böyle kütüphane müdürlüğü yok. İmdi bu kütüphane müdürlüğü, açılış, örendik üstadın. Bu kütüphane müdürlüğüne ruhsat vermek yani bir eczane e er... Aramızda Sultanbeyli'de eczanesi olan dostlar var mı bilmiyorum. Bir eczane açmak isterse bir dostumuz, eczacı dostumuz gidiyor Kütüphane Müdürlüğü'ne diyor ki "Ben işte eczane açmak istiyorum" falan... O da diyor ki "Size" diyor, "Ruhsatname de il...", bakın size ruhsatname de il işi yeri açma izin belgesi düzenlenmektedir. Bunun karışılması da udur: u kadar para, bu kadar para... Niye ruhsatname yok? Çünkü kaçak. Çünkü Sultanbeyli'nin yapılarının tamamı kaçak. Peki Sultanbeyli'nin yapılarının neden tamamı kaçak? Neden? Çünkü orada yapı yapılamaz. Neden orada yapı yapılamaz? Çünkü orası, bir, u salondakiler dahil, İstanbul halkının içme suyu havzasıdır. ki, ormandır. İmdi,

hem istanbul halkının içme suyu havzası hem de orman. Tabii ki inaat yasak olur. Kanun normaldir. Plan da budur. Buralarda, dünyanın hiçbir yerinde yapı olmaz. İçme suyu havzasında, içtiğimiz suyun toplandı mı rezervuar alanda ve ormanda tabii ki bırakınız kenti, köyü, kasabayı yapı olmaz. Fakat orada tamamı kaçak yapılar madan olan bir yerle mevar. Yani bizzat bu Kültür Müdürü'nün bu yazıyı imzaladığı bina dahil hepsi kaçak, kültür müdürünün evi de kaçak, bu da kaçak...

(Gülü meler)

Ve bunlar toplumun ve gelecek kuşakların yaşam kaynakları üstünde kültür atıcılık oynuyorlar ve bunlar, kültür aktarıcı olarak istanbul'un havuzuydu... Bunlar, yaşamabilmesi için gerekli olan kaynakları yok ederek kültür atıcılık oynuyorlar, Türk Eczacılar Birliği'ne de böyle bir yazı yazıyorlar ve bu nasıl oluyorsa, kültür üstünde durmamız gereken odur, Türkiye Cumhuriyeti Sultanbeyli Belediyesi olarak yazılıyor. Esas tartışmamız, sorgulamamız gereken budur. Türkiye Cumhuriyeti bir hukuk devleti de değildir mi? Tamamı hırsızlama ve kaçak yapılar olan kentteki yapılar, suçlardan oluşan bir yapılar grubunun belediye yapılması bir yana ilçe yapılması, kaymakamı olması, ki kaymakamın binası da kaçak yapı...

(Gülü meler)

Evet, ve üstelik de bunun üstünde Türkiye Cumhuriyeti'nin yazması hazine de değildir mi? Ama bakın böyle bir olumsuzlukun kültür atı müdürlüğü kurnası da rastlantı değildir. Çünkü bu dünya bir hayaldir. Bu dünya gelip geçicidir. Siz hepiniz hayalsiniz, ben hayalim. Esas öbür dünyada gerçeklik. Ben burada konuşuyorum ama yani yokum ben aslında, hayalim. Sizler de hayalsiniz. Bu dünya, fani. Bu dünya, öbür dünyaya kültür at. Hocam iyi ki bu kelimeyi bana öğretti ve o nedenle, uyum, esas öbür dünyada, çünkü su hayal. Yeşilim, ormanımı, doğamı, hepsi öbür tarafta. O nedenle esas bizi de öbür tarafta olduysanız de gerçek dostlar, Türkiye Cumhuriyeti başlıklı yazılarda kültür at müdürlükleriyle artık karşı karşıyayız. Bunun başkaları türüsü mümkün değildir.

Derdimi anlatabilmek için böyle bir örnek vereyim, örneğin, bu konularında, bu yapıda, bu dokuda, bu ilçeler içerisinde kurulmuş bir yerleşim, iktisat ve kültür atı müdürlüğü de ilçe de söz gelimi, kültür ve sanat müdürlüğü diye bir şey olamazdı. Olamazdı. Yani oradan böyle bir yazı bizim temin etmemiz mümkün değildir. Bunu söylemek istiyorum ki kent yaşamı, talan, yani toplumun ve gelecek kuşakların haklarını hiç düşünmeden davranış biçimi ve hukuku çin neme, muhafazakarlığın aslında temelinde vardır. Tutuculuğun ve gericiğin temelinde vardır. Bugün tüm istanbul'un bu tür bölgelerinin sadece tek bir siyasete entegre olmasının nedeni de budur. Dolayısıyla, yaşam kaynaklarını ortadan kaldıran plansız kentleşme, yaşam kaynaklarına, kültür ve doğaya mirasın karşı duyarsız, çarpık kentleşme, yani kent yaşamı aynı zamanda gerici bir siyasetin de temel kaynağıdır. Bunu, sunduğum konu önemsensin diye söylemiyorum. Bütün sosyolojik araştırmalar, bütün istatistik araştırmalar, bunu açıkça gösteriyor. Bir düşünün, neden istanbul'un planlı kentleşme, kaçak yapılar, yasal, hukuka uygun, dengeli, su havzasını yaşamamayan, ormanları yaşamamayan bölgelerinde, örneğin Kadıköy'de, örneğin Beşiktaş'ta, örneğin Bakırköy'de, neden su havzalarında sivrilen siyaset sivrilmiyor, yerel yönetimlerde? Çünkü toplumlardan kent yaşamı biçimi, çevreye karşı davranış biçimi, doğaya karşı davranış biçimi, kültüre karşı davranış biçimi, onların ideolojilerini de doğrudan belirler.

Bunlar, akıldan korkarlar. Akıldan korkarlar. Akıldan korktukları için de planlamadan çekinirler. Çünkü planlama, tarihte yoktu. Kent planlaması ise hiç yoktu. Ne zaman ki akıl, inançtan ayrıldı, ne zaman ki akıl özgürlüğü, düşünce özgürlüğü, ne zaman ki insanolu ge-

lece i akıyla kurabilece ini ke fetti yani aydınlanma devrimiyle akıl öne çıktı ve ne zaman ki insano lu, aynı zamanda eme i ve birikimleriyle gelece i kurgulama yetene inin oldu unu fark etti, yani krallara, padi ahlara, tanrılara ba lı olmadan tamamen aklını kullanarak bilim ve akıyla gelece i kurgulayabilece ini ke fetti yani aydınlanma devrimi gerçekte ti ondan sonra kent planlamasını kurdu. Çünkü kent planlaması, kentin gelece ini kadere bır rakmamak, kentin gelece ini yazgıya bırakmamak, kentin gclecc ini hurafelere bırakmamak, kentin gelece ini toplumsal çıkarlar do rultusunda disiplin altına almak ve yönlendirmek gibi bir dü ünçeyle ortaya çıktı ki bu, ancak aydınlanma devrimi ve akıyla birlikte ortaya çıktı. Bunlar akıldan korktukları için planlama istemediler. 1960'larda "Biz pilav de il plan istiyoruz" dediler. Ya olarak bunu bilenler var aramızda. Oysa ki nüfus arttı, dünya ço al dıkça, pilavı bile planlayarak yiyece imiz günler yakla tıkça, suyu bile planlayarak içece imiz günler yakla tıkça, "Biz plan de il pilav istiyoruz" diyenler ya manın önünü açtılar. Bunlar akıldan korkarlar, çok korkarlar. Rahmetli Melih Cevdet Anday bir gün dedi ki, "Biliyor musun bunlar niye akıldan korkarlar?" "Niye?", dedik üstad. "Çünkü" dedi, "Akıl öyle bir eydir ki, akla her ey getirebilir." Akıl, akla her ey getirebilir. Bunlar bir gün akıllarına yok olmak da gelece i için akıldan korkarlar. Süreç, kentin ya malanması, kentin de erlerinin çıkar u runa gasp edilmesi ve gelecek ku akların ya amlarının karartılması olarak devam etti i sürece dostlar, bu akılsızlık ço alacaktır. Bu ideolojik ve bu siyasal tercihler ço alacaktır. O nedenle unun üzerinde çok duruyoruz, ben yıllarca Mimarlar Odası'nda çok durdum, 3-4 aydır da Mimarlar Odası'ndan artık jübilemi yaptım ayrıldım uzun yıllar sonra. Fakat unun hep üstünde durduk, hâlâ da duruyoruz, sa lıklı kentle me, planlı kentle me, kültürel ve do al de erlere duyarlı kentle me, planlı kentle me, kamu yararına kentle me, toplumların aydınlık gelece inin güvencesidir. Kent ya ması, karanlı ın habercisidir.

Tarihte karanlık ça lar vardır. Ço unuz bilirsiniz. te denir ki Anadolu'da u yüzyıl karanlık ça , ran'da bu yüzyıl karanlık ça , Ortado u'da u yüzyıl karanlık ça . Nedir o karanlık ça ? O karanlık ça , ya manın oldu u yüzyıllardır. Uygarlık geli tirilmemektedir, bilim ilerlememektedir, felsefe durmu tur, akıl durmu tur. Sadece talan ve ya ma dönemi ya anmaktadır. O dönemler hep karanlık ça olarak ya anmı tır ve karanlık ça lardan aydınlık ça lara çıkmak tarih boyunca çok zor olmu tur. Hep mücadeleyle olmu tur, büyük kavgalarla olmu tur. Hiçbir zaman karanlık ça lardan, aydınlık ça lara geçi tereya ından kıl çeker gibi olmamı tır. Çok zor olmu tur. Korkuyorum bizde de böyle bir süreç ya anabilir. Tereddütüm bundandır ve bir ba ka korkum da bir mimar olarak, aradan yüzyıl, iki yüzyıl, üç yüzyıl, dört yüzyıl geçtikten sonra tarihçiler geriye dönüp bugünlere baktıklarında, galiba 20. yüzyılın son yarısında ve umarım olmaz ama 21. yüzyılın ba larında "Anadolu'da ve Türkiye'de bir karanlık ça ya andı" diyebilir.

"Biz bu karanlık ça içerisinde kent kültürü için neler yapabiliriz?" deyip foto raflarla devam etmek istiyorum. Bu, vapur için eylemler. "Vapurumuzu elimizden alamazsınız, Bo az vapurumuzun güzelli ini de i tiremezsiniz, vapurumuzun kimli ini alamazsınız" dedik. Ama bu vapurumuz, görüyorsunuz nasıl bir stanbul silüetinin önünde yüzmektedir. Arkadaki silüeti umursamadan, arkadaki silüeti sorgulamadan, arkadaki silüetin, arkadaki peyzajın, aslında bu vapuru da yok etmeye hazırlandı ını, bilmeden ve o peyzajın aynı zamanda su havzalarında ve orman alanlarındaki ya mayla e de er bir kent suçu ta ıdı ını ve kentin de erleri üzerinden rant elde etmek u runa bir kirlilik erozyonuna neden oldu unu ve kenti büyük çıkarlara teslim etti ini bilmeden yani arkadaki peyzajı sorgulamadan bu vapuru savunmamız biraz garip kaçmı tı. Ama olsun. u an vapuru kurtardık. Yeni yapılan vapurlar, bu ekilde yapılacakmı , Sayın Belediye Ba kamı söz verdi. O zaman, arkadaki silüetin

de stanbul olması için artık çaba göstermeliyiz. Sadece vapurun de il, vapurun arkasındaki resmin de, o bütünselli in de stanbul olması gerekiyor.

stanbul, kuzeyiyle ya ayan bir kenttir. Burada gördü ünüz gibi Marmara Denizi ile Karadeniz arasındaki yaklaşık 30-35 kilometreye sıkı mı bir kenttir. Yalnız bu kentin, bu 35 kilometrenin Karadeniz'e do ru a a ı yukarı yarısı, yarısından biraz daha azı, bu haritada gördü ünüz gibi içme suyu havzalarını olu turan göller ve ormanlardan olu maktadır. O nedenle bu kentin kuzeye do ru geli memesi lazım. E er o kuzey yani o göller, o gördü ünüz mavi ve ye il olmazsa bu kent ya ayamaz. Bu kenti 2600 yıldır ya atan, o kuzeydir. u gördü ünüz ye il ve mavidir. Bundan sonra da e er 2600 yıl daha ya ayacaksa umarız, o olmadan ya ayamaz. O nedenle stanbul'un kuzeyi çok kutsaldır, stanbul'un ya am de erleri bakımından çok kutsaldır. "Efendim, kuzey depreme dayanıklı, kuzey ya aması güzel, kuzey gezmesi güzel" deyip kuzeyi ortadan kaldıramayız. Bugün bilim ve fen, her yerde depreme dayanıklı yapı yapma gücüne sahiptir ama yok olan ormanı geri getiremeyiz. Geri dönü ümü yoktur. Son günlerde basma tekrar yansıyan orman ya masında geriye dönü yoktur. Yok olan su, yok olan a aç geri gelmiyor. Gelmiyor, elde edemiyorsun. Ve bu, stanbul'un kuzeyini gözetken bir plan olarak yürürlü e girmi ti, 1980'de, 12 Eylül'dcn önce. Artık 80 deyince, 12 Eylül'dcn önce mi sonra mı vurgulamak lazım, kazayla kötü anla ılabilir. 12 Eylül 1980'dcn önce, 1980'in Mayıs'ında, henüz o karanlık dönem ba lamamı ken, umutlu bir dönem hâlâ üç a a ı be yukarı devam ederken stanbul'un kuzeyini koruyan kent planı yansıda gördü ünüz gibi yapıldı ve bu kesinlikle kentin ya am kaynaklarının imara açılmamasını öngören çok önemli bir anayasa gücünde bir imar planı idi. Fakat önce yolları açtılar, önce kuzeyden, ormanların içerisinde, Fatih Köprüsü ba lantılı, gördü ünüz gibi yollar açtılar ve yollar, akci erlerin içerisinde koridorlar olarak da ıldı ve plan dı ı yapıla mayı ba lattı. Ve bu plan dı ı yapıla ma da de erli dostlar, yeni ilçeler olu turdu, stanbul'da yeni ilçeler olu tu. Biraz önce gördü ünüz, kuzeyi koruyan, yani su havzalarını ve ormanı koruyan, kent yapısına tezat, onunla çeli kili ilçeler olu tu. Bu yeni ilçeler, tamamen arazi talanından, imar ya masından, spekülasyondan, ranttan, kaçak yapıla -madan olu tu. Gördü ünüz kırmızılar, yeni ilçelerdir. Ve gördü ünüz kınızılar, aynı zamanda ça dı ı bir siyasi anlayı m da oy depolandır. Tekrar bunu vurgulayarak devam edelim.

Bunu hemen geçelim, rakamlarla sizi oyalamak istemiyorum. Ve kaçak ama inançlı bir kent ba ladı. nançlı, camili ama kaçak. Kaçak ve inançlı kentte önce camiler, camilerin etrafında caminin koruması altında, güvencesi altında kaçak yapılar olu tu. Tabii önce okul yapılsaydı acaba, okulun etrafında kaçak yapıla ma ço alsaydı, böyle bir ey olabilir miydi? Olamazdı. Yani önce kaçak bir okul yapıp, bir ilkö retim okulu yapıp kaçak, ondan sonra onun etrafında yapıla mayı hayal bile etmiyoruz. te bu, kent ya masının, arazi ya masının, ideolojik ve dü ünsel altyapısının biz fark etsek de fark etmesek de önemli göstergelerinden biridir. Kaçak ve özgür kentle me ba ladı yani hem kaçak hem özgür. u anlamda, stanbul'un %70'i bu ekilde kaçak hale geldi. imdi, %70 nasıl kaçaktır? Biraz önce bu toplantıyı açarken dilbilimciler u 50 sonrası demokrasiye bir söz bulsunlar dedi im gibi imdi u kaça m adını de i tirmemiz lazım. Çünkü, bir sinemaya kaçak kaç ki i girer? Yani e er sinema seyircisinin %70'i kaçaksa, o sinema basılıdır, i gal edilmi tir. Yani kaçak, bir kaç ki idir. Ordunun %70'i kaçaksa onlar artık asker kaça ı mıdır? Böyle bir ey var mıdır? Ya da bir borunun içerisinde su geçmektedir, su, böyle su kaça ı dendi i zaman i te borunun bir yerinden, ek yerinden, urdan burdan bir su sızar. Borunun içindeki suyun %70'i dı an çıkarsa ona "Boru patladı" denir, yani "Su kaça ı var" falan denmez. Ayıptır söylemesi, kaçamaklar da %70'i falan bulmaz hani.

(Gülü meler)

O zaman, Medeni Kanun'a göre durumu de i tirmek gerekir. İmdi kentin %70'i kaçaksa, e, %30'u ne peki? Sakın o %30, kaçak olmasın esas itibariyle? Yani sakın o yasallık, uygarlık, hakkaniyet, planlı olmak aslında marjinal olmasın? Evet, kaçak ve özgür kentle -meyle devam ediyoruz.

Bir sonraki slayta geçelim ve bir emlakçı tabelası. Çok bereketli. Arazi ya ması çok bereketli. Yani arazi ya ması kadar bereketli bir ey yok. 1950'lerden bu yana bütün siyasetleri, a a ı yukarı sektörlerin önemli bir bölümünü besleyen arazi ya masıdır. Herhangi bir yatırım yapmanıza gerek yok, alıp satın, alıp satın. Spekülasyon, i çi çalı tırmak yok, i çi bilmem ne yok, i yeri açma ruhsatı yok, sendikayla u ra mak yok, sosyal sigortayla u ra mak yok. Vaktiyle Tansu Hanım'ın bir e i vardı. Tansu Çiller'in e inin adını unuttum.

("Özer, Özer Çiller" sesleri)

Evet Özer, Özer Çiller. Bir gün ona sormu lardı, "Ya siz bu serveti nasıl elde ettiniz?", *Sabah Gazetesinde* hiç unutmuyorum. *Sabah*'ın orta sayfasında. "Siz bu serveti nasıl elde ettiniz?" Diyor ki, "Gayet basit. Tarla satın alıyoruz, tarlaları satın aldıktan sonra belediye meclisi ile anla ıyoruz, belediye meclisi o tarlaları imara açıyor ve imar parasıyla hop diye zengin oluyoruz." İmdi bu, "Aa, öyle mi?" diyor gazeteci de, "Ne güzel, demek ki me ru bir kazancınız var." Evet, yasal, spekülasyon yasal çünkü.

Bu, çok önemli bir örnek de erli dostlar. 1960'lı yıllarda, 68-69'da, devlet kendi kendine çok ayrıcalıklı bir imar planı yaptı. Bo aziçi'nde böyle bir yapı yapılması mümkün de il yasalara göre, o tarihte mümkün de il, bundan sonra da mümkün olmayacak. Fakat devlet kendi kendine bir izin veriyor. "Ben devletim, benim böyle bir yapım burada olsun" dedi ve hepinizin bildi i gibi Emekli Sandı ı bu yapıyı buraya dikti. Dünyanın en çirkin yapısıdır. Çünkü çirkinlik ve güzellik, bir yapının bulundu u yerle ilgilidir. Bir yapı, bir yerde çok güzel olabilir, ba ka bir yerde çok çirkin olabilir. O nedenle bu da bulundu u yer itibariyle dünyanın en çirkin yapısıdır. Fakat devlet böyle bir izin veHi. İmdi devlet bunu sattı yani satıyor diyece im ama geçen hafta mı evvelsi hafta mı ne kesinle ti, galiba sattı. İmdi bu satılabilir mi? Böyle bir ayrıcalıklı, sadece devletin kendi kendine verdi i satılabilir mi? Devletin yapması gereken uydu, daha do rusu, sözümü düzeltiyorum, son be -altı cümleli düzeltiyorum. Devleti yönetenleri yapması gereken uydu, bu yapıyı yıkmak, yok etmek, yerine bu yapı yıkılırken yok ettikleri me hur tarihi Tokatlıyan Oteli'ni yeniden in a etmek. Bunun yerinde, Bo aziçi kenarında, bir Ermeni aile tarafından i letilen, çok zarif, çok nefis, ah ap bir Tokatlıyan Oteli vardı. Devleti yönetenlerin yapması gereken, vaktiyle devletin kendi kendine verdi i imar iznini fırsat bilip bunu satmak de il, tam tersine, bir özele tiri anlamında da bunu yıkmak ve Tokatlıyan Oteli'ni yapmaktı. Maalesef olmadı.

Gökkafes'in böyle bir foto rafını zor herhalde görmek, çünkü i te çıkıp çekmek gerekiyor, ben çekmedim, çekenler verdiler. Fakat tarihi Ta kı la Binası ve Dolmabahçe Bahçesi içerisindeki konumunu görmektesiniz. Burada da, Dolmabahçe Stadı'nın hemen arkasında ve tarihi Ta kı la Binası'nın önünde nasıl yükseldi ini görüyorsunuz. Tabi bu bir simgedir. Çok Gökkafes yükseldi, Gökkafes'ten sonra stanbul'da ama bu yapı bir simge oldu. Bu yapı neyin simgesi oldu? Bu, kötü ehirle menin falan de il, çirkin ehirle menin falan de il, de erli eczacılar, de erli dostlar, bu yapı bir 12 Eylül simgesidir. İn bu yanı hep gözardı edilmektedir. Bu yapıya 12 Eylül döneminin bir yasasıyla çok özel izin veriliyor çünkü böyle bir iznin orada verilmesi mümkün de il. İmdi Zincirlikuyu-Levent aksında yükselen gökdelenlerin iyi kötü kendine göre bir planlama usulleri var. Hayır, bu öyle de il. Bu dönemin 12 Eylül hukukuyla ancak yapılabilecek olan bir kente kar ı suçtu, o nedenle zaten bir türlü do ru dürtüst yasallık kazanamadı ve bir 12 Eylül abidesi olarak stanbul silüetinde yerini aldı.

Efendim yasal ve planlı kentleşme deyince bir de karımızda böyle örnekler var. Aramızda hukukçular var mı bilmiyorum ama eczacıların çoğunun hukuk konusunda bayağı güçlü olduğunu biliyorum. Efendim hukukta bir adam öldürme vardır ya da insan öldürme, bir de planlayarak taammüden insan öldürme vardır, cezası daha aırıdır. Yani rastlantıyla ya da müdaafayla bilmem neyle unla bunla, kavgada dövü te insanın canına kıymak ile taammüden cinayet çok daha aır bir suçtur. İmdi bu taammüden, planlayarak cinayettir. Burada bir imar planı görüyorsunuz. Burada bir plan var. Sokaklar birbirini dik kesiyor, binalar aynı büyüklükte, her ey e it vesaire ama doku yok, ya am yok, nefes alacak yer yok ve bir ta yını planlanmı , e, bu da kente kar ı plansızlı ın dı ında bir taammüden, planlı cinayettir. Durduralım. Tarlabayı böyle yıkıldı ve açıldı, hançerlendi. Bu foto rafta tarihi dokunun Tarlabayı Bulvarı'yla nasıl hançerlendi ini görüyorsunuz. Belediye Bakan ı tarihi binaları yıkarken, "Yıkırım, cezamı da çekerim" demi ti, yıktı ama asla da cezasını çekmedi. Çünkü kente kar ı suç, hâlâ bizde suç olarak kabul edilebilen bir kavram de il.

Ve 12 Eylül'ün bir ba ka abidelerinden Park Otel. ı çerisindeki halini görüyorsunuz. Park Otel yükselseydi stanbul'un en yüksek kulesi olacaktı, Allahtan yükselmemi . Bu sefer Dubai Towers, "Ben daha yüksek olacağım" diye ortaya çıkabilirdi. Fakat Park Otel'in yerinde de ço unuz bilirsiniz eski tarihi Park Otel vardı, çok zarif bir oteldi, anılarla dolu bir oteldi, stanbul'a gelen devlet büyüklerinin Atatürk tarafından kar ılandı ı bir oteldi. Onun da yerinde aslında tekrar o tarihi Park Otel'in yapılması gerekir ve bu bilincin öne çıkması gerekirken imdi "Efendim hiç de ilse bu kütleyi ne yapalım" diye bir spekülasyon tartı ma devam ediyor.

Ve plansız gökdelenler. Bunların planı yok. Projesi demiyorum, planı. Yani u da yapılmalı, bu da yapılmalı, altyapısı öyle olsun. Bu yok. Paris görenler vardır, örne in Paris'te de gökdelen vardır ama ehrin tamamen dı ında, çok özel planlanmı , Defense denilen bir yerdedir. Oraya metro gitmi tir, oraya yol gitmi tir, oraya kanalizasyon gitmi tir, oraya altyapı gitmi tir. Gökdelenler için bir bölge planlanmı tır, altyapısı açısından, metrosu açısından da ve orada gökdelen yapmak isteyenlere o altyapı giderleri kar ılanmak üzere arsalar satılmı tır yani orada gökdelen yapmak isteyen metro giderine katılmı tır, yol giderine katılmı tır, altyapı giderine katılmı tır ve Defens diye Paris'in çıkı ında bu yapılmı tır. Bizde ise hazırda konmaktadır. Kentin altyapısını tıkamakta ve aynı zamanda hazırda konmaktadır. ki davranı biçimi. Gerçi Fransızlara kızıyoruz, Parlamento'da almı oldukları kararlardan ötürü Fransızlarla aramız biraz bozuk ama uygarlık açısından baktı ımız zaman ders alınacak bir davranı tır Paris'teki gökdelen bölgesi.

te dünya kenti stanbul. Çok seviyoruz bu lafı ama bu dünya kenti Singapur da aynen böyle, dünya kenti bilmem i te neyse Uzakdo u'da Tokyo da aynen böyle. Mesela ben size "Bu bir Tokyo manzarası" deseyseniz, "A, evet" falan derdiniz. Dünya kenti demek birbirine benzeyen, küresel sermaye kenti demek de il. Dünya kentleri demek dünyada kimli iyle, karakteriyle yer alan kent demektir. Böyle bir manzarayı Roma'da bulamazsınız. Böyle bir görüntüyü Budape te'de bulamazsınız. Böyle bir görüntüyü Londra'da bulamazsınız. Böyle bir görüntüyü hiçbir Avrupa kentinde, hiçbir uygar kentte bulamazsınız. Onlar, dünya kenti de il mi? Onlar, Mars kenti mi?

Efendim biz de bir sonraki slayta geçelim. Formula sayesinde dünya kenti kavramımızı güçlendirdik. Formula'nın ormanda yarattı ı tahribatın ba langıcı bu daha, bu daha ba langıcı. İmdi Orman Bakanı Pepe, 20 yıldır devam eden bir talan in aatına kar ı ayaklandı. Bitti halbuki in aat yani. Bekledi, bekledi, bekledi, bitti, ayaklandı.

Dinleyici: Az vermi lerdir, onun için.

Oktay Ekinci: Efendim?

Dinleyici: Az vermi lerdir villa, onun için kar ı çıkmı tır. Öbürlerine 50' er tane vermi ler, ona az vermi lerdir.

Oktay Ekinci: Evet maksat hasıl olmu tur, anla ıldı. Geçiyoruz slaytı.

(Gülü meler)

Kuzeye baskın. İmdi bakın bu Acarkent de il, Acaristanbul de il. Peki bu ne? Yani bu ne? Yani her taraf böyle, tüm orman arazileri böyle. Televizyona Ali Acar diye birisini çıkartıp duruyorlar. Bin tane Ali Acar var, belki daha fazla. Ço u da delege, siyasi parti delegesi. Peki bu ne? Bu da Sarıyer bölgesindeki ormanlık arazide apartman siteleri. Yani biz bir örne in üzerine gidip, geneli görmeme konusunda ola anüstü bir ey içersindeyiz, kararlılık içersindeyiz. Evet. Ve kuzey, bu söyle inin ba ında gösterdi im ye il kalması gereken kuzey, u anda böyle. Yani ya am kaynakları, ormanlar ve su havzaları u anda böyle. Bunlar da ruhsatlı, legal, orman içi villalar.

Evet, ben öyle tamamlamak istiyorum. Bu da dünya kenti stanbul'dan yeni bir peyzaj size. A a ıda e er zavallı Ortaköy Camisi olmasaydı, onun bir bölümü a a ıdaydı, buna stanbul diyebilir miydik? Bir tek Ortaköy Camisi ve yanında da yanmı bir ekilde duran Adile Sultan Yalısı. Bir tek o ikisi, bir tek o ikisi, burasının stanbul oldu unu anımsatıyor.

Efendim iki kavram yakamıza yapı tı. Bu iki kavramın bir an önce bırakılmasını diliyorum. Biri, dünya kenti kavramıdır, dünyanın kimlikli kenti olmalı, dünya mirası olmak lazım, dünya mirası olmayı bilmek lazım. stanbul, dünya mirası olmalıdır. Ötekisi de, marka kent. Yeni bir moda, marka olmak. Marka olmak, bütün tarihsel birikimleri, kimlik de erlerini, uygarlık de erlerini terk etmek anlamına gelir ve çok spekülatif, çok pazarlamacı bir sözdür. Acıyorum ben bazı firmaların "Marka olmak istiyorum" demelerine. Çünkü onlar da farklı bir mecraya girmektedirler. Ödüm kopuyordu ki u marka lafını kentlerden sonra Türkiye için söyleyecekler. Nitekim geçenlerde bakanlardan biri, "Türkiye, marka olacak" diye kalkmasın mı!

(Gülü meler)

Daha geçen hafta. Halbuki markaysa, Anadolu'dur. Anadolu zaten, stanbul zaten, mar-kadan ne kast ediyorlarsa onun en muazzamıdır, en büyü üdür. Ama ne yapalım ki biz Batı söylemi içersinde bu haldeyiz.

Ee, siz beni geç bıraktınız, ben de sizi geç bıraktım. Te ekkür ederim.

(Alkı lar)

Sunucu: Mimar-gazeteci-yazar konu umuz Oktay Ekinci'ye te ekkür ediyoruz bu güzel sunumu için. De erli konuklanınız, günü noktalamadan ve ödül törenine geçmeden önce kısa bir ara. On dakika soma yeniden burada bulu aca ız. Te ekkürler.

Ödül Töreni

İstanbul Ün., Marmara Ün. ve Yeditepe Ün. Eczacılık Fakültelerine
Ödül Sunumu

Prof. Dr. Aysel Gürsoy'a Ödül Sunumu

Basına "Medyada Sa lık" Ödülleri Sunumu

Meslekte 50. Yılını Dolduran Eczacılara Ödül Sunumu

Foto raf, Resim ve iir Yarısı Ödülleri Sunumu

Masa Tenisi Turnuvası Ödülleri Sunumu

Sunucu: Dekan olarak verdi i hizmetlerden dolayı de erli ö retim görevlisi Profesör Doktor Aysel Giirsoy'a plaketini vermek üzere İstanbul Eczacı Odası Başkanlığı ve aynı zamanda Kongre Yürütme Kurulu Başkanlığı Eczacı Zafer Kaplan'ı sahneye davet ediyorum. Profesör Doktor Aysel Giirsoy, lütfen.

(Alkışlar)

Prof. Dr. Aysel Gürsoy: Saygıde er hocalarım, sayın dekanlar, sayın eczacılar, İstanbul Eczacı Odası'nın Başkanı, sanayinin de erli üyeleri, kooperatifler başkanları, sayın oda başkanları... Bugün eczacı odalarının kuruluşunun 50. yılında sizlerle birlikte olmaktan büyük bir mutluluk duyuyorum. Ayrıca da heyecanlandım, böyle bir şey beklemiyordum. Herhalde arkadaşlarım artık emekli olacaklar diye, büyük bir kadir inaslıkla ve vefakar olarak, bana böyle bir anı verdiler. Bunu almaktan büyük bir onur duyuyorum ve çok teşekkür ediyorum. Bu vesileyle, artık 6 yıl, vaktinizi fazla almak istemiyorum ama son bir defa teşekkür etmek istiyorum bazı kurullara.

6 yıllık idarecilik görevim sırasında İstanbul Eczacı Odası, daima yanımızda oldu. Özellikle, 7 yıl geriye sizi götürürsek, 1999 depreminde büyük zarar gören binalarımızın onarımında ilk bize el uzatan, yanımızda olan, mezun eczacılarımızdı. Çünkü üç binamızın emitiye kapanmasıyla öğrencilerimizle, öğrencilerimiz, personelimizle ortada kaldık. Bir ay kadar hiç yerimiz yoktu ve o arada Fen Fakültesi'nin Fizik, Biyoloji ve Süleymaniye'deki Botanik ile Su Ürünleri Fakültesi'ne girdik, ama Fen Fakültesi'nin binalarında kullanılmayan, metruk yerleri bize verdiler. Çiine girmek mümkün değil, çünkü belki 4-5 yıl, Kimya Fakültesi oradan ayrıldıktan sonra boş kalmış yerler. Tabii ki bunu devlet eliyle onarmak, bir sürü bürokratik engelleri ortaya koyacak için zaman alacaktı. Ayrıca da İstanbul, afet bölgesi olarak alınmamıştı. Tabii ki nazımız, kendi meslektaşlarımızı, öğrencilerimize geçti. O zaman dekan arkadaşımız Hakan Berkan, Sanayi İşverenleri Sendikası, ilaç fabrikalarıyla daima diyalog halindeydi. Ama bize ilk el uzatan İstanbul Eczacı Odası'dır. Onların verdiği bilgilerle Fen Fakültesi'nin o metruk yerlerini onardık, onarıldı ve içine sıkı sıkı bir düzenle yerleşti. Daha sonra tabii gerçekten duyarlı olan meslektaşlarımız fakülteye geldiklerinde durumumuzu görüyorlardı ve bu konuyu yine İstanbul Eczacı Odası'nın delegeleri, Türkiye Eczacılar Birliği'nin büyük kurulunda gündeme getirdiler. Tabii sadece İstanbul Eczacı Odası değil Türkiye'nin diğer eczacı odaları da bu konuya el attı ve Türk Eczacılar Birliği de bu konuya duyarlı davrandı ve bize gerçekten çok büyük bir destek verdiler. Burada görüyorum yine ilk etapta bizlere bina-

larımızın güçlendirme ve restorasyon projelerini, ilaç verenleri Sendikası yaptırdı, yol almamıza neden oldular. ilaç fabrikalarından destekler aldık. Mezun öğrencilerimizden bireysel destekler aldık ve neticede bu desteklerle yaralarımız sarıldı ve 2003 yılında iki binamız açılabilirdi. Ve ben bu arada mutlak bazı şeyleri unutamıyorum, heyecanlıyım ancak bize gönülden destek veren bu kurumlardaki İstanbul Eczacı Odası o dönemdeki sayın başkanına, bugünkü sayın başkanına, yönetim kurulu üyelerine, Türk Eczacıları Birliği'nin sayın başkanına ve Merkez Heyeti üyelerine, ilaç verenleri Sendikası'nın yönetim kurulu'nun sayın başkanına ve yönetim kurulu üyelerine ve ilaç fabrikalarına ve eczacı odalarına, aynı zamanda bu olayda bize çok büyük destek veren ve aynı zamanda manevi destek veren, daima yanımızda olan Hedef Alliance Holding'in yönetim kurulu Başkankanı İthem Sancak Beyefendi'ye, çünkü gerçekten devamlı bize moral vermiştir. Selçuk Ecza Deposu'na, ilaç fabrikalarının sayın yöneticilerine ve siz eczacı meslektaşlarıma ve aynı zamanda öğrencilerime teşekkür ediyorum. Burada isimlerini tek tek sayamadım ki ilere de teşekkür ediyorum. Bugünkü bu plaket töreni ve topluca bu, hep biraradayız. Bir kez daha, emeklilerimizle de ruhu yol alırken, sizlere teşekkür etmek istedim. İmdi unuttuğum ve Sait Bey'i görünce şey yapıyorum, İstanbul Ecza Kooperatifi sayın başkanını Sait Yücel'e, bu arkadaşlarımız sadece bu konuda değil, öğrencilerimizin tüm aktivitelerinde, fakültemizin bazı toplantılarında, ekonomik sorunlarımızda daima yanımızda olduğunuz ve ben Aysel Gürsoy olarak ve fakültem adına bir kez daha teşekkür ediyorum.

(Alkışlar)

Görevimi tamamlarken sizlerden bir kez daha bir şey, devamlı hep istiyordum, rica ediyordum. Bir kez daha bir ricada bulunacağım. Bir ekip de işimi oldu, yeni dekan arkadaşlarımız da göreve başladılar, çok iyi yapacaktır ama ben yine de 43,5 yıl hizmet verdim bu fakülte için bir şey daha istemekte istiyorum. A Blok, hızla yapılıyor, tarihi bina. O binanın iç donanımında, daha önceki yıllarda göstermiş olduğunuz duyarlılığı sizlerden tekrar bekliyorum. Hepinize sevgi ve saygılar.

(Alkışlar)

Sunucu: Profesör Doktor Aysel Gürsoy, 43.5 yıllık bir hizmetten söz ettiniz. 43,5 kere teşekkürler Allah olsun.

(Alkışlar)

İstanbul Eczacılık Kongresi'ne katkılarından dolayı, İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı Profesör Doktor Günay Sarıyar'a plaketini vermek üzere Eczacı Sait Yücel'i davet ediyorum. İstanbul Ecza. Koop Başkanını Sayın Yücel lütfen ve Profesör Doktor Günay Sarıyar.

(Alkışlar)

İstanbul Eczacılık Kongresi'ne katkılarından dolayı, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı Profesör Doktor Murat Pekin'e plaketini vermek üzere Kongre Yürütme Kurulu adına Eczacı Adnan Gününen'i sahneye davet ediyorum. Profesör Doktor Murat Pekin, lütfen.

(Alkışlar)

İstanbul Eczacılık Kongresi'ne katkılarından dolayı, Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı Profesör Doktor Dilek Erol'a plaketini vermek üzere Kongre Yürütme Kurulu adına Eczacı Mustafa Turunç'u sahneye davet ediyorum. Profesör Doktor Dilek Erol, lütfen.

(Alkışlar)

Yaptıkları sa lık haberleriyle ilaç ve eczacılık alanına katkıda bulundular. Cumhuriyet Gazetesi'nden Sa lık Muhabiri le Köktürk'e plaketini vermek üzere Ankara Eczacı Odası Ba kanı Eczacı Hilmi ner lütfen. le Köktürk, sahneye lütfen.

(Alk lar)

Kanaltürk'ten Sa lık Muhabiri Fırat atalba 'a plaketini vermek üzere Zonguldak Eczacı Odası Ba kanı Eczacı Sema Karagülle'yi sahneye davet ediyorum. Fırat atalba , lütfen.

(Alk lar)

Medikal Programı Yapımcısı, Habertürk'ten Esra Kazancıba ı'ya plaketini vermek üzere Kongre Yürütme Kurulu yesi Eczacı Nurgül Aktay'ı sahneye davet ediyorum. Esra Kazancıba ı, lütfen.

(Alk lar)

NTV Sa lık Haberleri Sorumlusu Sibel Güne 'e plaketini vermek üzere Kongre Yürütme Kurulu yesi Eczacı Ferda Gener'i sahneye davet ediyorum. NTV Sa lık Haberleri Sorumlusu Sibel Güne , lütfen.

(Alk lar)

Evrensel Gazetesi'nden Sa lık Muhabiri Nihat Karada 'a, plaketini vermek üzere Bursa Eczacı Odası Ba kanı Eczacı Deniz er'i sahneye davet ediyorum ve Evrensel Gazetesi'nden Nihat Karada lütfen.

(Alk lar)

Yn FM'deki "Merhaba Acil" programıyla Doktor Mustafa Stla 'a plaketini vermek üzere Kongre Yürütme Kurulu yesi Eczacı Nihal Kızıl'ı davet ediyorum. Doktor Mustafa Stla .

(Alk lar)

Yn FM'deki yine "Merhaba Acil" programıyla Doktor Beyza Çelenligil Kutay'a plaketini vermek üzere Kongre Yürütme Kurulu yesi Eczacı Ay e Co kun'u sahneye davet ediyorum. Doktor Beyza Çelenligil Kutay.

(Alk lar)

Yaptıkları sa lık haberleriyle ilaç ve eczacılık alanına katkılarından dolayı son plaketimiz yine Yn FM'deki "Merhaba Acil" programıyla Eczacı Mustafa Turunç'un. Plaketini vermek üzere Kongre Yürütme Kurulu yesi Eczacı Rafet ahin'i sahneye davet ediyorum. Eczacı Mustafa Turunç lütfen.

(Alk lar)

Yn FM'den "Merhaba Acil" programıyla Eczacı Mustafa Turunç, aramızda olacağını ya da oldu unu biliyorduk.

(Sahnedeki bekleyen Eczacı Mustafa Turunç'tur)

(Gl meler)

Meslekta ınız adına siz yapabilirsiniz, neden olmasın.

Eczacı Mustafa Turunç: De erli meslekta larım, örgütlü bir toplum olmanın 50. yılında, gerçekten aldığınız bu ödül çok anlamlı bizler için. Radyocu da olduk, biraz konu mada da edemiyoruz. Gerçekten böyle bir anlamlı günde böyle bir dl almaktan dolayı büyük bir haz, büyük bir mutluluk, büyük bir kıvanç duyuyorum. Sreyi kapattım, ödül verecek arkadaşım da geldi, alabilirim. Te ekkür ediyorum.

(Gl meler - Alk lar)

Sunucu: Yön FM'deki "Merhaba Acil" programıyla Eczacı Mustafa Turunç'a plaketini veren Eczacı Ehnaz Efeo lu'na te ekkür ediyorum. Sa olun.

(**tiraz sesleri - "Rafet, Rafet" sesleri**)

stanbul Eczacı Odası'mn 50 yıllık sürecinde stambul Eczacı Odası Ba kanlı ı yaparak mesle e katkıda bulundular, mesle in ilerlemesi için ellerinden geleni yaptılar. Ve ilki. Eczacı Sayın Aydın Tansan. Plaketini vermek üzere Eczacı Sayın Semih Güngör'ü sahneye davet ediyorum. Sayın Aydın Tansan lütfen.

(**Alkı lar**)

Sayın Aydın Tansan, buradadır diye ümit ediyoruz.

(**"Geliyor" sesleri**)

(**Alkı lar**)

Sayın Tansan, ayrılmayınız lütfen. Nasıl ki Oda Ba kanlı ını bir di er arkada ınıza devrettiniz imdiki plaketi de siz vereceksiniz lütfen. Eczacı Nural Vural adına e i Gülara Vural lütfen.

(**Alkı lar**)

Sayın Tansan'a te ekkür ediyoruz. Peki Sayın Tansan siz kalabilirsiniz sahnede, Sayın Vural'a imdilik te ekkür edelim. Sa olunuz efendim ve Eczacı Rifat Baydar, sizin de plaketinizi Sayın Aydın Tansan verecek. Sayın Gülara Vural'la birlikte, birlikte lütfen. Eczacı Sayın Rifat Baydar, ho geldiniz.

(**Alkı lar**)

Sayın Tansan ve Sayın Vural'a te ekkür ediyorum. Sayın Baydar, lütfen siz kalınız, bir sonraki katılımcıya plaketini vermek üzere. Peki toplu foto raf almak üzere tüm Oda Ba kanlarını biz sahnede tutaca ız. 11. ki i tamamlanana kadar hepiniz buradasınız. Eczacı Melih Ziya Sezer lütfen.

(**Alkı lar**)

Sayın Sezer plaketini alacak. stambul Eczacı Odası'mn 50 yıllık sürecinde mesle e ve Oda'ya katkıda bulunan eski Oda Ba kanlarımızdan Eczacı Melih Ziya Sezer. Plaketi veriyor. Buyurunuz Sayın Sezer.

(**Alkı lar**)

Plaketini almak üzere Eczacı Çetin Germenli'yi davet ediyorum sahneye.

(**Alkı lar**)

Yine plaketini almak üzere eski Oda Ba kanlarından Eczacı Adnan Günü en'i sahneye davet ediyorum.

(**Alkı lar**)

Eczacı Sayın Adnan Günü en imdi Eczacı Sait Yücel'in plaketini verecek. Sayın Sait Yücel lütfen.

(**Alkı lar**)

Plaketini almak üzere Eczacı Sabri Kalyoncu'yu sahneye davet ediyorum. Plaketi Sayın Sait Yücel kendisine takdim edecek.

(**Alkı lar**)

Eczacı Mehmet Domaç da plaket alacak eski Oda Ba kanlarımızdan ancak kendisi bugün aramızda değil. Teşekkür ediyoruz, mesleğe ve Oda'ya yapmış olduğu hizmetlerden, verdiği katkılardan ötürü. Eczacı Mustafa Turunç lütfen, plaketinizi almak üzere.

(Alkışlar)

Sayın Turunç, Eczacı Erkan Önsel'in plaketini verecek. Sayın Önsel lütfen.

(Alkışlar)

50 yıllık sürecinde İstanbul Eczacı Odası Başkanlığı yapan bir değerli Başkanımız ve plaketini alacak son katılımcımız, Eczacı Zafer Kaplan, lütfen.

(Alkışlar)

50 yıllık sürecinde İstanbul Eczacı Odası Başkanlığı yapan tüm başkanlarımızı kutluyoruz, verdikleri hizmetten ötürü teşekkür ediyoruz kendilerine. Saygılarız.

Meslekte 50 yılını tamamlamış, mesleğe katmış olduklarından ötürü bugün burada aramızda olan değerli konuklarımız, değerli eczacılarımız var. Profesör Doktor Asuman Baytop ve Profesör Doktor İbrahim Geçgil'e plaketlerini vermek üzere İstanbul Eczacı Odası Başkanlığı Zafer Kaplan'la birlikte İlaç Endüstrisi Üretkenler Sendikası Yönetim Kurulu Başkanı Sayın Bülent Eczacıbaşı ve Başkan Yardımcısı Sayın Tandoğan Tokgöz'ü de sahneye davet ediyorum, plaketleri vermek üzere. Üç konuğumuza lütfen sahneye.

(Alkışlar)

Profesör Doktor Asuman Baytop ve Profesör Doktor İbrahim Geçgil. Profesör Doktor Asuman Baytop yerine plaketini Profesör Doktor Günay Sarıyar almaktadır. Teşekkür ediyoruz Sayın Sarıyar.

(Alkışlar)

Meslekte 50 yılını tamamlayan Profesör Doktor Asuman Baytop, Profesör Doktor İbrahim Geçgil'e teşekkürlerimizi sunuyoruz. Profesör Doktor Asuman Baytop adına Profesör Doktor Sayın Günay Sarıyar, plaketini aldılar. Teşekkür ediyoruz efendim.

(Alkışlar)

Meslekte 50 yılını tamamlamış birçok katılımcımız var bugün aramızda. İsimleri onar onar okuyacağım. Lütfen onarlı isimler halinde sahnede yerinizi alınız ve ilk 10 kişilik gruba plaketlerini vermek üzere İl Sağlık Müdürlüğü İlaç ve Eczacılık Şube Müdürü Eczacı Sayın Rahime Arslan'ı sahneye davet ediyorum. İlaç Endüstrisi Üretkenler Sendikası Yönetim Kurulu Başkanı Sayın Bülent Eczacıbaşı ve Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısı Sayın Tandoğan Tokgöz, bu tören bitimine kadar bizimle sahnede, teşekkür ediyoruz. Eczacı Adil Karaağaç, Eczacı Ahmet Saatçi, Eczacı Asuman Tanyolaç, Eczacı Ata Tokgöz, Eczacı Bedinur Aksüyek, Eczacı Berrin Erten, Eczacı Bülent Aksüyek, Eczacı Coşkun Tuğrul, Eczacı Ekrem Karadağ ve Eczacı Emel Güneysu, sahneye lütfen plaketlerinizi almak üzere.

(Alkışlar)

Eczacı Ata Tokgöz'ün plaketini Erhan Saçlı alacak. Ho geldiniz.

(Alkışlar)

Meslekte 50 yılını tamamladılar. Eczacı Adil Karaağaç, Eczacı Ahmet Saatçi, Eczacı Asuman Tanyolaç, Eczacı Ata Tokgöz, Eczacı Bedinur Aksüyek, Eczacı Berrin Erten, Eczacı Bülent Aksüyek, Eczacı Coşkun Tuğrul, Eczacı Ekrem Karadağ ve Eczacı Emel Güneysu. Teşekkür ediyoruz. Tebrik ediyoruz.

(Alkışlar)

50 altın yıl için tekkürler. Sa olunuz, varolunuz.

(Alkı lar)

İkinci 10 ki ilik grubumuza plaketlerini vermek üzere İstanbul Eczacı Odası Yönetim Kurulu üyelerinden Eczacı Esra Susar'ı sahneye davet ediyorum. Sayın Susar lütfen ve plaketlerini almak üzere Eczacı Fahire Ozano lu, Eczacı Fikret Hızlıalp, Eczacı Güler Tu lular, Eczacı Gülzar Aydın, Eczacı Güzin Arda Öner, Eczacı Halit Hancıo lu, Eczacı Hüseyin Göklü, Eczacı Hüsnü zbek, Eczacı smail Azmi Yüksel ve Eczacı Lale Barlas lütfen. İstanbul Eczacı Odası Yönetim Kurulu üyelerinden Eczacı Esra Susar'la birlikte laç Endüstrisi verenler Sendikası Yönetim Kurulu Ba kanı Sayın Bülent Eczacıba ı ve Yönetim Kurulu Ba kan Yardımcısı Sayın Tando an Tokgöz bizimle birlikteler plaketlerini vermek üzere tekkür ediyorum.

Meslekte 50 yılını tamamlayan Eczacı Fahire Ozano lu, Eczacı Fikret Hızlıalp, Eczacı Güler Tu lular, Eczacı Gülzar Aydın, Eczacı Güzin Arda Öner, Eczacı Halit Hancıo lu, Eczacı Hüseyin Göklü, Eczacı Hüsnü zbek, Eczacı smail Azmi Yüksel ve Eczacı Lale Barlas tekkür ediyoruz hizmetinizden ötürü.

(Alkı lar)

Hizmette 50 altın yıl için tekkürler, tebrikler.

(Alkı lar)

Eczacı Mehmet Rıfat Yücel, Eczacı Münevver Akel, Eczacı Mü erref Gürakar, Eczacı Nacide Gül, Eczacı Necla Barlas, Eczacı Necla Kafkaslıo lu, Eczacı Nermin Güven ve Ecz. Nihal Gedik, lütfen. İstanbul Eczacı Odası Yönetim Kumlu Üyelerinden Eczacı Gülm Açan'la birlikte, ismini saydı ım on ki iyi... Yine, plaketlerini verecekler elbette... laç Endüstrisi verenler Sendikası Yönetim Kumlu Ba kanı Sayın Bülent Eczacıba ı ve Yönetim Kumlu Ba kan Yardımcısı Sayın Tando an Tokgöz.

Eczacı Ayhan Timural, Eczacı Mahir Tangün, Eczacı Mehmet Rıfat Yücel, Eczacı Münevver Akel, Eczacı Mü erref Gürakar, Eczacı Nacide Gül, Eczacı Necla Barlas, Eczacı Necla Kafkaslıo lu, Eczacı Nermin Güven ve Ecz. Nihal Gedik, u an sahneler plaketlerini almak üzere.

(Alkı lar)

Altın de erindeki bu emekler için, hizmetler için tekkür ediyoruz efendim.

(Alkı lar)

İstanbul Eczacı Odası Yönetim Kurulu Üyelerinden Eczacı Hakan Ertem'i, imdi çağıraca ım 7 eczacının, 7 meslekta ımızın plaketlerini vermek üzere sahneye davet ediyorum. İstanbul Eczacı Odası Yönetim Kurulu üyeleriyle birlikte, laç Endüstrisi verenler Sendikası Yönetim Kurulu Ba kanı Sayın Bülent Eczacıba ı ve Yönetim Kurulu Ba kan Yardımcısı Tando an Tokgöz, plaketleri verecekler. Meslekte 50 yılını dolduran Eczacı Nurettin Turan, Eczacı Nurhan Sofuo lu, Eczacı Nurten Cıbıro lu, Eczacı Orhan Yılmaz Kutlay, Eczacı Osman Altunta , Eczacı Özdemir Çetin Çetinkaya ve Eczacı Rıza Rit, sahneye lütfen.

(Alkı lar)

Meslekte 50 yılını dolduran Eczacı Nurettin Turan, Eczacı Nurhan Sofuo lu, Eczacı Nurten Cıbıro lu, Eczacı Orhan Yılmaz Kutlay, Eczacı Osman Altunta , Eczacı Özdemir Çetin Çetinkaya ve Eczacı Rıza Rit... 50 yıllık altın de erindeki eme iniz için tekkürler.

(Alkı lar)

Buyrunuz.

Ecz. Rıza Rit: Sevgili meslektaşlarım, ben Rıza Rit. Bir daha dünyaya gelirim yine eczacı olacağım, yine müzikle meşgul olacağım. Bu andaki, Odamızın 55. kuruluş yıldönümü için, Türk Musikisi Topluluğu'na teşekkür ediyorum. Bugün de ayrıca şeref duyduğum buraya geldiğim için. Çok teşekkür ediyorum. Sevgiler, saygılar.

(Alkışlar)

Sunucu: İstanbul Eczacı Odası Yönetim Kurulu Üyelerinden Eczacı Cenap Sarıalioğlu, şimdi ismini sayacağım 7 eczacımızın plaketteklerini verecek. Eczacı Sabri Müftüoğlu, Eczacı Sabahat Darendeliler, Eczacı Selahattin Adil Badur, Eczacı Solmaz Özünür, Eczacı Suna Onultan, Eczacı Suzan Yağcı ve Eczacı Şerafettin Kuban'a plaketteklerini verecekler, İstanbul Eczacı Odası Yönetim Kurulu Üyelerinden Eczacı Cenap Sarıalioğlu ile birlikte İstanbul Endüstrisi İşverenler Sendikası Yönetim Kurulu Başkanı Sayın Bülent Eczacıbaşı ve Yönetim Kurulu Başkanı Yardımcısı Sayın Tandoğan Tokgöz.

Meslekte 50. yıldönümünü tamamladılar, Eczacı Sabri Müftüoğlu, Eczacı Sabahat Darendeliler, Eczacı Selahattin Adil Badur, Eczacı Solmaz Özünür, Eczacı Suna Onultan, Eczacı Suzan Yağcı ve Eczacı Şerafettin Kuban... Tebrikler.

(Alkışlar)

Eczacı Sabri Müftüoğlu, Eczacı Sabahat Darendeliler, Eczacı Selahattin Adil Badur, Eczacı Solmaz Özünür, Eczacı Suna Onultan, Eczacı Suzan Yağcı ve Eczacı Şerafettin Kuban... Tebrik ediyoruz, yarım asırlık emeklerinize, hizmetinize için.

(Alkışlar)

İstanbul Eczacılık Kongresi Yürütme Kurulu üyelerinden Eczacı Şerife Serdar, plaketteklerini verecek ismini sayacağım son grup katılımcılarımız için, son gmp katılımcılarımıza. Meslekte 50. yıldönümünü doldurdular. Eczacı Şerif Oran, Eczacı Turhan Bayülgen, Eczacı Türkan Ural Gençoğlu, Eczacı Ümit Güneş, Eczacı Yezdan Badur, Eczacı Yüksel Subaşı, Eczacı Zekavet'in ve Eczacı Zeynep Ercengiz... Eczacı Şerife Serdar'la birlikte, meslekte 50. yıldönümünü dolduran bu değerli eczacılarımıza İstanbul Endüstrisi İşverenler Sendikası Yönetim Kurulu Başkanı Sayın Bülent Eczacıbaşı ve Yönetim Kurulu Başkanı Yardımcısı Sayın Tandoğan Tokgöz de plaketteklerini sunacaklar.

Eczacı Mehmet Sadık Eratik de meslekte 50. yıldönümünü tamamladı. Plakettekni almak üzere... Tebrikler, tebrikler.

Eczacı Şerif Oran, Eczacı Turhan Bayülgen, Eczacı Türkan Ural Gençoğlu, Eczacı Ümit Güneş, Eczacı Yezdan Badur, Eczacı Yüksel Subaşı, Eczacı Zekavet'in, Eczacı Zeynep Ercengiz'le birlikte Eczacı Mehmet Sadık Eratik de meslekte 50. yıldönümünü doldurdular. Tebrik ediyoruz, kutluyoruz. Tebrikler.

(Alkışlar)

Biz güne başlarken kayıt yaptıran kişilerin listesinden burada olduklarını tahmin ettik, bildiğimiz ki ilere plaketteklerini verdik. Acaba burada olup da ismini saymayı atladığımız ve meslekte 50. yıldönümünü veren, bu hizmeti 50 yıl sürdüren meslektaşlarımız var mı? Var ise özür diliyoruz, plaketteklerini almak üzere sahneye davet ediyoruz elbette.

(Alkışlar)

Eczacı Halit Öncel... Tebrik ediyoruz.

(Alkışlar)

ilaç Endüstrisi i verenler Sendikası Yönetim Kurulu Ba kanı Sayın Bülent Eczacıba ı ve Yönetim Kurulu Ba kan Yardımcısı Sayın Tando an Tokgöz'e katılımlarından ötürü te ekkür ediyoruz efendim. Sa olun.

(Alkı lar)

Belki de ödül töreninin en özel konukları... Çünkü onlar gelece in umutları. Foto - raf, resim ve iir yarı ması ödülleri payla tılar. İmdi de ödülleri alacaklar.

"Türkiye'den Eczane Manzaraları ve nsan" konulu foto raf yarı ması sonuçlarında bir, iki ve üçüncülü ü alan karde lerimizi sahneye davet edece im. Ancak öncelikle Ara - tırmacı İlaç Firmaları Derne i Ba kanı Sayın Altan Demirdere'yi, karde lerimizin hedi- yelerini vennek üzere sahneye davet ediyorum. Sayın Altan Demirdere, lütfen.

(Alkı lar)

"Umutlar ve Detaylar" adlı foto rafıyla birincili i kazandı Sayın Erhan Saçlı. kin- cili i, "Rekabet" adlı foto rafıyla Ciülay Türel kazandı. "Eczane Dünyası-2" adlı foto - rafıyla brahim Ay il, üçüncülü e de er görüldü, üçüncülü ü kazandı. Erhan Saçlı, Gülay Türel ve brahim Ay il, sahneye lütfen.

"Umutlar ve Detaylar" adlı foto rafıyla Erhan Saçlı, birincilik ödülü sahibi. "Reka- bet" adlı foto rafıyla Gülay Türel ikinci ve "Eczane Dünyası-2" adlı foto rafıyla brahim Ay il, üçüncülü ü kazandılar. Tebrik ediyoruz, kutluyoruz.

(Alkı lar)

Sayın Altan Demirdere'ye de te ekkür ediyoruz ve Eczacılık Fakülteleri ö rencileri arası yapılan iir yarı ması sonuçlarına geçmeden önce ödülleri vermek üzere Kongre Yürütme Kurulu Üyesi Eczacı erife Serdar'ı sahneye davet ediyorum.

"Kalp Roma(n)tizması", " İk Gençli imin Sayıklamaları", "Kutsal" ve "Kalbimle Münazara" adlı iirleriyle Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 4. sınıf ö rencile- rinden, birinci, Bilal Çiftçi'yi alkı lıyoruz.

(Alkı lar)

iir yarı masında ikincilik ödülü, stanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 4. sınıf ö rencilerinden Ercan Durgaç'ın.

(Alkı lar)

Ercan Durgaç, "Adam", "Çocuk", "Veda" ve "Su Kızı" adlı iirleriyle ikincili i aldı. Eczacılık fakülteleri ö rencileri arası yapılan iir yarı masında üçüncülü ü, Ankara Üni- versitesi Eczacılık Fakültesi 2. sınıf ö rencilerinden, "Umutsuz", "A k" ve "Son arkı" iirleriyle Elif Sarıgöl kazandı. Elif Sarıgöl, lütfen.

(Alkı lar)

Bilal Çiftçi, Ercan Duıgaç ve Elif Sarıgöl'ü kutluyoruz. Ancak Elif Sarıgöl'ü sanıyo- rum sahnede göremedik. Gelememi , aramızda de il, kendisini kutluyoruz.

Bir di er ödül kategorimiz de erli konuklar, eczacılar arasında yapılan masa tenisi turnuvasında ilk 4 sırayı payla an meslekta larımızın olacak. stanbul Eczacı Odası eski ba kanlarından Eczacı Çetin Germenli'yi, ilk ikiye ödülleri vermek üzere sahneye davet ediyorum. Birinci, Eczacı Serpil Baykal... kinci, Eczacı İık Ertufan, lütfen. Eczacılar arasında yapılan masa tenisi turnuvasında birincili i Seipil Baykal, ikincili i İık Ertu- fan kazandılar.

(Alkı lar)

Masa tenisi turnuvasında birincili i kazanan Serpil Baykal ve ikincili i kazanan I ık Ertufan'ı kutluyoruz.

(Alkı lar)

Sayın Grmenli'ye de te ekkür ediyoruz. Masa tenisi turnuvasında üçüncülü ü alan Eczacı Sayın Seyhan Candan ve Eczacı Turan Gürsoy'u sahneye davet edece im. Hediyelelerini vermek üzere Kongre Yürütme Kumlu Üyesi Eczacı eh naz Efeo lu'yla birlikte lütfen.

Masa tenisi turnuvasında üçüncülü ü Eczacı Seyhan Candan, dördüncülü ü Eczacı Turan Gürsoy kazandılar.

Masa tenisi turnuvasında derece alan Eczacı Serpil Baykal, Eczacı I ık Ertufan, Eczacı Seyhan Candan ve Eczacı Turan Gürsoy'u kutluyoruz. Ödülleri veren Eczacı eh naz Efeo lu ve Eczacı Levent Alemdar'a da te ekkür ediyoruz.

(Alkı lar)

"Söz büyü ün, su küçü ün" derler, bugünün son sözü aslında onların. Onlar yarının büyükleri. Emekleri için buradalar, emeklerinin kar ılı mı almak üzere... Tebrik edece iz onları.

İk ö retim okulları arasında yapılan "Barı " konulu resim yarışması sonuçlarında, dereceye giren karde lerimize ödülleri vermek üzere stanbul Eczacı Odası eski Oda Başkanlarından Eczacı Melih Ziya Sezer'i öncelikle sahneye davet ediyomm ve ilk üçü payla an karde lerimiz... Özel Basıncöy İk ö retim Okulu 3/C sınıfından, birinci, Kahan Hodul.

(Alkı lar)

Hırka-i erif İk ö retim Okulu 2/D ö rencilerinden, Melis Okçu. Melis Okçu, burada mı acaba? Bilfen Çamlıca İk ö retim Okulu 1/E sınıfından, üçüncülü ü kazanan Zeynep I ıl Rabu ... Sahneye lütfen.

(Alkı lar)

Birinci, Kahan Hodul... kinci, Melis Okçu... Tebrikler, ho geldin ve üçüncü, Zeynep I ıl Rabu ... Yürekten kutluyoruz sizi. Tebrikler.

(Alkı lar)

Resim yarışmasında mansiyon kazanan karde lerimiz... Özel Basıncöy İk ö retim Okulu 3/C sınıfından, Hasan Ünlükahraman.

(Alkı lar)

Hırka-i erif İk ö retim Okulu 2/C sınıfından, Feyza Nihal U ur...

(Alkı lar)

Özel Basıncöy İk ö retim Okulu 2/C sınıfından, Ay ima Alp... Ho geldiniz.

(Alkı lar)

Mansiyon kazanan karde lerimizi de foto rafkaresine alaca ız elbette. stanbul Eczacı Odası eski Oda Başkanlarından Eczacı Sayın Melih Ziya Sezer, ödülleri verecek. Bekliyoruz.

(Alkı lar)

İk ö retim okulları arasında yapılan "Barı " konulu resim yarışmasında, 1., 2., 3. sınıflar arasında ödül alan karde lerimiz... Birazdan 4 ve 5. sınıflar arasında ödül alan, di er 7 karde imizi de sahneye davet edecc im elbette.

Toplu foto raf çekimi yapıldıysa di er grubu sahneye davet etmek istiyorum. Sayın Melih Ziya Sezer, te ekkür ediyoruz bu arada. Sa olunuz. stanbul Eczacı Odası eski Oda Başkanlarından Eczacı Aydın Tansan'ı, di er ödüllerimizi vermek üzere sahneye davet edi-

yorum. Teekkürler Sayın Sezer. 4. ve 5. sınıflar arasında yapılan yarı mada birincili i, Hırka-i erif İkö retim Okulu 4/C sınıfından, Fatma Merve U ur kazandı.

(Alkı lar)

İkincili i, Özel Dr. Natuk Birkan İkö retim Okulu 5/C ö rencilerinden Sinan Ertem, üçüncülü üyse, yine Özel Dr. Natuk Birkan İkö retim Okulu 4/C sınıfı ö rencilerinden Ali Tezcan kazandılar.

("Bravo" sesleri)

Do ru söyledim de il mi Ali? Tezkan? Ali Tezkan'mı . Ö zür dilerim Alici im. Ve ödül-leri vermek üzere İ stanbul Eczacı Odası eski Oda Ba kanlarından Eczacı Aydın Tansan... Umarım bizi duydu.

O zaman Profesör Doktor Filiz Meriçli'den rica edece iz bu görevi. Teekkürler, Sayın Meriçli.

4. ve 5. sınıflar arasında mansiyon kazanan di er karde lerimiz... Güzide Yılmaz İkö -retim Okulu'ndan Sava Barı Aydemir, Hırka-i erif İkö retim Okulu 4/B ö rencilerinden Safiye Parlak, Özel Basınköy İkö retim Okulu 4/D sınıfı ö rencilerinden Eser Göksu I ık ve Özel Dr. Natuk Birkan İkö retim Okulu 4/D sınıfı ö rencilerinden Ay e Elif Özkan... Sahneye lütfen.

(Alkı lar)

Ho geldiniz.

Sava Barı Aydemir, burada de il herhalde bugün. Mansiyon alan karde lerimizden, Güzide Yılmaz İkö retim Okulu ö rencisi.

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Siz de alkı layın ama!

("Evet, bravo, bravo!" sesleri, alkı lar)

Sunucu: Onları tabi ki alkı lıyoruz çünkü onlar barı konusunda ürettikleriyle ödül aldılar.

(Alkı lar)

6, 7 ve 8. sınıflar arasında ödül alan karde lerimize, ödüllerini vermek üzere İ stanbul Eczacı Odası eski Oda Ba kanlarından Eczacı Rıfat Baydar'ı sahneye davet ediyorum. Bi-rincili i, Kadir Rezan Has İkö retim Okulu 6/F sınıfı ö rencilerinden Do u han Demir aldı. Do u han Demir, lütfen.

(Alkı lar)

Hırka-i erif İkö retim Okulu 6/C ö rencilerinden ikincili i kazanan Aslıhan Uçar...

(Alkı lar)

Özel Takmanças Ermeni İkö retim Okulu 7. sınıf ö rencilerinden Nalı od im ek, üçün-cülü ü kazandı. Tebrik ediyoruz.

(Alkı lar)

Jüri özel ödülüyse Katip Çelebi İkö retim Okulu 7/A sınıfı ö rencilerinden Abdülsamed Do an'm. Ho geldin Abdülsamed Do an ve mansiyon kazanan karde lerimiz... Hırka-i erif İkö retim Okulu 7/D sınıfı ö rencilerinden Sena Ay... Kadir Rezan Has İkö retim Okulu 6/D sınıfı ö rencilerinden rem Hano lu... Tebrikler.

(Alkı lar)

("Ödülleri gösterin" sesleri)

(Ödül alan öğrencilerden biri: "Boya, boya... Merak etme...")

(Gülü meler)

Bir ressam adayına verilebilecek en iyi ödül boya tabii ki, tebrikler.

(Alkışlar)

(Ödül alan öğrencilerden biri hayır, "Çok ya a, iyi ya a sesleri")

Hepiniz iyi ya ayın ve bol bol resim üretin, olur mu? Tebrikler.

(Alkışlar)

("Sayın misafirlerimiz, yukarıda kokteyimiz var, sizleri de bekliyoruz Taksim Salonu... Buyrun...")*

Sunucu: Değerli konuklar, böylelikle bugünün de sonuna gelmiş olduk. İstanbul Eczacı Odası'nın kuruluşunun 50. yılı dolayısıyla düzenlenen İstanbul Eczacılık Kongresi açılış töreni ve ödül törenimiz sona ermiştir. Teşekkür ediyoruz. Hoşça kalın.

Do al İlaçlarda Etkinlik: Dü ve Gerçek

Prof. Dr. Erdem Ye ilada

Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

Günaydın. Öncelikle meslek odamızın 50. kuruluş yıldönümü nedeniyle düzenlenen bu toplantıda, 50. yılını idrak eden İstanbul Eczacı Odası olmak üzere tüm meslek odası kuruluşlarını, ecza odası kuruluşlarına nice 50 yılları başarıyla tamamlamalarını diliyorum.

Sayın Başkan, değerli meslektaşlarım bugünkü konu başlığının konusu, "Do al ilaçlarda Etkinlik: Dü ve Gerçek." Dü nedir? Dü, insanolu yaşam boyunca, varlıktan beri, tarih boyunca hep ölümsüzlük sırlarının peşinde koşmuştur. Efsane odur ki, Lokman Hekim bitkilerin aralarında konu urken duyup kaydetti ölümsüzlük formülünü, yine denir ki Ceb-rail'in kanat vuruşuyla Ceyhan Nehri'ne düşerek kaybetmiş. O gün bu gündür insanlar ölümsüzlük sırlarının peşinde koşuyorlar. Tabii buradaki anahtar kelime resimden de görüldüğü gibi bitkiler. Yani ölümsüzlük sırlarının nerede bulunduğunu bize adres gösteriyor. Tabii, ölümsüzlük belki mümkün değil ama yapılan bilimsel çalışmalar, insanların 150 yıl kadar yaşayabilecek genetik mirasa sahip olduğunu ortaya koyuyor. Özellikle son yıllarda gündeme oturan, bazıları tamamlanan, insan genom projesi, canlıların klonlanması, kök hücre nakli gibi projeler, ölümsüzlüğü yakalamak için, ulaşmak için gündeme getirilen, uygulanan projelerin bazıları.

Yakın bir gelecekte, eskiyen organlarımızı, kısımlarımızı kendi hücrelerimizden üretilen yedek organlar ile yenileyebileceğiz. Daha ilmden ortalama yaşam süresi Japonya, Norveç, skandinav ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde 80'li yaşları geçti. Ülkemizde bile 70'li yaşlar civarında. Tabii biz bu ölümsüzlüğe erişene kadar, daha uzun yaşam sürelerine erişene kadar, mevcudu korumamız için ilmi çalışıyoruz. Bunun için de sağlıklı ve uzun bir yaşam için de uzmanlar bazı hususlara dikkati çekiyorlar. Diyet, spor yapmak, dengeli beslenmek, stresten uzak bir yaşam gibi.

Konu tabii medyada da sık sık gündemde. Bakın bu hafta içerisinde Hürriyet gazetesinde Latif Demirci'nin eskizleri bu çerçevede. Bakın diyet falı çektiriyor tav ana ve çıkan falda da bayağı do ru bir formül var. Bir tatlı kakaolu karnıyarık otu gibi, popüler bir formül daha doğrusu; yarım papaya, bir bardak soya sütü, bir çorba kakaolu keten tohumu yağı gibi. Veyahut Demirci'nin daha önce çıkan bir eskizi, yine bir sağlıklı besinler sunan bir restoranda bir entel garson menüyü okuyor, önerilerini sıralıyor: Mevsim vitamini olarak size C'yi tavsiye ederim. Ana vitaminden önce isterseniz ortaya karışık bir multi-vitamin hazırlatayım. Antioksidanlardan da fırında ginkgo globa var. "Çecek ne alırsınız?"ın cevabı, "Calcium Sandoz alayım ben" ekinde.

Peki gerçek ne? İnsanların bu konudaki zaafı, günümüzde konuya ticari gözle bakan kişiler tarafından hızla kazanca dönüşümlü çalılışmaktadır. Dünya genelinde sağlıklı ve uzun yaşam kavramı için harcanan miktar milyarlarca dolarlık dev bir endüstri ve pazar haline gelmiştir. Ülkemiz de bu gelişmelerden nasibini almıştır.

Sağlıklı yaşam kavramı bana bir Nasrettin Hoca fıkrasını çok anımsatıyor. İsterseniz bu fıkrayı bir hatırlayalım. Hoca'nın alacaklısı kapıya dayanmış. "Hoca ver artık verdiğin borcu" diye çıkmış. Hoca, "tamam, çok yakında faiziyle ödeyeceğim" demiş. Bahçenin kenarına yeni diktiği çalılışları göstererek açıklamış. "Buradan sürüler geçer. Bu çalılışlar biiyü-

9 Aralık 2006 - Cumartesi

Oturum Yöneticileri

Prof. Dr. Mür it Pekin (*Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı*)

Prof. Dr. elal Çakıcı (*Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi*)

Prof. Dr. Mür it Pekin: De erli konuklar, sevgili arkada larım; meslek odamızın 50. kurulu yıldönümü için hazırlanan etkinliklerden bir tanesi olan bu Eczacılık Kongremize ho geldiniz.

İlk oturum sabahın bu erken saatlerinde, cumartesi günü bize dü tü. Büyük bir zevkle, memnuniyetle kabul ettik. İmdi, oturumumuzun ilk konu macısı Sayın Prof. Dr. Erdem Ye ilada. "Do al laçlarda Etkinlik, Dü ve Gerçek" isimli konu masını yapacak. Kendisinin CV'sini sayın hocam îlal Çakıcı'dan rica edeyim.

Prof. Dr. elal Çakıcı: Prof. Dr. Erdem Ye ilada, 1949'da Zonguldak'ta do du. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. Yüksek lisansını 1972 yılında, doktorasını 1979 yılında doçentli ini ise 1987 yılında aldı. Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi Anabilim Dalı'nda 1988 yılında doçent, 93 yılında profesör oldu. Daha sonra 2005 yılından itibaren Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ndeki görevinden ayrılarak Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi ve Fitoterapi Anabilim Dalı'nda ö retim üyesi olarak görevine ba ladı. Akademik ya amı sırasınca Kyoto University'de, University of London Kings College of Pharmacy'de daha sonra tekrar Kyoto University'de, Upsala Üniversitesi'nde ve Tokushima Üniversitesi'nde olmak üzere de i ik zamanlarda uzun süreler ara tırmalar yaptı. 196 adet bilimsel yayını, 920 adet Science Citation Index'te yayınlanmış sitasyonu bulunmaktadır. Çalı ma alanları arasında triterpenit ve sterodial saponinlerin izolasyon ve yapı tayini, bitkisel drogların kalitatif analizi, etno-farmakognozisk arazi çalı maları, halk ilaçlarının anti-romatizmal ve anti-enflamatuar etkileri ve bu etkiye sahip bile ikler üzerinde çalı malar, halk ilaçlarının anti-insörojonik, anti-diabetik, hepato-protektif etkileri ile ilgili ara tırmalar, bitki doku kültürü teknikleriyle etken madde üretimi gibi çalı malar bulunmaktadır.

Akademik kariyerinin yanı sıra, çalı ma alanlarının yanı sıra, mesleki kariyerinde önemli görevler üstlenmiştir. *Journal of Etno-medicine and Etno-biology*'de, *Journal of Etno-pharmacology*'de "editorial board" üyesi i ve editörlük görevleri yapmış ve hâlâ yapmaktadır. Sağlık Bakanlığı İ laç Ruhsatlandırma ve De erlendirme Komisyonu Üyesi i, *FALAT Journal of Pharmaceutical Sciences of Ankara*'da editör yardımcılığı, yayın kurulu üyesi i gibi görevleri daha önce yapmış ve devam etmektedir. Halen *Sabah* ve *Star* gazetelerinde "Doanın Erdemi" başlıklı kö e yazıları yazmaktadır.

Hocamızı konu masını yapmak üzere kürsüye davet ediyorum.

yünce, koyunların yünleri bu çalılara takılacak ve ben de bunları toplayıp pazarda sataca ım. Kazandı ım parayı da sana verece im." Alacaklı ba lamı gülmeye. Hoca hazır cevap; "Pe in parayı görünce, nasıl gülersin köftehor."

Evet, biraz, sa lıklı ya amla ilgili yapılan spekülasyonlar bu fıkrayı, bu nükteyi bana hep nedense anımsatıyor. Mesela birkaç ay önce elime geçen bir dosya zeoit ile ilgiliydi. Bu örne in, bu fıkranın tam birebir gerçe i, yansıması. Kalsiyum alüminyum silkat terkibi bir volkanik kütle biliyorsunuz. Esasında kozmetik preparatlarda agresif olarak ölü deriyi soyma için kremlerin içinde kullanılıyor. Bu amaçla bazen kullanılıyor. Ama vücutta emilimi söz konusu de il. Bir tablet formülasyonu ve içerisinde öyle endikasyonlar verilmi : Kalp ve damar hastalıklarını önleyici, karaci er rahatsızlı ını giderici, ba ı klık sistemini güçlendirici. Peki bunları nasıl yapıyor emilemeyen bir ilaç? Ba ırsaklardan ya ların emilimini engelledi i için kalp, damar hastalıklarını önlüyor. Ba ırsaklarda toksinleri tutarak emilimini önledi i için karaci er rahatsızlıklarını önlüyor ve karaci erin rejcneryasyonunu hızlandırıyor. Ve patojen mikroorganizmaların toksinlerini tutarak ba ırsakta yararlı bakteri laktobaciHu ların geli imini sa ladı ı için de, dolaylı olarak bunlar geli ince de ba ı klık sistemini güçlendiriyor. Peki ki inin aldı ı besinlerdeki gerekli bile enleri tutmaz mı bu? Ki inin kullanması gereken ilaçlardaki bio-yararlanımı engellemez mi bu? Görüyorsunuz, aynı Nasrettin Hoca nüktesinde oldu u gibi.

Spekülasyonları yapılan konuların en ba nda antioksidanlar geliyor. Serbest radikallerin birçok hastalı ın olu umundaki rolü ortaya konulduktan sonra, invitro olarak, herhangi bir farmako-kinetik, dinamik çalı ma yapılmadan bile, invitro çalı maların sonuçları hayatiyete geçirilmeye çalı ılıyor. Antioksidan etkisi tespit edilen do al ürünler, özellikle polifenolik bile iklerin, flavanoidler, tanenler falan, antosiyaninler; bu ekilde her türlü hastalı a deva olarak pazarlandı ını görüyorsunuz. Kanserden, kalp damar hastalıklarına, karaci er... her tür hastalı a. Hatta sigara içenlere, sigaranın zararlarını giderici olarak 800 ünite gibi yüksek dozda E vitamini verildi ini bile görüyorum.

Kelçap reklamına bakın; alı tı ımız bir ketçap reklamı ne hale gelmi bakm. Likopenin sayısız faydaları: Likopen kanser ve kalp krizi riskini azaltır, ba ı klık sistemini güçlendirir, kemik kırılmalı ını azaltır, cildi radyasyon etkilerinden korur ve güzelle tirir. Günde dört ka ık domates rendesi. Ketçap veya domates rendesi reklamları bile ne hale geldi.

Tabii di er bir spekülasyon alanı ise son zamanlarda ahit oldu umuz kolesterol dü ü rücü ürünler. Net bir ifadeyle %15 azalma sa ladı ı ifade ediliyor ki, statin grubu için bile bunu böyle net bir ekilde ifade edebilmek mümkün de ilken. Dü ünebiliyor musunuz, dilim ekme in üzerine ya ları sürerek kolesterolünüz dü üyor. Ne kadar güzel bir ey, de il mi?

Tabii bu yapılan reklamlar esasında 25 A ustos'ta yayınlanan Gıda Kanunu'na ek olarak etiket düzenlemesiyle hak halinde bunlara verilmi durumda, gıda üreticilerine. Fakat i i abarttıkları, sonra Sanayi Bakanlı 'na yapılan itirazla karara ba lanıyor. Sanayi Bakanlı ı bütün bunlara 180 milyar civarında ceza kesiyor ve hâlâ ödenmedi ini ben duydum. Bu ekilde bir spekülasyon.

Tabii bir ba ka spekülasyon alanı, aktivite, enerji, canlılık veren ürünler. Çay, içecek, pastil formlanında sunulan bu ürünlerin içerisine stimiilen olarak yüksek oranda kafein içeren mate ekstresi, kola ekstresi veya saf kafein ilave ediliyor. Ve denetim bulunmadı ı için de ambalaj üzerinde de ço u kez bildirmeye gerek duymuyorlar. Bazıları mate ekstresi yazıyor ama aranızda mate ekstresinin yüksek oranda kafein ta ıdı ını bilen kaç ki i var? Çok azdır. Çünkü farmokognozinin çok iyi olması lazım, Türkiye'de bulunmayan bir bitki. Tabii

bu ürünü mesela halsizlik hisseden, kendini dinç olarak hissetmek isteyen hastaların aldığı için. "Kafein, çay, kahve içmeyin" diyorsunuz.

Medyada bu her gün de iki ekillerde, "Göğüs kanserini lahanayla önleyin"den (...) de iki endikasyonlar yer alıyor. Veyahut, "Karpuz ve domates ye spermin kaliteli olsun." Özellikle Türk halkının üzerinde durduğu bir husus. Prostatın ilacı elma, sarımsak ve kara üzüm. Tabii bu sadece Türkiye'de değil, dünya genelinde yaygın. Mesela ünlü dergi *Time'm* da kapaklarında ara ara, kapakları dahil içerisinde bu konuların iki taneini görüyoruz. Üç fındık mıydık da buradan çıkmıştı. Hatta iki, dünya çapında tanınmış hekimimiz de üç fındık mı bir avuç fındık mı diye komik bir tartışmaya girmişti, hangisini kullanmanın daha doğru olacağını eklinde. Fakat yine *Sabah* gazetesinde bu yakınlarda çıkan keten tohumuyla ilgili haber, bakın urayı bir okuyun. Keten tohumunun iyi gelmediği hastalık var mı? Ruhsal bozukluklardan konsantrasyon eksikliğine, yalanlamaya bağlı dikkat tıkanıklığından mide bağırsak sorunlarına, bağırsakları yumu atmasından kemiklere, menopozdan kalp damar, kolesterol, romatizma, egzama, öksürük, nasır... her bir şey. Ve burada ne diyor, bakın. Salataların üzerine serpi tirerek veya günde bir çorba kapaklı yenerek veya sıvı eklinde tüketerek. İmdi bu kullanımlar da yanlış. Salata eklinde serpi tirerek. Bunun bol suyla alınması lazım ve bir akrabam salata üzerine serpi tirdiği için bağırsak tıkanıklığından ameliyat oldu. Çünkü bol suyla içmesi gerektiğini bilmediği için.

Bu tabii, lokal gazetelerde de, bakın bu da balın, Hatay'da, her derde deva geldiğiyle ilgili. Yani hücre yenilemeden sperm çoaltmaya. Bakın hepsinde en başta sperm çoaltma geliyor. Vücutta minerallerin artması, bel gevrekliği, her nevi hastalığa bu da iyi geliyor. Bal balcıdan alınır, evet.

Gazete ve dergiler sık sık ilave kitapçıklar veriyor. Ama bu kitapçıklar gerçekten işler acısı. İçerişi rezalet, doğru olmayan bilgilerle dolu. Yine gazetelerde çabada lokman hekimler günlük yaşam reçeteleri, uzun ömür tavsiyelerinde bulunuyorlar. Ve bu hafta çıkan bir yazılarından bir örnek. Zeytinyağıyla ilgili. En alttaki satırı lütfen okuyun. "Çerdiği iltihap giderici dozal 'buprofen' maddesinin kanser, kalp ve Alzheimer..." Bunu kim yapıyor? Hepinginiz anladınız.

Peki bu olaylar içerisinde eczacılar nerede? Bakın bu ara yine birkaç ay önce *Hürriyet* gazetesinde çıkan "Türkiye'nin en iyi on aktarı." Burada ne dikkatinizi çekiyor? İçerisinde bırakın farmakognost bir tane eczacı bile yok arkadaşlar. Mehur Herbalist Atabay Güivelo lu bile var. Gurmeler var. Kitap yazarları var. Hekim var. Bir tane eczacı bile yok. Nerdeyiz?

(Slaytla ilgili bir sorun çıkıyor)

İmdi tabii kitaplar da yayınlanıyor. Piyasada bir yılın kitap var bilmem dikkatinizi çekti mi? Ve ben sık sık kitabevlerince gider bunları alırım. Oldukça pahalı bir merak olmaya başladı. Çünkü acayip yayın çıkıyor. Abuk sabuk kitaplara da para vermek zorunda kalıyorum ama içerişi öyle materyalle dolu ki yani Cem Yılmaz gibi bir stand-up övü bile yapılabilir bu konuda. İçerisinde hemen hemen hiç eczacı yok. Her meslekten, ev kadınından tutun çevirmene, hekimden tutun ziraatçıya, biyoloğa, her nevi; profesörler de var ama ne profesörü? Tıp profesörü, ziraat profesörü, biyoloji profesörü ve tarih profesörü. Bakın kitaplardan, içine girelim mesela, adaçayı. Adaçayıyla ilgili yine bir yılın endikasyon sergilenmiş. Türkiye'de 80 tür adaçayı var. Ama burada etkisinden sözünü ettiği adaçayı *Salvia officinalis*. uradan anlıyoruz, uyarı kısmında "uzun süreli ve ağız kullanımı zehirlenme belirtileri yapabilir" diye... Fazla kullanmamak lazım. Uçucu yağdaki ketonik bileşikler ne-

deniyle. Ama Türkiye'deki öteki 80 adaçayı türünün bile imleri aynı de il ki aynı etkiyi gösterebilir. Üstelik Türkiye'deki zaten triloba en çok satılan ihraç edilen türlerimiz arasında.

Bakın ansiklopedi haline dönü mü bir ifalı bitkiler kitabı. Kim yazarı? Hukuk fakültesi mezunu.

Bunu bir hekim yazdı. "Çay bir mucizedir" diye. Ben bu kitabı alır almaz hemen yayınevime ve destekleyen kurulu a protesto faksı çektim ve gerekçeleriyle bu kitabı piyasadan toplamlarını istedim. Bana herhangi bir dönü olmadı ama ben bu kitabı piyasada göremiyorum. Muhtemelen toplanmı olabilir ama içerisinde... yani tamamıyla hatalı. Bu neye benziyor? Benim kalp hastalıkları ile ilgili bir kitap yazmama benziyor. Ben de sa lıkçıyım ama ne derece do ru bilgi verebilirim halka.

Bakın bu da hafız, arkadaş lar; bu kitabın yazarı. Bakın bir ekspektonan formül, balgam; sinameki, güzellik tohumu, badem, çörek otu ve bal. Sinamekiyi biliyorsunuz. Sıkıysa öksürsün bunu alan adam.

Evet, bakın kiraz. Kirazın faziletleri. Aspirinden on kat daha fazla a rı kesiciymi . Yani olur ya ben bilmem. Hemen bilimsel tarama motorlarına girdim. Hiçbir ey yok. Nedir bu peki. Bir kere kiraz olarak verdi i eylerin önemli bir kısmı sapma ait. Kiraz sapını biliyorsunuz gutta, nikriste kullanılıyor. Hafif bir anti-enflamatuar bioretik oldu u için yararlı sonuçlar verebiliyor. Ama bir tedavi aracı olarak de il, yardımcı. Burada kiraz yiyerek olur diyor. Bu bilgiyi nereden çıkarıyor? Antosiyaninin bu ekilde bir etkisi varmı . Aspirinin on katı. Aspirinin ne kadar kuvvetli bir a rı kesici oldu unu biliyoruz. Onun da on katı, dü ünebiliyor musunuz? Kiraz yiyerek, yirmi tane kiraz yetiyor günde.

Tabii abartılı endikasyonların yanı sıra abartılı olumsuz yazılar da var. Etkisiz, zararlı ekinde. Bakın bunlardan örnek vermek istiyorum. Bunlar da hep abartılı çünkü. Do anın Prozac'ı olarak *Time* dergisine kapak olmu kantaron, St. John's Wort diye tanımlıyor. Yan etki profili çok iyi incelenmi bir bitki. Olası ilaç etkile melerinin ayrıntılı olarak sunulmu olması bazı meslekta larım tarafından bile çok zararlı etkileri var ekinde hatalı de erlendirmeye tabi tutuluyor. Hayır arkadaş lar. Bu zararlı etkileri yok. Her bitki, her ilacın bir yan etkisi vardır. Bunun etki profili iyi incelenmi tir. Ortaya konulmu tur. Farmako-kinetik, farmako-dinamik; her bir eyiyle. Bakın nitekim 5 bin hasta üzerinde yapılan epidemiyolojik bir çalı manın sonuçları antidepresanlar ile yan etkileri incelemi ler. Trisiklik antidepresanlar ile %50-20 yan etki görülme olasılı ı, trisiklik olmayan antidepresanlar ile %10-25'ken hiperikum ile sadece %3. Bu da gastrointestinal a ız kuruması falan gibi ama sakın ha ülsere neden olur diye dü ünmeyin. Çünkü kantaron çok iyi bir anti-iilser ilaçtır.

Yine mesela burada sık sık gördü ümüz etkisiz, hiperikum için. Bakın bu yine olgu sunumu, uluslararası dergilerde, *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice'te* mesela çıkmı , yeni bir ey. 2006. Burada iki tane olguda etkisiz diyor. Olguların ikisini de inceledi inizde majör depresyon. Bilim kitapları yazıyor ki, bilimsel kitaplarda minör depresyonlarda ve bazı orta dereceli depresyonlarda etkili. Majörde etkili de il. Biri intihar e ilimi olan biri. Biri paroksetin almı sonra bırakmı , belirlenemeyen dozlarda hiperikum kullanmı . kisi de tamamıyla yanlı de er.

Peki, insanlar niçin kullanıyor bu do al ilaçları? 18 ya üzerinde 1027 ki iden %60'ının do al ilaçlar kullandı ı, Amerika'da yapılan bir çalı mada tespit edilmi . Genellikle kendini daha iyi hissetmek, hastalıklardan korunmaya yardımcı olması, hasta iken tedaviye destek, uzun ve sa lıklı ya amak, bir kısmı da kas ve vücudu kuvvetlendirmek ve kiloyu korumak için. "Peki, bitkisel ürünlerin yan etkileri konusundaki dü ünceleriniz ne?" ek-

ündeki soruya %82 dü ük yan etkisi oldu unu, hiçbiri yan etkisi çok olabilece ini dü ünmedi ini ekinde ortaya koyuyor.

Peki bitkisel ürün kullanımını etkileyen faktörler ne? Hekim önerisi, büyük bir ey. Tabii bu, ülkeden ülkeye de i yor. Bu, Türkiye için pek bir gerçekçi de il. Zararsız ve yararlı olabilir. Basında çıkan haberler. Bir arkadaş ın önerisi, ekinde.

Bakın Almanya'da do al ilaç kullanımıyla ilgili son 30 yıllık de i im tabloda görülüyor. Bakın burada %61 iken %68'e çıkmı . Yani istatistiksel olarak 30 yıl içerisinde de i im önem de il, ki biliyorsunuz Almanya bitkisel ilaçların en çok kullanıldı ı ülkelerin ba nda geliyor. Ancak 45 ya altı gruba baktı mızda %36'dan %68'e çıktı mı görüyoruz. Müthi bir artı . Yani kullanım tabana yayılmı durumda. Her ya grubu için e it, %60'lar civarında bir kullanım yakalanmı durumda.

Türkiye'de do al ilaçların satı izni Sa lık Bakanlığı ı ve Tarım Bakanlığı tarafından veriliyor. Aynı bile ime sahip ürünler Tarım Bakanlığı tarafından gıda deste i, Sa lık Bakanlı ı tarafından Ara Ürün Komisyonu'nda almı sa yardımcı ilaç. Ana Komisyon'dan almı sa da ilaç, tam ilaç olarak de erlendiriliyor. Mesela ginkgo globayı ele alalım. Hem Ana Komisyon'dan, hem Ara Ürün Komisyonu'ndan, hem de Tarım Bakanlığı 'ndan gıda deste i olarak izin almı ürünler piyasada var. Hatta yaprak tozunu bile kapsüle koyup satanlar var. Ki bir hesap yaptım, ki inin giünd e en az 30-40 tane kapsül yutması gerekiyor, normal belirtilen doz seviyesini yakalayabilmesi için. Peki ginkgo globayı Tarım Bakanlığı 'ndan veriyorsunuz da hiç yiyecek olarak yapra mı kullanan bir toplum var mı yeryüzünde? Yok. Niye, nasıl gıda deste i? Beyinle gıda deste inin ilgisi ne? Bakın bu internetten indirdi im ve ginkgo globanın faydalan; görüyorsunuz arkadaş lar. Her derde deva ekinde bu da internette yer alıyor.

Tabii bu eyde, Tarım Bakanlığı ı ve Sa lık Bakanlığı ı ayrımının hangi ko ullara ba lı olarak gerçekleş ti ini anlayabilmek imkansız. Genel olarak benim izlenimim fuma sorumluluk anlayı ı ve ciddiyeti ile ilgili bir durum. İlaç firmaları genel olarak, elinde mevcut ekibi kullanarak hazırladıkları ürünleri alı kanlıkları do rultusunda Sa lık Bakanlığı 'ndan izin alarak piyasaya sürerken, bazı durumlarda bazı tırmalar Tarım Bakanlığı 'nı reklam hakkının bulunması gibi daha avantajlı olması nedeniyle ba ka isimlerle finnalara kurarak piyasaya ba ka isimlerle pilot firmalarla piyasaya çıkabiliyorlar. İlaç gelene ine sahip olmayan irketler, ki piyasada gözlemedi im, i te in aat ve taahhüt i leri, makine ithalat i leri falan gibi, ihracat i leri gibi firmalarsa ithal edilen ürünlerde herhangi bir kaliteye bakmadan Tarım Bakanlığı 'ndan izin alarak iç piyasaya giriyorlar. u an üzümlere söylüyorum ki Türkiye piyasasında fuarlara gitti imde, kalite belgelerine sahip olmadı mı yurtdı nda bildi im, dünya piyasasındaki birçok ürün Türkiye'ye Tarım Bakanlığı ı izniyle girerek market ve hatta eczane raflarında satılmaya ba landı. Bu gerçekten çok üzüntü verici bir durum.

Sa lık Bakanlığı ı komisyonlarında do al ilaçlarda kalite, güvenilirlik ve etkinlik bakımından belirlenen kriterlere uyulması istenir. Piyasada denetimi yapılır bunların. Ana Komisyon tam ilaç kalitesi, analiz ve etkinlik de erlendirmesi ve yeterli klinik veri bekler. Ara Ürün Komisyonu'nun tek farkı ise, ilaç kalitesinden herhangi bir ödün yoktur ama minör endikasyonlar olmalıdır, klinik veri yerine de geleneksel tedavilerde belirli bir süre kullanılmı olmasını da klinik veri olarak kabul eder.

Tarım Bakanlığı ı ise gıda deste i adı altında herhangi bir kalite veya etkinlik talebi yok. Herkes piyasaya çıkabiliyor. Ve endikasyon sözümona veremiyor ama endika yonu ya tanım bro ürleri ya da kaçak olarak kuUı içine falan basarak veyahut da web sitelerinde yap-

tı 1 web sayfalarıyla da önemli tedavi endikasyonları sağlayabiliyor ki, bunların arasında kantaronun antidepresan etkisi bile var. Bakın bu ürünü de internetten indirdim. A a ıda "antidepresan amaçlıdır" diye yazıyor ve Tarım ve Köy leri Bakanlığı'ndan izin almı . Antidepresanla gıda deste inin nasıl bir bağlantısı varsa. Veyahut bu ürünü alıyorsunuz piyasadan, kapa ını açıyorsunuz, içerisinde kapa a endikasyonu yazmı .

Ülkemizde OTC düzenlemeleri henüz yasala madı. Ama gizli bir OTC uygulaması gözleniyor. Bazı hipermarketlerde açılan reyonlar, büyük alı veri merkezlerindeki sa lıklı ya am deste i ürünleri pazarlayan lüks dükkanlar, bunların öncüleri. OTC uygulamaları henüz ülkemizde yasala mamı olsa da Avrupa Birli i entegrasyonu kapsamında uygulanması kaçınılmaz. Do al ürünlerin market raflarında da satılması eczaneleri ne derece etkiler? Bakın u benim çok be endi im bir tablodur. Ö rencilerime de gösteririm. Almanya'da bitkisel ilaçların satıldı ı yerlerin oranı. Arkada lar Almanya Avrupa Birli i üyesi ve OTC olan bir ülke. Nereden alıyorlar? Eczanelerden %84. Marketler sadecc %5 gibi cüzi bir rakamda kalıyor. Peki burada ba ka ülkelerde nasıl? Avusturya'da % 100, Japonya'da %75, ngiltere'de ve Avustralya'da %60 civarı. Amerika'da %35, dü ük.

Peki, buradaki temel etken nedir? Benim bundaki kanaatim, bilgilendirme ve güven. Çünkü, bilmem girdiniz mi eczanelere Almanya'da falan; kullanıcı eczaneye girdi inde bitkisel ilaçla ilgili ayrıntılı ve do ru bilgi alaca ını bilir. Varsa kullandı ı di er ilaçlar ile olası etkile melerden haberdar olaca ını bilir. Doz ayarlamasını bilir. Ve bunu da eczacıya sorarak ö renebilmektedir. te anahtar bu. O nedenle bizim, fitoterapi konusunda, eczacılar olarak temel altyapısına sahip olmamıza ra men e itim seminerleriyle, güncel bilgileri de ararak bunu hastalara iletmemiz lazım. Bu bizim için, eczacılar için toplumsal bir görevdir benim kanaatimce.

Ben son olarak birkaç hususu belirtmek istiyorum. Eczacı ilacı en iyi bilen ki idir, benim kanaatimce. Eczacı e itimi boyunca, dört yıl süresince en üst düzeyde ilaç bilgisi aldı ı halde ilaç konusunda yetkisini bir teslimiyetçilik içerisinde ba kalarına devretmi tir. Hekim, gıda mühendisi, ziraatçı. Bilmem gazeteleri takip ediyor musunuz; hiç, bir eczacının adı geçiyor mu? Hep bu tip gıdacılar, diyetisyenler, bilmem ne... hepsi bir kelamda bulunuyor. Ama eczacılarla ilgili hiçbir yorum yok, soran da yok. Esasında ilaç bilgisi nankör bir bilgidir. Hızlı de i imin ve geli melerin sürekli takip edilmesi lazım. Eczacı nedense ilaç konusundaki bilgisini hiç göstermez ve aklına hep, bilmem bilir misiniz tecahül-ü arif sanatı var hatırlar mısınız; bilip de bilmemezlikten gelme, edebiyatta. O sanat hep aklıma geliyor eczacıların bu eyini görünce. Eczacı artık insanların beyninde ilacı raftan alıp veren ki i, sürekli kupür kesip fatura yazan ki i olarak yer etmi tir. Bunun olumsuz yansımaları Prof. Dr. Ali Atıf Bir'in Eylül ayında Ceylan Intercontinental'da düzenlenen Farmakognozi ve Fitoterapi Derne i'nin düzenledi i toplantıda yaptı ı fütursuz konu mada gördük. Gazetede de kö elerinde, " laç eczanelerin dı nda da satılmalı" diyor. Orada gelip eczacıların huzurunda bunu söyledi. Ve nedenini soranlara da, "Zaten yolda gripin satıyor çocuklar, dı arıda satıyor. E eczacı nc yapıyor? Raftan alıp ilacı veriyor, ba ka ne yapıyor?" gibi saçma sapan fikirler, kendi fikirlerini... Ki bunun sadece Bir'in gündeminde kalmayaca ını, bütün gündeme ta nabilece ini dü ünüyorum.

Gazetede yazdı ım "Do anın Erdemi" kö e yazılarında hep eczacının ilaç konusunda en yetkin ki i oldu unu vurgularım. Bir hekim okuyucumun gönderdi i mesaj gerçekten ibret verici. "Herhalde yanlışlıkla yazdınız. Yazılarınızda 'eczacınıza ve hekime sorunuz' diye yazıyorsunuz. Halbuki hekime sorun demeniz gerekirdi." Evet, eczacı kendini ilacı bilmeyen ki i olarak göstermeyi ba armı tir. Üniversitelerde meslekta larımın eczacılara

fitoterapi konusunda bilgileri aktarabilmek için programa koymak istedikleri fitoterapi dersleri, terapi kavramı hekimlerin i idir diyen hekimlerin senatolarda ve eczacı meslekta larımızın engellemesiyle kar ıla mı tır. Bu nedenle genellikle seçmeli ders olarak ko-nabilmi tir.

(Slaytla ilgili bir sorun çıkıyor)

Yeditepe Üniversitesi'nde biz dördüncü sınıfa zorunlu ders olarak iki saat fitoterapi dersi koyduk. Ve be inci yıl programında bunu üç saate çıkardık. Zorunlu ders ve ayrıca uygulama koyduk. Ayrıca be inci yıla nutrasötikler diye bir ders açıldı. Bunun dı ında hekimin fitote-rapi uygulamalarındaki önemini idrak eden ki iler olarak Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakül-tesi üçüncü sınıflara zorunlu olarak fitoterapi dersi koyduk. Bu dönem ba ladı ve gerçekten çok ba arılı gitti. Bu arada beni çok duygulandıran bir anımı vermek istiyorum. Arife gü-nüydü. Ak am saat 16'daki bir ders. Artık herkes bavuluyla gelmi zaten okula, gidiyor. Dedim "ya herhalde 2-3 ki i vardır sınıfta, onlara anlatır giderim" diye. Gittim, sınıf kala-balık. Dedim, "arkada lar beni baya ı a ırttınız yani, kalabalık beklemiyordum." Bir ta-nesi dedi, "olur mu hocam. En keyif aldı ımız ders" dedi. Ben sözlerimi hep u deyi le... bitiremiyorum. u Asklepios denen adam, Apollo'nun o lu, bir ölümlüden o lu, yarı ölümlü. Tedavi sırasında hep, 3000 yıl önce öyle demi . Önce söz, yani psikolojik tedavi; sonra bitki, o zaman zaten ba ka seçenek yoktu ve en son bıçak, yani cerrahi. 3000 yıl sonra 1960'ta Prof. Weiss var Alman. O öyle bir de i iklim yapmı , ufak. Önce söz, sonia bitki, daha sonra farmakoterapi ve en son bıçak.

Dikkatiniz için te ekkür ederim.

(Alkı lar)

Prof. Dr. Mür it Pekin: Erdem Ye ilada'ya bu güzel sunu u için te ekkür ederiz. Hocamız güzel güzel anlatırken benim aklıma üniversite yılları geldi. Vapurlarda böyle, her derde deva diye kantaronları satarlardı, satıcılar vardı. Biz sistem olarak geli tikçe, küreselle-tikçe bu vapurlardaki satıcılar tüm topluma yayıldı. Ve i te küreselle tikçe, biz daha sa -lıklı oluruz zannettikçe, medya aracılı ıyla... **(mikrofon dı ma konu tu u için sesi duyulmuyor)**

Çok te ekkür ederim.

imdi bu konuda kısa bir tartı ma açmak mümkün mü? Soru var mı, hocamıza sorula-cak eyleyler? Buyrun.

Dinleyici: Efendim, 3000 yıl evvelki söz bizim ecdadımız tarafından devamlı tatbik edilmi . Hâlâ imdi, u anda ilaçla tedavisi olmayan birçok hastalı ın ecdadımızın basit bir ekilde tedavi etti ini görüyoruz. (...) laçla tedavisi dünyada yok. Guatr, bizim ecdadımız bunu patlıcanın ye il sapıyla on tanesini kaynatıp, be gün içerisinde sabah ak am anadan do mu gibi tedavi ediyor. Ben eczacıyım, kendim ahsen kullandım. Yüzlerce binlerce de arkada ım kullandı. Yan tesiri yok. Zehirli madde bulunmuyor. Hazırlaması kolay. Yarım saat içerisinde evde kaynatıyorsunuz çay demler gibi. Sabah ak am içiyorsunuz. Bu kadar basit. Ne (...) kalıyor, ne a rı kalıyor.

Prof. Dr. Erdem Ye ilada: Farmokoloji çalı tı ımız için... Biz kocakarı ilaçlarını gün-lük ilaç standartları boyutuna çekmek için çalı malar yapan bir grubum var. Ankara'da hâlâ, Gazi Üniversitesi'ndeki grubum. O ekilde çalı yor. O yüzden bu tür bilgileri alıp, hayvan de-neyleri ve kimyasal deneylerle ileriye götürerek etkin maddelerini buluyoruz onların.

Dinleyici: Bir şey daha var. Biliyorsunuz, bademcik. Hepimizde var. Dişleri hemoroit, %35-... istatistiklerde öyle çıkıyor. Bademcik %100. Devamlı iltihap yapıyor, ağrı yapıyor, ilaç kullanıyoruz falan. Bir çaresi, o da söküp atmak. İmdi şey düştü, bir fabrika düştü; binlerce, on binlerce şey çıkartıyor, araba çıkartıyor mesela. Bunun hepsine lüzumu olmayan bir parça ilave ediyor....

Prof. Dr. Mürüt Pekin: Sayın konuşmacı, hocamızla daha sonra konu ursunuz çünkü zamanımız çok sınırlı. Çok teşekkür ediyorum.

(Alkışlar)

Türkiye'de İlaç Güvenliği ile İlgili Gelişmeler ve Eczacının Rolü

Prof. Dr. Semra Arda

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

Prof. Dr. Mürüt Pekin: Değerli arkadaşlarım, günün ikinci konuşmacısı Prof. Dr. Semra Arda, Türkiye'de ilaç güvenliği ile ilgili gelişmeler ve eczacılığın rolü konusunu anlatacak bize. Önce Semra Arda hocamızın kısaca özgeçmişini sizlere okumak istiyorum.

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı Öğretim Üyesi kendisi. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji biriminde doktorasını tamamlamıştır. 1982-86 yıllarında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde yardımcı doçentlik, 1986 yılında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı'nda doçentlik unvanını almıştır. 1987 yılında Londra Tıp Fakültesi Saint Mary Hospital Pharmaceutical Toksikoloji Departmanında bir yıl TÜB-TAK bursu ile, 90-92 yıllarında İngiltere'de Tıp Fakültesi Farmakoloji Departmanında bir yıl süre ile British Council Derneği ile ortak proje ve araştırmalar yapmıştır. Haziran 1993 itibarıyla profesörlük kadrosuna atanmıştır. 1994-97 yıllarında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekan Yardımcılığı, 2004-2006 yılları arasında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Toksikoloji Anabilim Dalı başkanlık görevini üstlenmiştir. Ve ben burada büyük bir gururla, şerefle ifade ediyorum; Temmuz 2006'dan itibaren de fakültemizin Toksikoloji Anabilim Dalı profesörü olarak görev yapmaktadır. Dekanlığının en gurur duyduğu olaydır. Kendisini fakültemize transfer ettik. Onun için sevgili Semra hocama çok teşekkür ediyorum. Kendisi Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü Merkezi Etik Kurul ve Farmakovijilans Derneği Başkanlık görevini sürdürmektedir. Farmakogenetik ve genotoksikite Prof. Semra Arda'nın araştırma alanlarıdır.

Buyrun hocam, sizi zevkle dinleyelim.

(Alkışlar)

Prof. Dr. Semra Arda : Sevgili dekanım, sayın başkan, çok teşekkür ediyorum, selam olsun. Değerli katılımcılar, hoş geldiniz. Ben de bu kongrenin düzenlenmesinde emeği geçen sevgili meslektaşlarımı tebrik ediyorum. Nice 50. yıllar diliyorum.

Size efendim bugün Türkiye'de ilaç güvenliği ile ilgili yeni gelişmeler var. Bunlardan haber vereceğim. Ve bu konuda eczacıya büyük rol düştü. Bununla ilgili sunum yapmak

istiyorum. Anlatım planımda önce size TÜFAM'ı tanıtmak istedim. Türkiye Farmakovijilans Merkezi. Yeni bir birim. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulan bir birim. Bu birimi size tanıtacağım. Niçin böyle bir birim kuruldu? Neden Farmakovijilans'a Türkiye'de ihtiyaç var? Nasıl çalışıyor? Eczacının burada rolü ne? Eczacıya yeni bir alan mı veriyor TÜFAM, Farmakovijilans? Bu arada ulaşılan alanı Farmakovijilans'ın advers etkileri oldu için, kısaca advers etkileri de tekrar size hatırlatmak istiyorum.

Öyle efendim, Farmakovijilans iki kelime malum. Farmako, ilaçla ilgili demek. Vijilans sözlükte geçen anlamıyla uyanık olmak anlamına geliyor. İzlemek, gözetlemek, takip etmek, gözü üzerinde olmak. O halde Farmakovijilans derken hastanın güvenliğini sağlamak için, ilacın yaratabileceği zarardan kaçmak için ilacı izlemek takip etmek anlamına gelen bir kelime, Farmakovijilans.

Malum, ideal bir ilaç tedavi dozunda alındığında hedeflediği etkiyi gösterecek hastaya zarar vermeyecek ve vücuttan rahatlıkla atılabilecek; böyle ideal bir ilaç. Ama bu tip ilaca malum erişmek çok zor. Çünkü advers etkiler çok sık rastlanan olaylar. Farmakovijilans yeni bir kelime belki ama çok eskilere bakarsak bakın burada Pasteur'ü görüyoruz. 1800'li yıllarda 1840'ta ilaç söz konusu olduğunda Pasteur, "prepared mind", akıl her an hazırda beklesin diyor. Belki Farmakovijilans diye bir terim yok o zaman; böyle bir kelime kullanmıyor ama "prepared mind", ilaç söz konusuysa aklın daima hazır olda beklesin diyor. İlahtan bugünkü anlamıyla baktığımızda "expecting the unexpected", umulmayan her şeyi um. Drug safety, ilacın güvenliliği; Farmakovijilans, bugünkü kullandığımız terim, ilaç güvenliliği deyinince; ama çok eskiden "prepared mind", aklın hazır olda beklesin, ilahtan kötü şeyler um anlamında bir terim kullanılıyor.

Çok eski olay tabii ki Farmakovijilans'ın tarihçesi tek tek bunlara girmek istemiyorum ama dikkat ederseniz ilk Farmakovijilans olayını başlatan vaka 1848'lere dayanıyor. Kloroforma bağlı, anestezide kloroform kullanılan hastada, hastanın ölmesiyle *LANCET* komisyon kuruyor. Demek ki, diyor, bizim kullandığımız ilaçların advers etkilerini toplamamız gerekiyor. Bunları bir kayıt altına almamız gerekiyor diyor. Ve bu 1848. Bunu takip eden yıllarda Farmakovijilans ile ilgili gelişmeleri görüyoruz. 1936'da sülfonamidinin çözülebilmesi için dietilen-glikol kullanılıyor. Ve buna bağlı yüzlerce ölüm vakası. Dolayısıyla ilaç advers etkilerine bağlı vakalar gittikçe artmaya başlıyor. 1960'lara geliyoruz. Farmakovijilans için yeni bir çağ başlıyor. Çünkü talidomid faciası yaşanıyor. Hamile annelerin rahat uyuyabilmek için aldıkları talidomidden doğan fetal anomalili, fakomelili çocuk vakalarını biliyorsunuz. O halde 1960'tan sonra Farmakovijilans daha da önem kazanıyor.

Takip eden yıllara bakıyoruz. Amerika, veya şöyle diyeyim, ilaç sanayilerinin gelişmişliklerine bağlı olarak, ekonomik kapasitelerine bağlı olarak, ülkeler kendi Farmakovijilans sistemlerini kurmaya başlıyorlar. Farmakovijilans derneklerini oluşturuyorlar. Sorun büyük, bütün dünyanın sorunu. Bakıldığında vakit, advers etkilere bağlı ölümler dünyada 4., 6. sıraları alıyor. Yapılan istatistiksel çalışmalara bakıyoruz. Farmakoepidemiolojik çalışmalara bakıyoruz. Bir yılda yazılan reçete sayısı Amerika'da, 3 milyarın üzerinde. Hastaneye giren her yüz hastanın 64'ü hastaneden reçeteye ayrılıyor. Genel popülasyona orantılandığında ki her binaya on reçete düştüğü tespit ediliyor. 2 milyonun üzerinde advers etki bildirimi oluyor yılda. Bunların bir milyonu hastane vakası olarak geliyor. Yüz bini ölümlerle sonuçlanıyor. Pediatrik vakalarda da aynı ciddiyet söz konusu. Tabii ki ekonomik boyutu da var. Advers etkiden dolayı hastaneye yatan hastaların bakımı da ülkelere büyük çaplı ekonomik yük getiriyor. Harcanan rakamlara bakarsanız, advers etkilerin tedavisi için devletin harcadığı paralar, Amerika'da yine böyle bir çalışma yapılmış, yılda 130 milyar doları buluyor. Diğer has-

talıklara oranlarsanız, örneğin bir kardiyovaskülerde en çok advers etki gösteren ilaçlar, 99 milyar dolar harcandı mı görüyoruz.

Bunun üzerine Dünya Sağlık Örgütü böyle bir öneri yayınlıyor. Her ülke kendi Farmakovijilans sistemini kurmak zorunda. Gerekli yasal düzenlemelerini yapmak zorunda. Ve bunu desteklediğini Dünya Sağlık Örgütü belirtiyor. Ve bununla beraber Türkiye'de de Farmakovijilans sistemi 2005 yılı Ocak ayında birtakım yeni düzenlemelerle Sağlık Bakanlığı ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde kuruluyor. Adı da TÜFAM. Türkiye Farmakovijilans Merkezi. Yönetmeliğini yayınlıyor, 22 Mart 2005 tarihinde. *Resmi Gazetemde* de bu birim 30 Haziran 2005'te resmen kabul ediliyor.

İmdi, Farmakovijilans sistemi kuruluyor. Bu sistemden kimler sorumlu? Sağlık kurum ve kuruluşları; sekonder olarak irtibat noktası sorumlu, bunların ne oldu onu açıklayacağım; bir de ilaç firmaları, ruhsat sahibi, izin sahibi endüstri sorumlu sistemden.

Sağlık kurum ve kuruluşları dedik; üniversite hastanesi, eğitim hastanesi veyahut da A1 tipi özel hastaneler. Eğitim hastanesinin 50'nin üzerinde yatağı varsa, muhakkak orada da bir Farmakovijilans birimi olması gerekiyor. O halde hastanelerde Farmakovijilans sistemi kurulacak. Yönetmeliğe göre faaliyet gösterecek bu sistem. Ve de standart Farmakovijilans çalışmaları yöntemlerini uygulayacak. O halde hastanelerde muhakkak bir Farmakovijilans sorumlusu atanmak zorunda. Bu kişiler TÜFAM'a, Sağlık Bakanlığı'na, Farmakovijilans merkezine advers etki bilgi akışını sağlayacak. Ve burada görevli olan bir eczacı olabilir veya bir hekim olabilir hastanelerde Farmakovijilans sorumlusu olarak. Ve hastane atadığı kişi iyi, eczacıyı örnek alın, özgeçmişini, ismini Sağlık Bakanlığı'na iletmek zorunda. Aynı şey ruhsat sahibi için, ilaç ruhsatları, endüstri için aynı şey söz konusu. Muhakkak endüstri de kendi bünyesinde bir Farmakovijilans yetkilisi, sorumlusu, Farmakovijilans müdürü atamak zorunda. Hatta yardımcısı da olacak şekilde. Muhakkak bir atama yapmak zorunda ve bu isimleri de Sağlık Bakanlığı'na bildirmek zorunda.

İmdi tabii ki, gerek hastanedeki irtibat noktası sorumlusu dediğimiz Farmakovijilanstan sorumlu eczacı arkadaşımız, gerekse ilaç firmasında Farmakovijilanstan sorumlu Farmakovijilans müdürü, bunların Farmakovijilans eğitimini görmesi lazım. Farmakovijilans sertifikası alması lazım. Bu sertifikayı da Sağlık Bakanlığı veriyor. Bir günlük bir eğitim kursu düzenliyor. Ve arkadaşlara Farmakovijilans sorumlusu olarak atandıklarını bildiriyor.

Madem Farmakovijilanstan bahsediyoruz. Hem de eğitimlerde verdiğimiz için birtakım terimlerde hep bir karga yaşıyoruz. Bunları sizinle paylaşmak istiyorum. Hep aynı şeyi ifade etmek istiyoruz. Aynı şeyi anlamak istiyoruz. Ama farklı kelimeler kullanıyoruz. Örneğin "safety", İngilizce'de çok rahat kullanıyoruz. "Patient safety", "drug safety", tamam. Ama Türkçe'de bunu çevirirken, hakikaten zorluk yaşıyoruz, hepimiz farklı farklı terimlerle karşı karşıya kalıyoruz. Eğitim Farmakovijilanstan bahsediyorsak biz, ilacın güvenliliğinden bahsediyoruz. İlaç güvenliliği. Hastanın ise güvenli söz konusu. Yani hastanın güvende olması için ilacın güvenliliği, ilacın güvenli olması. Güvenlilik dersek, tabii ki verilerin güvenilirliğinden bahsetmi oluyoruz. O halde bir cümleyle bunu tekrar ifade etmek istiyorum: Hastanın güvenliğinden emin olmak için, ilacın güvenliliğiyle ilgili verilerin güvenilir olması gerekir. Bu, Türkçe'nin biraz zorlu efendim. Ama Farmakovijilanstan bahsediyorsak ilacın güvenliliği şeklinde tanımlamamız gerekiyor.

Yönetmeliklerimiz de malum çok eski. İlaç demiyoruz, belirli tıbbi ürün diyoruz. İlaç kelimesi geçmiyor ama tanımına bakarsak ilacın, ilacın içindeki etkin madde. Halbuki eskiden buna etken madde derdik biliyorsunuz. Bunun belki adı eski: belirli tıbbi ürün.

Ama tanımındaki etkin madde yeni bir kavram. Bunu da etkin madde olarak ifade etmemiz gerekiyor.

Yine tanımlarda çok farklı terminoloji kullanıyoruz. Örneğin u anda burada yapılan, İstanbul Eczacı Odası'nın yaptığı bir etkinlik. Halbuki biz ilacın etkinliğini diyoruz. Hayır etkinlik bu, "activity", etkinlik. u anda ilahtan bahsediyorsak, ilacın etkililiğini dememiz gerekiyor. Burada da bir terminoloji kargaşası ya andığı malum. Yine bir örnek verelim: ilacın etkililiğinde en önemli etken, etkin maddedir. En doğru terminoloji olsa gerek. Advers etki dedik, Farmakovijilansın ise advers etkiler diyoruz. Ama advers etkiyi de çok farklı kullanıyoruz hepimiz. Ters etki diyenler var. Ters ilaç reaksiyonu diyebiliyoruz. Ters ilaç tepkisi diyebiliyoruz. Yine bunu da bir genel terminoloji olarak düşünürsek, advers etki diye tanımlamamız en doğrusu olacak.

Advers etki nedir? Daima u ekilde, kısaca e er bir tanım yapmak gerekiyorsa, ilacın zararlı ve amaçlanmamı etkisini kastediyoruz. Zararlı ve amaçlanmamı . Yalnız bazen amaçlanmamı bir etki de advers etki olabiliyor. Örneğin bir kemoterapiye başlı ortaya çıkabilecek bir immünosupresyonu düşünün. mmünosupresyon sonucu bir enfeksiyon oluyor ve hasta icabında kaybedilebiliyor. O halde amaçlanmamı bir etkiydi, bir antineoplastik ilacın immünosupresyon yapabileceğini. Ama hasta kaybedildiği için bir advers etki olarak olayı tanımlıyoruz.

Ciddi advers etki derken olayı ölüme kadar götüren, hayati tehlike yaratan, kişinin hastanede yatmasına, hastanede kalma süresine neden olan, kalıcı belirgin bir sakatlığa neden olan konjunktival bir anomaliye neden olan, doğumsal bir kusura neden olan etkiyi kastediyoruz. Yine birtakım karışıklıklar oluyor terminolojide, iddetli ve ciddi advers etki arasında fark var. iddetli advers etki var derken adı üzerinde zaten, ortaya çıkan advers etkinin iddetini vurgulamı oluyorsunuz. Örneğin, ilaç içti, başı çok ağrıdı. iddetli bir advers etki. Fakat ciddi advers etki derken kalıcı sakatlık, konjental anomali gibi, ölüm gibi sonuçları kastederek dedik. İlahtı içti, beyin kanaması oldu, başı ağrıdı. Ciddi advers etki. O halde arasındaki bu küçük farklılıkları da bilmek gerekiyor.

Advers olay dediğimiz olayda ise, ilaçla ortaya çıkan, tedavi sonucu ortaya çıkan sonuçla nedensellik ilişkisinin bulunması art de il veyahut da kamtlanmamı bir durum sözkonusu. Örneğin, ilaç içti, başı ağrıdı, sendeledi, merdivenden düştü. Advers olay. Acaba ilahtan dolayı mı sendeledi merdivenden düştü? Yoksa ayağı mı takıldı, merdivenden düştü? O zaman advers olaydan bahsediyoruz. Efendim nedenleri ne? Niçin bu advers olaylar bu kadar çok görünüyor? İlahtı ruhsat alıyor, bu kadar çalışmadan geçiyor. Faz çalışmaları geçiriyor. Piyasaya çıkmadan evvel bir sürü teste tabi kalıyor. Ruhsatlanıyor. Kullanıyoruz. Hâlâ advers etkilerden bahsediyoruz. Bunun sebebi nedir? Farklı sebepleri vardır. Örneğin, deney hayvanlarının insana tam model olarak uymadığını biliyoruz. Bir nedeni. Çünkü hayvanlarda meydana gelen birtakım reaksiyonlar, örneğin bir cilt reaksiyonu, alerjiye başlı bir granülosit sayısında bir düme varsa, bir baş ağrısı varsa, psikolojik bir rahatsızlık varsa, bunun farkına yaramayabiliyoruz. Bir örnek; piyasadan kaldırılan bir ilaç var, 1976 yıllarında, oküler toksite nedeniyle. Kardiyovasküler bir ilaç, praktolol. Piyasadan kaldırıldı. Halbuki daha evvel yapılan hayvan çalışmaları hiç böyle bir yan etkisi, böyle bir advers etkisi yoktu. Herhangi bir oküler toksitesi yoktu.

Yine bunun örneğini çok yakın aylarda ya adık, bu sene ya adık; 2006 4 Mayıs'ta. *New England Journal'da*. yayınlanmış bir makale. Bir Alman şirketi. Şirket immüno-terapötik imal eden bir şirket, Tegencro diye bir şirket. Yeni bir molekül geli tiriyor. Geli tirdiği molekül bir monoklonal antikor. Vc bundan çok umutlular. Çünkü bu molekül çeşitli terapö-

etikde kullanılabilecek şekilde, kronik lenfositik lösemide, oto-immün hastalıklarda, multiple skleroz, romatoid artrit gibi birtakım önemli hastalıkların tedavisinde kullanılabilecek bir moleküldü. Önce deney hayvanlarında tabii ki bütün deneylerini yaptılar. Bunun için maymunlar kullanıldı, tav anlar kullanıldı. Ve doz olarak da insanlara verdikleri dozun 500 mislini hayvanlara verdiler. Ve hayvanlarda hiçbir toksite belirtisi yoktu. Gayet güzel, bu dozu hayvanlar tolere etti. İnsanlara geçildi. Hayvanlara verilen dozun 500'de 1'ini insanlara verdiler. 6 tane de gönüllü çalı maya girmi ti. Ve gönüllülerin hepsi, çe itli organ hasarıyla yo un bakıma kaldırıldı. O halde deney hayvanı model olarak insana uymaz. Çok dikkatli olmak gerekiyor.

İkinci bir neden. Niçin advers etkilerle kar ıla ıyoruz? Sınırlı sayıda denekle yapılıyor klinik çalı malar. Ruhsattan önce klinik incelemeler sırasında en fazla 5000 denek üzerinde denenmesiyle, nadir görünebilecek, ayet bir toksite söz konusuysa bunun görünmesi tesadüfe kalıyor. Piyasaya çıktıktan sonra milyonlarca insanın ilacı kullanacağını göz önüne alırsanız, güveni ili in az sayıda hastada denenmiş oldu unu söyleyebiliriz. Örne in bir kloramfenikolün aplastik anemi riski yapması 50 bin kişiden 1 kişide gözlemlendi i gibi.

Bir di er nedeni yine advers etkilerin sıklıklı genç insanlarda klinik çalı malar e er belli bir hastalığa yönelik de ilse yapılıyor. Ama piyasaya çıktıktan sonra ya lılar, daha farklı hastalıklar, hatta çocuklar bile, daha fazla risk taşıyan gruplarca kullanılması söz konusu oluyor. Bir de yine hocamın da az evvel ifade etti i gibi piyasaya çıktıktan sonra pek çok ilaç bir arada kullanılıyor. Klinik çalı mada tabii ki tek bir ilaçla çalı malarını sürdürdü. Ondan sonra binlerce kimyasal maddeye ki i birebir maruz kalmaya başlıyor. Yiyecek içeceklerdeki katkı maddeleri, hormonlar, pestisitler, herbisitler, endüstri atıkları, dene e uyguladığı birtakım kozmetik ürünler, hava kirlili i, belli bir meslekte çalı ıyorsa kişinin maruz kaldığı mesleki maruziyet. O halde yüzlerce kimyasal bir arada ve bu arada pek çok da ilaç aldığı nı düşünürseniz tabii ki advers etkileri önceden öngörmemiz pek mümkün olmuyor.

Bilimsel olarak yapılan çalı malarda advers etkilerin gencide üç tipi var. Ama A ve B tipleri %60 oranında A tipinin çok sık görüldü ü tespit ediliyor. %40 oranında da B tipi advers etkiler görülüyor. A tipi derken öngörülebilir tipte advers etkileri kastediyoruz. Doza ba lı advers etkiler. Bunlardan kaçmak çok mümkün. Örne in farmakolojik etkinin a ırılı nı burada kastediyoruz. Vazo-konstrüksiyon yapan bir burun damlasının fazla kullanılmasıyla ki ide hipertansiyon gelişmesi A tipi advers etkidir. Tipik örne i olabılır. Veya bir antikoagülan ilacın a ırı kanama yapması gibi.

B tipi etkiler ise öngöremedi imiz türde etkiler oluyor. Genellikle immünite reaksiyonları söz konusu olan advers etkiler veyahut da genetik polimorfizm nedeniyle, bir enzim eksikliği nedeniyle kişinin ilaca kar ı verdi i bir advers reaksiyon olabiliyor. Veyahut da bu saydıklarımızın dı nda kalan idio-senkretik, nedeni belli olmayan advers etkiler tipinde olabiliyor. A tipi B tipi görünme oranlarını görüyoruz.

Bir de bilimsel olarak 3 tipi var, C tipi dedi imiz. Bu, ilacın popülasyonda çok uzun süre kullanılması lazım. Uzun yıllarca kullanılması lazım. Ve buna ba lı istatistiksel analizler yapılması lazım ki, o ilaç hakikaten popülasyonda belli bir zarara yol açıyor mu? Örne in, hormon deplasman tedavisi gören kadınlar acaba ileride meme kanseri geli tirecek mi? Böyle bir çalı mayı sürdürüp yıllar sonra "evet meme kanseri insidansında deplasman tedavisiyle hormon replasmanına ba lı olarak artış gözlemlendi" dersek bu da bir C tipi advers etkiye örnek te kil edebilir.

Yine bunun örneğini çok yakında ya adık. Piyasadan kaldırılan Rofecoxib, Vioxx'un geri çekilmesi. Kolorektal adenomalı hastalarda kullanıldı ve bu hastalarda kardiyovasküler risk artışı için ilaç piyasadan çekildi. C tipi tip de böyle bir advers etkiye örnek teşkil eder.

Yine bakılıyor, acaba verili yolu nasıl? Oral yolla alınırsa, genelde öyle bakıldığında, %55 oranında, oral yolla alan kişilerde advers etkiler daha fazla görülüyor. Ama ölümlü sonuçlanmayan parenteral aldıysa ilacı %63 oranında da parenteral alınan vakalarda ADR vakalarında ölüm nedeni olduğu tespit ediliyor.

Hangi ilaç kategorileri ön planda advers etkilerde? Bununla ilgili yine çalışmalar yapıldığında kardiyovasküler etkili ilaçların ADR nedenleri arasında, sırasıyla gördüğümüz gibi antineoplastikler, antikoagülanlar, ki aneljezikler ki çok sık tüketildiği için kırmızı olarak orada vurgulanmış, kas iskelet yapısını ilgilendiren hormon ilaçlarının yine sıralamada görüyoruz.

Ya da ilımına bakıldığında advers etkiler genellikle 40-69 yaş arasında ilacın daha çok kullanıldığı yaşlarda daha fazla yine görüldüğü tespit ediliyor. Bunun yanı sıra genetik faktörler rol oynuyor mu acaba, advers ilaç reaksiyonlarında? Bununla ilgili yapılmış çalışmalar var. 2227 advers etki vakasını inceliyorlar. Bunların %50'sinin genetik faktörle ilgili olduğu tespit ediliyor, %42'si ise dozlama hatası, tıbbi hatalar veyahut da amaç dışı ilacın kullanımı söz konusu. Ama %50'sinin kişinin genetik yapısından kaynaklandığı tespit ediliyor. Çünkü biliyoruz ki, vücudumuzda ilacın detoksifikasyonunu sağlayan, ilacın vücuttan atılmasını sağlayan enzim sistemlerinin sayısı, çeşitliliği, şiddeti, sentezi kişiden kişiye farklılık gösteriyor. Aynı ilaca karşı kişiler güzel cevap verebiliyor veyahut hiç cevap vermiyor, herhangi bir yarar sağlayamıyor. Farklı ilaç kullanmak zorunda kalıyor. Dozunu azaltmak zorunda kalıyor. İlaç vücuda girdikten sonra, ilacın vücuttan atılmasını sağlayan, ilacın etki göstermesini sağlayan, baştan sona kadar görev alan enzim sistemleri olduğunu biliyoruz. Faz 1, faz 2 enzimleri. Burada görev alan enzimlerin de bireyden bireye polimorfizm gösterdiğini, şiddetinin etkisinin farklı olabileceği artık tespit edilmiş durumda. Ki bunlardan Sitokrom P450'ler çok önemli, ilaç grupları, vücuda giren %90 ilaç bu enzimlerin katalizörlüğünde ilerliyor. Ve de bu enzimlerin bireysel farklılık gösterdiğini de artık biliyoruz.

Ve kişiler metabolizma tiplerine göre artık sınıflandırılmış. İlacı hızlı metabolize edenler. İlacı orta hızda metabolize edenler. İlacı yavaş metabolize edenler. İlacı çok hızlı metabolize edenler. O halde ilaç dozunun da, standart ilaç dozu gibi herkese verilmemesi gerekiyor. Doz ayarısı gerekiyor. İlacın dozu azaltılabilir, ilacın dozu artırılabilir.

Kemoterapideki ilaç örneklerini görüyoruz. Biraz evvel polimorfizm gösterir dediğimiz Sitokrom P450 enzimlerinin kullandıkları alel tipleri ve piyasadaki ilaç örnekleri. Ve bu enzimlerin polimorfizm gösterdiğinden bahsediyoruz. Psikiyatri ilaçları, sitokrom P450'leri kullanıyor ve yine farklı psikiyatri ilaçlarını görüyoruz. Kardiyovasküler ilaçlar, tansiyon ilaçları, ki kronik kullanılıyor, her gün kullanılan ilaçlar, antidiyabetik ilaçlar analjezik antienflamatuar ilaçlar, gastroenteroloji ilaçları... Evet, ve çok yaygın bir ilaç listesi görüyoruz. Ve bunların yine tabii çok enteresan, Avrupa'da imal edilen bir ilaç, Asya'da da, zenci Amerikalı ırkta da kullanıldığını biliyoruz. Halbuki bu polimorfizm oranlarının da etnik dağılımına bakacak olursak etnik olarak da büyük farklılıklar gösterdiğini görüyoruz. O halde dünyanın bir yerinde üretilen bir ilacın bütün dünyada kullanılmasının da ne derece riskli olabileceğini, yine, yapılan etnik-genotipleme çalışmalarında ortaya çıkıyor. Bunları önleyebilmek için birtakım farmakogenetik testler geliştirilmiş. Tıbbın alanında artık kullanılmaya

ba lanıyor. Hastadan alınacak bir damla kan numunesiyle DNA analizi yapılarak bahsetti-
imiz faz 1, faz 2 enzimlerinin polimorfizminden hangi enzimin polimorfizmini gösteriyor?
O ilaç hangi enzimi kullanıyor? Artık tayin edebilmek mümkün. Dolayısıyla hastaya do ru
ilaç, do ru dozda verilmesi öneriliyor.

u anda acilen farmakogenetik testine tabi tutulması gereken ilaç listesine bakılınca, a rı
için kullandı ımız ilaçlar, kardiyovaskülerler, gastroentestinal ilaçlar, astım ilaçları, kanser
ilaçları, psikiyatri ilaçları önde gidiyor. Çünkü bunlara ba lı advers etkiler bütün dünyada
gün geçtikçe de arttı ı dikkat çekiyor. Bunun yanı sıra tabii, nedenlerini sayıyoruz advers et-
kilerin ama, etkile meler de çok önemli. Örne in bir siprofloksasine bakalım. Siprofloksa-
sin metabolizmasında biraz önce bahsetti imiz P450 enzimlerini kullanıyor. laç P450
enzimini inhibe ediyor. SİP1 A2 (...) enzimini P450'ye inhibe ediyor. O halde enzim inhibe
olmu , çalı mıyor durumda. Siz bu antibiyoti in yanında bir de genelde, grip olan ki ileri
dü ünün antibiyotikle beraber muhakkak bir tane de öksürük urubu alırlar, bir bronko-
dilatatör alırlar. Siz e er siprofloksasine beraber bir, örne in tiofilini bir arada veriyor-
sanız, o zaman zaten advers etki ki ide, mahkum, ortaya çıkacak. öyle; tiofilin de aynı
enzimi kullanıyor, SİP1 A2'yi kullanıyor. Ama siprofloksasin enzimi inhibe etti. Dola-
yısıyla tiofilin hiçbir ekilde vücuttan atılamıyor. Plazma düzeyi gittikçe yükseliyor ve
tiofilin toksitesine ba lı bir advers etki ortaya çıkıyor. O halde, etkile meleri de göz
önünde tutmak lazım. Devamlı bu konudaki bilgilerimizi tazelememiz gerekiyor.

Bu advers etki bildirimleri nereye yapılacak. Advers etki bildirimleri TÜFAM'a yapıla-
cak. Form nereden temin edilecek. TÜFAM'ın web sayfasında, TÜFAM saglik.gov.tr'ye gir-
di imiz vakit advers etki formunu temin etmemiz mümkün. Böyle bir forası var. Biraz daha
yakından görmek için, kimler advers etkileri rapor edecek Sa lık Bakanlığı 'na? Hekimler,
eczacılar, di hekimleri, hem ireler advers etki bildirimini yapabilir. Formda hastaya rit birta-
kım bilgiler yer alıyor. Adını açık yazmak zorunda de iliz. Hastanın ba harflerini koyabi-
liriz. Hastayla ilgili bilgiler verilebilir. Hemen arkasından "advers etkiyi tanımlayın" diye bir
bölüm var. Örne in bir gastroentestinal kanama olmu . Sonuç ne oldu? Hasta size nasıl bir
sonuç bildirdi? yile mi mi, düzelmi mi, devam mı ediyor, bilmiyor...? Ne oluyorsa. Bu-
radaki bölümü i aretliyoruz. Ciddiyet kriteri var. Ciddiyet kriteri olarak, ölüm mü olmu ,
hayat mı tehdit etmi , hastanede yatmasına mı neden olmu ? Veyahut di er denilen bir kısım
var, hastanın size aktardı ı di er ek bilgileri yazarak, bir ilave ka ıt ekleyerek, bu ekilde de
gönderebilirsiniz. Laboratuvar bulgusu var mı hastanın elinde? Size herhangi bir tanı veri-
yor mu? Örne in bu hastada kanlı kusmuk, gaydada kan görüldü ü tespit edilmi . Hemog-
lobin de erini vermi . Hastaneye yatmı . Bunu bir doktor yaptı ı için, hastaneden geldi i
için, böyle bir fonu örne i vardı elimde. Bunu size göstermek istedim. Bildirim yapıldı ı
tarihte de ilaç kesilmi . Hastanın iyile mekte oldu u belirtilmi .

"Kullanılan ürüne ait" diye bir bölüm var burada. lacı yazıyoruz, ne almı , burada ya-
zarken muhakkak müstahzar adı verilecek. Etkin madde adı verilmeyecek, grup adı veril-
meyecek. Yani bir non-steroidal antienflamatuar ilaç denmeyecek veyahut da asetik-asit
denmeyecek onun yerine, aspirin, ticari adını vermek zorundayız. Nasıl kullandı, oral yolla
kullandı. Dozu neydi, ne zaman ba ladı, ne zaman kesti, bu ilacı niye aldı, ilacı kesti mi, hala
devam ediyor mu gibi bilgiler var. Bunlar doldurulacak. Yanında ba ka ilaç alıyor muydu?
Herhangi bir ilaç daha var mıydı? Neyse, onun adı verilecek. Ne kadar süredir kullanıyor?
Örne in, bu tansiyon hastasıymı . Bir de tansiyon ilacı aldı ını belirtmi . Ondan soma bil-
dirimi yapan ki iye ait bilgiler var. Adınız, soyadınız; ba harflerle bildirebilirsiniz. Ve dc ki-
iye ait detaylar. Ula abilme adresi var.

Bakın burada bir yorum yapmı doktor. Yapmak zorunda de il. Ama yaparsa çok iyi. Bu da güzel bir veri. Diyor ki, "non-steroidal antientlamatuar ilaca kar ı verilen cevap de i ikli inde, S1P2 C9 polimorfizm etkisi dikkate alınabilir." öyle, çünkü bir non-steroidal ilaç söz konusu. Hastaya onu vermi . Yüzlerce hasta imdiye kadar onu kullandı. Ama kimsede bir gastrointestinal kanama görmemi doktor. Fakat bilgilerini tazeledi inde, geriye dönük baktı nda, bu tip ilaçların enzim polimorfizmine ba lı olarak mide kanaması yapabilece ini tespit ediyor ve böyle bir yorumda bulunuyor. Bulunmayabilirdi ama bulunursa da bizim için çok de erli bir veri.

imdi bunlar TÜFAM'a geliyor, Sağlık Bakanlı ı'na geliyor. Farmokovijilans Merkezi'ne geliyor. Ciddi olmayan advers etkileri orada çalı an eczacı arkadaşlarımız de erlendiriyor ve bir Excel sisteminde vıgi-base online giri iyle bu advers etkileri Dünya Sağlık Örgütü'ne gönderiyorlar. Ciddi advers etki varsa ayet, bu da bir bilimsel danış ma komisyonu tarafından de erlendiriliyor. u anda o komisyonun başkanlı nı yürütüyorum ben de. Oturuyoruz, ciddi advers etki, hakikaten ilaçla ilgili mi, de il mi? Bunun birtakım de erlendirme kriterleri var. O kriterlere uygun olarak de erlendiriyoruz. 12 tane tıp camiasından, eczacılık camiasından arkadaşımızdan oluşan bir komisyon. Aynı ekilde vıgi-base online giri iyle Dünya Sağlık Örgütü'ne advers etkiyi bildiriyoruz.

imdiye kadar kaç bildirim yapılmı ? Ona bakıyorum. Tabii bu bizim verimiz de il. Maalesef efendim; yine hep yurtdı ı verileri kullanıyoruz. Ama inallah bir dahaki kongrede size daha güzel haberler veririm. Çünkü yeni kuruldu. TÜFAM, 2005 yılı kurulu u. Bir sene içinde gelen advers etki sayısı, TÜFAM'a, 250 civarında. Çok az tabii. Tamamen sizin deste inize ihtiyacımız var. Sizlerden ciddi advers etki formlarını bekliyoruz. Yurtdı ına bakarsanız, *British Medical Journal'da* ngiltere'de yılda 17-18 bin bildirim yapıldı ı söyleniyor ve doktorlar belki ön planda, pratisyen hekim, uzman doktorlar. Ama hemen ikinci sırada eczacıyı görüyoruz, hastane eczacısı yüzde olarak çok yüksek. Serbest eczacıların oranının biraz daha düşük oldu unu görüyoruz. Onun için kesinlikle bu sisteme katkıda bulunmamız gerekiyor. Çünkü bu bir halk sağ lı ı hizmeti. Hepimizin bunda önemli görevi var. Özellikle bizim de meslek grubu olarak buna a ırlı ı mızı koymamız gerekiyor. Çünkü çok güzel bir alan. Eczacı için yeni bir i ortamı Farmokovijilans. Aktif katılımımız gerekiyor. Halk sağ lı ına farmakoekonomiye destekte, katkıda bulunaca ı mızı dü ünüyorum. Aynı zamanda Türk popülasyonunun farmokogenetik profilini de bu ekilde tanımlı olaca ız. İlaçlara kar ı ne tip advers reaksiyon verdi imizi görece ız. Sağlık Bakanlı ı, sağlık mesle i mensupları, ilaç endüstrisi, i birli i içinde çalı ıp bu sisteme destek olması gerekiyor. Efendim ben sabrınız için tekkür ediyorum. Katkılarınıza, sorularınıza aç ım.

(Alkılar)

Prof. Dr. Mür it Pekin: Sayın Semra arda 'abu güzel sunumu, bu yararlı sunumu için tekkür ediyoruz. Sorular var mı efendim? Buyrun.

Dinleyici: Hocamızın a zına sağlık, çok tekkür ediyoruz verdi i bilgiler için. Hastanelerde bu merkezlerin kuruldu u bilgisini aldık sizden ama; bu hastaneler, daha çok devlet hastaneleri ve özel hastaneler, İA mı dediniz?...

Prof. Dr. Semra arda : 1A grubu ama muhakkak en az 50 tane yata ı olması lazım. Yani en az 50 yatak varsa bir Farmokovijilans sorumlusu o hastanede görevlendirilmek zorunda. O ki iye de irtibat noktası sorumlusu diyoruz biz. Hastanelerde görevli olan Farmokovijilans sorumlularına...

Dinleyici: Peki etendim, bu hastanelerde, ben çok defa gitti im zaman böyle bir merkezin duyurusunu ya da amblemleri bir merkez göremedim. Bu bir masa mıdır? Yoksa bir oda mıdır? Ya da nasıl takip edeceğimiz, nasıl bulacağız?

Prof. Dr. Semra Arda : Evet, şimdi efendim, bu yönetmelik yürürlüğe girdikten sonra, bir süre tanındı bütün hastanelere. Ya yeni birisi bu için alınacak, ki eğitim için Sağlık Bakanlığı'na gönderilecek. Ya da mevcut personelinizden birini Farmakovijilans sorumlusu olarak atayın diye. Baş hekimlikler belirlediler ve bakanlıkta, mecburdu zaten bir süre içinde atamaya, herkesin ismi geldi. Ancak baş hekimlikte gidip, çünkü yeni personel alıp yeni bir oda verip, "Farmakovijilans sorumlususun" denmedi efendim. Örneğin o hastanede farmakoloji anabilim dalında görevli veyahut baş hekimlikte görevli birisi bundan sorumlu oldu; veyahut eczacı, hastane eczacısı çoklukta, Farmakovijilans'tan sorumlu kişi oldu.

Dinleyici: Serbest eczacı da bu görevi üstlenebilecek mi? Yani, diyelim ki internette (...) sayfasını takip edeceğimiz bir hastasına, yani yeni kullanıyorsa o ilacı verebilecek ve daha sonra o bildirim kendisi gönderebilecek mi?

Prof. Dr. Semra Arda : Tabii, tabii. Serbest eczacıdan bu bildirim istiyoruz zaten. Çünkü orana bakarsanız, hastane eczacısı daha fazla bildirim yapıyor. Serbest eczacıdan daha az gelmiş. Tabii serbest eczacıdan bekliyoruz.

Dinleyici: Hocam, ben belki kaçırmış olabilirim. Bu formda, özellikle hasta takip edildiği zaman, mutlaka hastanede kayıtlı bir protokol numarası veyahut da bir dosya numarası olacak mı?

Prof. Dr. Semra Arda : Evet, eğer varsa hastanın size bildirdiği; eğer yatmamışsa sizden direkt ilaç almıştır, kullanmıştır. Eczacının tavsiyesine göre olur. O zaman tabii ki olmuyor dediğiniz gibi. Laboratuvar testlerini istiyoruz o zaman. Hakikaten böyle bir bulgu için röntgen çekti mi veyahut da test hissi konmuş mu, doktora gitmiş mi? Bunu tanımlayan bir belge var mı?

Dinleyici: Anlıyorum. Çünkü beytanın avukatlığını yapıyorum. Diyelim ki, çok duyuyoruz bu türlü şeyleri, bir firma bir ilacı kötülemek isteyebilir. O zaman da, o ilaç hakkında çok bildirim yaptırır ya da... Böyle bir durumu önlemek için sormuştum.

Prof. Dr. Semra Arda : Yani, yanında kanıtları olması gerekiyor ve dediğimiz gibi zaten komisyona geldiği için olayın ne olduğu belli oluyor zaten.

Prof. Dr. Mürüt Pekin: Başka soru var mı? Çok teşekkür ederiz.

Prof. Dr. Semra Arda : Hocam buyrun.

Prof. Dr. Erdem Yeşilada: Benim sormak istediğim, şimdi biz Ara Ürün Komisyonunda, eğitim yaparken, eğitimde, beklenmeyen bir etki görüldüğünde TÜFAM'a başvuruyoruz diye dediğimiz şeylerimizi. Yazıyoruz ama dünya genelinde Herbal Farmakovijilans ile ilgili büyük bir eksiklik var. Bildiğimiz kadarıyla FDA ve (...) eğitim yapmış, eğitimde formu ayırmış. Bizim de böyle bir sadece Herbal Farmakovijilans olarak değil de gıdaları da bunun içinde... Çünkü sa-

dece, atıyorum kumadin alıyordur veya folin alıyordur bilmem ne ama sannırsak yemi tir ya da bu tip bitkilerde çok yaygın olarak görülen anti-platelet falan, ajanlar olabilir, etkili maddeler olabilir. Bunlarla ilgili de bir ey yapılması dü ünülüyor mu?

Prof. Dr. Semra arda : Sa olun hocam, de erli katkınız için. Çok haklısınız. Örne in kanser ilaçlarında biliyorsunuz hani bir muayenehane ilacı tabii... Bir hasta popiilasyonunda veyahut da bir genç popülasyon ama yanında da birtakım antioksidan deste i çok sık kullanılıyor. Ve bilinçsiz kullanılıyor. Bunlar doktordan gizli kullanılan eyler. Biraz evvel listesini verdiniz. Bütün bu otlar, ketenler; her bir antioksidanına kadar, yanında destek olarak kullanılıyor. Ve bunların da tabii ilaçlarla etkile imi söz konusu. öyle, tabii ki bir ey, bana da tuhaf geliyor. Ciddi advers etki olabilmesi için bunun ilaç ruhsatı almı olması gerekiyor. Sa lık Bakanlığı 'ndan ilaç ruhsatı almı olması gerekiyor. imdi antioksidanlar Tarım Bakanlığı 'ndan dediniz de il mi efendim? Elbette bir endikasyon belirtmiyor. Oradan alıyor. Onlar Tarım Bakanlığı 'ndan ama TÜFAM'a advers etki gönderebilmesi için muhakkak Sa lık Bakanlığı 'ndan ruhsatlanmı olması gerekiyor. Bu bir ey yaratıyor. Fakat ayrı bir komisyonla, herbal-vijilans dünyada çok önemli artık. Yani herb'lerin ortaya çıkarttı ı advers etkiler ve bununla ilgili... Türkiye'de tabii sistem yeni kuruldu u için henüz ilaçları topluyoruz efendim. Çünkü a ılar da girecek, serumlar çok farklı. Onlar u anda tedavi hizmetlerine giriyor. Mesela u anda TÜFAM'a gelmiyor a ılarla ilgili advers etkiler. Sadece ruhsatlı ilaçlan u anda takip ediyor. Ama vijilans programı, herbal-vijilans da gündemde. Sa olun.

Dinleyici: Sayın hocam, sunumunuz için te ekkür ederim. Ben bir kavram üzerinde dunnak istiyorum. Görüyorum ki siz de o konuda duyarlısınız, sözcükler üzerinde. Son dönemde çıkan yasa taslaklarında ilaç yerine tıbbi ürün lafı öne çıkıyor.

Prof. Dr. Semra arda : Be eri tıbbi ürün, evet. De i tirilecek.

Dinleyici: imdi buna siz nasıl bakıyorsunuz. Benim kendi yorumumu yapayım da, daha sonra siz isterseniz...

Prof. Dr. Semra arda : Evet, yani insani amaçlı kullanılan tedavi ürünlerini kasdediyor, be eri. Onu koymak zorunda, veteriner ilaçlarından ayırmak için.

Dinleyici: Tıbbi ürün lafını daha çok tercih ediyorlar. Be eri lafını çok kullanmıyorlar. Mesela son bir taslak geldi, i te ilaç ve tıbbi cihaz tasla ı ile. lacın adı asla yok. Bütün metin boyunca sadece tıbbi ürün. Burada sanki ilacın, bizim yükledi imiz, daha do rusu insanlarımızın yükledi i o ciddiyet, o a ırlık sanki bir tarafa bırakılmı . Tıbbi ürün, cihazla sanki e de er tutulan bir anlam veriyor. Buna nasıl bakıyorsunuz?

Prof. Dr. Semra arda : Aynı ey tartışılıyor efendim. Biraz önce gösterdi im gibi, eski bir terminoloji be eri tıbbi ürün. Ama tanımlarken içinde etkin madde diyorsunuz. imdi içindeki tanımı de i tiriyorsunuz, yeniliyorsunuz. Ama adı eski kalmı . Bunlar tabii ki tetkik konusu ve de yeni yönetmeliklerde daha farklı. Be eri tıbbi ürün diye geçmeyecek artık efendim. laç olarak kullanılacak.

Evet, buyrun hocam.

(Bir ba ka dinleyici söz alıyor)

Dinleyici: Be eri tbbi ürün dedikleri zaman, acaba bu bitkisel gıda takviye ürünlerini de aynı sistem içerisinde almayı düşünmü olabilirler mi?

Prof. Dr. Semra Arda : Bir endikasyonu varsa tabii ki, efendim, ilaç olacak.

Dinleyici: Biz esasında satılmı oldu umuz yüzlerce bu tip ürünün etiket bilgisine baktığımız zaman hepsi aynı. Birbirinden farkı yok. Bro üre baktığımız zaman, biraz evvel Erdem hocamın bahsetti i gibi yaramadı ı rahatsızlık yok. Bunlar Tarım Bakanlığı'ndan geçiyor. Eczanelerde satılıyor, ciddi ciddi. Bugün giysi satan ma azalar, bu reyonları açmaya başladılar. Boyner'ler oldu u gibi. Ondan sonra, bizim için ma azalar açılıyor, For You'lar bizim için. Yani burada bizim elimizden çok ciddi bir pazar da kayıyor. Çok ciddi bir tbbi sorun da yaratılacak. Yani bu, içler acısı bir durum. 25-30 bin mensubu bulunan bir meslek örgütü buna nasıl hayır diyemiyor, hayretler içerisinde bakıyorum.

Prof. Dr. Semra Arda : Evet efendim. Onun için faaliyetlerimize, aktivitemize bağlı, hocamın da dedi i gibi, birçok alanda hakikaten kendimizi ispatlamamız lazım. İmdi durum daha da vahim efendim. Prospektüsler de kalkıyor artık. İlacın içerisinde prospektüs olmayacak, biliyorsunuz. Hasta kullanma kılavuzları olacak artık kılavuzlarda. Durum daha da vahim. Çok kısa, hastanın anlayacağı dille yazılmış , basit, büyük puntolarla yazılmış hasta kılavuzları geliyor. Bir sene sonra bu baya layacak. İy yok artık, ilacın metabolizması, farmakolojisi, etkilemesi, atılımı, kullanımı... Bunlar doktoru ilgilendiriyor, eczacıyı ilgilendiriyor. Sizlere web sayfasında Sağlık Bakanlığı duyuracak bunları. Veyahut PDR gibi bir referans olacak. Bu tip kitaplar geliyor. Hasta sadece hasta kullanma kılavuzuyla ilaç alacak. Durum daha da kötü efendim. Ve çok kısa olacak. Fazla katlanmayacak. Yani eklem rahatsızlığı varsa hasta onu çok çabuk açabilecek. İmdi bu kadar kelimeyi; etkinlik, etkililik, güvenlik... bunları ifade edecek bir sayfalık bir broür, ben hastayı düşünemiyorum. Yani daha tabii, daha farklı şeyler...

Efendim ben vaktinizi fazla almak istemiyorum. Kahve içeceksiniz herhalde...

(Alkışlar)

Prof. Dr. Mürüt Pekin: Sayın hocamıza çok teşekkür ediyoruz.

(Görevli söz alıyor)

Sunucu: Sayın konuklar, bir telgraf mesajımız var. Zuminde onu okumak istiyorum.

"Sayın Bakan'ım. İstanbul Eczacı Odası'nın düzenlediği oldu u Eczacılık Kongremize ve etkinliklerinize katılmamı oldu um için üzgünüm. Kongremizin başarılı geçmesini diler, tüm meslektaşlarımıza selam ve saygılarımı sunarım." Eczacı Abdülaziz Yazar, Hatay Milletvekili.

Kahve molamızdan sonra etkinliğimiz devam edecek.

Oturum Yöneticileri

Prof. Dr. Türkan Yurdun (*Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi*)

Ecz. Ay enur Özden (*Kastamonu Eczacı Odası Başkanı*)

Sunucu: Prof. Dr. Türkan Yurdun ve Kastamonu Eczacı Odası Başkanı Eczacı Sayın Ay enur Özden'i kürsüye davet ediyorum.

(Alkışlar)

Prof. Dr. Türkan Yurdun: Değerli katılımcılar, kongremizin bu toplantısında üç tane sunumumuz var. Birincisi, burada Doç. Dr. yazıyor ama iki gün önce profesör olan değerli arkadaşım sevgili Yıldız Özsoy'u tebrik ediyorum.

(Alkışlar)

Kendisi hakkında kısaca bir tanıtım sunmak istiyorum. İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı'nda imdiye kadar başarılı çalışmalarını sürdürdü. Özellikle stabilite, heparin üzerine çalışmalar, matriks tablet formülasyonları, nazal uygulanan modern sistemler, iaret kontrollü ilaç serbestliğin sistemler, özellikle boncuk, mikroküre ve nano-partiküller üzerinde; transdermal sistemler ve farmasötik biyoteknoloji alanları salınım sistemleri üzerinde çalışmalarını sürdürmektedir.

Bugün kendisinden, nazal yolla uygulanan modern terapötik sistemler üzerinde sunumu için kürsüye davet ediyorum. Teşekkür ederiz.

(Alkışlar)

Nazal Yolla Uygulanan Modern Terapötik Sistemler

Prof. Dr. Yıldız Özsoy Erginer

Öncelikle bu güzel sunum için teşekkür ediyorum, alkışlarınız için de çok teşekkür ediyorum. Bana çok moral verdiniz. Hocamın da bahsettiği gibi benim konum, ilaçların nazal yoldan verilmesiyle ilgili olacak sunumum.

İmdi ilaçlar, nazal yol, bildiğiniz gibi öncelikle uzun yıllardan beri lokal tedavi için kullanılmı. Eczane raflarında pek çok ilacımız mevcut bulunmakta. Fakat yapılan çalışmalar neticesinde nazal yolla verilen lokal etkili ilaçların da zaman içerisinde sistemik etki göstermesiyle nazal yolun sistemik etkili ilaçlar için de kullanılabilmesi ortaya çıkmış ve artık eczane raflarımızda bu ilaçların sayısının gittikçe arttığını görmekteyiz.

Öncelikle kısaca, tabii ki çok bilimsel olmamasına özen gösterdim ama konu biraz bilimsel olunca ister istemez... Önce bir burun fizyolojisinden ve anatomisinden bahsettikten sonra, nazal yolun avantajları ve dezavantajları; absorpsiyon, sistemik etki için acaba absorpsiyon nasıl oluyor nazal mukozadan çok kısa bahsedelim sizleri sıkmadan. Ve bu absorpsiyonun artırılmasıyla ilgili olarak, özellikle son yıllarda eczane raflarımıza girmiş olan

ilaçların, büyük molekülü ilaçların nazal yolla sistemik etki göstermesine dayanan etkide nasıl penetrasyon artırıcıların kullanıldığından kısaca bahsettikten sonra, özellikle uzatılmış salınım sağlayan sistemler ve bazı örneklerimize geçeceğiz.

Burun fizyolojisine baktığımız zaman burnumuzun üç bölgeden oluştuğunu görüyoruz. Burun Vestibüler, Olfaktör ve Respiratör bölgeden oluşmaktadır. 12-14 cm uzunluğunda, koku alma duyusunu sağlayan bir organımız. Fakat üç bölgeyi gördüğümüz zaman, öncelikle filtrasyon bölgesi dışarıdan gelen partiküllerin tutulmasını sağlıyor. Olfaktör bölge dediğimiz bölge ki 10 cm² alana sahip ve koku alma duyumuzu sağlıyor. Ve esas, bizim solunum bölgesi dediğimiz Respiratör bölge ise, esas, sistemik etkili ilaçların etkisini sağlayan geniş yüzey alanına sahip olan bölge.

Burada tabii ki absorpsiyon mekanizmasına bakmadan, ya da ilaçların nasıl etki gösterdiğini anlamak için biraz hücre tiplerinden bahsetmek gerekiyor. Özellikle silialı ve siliasız hücreleri burada görmekteyiz. Silia dediğimiz tüyler ise, biliyorsunuz ki, ince, tüyümsü, titreşimli yapılar. Ki bunlar 5-10 mikrometre uzunluğunda, 0.1-0.5 mikrometre kalınlığında çok ince titreşimli yapılar. Ve birtakım hareketler yapıyorlar, ki bu hareketler neden önemli? Çünkü üzerinde bir mukus tabakası var bu hücrelerin. Bu mukus tabakası her 10 dakikada bir, bu epiteller üzerinde salınan bu mukus tabakası yenileniyor. Ve dolayısıyla silialar bu hareketi yaparak, üzerindeki mukus tabakasını nazofarinkse yani yuta doğru itiyorlar. Bu neyi sağlıyor? Bu, burnumuzun sürekli temiz kalmasını ve yapılmış olan partiküllerin itilmesini, temizlenmesini sağlıyor. Tabii ki bu mekanizmaya, biz ilerde mukosilyer klerens diyoruz, yani arınma, mukosilyer, mukusla arınma mekanizması diyoruz. Tabii ki, mukusla böyle bir şey diyemiyoruz; yani bunlar ilaçtır, bunlar salınmasın, bunlar ilaç olduğu için faydalıdır, sen bu hareketi yapma ve sistemik absorpsiyon gerçekleşsin ve ilaçtan beklenen etki sağlanabilir diye. Tabii ki böyle bir şey diyemediğimiz için, ilerde çeşitli dozaj formlarıyla, bu hareketi baskılayıcı birtakım formülasyonlarla ilaçlardan sistemik etki sağlıyoruz.

Her bir hücrede yaklaşık yüz kadar silia var ve de oldukça fazla mikrovilluslar var. Bu villuslar neden önemli? Aynen ince barsaklarımızda olduğu gibi bu mikrovilluslar yani girintiler ve çıkıntılar nazal mukozanın alanını oldukça geniş bir yüzeye taşımaya sağlıyor. Yani oldukça geniş bir yüzey yaratıyor.

Nazal yolun avantajlarına kısaca değinecek olursak; geniş bir absorpsiyon alanı, biraz önce söylediğimiz gibi yaratılması. Zengin bir damar ağı. Tabii ki mukozadaki bu epitel hücreleri, mukozal tabakası daha dokusuz, oldukça ince bir tabaka, bu suretle de hem geniş bir yüzey alanı, ince bir tabaka olması nedeniyle de ilaçlar çok kolay geçebiliyorlar bu bölgeleri. Ve tabii ki geçtikleri için altındaki zengin damar ağı neticesinde yüksek bir biyoyararlanım, hızlı bir absorpsiyon söz konusu. Diğer ilaçların verili yollarıyla mukayese edecek olursak, ki biraz sonra bir tabloda da bunu izleyeceğiz, düşük enzimatik aktivite var. Hiç yok değil ama düşük oranda var. Diğerlerinden daha düşük. Onun için de büyük bir avantaj. Ayrıca mukozanın yüksek geçirgenliği, ince olması ve geçirgen olması. Düşük dozda yüksek etkinlik ve doz ağırlığı riskinin az olması, hızlı tedavi edici etkisi ve oral yolla verilemeyen ilaçlar için alternatif bir yol olması ve yüksek hasta uyuncu, bize nazal yolun avantajlarından en önemlilerini gösteriyor.

Peki dezavantajı yok mu? Tabii ki her yolun dezavantajı var. Uygulama hacmi bizi biraz sınırlıyor. Çünkü istediğimiz miktarda ilacı burundan uygulamamız söz konusu değil çünkü ancak yapılan çalışmaları 20 mikrolitreyle 200 mikrolitre arasındaki dozajı ancak tutabiliyor burun. Daha sonra ne olacak, daha fazla uyguladığımızda? Drenaj yoluyla ya nazofa-

riinkse kaçma ya da burundan damlama ekinde, o ilaçtan fayda göremeyece iz. Keza yine molekül a ırlı ı bir etken. Bütün mukozal membranlarda oldu u gibi nazal mukoza da belirli molekül a ırlı ına sahip olanların geçi ine müsaade ediyor. Bu da yapılan çalı malarda 300 dalton büyüklü ünde olan ilaçlar için bir sorun göstermezken, yani hepsi çok kolaylıkla geçebilirken ilacın fizikokimyasal özelliklerine ba lı olmaksızın ama molekül a ırlı ı arttı ı zaman geçi in de do ru orantılı bir ekinde azaldı ını görüyoruz. Yani molekül a ırlı ı ne oranda artarsa geçi in de o kadar azaldı ını görüyoruz. Ayrıca burnumuzdaki birtakım patolojik durumlar da, özel birtakım hastalıklar olabilir, genetik hastalıklar olabilir, ne bileyim, sürekli, astım hastalan gibi. Bu gibi patolojik durumlarda yine bizi, ya da derivasyon olabilir bumnda, bu da yine nazal yolla ilaçların alımında bir dezavantaj olarak, iyi bir ekinde o ilaçtan yararlanmadı ımız için bir dezavantaj olarak ortaya çıkıyor. Ayrıca biraz önce bahsetti im mukosiliyer arınma nedeniyle de yine bir dezavantaj ya ıyoruz. Çünkü her ilaç için istenilen biyoyararlanımı sa lamamı olabiliriz. Birtakım enzimatik engeller, biraz önce söyledim ve iritasyon da yine keza her ilacı burna uyguladı ımızda biz bu ilacın farmasötik eklini yapıp eczane raflarında satar hale gelemiyoruz. Çünkü çok yüksek, mukozaya irital etkisi olabilir ve yapılan formülasyon çalı mamızda bu ilacın iritasyonunu engelleyememi olabilir. O nedenle biz bu ilacı yine nazal olarak verece iz diye tutturuyoruz. Bu da bir parametre olarak kar ımıza çıkıyor.

Di er yollarla da mukayese edersek e er, uygulama yolu olarak baktı ımızda; evet, nazal yolun 150 cm² alanıyla oldukça geni bir yüzey alanına sahip oldu unu görüyoruz. Di er yollarla mukayese etti imizde de enzimatik aktivite olarak da oral yolla mukayese edersek hele, yapılan çalı malar daha çok oral yolladır, gördü ünüz gibi oldukça dü ük bir enzimatik aktiviteye sahip.

Evet, di er yollarla mukayesede öyle bir örnek verecek olursak e er, bir progesteronun mukozal membranlardan sistemik biyoyararlanımının incelendi i ya da mukayese edildi i bir çalı mada gördü ünüz gibi, nazal yolun %88.4 gibi yüksek bir, di er yollara nazaran, ki oral var, vajinal var, rektal var; di er yollara nazaran oldukça yüksek bir biyoyararlanma sahip oldu u görülmü bu çalı mada. Pek çok çalı ma var, sadece bir örnek olarak vermek istedim.

Peki ilaçlar nazal yoldan acaba nasıl absorbe oluyorlar? Bildi iniz gibi mukozal membranlardan geçi ler, hep klasik kitaplarımızda, farmakoloji kitaplarımızda yer alır. Öncelikle, bildi iniz gibi ya hücrelerin içinden geçecek, biraz önce bahsetti imiz hücrelerin... urada oldu u gibi, yani direkt olarak hücrenin içinden geçebilir. Ya da hücrelerin arasından geçebilir. Ya da ilaçların nazal mukozadan absorpsiyon mekanizmaları vasıtasıyla selektif olarak geçebilir. Ya da biraz soma bahsedece im mikropartiküler sistemlerin tutularak hücre içerisine itilmesiyle yani transsitoz ile geçebilir.

Bir de sıkı birle me yerleri dedi imiz, yine hücreler arasından yani paraselüler yoldan geçi te, sıkı birle me dedi imiz noktalar var, ki biz bunlara, urada çok güzel gösterdi i için bu örne i aldım, bu sıkı birle me yollarını aralayarak, bazı i te, özellikle büyük moleküllü ilaçların, nazal yolla sistemik etki gösteren ilaçların geçi inde bu yol çok önemli. Buraları aralayarak bu büyük moleküllü ilaçların mukozadan geçmesi sa lanabiliyor.

Peki biz ilaçları, nazal yoldan bir ilacın formülasyonunu yaptı ımızda, hangi parametreler acaba bu absorpsiyonu etkileyecek bakalım. Öncelikle anatomik ve fizyolojik faktörlerimiz ve formülasyona ait faktörlerimiz var. Bu faktörleri bilebilirsek daha iyi fonnüle edebiliriz imiz eczane raflarına ta ıyabilece imiz preparatlar hazırlayabiliriz. Anatomik... Ben bunların detaylarına girmeyece im. Sadece isim olarak geçecek olursak; birtakım, i te anatomik

özelliklerimizden kaynaklanan derivasyon, vibrasyon; birtakım enzimsel faaliyetlerimiz burunumuzdaki; fizyolojik faktörlerimiz, i te oradaki mukosilyer klerensin hızı, artı mukusun PH'si etkileyebilecektir. Çe itli patolojik hastalık durumlarımız ve çevresel faktörler, yani sigara içme durumlarımız, sigara içilen bir ortamda bu ilaçları kullanıyorsak oradan o gün için bile faydalanamamız gibi birtakım faktörler bizi sınırlandırıyor. İlaçların absorpsiyonuna birtakım etkilerde bulunuyor.

İlaçta ait faktörlere baktığımız zaman biraz önce de söylediğim gibi moleküllerin ağırlığı ve ekli çok önemli. Yapılan çalışmalar moleküllerin ağırlığı küçük olan moleküllerin nazal mukozadan geçebildiğini göstermiştir. Ve ekil olarak da baktığımızda ise, i te lineer ekillerin stik ekillerden daha geç veya istenmeyen bir etki gösterdiğini göstermiştir. Stik olan moleküllerin bu bariyerlerden çok daha kolay geçtiğini göstermiştir. Ayrıca çözünürlükle ilgili, ilaç, bildiğimiz gibi mukoza membranlarından geçmeden önce o membranda çözünmeli ki geçebilsin. O zaman biz eğer nazal formülasyonumuz bir toz eklindeyse, bir süspansiyon eklindeyse, o zaman öncelikle bir mukusta çözülecek. Ondan sonra da geçebilecektir. Çözünürlükün demek ki etki maddesi çok önemli. Ayrıca lipofilik özellik çok önemli. Biraz önce de söylemiştim. Mademki üç ana yolumuz var, ki bunların içerisinde eğer ben hücrelerin içerisinde daha çok geçiyor olduğunu biliyoruz. Yani hücrenin içinden geçiyor demek eğer benim molekülümün lipofilitesi ne kadar yüksekse, ya da çözünürlüğü ne kadar yüksekse, o kadar hücrelerin içerisinde geçebileceğini anlamını taşıyor. Eer hidrofilik bir molekülse o zaman parasetamol yolla yani hücreler arası yolu tercih edecektir. Bunu da öngörerek birtakım formülasyonlara tasarımlara gidebiliriz. Ayrıca pH ve pKa'sı da ilacın çok önemli. Bu da çözünürlüğü etkileyeceği için önemli parametreler arasında yer alıyor.

Bütün bunları değerlendirildikten sonra, formülasyona ait faktörleri göz önünde bulunduracaksam yine pH karışımı çıkıyor. O da öyle ki nazal mukozanın pH'sı yetişkinlerde 5.5-6.5'tur ve pekiben formülasyonumu o pH'ya yakın bir pH'da hazırlarsam daha iyi olacaktır. Bunun nedeni de iritasyondan kurtaracak yani mukozayı irite etmeyecek bir formülasyon... Ayrıca viskozite çok önemli çünkü biraz sonra da sayacağımız damlalarda karışımımıza çıkabilecek bir sorun olacaktır. Neden damlattığımız zaman i te nazofarinkse ya da burundan damlamayı engellemek amacıyla formülasyonuma birtakım, tabii ki mukozayla uyumlu birtakım polimerler ilave ederek viskoziteyi arttırırsam, mukosilyer klerensi biraz olsun baskılayabilirsem; tabii baskılamak da çok etkilidir, bu sefer ne olacaktır? O doğal savunma mekanizması olan mukosilyer klerensi baskıladığımız zaman birtakım patolojik durumlar meydana gelebilir. Burun kuruluğu hiç iyi bir şey değil. Mutlaka nefes almamız için belli bir nemin olması gerekiyor. O nedenden dolayı da öyle bir viskoziteye ayarlamam gerekir ki hem ilacı orada tutabilsin, hem de benim nefes almamı engellemesin, mukosilyer klerensimi çok fazla baskılamasın.

Tabii ki ne kadar yüksek konsantrasyonda etki maddeleri formülasyonda hazırlarsam o kadar iyi absorpsiyon meydana gelecektir doza bağlı olarak. Fakat yapılan çalışmalar belli bir miktara kadar bunun lineer gittiğini göstermiştir. Ama daha fazlasını koyduğumuzda ise birtakım dezavantajlar ve absorpsiyonun artmadığını görülmüştür. Dezavantaj olarak yine iritasyon karışımımıza çıkmaktadır, yani etkin madde dozu arttıkça irite etme olasılığı artmaktadır. O zaman demek ki, daha çok uygulamalarda düşük dozlu sık uygulama daha tercih edilir, yüksek dozlu uygulamaya nazaran. Uygulama hacmini söylemiştim. 200 mikro litreden fazlası asla uygulanmıyor, biraz önceki dezavantajlardan dolayı. Dozaj ekli de keza, uygulayacağımız dozaj ekli de tabii ki absorpsiyonu etkileyecektir.

Farmakopede yer alan ve eczane raflarımızda bulunan ilaç gruplarımıza baktığımız zaman bunlar; damlalar, sprey, jeller ve devamı gelecek. Hep, tabii ki bunların birtakım avantaj ve dezavantajı var. Tabii ki her etkin maddenin çözeltisini yapamayabiliriz. Çözeltisini yaptıığımız durumlarda da, drenaj damlalarında çok büyük dezavantaj. Ayrıca doz aırması riski de var. Çünkü drenajdan dolayı yapılan uygulama, üç damla ya da dört-beş damla gibi söylendiği zaman ki iye göre birtakım riskleri var... Doz ayarını da hata ve tutarsızlıklara da neden olmakta. Onun yerine de biliyorsunuz, artık spreyler son derece güncel. Ki bunlar çözelti ekleinde süspansiyon ekleinde olabilirler ki onun içinde doz ayarında hata veya tutarsızlıklardan kurtarmak amacıyla ölçülü doz aletlerimiz mevcut u anda eczanelerimizde biliyorsunuz. Lokal etki için daha çok kullanılıyorlar. Mukozal iritasyon potansiyeli eğer bir süspansiyon tipi ya da toz tipi preparatsa o zaman görülebiliyor. Ama oldukça düşük. Jeller de i te biraz önce söylediğimiz mukosilyer klerensi baskıladıklarından dolayı u anda çok kullanılan dozaj formları arasında yer alıyor ama onun da birtakım dezavantajları var. Burada daha çok lokal ve sistemik ilaç salımı için kullanılmasına rağmen jellerde de tabii ki bir viskoz çözelti oldu u için burunda yapıma, tıkanıklık, i te hap ırmalara neden olma gibi dezavantajları mevcut.

Diğer ilaç formları arasında tozlar, merhemler, yıkama çözeltileri ve çubuklarımız var. Merhemler çok fazla eski dozaj formlarımızdan, nazal olarak kullanılan eski dozaj formlarımızdan. Lokal etki için uygun ama hasta uyuncu oldukça düşük. Uygulama zorlu u ve de doz ayarlamaya zorlu u bir dezavantaj yaratıyor. Tozlar için yine ölçülü doz aletlerimizle biz bir uygulama yapıyoruz ama iritasyon ve batma hissi ve oldukça da yüksek maliyet göstermesi nedeniyle çok fazla kullanılan bir farmasötik dozaj formları de il. Yıkama çözeltileri farmakopede geçiyor. Tabii ki eczanelerimizde var ve nazal bo lu un yıkanması amacıyla daha çok cerrahi i lemler ya da birtakım hastalıklar öncesinde ya da uygulama öncesinde kullanılabiliyorlar. Çubuklar yine lokal etki için kullanılan katı, daha çok (..)ler arasında yer alan preparatları*.

Peki biz, nazal absorpsiyonu, büyük molekülü ilaçlar biliyorsunuz özellikle son yıllarda eczane raflarımıza çıkmakta olan ya da FDA'da çıkması için sıra bekleyen çok fazla ilaç var. Ve bunlar oldukça büyük moleküllü ağırlıklarına sahipler. Biliyorsunuz ki insülinin nazal uygulamasıyla ilgili çok fazla çalışmaya var ve ön klinik çalışmaları yapılmak üzere FDA'da dosyalarının olduğunu biliyoruz. Burada da bu tür formülasyonları yapabilmek amacıyla acaba hangi stratejilerle bunlar eczane raflarımıza çıkıyorlar? Kısaca bir göz atarsak eğer ilacın nazal metabolizma etkisinden korunmasıyla olabilirler. Ya da ilaç ya da formülasyonda birtakım de i iklikler yaparak ilacın nazal bo lukta kalma süresini uzatan sistemler haline yani modern terapötik sistemler haline getirilmesiyle hazırlanabilirler.

Bunun için de daha çok büyük etkili ilaçların sistemik etki göstermesi ve nazal yoldan uygulanması için çeşitli absorpsiyon artırıcılar kullanılıyor. Ki bunlar tabii ki iritan olmayacak, etkin maddeyle geçimli olacak, formülasyonla geçimli olacak. Birtakım tabii ki kriterleri var. Ama bunlar nasıl etkiliyor diyecek olursanız, ilacın fizikokimyasal özellikleri, biraz önce saydığımız nazal absorpsiyonu etkileyen fizikokimyasal özellikleri de i tirerek ya da mukoza membranını etkileyerek, o etkilemede daha çok hücreler arası iletişimimizi sıkılaştırarak etki gösteriyorlar.

Burada bir örnek olarak insülinin hipoglisemik etkinliği ile ilgili yapılan bir çalışmada, diğer yollarla uygulandıında bakın penetrasyon arttırıcısı olarak ne kadar az bir de i er elde edilirken; sodyum glikolat kullanılarak yapılan bir çalışmada, penetrasyon arttırıcı olarak kullanılmışı, ne kadar absorpsiyonun arttığını ya da sistemik glisemik etkinliğin arttığını görmekteyiz.

İlacın nazal boğukta kalma süresini uzatan sistemler yani lokal terapötik sistemler arasında neler var? Biyoadeziftozları görmekteyiz. Hidrojeller ve mikro ve nanopartiküller var. Biyoadezif sistemler olarak, daha çok tabii ki, biyolojik dokularla nazal mukozaya uyumlu polimerler kullanılıyor bunlarda. Ve carbopolün insülinin nazal biyoadezif tozunun hazırlandığı çalımlar var. Yine patent almış Japonya da patent almış olan Rhinocoart'ın, beklametazon dipropionat'ın HPC ile olan nazal tozlarının bir patenti var.

Tabii ki tozların eğer gündeme gelirse, bunu da bilmemiz gerekiyor ki bunların mutlaka partikül büyüklükleri çok önemli. Çünkü eğer 10 mikrometreden küçükse partiküller solunumla akciğerlere taşınıyor. Ancak 10-20 mikrometre partiküller nazal boğukta takılıyorlar. Daha büyükleri ne oluyor? Dışarı atıyoruz nefesle, onlardan da faydalanamıyoruz. Demek ki eğer bir toz sistemini absorbe edecek olursak o zaman mutlaka partikül büyüklüğü 10-20 mikrometre arasında olmasına dikkat etmemiz gerekiyor.

Hidrojeller için ise, ki bunlar da yine polimer çözeltiler kullanılarak hazırlanmış olan preparatlar. Tabii ki uzatılmış etkisi sağlıyorlar. Sistemik nazal etki için de çok önemli preparat grubu arasında. Morfinle yapılan bir çalımda IV olarak verilen bir morfinin görüyorsunuz seviyesini. Nazal çözeltisini direkt verdi inin zaman absorpsiyonun %20'lerinde oldu unu C_{max}'in; kitozan dediğimiz, kitozan biliyorsunuz bir doğal polimer ve bu polimerle morfinin birleştirilmesiyle oluşan bir hidrojel çözeltisine uyguladığımızda ise neredeyse IV uygulanabilen gibi bir etki görmekteyiz, ki bu çok önemli, son derece önemli.

Birkaç tane de acaba Türkiye'de diğer fakültelerimizde hangi çalımlar yapılmış bu konuda diye araştırdık... Anadolu Üniversitesi'nden Yazan ve arkadaşları tarafından yapılmış olan bir çalımda verapamil asitler kullanılmış, MC biyoadezifjelleri oral uygulanmış ve IV uygulama ile mukayese edilmiş nazal olarak verilmiş. Ve farmakodinamik bulgular nazal olarak uygulanan jelin daha etkili olduğu unu göstermiş, oral yola nazaran.

Diğer yapılmış olan bir çalımda da, Ankara Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde yapılmış, Yetkin ve arkadaşları tarafından sunulmuş bir çalımda. Piyasa preparatıyla, carbofol jelle hazırlanmış bir kalsitonin; kalsitonin de oldukça yüksek moleküler ağırlığa sahip biliyorsunuz. Ve de çeşitli penetrasyon artırıcıları ilave edildiğinde, özellikle (...) ilave edildiğinde mutlak sistemik etkinin oldukça, %71'lere varan bir derege olduğu unu görmekteyiz.

Bizim fakültemizde benim yaptığım, diğer çalımda arkadaşımın yaptığı bir çalımda ise siprofloksasin HCl ile çeşitli jel formülasyonları hazırladık. Ve oral tablete karşı olan etkinliklerini incelediğimizde, çeşitli penetrasyon artırıcı olarak kullandığımız maddelerin nazal absorpsiyonu artırdığını tespit ettik.

Ankara Üniversitesi'nde Oğuzhan Hasççek ve Gönül arkadaşların yaptığı bir çalımda ise HPMC'nin gentamisin nazal boğukta kalma süresini uzattığını ve sodyum kolatın da, ki penetrasyon artırıcı bir madde, gentamisin nazal emilimini oldukça fazla artırdığını görmekteyiz.

Partikül sistemleri kısaca geçiyorum. Biraz vaktinizi alacağım. Heparinle yaptığımız çalımda, yine bizim bölümde yapılan bir çalımda, Yıldız ve arkadaşları tarafından, heparinin nazal uygulanması sonucunda mikroküre formülasyonu ile yaptığımız çalımda oldukça fazla kuagülant etkiyi saptadık.

Yine bir doktora tezi çalımda, yani benim yaptırdığım bir çalımda siprofloksasinin (...) ve mikropartiküllerinin oral çözeltiden nazal olarak ne kadar, oldukça fazla bir biyoyararlanım saptandığını da gösteren bir çalımda.

Biraz önce de söylediğim gibi, öncelikle lokal tedavi için kullanılan nazal yolla verilen ilaçlardan sonra sistemik tedavi artık günümüzde de bildiğiniz gibi ağız yoluyla verilmektedir. Bu ilaç gruplarına baktığımız zaman, bunları saymayacağım, oldukça fazla ilaç grupları nazal yolla verilmekte ve oral yolla verilmekte. Fakat en son yeni çıkan ve özellikle de büyük moleküllü ilaçlardan birkaç tane örnek verip konuyu bitirmek istiyorum.

Bildiğiniz gibi Miacalcin Nazal Sprey kalsitonin içeriyor ve osteoporoz tedavisinde kullanılıyor. 1995 yılında FDA'dan onay almış, eczanelerimizde raflarımızda. Aynı şekilde yine 2004 yılında başka bir firmanın ürünü görmekteyiz. Nazal olarak veriliyor. Yine osteoporoz tedavisinde 1996 yılında kalsitoninin yine erilebilir preparatını görmekteyiz. 2001 yılında var. En önemlisi bakın, ağrı için, migren tedavisinde 1997 yılında sumatriptanın nazal formülasyonlarını görmekteyiz. 1997 yine, dihydroergotamine mesylate, migren tedavisinde görmekteyiz. Yine migrende 2003 yılında FDA'dan onay almış başka bir sprej. Nazal sprej ve nazal jel Vitamin B12'nin, ki oldukça büyük molekül ağırlığına sahip biliyorsunuz, bir nazal sprej ve jeli de artık FDA'dan onay almış. Etkinliği kanıtlanmış ve eczane raflarımızda. Nikotinin, iğne biliyorsunuz sigara alkanlıktan kurtulmak amacıyla 1996 yılında FDA'dan onay almış bir nazal spreji mevcut. Hormon preparatlarını görmekteyiz sprej olarak. Diüretik olarak kullanılan minirin nazal spreji, 2002 yılında FDA'dan onay almıştır.

Onay almayı bekleyen ilaçlar arasında ise oldukça büyük bir grup var. Ki bunlardan dikkatinizi çekmek istediğim hormon preparatları ve protein... yapısındaki ilaçların da artık nazal yolla verilmek üzere sırada beklediğini söylemek istiyorum. Burada da tabii ki vurgulamak istediğim ilaçlar son derece, artık nazal olarak kullanılmak üzere sıradalar. Yakında gelecekler.

Peki bu nazal yolla ağız preparatlarının verilmesindeki avantaj, uygulama kolaylığı olması, daha ucuz genetik kitlelerin kullanılabilmesi, enfeksiyon riski taşımaması, hem mukozal hem de humoral bağışıklık sağlaması açısından son derece önemli. Bunun için de biliyorsunuz ilk piyasaya çıktığında ağız florası altında (...) 2002 yılında FDA'dan onay alıp oral yolla verilmekteydi.

Bundan başka nazal yol bize neyi getirecek? Bundan sonra o faktör dediğimiz, biliyorsunuz 10 cm², biraz önce söylediğim gibi, alandan, yani koku alma bölgemizden nazal yol aracılığıyla beyine hedeflenebilen ilaçların geliştirilmesi ve beyin hastalıklarında kullanılması, artık çalışılmakta ve oldukça başarılı sonuçlar alınmaktadır. Bunun için de daha çok mikroemülsiyonlar ve lipit kaplı nanopartiküllerin ilaç taşıyıcı sistem olarak beyin hedeflemeye kullanıldığını görüyoruz, literatür bilgilerine dayanarak.

Sonuç olarak nazal yol, akut ağrı, panik atak, uyku düzensizlikleri, erektil bozukluklar, kusma, kalp atakları ve parkinson hastalığının ani tedavisinde; diyabet, büyüme hormonu eksikliği, osteoporoz gibi hastalıkların uzun süreli tedavilerinde umut vaat etmektedir.

Sabrınız için, süreyi ağız için özür diliyorum, teşekkür ediyorum.

(Alkışlar)

Prof. Dr. Türkan Yurdun: Bu güzel sunumu için Prof. Yıldız Özsoy'a teşekkür ediyoruz. Ben küçük bir cümle ilave etmek istiyorum. Özellikle insülin bağımlı diyabet hastalarımızın yakında nazal yolla ilaç kullanmaları bence çok sevindirici ve diğerleri de tabii ki. Çok teşekkür ediyoruz. Sorularımız var mı?

Dinleyici: Efendim bir soru sormak istiyorum. Bazı mü terilerim özellikle (...)’yi nazal olarak almak istemiyorlar, direkt beyne gidiyor diye. Böyle bir eyi nasıl engelleyebiliriz?

Prof. Dr. Yıldız Özsoy Erginer: Yapılan çalı malar bu tür hastalıklarda, oradaki oranın çok dü ük olması ve ilaçlar biliyorsunuz piyasaya çıkmadan önce mutlaka bu tür sorulanmaları zaten yapıyor. Böyle bir eyin yan etki olarak prospektiisünc yer almı olması lazım. Böylesi bir durum söz konusu olmadı nı biliyorum. Te ekkür ederim.

Dinleyici: Te ekkürler, bir ey sormak istiyorum. Nazal yolla uygulamanın hastaya pek keyif verici bir ey olmadı nı, çünkü sonuçta buruna istedi i miktarda ve çok da zor alındı nı prospektüsten kullanılı eklini... E "bize siz ö retir misiniz?" diye soruyor. Siz ilacı açamıyorsunuz tabii ki, bu tür zorluklar var. Mesela bir osteoporozlu hasta için uzun süre burundan onu almak, çok zor oldu unu söylüyor hastalarımız. Uygulama biçiminin hastaya irite edici özelli ini ben algıladım söylediklerinizden.

Prof. Dr. Yıldız Özsoy Erginer: imdi, öyle tabii ki, uygulayaca nız, kullanaca nız ilacın fayda zarar oranına bakmak lazım. Yani, hastayı ne kadar tedirgin ediyor? Normalde nazal ilaç, di er yollara nazaran, tabii ki bir rektal yola nazaran, bir vajinal yola nazaran ya da bir enjektal yola nazaran mukayese etti imizde oldukça avantajlı. Ama oral yola nazaran tabii ki avantajlı de il. Çünkü yutmak en kolay. Ama ilacın biyoyararlanımı ve ani etki istendi i durumlarda nazal yolun avantajlarını saydı mızda veya baktı mızda ona katlanmak zorunda kaldı nı dü ünüyorum. Tabii ki inin hassasiyeti de son derece önemli.

Dinleyici: Evet, özellikle ya lı hastalar için. Osteoporozlu ya lı hastalar, "A, o mu, hayır hayır" deyip raporlu ilaçları dahi almak istemiyor. Ben kar ıla tım yani.

Prof. Dr. Yıldız Özsoy Erginer: Yani ortalama bir eydir ama hasla kullanım kılavuzları geliyor, sabahki oturumda da hocamın bahsetti i gibi daha çok hastanın anlayabilece i ve kullanımının da daha kolay olabilece i, ekillerle açıklayabilece i eyler geliyor. Belki biraz rahatlayacak. Te ekkür ederim.

Prof. Dr. Türkan Yurdun: Te ekkür ederiz, Prof. Özsoy.

(Alkı lar)

Eczacılık E itiminde Farmasötik Bakım ve Klinik Eczacılı ın Yeri

Yard. Doç. Dr. Philip M. Clark

Ecz. Ay enur Özden: De erli katılımcılar, de i imler toplumların ihtiyaçlarından do ar biliyorsunuz. Ve bu küreselle me akımlarıyla da, arkada lar bu kelimeyi kullanmamı istemiyorlar ama mecburen kullanıyorum, küreselle me akımıyla da toplumların, sanayi devrimini bilhassa tamamlamı Amerika gibi toplumların bilgi toplumuna geçi leriyle toplumun neden, nasıl, niçin sorularını sormasıyla ve kar ısında sorumlu bir muhatap görmek iste iyle mesleklerdeki de i imler ba ladı ve eczacılık, klinik eczacılık ve farmasötik bakım konusunda böyle ortaya çıkmı toplumun ihtiyacından do an bir konu ve güncel bir konu. u anda Türkiye'de eczacının ilacı sadece raftan alıp satan konumda oldu unu biliyoruz ve deminki hocamız Erdem Ye ilada da bunu vurguladı. Toplumda eczacıya bakı , ilacı alan satan konumunda olması ve bu bizleri gerçekten üzüyor. Artık eczacının danı manlı ını ön plana çıkaracak ve e itimini güncelleyecek programlara ihtiyacımız var. Bu anlamda da bugün eczacılık e itiminde farmasötik bakım ve klinik eczacılı a bakı konusunda Yrd. Doç. Dr. Philip Clark bize bir sunum yapacak. Sayın Clark sizi kürsüye alabilir miyiz?

(Alkı lar)

Sayın Philip Clark 1980 yılında Strathclyde Üniversitesi'ni bitirmi Glasgow'da. 1995 yılında yine aynı üniversitede master yapıyor ve YÖK bunu e de er görüyor. 1999-2005 yılları arasında Marmara Üniversitesi Klinik Eczacılık Bilim Dalı'nda doktora yapmı . Kendisinin de i ik dallarda eczanelerde mesul müdür olarak çalı tı ım görüyoruz. u anda Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Farmasi Bölümü'nde çalı malarını sürdürmektedir. Ben de Marmara Üniversitesi Klinik Farmasötik Derne i üyelerindenim. Sayın hocamıza konu - masında ba arılar diliyorum. Buyrun Sayın Yrd. Doç. Dr. Philip Clark.

Yrd. Doç. Dr. Philip M. Clark: Te ekkürler. Ho geldiniz herkese. Belki skoçlar para konusunda biraz cimri ama laf konusunda, kelime konusunda biraz daha cömertiz. Ama bugün kendimi biraz tutmaya çalı aca ım. Bugünkü konu, "Eczacılık E itiminde Farmasötik Bakım ve Klinik Eczacılı ın Yeri."

Bir özet vermek istiyorum. lk önce farmasötik bakım ve klinik eczacılık kavramlarını anlataca ım. Ondan sonra biraz da hem yurtdı ında hem Türkiye'deki durum ne, tespit etmeye çalı aca ım. lk önce genel kavramları anlatmaya çalı aca ım. Tabii ki belki ço unuz anlıyorsunuz veya biliyorsunuz konuları ama belki yeni gelenler için anlatmak lazım.

lk önce tanımlar ve hedefler. Farmasötik bakım tanımı olarak, farmasötik bakım sorumlu bir ekilde ilaç tedavisinin sa lanmasıdır. Yani sorumlu kelimesini vurguluyorum burada. Yani sorumsuz eczacı olmak istemiyoruz. Sorumlu eczacı olmak istiyoruz, de il mi? Tepki bekliyorum...

(Tüm salondan "Evet..." sesleri)

Farmasötik bakımın amacı; amacımız nedir? Hastaların hayat kalitesini düzelterek belirgin sonuçlara varmak. Yani havada konu muyuz; bir eye varmak, bir ey elde etmek istiyoruz. Eczacı hasta ve hastanın sa lı ıyla ilgilenenlerle beraber çalı ıyor. Yani bu, ekip

halinde, doktorların korkacağı bir şey yoktur. Dediğim gibi beraber çalışıyoruz. Amacımız nedir? Halk sağlığını ön plana koyuyoruz. Hastalığı önlemeye çalışıyoruz. Ve hasta tedavisini de değerlendiriyoruz, izliyoruz, takip ediyoruz, bazı yerlerde baskı yapıyoruz ve modifiye ediyoruz, yani ayarlıyoruz.

Peki ona paralel olarak klinik eczacılığın tanımını yaparsak, ben bunu seviyorum; çünkü klinik kelimesine yatak başı diyor. O zaman biz yatak başı eczacıyız. Yani hastanın yanındayız. Hastadan yanayız. Kisi doktoru. Klinik eczacılık eczacının tüm eczacılık bilgilerini toplayıp hastanın yararına kullanmasına diyoruz. Amacımız, hastanın kullandığı ilaçların yararlı etkilerini artırmak istiyoruz tabii, ve toksik etkilerini azaltmak istiyoruz. Tabii her hastayı birey olarak görüyoruz. Yani herkesi aynı programa sokmuyoruz. Sokmak da istemiyoruz. Bu bilim eczacılara, hem bize bilgi veriyor, beceri de kazandırıyor. Çünkü son derece uygulamalı bir bilim dalı. Ayrıca hastamıza ilaçla ilgili tavsiyede bulunmak istiyoruz.

Klinik eczacı kimdir? Tabii ki eczacılık fakültesinden mezun olacaktır. Ondan sonra biraz daha ilerletmek istiyoruz. Staj yapmak lazım çünkü ilerini son derece pratik, pratik ve dökmek lazım. Ve tabii görev alıyoruz, görevimizi alıyoruz.

Peki o bir girişimci olarak düşünürsek; yani tanımlar, amacımız falan. İmdi eczacılık eğitiminde farmasötik bakımın yeri. Belki bu slayt sizi hafifçe bir artırarak, aslında artırarak istiyorum da, dikkatinizi çekmek istiyorum. Eczacılık mesleğinin hedefi, hedefimiz nedir? Dünyaya göre, hedefimiz farmasötik bakım uygulamaktır. Belki Türkiye'de biz kabul etmiyoruz ama dünya kabul ediyor. Ve farmasötik bakım, iyi eczacılık eğitiminin odağı olarak onaylanmıştır. O zaman hastaya odaklıyoruz ve eğitimimizi ona göre ayarlamaya çalışıyoruz.

Hangi düzeyde olmalı? Tabii, lisans düzeyinde olacak. Lisansüstü eğitimimizin olması gerekiyor. Ve tabii ki mesleki eğitim; bu üçüncüsü de çok önemli. Çünkü diploma aldıktan sonra, eğitim bitmiyor tabii.

Bir slayt göstereceğim; gerçeğin ilizce ama anlarsınız in allah. "Reflection" aslında düşünme ama basit bir düşünme değil. Biraz da derin düşünme anlamına geliyor. Soma tasarlıyoruz. Yani nasıl öğreniyoruz? Düşünürüz, bir şeyler tasarlıyoruz, planlıyoruz, uygulamaya çalışıyoruz. Sonra yaptığımızı de değerlendirilmeye çalışıyoruz. "Evaluation"; değerlendirilmeye çalışıyoruz. Ondan sonra tekrar düşünürüz. İşte böyle bir "circuit", böyle bir evre var.

Eğitimde en önemli kelime ne olabilir? Fikriniz var mı? O benim lafım değil ama, ne oluyor? "Bilmiyorum." Bu da BMJ editör... O zaman her şeyi biliyorsanız, o zaman öğrenmek gerekmiyor değil mi?

E peki şimdi biraz dünyaya bir bakalım. Neler oluyor dünyada? Amerika'da tabii biraz önce oluyor. Bu biraz uzun bir cümle yaptım ama anlaşılıyor. Eczacılık Eğitim Akreditasyon Konseyi diyor ki, bütün eczacılık fakültelerinin müfredatının farmasötik bakım üzerinden, o şekilde, tasarlanması gerekiyor. Yani asıl amacımız farmasötik bakım yapmaktır. Ve bütün derslerin ona göre ayarlanması gerekiyor.

Amerikalılara göre eczacılık öğrencisi ne öğrenecek? Eczacı, yani Amerika'dan mezun olan, ürün odaklıdan çok hasta odaklı olmalı. Hastalığı ve hastanın durumlarını anlamalı. Hasta de değerlendirme becerisini kazanmalı. Hastaya ait spesifik bulguları, biyokimyasal falan, onları yorumlamalı. Devam ediyoruz. İletim kurmalı. İletim çok önemli. Ekip halinde çalışmalı. Klinik çalışmaları göz önünde bulundurarak karar vermeli. Yani kendi kafasından atıyor. Hakikaten bilimsel olarak çalışmalı. Ve bu sonuçlara göre, hastada görülen sonuçlara göre, de değerlendirme yapmalı.

Afrika'da Nijerya'da eczaedık fakültesinde bir çalı ma yaptılar. Ve ö rencilere göre bütün eczacılar farmasötik bakım yapmalıdır.

Asya'ya geçelim. Hızlı bir dünya turu yapıyoruz. Hindistan'da ba ladık. Hindistan'da aslında Avustralyalı eczacılardan yardım aldılar. Ve küçük bir ehirde ba ladılar. Ve imdi Hindistan'ın her tarafına yayılıyor bu fikirler. Aynı ekilde Amerikan modelini takip eden Japonlar, imdi eczacılık e itimini 6 yıla çıkarttılar. Buna benzer örnekler, hem Tayland'da hem de Güney Kore'de mevcuttur.

Bu, eczane oldu unu dü ünmiyorum ama bir eyler satıyor.

Avrupa'da Klinik Eczacılık Derne i faaldir. ngiltere'de hastane eczacılarının %60'ı klinik eczacı olarak görev üstlenmektedir. Yani dü ünsenize, Türkiye'de hastanede çalı anların %60'ı "ben klinik eczacıyım" diyebilir mi? Olacak, ilerde olacak.

skoçya'nın sa lık sorunları. Çünkü ben skoç kökenliyim. O yüzden biraz skoçya'dan bahsetmek istedim. Bizim sorunumuz ya lanmakta olan bir nüfus. Türkiye'de tersi tabii. Daha genç bir nüfusumuz var Türkiye'de. Kronik hastalıkların yükü; ve bunu sevdim, bu lafi: "skoçya Avrupa'nın hasta adamıdır." Tabii bu laf biraz ünlü, tabii Osmanlılar için kullanılan bir laf. Ama asıl gerçe i, yani Osmanlılar de il skoçlar hasta. Çok sigara kullanıyoruz, çünkü alkol, viski seviyoruz maalesef. Ama bunu düzeltmek için bir milli sa lık stratejisi çıkarıldı. Kronik ve minör hastalıklar için farmasötik bakım uygulanan eczacının rolü vurgulanmı tır. imdi skoçya'nın hem hastanelerinde hem de eczanelerde, serbest eczanelerde farmasötik bakım uygulanıyor. Ve onun yanında mesleki e itim çok önemli. skoçya'dan bir örnek vermek istiyorum. Bunlar bu durumlarda yapıyor. Mesela sınıf ortamında kurslar yapıyorlar. Mektupla ma ve online kursları yapıyorlar. Ayrıca lisansüstü e itim bursları veriyorlar. Ve gördü ünüz gibi katılım baya ı yüksek. Eczacıların %69'u bu kurslara katılıyor. Ama zorunlu de il. te bu, tartı malı bir konu.

imdi en son olarak Türkiye'yi dü ünelim. Aslında ben Marmara'da de ilim u anda ama Marmara iyi bir örnek bizim için bence. Marmara Üniversitesi Klinik Eczacılık Bilim Dalı'nın yürüttü ü, hem 3. hem 4. sınıf ö rencileri klinik eczacılık teorik ve uygulamalı dersler yapıyorlar. Ayrıca lisansüstü ve doktora programları yapıyorlar. imdi, ilk yapan daha zor. imdi, di er fakülteler ne durumda? Biz Yeditepe'de bir eyler yapmaya çalı ıyoruz. Ba ka üniversiteler de yapıyorlar. Ama in allah geç kalmayaca ız. 5. yıla yakla ırken... bunu iyice de erlendirmenizi istiyorum. Çünkü, i te diyor, "Time is running out..."; zaman kısıtlı. O 5. yıl bize geliyor, hazır bir eczacı var. Yine de mesleki e itim çok önemli bir ey. Ama zorunlu mu olması gerekiyor yoksa seçmeli mi? Tartı ılır. imdi, Türkiye'de Klinik Eczacılık Derne i ve Eczacı Odaları 'yla mesleki e itim programları yapıyorlar.

Sona yakla tık. imdi bir soru sormak istiyorum. "Pilotların -in allah Türkçe'm anla ılır- öldürdü ü ki i sayısı niye doktorlannkinden daha az?" diye bir som var. Biraz dü ünün. Bazı cevaplar var. Ama püf noktası biraz sonra geliyor. Pilotlar düzenli uyumak zomndalar. Doktorlar tabii nöbetten nöbete geçiyorlar. Soma, pilotlar her eyi iki kere kontrol, check ediyorlar. Doktorlar her zaman yapmıyorlar. Pilotlar protokolleri izlerler. Ve sonuç olarak... Bu da ilginç bir nokta; doktorlar hastalanyla ölselerdi daha dikkatli olurlardı.

Biraz da kendimize gülelim. Çünkü "Biz hastalarımızla ilaçların yan etkilerine mamz kalsaydık, daha sommlu ve dikkatli olur muyduk?" diye sonnamız gerekiyor.

Çok te ekkürler...

(Alkı lar)

Ecz. Ay enur özden: De erli meslekta larım, sorularınız varsa almak istiyoruz. Buyrun.

Dinleyici: Sayın Philip Clark'a esprili sunumu için te ekkür ediyoruz. Gayet anla ılır bir dildi. Klinik eczacılı ın hastane eczacılı ıyla paralel gitti ini biliyoruz. Ama eczane eczacılı ına da uygulanabilirli i konusunda pratik çalı malar var mı ya da de erlendirilmi ... O konuda bilgi verebilir misiniz?

Yrd. Doç. Dr. Philip M. Clark: Var aslında. Hem yurtiçinde, hem Türkiye'de, hem de yurtdı ında çalı malarımız var. Mesela bir örnek verirsem, diyabet hastalarına yönelik bir klinik çalı ma var. Marmara Üniversitesi'nden bir master ö rencimiz, çok güzel sonuçlar gördü. Yurtdı ında Avrupa'da, Klinik Eczacılık Derne i'nin yürüttü ü bir proje var. Portekiz'de ba lıyor ama Avrupa'da özellikle serbest eczacılara e itim veriyor ve hasta takibine yardımcı oluyor. Güzel bir projeleri var yani, yava a yava olacak. Belki, öndeki ülke olarak Hollanda diyebilirim. Hollanda'da neredeyse bütün eczacılar, serbest eczacılar klinik eczacılık yapıyorlar.

Dinleyici: Amerika'da ve Avrupa'da benim gördü üm kadarıyla, eczacı reçetesiz ilaç veremiyor. Bu hasta takibi, daha çok bu do al ilaçlarla mı oluyor? Yani nasıl oluyor? İmdi siz takipten bahsediyorsunuz. Türkiye'de aslında eczacılar hastayı daha çok takip ediyorlar, daha birebirler hastayla. Yani, Türkiye'de %90 insan evvela doktora gitmeden önce eczaneye geliyor. Eczacıyla diyalogları daha fazla. Bence Türkiye'de bu i daha güzel yapıyor. Avrupa'da, Amerika'da gördü üm kadarıyla sadece reçeteyi veriyorsunuz ve reçetenin kar ılı ında ilaç alıyorsunuz. OTS'ye giren ilaçlar da, haricen öbür ilaçlar da zaten serbest satılıyor. Amerika'da zaten eczane eczacılı ı diye bir ey kalmamı . Wall-Mart'lar var, i te, her eyi satan eczaneler var, büyük eczaneler var. Ben bu eyini pek çözemedim anlattı ınızdan, ba lantıyı. Bir açıklama rica edebilir miyim? Te ekkür ederim.

Yrd. Doç. Dr. Philip M. Clark: Tabii, anlatmaya çalı mca ım. Tabii Amerika'ya bakacak olursanız, tabii çok kar ılık bir yer. Ama tabii orada bazı ilaçlar reçetesiz satılmıyor. Bence de do rudur, satılmamalı. Çünkü takip konusunda sadece eczacıyı de il doktoru da takip etmen lazım. Ki biz ekip çalı malarını öneriyoruz. Bu açıdan daha yararlı olacak. Bir de tabii eczacı da takip edebilir ama neye bakaca ını bilmesi gerekiyor. Yani, takip etmek nedir? O, neye bakacak, ne isteyecek? İlaçları çok iyi bilmesi gerekiyor ki takip edebilsin.

Ecz. Ay enur özden: Bir hak istiyorum ben. İmdi Eczacılar Birli i'nde Eczacılık Uygulamaları yapıyor. Halen devam eden bir program var. Ve bu program da klinik eczacılık, farmasötik bakım konuları de il de Eczacılık Uygulamaları adıyla geçiyor. Ve hastaya nasıl ilaç vermemiz ve eczanede neler yapmamız gerekti i konusunda oldukça ayrıntılı bilgiler veriliyor. Zaten yasamız da e er çıkarsa, burada da meslek içi e itim programları zorunlu olacak; veya zorunlu olması gerekiyor diye dü ünüyorum. Bu konuda da oldukça ileri projeler var. Ancak i te uygulamaya takılıyor bunlar. Umarım takılmaz diye dü ünüyorum. Ba ka sorusu olan var mı arkadaş lar. Buyrun.

Dinleyici: Te ekkürler sunumunuz için. Ben unu merak ediyorum. Aslında klinik eczacılık ve farmasötik bakım, bütün eczacıların herhalde hayalini kurdu u bir ey. As-

İnada orada hedeflenen eylemlerin de, ben, temel eczacılık eğitiminde etik açıdan hedeflenen çok dıında oldu unu düşünmüyorum. Hasta sorumluluğumuz var. Hastaya uygulanan tedavinin protokolünü takip etmemiz gerekiyor, etkinliğini. Ancak klinik eczacılık deyince, bir klinik stajdan bahsediliyor. Buradaki klinik staj öncelikle hastane eczacılığında yapılan staj mı? Yoksa gerçekten de eczacıların özelleşmesi, onkoloji eczacısı, psikiyatri eczacısı gibi özelleşme alanlarında direkt kliniği takip etmesini mi kastediyoruz? Bir de klinik eczacılık bir ekip işi diyoruz ve eczacının klinikteki bilgileri yorumlayabilecek bir eğitim düzeyine gelmesi gerekiyor. Bu eğitim düzeyinin dışında da ben inanaıyorum. Eczacı örneğinin bir hastanın tedavi protokolünü kontrol altına aldı; klinik sonuçlarını değerlendiriyor. Eczacı hangi amaçla karar verecek? Kendi ülkemiz için düşünüyorum. Bunu hangi otorite tanıyacak? Yani biz klinik eczacılık ve farmasötik bakım geliştirmelerini, eczacılar olarak kendimiz kararlar alıyoruz, kendimizi ona göre yeniliyoruz vs. Ama bunu kim dikkate alacak. Yani bu ülkenin asıl ana sağlık otoritesinin bunu tanıması gerekiyor ve işbirliğinde bulunacak olan bütün meslek gruplarının da bunu kabullenmesi gerekiyor. Yani siz bir hekime neyi kabullendireceksiniz? Örneğinin hipertansiyonla ilgili bir tedavi protokolü yazılmış. Hasta geliyor. Örneğin Amerika'daki uygulamalarda örneğinin guide'lar var. Yani siz çok daha iyi anlatacağımızdır belki. Bu guide'larda eczacı soruyor örneğinin: Tedavinizden memnun musunuz? Örneğinin hipertansiyon tedavisi alıyorsa, "Aritmileriniz oluyor mu?", "Taşikardiniz gerçekleşiyor mu?", "Tansiyonlarınız hangi düzeyde?", "Sabah, akşam tansiyonunuz nasıl?" ya da diyabetliyse, "Açlık kan şekeriniz, tokluk kan şekeriniz nasıl?"... Ve belki bunlar hekime dönebilir. Yani eczacının ancak bence rolü orada sınırlı olabilir: Sizin uyguladığınız bir protokolü kullanan bir hastayı ben takip ediyorum ama o anda yanıt alamıyor. Tekrar değerlendirilebilir misiniz? Bunun dışında da var mıdır eczacının katkı sağlayabileceği bir yer? Ya da varsa bunu tanıyacak bir otorite var mıdır? Ve son olarak bunu sormak istiyorum. Klinik Eczacılık ve Farmasötik Bakım Derneği bu gelişmelerinde Sağlık Bakanlığıyla da tanınması açısından birtakım kontak noktaları var mıdır? Çok teşekkürler.

Yrd. Doç. Dr. Philip M. Clark: Te teşekkürler. Aslında birkaç tane soru sordunuz, teşekkürler. Hepsine belki cevap veremeyeceğim ama aslında dediğinize katılıyorum. Güzel örnekler var aslında. Hani eczacının birçok, bir sürü yapabileceği var. Yani, ekip halinde çalışırken, doktorlarla, diyetisyenlerle, hemşirelerle beraber, güzel, daha iyi bir işi hastanın yararına bakım sağlayabilir. Ama yasal düzeyde, hakikaten ben katılıyorum, yasal düzeyde bir işbirliği olması gerekiyor. Bununla ilgili çalışıyoruz bence. Te teşekkürler.

Ecz. Aytenur Özden: Buyrun Mesut Bey.

Dinleyici: Marmara Üniversitesi Klinik Eczacılık Bilim Dalı'nda aynı zamanda Klinik Eczacılık Derneği'ni de temsilen sorunuza cevap vermek istiyorum. Klinik Eczacılık Derneği olarak Sağlık Bakanlığıyla yaklaşık 4 sene önce bir projemiz vardı. Bir TUS modeli düşündük, klinik eczacılıkta uzmanlık alanında. Klinik eczacılığın Sağlık Bakanlığı bünyesinde ele alınması için üç günlük bir sempozyum planlandı. Otel tutuldu, yurtdışından konuşmacılar davet edildi. Ama 10-15 gün kala ne oldu unu anlayamadığımız bir nedenle toplantı iptal edildi. Onun üzerine tekrar gidemedik, çünkü hükümet dediği gibi. Yeniden Sağlık Bakanına ulaşmak, biliyorsunuz zaman alıyor. Ben dün Antalya'da hastane eczane denetimi sempozyumunda da bu konuyu anlattım. Başbakanlık Genel Müdürü Sayın Mahmut Tokaç da vardı. Klinik eczacılığı çok desteklediklerini söylediler. Bunun Türkiye için kaçınılmaz bir uygulama oldu unu dile getir-

diler. "Peki ne yapmamız gerekiyor?" dedim; "Artık bunun bir yerden ba laması gerekiyor." Yakın zamanda yine planlarımız arasında tekrar görü mek olacak. Onlarla bu konuyu tekrar gündeme getirece iz.

Bir de e itimle ilgili sorularınızdan anladım kadarıyla "klinik eczacılı ı nasıl yapabiliriz?" sorusu daha çok a ırlıkta. Yani dün de söyledim ben; servise çıkıp doktorla birlikte vizite katılmakla klinik eczacılık olmuyor. Ay enur Hanım söyledi; altı günlük e itim programı var. Orada sadece biz görevlerimizi ba lıklar halinde sunabiliyoruz. Bu e itim programı bir iki yıllık bir süreç. Mevcut eczacılık e itimine ilave olarak uzmanlık gerektiren bir alan. Tabii bunların temellerini aldıktan sonra, kliniklerde daha fazla eczacı görebilece iz. u anda biz diyemiyorsunuz ki, serviste eczacı çıksın, olsun. Çünkü ona yetkin, çok fazla donanımlı, u anda meslekta larımızın maalesef uygulamada yetersiz oldu umuz için yok.

Neler yapılabilir klinik eczacılık, klinik eczacılar hastanede? Zaten sunumumda kısaca onlara de inece im. Daha fazla vaktinizi almak istemiyorum imdilik. Te ekkürler.

Ecz. Ay enur Özden: Te ekkür ediyoruz Mesut Bey'e. Arkada lar son bir soru alabiliriz. Vaktimiz çok kısıtlı. Sorumuz var mıdır? Yok. Peki, te ekkür ediyorum.

(Alkı lar)

Cilt Ya lanması, Kullanılan Kozmetik Maddelerin Önemi

Doç. Dr. Özgen Özer

Prof. Dr. Türkan Yurdun: Toplantımızın son sunumu, Doç. Dr. Özgen Özer'e ait. Doç. Dr. Özgen Özer 1983 senesinde Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun olmuş ve 2001 yılında doçentlik unvanını kazanmıştır. 1999 yılından beri de Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı'nda Kozmetoloji Bilim Dalı Ba kanlı ı görevini sürdürmektedir. 1996 yılından beri belirli aralıklarla Paris Sud Üniversitesi'nde çalış malarını sürdürüyor ve çoklu emülsiyonlarla ilgili çalış malar, klasik ve kontrollü salım sa layan dermal formülasyonlar konusu. Cilt ya lanması, kullanılan kozmetik malzemelerin önemi konulu sunumunu dinliyoruz. Çok te ekkür ederiz.

Doç. Dr. Özgen Özer: Ben te ekkür ediyorum tanıtımınız için. Konu mama ba lama- dan önce, Kongre Düzenleme Kurulu'na ve 50. yılını kutlayan İstanbul Eczacı Odası'na te ekkür ediyorum. Kendilerini tebrik ediyorum. Ayrıca mesle imizin de erini bildi imiz ve bildirdi imiz nice yıllara diyorum.

(Alkı lar)

Ben imdi sizlere mesle imizin di er bir renginden söz etmek istiyorum. Sabahtan beri yapılan konu malarda gördünüz. Ne kadar çok konuda ne kadar etkili bir meslek grubumuz oldu unu. Erdem hocamız anlattı; fitoterapötikler, bitkiler, bitkisel ilaçlar. Sizin konunuz, bizim konumuz, en iyi biz biliyoruz. Yıldız arkadaş ım anlattı, farmasötik ilaçlardan bir örnek verdi. Yine bizlerin konusu, en iyi biz biliyoruz. Ve imdi kozmetikler, yine bizim konumuz. En iyi biz biliyoruz arkadaş lar. Bunun dersini gören tek meslek grubu biziz. Konumuza, lüt-

fen bütün konularımıza sahip çıkalım ve mesleğimizin olması gereken yerde olması için elimizden geleni yapalım. Biz üniversiteler olarak, siz meslek kuruluşları olarak. Mesleğimizle ilgili çıkan kanun tasarılarına ve kanunlara duyarsız kalmayalım ve lütfen birlikte hareket edelim.

(Alkışlar)

Ben şimdi cilt yalanması kozmetik maddelerin önemi konulu konuşmamızdan önce... Deri yalanması, biliyorsunuz çok karmaşık bir süreci kapsıyor. Genlerle programlanmış bir süreç ve deri yalanması bedenimizde ilk önce, daha doğrusu yalanması belirtileri bedenimizde ilk önce ve en çok deride görülüyor. Derimizde fark ettiğimiz, deride görülen değişiklikler. Ciltte moleküler, fonksiyonel, birtakım kimyasal bozukluklar sonucu deri yalanması gözleniyor.

Deri yalanması aslında iki kısımda inceleyebiliriz: İntrensek ve ekstrinsek faktörler deri yalanması etki eder. İntrensek yalanması yani iç yalanması, bir dilerdeyi kronolojik yalanması, bizim zamanla, elimizde olmayan bir şekilde genlerle programlanmış bir süreç olarak ortaya çıkıyor. Bu, spontan yalanması dediğimiz bu süreçte, genetik faktörlerin yanı sıra beslenme, diyet, alkol, sigara kullanımı gibi metabolik faktörler, hormonlar gibi endokrin faktörler etkili. Sonuç olarak, gerçek yalanması dediğimiz deri yalanması gözleniyor. Ekstrinsek yani dış faktörler nedeniyle oluşan yalanması en önemli kaynağı ultraviyole ışınları. İşte bu etkiyle oluşan, yani ışınların etkisiyle oluşan yalanması foto yalanması diyoruz. Foto yalanması gerçekten altını çok kere çizmek istediğimiz pek çok deri yalanması, deriyle ilgili pek çok hastalıkların sorumlusu olan bir... ışınlan bu tür pek çok rahatsızlığın sorumlusu olmakla birlikte hem yalanması, ileri dönemlerde de deri kanserine neden olan çok zararlı etkileri olduğu için, özellikle ultraviyole ışınlarından kaynaklanan foto yalanması karşı cildimizi korumamız gerekir. Çünkü zaten intrinsek faktörler burada rol oynuyor. Foto yalanması ise gerçekten bunu çok hızlandırıyor.

Yalanması ile ciltte görülen değişiklikler genellikle, yapıda moleküler ve fonksiyonel bozulmalar gözleniyor, cildin yapısında. Kınıklık, renk değişiklikleri gözleniyor ciltte. Gevreklik, elastikiyet kaybı, doku yenilenme ve doku onarım mekanizmalarında da azalmalar gözleniyor. Özellikle kolajen ve elastin liflerinde yapısal değişiklikler görülüyor. Bildiğimiz gibi, bugün pek çok ürün, kolajenli ürünler var piyasada, kozmetik ürünlerde. Kolajen derimizin ana yapı maddesi, ana proteini. Aminoasitlerden ilk sentezlendiği zaman en az çapraz bağlanmış halde. Zamanla deri yalandııkça bu çapraz bağlanması hali arttığı için deri sert, kaba ve pürüzlü bir görüntü kazanıyor. Bu nedenle zamanla derinin diğer minör bileşenleri olan elastin gibi glikoproteinler, mukopolisakkaritler gibi diğer protein yapısındaki maddelerde de zamanla görülen azalma sonucu, cildimizde hem mekanik özelliklerde, hem de elastikiyetinde değişiklikler gözleniyor.

Yalanmasıyla cildin azalan fonksiyonlarına bakalım olursak, yalanmasıyla cildimizde bir kere hücre yenilenmesi azalıyor. Bariyer fonksiyonu dediğimiz, cildimizin engel fonksiyonu, yani bizi dış etkenlerden koruyan fonksiyonu azalıyor. Kimyasal arınma, cildimizde biliyorsunuz asit manto denen bir manto tarafından korunuyor. İşte bunun birtakım kimyasal olaylardaki bizi koruma dengesi azalıyor. Hislerin algılanması, mekanik korunma, yarı geçirimsizlik, immün cevaplar da değişiklikler, azalmalar gözleniyor. Ayrıca cildimizin yine en önemli faktörlerinden biri olan, derimizin vücudumuzun ısısını ayarlama işlevinde azalma görülüyor. Ter ve yağ salgılanmasında, D vitamini üretiminde ve DNA onarımında da yalanması ile cildimizde azalmalar gözleniyor. Bunların yanı sıra aktif melanosit sayısında azal-

maya ba lı olarak UV ı nda koruyuculuk özelli i azalıyor. Neden? Çünkü, derimizin bizi UV ı nlarına kar ı do al savunma mekanizması, en önemli birinci savunma mekanizması budur. Yani renk olu turarak bir an önce renk olu turarak daha fazla derimizin alt katmanlarının yanmasını önlemek. te bu fonksiyonu azalınca, deri, güne ı nlarına kar ı, UV ı nlarına kar ı daha açık bir hale geliyor. Bunu yanı sıra kıl bulbusundaki melanositler azaldı ı için kıllarda ve tüylerde beyazlama görülüyor ve aynı zamanda da sayılarında da azalma gözleniyor.

Bunun için en çok dikkat etmemiz gerekenler genel olarak; derinin a ır ı sıcak ve so u a maruz kalmaması, sert sabun ve ampuanların kullanılmaması, dengeli bir vücut a ırl ı mın korunması, sürekli kilo alıp vermeden kaçınmak. Ve yanı sıra, bugünkü konumuzun esas gündemi olan, altını çizerek söylüyorum, uygun ve gereken kozmetik ürünlerin gerekti i kadar kullanılması.

Cilt ya lanmasında kozmetik ürünleri kullanmak, biraz zamanın etkilerini durdurmak için ba vurdu umuz bir yöntem. Zamanı iyi de erlendirmemiz gerek arkadaş lar. Her anımızın de erini bilmemiz gerekir. Bunu tabii ki sadece cilt ya lanması için söylemiyorum. Hayatımızın her yönü için geçen zamanın de erini bilmemiz gerekti ini dü ünüyorum. Zaman, deri ya lanması için neden daha çok önemli? Çünkü, zamanın vücudumuzda, bedenimizde olu turdu u ya lanma belirtilerini ilk önce ve en çok derimizde görürüz. Buna kar ı kullandı ımız kozmetik ürünler ise en çok, en belirgin özellikleri, geciktirici rol oynarlar kozmetik ürünler. Cildi olumsuz yönden etkileyen pek çok faktörün cilde zarar vermesine kar ı bir engel görevi görürler. Ayrıca bu ürünler, yapısal ve fonksiyonel olarak ciltte bazı de i iklikler yaptıkları, güvenilir, do ru ve etkin yöntemlerle mutlaka kanıtlanm ı maddeler olmalıdırlar. Bu yöntemler aletsel yöntemler olabilir ya da farklı analizlerle maddelerin ve formülasyonların etkinli i mutlaka kanıtlanm ı olan ürünler kullanılmalıdır.

Bir kozmetik madde e er farmasötik etki de gösteriyorsa i te buna kozmesötik madde diyoruz. Biz kozmesötik madde içeren bir ürün her zaman çok etkin bir ürün olabilir. Fakat adında kozmetik oldu u için farmasötik açıdan bir ürün ne kadar etkin olursa olsun, bu kozmetik özellikleri açısından yani estetik özellikleri açısından e er bir tahri e neden oluyorsa, bir kızarıklık a neden oluyorsa, rengi, kokusu, tadında ho a gitmeyen bir ey varsa yine bu ürünün tüketici tarafından alınması çok zor bir olaydır. Bu nedenle farmasötik etkinli i kanıtlanm ı ama kozmetik açıdan da gerekli estetik özelliklere sahip kozmesötik ürünler u anda piyasada dermakozmetikler adıyla biliyorsunuz. Sadece eczanelerde satıldı ı için de çok mutluyum. Böyle bir ürün grubu güvenilir bir ekilde kullanılmakta.

Kozmesötikler açısından bakacak olursak bir kere ürünün nereye, ne zaman, hangi oranda ve neden etkin oldu unun anla ılır olması gerekir. Tüketicinin kozmetiklerden beklentilerini kar ılaması istenir. Bir ürünün fiziksel özellikleri, ürünle ilgili yasal düzenlemeler, pazarlama yöntemleri ve ne kadar aktif oldu u mutlaka biraz önce de söyledi imiz gibi bildi imiz standart yöntemlerle saptanm ı olmalıdır.

Bu ya lanma izlerinin hafifletilmesi için kozmetikler açısından üç farklı yöntem önerilebilir. Kısa, orta ve uzun vadeli çözümler üretilebilir, kozmetiklerin kullanımı açısından. Kısa vadeli çözümler için ilk aklımıza gelen dekoratif kozmetikler. Bunlar yüzeysel yapı ve pigmentasyon bozukluklarının giderilmesinde kullanılırlar. Cilt soyma i lemleri ile kır ı ıklıkların görünümünün azaltılmasında kullanılırlar. Bu dekoratif kozmetiklere örnek olarak en basit fondötenler verebiliriz. Fondötenler aynı zamanda kendileri mikropigmentler içerdikleri için 3 ila 4 düzeyinde bir güne ten koruma derecesi ta ırlar. Yani güne ten koruma

faktörü normal bir fondötenin içerdiği mikropigmentler nedeniyle 3 ila 4 olduğunu kabul edebiliriz. Fakat bu da ter ve yağ salgısıyla vücuttan ya da yüzümüzden uzaklaştırılması için etkinliğini iki saatten fazla gösteremez. Aynı fiziksel güneşten koruyucularda olduğu gibi. Güneşten koruyucuları da biliyorsunuz fiziksel ve kimyasal olmak üzere iki gruba ayırıyoruz. Ve fiziksel güneşten koruyucuları da bu mikropigmentler, UV ışınlarını yansıtanlar. Dolayısıyla fondötenler de bu etkileriyle bu amaçla da kullanılabilirler de beraber hepimizin bildiği gibi son yıllarda zaten çok yüksek koruma faktörleri, UV filtreler içeren fondötenler de üretilmiş bulunmaktadır.

Uzun vadeli çözümler de en önemlisi derinin nem içeriğini artırıcı ürünler kullanmak. Stratum korneumun plastizasyonunu sağlayan maddeler içeren ürünler kullanmak sayılabilir. Tabii ki güneşten koruyucular, onlar arasında uzun vadeli çözümlerin en önemli elemanları. Stratum korneum tabakasında nem kaybı önlenerek deride nem oranı artırılır. Nem oranı artınca da daha düzgün ve pürüzsüz bir cilt görünümü elde etmenin yanı sıra deri üzerinde ince bir film tabakası oluşur turarak deriyi etkenlere karşı korumuş olur.

Uzun vadeli çözümler söylemiş olduğum gibi, güneşten koruyucu ürünlerin kullanılmasıyla ilgili. Güneşten koruyucu ürünlerin yanı sıra antioksidan içeren ürünleri kullanmak uzun vadede başvurduğumuz çözüm yöntemleri kozmetikler açısından. Güneşin neden olduğu, biraz önce söylediğim, tekrar söyleyeceğim ve her zaman tekrarlayacağım gibi, erken yaşlanma ve cilt kanserinden korunma önlemleri konusunda gerçekten biz eczacılara çok büyük görevler düşmektedir. Yani eczanemize gelen, güneşten korunma için ürün isteyen herkese yüksek faktörleri önermemek de bizim sorumluluğumuz. Ya da gereken faktörü gerektiği kadar önermek. Bu konuda, güneşin zararlı etkileri konusunda tüketiciyi mutlaka bilinçlendirmek bizim görevimiz diye düşünüyorum. Bu nedenle, güneşten korunma önlemleri içinde etkili reklam ya da programların yapılması. Tüketicilerin güneşten olabildiğince uzak durması konusunda bilinçlendirilmesi, ki bunu kim yapacak? Bence ilk önce biz yapacağız, birinci basamak sağlık hizmeti verdiğimiz için. Güneşe çıkılan saatlere dikkat etmek ve güneşe çıkıldığında uygun ürünler ve giysilerle korunmayı sağlamak.

Deriyi yaşlanmasına karşı kullanılan kozmetik maddeleri hepimiz biliyoruz arkadaşlar. Eczanemizde pek çok dermakozmetik ürün satılıyor, biliyoruz. Ve bunların içindeki maddeler de, size tekrar olacak, bir tekrar yapacağız hep beraber. Çünkü bildiğimiz vitaminler, alfa hidroksi asitler, bitkiler ve bitkisel ekstraktlar, biyofaktörler, UV filtre ediciler ve serbest radikal yakalayıcılar.

Vitaminler, biliyorsunuz cilt yaşlanmasının önlenmesinde ve geciktirilmesinde oral yoldan da kullanılıyorlar. Topikal olarak bize kuru ve pullanmış deri ve deriyi yaşlanmasını engellemek için kırık kırık gibi etkilerin ortadan kaldırılması amacıyla kullanılmaktalar. En çok kullanılan vitaminler, Vitamin C suda çözünenlerden ve Vitamin B. Pantenol bunun en bilinen örneği, B grubu vitaminlerinin. Ve yağda çözünenlerden Vitamin A ve E, oral olarak verilebilir. Vitamin A, beta-karoten provitamin A olarak bulunmakta biliyorsunuz. Bunun dışında piyasa ürünlerinde, retinol, retinil asetat, retinil palmitat, retinal ve tretionin yani retinoik asit türevleri olarak da formülasyonlarda özellikle yer almakta. Ne yapar Vitamin A? Epitel hücrelerinin büyümesini ve farklılaşmasını sağlar. Keratinizasyon işlemi düzenler. Kırık kırıkların görüntüsünü azaltır. Deri görüntüsünü düzeltir. UV hasarına bağlı kırık kırıkların ve güneşe bağlı lekelerin hafifletilmesi amacıyla kullanılır.

Vitamin E, yine hepimizin bildiği, çok güçlü yağda çözünen antioksidan bir madde. Serbest radikal sürükleyici. Serbest radikaller biliyorsunuz, cildimizdeki yaşlanmanın en önemli

etkenlerinden biri serbest radikaller. Bunlar sürepoksidismutaz gibi enzimlerin de etkisini engelleyerek serbest radikallerin olu mu hücrede ya lanmayı hızlandıran bir faktör oldu undan, serbest radikalleri sürükleyen bu tarz antioksidan maddelerin mutlaka kozmetik ürünlerde yer almasını istiyoruz. Bunun dı nda vitamin E, bu nedenle, bu saydı m nedeniyle de UV ı nlarına ba lı eritem, ödem, güne yanı ı ve lipid peroksidasyonu, ki bu siirepoksidismutazm da ortadan kalkmasıyla serbest radikaller sonucu ortaya çıkan bir unsur. Bütün bunları engellemek amacıyla kullanılır. Derinin nemini artırıp kırı ıklıkları önler ve kollajen sentezini de artırıcı rol oynar.

Yine suda çözünen bir di er vitamin, Vitamin C. Antioksidan. Genellikle Vitamin C ve E formülasyonlarda birlikte kullanılır. Sinejik etkilerinden faydalanmak amacıyla. Kollajen sentezinde ve ultraviyole ı nlarının yol açtı ı oksidatif strese kar ı antioksidan olarak kullanılan bir madde.

Vitamin B; yine bu aslında ye il yapraklı sebze ve tahıllarda da bol miktarda bulunan, suda çözünen ve vitamin B5 en çok kullanılan formu pantenol demi tik. Yine bu da kullanıldı ında biyolojik aktif maddesi olan pantotenik aside dönü erek etkinli ini gösterir. Su tutucu özelli i ile nemlendirici ve hücre yenilemesini arttırıcıdır.

Vitamin B3 bir di er B kompleks ürünü. Bu da transepidermal su kaybını önleyici, yani ciltten suyun uzakla masını, böylece cildin nemli kalmasını sa layan bir ürün. Ya lanmayla ciltte azaldı ı gözlenen seramit sentezini arttırır. Seramitler biliyorsunuz, vücudumuzda do al olarak bulunan, derimizin yapısında, epidermal lipitler. Bunlar da trasepidermal su kaybına kar ı koruyucu rol oynayan lipitler. Ya lanmayla bunların da azaldı ı gözleniyor ciltte. te Vitamin B3 de bunların sentezlenmesini arttırıcı bir kofaktör olarak rol oynar. Yine Vitamin B3 antioksidan etkisi nedeniyle UV ı nlarına kar ı koruyucudur.

Alfa Hidroksi Asitler çok sıklıkla AHA'lar diye formülasyonlarda yer almaktalar. Meyve asitleri diyoruz, alfa pozisyonunda hidroksil grubu içeren organik asitler, alfa hidroksi asitler. Meyva, eker kamı ı ve yo urtta bulunan, glikolik, malik, laktik ve sitrik asit gibi örnekleri olan asit grubumuz. Bunlar da dermatolojik hastalıkların tedavisinde, kozmetik formülasyonlarda, iç ve dı ya lanma izlerinin hafifletilmesinde kullanılmaktalar. Dü ük konsantrasyonlarda, preparatlarda ölü hücreleri yok ederek taze ve yumu ak bir cilt olu masını sa lamakla birlikte yüksek konsantrasyonlarda kullanıldıklarında akne, ya lılık izleri ve noktalarının tedavisinde kullanılırlar. Farklı konsantrasyonlarda farklı etki göstermelerine örnek olarak glikolik asidi verebiliriz hızlıca. %2Mik glikolik asit nemlendirici, %8-12 konsantrasyonda kollajen sentezini arttırıcı, %70 konsantrasyonda ise cilt soyucu etki göstermektedir.

Biyofaktörler yani biyolojik aktif maddeler, derideki hücreyel olayları etkileyen maddelerdir. Hücrelerin do al yenilenme, tamir ve onarım mekanizmalarını uyararak daha sa lıklı ve genç bir deri olu masını sa larlar. Bunların içinde yer alan maddeler kalikrein, fibronektin, plasenta ekstreleri, glukozaminoglikanlar sayılabilir.

Yine bunların hepsinin ortak kullanı yolları var. Yani ortak kullanı amaçları var. Örne in kalikrein hücrelerin mitozla bölünmesini uyararak oksijen alımını artırır. Mikrodola m ve yara iyile mesinde etkindir. Fibronektin, hücre büyümesini arttırıcı, yine yara iyile mesini sa layıcı, elastisite ve nemi artırıcı, kırı ıklı ı azaltıcı bir maddedir. Plasenta ekstreleri; bunlar da, suda ve ya da çözünen tipleri mevcuttur. Ve mitozu artırıp hücre yenilenmesini arttıran bile imlerdir. Glukozaminoglikanlar ise, hyaluronik asit ve kondroitin sülfattan olu mu bile iklerdir. Ve bunlar da deri üzerinde hidrofilik bir film tabakası olu turarak deriden su kaybını engellerler. Kollajen ve fiberleri plastize ederler. Derinin yumu aklı mını ve esnekli ini sa larlar.

Evet Erdem hocam. Burada da karımıza çıktı. Bitkiler ve bitkisel ekstratler. Özellikle antioksidan etkileri ve periferik kan dolaşımını artırıcı etkileri nedeniyle kullanılmaktalar. Sabah, Erdem hocam ginko biloba'nın pek çok üstünlüğünden bahsetti. Burada da karımıza çıktı yine, ginko biloba ekstresi her derde devayımı gördüünüz gibi hocam. Vitaminler ve superoksit dismutaz ile derinin yaşlanmasına karşı kullanılıyor, ginko biloba ekstresi. Ve bu da, hem derinin yaşlanmasına karşı kullanılan preparatlarda, hem de saç toniği olarak karımıza çıkmakta.

Birdiğer bitki ekstremiz yeşil çay. Antioksidan ve UV filtre edici olarak kullanılmakta. Ve serbest radikallerden ileri gelen yaşlanmayı geciktirici.

Aloe vera jeli, steroller ve amino asitler içeriği nedeniyle antiinflamatuvar, sinamik asit esterleri nedeniyle UVA filtre edici. Yine bu da UY 1'lerini ve serbest radikallerden kaynaklanan yaşlanmaya karşı geciktirici rol oynuyor.

UV filtreleri; bunlar gerçekten çok uzun bir konu UV filtreleri. Fiziksel ve kimyasal olarak ikiye ayrılıyor demiştim. Fiziksel olanlar, bunlar daha sık kullanılması gereken filtreler, süreleri açısından. Ve de bunlar 1'ini yansıtanlar. Kimyasal olanlar da, absorbe edip kısımlarını ve zararsız 1'ini vererek filtreler. Mutlaka bunları içeren filtrelerin kullanılması gerekir, güneş ışınlarına karşı korunmak için. Çünkü sağlıklı bir görüntünün karşılaştığı sadece bronza değil, aynı zamanda da ildir. Bronza değil, uzun vadede tekrarlayan lekelerde bronza değil, mutlaka ve mutlaka deri kanserine neden olmasa bile, ki çoğu vakada buna neden olduğu görülmekte, deri yaşlanmasına neden olacağı kesindir. Bu nedenle, nemlendirici ve fondöten ürünlerin de, yani dekoratif kozmetiklerin de mutlaka UV filtreler içeren ürünler arasından seçilmesi gerekir.

Serbest radikal yakalayıcılar ise... Serbest radikal üretimi oksidatif strese etki ederek kütanöz yaşlanmaya neden olduğu için hücresel proteinler, enzimler, DNA, RNA, hücre membranındaki doymamış yağ asitleri oksidatif hasar sonucu derinin doğal savunma mekanizmalarını bozduğu için, bunlar da mutlaka kullanılması gereken kozmetik maddeler arasında sayılabilir. Serbest radikaller, biraz önce de söylediğim gibi UV radyasyonla birlikte keratinizasyon bozukluklarına neden olur. Kollajen ve elastin liflerini, epidermis ve derminin lipid ve proteinlerini etkilerler. Ve sonuç olarak, kütanöz yaşlanmaya karşı antioksidan ürünler içeren kozmetikler ve cilt bakım ürünleri, Vitamin E örnek olarak verilebilir buna, kullanılmalıdır.

Son yıllarda çok moda; botoks, çeşitli dolgu maddeleri, octopeptid yapısında maddeler, kolajen içeren, hyalüronik asit içeren ürünler. GABA, yani "gamma-aminobutyric acid" içeren ve 2-3 saat içinde kırıklıkları yok ettiği iddia edilen ürünler, bol miktarda, piyasada yer almışlardır. Bu aminopeptidler, yani octopeptid ya da peptid yapısındaki maddeler, GABA dediğimiz madde; bunlar hep kas hücreleri ile sinir uçları arasındaki ileti imleri, nöronların membranlarına bağlanarak etkilemekte ve kas hareketlerini yavaşlatarak etki göstermektedirler.

Sonuç olarak güneşin yol açtığı deri hasarından mutlaka ve mutlaka korunmamız gerekir diyoruz. Bunu da nasıl yapıyoruz? Güneşten koruyucu filtreler içeren ürünler ve antioksidan maddeler içeren kozmetikler kullanarak. Nemlendiricileri mutlaka kullanmamız gerekiyor. Bu da stratum korneumun nem oranını artırarak daha gergin pürüzsüz bir cilt kazanmamız için nemlendiricilerin fonksiyonlarından söz ettiğimiz gibi bunlar deri üzerinde ince bir film tabakası oluşturarak deriyi dış etkenlerden de koruyan ürünler oldukları için aynı zamanda. Kırıklıkları azaltmak için de A, C, E vitaminleri, östrojen gibi bazı hormonlar ve alfa hidroksi asit içeren ürünler kullanılması önerilebilir.

Nemlendiriciler, serbest radikal yakalayıcılar, hücre bölünmesini hızlandırıcı, UV 1 ınları filtre edici etkilerden bir veya birkaçını birlikte içeren, gösteren kozmetik ürünler seçmek önerilebilir. Ya lanmaya karşı kullanılan en basit bir formülasyonda mutlaka ve mutlaka nemlendirici bir madde, uygun bir UV filtresi ve antioksidan olmalıdır.

Tabii sadece kozmetik maddelerle bu belirtileri, ya lanma belirtilerini geciktirmemiz mümkün değildir. Bu nedenle buna etki eden yan faktörler var. Bunlardan biri de beslenme. Do ru ve dengeli beslenmenin cilt sağlığı ve beden sağlığı için etkisi tartışılmaz. Bu nedenle, do ru ve dengeli beslenme cildimize daha sağlıklı ve güzel bir görünüm kazandırır diyoruz. Güne hasarına, çevresel ve bedensel faktörlerden doğan sorunlardan korunma için antioksidan gücü yüksek, vitamin-mineral içeriği fazla olan besinlerle beslenmemiz gerekir. Genetik etkenler, nem oranları, rüzgar, çevre kirliliği, alkol ve sigara, düzenli ve yeterli uyuma gibi alışkanlıklar çok erken yaşlardan itibaren kazanılmalı ve bu parametrelere mutlaka hayatımız boyunca dikkat etmemiz gerekir diyoruz; cildimize özen göstermemiz, bedenimize ve kendimize özen göstermemiz için.

Bunu da söylemeden geçemeyeceğim; sigaranın cildimizde yarattığı etkileri. Özellikle bayanlarda iç ve dışı ya lanmayı tetikler. Kırılganlığı yanı sıra derimizin grimsi bir renk almasına neden olur. Artan sigara sayısı ile birlikte ya lanmayla ilgili bulguların şiddetinde artma gözlenir. Elastik liflerdeki deri kırılmalarının daha derin tabakalarda gözlenmesi söz konusudur, çok sigara içen bayanlarda özellikle. Maalesef yine bayanlarda. UV 1 ınlarına karşı koruma kapasitesinde azalma olur. Yani ürünü daha yüksek konsantrasyonlarda kullanmanız gerekir, UV 1 ınlarına karşı korunmak için. Ki sigara bunu da azaltıyor. Deride östrojen seviyelerinde de azalmalara neden olur. Lütfen sigara içmeyin ya da azaltın.

Son söz olarak, deri sağlığının korunmasında uygun kozmetik ürünlerin kullanılmasının yanı sıra mutlaka ve mutlaka güne ten uzak durulması, toplumun bu amaçla bilinçlendirilmesi gerekir. Beslenme biçiminin düzenlenmesi gerekir. Sigara ve alkol tüketiminin en aza indirilmesi ya da hiç kullanılmaması, stresten uzak durulması önerilir.

Ünlü bir Brezilyalı kadın dediği gibi, "diğer seçeneğin ne kadar kötü olduğunu düşünürse ya lanmanın ne kadar güzel olduğunu anlar."

Hepinize bol kahkahalı, pozitif düşünceyle dolu bir ya lanma süreci diliyorum.

(Alkışlar)

Teşekkür ediyorum. Bir de sizlere bir şey duyurmak istiyorum. Bazen eczanelerde, hani "öyle bir Türkçe kitap olsa da bir okusam, bu neymi?" dersanız eğer, biz üniversiteli öğrenciler olarak, hocalar olarak sizler için kitaplar yazdık. Öğrencilerimiz için ve sizler için. Eğer ihtiyaç duyarsanız, bu gördüğünüz kitaplar, son yıllarda yazılmış kitaplar olup sizlerin de hizmetindedir. Tekrar teşekkür ediyorum ilginiz için. Standımızda varmış.

(Alkışlar)

Prof. Dr. Türkan Yurdun: Bu güzel ve bizi bilgilendiren sunumu için Doç. Dr. Özer'e teşekkür ediyoruz. Vaktimizi çok aştık ama bir soru alabiliriz.

Dinleyici: Merhaba, ben Ecz. Aysun Kayadiz. Ben şeyi sormak istiyorum. Sunumunuz için öncelikle teşekkür ederim. Şimdi Türkiye bu artan dermakozmetiklerin, kozmesötiklerin eczanelerde satılmasıyla beraber bir kozmetik çöplüğe dönmeye başladı. Ve kozmetik konusunda, dermakozmetik konusunda ciddi güvensizlik oluşmaya başladı eczanelere karşı. Bunun için bir önlem almamız gerekiyor. Ne önerirsiniz? Ne yapmamız gerekiyor? Yani bir yerden başlamamız gerekiyor. Teşekkür ederim.

Doç. Dr. Özgen özer: Ben te ekkür ederim. Herhalde eczaneye gelen her ürünü eczaneye sokmamak gerekir. Ben imdi bunu, belki de çok satıyorsunuzdur, bu konuda çok eczacıların fazla miktarda standları oldu unu gördü üm için çok irdelemek istemedim aslında. Çok direkt kazancınız oldu u için. Ama bence az ve öz olmakta yarar var. Bu kadar çok gerçekten... Yurtdı nda adı sanı duyulmamı pek çok ürün burada mucize ürünler olarak sunulmakta. Ben bunu gerçekten bir Amerika seyahatinde bizzat ya adım. FDA'de kozmetik bölümünde Amerika'da bir arkada ım çalı maktaydı. Burada bana arkada larım listeler yapıp gönderdiler. u ürün, gerçekten burada da mucize ürünler olarak bilinmekte. Amerika'da bilen tanıyan yoktu. Kaç yere sordum, kimse bilmiyordu. Bu anlamda çok haklısınız. Kozmetik ürünler açısından, dermakozmetikler bir sürü... Ben de her eczaneye giri imde yeni bir ürünle kar ıla ıyorum. Bu biraz da belki de sizlerin elinde. Seçici olmak gerekiyor diye dü ünüyorum.

Dinleyici: Neye göre seçici?

Doç. Dr. Özgen özer: Ben çok da bilmiyorum. Bu konuda ara tırma yapıp internette, bu ürünler var mı yok mu, gerçekten bir görmeniz... Yani her size anlatılanı birebir do ruymu gibi kabul etmemek daha do ru. En çok bilinen ürünleri kullanmamız gerekir. Dermakozmetik alanda ilk çıkan ürünler neyse aslında bence onlar dermakozmetik. Gerisi çok çıkan ürün var, ad vermek de istemiyorum ama çok karı ıklı a neden oluyor bence.

Prof. Dr. Türkan Yurdun: Son bir soru alalım.

Dinleyici: Te ekkür ederim. Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi mezunuyum. Benim sormak istedi im ey, acaba sizin kozmetoloji bilim dalı olarak bu tarz ürünleri piyasadan çekme, analiz etme, ne oldu unu ara tırmak gibi bir biriminiz ya da çalı manız var mı, bunu merak ettim.

Doç. Dr. Özgen Özer: Piyasaya çıkan ürünlerde mi?

Dinleyici: Evet.

Doç. Dr. Özgen Özer: Her üniversitenin kendi ara tırma birimlerinde bu tür çalı malar yapılabilir. E er ba vuran olursa yapıyoruz.

Dinleyici: Yok, kendiniz?

Doç. Dr. Özgen Özer: Kendimiz piyasadan örnek alıp, "Öyle midir, böyle midir?"... Hayır, öyle bir ey yapmıyoruz.

Dinleyici: Belki bu tarz bir çalı ma eczanelere, eczacılara yardımcı olabilir.

Doç. Dr. Özgen özer: Ama hangi birini acaba? Hangi birine? Çok var.

Dinleyici: Bir yerden ba lanabilir. Ben te ekkür ediyorum.

Prof. Dr. Türkan Yurdun: stanbul Eczacı Odası ve stanbul Ecza Kooperatifi'nin birlikte düzenledi i bu güzel, yararlı kongre için te ekkür ediyoruz ve oturumu kapatıyorum.

(Alkı lar)

Ecz. Ay enür Özden: Ben de stanbul Eczacı Odası'nın düzenledi i 50. yıl etkinliklerini gerçekten çok be endim. Böyle bir etkinlik yaptıkları için kendilerini kutluyorum ve te ekkür ediyorum.

(Alkı lar)

Sunucu: De erli konu macılarımıza te ekkür ediyoruz. Öncelikle bir hatırlatma yapmak istiyorum. Ö le yeme i 1 saat 15 dakika uzatılmı tır programın uzamasından dolayı. İmdi oturma yöneticilerimizi kürsüye davet etmek istiyorum. Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Ö retim Üyesi Prof. Dr. Sayın Hülya Akgül ve Zonguldak Eczacı Odası Ba -kanı Ecz. Sayın Selma Karagülle.

Oturum Yöneticileri

Prof. Dr. Hülya Akgün (*Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı*)

Ecz. Sema Karagülle (*Zonguldak Eczacı Odası Ba kamı*)

Prof. Dr. Hülya Akgül: Sevgili misafirlerim. Biliyorum çok acıktınız. Hepimiz çok acıktık ama programı tamamlamak zorundayım. Yemek saat 3'e kadar uzatılmı . Çünkü yukarıdaki salonda da program bitmemi . Onun için ben sizi tekrar oturuma davet etmek istiyorum. steven arkadaşlarımız katılabilirler. Lütfen, ara vermedik. Ya salonu süratle terk edin ya da lütfen oturun. Devam edelim oturumumuza.

(Alkı lar)

Evet, ben tekrar herkese ho geldiniz diyorum. Bu gecikmi section'ın ilk konu macısını size sunmak istiyorum. Akın Akyüz. Akın bey, yüksek lisansını Marmara Üniversitesi'nde 2006'da tamamlamı . Tez konusu, uyku apnesi sendromu hastalarında serum bakır ve çinko düzeylerinin belirlenmesi. 2000 yılında da stanbul Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji'den mezun olmu . Lisesi de Erenköy nta Lisesi. Konu macımızın konferans...

(Burada kayıt kesilmi)

Obstrüktif Uyku Apne Sendromu: Serum Bakır ve Çinko Seviyeleri

Uzm. Biyolog Akın Akyüz

Obstrüktif uyku apne sendromu, özellikle son yıllarda çokça duyulmaya başlanmış bir hastalık. Hastalığın tanımını yapmak gerekirse, gece içinde sık tekrarlayan nefes durmaları ve azalmaları ekinde görülen bir hastalık. Önemli derecede morbidite ve mortaliteye neden olmaktadır. Kadınlarda %2, erkeklerde %4 gibi bir oranda görülüyor, bu oran özellikle 40 yaş üstünde %9 gibi bir orana çıkıyor. Kadınlarda, yine menopoz sonrasında erkeklerle eşitleniyor. Erkek/kadın oranında, erkeklerde 2-2.5 misli daha fazla görülmekte.

Gece içinde tamamen veya kısmen kapanan soluk yoluna karşı gösterilen solunum eforuna obstrüktif uyku apne diyoruz. Bunun sonucunda, bu nefes durmasının sonucunda gürtütlü bir horlama ve uyanıklık reaksiyonu görülmekte. Solunum yolunun kısmen kapanmasına, en az 10 saniye süreyle %50 olarak solunum yolunun kısmen kapanmasına hipopne, tamamen kapanmasınaysa apne diyoruz.

Burada bir animasyonumuz var. Burada, soluk yolunun gece içinde nasıl bir pozisyonda olduğunu görüyoruz. Burada normal soluk yolu, uyanıkta. Uyudu umuz zaman soluk yolu biraz daha daralıyor. Havanın geçi yönü oklarla işaretlenmiş. Birazdan anlatacağım, birtakım patofizyolojik nedenlerden dolayı uyanıkta ümüz küçük dilde titreşim başlıyor ve bu, horlama sesinin çıkmasına sebep oluyor. Daha sonra dil kökünün uyanıkla beraber soluk yolu daralıyor ve tamamen kapanıyor ve uyku apnesi oluşmuş oluyor.

Uyku apnesinin şiddeti "Apne Hipopne indeksi" ile ölçülüyor. Apne Hipopne indeksi hesaplanırken tüm gece boyunca meydana gelen apne ve hipopnelerin toplam uyku süresine bölünmesiyle hesaplanıyor. Biz de yaptığımız çalışmada Apne Hipopne indeksi'ne göre hastaları gruplandırdık. Apne Hipopne indeksi beşten küçük olanları normal, beş-onbeş arasında olanlara hafif, onbeş-kırk arasında olanlara orta, kırk üstünü de ileri derecede olarak kabul ettik, uluslararası sınıflandırma da bu şekilde zaten.

Bu uyku apne sendromunun tanısında polisomnografi testi, altın standart. Polisomnografi testinde ne yapılıyor? Polisomnografi testinde tüm gece boyunca uykuda nefes durmaları, nefes azalmaları, elektrokardiyogram, beyin dalgaları, yatma pozisyonu gibi diğer bütün parametreler kaydedilerek daha sonra analizleniyor. Böyle bir uyku odasında hasta yatıyor, bütün kablolar başlanmış şekilde. Diğer tarafta da, gözlem odasında da takip ediliyor hastanın görüntüleri, video-kamera yöntemi ve diğer bu parametreler de bilgisayara kaydedilerek daha sonra analiz ediliyor. Patofizyolojisinde solunum yolunu daraltan veya tıkayan her şey bu hastalığın gelişimine katkı sağlıyor örneğin, alerjik tıkanıklıklar, septal deviasyon gibi veya sık tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları.

Devam edelim. Semptomlarını anlatmak istiyorum, semptomları neler? Bu hastalığın gündüz ve gece ortaya çıkan semptomlar ekinde ikiye ayrılıyor. Bunların en önemlileri, gece ortaya çıkan semptomu, horlama. Bundan da genelde hastalar derin, etrafı uykuya ediliyor. Hastanın ekinde veya evde bulunan veya çok ileri durumlarda da komuvar da uykuya edebiliyor bu durumdan. Gündüz semptomu da, genelde hastaların en büyük uykuya ediyorsa, aırı uykululuk. Aırı uykululuk özellikle uyanıkta veya trafikte son zamanlarda önem kazandı. Aırı

uykululuğunun neden olduğu trafik kazaları anlaşıldı ve ülkemizde de, birkaç ay önce, çileri Bakanlıı da, 45 ya üstü ehliyet sahibi herkese uyku testi yaptırmasını zorunlu kıldı, böyle bir ey yayınlandı. Uykuda ortaya çıkan, horlamanın dındaki di er semptomlar da; uykuda a ır hareketlilik, apne sonrasında nefes almayla birlikte ortaya çıkan uykuda bo ulma hissi, gece sık idrar ihtiyacı, noktüri, a ır terleme, reflü ve insomni de sayılabilir. Gündüz ortaya çıkan di er semptomlar da, ba a rısı özellikle, seksüel problemler ve ki ilik de i iklikleri de di er gündüz ortaya çıkan semptomlar ama en önemlisi, gündüz uykululuk.

Tedavisinden kısaca bahsetmek istiyorum. Bu hastalı ın tedavisinde, soluk yolunu tıkayan anatomik problemler ortadan kaldırılmak üzere bir cerrahi yakla ım söz konusu. Bu küçük dil olabiliyor. Burada görüldü ü gibi küçük dilin sarkan bölümünün kısaltılması eklinde veya yine soluk yolunu daraltan di er yumu ak damak veya dil köküne yönelik birtakım cerrahi tedaviler yapılmakta ama bunun ba arısı tüm dünyada da sorgulanıyor. Di er bir tedavi yöntemi de yine soluk yolunu açık tutacak, sürekli pozitif hava basıncı sa layan CPAP cihazı dedi imiz bir alet yardımıyla apne ve hipopneler ortadan kaldırılabilir. Bu tedavi yönteminde de, hastadan alınan geri dönü üme göre çok daha efektif.

Hastalı ın mortalitesini artırıcı en önemli etkisi, kardiyovasküler komplikasyonların görülmesi. Bunlar içinde hipertansiyon çok önemli. Hipertansiyon hastalarının %40'ında uyku apne sendromu oldu u, yine uyku apne sendromlu hastaların %40'ında da hipertansiyon görüldü ü tespit edilmi . Yine di er kalp hastalıkları ve inme de buna dahil olmak üzere beraber seyrediyor. Özellikle uzun dönemde çok daha fazla probleme neden oluyor. Kardiyovasküler hastalıklar kaynaklanma modeli u ekilde açıklanmı obstrüktif uyku apnede: Gece içinde apne ve hipopneler sonucu olu an oksijen dü mesi ve tekrar nefes almayla beraber oksijenin ani artı ı, reaktif oksijen türleri dedi imiz oksijenin de i ik formlarının, reaktif formlarının temsil etti i bir grubun olu masına neden oluyor serbest radikaller de denebiliyor bunlara. Bunlar neler? Hidrojenperoksit, hidroksil radikali ve oksijen radikali, bunlar reaktif oksijen türleri. Reaktif oksijen türleri de son yıllarda özellikle birçok ara tırmaya konu olmu tur. Birçok hastalık patogeneğinde önemli rol oynadı ı ve bunlara kar ı da yeni yeni antioksidanlar ortaya konmakta. Bu reaktif oksijen türlerine kar ı ortaya konan antioksidanlar yapısında da, eser elementler, profaktör olarak rol oynuyor. Bu hastalıkların semptomlarının veya etkilerinin azaltılmasında yararlı olabilece i dü ünülüyor. Bakır ve çinko elementleri de çok önemli bir antioksidan enzim olan süperoksit dismutazm kofaktörleri. Bunlar da birçok çalı mada gösterilmi ki özellikle bakır mesela, kanser hastalarında yüksek düzeyde saptanmı . Birçok kardiyovasküler hastalıkta da çinko dü ük düzeyde saptanmı . Bunlarla alakalı olabilece i ortaya konmu . Biz de kendi çalı mamızda, polisomnografi testi yapılan hastalarda daha sonra bakır ve çinko düzeylerini atomik absorpsiyon cihazında tespit edip bunları apne ve hipopne endekslerine göre sınıflandırdıktan sonra kar ıla tırmayı yaptık. Burada bu gördü ümüz tabloda serum çinko düzeyleri, hastalık düzeyleri arttıkça azalmakta. Kontrollere göre daha az, ileri derecede hastalarda. Bakır düzeylerinde çok anlamlı bir de i iklik olmamasına ra men yine de kontrol grubundan daha fazla, ileri derecedeki hastalarda. Çinko açısından birçok kardiyovasküler hastalıkta, angina pectoriste, kronik yorgunluk sendromunda hastaların tedavisine çinko preparatlarının eklenmesi bu tedavinin takviye yapılması yararlı olabilece i, tedaviye katkı sa layabilece i söyleniyor, böyle dü ünülmü , bu ekilde çalı malar var. Biz de uyku apne sendromlu hastalarda yapt ımız çalı mada, bu hastalı ın gündüz yorgunluk ve gündüz uykululuk gibi semptomlarının azaltılmasında çinko takviyesinin yararlı olabilece ini dü ünmekteyiz.

Bu kadardı te ekkürler.

(Alkılar)

Bu hastalıkla ilgili.... Pardon. Bir görüntümüz var. Gerçek bir hastanın görüntüsü. Belki daha fazla akılda kalıcı olabilir. Onu seyrederken isterseniz soru varsa soru da alabiliriz.

Dinleyici: Bu CPAP, CPAP aleti devamlı mı kullanmak zorunda yoksa bir müddet kullanıp bırakılmak zorunda mı?

Uzm. Biyolog Akın Akyüz: u anki prosedüre göre sürekli kullanması söyleniyor hastalara. Hiçbir zaman bir ilaç tedavisi gibi bir 6 ay-bir sene gibi bir süre verilmiyor. Sürekli kullanması söyleniyor. En azından u anda o ekilde.

Dinleyici: Bu hastalarda çinko azalıyor dediniz. Çinko yerine konuldu u zaman hastalık düzeliyor mu?

Uzm. Biyolog Akın Akyüz: Hastalık kendisi de il ama ortaya çıkan semptomlarının düzelmesi bekleniyor en azından. Hastalığın düzelmesi çok zor çünkü anatomik bir problem var orada. Ama gündüz yorgunluk ve uykululuk gibi semptomlarının ve kardiyovasküler etkilerini azaltabilece ini dü ünüyoruz biz.

Prof. Dr. Hülya Akgün: Ba ka sorusu olan var mı? Buyrun. Bir soru, son soru.

Dinleyici: Öncelikle sunumunuz için te ekkür ediyoruz. Bu, gece uyku apneleri esnasında hasta uyanmaya da bilir mi yoksa muhakkak uyanık olur mu? Yani gece çok derin uyku uyuyor olmasına rağmen bir hastada uyku apnesi var mıdır ve buna rağmen gündüz o uykululuk hali görülebilir mi? Te ekkür ediyorum.

Uzm. Biyolog Akın Akyüz: Tabii, hasta ço unlukla, o ... Uyanıklık reaksiyonu diyoruz zaten, arosual diyoruz biz ona. Onları fark etmiyor yani uyanmıyorum diye zannediyor ama aslında gündüz uykululu un sebebi de onun uykusunun sık sık bölünmesi. O uyanıklı ı kendi fark etmiyor ama beyin dalgalarından biz o uyanıklı ı görebiliyoruz.

Burada uyku apneli bir hasta görüyoruz. Burada özellikle bu hastanın obezite sınırının altında ve 29 ya ında bir hasta. Saatte 70 civarında nefes durması oluyor. Sessiz kaldı ı yerler, nefes durmaları yani uyku apnesi. Burası bizim laboratuvarımız. u anda nefes durması, apne nöbetinde. Birazdan patlayıcı bir ekilde horlamayla beraber nefes açılacak. Nefes aldı ı bölümler çok az. Ortalama bir dakikalık nefes durmaları var ve bütün gece bu ekilde mücadele ediyor. Çok fark edilen bir hastalık de il ama ülkemizde çok sık görülüyor. Soru varsa bu arada alabiliriz.

Dinleyici: Ben bir soru sormak istiyorum ama. Sizin bu çalı manızın ne zaman başladı ı ve bu bakır ve çinko düzeylerinin yani dı ardan verilmesinde ba arı oranının rakamsal ifadeleri var mı? Bir de bu tür laboratuvarlar hangi hastaneler, kurulu larda mevcut? Bu konuda biraz açıklama yapabilirseniz bizlere, hastalarımızı yönlendirme ansımız olabilir.

Uzm. Biyolog Akın Akyüz: Burası bizim özel klini imiz ama üniversite hastanelerinde mevcut. Cerrahpa 'da özellikle çok eskiden beri yapılan uyku testleri var, yaklaşık 15-20 yıldır. Bu hastalara biz çinko takviyesi yapmadık henüz. Çalı ma benim master tezim. 2 senelik, yaklaşık 2 senelik bir çalı ma. Sadece biz seviyelerini ölçtük ve bunları dü ük bulduk. Takviye kısmı doktorada in Allah.

Dinleyici: Son bir soru. Antidepresanların bu konuda bir yararı var mı? Verildi ini görüyorum ben zaman zaman.

Uzm. Biyolog Akın Akyüz: Uyku apnesinde mi?

Dinleyici: Evet.

Uzm. Biyolog Akın Akyüz: Ben öyle bir yayın okumadım.

Dinleyici: Hayır. Birkaç hastada bir hekimin denedi ini gördüm ve kaygılandım.

Uzm. Biyolog Akın Akyüz: Uykusuzluk, insomniyle karı mıyor...

Dinleyici:

Hayır hayır uyku apnesi için.

Uzm. Biyolog Akın Akyüz: Hatta arttırıcı faktör olabilir belki tam tersine.

Dinleyici: Tartı tık bu konuyu da. Te ekkür ediyorum.

Dinleyici: Kilo, alkol ve sigarayla ilgisi var mı?

Uzm. Biyolog Akın Akyüz: Kiloyla birebir ba lantısı var aslında ben, özellikle bu örne i vermemin sebebi de bu hastanın çok kilolu olmaması. Bizim yapt ımız çalı mada, benim 6 senede gördü üm tecrübem de kilolu hastalarda evet var ama kilosu normal ki ilerde de var yani bu, tam ters mekanizma da söz konusu olabiliyor. Bu hastalık ortaya çıktıktan sonra hastalar kilo alabiliyorlar. Hastalık düzeltilince, CPAP'la özellikle, sonra o kilolarını geri veriyorlar.

Kapatabiliriz onu.

Prof. Dr. Hülya Akgün: Te ekkür ediyoruz. De erli katılımcılar...

Uzm. Biyolog Akın Akyüz: Tedavi edildi evet sa lıklı bir ekilde ya ıyor. CPAP cihazı.

Prof. Dr. Hülya Akgün: Evet, Sayın Akyüz'e bir kere daha te ekkür ederim.

(Alkı lar)

Türk Toplumunda Analjezik Kullanımı ve A rının De erlendirilmesi

Ecz. Filiz Çevik

Ecz. Sema Karagülle: De erli katılımcılar oturumumuzun ikinci konu macısı Eczacı Filiz Çevik. Kendisi bizlere, "Türk Toplumunda Analjezik Kullanımı ve A rının De erlendirilmesi" konusunda bilgi verecekler. Eczacı Filiz Çevik'in kısa bir özgeçmi ini sizlere okumak istiyorum. 1979 tarihinde Ankara'da do mu . İlk ve orta öğrenimini İstanbul'da tamamladıktan sonra '93 yılında Haydarpaşa Sağlık Meslek Lisesi'nde anestezi teknisyenliği bölümünde öğrenim görmeye başladı . 97 yılında mezun olduktan sonra özel bir hastanede yoğun bakım hemşiresi olarak görev yaptı , aynı yıl içerisinde Sağlık Bakanlığı Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne tayini çıkması üzerine bu hastanenin anestezi ve reanimasyon kliniğinde anestezi teknisyenliği yapmaya başladı . 2000 yılında Yeditepe Üniversitesi Matematik Bölümü'nde eğitim görmeye başladı . 2002 yılında Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ne geçti yapımı . Eczacılık eğitimi görürken aynı zamanda anestezi teknisyenliği aynı hastanede geceleri çalışarak devam etmiş . 2006 yılında dereceyle mezun olduktan sonra anestezi teknisyenliğini tamamen bırakarak Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Uygulama Eczanesi'nde mesul müdür olarak çalışmaya başladı . Şu an Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Yüksek Lisans Programı'na ve uygulama eczanesindeki görevine devam etmekte.

(Alkışlar)

Ecz. Filiz Çevik: Öncelikle herkese hoş geldiniz demek istiyorum. İstanbul Eczacı Odası'nın 50. yıldönümünü ben de sizler gibi en içten dileklerle kutluyorum ve lafı uzatmadan hemen yapmış oldu umuz projeden size biraz bahsetmek istiyorum.

Projemizin adı, "A rının De erlendirilmesi ve A rı Kesici Kullanımı". Bu proje, arkadaşım Sibel Çırak ve Yardımcı Doçent Doktor Philip Martin Clark, demin de dinlemi oldu unuz gibi, hocamız danışmanlığında yapılmış bir mezuniyet projesidir.

Öncelikle, bildiğiniz gibi dünyanın herhangi bir yerinde herhangi bir sebepten dolayı a rı olmayan insan neredeyse hiç yoktur. Bu anlamda da, milyonlarca insanın bu a rılarını dindirebilmek için birçok yöntemler denendiğini bilmekteyiz. Bu yöntemlerden biri de a rı kesici kullanımımızdır ki Türkiye'de en sık kullanılan ilaçlardan biri olduğunu tahmin etmek hiç de o kadar zor değildir. A rı kesici ilaçların gereksiz yere ve uygun olmayan dozlarda kullanılması, yan etkileri ve toksisite riskleri açısından insan sağlığına zararlıdır. Ayrıca bu, ekonomik kayıplara da yol açmaktadır. Tüm bu nedenlerden dolayı, toplumda a rı kesicilerin akılcı kullanılmamasının bir halk sorunu olduğunu düşünmekteyiz.

İkinci olarak isterseniz a rının tanımıyla başlayalım. A rı nedir? Uluslararası A rı Çalışmaları Teşkilatı'na göre a rı, vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan, var olan veya olası bir doku hasarına sebep olan, insanın geçmişi teki deneyimleri ile ilgili, sensoryal ve emosyonel, hoş olmayan bir duydur. Biz de a rının tanımından yola çıkarak nasıl bir çalışmaya başlamamız gerektiğini ve çalışmamızın amaçlarını belirledik.

Bu çalışmada, toplumda rasyonel ilaç kullanımını, a rının tam olarak belirlenmesini ve de ilaç alımı sırasındaki eczacının rolünü de erlendirmek amacıyla yapılmıştır. Öncelikle a rıyı de erlendirmek için de, a rının de erlendirilmesine baktığımızda a rı, tanımlanması ve

ölçümü zor olan kişisel bir tecrübedir. A rı, duyuşsal uyanarın fizyolojik, psikolojik ve çevresel etkenlerle modülasyonu ile oluşmaktadır. A rının kan ve idrar örneklemeş veya nörofizyolojik testlerle direkt olarak ölçüldü ü bir yöntem yoktur. Bu nedenle de a rı ölçümü sadece hastanın bildirimine dayanmaktadır. Biz de bu hastaların kendi de erlendirmelerini yapabileşmesi için Görsel Kıyaslama Ölçe i dedi imiz, VAS Skalası, Visual Analogue Scala, duymu olabiliriz, bu tercih edilen ana bir yöntem oldu undan çalı mada da bu yöntem kullanılmı tır. Di er yöntemler ise bu metodu alternatif tamamlayıcı niteli indedir. Bu kıyaslama ölçe inde ilk ba ta siz ki iye ya da hastaya sıfırdan ona kadar bir de er vermesini istiyorsunuz a rısına, a rısının iddetine daha do rusu. Sıfır a rı yoklu unu, on ise dayanılmaz a rıyı temsil etmektedir. Bu ekilde ki ilerden, katılımcılardan bilgilerimizi aldık. Tabii ki her metodun oldu u gibi Görsel Kıyaslama Ölçe i'nin de kendine göre bazı dezavantajları ve bazı avantajları bulunmakta. Uygulamasının kolay olması, yanıltıcı faktörlerden az etkilenmesi, hastaya yeterli açıklama yapıldı nda oldukça de erli bilgi vermesi, belli zaman dilimlerinde a rı iddetinin ölçülmesi ile de i ikli in yüzde olarak ifadesini mümkün kılması Görsel Kıyaslama Ölçe i'nin birer avantajdır. Dezavantajlarına bakarsak olursak, zaman alan bir yöntem olması ve a rıyı tek boyum yani iddeti ile de erlendirmesi birer dezavantajdır.

Çalı manın oluş turulması için ilk ba ta bir anket yapılmasına karar verildi. Mart-Mayıs 2006 tarihinde yapılan bu çalı ma için, anketimizi oluş turabilmek için daha do rusu, Çapa, Cerrahpa a, Marmara, Göztepe E itim ve Ara tırma, Anadolu Sa lık Merkezi, John Hopkin's hastanelerindeki algoloji departmanlarıyla, departmanlardaki uzmanlarla görüş ülerak onlardan bazı bilgiler edinildi. Bu bilgiler do rultusunda ellerinde bulunan a rı de erlendirme formlarından da birer örnek alınarak bizim insanlarımızın yani her türlü, her sınıftan insanın anlayabilece i dilde birer anket oluş turulmaya çalı ıldı. Çalı ma evrenini ise stanbul Anadolu yakasındaki 18 ya ından büyük kadın ve erkekler oluş turmaktadır. Bu insanlar ile yüz yüze görüş ülerak anketler yapılmı tır. Farklı meslek gruplarından oluş an 15 ki iye ön uygulama yapılarak anket formunun anlaşılrlı ı ve geçerlili i test edilmi tir. Hazırlanmı olan anket 405 ki iye uygulanmı tır ve çalı ma evreni ise rastgele örnekleme yöntemi ile seçilmi tir, belirlenmi tir. A rının de erlendirilmesi için Görsel Kıyaslama Ölçe i dedi imiz, demin de açıkladı ım VAS Skalası kullanılmı tır.

Çalı manın sonuçlarını ben burada teker teker ve özet bir ekilde sizlere vermeye çalı mca ım. Yapılan bu çalı mada 18 ile 80 ya arası katılımcıların oldu u gözlemlenmi tir ve ya ortalaması ise 38 olarak belirtilmi tir. Katılımcılardan sadece %1,2'sinin hiç a rı kesici kullanmadı ı, geri kalan %98,8'inin ise mutlaka az ya da çok a rı kesici kullandı ı ortaya çıkmı tır. Buradaki dilimlerde de erkeklerin, çalı maya katılımcıların %48'inin erkeklerin, %52'sinin ise bayanların oluş turdu u görülmü tür.

Tabii ki insanlara bazı sorular yönelttik. Klinik hastalıklar, i te alkol, sigara kullanımı gibi ama sadece, süremizin kısıtlılı ı nedeniyle de, belli ba lı, bizim için çok çok önemli olanlarını almaya çalı tım. Kronik hastalıklara baktı ımızda ise migren, gastrointestinal sistem hastalıkları, hipertansiyon ve diyabet olmak üzere en çok görülen, en sık görülen kronik hastalıkları aldık ve gördü ünüz gibi %6' arlık bir oran, migren ve gastrointestinal sistem hastalıkları olan katılımcılar oluş turmaktaydı.

A rı bölgelerini ise katılımcıların vermi oldu u bölgelere göre yaptık ımız, 15 ki ilik bir test çalı ması sonucunda, bunları, ba , bacak, boyun, karın, kol, gö üs ve sırt olarak yedi bölgede toplamaya çalı tık ki grafikte de çok rahat görebilece iniz gibi ba a rısı, maaleşef %41,5'luk bir oranla ilk sırada gelmektedir.

A rının giderilmesinde insanın tercih etti i yöntemlere baktık. Bütün bu de erlendirmeler, bu A, B, de r, 1, 2, 3'lerin hepsi, katılımcıların vermi oldu u cevaba göre düzenlenmiştir. Analjezik kullanımı %56'lık bir oranla ilk sırada yer alırken arkasından ise dinlenme, uyuma gibi yöntem tercih edilmiştir. Di er dedi imiz masaj, akupunktur hatta ba a beze ba lama, ba a birkaç tane buz koyup üzerine bez ba lama gibi, de i ik de i ik, tek tek gibi farklı farklı birçok yöntemle kar ıla tık.

Bir ayda alınan analjezik sayısına baktı mızda ise %27.5'lik bir kesim, ayda bir analjezik kullanırken %25.9'luk bir kesim ise ayda be ten fazla analjezik kullanmaktadır. Geri kalanlar da ayda bir, ayda iki, ayda üç ekinde yüzde olarak belirttik.

Analjezik alma zamanlarına baktı mızda ise a rı ba lamadan önce, a rı ba ladı ı zaman, a rı arttı ı zaman, a rı dayanılmaz oldu unda gibi kategorilere ayırdık. A rı ba lamadan önce, %6.5'luk bir oranda iken a rı arttı ı zaman, %39.5 gibi bir oranda yer almaktaydı. A rı ba lamadan önceye özellikle de inmek istiyorum çünkü a rı ba lamadan önce ilaç alanların ço unu neredeyse migren hastaları temsil etmekteydi.

Analjezik alımında danı ılan ki iler, i te bu bizim için en önemli bir soruydu ve bunun sonucunu gerçekten, çok ciddi anlamda bekledik ve çok acı bir gerçekle kar ıla tık maalesef, çünkü eczacılar danı manlık konusunda sondan ikinci sırada yer alıyordu. İlk ba ta, o kadar zeki halkımız, hepsi kendisine danı ıyor neredeyse, %39.5'i. Hadi bunu %1.8, %2'lik kısmını sa lık personeli sayarsak geri kalan %37.5'i yine de kendi kendine danı ıp ilaç alıyor. "Ben biliyorum, bana bu iyi geliyor" diyor. Çünkü biz bu çalı mayı yaparken insanlarla birebir görü tük, arkadaş ım da ben de. Aynen böyle cevaplar alıyorduk. "Ben biliyorum, doktor ne bilecekmi !" diyenlerle de kar ıla tık. Kendine kendine soranlardan soma tabii ki ikinci sırada doktora sorma yer aldı. Aslında biz bu sırayı daha çok, i te ilk sırada doktor, ikinci sırada eczacı gibi bekliyorduk ama maalesef kendilerine soranlar ilk sıraya yerle mi durumda. Üçüncü sırada ise evde bulunan ilaca göre, kafaya göre ilaç alanlar tabii ki yine bunlar. Eczacıya danı anlar ise %15.8'lik bir grup. Ailesine danı anlar da... Maalesef eczacılar burada, sondan ikinci sırada yer almakta.

A rı tedavisinde en çok tercih edilen ilaçlara baktı mızda ise aslında burada üç grup ilaç var, farmakolojik sıraya bakarsak. Nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar, migren ilaçları, kas gev eticiler ve spazm çözücüler diye aslında ayırmamız gerekiyordu ama parasetamol ve asetil salisilik asit, o kadar yüksek oranda gözlemledik ki, o yüzden de böyle bir sıralama yaptık. Parasetamol içerikli ilaçların %37.1'lik bir oranla en üst sırada yer aldı nı gördük. Arkasından parasetamol ve asetil salisilik asit dı ındaki di er nonsteroid antiinflatuvarların ise ikinci sırada yer aldı nı gördük ve bu ekinde bir yüzde sıralaması elde ettik ki en çok nonsteroid antiinflatuvarlar kullanılmaktadır.

A rı tedavisinde en çok tercih edilen analjezikleri bir de müstahzarlarına göre de erlendirdik. İlk sırayı Aspirin, Vermidon gibi ilaçlar almaktaydı. Hatta insanlar o kadar markacı olmu lar ki "Bana sadece ve sadece A ilacı iyi geliyor." Aslında B'de de etken madde, miligram açısından hiçbir farklılık olmamasına ra men, "Bana iyi gelen ilaç budur" diyordu. O yüzden kendi kendine danı anların yüzdesi bu kadar yüksek.

Görsel Kıyaslama Ölçe i'nin, tabii ki herkese sorduk, sıfırdan ona kadar bir de er vermesini istedi imizde, en çok a rı çekenlerin kadınlar oldu unu gördük erkeklere nazaran tabii ki. Kadınların, ortalama Görsel Kıyaslama Ölçe i skala skoru 6 iken erkeklerin ise 4 olarak gözlemledik. Bu durum bize genel olarak katılımcıların orta derecede, hem erkekler hem bayanlar için geçerli olan, orta derecede bir a rı çektiklerini göstermektedir.

Biz, yaptığımız çalımanın sonuçlarının elde ettikten sonra birkaç literatür taradık ve Türkiye'de yapılan çalımalara baktık. Türk Eczacıları Birliği ve Türk Algoloji Derneği'ninubat-Ekim 1999'da yaptığı çalışması oldu u, "Erişkinlerin Analjezik Kullanımı ve Baş Ağrı Tedavi Yöntemleri" konulu araştırmada 3000 kişilik bir evren oluşturulmuş ve bu evrenin %46'sı analjezik kullandığı görülmüştür. Çalıma ikide ise Ankara Yunus Emre Sağlık Ocağı'ndaki, YESO'nun hekimleri tarafından Aralık 2001'de yapılan, "Analjezik Kullanımının Değerlendirilmesi" konulu çalışması ise 192 katılımcı olup %93'ünün analjezik kullandığı saptanmıştır. Bizim çalışmamıza geldiğimizde ise iki evrenin yani TEB'in yaptığı çalışması 3000, bizim yaptığımız, pardon YESO'nun yaptığı çalışması 192... 405 kişiyle biz aslında ortalamada yer almamız gerektiği halde, bizim oranımız %98.8'lere kadar ulaşmıştır. Bunun sebeplerini ele alırsak kısaca sıralayacak olursak, yanlış tedavi, bilinçsiz ilaç kullanımı ve de yetersiz hasta bilincidir. Yapılan bu iki araştırmada ve bizim çalışmamız oldu umuz araştırmada en çok görülen analjezik tipinin baş ağrısı oldu u tespit edilmiştir. Görsel Kıyaslama Ölçeği de 9 ve 10 olarak gözlemlenmiştir yani dayanılmaz derecede analjezik bunların büyük bir çoğunluğu migren hastaları oluşturmaktadır. Baş ağrısının en önemli iki sebebinin ise migren ve hipertansiyon oldu u belirtilmiştir. YESO'nun çalışması oldu u araştırmada en çok tercih edilen ilaç maddesi parasetamol iken bizim yaptığımız çalışmada da ilk sırada olma niteliğini koruyarak %37.1'lik bir oranda ilk sırada gelmektedir. YESO'nun çalışması çalıma baktığımızda %56. Aslında bizim oranımızı birazcık daha düşük görebilirsiniz ama çalıma evrenine baktığımızda bizim çalışmamız 405 kişilik oldu undan ve onların çalışması ise 192 kişilik oldu undan iki çalışma arasında karışıklık bir korelasyon mevcuttur. Bunun sebebi ise, parasetamolün o kadar çok tercih edilmesinin sebebi ise ilaçların daha ucuz, daha kolay elde edilebilir ve bilindik olmasıdır. Yunus Emre Sağlık Ocağı'nın çalışması oldu u araştırmada katılımcıların %54.9'u ayda birden fazla analjezik kullanırken bizim çalışmada ise bu oran, %77.5'lere kadar çıkmıştır. Bu kadar çok analjezik kullanımı, istenmeyen toksik etkileri de beraberinde getirmektedir.

Burada hastalara tabii ki, sigara, alkol gibi etkenleri sorduk demiştim ve önemli olanları almaya çalıştık. Alerji tipleri... Burada gördüğümüz, en çok görülen alerji tipleri polen, penisilin, toz ve genelde salıncıkların yayılması oldu u eldivene bulaşarak lateks alerjisiydi ve yaklaşık %14-15'lik bir kesim, katılımcıların %14-15'i, alerjik bünyeye sahip ve bu insanlar kafalarına göre de analjezik kullanmaktadır ki ne kadar ciddi bir durum oldu unu da hepimiz görebilmekteyiz. Analjezik ilaçların yayılması bireyler için dikkatle seçilmesi gerekmektedir. Çünkü nonsteroid antiinflatuar ilaçlar, kan basıncını hipertansif hastalarda, normal, ılla yayılması gerek yok, diğer tür hastalarda da artırabilmektedir. Araştırmada hipertansif bireylerin %61.9'u, nonsteroid antiinflatuar ilaçlar kullanmakta oldu u saptanmıştır. Bu durumun en önemli sebebi ise bilinçsiz ilaç kullanımıdır. Bu noktada doktorların, eczacıların ve de hasta yakınlarının, özellikle yaygın hasta yakınlarının bilinçli olması çok büyük bir önem taşımaktadır. Ayrıca uzun süreli nonsteroid antiinflatuar ilaç ile birlikte düşük doz aspirin kullanımı kardiyovasküler toksiteye sahiptir. Çalışmamız oldu umuz çalışmada %36.2'lik bir oranda nonsteroid antiinflatuar ilaç kullananların %2'si aspirini de beraberinde kullanmaktadır. Bu %2'lik kısmı, bu bilinçsiz ilaç kullanımını yine ortadan kaldıracak olan en önemli unsur, hastaların bilinçlendirilmesidir. Bildirimimiz gibi nonsteroid antiinflatuar ilaçların yayılması oldu u çok popüler bir yan etki vardır ki o da gastrointestinal sistem üzerinedir. Çalışmada gördüğümüz acı sonuçlardan biri de ülseri olan insanların %70'inin analjezik hatta nonsteroid antiinflatuar ilaçlardan kullandığı tespit edilmiştir.

Ve gelelim bu kadar çalı ma sonucunda bizler, mezun olmaya aday ö renciler, bundan nasıl dersler çıkardık? Eczacı, biz eczacılar, nasıl bir eyler yapmalıyız ki bu hata paylarını, %90'lan, %70'leri bulmu bu hata paylarını a a ılara indirebilelim? Eczacı, hepimizin bildi i gibi te his koymaz, hastalı a hiçbir zaman te his koymaz. te klinik eczacılık diye aslında biz bundan bahsediyoruz. Bizim amacımız te his koymak de il. Doktorlar da böyle zannediyorlar, te his koyup, ilaçlan yazaca ımızı zannediyorlar. Böyle bir ey istenmiyor aslında. Bizim tek istedi imiz, konulan te hisin gerekli tedavisinin devamını sa lamak. Hasta takip ediyor mu, dozlarını do ru zamanlarda alıyor mu, iki ilaç arasında birbirine ba lı etkile imler var mı?.. Ben açıkçası, ben kendi adıma söyleyece im ama doktorların, ilaç etkile imlerini çok çok çok iyi bildiklerini, en azından onu da geçelim, bunun e itimini aldıklarını dü ünüyorum, almadıklarını dü ünüyorum açıkçası ve bu sadece de eczacılık fakültesinde, sadece ilaç etkile imi, ilaç analizi... Ne bileyim bizler, eczacılık fakültesi ö rencileri bunlan ancak görebiliyor. Eczacı, her zaman ilaç veya ürün odaklı de il, hasta odaklı hizmet vermedir. te neredeyse, Mesut Hoca'nın da diyece i gibi, hasta odaklı hizmet, klinik eczacılı ın neredeyse bir sloganı haline gelmi tir. Eczacı, hastalara akılcı ilaç kullanımı, ilaç-ilaç etkile imini, ilaç-besin etkile imini ve hasta uyuncunun sa lanması gibi konularda danı manlık hizmeti verebilmelidir. Bunlann hepsi hasta için gerekli olan terapötik sonuçlann tatmin edici ve güvenilir boyutta olmasına yardımcı olmaktadır. A rının de erlendirilmesi, ilaç alımında eczacının önemi ve de toplumdaki analjezik ilaç kullanımının ne kadar önemli oldu u bu çalı ma ile bir kez daha ortaya koyulmaya çalı ılmı tir. Gözlemlenen bu yanlı ilaç kullanımının engellenebilmesi için toplum her zaman akılcı ilaç kullanımı hakkında uzman ki ilerce bilgilendirilmelidir yani bizler, doktorlar diyebiliriz. te bu anlamda eczacılara çok büyük sorumluluklar dü mektedir. Hasta odaklı e itim verildikçe o gördü ümüz ilaca ba lı birçok yan etki, toksisite ve di er sorunlar gitgide azalacaktır. Akılcı ilaç kullanımının sa lanmasında büyük oranda biz eczacıların rolü oldu unu unutmadan eczacılık mesle i, hizmetini vermeye çalı alım.

Çok te ekkür ediyorum.

(Alkı lar)

Ecz. Sema Karagülle: Eczacı hanıma çalı malannı bizimle payla tı ı için te ekkür ediyoruz. Sorusu olan varsa alabiliriz.

(Alkı lar)

Klinik Eczacılık Hizmetlerinin Farmakoekonomik Açından De erlendirilmesi

Yard. Doç. Dr. Mesut Sancar

Prof. Dr. Hülya Akgün: Evet, oturumumuzun son konu macısı Sayın Yardımcı Doçent Doktor Mesut Sancar. "Klinik Eczacılık Hizmetlerinin Farmakoekonomik Açından De erlendirilmesi" konusunda bize bir bildiri sunacak. Bildirisini sunmadan önce ben kısaca Sayın Sancar'ı tanıtmak istiyorum. 1992 yılında stanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinden mezun olmu . 93 yılında aynı üniversitede ara tırma görevlisi olarak göreve başlamıştır. 95 yılında Klinik Eczacılık Yüksek Lisansı'nı, 2002 yılında da aynı alanda doktorasını almıştır. 2003 yılında Klinik Eczacılık Bilim Dalı'nda yardımcı doçent olarak göreve devam etmektedir. 98 yılında kurulan Klinik Eczacılık Derne i'nin kurucu üyelerinden biri olup halen yönetim kurulu üyesi ini sürdürmektedir.

Yard. Doç. Dr. Mesut Sancar: Te ekkürler hocam. Ben de bu saate kadar bekledi iniz için size te ekkür ediyorum ve Odamızın 50. yılını da kutluyorum, hepimize bu kongrenin hayırlı olmasını diliyorum. Son konu macı, süre oldukça a ıldı tam bir saat oldu. Kısa bir e-kilde toparlamaya çalıştım.

Bugün sunumda klinik eczacılık hizmetlerinin farmakoekonomik açıdan de erlendirilmesinden kısaca bahsedelim ama önce klinik eczacılı ı bir genel olarak hatırlatmak istiyorum. Biraz da farmakoekonomiden bahsedip, yapılmı çalı ma örnekleri var yurtdı nda bu hizmetin faydalarını ekonomik olarak kanıtlayan çalı malar, onlardan kısaca bahsedelim. Yıllardır klinik eczacılı ın faydalarını, toplum sa lı ına, hastanelere, eczanelere katkılarını farklı platformlarda anlattık ama çok yavaş geli me kaydediyoruz. Belki ekonomik olarak biraz bahsederseniz, umarım Sağlık Bakanlı ı bu konuda uygulamalar hızlandırması açısından bu toplantıdan birtakım edimler çıkartabilir.

Evet, klinik eczacılı ı tanımlayacak olursak... Aslında sizlere soracaktım klinik eczacılık nedir? Mutlaka e itimlerimize katılmı arkadaş lar var, bunu ba ka yerlerde de tartışırız. Zaten Philip Bey, klinik eczacılı ın ne oldu unu anlattı, ben çok fazla üzerinde durmayacağım. Sadece hasta odaklı eczacılık uygulamaları ekinde genelleyebiliriz ya da eczacılık fakültesinde bize ö retilen bilgilerin, hasta sa lı ına yararlı bir ekinde kullanılması olarak tanımlanabilir klinik eczacılık.

Bu tanım, Avrupa Klinik Eczacılık Derne i'nin tanımını. Çünkü hep Amerika'dan bahsediliyor. Bugünkü eczacılık orada do du, orada büyüdü, sanki ba ka bir yerde klinik eczacılık yapılmıyormuş gibi. Artık Avrupa, Philip Bey'in gösterdiği örnekler gibi, Avrupa dı ndaki ülkelerde de var. Avrupa'daki genel tanım, tıbbi ürünlerin ve cihazların, bakın sadece ilaçlarla da yetinmiyoruz, çünkü hastaların kullandığı glikometre, inhaler türü, ba ka ürünleri de var. Bunların da e itimi ve hastanın uygun kullanmasıyla ilgili problemimiz var. Klinik eczacılı ı genel olarak bu ekinde tanımlayabiliriz.

Nereden çıkmı klinik eczacılık? Bunu da az çok hepimiz biliyoruz. 1940'lı yıllara kadar geleneksel rollerimiz vardı, ilacı, eczacı, eczanede hazırlıyordu. Daha sonra 60'lı yıllarla birlikte endüstrinin geli mesi, bu rollerimizi azalttı. Çünkü bütün, hemen hemen bütün pre-

paratlar artık eczanede hazır olarak elimizin altında bulunuyor. Buradan yola çıkarak otoriteler, özellikle 1930'lu yıllarda Amerika'daki eczacılık otoriteleri, eczacılığa farklı bir yön vermeye çalışıyorlar ve hasta tedavisinde doktorla birlikte daha aktif rol alabilmesine imkan tanıyan klinik eczacılık fikrini ortaya atıyorlar ve özellikle de hastanelerde bulunan bu uygulamalar, eczacıların getirdikleri faydalar sonucunda daha sonra yavaş yavaş serbest eczanelere de gelmiş. Sabahki oturumda yine bir eczacı arkadaşımız, serbest eczanelerde bunun uygulanabilirliğini sorduğu, sadece hastanelerde olmayacağını birazdan göstereceğiz. 60'lı yıllardan itibaren hasta odaklı dönem, klinik eczacılık dönemi başlıyor.

Klinik eczacılık nerede yapılır? Genellikle arkadaşlarımız hemen, "Hastane" diyorlar. Evet, hastanelerde başladı, hastanelerde uygulanması zorunlu artık. Biraz önce de dile getirdim, bir önceki oturumda Başkan Eczacılık Genel Müdürü bir hekim olarak bunun olması gerektiğini, zorunlu olduğunu zaten kendileri de dile getirdiler. Evet, ilk ana görevimiz hastanelerde ama en az bir o kadar serbest eczanede de görevimiz var. Bunları etkinliklerimizde başlıklar halinde ayrı ayrı anlatıyoruz ama bu bir süreç. Böyle parça parça anlatmakla da çok verimli olmuyor sanırım, eczanelerde bunları uygulamak için direkt bu sürecin içerisinde olmak gerekiyor. Serbest eczane dışında bakım evlerinde hizmetlerimiz var. Evde bakım hizmetleri yavaş yavaş gelişmeye başladı, bu da Türkiye için çok erken. Yurtdışında bu hizmetleri de verdiklerini "home care pharmacist"lerin olduklarını biliyoruz. Kliniklerde eczacının artık doktordan bağımsız reçete yazabildiğini görüyoruz. Bu, Amerika'da yıllardan beri yapılıyor. İngiltere'de de en son 2003'de protokole başlı, doktora başlı olarak yazılıyordu reçete, şimdi 2006'da tabii ki bütün eczacılar için değil, bu etkinliği almış eczacılar için belli hastalıklarda reçete yazabilme, bağımsız reçete yazabilme hakkı tanındı. Bunun tabii etkinliğini alıp, uzmanla tıktan sonra yapıldığını söylüyoruz. Türkiye için bu da Türkiye için mümkün değil zaten. Yani kısacası ilacın yazıldığı her yerde, ilaç endüstrisi de dahil olmak üzere, ilaç kullanımının olduğu her yerde klinik eczacılığa ihtiyaç duyuyoruz. Endüstriyel klinik eczacılık diye bir kavram da var son yıllarda. Her geçen gün literatüre baktığımızda eczacının, farklı servislerde yeni görevler aldığını görüyoruz. Birazdan onlara bakacağız.

Kısaca görevlerimizi hatırlatayım. Hep bahsediyoruz, ilaç danışmanlığı... ilaç danışmanlığı topluma yapılabileceği gibi, hastanede sağlık ekibine de yapılabilir. Özellikle klinik eczacılar, hastanedeyken en çok bu hizmeti yerine getiriyorlar. İlaç seçiminde yine hekime yardımcı olabiliyoruz. İlaç seçimi derken, "Hekim bilmiyor mu?" diyeceksiniz, her şeyi bilmek zorunda değil. 10-15 tane betablokör var, aynı şekilde anjiyotensin dönüştürücü enzim lipitörü var, bir sürü oral antidiyabetik ilaç var. Bunların farkları, böbrek hastasında kullanılabilirliği, kalp yetmezliğinde kullanılması, ufak detayları açıp eczacıdan öğreniliyorlar. Bunun için de bizim ilacı sadece ticari ve etken madde ismi ile değil bütün yönleriyle çok iyi bilmemiz gerekiyor. Bunu da klinikten bağımsız olarak gerçekleştirmek çok mümkün değil. Geleneksel rollerimiz tabii ki devam ediyor, bir eczacı olarak hiçbir zaman bir ilacı hazırlamayı, ilacın hastaya sunumunu bir tarafa atmıyoruz. Çünkü sonuçta biz eczacıyız. İlaç kullanımıyla ilgili çalışmalar, araştırmalar yapmak yine klinik eczacılık hizmetlerinde. Farmakokinetik ve terapötik ilaç izlemi belki de klinik eczacılığa, klinik eczacılığın doğmasına neden olan en büyük ihtiyaçlardan biri. Hastanelerde, biliyorsunuz, yaygın olarak antibiyotik kullanımı var. Terapötik aralığı dar olan çok fazla sayıda ilaç kullanımı var ve bunların düzeylerinin takibi, laboratuvar ölçümleriyle bunların hastada izlenmesi yine klinik eczacılığın en önemli görevleri arasında yer alıyor. Klinik araştırmalarda bulunmak, birazdan kısaca bahsedeceğimiz farmakoekonomi, etkinlikler de stajlar da yine klinik eczacılığın görevleri olduğunu görüyoruz. Klinik eczacılık hizmetleri 1960'lı yıllardan itibaren başla-

yıp, aynı düzeyde kalmamı . Bakın 92-95 yılları arasında bile Amerika'da, 3 yıl içerisinde, bu a a ıdaki hizmetlerde, az önce bir kısmını saydım zaten, artı oldu unu görüyoruz. Evet, klinik eczacılı ı bilmek, bu yine yurtdı ndan orjinal haliyle aldım, müvekkilini savunuyor ve "Benim müvekkilimin çok iyi tolere etti ini ve etkili oldu unu göstermek istiyorum" diyor, klinik eczacı verdi i hizmetle kendisini bir ekilde kanıtıyor.

Farmakoekonomi, klinik eczacılı ın 90'lı yıllarda ilgilenmeye ba ladıkları alanlardan biri. Nedir farmakoekonomi? ki ürünümüz var, tabii ki sa lık açısından de erlendiriyoruz, genellikle bu farmasötik ürün oluyor, maliyet ve sonuçları açısından de erlendiriyorsunuz yani A ilacı 20 gr, B ilacı 10 gr, "B ilacı di erine göre daha fannakoekonomiktir" diyemezsiniz. Bunu diyebilmeniz için sonuçlarını da analize dahil etmeniz gerekir. A ilacı B ilacına göre ucuz ama kolesterol düzeyini aynı derecede dü ürüyor mu ya da ba ka, yan etkileri di-erine göre daha fazla mı? Bunları da hesaba kattı ınız için oldukça kapsamlı analizler yapılarak farmakoekonomi sonucu ortaya çıkıyor.

Farmakoekonomi uygulamaları bazı ülkelerde zorunlu hale getirildi, Avusturalya, Kanada gibi ülkelerde. Bunlar Sa lık Bakanlığı bünyesinde zorunlu tutuldu. Türkiye'de yine Sa lık Bakanlığı'nın, laç Eczacılık Genel Müdürlü ü'nün Farmakoekonomi Dairesi ya da Birimi var ama oradaki arkadaşlardan duydu um kadarıyla u an daha çok ilacın maliyeti ile ilgilenmek zorundalar, daha klinik sonuçlarına ula amadık.

Farmakoekonomiyi hangi alanlarda kullanıyoruz? Hastane formüllerine yeni bir ilaç alınca ı zaman, bir hastanın tedavisi için ilaç seçilece i zaman, iki tane farklı klinik eczacılık hizmetini kar ıla tırmak istedi iniz zaman veya hastanede bir cerrahi tedavinin ilaç tedavisine göre üstünlü ünü veya dezavantajlarını kar ıla tırmak istedi iniz zaman... Kısacası iki ürünü kar ıla tırmak istedi inizde farmakoekonomiden yararlanabiliyoruz.

Farmakoekonomi yaparken ba vurdu umuz belli ba lı üç-dört analizimiz var. Bunların detayına girmeyece im. Bir önceki stanbul Kongresi'nde daha detaylı anlatmı tım. Maliyet-etkililik analizi, ikinci sırada gördü ünüz analiz, daha çok literatürde kullandı ımız, ba -vurdu umuz analizlerden. Örnek vereyim, hemen somutla tırayım. Biraz önce söyledim, iki ilacın fiyatları farklı olabilir ama tansiyon veya kan ekeri dü ürücü etkilerini de hesaba kattı ınızda bir oran yapıyorsunuz ve bu oran sonucunda A ilacı, B'ye göre daha fannakoekonomiktir diyebiliyorsunuz. Birtakım literatürde genellikle bu analiz yöntemi kullanılıyor.

Evet, burada da gördü ünüz gibi iki kar ıla tınna farklı ekilde. Biraz dikkatinizi toplamak istedim. Çünkü ö le saati, hepinizin acıktı ınızı görüyorum. Böyle ilginç manzaralarla kar ıla ırız, farmakoekonomiyle ilgisi yok.

laç düzeyi izlemi, klinik eczacıların yaptıkları en önemli i llerden biri. Bu verece im örnekler, daha çok hastanelerde yapılmı çalı malardan örnekler. Çünkü serbest eczanelerde maalesef bunları kayıt altına almak ve korumak çok mümkün olmuyor. Kısaca bunlardan bahsedece im. Mesela bir çalı mada doktor tarafından izlenmi , di erinde buna eczacı da dahil olmu ve sonuçta eczacının bulundu u grupta daha az izlem yapılmı , yani daha az ölçüm istenmi ve bunun sonucunda da 12.000 dolar kadar bir tasarruf elde edilmi . Yine çok eski çalı malardan biri, tobramis... Hastanelerde tobramis kullanımı izlendi inde yine bir tıbbi ekip tarafından 3 ay boyunca, buna ilave olarak ba ka bir grup da eczacı tarafından yani klinik eczacının oldu u ba ka bir tıbbi ekip tarafından izlemi ler ve daha az reçeteleme oldu u için 5000 dolar tasarruf elde edilmi . Diyacaksınız ki nasıl daha az reçeteleme oluyor? Böbrek hastası, biz hastanede bu örne i de ya ıyoruz, daha geçen ay ya adık. Hastanın böbrek yetmezli i var, 3 x 1 yazan bir antibiyotik, kreatin kleransına baktı ınızda belki de 2 x 1

kullanılması gereken bir ilaç olacak. O zaman otomatikman bir doz dü üyorsunuz zaten. Bu ekilde tasarruflar veya ilaç geçimsizli i, etkilite imleri, polifarmasi, bunları engelleyerek zaten bütçeye, ekonomiye bir katkınız oluyor. Yine çarpıcı örneklerden biri. Özellikle çok yaygın izledi imiz ilaçlar aminoglikozitler ve vankomisin, çünkü yan etkilerinin çok oldu unu biliyoruz. Bu ilaçları izleyen eczacıların oldu u hastanelerle olmayan hastaneleri kar ıla tırdı- mda da, yine kırmızıyla ben özellikle ekonomik sonuçları ön plana aldım ama bizim için tabii ki daha önemli sonuçlar da var. Bu programı kullanmayan hastanelerde daha fazla i itme kaybı görüyorsunuz, renal yetmezlik oranı daha fazla, buna ba lı komplikasyonlara ba lı ölümler var ve maliyetlerde de yine artı oldu unu görüyorsunuz izlenmeyen grupta. Çalı ma da küçük bir grupta de il, yakla ık 199.000 hastanın katıldı ı bir çalı mada yapılmı .

Cerrahi servisinde görevlerimiz var. Ne yapanz? Tabii ki böyle ameliyatlara katılmıyoruz, onlarla i imiz yok ama cerrahi servisinde antibiyotik kullanımı var, antikoagülen kullanımı var, a rı kontrolü var, intravenöz karı ımların kullanımı var. Bunlarda klinik eczacılık hizmetleri de erlendirildi inde, mesela Kanada'da yapılmı bir çalı ma, bir yıllık bir çalı ma, 405 öneri yapmı lar klinik eczacılar ve bunların %90'ı doktorlar tarafından kabul edilmi . 33.000 dolar da yine tasarrufelde edilmi bu çalı mada. Yine cerrahi servisinde klinik eczacı- lık hizmetlerini de erlendiren bir ba ka çalı ma, srail'de yapılmı . Artık Amerika dı nda ör- nekler göstermek istiyorum ki, klinik eczacılık ba ka yerlerde de yapılıyor... Burada da benzer ekilde 219 öneride bulunmu klinik eczacılar. %56 oranında intavenöz ilacın gereksiz oldu u görülmü , azaltılmı ve sonucunda da 140.000 srail ekeli, yakla ık 35.000 dolara denk ge- liyormu , tasarrufelde edilmi . Hemen yanba ımızdaki kom umuz Yunanistan'da da klinik ec- zacılı a ilk adımlar atılıyor. Bir pilot çalı ma yapılmı 95 yılında, yine cerrahi servisinde. Klinik eczacının müdahalesiyle ilaç kullanımında %50'ye yakın bir azalma ve 2700 civarında Euro tasarruf sa lanmı .

Yo un bakım ünitesinde yine klinik eczacılık, benzer ekilde cerrahi servisinde oldu u gibi, doz de i iklikleri, ba ka bir ilaca geçi gibi önerilerle 65 gün içerisinde toplam 80.000 dolara yakın bir katkı sa lamı . Benzer bir di er çalı mada 18.000 dolar. Yine yo un bakım ünitesinde, Malezya'dan yapılmı ba ka bir çalı mada, yapılan önerilerin sadece %5'i dok- torlar tarafından mantıksız bulunmu , geri kalan %95'i kabul edilmi ve 4000 dolar tasarruf elde edilmi .

Total parenteral beslenme solüsyonlarının hazırlanması ve takibinde eczacının rolü var. En eski de erlendirme çalı malarından biri... Burada da yine eczacının oldu u ekipte hem maliyetin daha az oldu u hem de hastanın bu TPN'den yararlanma oranının daha fazla ol- du unu görebiliyoruz.

Renal transplantasyon klini inde klinik eczacının rolü var son yıllarda. 2000 yılında ya- pılmı bir çalı ma. Bu eczacının ekibe dahil edilmesi için kurumun harcadı ı her bir dolara kar ılıklı maliyet-fayda analizi yapıldı nda kuruma minimum 4 dolar bir kazanç sa lanmı , yaptı ı müdahaleler sonucunda. Yine renal transplantasyon dı nda daha spesifik alanlarda oldu unu görüyoruz.

Epilepsi tedavisinde, anti-epileptik ilaçların yönlendirilmesinin eczacı tarafından yapıldı ı hastanelerde yapılmayanlara göre yine hem maliyet olarak bir avantaj sa lanmı hem de ölüm oranları, di er komplikasyonların daha az oldu u görülmü . Geriatri klini inde aynı ekilde. Biz de bunlara benzer çalı malar yapıyoruz, yüksek lisans ö rencilerimizin tezle- rinde. Bir kısmı farmakoekonomik, bir kısmı sa lı a yönelik çalı malar. Burada da yine, ec- zacının müdahale etti i grupta, hasta ba ına ortalama 3.4 ilacın azaltıldı ı görülmü .

Gerçekten e er üzerlerine gidip bakacak olursanız %80'e yakın polifarmasi var yani aynı dosyada hasta, farkında olmadan 2-3 tane aynı grup ilaç kullanabiliyor ve bu da tabii ki ekonomiye zarar veriyor.

Bunun dı ında Türkiye'de yine, yeni kavramlar çıkabiliyor, az önce söyledi im gibi burada da eczacı olmayanlar da kendilerini pratisyen eczacı olarak görebiliyorlar.

(Gülü meler)

Böyle örneklerle de kar ıla abiliyoruz.

Hastanede farmasötik bakımın de erlendirildi i bir çalı mada, bu hizmetlerle birlikte yine %88 oranında pozitif yönde kar ılanmı müdahaleler ve 129.000 Euro... Bu da yine spanya'da yapılan bir çalı ma. Yine Avrupa'dan bir örnek çünkü Avrupa, klinik eczacılık uygulamalarında Amerika'ya göre biraz daha yava ilerliyor. Bunun da en önde gelen savunucusu ngiltere. Onu spanya, talya gibi ülkeler takip ediyor ama serbest eczanelerde, özellikle Philip Bey'in de bahsetti i gibi Hollanda bu konuda iyi. Almanya'da son dönemde farmasötik bakımından güzel geli meler var, Fransa'yı yine bunların arasına katabiliriz.

Son örne imiz de serbest eczanede klinik eczacılı ın de erlendirildi i bir çalı ma. Burada rakamlar yok, sadece özetle, bu eczanelerde verilen diyabet, astım, hipertansiyon ve hiperkolesterolemi yani lipidemi tedavi programlarında eczacı tarafından yönetilen programlarda sa lık harcamalarında ciddi azalmalar oldu u görülüyor. Bunların zaten sa lı a olan katkılarını ayrıca tartı maya gerek yok, bunları her zaman söylüyoruz.

Literatür analizi yapılmı iki çalı ma var. Biri '88 ile '95 arasında bu çalı maları derlemi , yakla ık 104 makale incelenmi bu konuyla ilgili yapılmı olan. Bunlann %89'unun pozitif ekonomik sonuçlar sa ladı ı... '96-2000 yıllarında arasında yapılmı , 59 makalenin derlendi i bir ba ka çalı mada da yine %85 oranında pozitif ekonomik sonuçların elde edildi i görülüyor. Yani klinik eczacılık uygulamaları sonuç olarak yapıldı ı ülkede, bu ister hastane olsun ister eczane olsun, mutlaka ekonomik olarak da katkısı oluyordur. Bunun bir örne ini bizim Ankara'da 6 gün süren e itimlerde ya amı tık. Bir eczacı arkada ımız dersleri aldıktan sonra ak am eczanesine gidiyor, nöbetçi. Ya lı bir hasta geliyor. Bunu ertesi günü bize anlatmı tı. Bir burun spreyi istiyor, tabii klinik eczacılıktan ö rendi i bilgilere göre burun spreyni hemen vermemesi gerekti i, birtakım eyler sorması gerekti ini hatırlıyor. "Tansiyonunuz var mı?" diyor. "Var" diyor "Kızım". "O zaman ben bu dekonjestenleri size veremem" diyor. "Ama bir yandan böyle kafamda soru i aretleri..." "Ya ben bu bilgiyi ö renmesem imdi bu ilacı satacaktım" diyor. Sonra tabii hasta memnun oluyor, bunun kar ılı ında gelmi ken o saatte eczaneden ba ka bir ey alıp gidiyor, yani "Bir kaybım olmadı" ekinde özetlemi ti. Evet, klinik eczacılık hizmetlerinde sonuçta bir kayıp olmaması gerekiyor e er do ru yapılırsa.

Bu sonucu toparlayacak olursak, biz klinik eczacılık uygulamalarının geli tirilmesi için ne yapabiliriz, ne yapmalıyız? Üniversiteler olarak e itim programlarımızda buna, Marmara Üniversitesi olarak, uzun bir süredir yer veriyoruz hem lisans hem lisansüstü programlarında. Hacettepe Üniversitesi'nde 2000 yılından beri bu tarz verilerle daha iyi u anda verilmeye ba landı, 4-5 senedir sistematik olarak gidiyor. Yeditepe Üniversitesi'nde, Philip Bey bahsetti ve di er bazı fakültelerde sadece teorik olarak "Farmasötik Bakım" dersleri var. Umarım di er fakültelerimiz de e itim alanında üzerlerine dü en sorumlulu u bir an önce yerine getirir. Sadece bizim e itmemizle bitmiyor, sizlerin mutlaka bu alanda kendinizi geli tirmek için programlan takip etmeniz gerekiyor ve tabii ki Sa lık Bakanlı ının da bu konuya bir an önce ciddi olarak el atması gerekiyor. Hep derler "Bu Amerika'daki uygulama, bize uymaz. Orası Amerika burası Tür-

kiye". Hayır, orada da hasta var, orada da ilaç var, orada da hekim var. Biz i imizi do ru yaparsak... "Oldu u gibi uyarlayalım" demiyoruz zaten, "Oldu u gibi alalım" demiyoruz. Uyarlayarak Türkiye'de klinik eczacılı ı geli tirebiliriz çünkü Amerika'dan ba ka eyleri uyarlamakta çok zorlanmıyoruz.

Prof. Dr. Hülya Akgün: Te ekkür ederiz. Soru sormak isteyen var mı?

Yard. Doç. Dr. Mesut Sancar: Ben te ekkür ederim.

Prof. Dr. Hülya Akgün: Buyrun. Bir tane soru alıyoruz. Buyrun en arkadaki arkada .

Dinleyici: Ben öncelikle hocamıza konu ması için te ekkür ediyorum. Yalnız var olan eczacılık uygulamalarıyla klinik eczacılık arasında, gerçe i söylemek gerekirse anlamlı bir fark göremiyorum. Aslında amacımız, var olan eczacılık uygulamalarını gerçekte olması gerektiği gibi olmasını sa lamak olmalı, yani yeni isimler vererek, yeni kavramlar yaratarak sanki bunlar... Hani farklı uygulamalarını gibi bence ortaya koymak ne kadar mantıklı ne kadar bizim için gerekli bilemiyorum.

Yard. Doç. Dr. Mesut Sancar: Ben hemen cevap vereyim isterseniz. Tabii ki Amerika'yı yeniden ke fetmiyoruz. Zaten mevcut eczacılık e itiminin üzerine bir eyler koyuyoruz ya da eczacılık uygulamalarının üzerine ama u bir gerçektir ki yani u an serbest eczanelerde eczacılık yapan arkadaş lar ve hastane eczanesinde çalı an arkadaş lar bunu söyleyeceklerdir... Yani eczacılık hizmeti, eczacılık mesle i, oldu u gibi yerine getirilemiyor. te bunu tamamlayan birtakım unsurlar gerekiyor. Burada da hepimizin daha fazla okuması, daha fazla e itim alması gerekiyor. E er siz eczanelerde hasta takibi yapabiliyorsanız, diyabetli hastayı sadece ilaçlarıyla ilgili de il ayak bakımıyla, di er komplikasyonlarıyla ilgili e itebiliyorsanız, hipertansiyon hastasına herhangi bir ilaç kullanaca ı zaman olabilecek etkile imler konusunda e itim veriyorsanız, evet siz de zaten klinik eczacılık yapıyorsunuz. Ama bu bahsetti im örnekler yurtdı nda artık direkt sorumluluk almı ve bu ekilde tanımlanmı olaylar. Yani biz, yeniden bir eyler katmaya çalı mıyoruz ama bilginizin yetersiz oldu unu da biliyoruz. E er e itimlere gelerseniz, gelme fırsatınız olursa sanırım orada o farkı daha iyi göreceksiniz. "Hasta e itimi yapıyoruz" diyoruz. Nasıl yapıyoruz? Kutunun üzerine 3 x 1 yazarak mı yapıyoruz? Evet imdi yapmıyoruz belki, son 2-3 senedir artık etiketlerle yapıyoruz ama bu da çok yeterli de il. Hasta ilacı kullanıp kullanmadı ını, nasıl kullanıp kullanılmayaca ını anladı mı acaba? Bundan emin olabiliyor muyuz? Belki çok ufak detaylar var, bunları tabi zaman olmadı ı için tartı amıyoruz.

Dinleyici: Benim söylemek istedi im, zaten var olan eczacılık uygulaması mükemmel... Yani mükemmel de il. Bunu hepimiz biliyoruz ama olması gereken eyin farklı bir isimle sunulmasında ben bir anlam göremiyorum.

Yard. Doç. Dr. Mesut Sancar: Bunu biz sunmuyoruz yani bu dünyada böyle. Artık "Klinik Eczacılık-Farmasötik Bakım" diye bir kavram var. Bu, eczacılıktan ayrı bir meslek grubu de il. Eczacılı ın modern olarak, daha ça da ve daha ihtiyaçlara cevap verecek ekilde uygulanması.

Dinleyici: Haklısınız ama amacımız... Yani u anda var olan eczacılık pozisyonunun bence eksiklerini giderip olması gerektiği konuma getirmek.

Yard. Doç. Dr. Mesut Sancar: Evet, tabii. Eksikleri gidermek için de i te hepimize sorumluluk dü üyor. Sadece... Üniversitelerde e itim programları yeniden düzenleniyor, Odalar, Eczacılar Birli i meslek içi e itim programları düzenliyor. Bizler de bunları takip ediyor muyuz? Bildi im kadarıyla Türkiye'de 25.000 eczacı var.

Dinleyici: Yani etmemiz gerek.

Yard. Doç. Dr. Mesut Sancar: Evet, 25.000 eczacı var. Bu sürekli e itimleri takip edenlerin sayısı 2000-3000'i geçmiyor.

Prof. Dr. Hülya Akgün: Ba ka soru sormak isteyen var mı? En arkada bir arkada var. Lütfen mikrofonu oraya getirin sonra da oturumu kapataca ım. Herkes çok acıktı.

Dinleyici: Mesut Hocama öncelikle te ekkür ediyorum bu güzel sunumu için. Yani son günlerdeki bir haberin üstünden giderek bir soru yöneltece im. Amerika'da Serbest Eczacılar Derne i bir kongre yaptı geçti imiz günlerde, Ekim ayında ve orada bir karar aldılar. Klasik yöntemle artık eczacılı ın devam etmesine olanak kalmadı ına vurgu yaparak bir "Médication Therapeutic Management", yani ilaçla tedavinin yönetilmesi gibi bir projeye bütün bu saydıklarınızı bir programla eczacıya sunma yolunu seçmi ler. Do rusu ho da bir program. Türkiye'de böyle bir ey, serbest eczanelerde yaygınla tırmak adına sizin öneriniz ne olabilir? Önce e itim mi alınsın klinik anlamda daha ayrıntılı bir e itim mi yoksa böyle bir programla eczacılar bir yandan e itilirken bir yandan da o öngörülen de i imi mi gerçekle tirsinler?

Yard. Doç. Dr. Mesut Sancar: Tabii de i imin daha hızlı olması için herkesi e itime almak mümkün de il. Buna ne imkan var, ne zaman var. Ama fırsat bulan arkadaş lar, en azından kendi buldukları kurumlan, ba lı buldukları üniversiteleri zorlayarak bu tür sürekli e itim programlarının açılmasını destekleyebilirler. Yüksek lisans programlarının artınmasını destekleyebilirler. Öncelikle tabii ki e itim gerekiyor ama bu kadar eczacıya birden e itim vermek çok zor. kisinin dengeli gitmesi bence çok daha sa lıklı olacaktır. Siz de bu e itimin içinde yeni ba layan birisiniz Zeliha Hanım. Sanırım siz de deneyimlerinizi eczaneyle birlikte götürüyorsunuz ve bilmiyorum ekleyece iniz ba ka bir ey olabilir mi, bu söyledi iniz öneriye?

Prof. Dr. Hülya Akgün: Evet te ekkür ediyoruz bir kez daha verdi iniz bilgiye.

(Alkılar)

Prof. Dr. Hülya Akgün: Herkese afiyet olsun.

(Yemek arası)

Farmakoekonomi

Prof. Dr. Nurettin Abacıo lu

Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi/ Farmakoloji Anabilim Dalı Başkanı

Eczacılar Birli i'nin de Türk Eczacıları Birli i'nin de 20. ya ındayken Büyük Kongre Delegatesi olarak bu toplantılara gelip gitmeye ba lamı tım. Tabii benden daha kıdemli a abeylerim, meslekta larım var burada. Onlardan da kongre usullerinin nasıl oldu u konusunda çok esinlenerek bugünlere kadar meslek ya amının içerisinde bu birlik nasıl büyüdü, eczacılıkta ne gibi de i iklikler oldu, bunları kısmen payla arak kısmen bir kısma müdahil olarak Türk Eczacıları Birli i Merkez Heyetlerinde de çalı tım, yakın tarihini iyi bilenlerdenim.

Bu çerçevenin içerisinde dünkü 50. yıl toplantısı beni gerçekten çok heyecanlandırdı, onunla ilgili sunumuma ba lamadan önce iki çift lafetmek istiyorum, de erli Ba kan Zafer'e de belki buradan sonraki çalı malarda katkısı olur diye. imdi bir meslek örgütü'nün tarihi o mesle in tarihiyle e de er özellikler ta ıyor. O e de er özelliklerin içerisinde gerçekten hem tarihi hem sosyolojik açıdan çok kritik dönemler, dönemeçler vardır. O dönemler ve dönemeçler sadece o gün yönetimlere gelenlerin ve o yöneticilerin irade buyurmasına ba lı olarak ekil almaz, tezahür etmez. Dünyanın konjonktürü, ülkenin içinden geçti i dönem, sosyolojik olarak insan topluluklarının sınıfsal, gelirsel özellikleri, o meslek ya amının tarihini de büyük ölçüde belirler vaziyette olur. Dünkü sunumun içerisinde Oda Ba kanları olarak bizlere ekranlardan yeniden seslenen meslekta larımın anlattıklarını sadece bir tarih dizgesi, bir tarih masalı olarak lütfen kafalarınızda de erlendirmeyin. Onun arkasında gerçekten mücadeleler vardır. Türkiye'nin aydınlanma mücadelesi vardır. Türkiye'nin insanların, Türkiye'deki sa lık politikalarının, Türkiye'deki ilaç politikalarının, daha ileriye ta ınma gayretleri ve mücadeleleri vardır. Dolayısıyla o tarih, sadece ba kanların ve o ba kanların riyaseti altındaki yöneticilerin icra etti i günlük hikayeler ve hatırat de ildir. Ben, o yakın tarihi bir miktar bilenlerden ve içinde olan insanlardan biri olarak, dünü o heyecanla izledim. Umarım o yapıt daha geli tirilir ve o kronolojik akı ın arkasındaki sosyolojik özellikleri de daha iyi yansıtan bir çalı ma yapılır. O bakımdan hem bunu bir katkı olarak u andaki stanbul Eczacı Odası Yöneticilerine sunmak istiyorum, hem de böyle bir çalı mayı ba lattıkları için kendilerine tekkür ediyorum. Tabi bu konudaki bir küçük üzüntüm de udur: Çok kıymetli bir tarihimiz olmasına kar ın, yazılı tarih bakımından çok da fakir bir meslek grubuyuz. Zaman zaman, Birli in, İstanbul-Ankara de i imleri vesaire sırasında ve gelen yöneticilerdeki tarihe kar ı dirayetsizlikler neticesinde yazılı basılı tarihimiz maalesef SEKA'da ka ıt hamuru olup gitmi tir. Bunun üzüntüsünü de ya ayan insanlardan biriyim.

imdi bu parantezi kapattım, kendi kendime söz veriyorum, size sa lı ın ekonomi-politi inden farmakoekonomiye diye bir konudan bahsedecem. Yemek öncesi son sunum Mesut'a ait olan bir sunumdu. Klinik eczacılı ın rolleri içerisinde farmokoekonomiden de kısmen de indirmelerde bulundu. Bu aralar pek moda konulardan birisi bu farmokoekonomi meselesi. Zaman zaman meslek ya amımızda böyle sihirli de nekler icat olunur, bu sihirli de neklerin bir kenara, meslek politikalarının bir kenarına de i vermesiyle, i lerin adeta düzelece i gibi de söylemler geli tirilir. Öyle midir? E er ko-

nuya çok teknik olarak bakarsanız evet öyledir. Çünkü i te falan hastalığı da dair tedavi maliyetlerini düşünürsek, devletin bundan bir miktar kârı da olursa, zannederiz ki bunlar çe itli fonlar kaynağıyla bize bir şekilde geri döner, rücu eder, ama sonra bir de bakarız ki memlekette yine hep sağlık ve ilaç sorunu sürer ve gider.

Peki bu açmazın, bu karlılıkların özünde ne vardır? Biraz meseleye bu cepheden yaklaşmak isteyerek size sunumumu iki parçalı hazırladım. Bunlardan birincisi, sağlıkta ekonominin politikasıyla ilgili konudur. Sağlık meselesinde nasıl ve ne cereyan ediyor ki ilacın ekonomisiyle, iktisadıyla ilgili birtakım ideler yapalım diye, bunlar devlet politikaları, üniversitelerde, bu ilacın üretici merkezlerinde tartışılıyor, görüşülüyor. Sağlıkta ekonominin politikasını doğru anlarsak, bunun içerisinde Türkiye'nin yerini de doğru anlarsak, farmakoekonominin ne olup ne olmadığı konusunda, teknik ayrıntılarının dışında daha iyi karar verebiliriz diye düşünüyorum. Ekonomi-politik vs. bu tür lafları ettiğimizde, bu ilacın iktisadıyla ilgili olduğunu anlıyoruz. Yani bir meslek, sağlık mesleği ve bu ilacın iktisadı. Biz de meslek üyeleri olarak, bu ilacın iktisadını konuşmak durumundayız. Öyleyse iktisadın böyle bir kafamızdan bir daha geçirmemiz gerekiyor.

İktisat, biz insan toplumlarına ait olan bir etkinlik alanı. Bunu da bilim olarak üniversitelerde bir taraftan da incelediğimizde. Bir tarafta o toplumu oluşturan bireyler olarak bizim sonsuz ihtiyaçlarımız, gereksinimlerimiz var, aklımıza gelen her şey. Biraz önce yediğimiz ve karnımızı doyurmak için çaba harcadığımızdaki doyurma fiili bile bir gereksinim. İşte o sonsuzluğun içerisinde de sınırlı kaynaklar ve olanaklar var. Yani böyle 5.5 milyar dünya nüfusunun bir bakıyoruz 2.2 milyarı yoksulluk dizgesinin altında, açlıkta mahkum edilmiş olarak yaşıyor diye Birleşmiş Milletler istatistik yayın ediyor. Biz de üzülüyoruz, evlerimizde bir taraftan çorbamızı içerken, ya vah vah demek açlıktan ölenler var. Peki bu insanlar niye aç? Sınırlı kaynaklar ve sınırlı olanaklardan. Ama bu sınırlılığın tayin eden ne? İşte iktisadın ilgi alanı o. O sınırlı kaynaklarla ilgili optimal denge, üretim, dağıtım ve dağıtım denilen bir sürecin içerisinde cereyan ediyor. İktisat buna emek süreçleri diyor. Bu emek süreçlerinin içerisinde biz beşeri faktörler, insanlar, üretici oluyoruz, ürettiğimiz malları, hizmetleri, dağıtım ediyoruz bir pazarda ve o dağıtım sonucunda satanlarla bunun alıcıları bir dağıtım ve tüketim yaratıyorlar. İşte ilacın bu cephesiyle de iktisadın bu alt basamağıyla da ekonomi-politik denilen alan yani maddi malların üretim, dağıtım, dağılım ve tüketimini insan topluluğunun çeşitli gelişmelerinde nasıl düzenlendi diye, ekonomi-politik alanı iktisadın konusu oluyor. Bunlarla ilgili egemen olan ekonomik ilkelere, yasaları tanımaya, tanıtmaya ve anlamaya çalışıyor. Burada dikkatinizi çekmek istediğim husus, insan toplumunun çeşitli gelişmelerinde. Biz insan topluluğu olarak iktisaden nasıl bir gelişmelerde olduğumuzu. Bunu anlayabiliriz ise oradaki maddi malların ve hizmetlerin üretim, dağıtım, tüketim vs. süreçlerini anlayabileceğiz, oradaki o süreçlerin içerisinde sağlıkta ne olduğunu algılayabileceğiz, ilacı da yeniden anlamlandırabileceğiz, konularını anlayabileceğiz ve ondan sonra da buna yönelik olan bilim alanlarının da fonksiyonlarının ne kadar güçlü olabildiğini algılayacağız. Bu ilacın Sementa'nın burnunu oynatmakla ilgili olup olmadığını da bu çerçevenin içerisinde tanımlayabileceğiz.

Bunların üstünde çok durmadan bir tek ilacın söyleyeyim, sağlık hizmeti denilen fonksiyona baktığımızda sağlık bir maddi mal değil arkadaşlar. Ortada üretim süreci ve buna ilişkin tüketim süreci diye baktığımız hizmetler dizgesi, gerçekte maddi malların üretim süreçleriyle ilgili değil, bir insan ilikisi. Hekimin karısına gittik, dedik ki: "Hastayım hekim bey, derdime ilaç bul." O da dedi ki: "Dur gözüne bakayım, nabzını dinleyeyim, kan basıncını ölçüeyim." Sonra da dedi ki "Sen de ilacı bul." "Peki ne yapacağım hekim bey?" " ilacın kul-

lan" dedi ve bitti. Sa lık hizmeti ürettik, tedavi hizmeti ürettik ama ortada bir ey yok yani bir maddi mal yok, kalem yok, silgi yok, elimdeki bu alet her neyse onun gibi bir ey yok. Bu tür ekonomik ilikilerin oldu u bir süreç, insan odaklı ve bu hizmeti üretenin de tüketenin de o toplumun geli me a amalarındaki insan olarak toplumun hangi bölü ünde, hangi sınıfında durdu una ba lı. E er hekime gidecek cebimde para yok ise, sa lık hizmetini edinebilme olana ından daha olayın ba ında ne vaziyete gelmi oluyorum? Yoksun vaziyete gelmi oluyorum. Cebimde para var ise, bu sa lık hizmetinin envai çe it varyasyonlarını ücretini ödemek ko ulu ile istedi im yerde alabiliyorum. istersem Türkiye'de devletin bir hastanesine gidebiliyorum, istersem özel bir hastanenin çok özel otel odalarından da daha lüks odalarında tedavi hizmetine sahip olabiliyorum, istersem ve parasını ödersem özel sigorta irketlerinin tayyaresine binip, Amerika'ya kadar kendimi ta tılabiliyorum.

Ortada de i ik bir durum var yani o maddi malların edinilme süreçleri, üretilme süreçleri, o anlamda bizim di er mal ve sanayilerin üretti imiz alanlardan ayrılıyor yani ilaç sanayimden örne in sa lık hizmeti ayrılıyor. ilaç denilen üründen, ilaç hizmeti üreten eczacının ilaca ili kin tavsiye, öneri, hastayı yönlendirme fonksiyonları ve bu hizmet üretme biçimi ayrılıyor. Bu anlamda kendimize bir yı ın soru yönlendirebiliriz: Sa lık nedir? Sa lıkta ne üretilir? Sa lık nerede üretilir? Sa lık nasıl de i -toku edilir? Sa lı ın alıcısı kimdir? Sa lı ın satıcısı kimdir? Sa lıkta kâr edilir mi, vs. vs.. Bu soruları kendi kendimize arttırabiliriz.

Peki sa lık ne? Sa lık, Dünya Sa lık Te kilatı'nın tarifetti i üzere bir satırlık bir cümle: Fiziksel, ruhsal, sosyal yönden tam bir iyilik hali. Arkada larım, urada bakın bir yı ın fizik var burada: Bu fizi in içinde böyle bir fizik var, bu fizi in içerisinde sansürlü bir fizik var, bu fizi in içinde yi it bir fizik var, delikanlı bir fizik var. Hadi bu da ruh olsun, ruh sa lı ı olsun. Sonra, sosyal yönden tam bir iyilik hali. Bir yı ın sosyal hal var. Birle ik Arap Prenslikleri'nden Dubai'nin yeni restorasyon alanları var. te Afrika'nın yokluk çeken ülkeleri var. Yani Dünya Sa lık Örgütü'nün sa lık tanımı bize bir masal, bir ütopya sunuyor: Fiziksel, ruhsal, sosyal esenlik hali. Fiziksel, ruhsal, sosyal bir esenlik halinin olabilmesi için, insanın toplumsal ya amındaki maddi yeri ve varlı ının e itlikçi ve kaynaklardan e itlikçi bir biçimde ya anan bir dünya olması lazım. Dünya e er böyle de ilse, sa lık i i ve sa lı ın tarifi, tanımı ba ka bir vuslatın beklentileri içerisinde.

nsan, be eri üretim faktörü olarak eme iyle ya ar, eme iyle beraber i gücü üretir ve bunu iktisat faaliyetlerinin içerisinde üretim süreçlerinin içerisine sokar. Ben üniversitede profesörüm. Ben daha önce kazandı ım verili bilgileri bilim olarak, devletin bir kurumunda yani kamuya kafa ve i gücümü satarım, onun kar ısında da mai et-i teyyüm olarak para kazanırım yani bir emek sarfederim. Hepimiz ya am sürecimizin içerisinde farklı düzlemlerde bir emek sürecinin içerisinde geçimiz. Bizim bu emek yaratıcısı insan ve onun olu turdu u toplum olarak fiziksel, zihinsel ve kültürel bütünlü ümüzün korunması, geli mesi, daha ileriye ta nınması ve düzeltilmesi için ya adı ımız toplumun iktisadi düzeninin sa lık alanında e itlikçi bir düzlemde olması lazım. E er bu olmazsa, bunlara ula mak için hayal etti imiz sa lık, söz konusu de ildir.

Sa lık bu anlamda, iktisat açısından da, bizim mesle imizin ve tıp mesle inin de ilgisi açısından da bir; vazgeçilmezdir, iki; ertelenmezdir. Sa lı ın yerine ba ka hiçbir ey ikame edemeyiz. Bulunabilir olmak durumundadır, eri ilebilir olmak durumundadır, edinilebilir olmak durumundadır ve etkinlik ve güvenlili inin iyi olması gerekir, kaliteli olması gerekir. Bunları tabii açmak, ne anlama geldi ini tartı mak belki mümkün ama herhalde bu satır ba - ları yeterince anla ılır diye dü ünüyorum. imdi bu lafların sonuna bir virgül atıyorum, ge- çiyoruz Türkiye'nin gerçe ine.

Türkiye'de sağlık hangi düzlemdeki bir insani toplumsal gelişme aşamasında bulunuyor? Sevgili arkadaşlar, Türkiye İstatistik Yıllığı'nın, 2000 yılı için alınmış 1990 verilerine öyle bir bakalım. Ziraat, ormancılık, avcılık, balıkçılık yani büyük ölçekli tarıma dayalı fiili faaliyet alanı, köylülük diyelim bunun adına, toplumumuzun %53.5'ini oluşturuyor. Geri kalan da yüzde, iyi tanımlanmamış faaliyetlerle, mali kurumlar, sigorta, vs. gibi %2'lik payı çıkarırsak, toplumun geri kalan yaklaşık %50'lik kesimi de, %45'lik kesimi de sanayi alanında istihdam edilmiş vaziyette. Öyleyse toplumumuzun genel karakteristiğinin bugünkü modern devlet tanımını içerisinde, siyasal ve sosyolojik açıdan yarı-köylü, yarı-sanayile mi bir ülke oldu onu bu alanlarından anlayabiliyoruz. Bu alanlarının içerisinde de ilmi olan insanların bir kısmını da siz olarak tanımlıyor elimizdeki istatistikler. 1995'te ortalama %7.2 işsizlik oranı söz konusu iken bunun kentsel işsizliğinin %11'ler civarında, kırsal kesiminin de %4.4'te olduğunu görüyoruz. Bu bize bir bakıma bir şey söylüyor: Çalışan nüfus içerisinde herhangi bir üretime yönlendirilememiş belirli faktörler %7'ler %8'ler oranında, böyle bir insan tabakası var. Bu insan tabakası emeri işsizlikten dolayı ölüp gitmiyor ise iktisadi üretim ilikileri bir taraftan onları da barındırmak, doyundurmamak durumunda. 2002'de bu oran kentsel nüfusta %14, kırsal nüfusta %4.6. Bu bize bir bakıma bir şey daha gösteriyor; Türkiye, bir taraftan kentle en yani sanayile mesinisi geliştiren bir ülke. Çünkü köyden, tarımdan, topraktan insanlar kopuyorlar, a, b, c farklı sosyolojik nedenlerle kente doğru hücum ediyorlar.

Bu yandaki hastalıkları geçmek kolayıyla bir bakıma çarpıcı noktaya geliyorum. Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği, Ekonomik Forum, resmi yayın dergilerinden bir tanesi, 2000'de Türkiye'ye ilişkin bir istatistik yayınlıyor. Korkunç çarpıcı bir istatistik. Türkiye'nin de emeri yaratıcısı olan, üretim, de emeri yaratıcısı olan, gelirlerinin %10'unu elinde tutan ilk birinci %10'luk dilim, toplumsal gelirin %40.5'ine el koyuyor. Düğünün ki 2000 yılında Türkiye'nin nüfusunun 68 milyon olduğunu hesap edersek istatistik verilerden ve çalışan nüfusun bu nüfusa göre, üretici faktör olan nüfusun 26 milyon olduğunu düşünürsek 26 milyonluk fiili üretken nüfusun içerisindeki %10'luk ilk dilim yani 2.6 milyon, tüm toplumun yarattığı de emeri %40.5'ini elinde tutuyor, el koyuyor. Bu dilim biraz daha ilerliyor. İkinci %10'da %54, be te %80.78. 26 milyonun 13 milyonuna, geri kalan toplam gelirin paydası %19 civarı. Bu bize bir bakıma sosyolojik gerçeklikten bahsediyor. Bunu Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği üretmiş. O gerçeklikte u ki Türkiye'nin iktisadi yapısının içerisinde son derece iyi in a edilmiş bir farklı gelirler dilimi, bir piramit var. Yani Türkiye önemli bir sınıflı toplum yapısının içerisinde. Toplumsal de emerimizin %40'ı, %10'da toplandı nda o 2.6 milyonluk nüfus da fiilen çalışan nüfus de il, çalışan bir hane halkı reisi ile onun ailesinden oluşan ve buna ilişkin de Türkiye'yi bu anlamda Türkiye'deki de emeri el koyan kaç tane aile olduğunu ve aile irketi olduğunu da yine istatistikler bize söylüyor.

Türkiye, OECD ülkeleri içerisinde sağlık hizmetlerinin finansmanı ile ilgili göstergelerine baktığımızda gayrisafi milli hasılanın 3.8'ini biz sağlık hizmetlerinin finansmanına ayırıyoruz ve bu anlamda ki i baya düğünün sağlık hizmet giderimiz de 113 dolar. İmdi sağlık hizmetlerinin finansmanından bahsettiğimizde, o finansmanın arkasında hepimizin çok yakından bildiği sosyal güvenlik kurumları var, bugün tek çatı altında birleştirilmeye çalışılan. O sosyal güvenlik fonlarının parasal birikintisinin yanında bu sektörde çalışan, sağlık hizmeti sektöründe çalışan insanlar var istihdam olmuş. Bunları ürettiği de emeri karlılık ödenen maaşlar var ve 3.8'lik, gayrisafi milli hasılaya göre 3.8'lik sağlık finansman harcamalarının içerisinde %80'i de maaşlara giden bir ekonomik yapı düşünün. Bu ekonomik yapıdan geride kalan havuzdan da eczacılar bir taraftan, ilaç giderlerinin kar ılanma beklentisinin içinde

olacaklar. Bunun dünyadaki örneğine baktığımızda, kamusal hizmet harcamaları ile özel sektör aracılığıyla hizmet harcamalarının OECD ülkelerinde nasıl olduğunu gözden geçirdiğimizde, Türkiye'nin ulaşılabildiği yeri %35'ler civarında özel sektör aracılığıyla, %65'ler civarında da kamu sektörü aracılığıyla hizmetlerin gerçekleştirildiğini gösteriyor. Demek ki, hizmetin edinim biçiminde devletin rolü 2000'li yıllara gittikçe giderek gerilemekte, bakın Amerika'ya oranlarda yaklaşıyoruz. Halbuki gelişmiş ülkelerde ise kamusal kaynaklardan finanse edildiğini görür vaziyetteyiz. Bu da Türkiye'de gelirimize oranla ve sağlık hizmetlerine ayırabildiğimiz paya oranla cebimizden daha fazla paranın çıkmasını teşvik eden bir sistemin olduğunu gösteriyor.

Bu finansman kurumlarına göre, bu cari sağlık harcamalarını incelemeye kalktığımızda, sosyal güvenlik fonları ile merkezi devletin payının %50'lerde, %28 de bizim cebten ve ayakta ödeme olarak veyahut da sosyal güvenlik fonlarına katkı payı olarak cebimizden kesildiğini görüyoruz. Diğerleri, diğer alanlarda gerçekleştirilenler, bu yüzde büyük payların yanında neredeyse önemsiz kalıyor. Dağılım, hizmet sunucularına göre dağılıma baktığımızda ise, perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunucularıyla hastanelerin ve ayakta hizmet sunanların toplam olarak %80 oranında bir dağılım periyodogramı içerdiğini burada görüyoruz. Ayakta sağlık hizmet sunucularının, özel kurumlar aracılığıyla yaygın bir hizmet biçimine Türkiye'de dönüşümü, yatarak tedavinin ise halen kamusal finansmana büyük ölçüde ihtiyaç duyan vaziyette bir yapılaşma içerisinde olduğunu görüyoruz.

Gelir dilimleri bakımından yoksul bir Türkiye manzarası, giderek daha fazla para ödemesini teşvik eden bir sağlık sistemi ama bir taraftan buna bakmakla ve sağlıklı yaşamı kovalamakla yükümlü olan bir devletin de finansman açmazı ve sıkı bütçe içerisinde olduğunu gerçeğiyle karşı karşıyayız. İşte bu gerçeklikler ışığında, OECD ülkelerinde, kişi başına toplam sağlık harcamalarına ortalama olarak OECD ülkelerinin 1880 dolar ayırabildiğini, Türkiye'de ise bu payın sadece 443 dolarla, o gelişmiş ülkelerin ne kadar uzağında olduğunu da bu çizelgeden izlemek mümkün olur.

Buraya kadar laflarımı somutlayacak olursam Türkiye'nin iktisadi sistemi, kapitalist bir sistemdir. Kapitalist sistem, sınıflı yapısı nedeniyle de Türkiye'de ve kendi özü itibarıyla genel olarak dünyada sürekli bir emsalsizlik üretmekte. Bu anlamda sağlık hizmeti giderek metalaştırılıyor yani devalüe edilen bir mal halinde. Onun için, alım ve satım prosedürleri konusunda biz, sürekli yöntem arayışları içerisindeyiz. Bu yöntem arayışlarının da bize metodolojik olarak dayattıkları konulardan bir tanesi de farmokoekonomi. Sistemin en önemli özelliği...

...onları yeni baştan kendi aramızda bölümlenmenin de araçlarını bulmaya çalışıyoruz. İmdi devlet bu anlamda kamusal fonları, sosyal güvenlik zincirini tek çatı altında toplayarak ortaklaştırıyor, aynı havuzda toplamaya çalışıyor. Bunun bölümlenme aracı olarak da diyor ki, sizden, emek süreçlerinde yarattığımız değerlerin karı olarak kestiğimiz dolaylı ve dolaysız vergileri özel sigortalar aracılığıyla size tekrardan yayacağız diyor. Yani bölümlenme mekanizmaları konusunda da karar verici rollere soyunuyor. Tabii bu, sosyal devletin yükümlülüklerini omuzlama yeteneğinde de giderek önemli kayıplar olmaktadır.

Akdeniz Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı'ndan değerli bir arkadaşım, sevdiğim bir arkadaşım, İker Belek, Doçent İker Belek, "Sosyal Devletin Çöküşü ve Sağlıkta Ekonomi Politikası" kitabında bunu çok tafsilatlı bir biçimde açıklıyor. 1992 yılında basılmış bir kitap, kitapçılarda bulabilirsiniz merak edenleriniz bakımından çok ilgi çekici olacaktır diye ifade etmek isterim.

Sa lık ve ilaç sektöründe faaliyet gösteren sermaye, kendi varlı ının korunması, istihdam, katma de er ve sermaye birikimi yaratılması, sektörel olarak kendi kârlılı ını maksimize edebilme yetene ini geli tirebilmek için kamu fonlarına muhtaçtır arkadaş lar. Yani çalı an toplumun çalı an kesimlerinin üretti i katma de erin birikti i fonlara muhtaçtır. Bu fonların da aktarılması gerekmektedir. Türkiye'de bugün sa lık sektöründe yapılmaya çalı ılan düzenlemeler, daha fazla sa lık ve bu anlamda esenlik hizmetinden ziyade, fonlarda birikmekte olan, birikmi olan paraların sermayeye aktarım yollarının yeniden düzenlenmesidir. te, devlet bu anlamda her seferinde bir taraftan da olaya müdahale etmek durumundadır. Sa lıkta farmakoekonomik yakla ımın temelinde yatan ana dürtü de bu fonları sürekli kılabilme ve bu fonlardan aktarımı sa layabilmek için devlet düzenleyicili ine de bu anlamda ihtiyaç duyulmasından kaynaklanmaktadır.

Geçiyorum ilaca ve farmakoekonominin ufak tefek teknik yönlerine. Arkada lar, sabahdan beri oturumlarda ve dünden beri de ilaç, ilacın artık tarihten falan da kaldırıldı ından bahsediliyor yeni mevzuat düzenlemelerinin içerisinde. Hokkabazlık i lerıyla me gulüz ve meslek grubu olarak da ne yazık ki mesleki örgütlerimizin bir kısmı, üzülerek ifade etmek durumundayım, bu hokkabazlıklara angaje olmak durumunda. O noktaya geldik.

ilaç, ilaçsa bunun adı, yok tıbbi ürün falan filan diye, yok böyle hikaye, olmaz... Ben bir farmakoloji profesörüyüm. Tıbbi ürün tarifinden yola çıkarak yeni kurulmakta olan ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlü ünü ve bu anlamda bir meslek grubunun bütün çalı malarının düzenlendi i bir devlet erkinin yok edili ine tanık oldu um bir kanun tasarısının içerisinde ba ka bir hokkabaz tarif daha görüyorum, "geleneksel tıbbi ürünler" uydurması yazılmı oraya. Neymi biliyor musunuz? Homeopatikler, nitrosötikler, falan fe mekan fititler... Bu geleneksel tıbbi ürünler, geleneksel olarak kullanıp fayda ve ifasını gördü ümüz ürünler. Ben bir farmakoloji profesörüyüm, böyle bir ilaç tarifi daha görmedim. Bu neyin yolunun açılmasıdır? lacın adını biz de i tirdik, bundan sonra ilacın ruhsatı, usu busu falan, bunlar çöp sepetine... Kendi uygun buldu umuza göre ürünü, ö ilacı, herhangi bir pazarlanan ürün gibi düzenliyoruz hikayesi.

imdi bu anlamda ilaç, klasik tarifinin içerisindeki, tedavi edici, te histe yararlı ve koruyucu özellikleri olan, insan tababetinde kullanılan, ekonomik açıdan onsuз olunmaz diye altını çizdi im, biraz sonra anlataca ım talep elastikiyetine sahip sosyal bir madde, ürün. Bu ürünün bugün dünyadaki yapılanması, serbest rekabet piyasa retori inin, iktisaden bunun içerisinde anlatılıyor. Diyor ki bu serbest piyasacı retorik, iktisat uygulamaları... Gazetelerde de okuyorsunuz, neoliberal iktisadi yakla ımlar falan... Rekabetçi fiyatlar altında göreceli üstünlük kuramına göre serbest ticarete dayalı bir sistem.

Sevgili arkadaş larım, kapitalizm kendi içerisinde ba ka evrelenmeleri gösterir. Bu evrelenmelerin içerisinde kapitalizmin sermaye olarak en geli kin tekelleşme dönemi, aslında serbest rekabetçi ideal bir pazarı falan ortadan kaldırır, tam tersine büyük bir kartelle -meyi kendi içerisinde getirir. "Bunu nereden çıkarıyorsun" diye bana sormaya kalkarsanız, ilk üç bölüm Erinç Yeldan'a ait. Erinç Yeldan, Bilkent Üniversitesi iktisat profesörlerinden bir tanesidir.

2000 yılı itibari ile, yaptı ı ara tırmalara göre, dünyada yaratılan toplam katmade er 30 trilyon dolar. Yakla ık de erler bunlar. Ticaret hacmi, bunun üçte birini olu turuyor ve çokuluslu irketlerce gerçekleştirilen ticaret hacmi içerisinde bu miktar, dünya ticaret hacminin üçte ikisine denk geliyor, 6.6 trilyon dolar. Dünyada var olan firma sayısı, ben bunları internet taralanından çıkardım, yakla ık 3 milyon civarında irket oldu u istatistiklerde bildiriliyor.

Dünyada ilaç irketi olarak faaliyet gösteren 103 bin kadar firmanın bulunduğu kayıtlardan çıkarılabiliyor. En büyük 200 çokuluslu irketin, dünya ticaret hacminin %65'i olan 4.3 trilyon doları gerçekleştirdi. Bu gerçeklik içerisinde görüyoruz ve o 200 çokuluslu irketin içinde de 5 tanesi uluslararası dev ilaç firması.

Arkadaşlar, burada serbest rekabet falan yok. Burada muazzam bir tekelleşme var. Bu tekelleşmenin arka tarafı sağlık ekonomisi ile ilgilidir, çünkü sağlık ekonomisinde emtia olarak kullanılan ilacın ticareti ile ilgilidir. Bu ilacın ticaretinde, o piyasa payını firmaların koruyabilmesi anlamında da fonlara el koymak gerekmektedir ve kârını maksimize etmek gerekmektedir.

Toplam ticaret hacmi, dünyada 26 tane ülke tarafından kontrol ediliyor. Amerika Birleşik Devletleri, Kanada, Japonya ve Avrupa Birliği ülkeleri. Türkiye, gümrük ticaret ürettiği bakımından Avrupa Birliği ülkeleri içerisinde, bu istatistiklerin içerisinde geçen 26 ülkeden bir tanesi. Bu rakam, 2000'li yıllara ait olan ve 26 ülke içerisindeki pazar payı bakımından Türkiye'nin ölçü ini bize ifade ediyor. Yaklaşık binde 6 ile 1,2'lik toplam dünya ticaret hacminin içerisinde bir iç pazar oranına sahip olan bir ülke olarak Türkiye'de ilaç politikaları, tabii ki son derece önemli ve her kesimin tüylerini ayağa kaldırır bir vaziyette dikkatle politika geliştirmesi gereken bir pazar oluyor. Geri kalan zavalı 164 ülke ise toplam ticaret hacmi içerisinde %12. te dünyanın toplumsal olarak da geldiği o yeni insanlık gelişme basamağı. Bir taraftan 26 ülke %88'lik paya sahipken o 164 ülke, dünya nüfusunun üçte-ikilik nüfusunu oluşturuyor. 164 ülke, sadece %12 de er üretebilen vaziyette. Bu lafın son örneği de Amerika Birleşik Devletleri ile Kanada, ortalama ilaç küresel satışlarının içerisinde %47'lik paya sahip, Avrupa %25, Japonya %13.7. Geri kalanlar da, i te kaç ediyorsa siz toplayın ve çıkarın. Öyleyse, dünya ticaret hacminin de ilaç anlamındaki yapısı böylece karımıza çıkıyor.

Farmakoekonomi ne? Farmakoekonomi, buraya kadar anlatılan manzaradan sonra, sağlık ekonomisi içerisinde, yani dünyadaki toplumların büyük ölçüde egemen olan kapitalist sistemin sürdüğü dünya nizamı içerisinde, onun sağlık ekonomisi içerisindeki tedavi maliyetlerinin düürülmeye çalışılarak kamusal fonlarla sermaye birikiminin sağlanması metodolojilerinden birisidir. Diyebilirsiniz ki, "Sen bunu üniversiteden bir insan olarak nasıl böyle söylüyorsun?" Evet aynen bunun altını çizerek söylüyorum; bu bir metodolojik meseledir. Öyle de anlatılmaktadır ki, sihirli de nek gibi, bu işler bir uygulanırsa çok büyük tasarruflar yapılacaktır. Bu çok büyük tasarrufların sonucunda da sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılacaktır, sağlık hizmetlerine daha fazla yatırım yapılması toplumun esenliğini daha fazla fafafafa... Böyle bir şey olmayacaktır sonuçta. Evet tabii tasarruflar yapılacaktır, fonlarla biraz daha para toplanacaktır. Ama bunu, ekonomik bir sisteme yeniden tahlil etmezseniz sağlıkta öyle esenlik bulunmayacaktır. Giderek daha fazla serbest piyasacı sağlık uygulamaları, daha fazla alınır satılır bir sağlık hizmeti, farklı aktörler ve faktörler tarafından önümüze getirilmeye devam edilecektir. Ekonomi her kıt kaynakların tahsisi ise kime, nasıl ve ne oranda yapılacağını sorgulamak zorundayız. Bunları sorguladığımızda, farmakoekonomiyi, ben kendi kendime yeniden soruyorum "Bu bir silah mı sağlık hizmetini esenliğe ulatıracak yoksa bir tereyağı mı güzel bir beyaz ekmeğin üstüne sürüp afiyetle yiyeceğimize?" İmdi buna karar vermemiz lazım.

Sağlık ekonomisi ile ilgili yapılan çalışmalarla farmakoekonomiye ilişkin yapılan çalışmalarda kullanılan metodolojik teknikler aynı. Farmakoekonomide ilaç tedavisine yönelik olarak hastalıklarla, o tedavi maliyetlerinin karılaştırılması bakımında bu işler

sürdürülüyor. Sonuçta, tedavi ve tedavi araçları olan ilaçlara müdahalelerle maliyet ve bunlara ilişkin sonuçların dengelenmesine çalışılıyor. Bu, hasta, hastalık ve bunun tedavi giderlerinin dengelendiği bir kaynağın da yeniden sağlık hizmetlerine aktarımını öngörüyor ama bu aktarım, korkarım, sistemin kendi özünde olan o paylaşım mekanizmalarındaki adaletsizlikler nedeniyle yeterince daha sonraki amaçlarda topluma ulaşamayabilme noktasında.

Farmakoeconomik uygulamalarla ilgili kaynak yaratma zorunluluğu 1980'lerden sonra giderek daha da güçlendi. 1980'ler herhangi bir tarih değil. Fatih'in İstanbul'u fethettiği 1453 gibi çağ açıp çağ kapayan bir tarih falan gibi düşünülmesin ama kapitalizmin kendi gelişme evresi içerisindeki gerçekten dönemeçlerden bir tanesi. Uruguay Raundu'na ilişkin ve II. Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan GATT Antlaşması'nın yeniden müzakerelere bağlanması, o süreçlerin devam ederek geldiği ve 1995'lere ulaşan pazar ekonomilerindeki yeni liberal düzenlemeleri başlatan bir dönem. Türkiye'de de bu dönem önce bir ihtilalle, bu ihtilalin arkasından da 24 Ocak Kararları'na endekslenen "özelizm" dönemi ile simgelenmiş vaziyette. İlaçta arz, talepten daha fazla. Bu, demek; eşer arzı daha yüksek tutuyorsanız talebi de beraberinde yaratmak durumundasınız. Halbuki ilaçta talebin yaratılması, insanın irade ve istekle başlı olan bir olgu değildir. Yani cebimde 100 lira param var, 5 lirasını sinemaya gitmek için ayırıyorum, 10 lirasını karnımı doyurmak için. Bunun 5 lirasını da eczaneden gideyim ilaç alayım diye bir tasarrufun içerisinde olmanız mümkün değil. Onun için bu talebi yaratacak bazı düzenlemelere ihtiyaç var, o düzenlemelerin içerisinde bu arz talep dengesizliğini eyleyecek bir sistem arayışına ihtiyaç var.

Amerikan ilaç ve Gıda Yönetim Kurumu'nun, FDA'nın, bir ilaç hakkında ruhsat vermesi pek çok ülkede olduğu gibi bizim ülkemizde de "FDA bunu ruhsatlamı ne kadar güzel..." "Demek ki onlar bu işi biliyorlar, biz de aynen kabul edelim" anlayışını ve inanışını oluşturuyor. Buraya aldığımız bu cümle, literatürden, Amerikan literatüründen seçtiğim, Amerikan bilim insanlarına ait olan tespitlerden bir tanesi... Farmakoeconomik ilgili araştırmacı bilim insanlarına ait ifadelerden bir tanesi... FDA kurumu tarafından onaylanan bir ilacı güvenilir ve eşer oldu varsayımı dünyada çok yaygın. İlaç alımlarına ilişkin büyük ve karmaşık bir sistem var ve gözlemsel araştırmalar olarak da yayınlanan büyük veri tabanları da var yani ilaçların etkinliklerinin ve maliyetlerinin birbirine karşılaştırılmasıyla ilgili.

Farmakoeconomik neden bilinmesi gerektiğini buraya kadar bu cümle ile ifade etmek istiyorum, buradaki önermelerin dışında. Sistem ve iktisadi sistem sermaye birikimini sağlayabilmek ve havuzu genişletebilmek ve bunun dinamik ekonomik dengelerini tutturabilmek için yöntem aramak durumudur. İlaç maliyetleri ve bunun hastalıklara karşı ederlerinin tespit edilebilmesi yöntemi de farmakoeconomiden geçmektedir. Bu anlamda bilinmek durumundadır.

Farmakoeconomik açıdan önemli olan bazı iktisadi kavramlar var: arz ve talep, fiyat esnekliği, fırsatların maliyeti gibi. Bunları geçerek araya gelmek istiyorum. Reçeteli ilaçlarla ilgili sağlık ekonomisinde ilacın güvenli ve etkili olma parametreleri bugün yetmez noktaya gelmiştir. Maliyet etkili olmak durumunda bir seçenekle karşı karşıyayız. İşte bu maliyet etkililiğini temellendirecek olan iktisadi tedbirlerin alınması gerekmektedir. İlaç harcamaları ile ilgili ortalama maliyetlerin bilinmesi... Tedavi hizmetleri ile ilgili direkt maliyetlerin bilinmesi... Artımlı maliyetler, indirekt maliyetler gibi ekonomik tahmin mekanizmalarının tanımlanması ve bunların sınıflandırılması... Direkt, indirekt ve

maddi olmayan maliyetler gibi sınıflandırmalarının yapılması ve bu maliyetlere muhatap olan, ödeyen, hasta, sermaye-üretici-sunucu ve toplum içerisinde bölümlenme mekanizmaları, 4 tür maliyet analizini gündeme getirmektedir. Bunlar maliyet minimizasyon, maliyet-etkililik, maliyet-kazanç, maliyet-yararlanım analizleri olmak üzere.

Her ne kadar kendimi övme ile ilgili bir uyarım olmayacak diye düşünürken, Zafer Ba kanım ka ıt gönderdi, "Hocam toparlayabilir misiniz?". Evet toparlıyorum arkadaşlar. Toparlaması çok kolay olmayan bir maceranın sonuna gelmek durumundayız.

Maliyetlerin hastalıkla ve bunun topluma, bu hastalıkların tedavisi ile ilgili maliyetlerin bir ekilde sınırlanması gerekmektedir. Çünkü sistem bunları finanse edemedi inde, kar ılayamadı ında bunun en belirgin örneklerinden birisi olarak eczaneler, bir ba ka sektör olarak büyük sıkıntı ya ıyor. Paranızı alamamanızın en önemli nedeni maliyetleri devletin toparlayamaması. Bu maliyetlerin bir ekilde dizginlenmesi lazım. Aslında en kolay ekonomik tedbiri eczacılar üstünden alıyor diyor ki "Halka ilacı ula tırın, Allah bana ben de bir gün sana".

(Alkılar, gülüşmeler)

Fevkalade güzel bir farmakoekonomik yaklaşım sunuyor. Bu anlamda, bu farmakoekonomik olarak yanıtları arama sorularımızı vakit kalmadı ama belki size bırakıp ben sözlerimi burada sonlandırmak durumundayım.

laç ve tedavi hizmetlerinin rasyonalize edilme yöntemlerinden birisi olarak bu farmakoekonomi bugün bir bilimsel disiplin haline getirilme çabasıdır. Bu sa lanabildi i takdirde Türkiye'de, ileri kapitalist ülkelerde de oldu u gibi sermaye birikimi daha dengeli hale getirilecektir. Onun için Türkiye de bu yola ba koymu tur. Sağlık Bakanlığı ında imdiki adıyla laç ve Eczacılık Genel Müdürlü ü olan, yakında abidik gubidik bir kurum haline dönü türülecek olan kurum içerisinde farmakoekonomi departmanı açılmı tır. Bu i leri bilen insanlar üniversitelerde bulunmaktadır, parantez içinde bir tanesi kendim diyerek tanımlayabilirim ve sistemin kendini restore etme i lemleri konusunda devlet bize de görev vermi tir. Bizi yeniden e itin, sermayenin kârını beraber maksimize edelim. Sevgiler, saygılar sunuyorum.

(Alkılar)

Soru kaldı mı bilmiyorum, ben çok güzel anlattım eminim ondan.

(Alkılar, gülüşmeler)

Ama varsa tabii çok büyük bir memnuniyetle cevaplamaya da çalı ırım... Peki çok te ekkürler.

Sunucu: Sayın Abacıo lu'na çok te ekkür ediyoruz. İmdiki oturumumuzu yönetmek üzere Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Ö retim Üyesi Profesör Doktor Sayın Betül Dortunç'u kürsüye davet etmek istiyorum.

Oturum Yöneticisi

Prof. Dr. Betül Doftunç (*Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi*)

Prof. Dr. Betül Doftunç: Kısa bir de i ikli i duyurmak istiyorum. İlaç Eczacılık Genel Müdürü Sayın Mahmut Tokaç, dün programı nedeniyle açılı a katılamamı tı ama bugün aramızda. 50. Yıl Kongresi ile ilgili eminim ki kendisinin de payla mak istedi i dü ünceler vardır. O nedenle ben Sayın Tokaç'ı kürsüye davet etmek istiyorum. Buyrun.

Mahmut Tokaç: İstanbul Eczacı Odasının 50. kurulu yıldönümüne denk gelen bu eczacılık kongresinde sizlerle bir arada olmaktan dolayı gerçekten sevinç duyuyorum. Dün Antalya'da, ba ka bir, hastane eczaneleri ile ilgili toplantıda panelist olarak bulunmam do layısıyla katılamadım.

Sa lıkta ve ilaç eczacılık alanında dik bir dönü ümün ya andı ı yakla ık 3,5 yıllık bir dö nemde ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlü ü'nde önce genel müdür yardımcısı sonra genel müdür olarak bulundum. Bu dönü üm içinde de, yapılan mevzuat de i ikliklerinin büyük bir bölümünde katkıları oldu. Aslında az önce hocam parmak bastı. Tıbbi ürün tanımı... Aynı ekilde benim de hiç be enmedi im, *medicinalproduct* olarak Avrupa Birli i mevzuatında, yani ilaca ait ürün iken medikal tıbbi ürün olarak tercüme edilmi . E er hocam dikkat ettiyse kurumun adında ilaç ifadesini özellikle kullandık. Tıbbi ürün tanımından da vazgeçiyoruz. u an da Türk Dil Kurumu ile bir aray ı içindeyiz çünkü sadece ilaç de il, ilaca ait ürünler oldu u için... İlaçsal desek... İlaç kökü, arapça bir kök, -sal eki türkçe. Uymadı açıkçası. Sadece ilaç desek bu sefer di er ürünler, te his ürünleri, koruyucu ürünler, onlar dı arda ka lacak endi esi var. Tanım, çünkü sadece ilacı de il ilaca ait ürünleri kapsıyor. O yüzden ku rumun adına ilaç dedik ama tıbbi ürün tanımını bir ekilde Türk Dil Kurumu ile yapaca ımız çalı malardan sonra... Yani kısaca ilaç ürünü belki... İlaça ait ürün, ilaçsal ürün... Ne gelir bi lemiyorum. Bu ekilde ilaç kavramını yine kullanaca ız.

Bu konuda hocamın söyledi i haklı ama birazcık haksız olan yer "abidik gubidik bir kurum" ifadesi. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlü ü'nün fonksiyonlarını daha ba ımsız bir kurum, ekonomik ve idari ba ımsızlı ı olan bir kurum ile yönetmek heralde abidik gu bidiklik olmasa gerek diye dü ünüyorum.

Hocamın sunumunda açıkçası ben farmakoekonomi dinleyece im diye beklerken birazcık iktisat bilimi oldu. Farmakoekonomi ye ne yazık ki Zafer Bey'in müdahaleleri sonucu zaman kal madı ndan, biz açıkçası farmakoekonomi ile ilgili fazla bir ey ö renemedik. Verilerse, birazcık eski veriler. O yüzden o verileri belki güncellenebilseydi %35 cepten harcamanın artık olmadığı , %10'lann epey altına cepten harcamaların indi i... Özellikle ilaçta. Belki tedavi gi derlerinde henüz yine bu orana ula ılamadı ve ilk slaytta 113 dolar civarındaki bir harcamanın bir ba ka slaytta zaten 443 dolara çıktı ını gördük. Bu daha da yükseltilere do ru tırmandı Tür kiye'de. Sa lıkta dönü üm dedim ba ta. Gerçekten 2 yıl kadar önceye giderseniz SSK hasta nelerinde uzun kuyrukların, muayene olmak için ya anan kuyruklar, pe ine ilaç almak için daha uzun kuyrukların oldu u bir dönemden u anda hem SSK'lıların hem ye il karlılıkların serbest ec zanelerden, sizlerin eczanelerinden rahatlıkla ilaçlarını alabildi i... Belki ödemeler dolayısıyla sizlerin sıkıntılarınızı da biliyoruz, hatta ye il karlılıklara ilaç vermeme e ilimi gibi bir e ilim de oldu unu biliyoruz. Gerçekten toplumun üçte ikilik bir kesimi, ilacına ve tedaviye, hekime ula

amadı ı bir ortamdan u anda daha rahat hem hekime hem ilaca ula abildi i bir ortama gelindi. Tabii geçi dönemi ya anıyor, geçi döneminin sıkıntıları mutlaka ki oluyor. Bu sıkıntıları en çok ya ayanların da siz eczacılar oldu unu ben, çok yakından biliyorum. Bu konuyu defalarca sizlerle görü tük, biliyoruz.

Tabii bu oturumun esas konusu Avrupa Birli i'ndeki eczacılık uygulamaları. Ben aslında onunla ilgili sizlere birkaç kelime edip inmek niyetiyle çıkmı tım fakat hocamın sunumundan sonra birkaç kelime söylemem gerekti ini dü ündüm.

Aslında her zaman söyledi im gibi serbest eczacılık sistemi, Türkiye için bir kazanım. Gerçekten çok iyi i leyen bir sistem var. Eksik olan Türkiye'de esas, kamu eczacılı ı ve sanayi eczacılı ı. %10 bile de il kamu ve sanayideki eczacıların oranı. Dün, hastane eczaneleri ile ilgili toplantıydık. Gerçekten hastane eczacıları çok daha açması durumdalar. Onun için belki sadece serbest eczacılık de il, üniversitelerimizdeki e itim esnasında yönlendirmelerle sanayi eczacılı ı, akademisyenlik tabii i in bir ba ka boyutu ve hastane eczacılı ı... En önemlisi, i te bugün yine di er salonlarda, sunumlarda gördük; klinik eczacılık. Bu kavramları aslında geli tirmek, en önemli hedef olmalı ve her zaman söyledi im gibi, her platformda söyledi im gibi... Serbest eczanelerin, kesinlikle eczacıların eczanesi olması konusunda Bakanlı ın her platformda söyledi i görü leri burada tekrarlamak istiyorum; zincir eczane gibi bir eye asla ve asla Sa lık Bakanlı ı'nın müsaadesi yok.

(Alkı lar)

Bir sayın milletvekilinin vermi oldu u teklif, derhal Bakanlı ımız tarafından gerekli giri imler ba latılarak kadük hale dü ürülmü tür ve bundan sonra da bizler orada oldu umuz sürece kesinlikle böyle bir eye asla müsaade etmeyece imizi ısrarla duyurmak istiyorum.

Bir ba ka konu da, reçetesiz ilaçlar konusu. Bakın reçetesiz ilaç diyorum. Yani sonucu ilaç olan bir eyin eczanelerin dı nda satılmasına da asla müsaade etmeyiz, etmeyece iz de. O yüzden reçetesiz ilaçlarla ilgili bazı düzenlemeler yapılırken ne olur hiç kimsenin endi esi olmasın. Reçetesiz ilaç, eczacının rehberli inde insanların kullanması gereken ilaçlardır. Tüm dünyada da bu ekilde uygulamalar vardır, bazı market eczaneleri olan yerler hariç, ama bizim temel görü ümüz reçetesiz ilacın da sadece hekim tavsiyesi olmadan eczacının rehberli inde insanımıza ula masıdır. Bu konuda da eczacılarımızın hiçbir endi esi olmasın. Biz, ilacın eczane dı nda satılmasına da kesinlikle kar ıyız.

Bu mesajları verdikten sonra Kongre'nin hayırlara vesile olmasını diliyorum. Çok güzel konular ele alınmı gerçekten. Ben de katıldı im bölümlerinde istifade ettim. Özellikle bu oturumu da heyecanla bekliyorum ve buradan alaca ımız verilerle de kendi eczacılık sistemimizde yapabilece imiz düzeltmeleri de yapmaya gayret gösterece imizi söylüyor, hepimize saygılar sunuyorum.

(Alkı lar)

Prof. Dr. Betül Dortunç: Sayın Tokaç'a te ekkür ediyoruz. Evet, oturumumuzun konusu Avrupa Birli i'nde serbest eczacılık uygulamaları. 3 konu macımız var. Sırasıyla Macaristan, spanya ve Estonya delegeleri konuacaklar. İlk olarak Macaristan delegesi Horvath-Sziklai Attila'yı önce takdim etmek istiyorum. Kendisi eczacı. 1876 yılında mezun olmu . Pardon 1976 yılında do mu .

(Gülü meler)

1999 yılında eczacı olarak do mu oldu. 1999'da eczacı oluyor. 2000 yılında tıbbi ekonomi derecesini alıyor. 2001'de GMT yani iyi imalat uygulamaları sınavını kazanıyor. 2003'de yönetmelikler ve idari bilimler derecesi alıyor. u anda kendisi Macar Eczacı Odası'nın Genel Sekreteri görevini yürütmekte. Kendisini sunumunu yapmak üzere davet ediyoruz.

Avrupa Birli i'nde Serbest Eczacılık Uygulamaları

Horvath Sziklai Attila - Macaristan Delegesi

Macaristan Eczacı Odası Genel Sekreteri

Thank you very much. I first, I have to say you thank you for your friendly invitation to your conference, to your congress. In my presentation I would like to show you how things going on in Hungarian pharmacy.

First of all, some details about my country: We are situated in the centre of Europe. You can see the map of Hungary. Hungary is divided into 19 countries.

These are general information from country. It is very connected to pharmaceutical field, so these are general information about Hungary. I don't want to speak about all the data. I think it is important that in Hungary we have almost 8000 pharmacists. It is a small county and in this county we have 2050 pharmacies. There is special word here, the branch pharmacies, as far as you say chain pharmacy for this; I would like to speak about this model a little bit later. In Hungary there are some smaller pharmacies which can be operated by doctors in veiy small villages, they are no pharmacies. The number of these small GP's, "hand pharmacies" are 400.

It can be exciting how much money spent on medicines each year. So we spend 1400 million Euro, it is about 140 per capita per year. This one shows you how many pharmacies we have in Hungary nowadays. Before we take a look on this slide I have to tell you the story of Hungarian pharmacies. Until the early 90 s Hungary was, we can say the former part of the Soviet Union so early 90 s, all the pharmacies was owned by the government. After 1995 it was allowed to buy the pharmacies from the government. At the beginning we have 1500 pharmacies and nowadays, after ten years privatization we can say we almost multiplied the number of pharmacies. There are many new legislation and allowances on this field nowadays.

It is interesting that our capital, Budapest, we had 200 pharmacies, after ten years period, we have 352 pharmacies in these days but most of the people in the government say it is not enough for them. Because in our county there are special criteria, there are demographic and geographic criteria to open a new pharmacy and it is asked for the Chamber to allow this pharmacies.

This slide is pharmaceutical associations working in Hungary. Only one of them, Hungarian Chamber of Pharmacist is public value. We have many rights received founded health ministry and national public health service so we are a semi-governmental body. In my country Hungarian Chambers is not so old. It was founded only in 1989 so we are 18 years this year.

Some information what The Hungarian Chamber of Pharmacists does... Our main task is serving the pharmacists and gives them the protection. We have our law, elected by the parliament, twelve years ago and nowadays the membership is obligatory for every one. There are 13000 diplomas altogether in Hungary, but many of them are not used. So it is obligatory for pharmacist nowadays dealing with patient, for example working in pharmacies, working in hospitals, there are 7800.

We have to be asked in every question if the Parliament or the Ministry of Health likes to issue a new law, so he has to wait for our opinion and until we haven't say our opinion they are not permitted to make a new legislation.

The chamber has a national body and in our country it is a special civil organization. So obviously chamber is creating its statutes, making the code of ethics. And we have many problems with this code of ethics, because the EU always wants us to change our code of ethics. Because you are not allowed to give a present with a medicine for the patients and they say it doesn't need a criterion at the EU but we don't want to change this one.

We have a great role in education, training and continuing professional education. The right of the chamber is to give a personal right for operating a pharmacy, so if someone likes to open a new pharmacy in Hungary, we have to be asked and give a permission. So not the government, not the Ministry of Health but the Chamber has a big right to choose the location for the pharmacy and choose the people who can belong this pharmacy. For this pharmacist we are giving a special license and this license is valid forever, there is no limit.

The last task of the Chamber is price-announcement for the non-reimbursed medicines. In Hungary we have 12000 medicines; half of them are non-reimbursed so we can negotiate with the factories, with the industry about the price. But it didn't change in this deal.

So what we are focusing on when a new applicant comes to the chamber to have a new pharmacy, we have to state if in the city 5000 inhabitants per pharmacy, for more or less. Because if there is less than 5000 inhabitants per pharmacy you are not allowed to open a new pharmacy, so in a small city with 10000 inhabitants, there are only allowed to one or two pharmacies. There is a distance regulation between two pharmacies. In the capital it is 250 meters, in other cities and villages it is 300 meters.

The pharmacist must be in the pharmacy and has to have the ownership-ratio of pharmacy at least 51%. There are two ways of pharmacy. It is the limited partnership or the entrepreneur. Manufacturer or the wholesaler cannot be external partner, so they are excluded of running pharmacy to be a partner with.

One pharmacist can own only one community pharmacy but pharmacy can have three smaller pharmacies which we say core pharmacy. It is a short period opening time, they don't do medicines in the pharmacy and they have only minimum stock of medicines.

It is obligatory that in every pharmacy during the opening time has to be a pharmacist; at least one pharmacist but in most of the pharmacies there are 4 or 5 pharmacists working. Because we have 8000 pharmacists and there are 2000 pharmacies, so that's why 4 pharmacists in same pharmacy.

We had to have decided legislation with some new directives after Hungary was joining the European Union. We had very strict and well regulated sector but the EU said that it is not right because EU hasn't got regulation on this skill. But the government in Hungary always says we have to do it because the EU says that we have to do it, and then he did it. So the harmonization process has began, we have lost many things. I think we lost many values what the system contained.

Going on the requirement for a personal right, if you want a diploma on pharmacy or domesticated foreign pharmacist diploma, it is not enough. You have to have 5 years practice in pharmacy, after that you are allowed to run pharmacy on your own. And there is a special license. You have to renew in every five years, so it is the guarantee that all the pharmacists know the new information of new science and the informations.

This is the system. We call it Continuing Professional Education System, the CPE. It is obligatory since 1st January of 2000. Every pharmacist has to collect 250 credit points within five years. It means, in the case they don't get these points, these credits after the five years you can't practice, so you will be removed from the register and the official body will close your pharmacy. I think it is very harmful, too hard. How can we get these credits? The credits can be gathered with theoretical continuous education. There are many ways of them, so it is not problem to collect these credits unless you are not lazy.

There are some further facilities. If you get a specialization during these five years, you automatically get this point. If you gain PhD or academic doctor degree it is automatically done. For your practice, working in a pharmacy or in a hospital you can get 20 points each year, so if you are working five years, you have 100 points. The trainings are organized by the Chamber of Pharmacists, the universities and surveyed by the Ministry of Health.

The accredited trainings with their point value are published twice a year on the web page of the Chamber, so the colleagues can choose which one to go. In each year you can select one topic, which is obligatory for everyone. This year is diabetes so everyone has to do diabetes training to refresh acknowledgement. As I mentioned if someone fails to collect 250 points he/she will be removed from the register, it means he/she will be suspended until he/she gets these points. We finished the first period once year and 2% of pharmacists were suspended practice.

So, trying to conclude what is the current situation in Hungary. As you can see we are running ethical pharmacy model, which is following the Austrian and German style system. Every medicine can be sold in only pharmacies and pharmacy chains are forbidden by law, although I show you we have 600 chain pharmacies. We know about this, it is the %30 of the pharmacies in Hungary, but it is forbidden by law, there are some indirect contracts between the wholesalers and pharmacies.

In Hungary, every pharmacy has to take part in the duty system. There is a special rotation between the pharmacies. They can decide how they manage it if they want to change daily, weekly or monthly. It is not financed by the national public; it is not financed by the government, by the self-governments. If you have a rest aside on the day first you don't have to pay extra fee for this one, but if you have a headache and visit the pharmacy after 8 o'clock you have to pay extra fee. It is 360 Forint, these days for instance, payable by the consumers, it means 1.5 Euro.

I have to tell you pharmacy margin is only 15% average and after 8000 Forint, it is fixed, so if a medicine has a higher price, the margin of a pharmacy is only 700 Forint, it means

3 Euros. So if you sell a medicine, more than 40 Euros, your margin is only 3%. If it is 100 Euros, you can sell it 103 Euros. We have VAT system in Hungary. This is 5%.

We think that a pharmacy has a special role in a health system and public. We tell all the times to the government at all negotiations that they have to view on this sector as a public health institution. This year the liberal party in elections in Hungary and they try to push us and try to introduce to liberate the model, the liberalization of the model what has began in all European country. But in the former Eastern Bloc there are many countries on this way. For example Slovakia... From the 1st of January, Hungary will follow them because we had to follow them.

Nowadays, in our pharmacies it has high qualified personnel and it is one of the values and I think the biggest values. Our biggest force is that the number of citizens visiting a pharmacy in a day is more than citizens visiting all the other health care institutions all together. We like to have a bigger role on public health.

Just I am trying to find out what possibilities and facilities on this goal to be the part of the public health system and the public health care. Nowadays a pharmacy in Hungary has a special consultation/information corner where you can sit down with your patient and you can talk about his/her problem avoiding that anyone else can hear what you are speaking. Obviously, we are displaying health care promotion leaflets, I don't mean that the leaflets what are made by the factories if they are not authorized by National Pharmaceutical Institute. We sell videos about home care and health education topics. And two years ago we introduced some screenings, our assessment of health conditions as Hungarian Pharmacists. These are the followings: if the patient wants we check the blood pressure, we had a protocol for this with blood pressure measurement, and manage this patient. We have studied for one year before we start this project in our country and there were 500 people connected in this project. They had to go to pharmacies every month. And pharmacist measure the blood pressure during the year, there was consultation after measurement, after one year the blood pressure was decreased with about 7%. So this result was controlled by the National Pharmaceutics Institute. Other measurement facilities in our pharmacies cholesterol and blood sugar measurement and we try to introduce asthma monitoring (peak flow) measurement. In our pharmacies all these protocols have been worked out by the WHO program.

Some further programs... We have a waste medicine collection program. It means, citizens bring back medicines to pharmacy. We held them to say which is good, which is not good, which can be used, and most of them had a big stock of medicine. There is a problem; they don't really know what this about. They usually get this medicine one year ago, two years ago and it is a kind of meeting we tell him about his medicine we can make him remember what it was and we collect the waste.

The new pharmaceutical care program is setting up, organize home and travel pharmacy; the most important drugs, for example if you travel abroad or to the sea. The pharmacy day is a new program in our professional actions. It is organized for one day each year with a special topic. Topics are here: Smoking cessation, hypertension, and home and travel pharmacy.

Our chamber has connections to European Union and some other organizations; WHO EuroPharm Forum and PGEU. PGEU is the Pharmaceutical Group of the European Union.

The life in 2007... So all I was speaking about will totally change from the 1st of the January. Because, at the time when I left my country, the parliament accepted the new law. And

the new law abolishes everything, destroys all this system in Hungary, so we are a little bit in a bad situation and we don't know what will happen with us in next few months, because the parliament will show all the rights on the Chamber of Pharmacies. Then, there are many changes at the pharmaceutical field, so from the 1st of January there is no need pharmacist in a pharmacy. Every one can run a pharmacy in Hungary and you can sell medicines everywhere outside of the pharmacies.

We try to do many many ways to protest against these laws. We all organized a strike, full of the pharmacies were closed for two hours. Then, we made a performance before the building of Health Ministry but they don't want us. That's what happens to do with this month. I think this is one of effect of the EU, of the Common Market. It can be in many countries but we didn't feel that Hungarian will be the next one.

So, thank you for your attention.

(Claps)

(Horvath Sziklai Attila: Çok te ekkür ederim. İlk olarak konferansınıza, kongrenize dostça davetiniz için te ekkür etmeliyim. Sunumumda Macar eczacılığında neler olup bitini sizlere göstermek istiyorum.

Her şeyden önce, biz Avrupa'nın merkezinde yer alıyoruz. Macaristan haritasını görebilirsiniz. Macaristan 19 bölge ayrılmıştır.

Burada ülkemize dair genel bilgiler bulunuyor. Eczacılık alanıyla oldukça bağlantılı olduğu için Macaristan ile ilgili genel bilgiler bulunuyor. Bütün veriler hakkında konuşmak istemiyorum. Bence önemli olan Macaristan'da yaklaşık 8000 eczacı bulunmasıdır. Macaristan küçük bir ülke ve bu ülkede 2050 eczanemiz var. Burada özel bir sözcük var, eczaneleri, bu sizin ifadenizle zincir eczane; bu model hakkında kısa bir süre sonra konuşmak istiyorum. Macaristan'da, eczane olmayan çok küçük köylerde, doktorlar tarafından işletilebilen bazı daha küçük eczaneler var. Bu küçük GP'lerin, "el eczaneleri"nin sayısı 400.

İlaçlara her yıl ne kadar para harcandığı, heyecan verici olabilir. Bu suretle, biz 1400 milyon Euro harcıyoruz, bu ki bir yılda yaklaşık 140 civarında. Bu slayt size, bugünlerde Macaristan'da ne kadar eczanemiz olduğunu gösteriyor. Bu slayta bakmadan önce, sizlere Macar eczanelerinin tarihini anlatabilirim. 90'ların ilk yıllarına kadar, Sovyetler Birliği'nin eski bir parçasıyken diyebiliriz, tüm eczaneler devlet mülkiyetindeydi. 1995'ten sonra, devletten eczanelerin satın alınmasına izin verildi. Başlangıçta 1500 eczanemiz vardı ve bugünlerde, 10 yıllık özele tirmeden sonra, eczane sayısını katladığımızı söyleyebiliriz. Bu alanda bugünlerde birçok yeni mevzuat ve izin var.

Umarım ilginç ki, başkentimiz Budapeşte'de, 200 eczanemiz vardı ve 10 yıllık periyodun ardından bugünlerde 352 eczanemiz var ve hükümettekiler bu sayının onlar için yeterli olmadığını söylüyorlar. Çünkü bizim ülkemizde özel kriterler var, yeni bir eczane açmak için demografik ve coğrafi kriterler bulunuyor ve bu eczanelere izin verilmesi için Oda'ya soruluyor.

Bu slaytta, Macaristan'da çalışan eczacılık ile ilgili kurumlar var. Sadece bir tanesi, Macar Eczacı Odası'nın kamusal bir kimliği var. Sağlık Bakanlığı'ndan ve ulusal sağlık hizmetlerinden kaynaklanan birçok hakkımız var, bu yüzden kısmi bir devlet organı niteliğimiz var. Macar Eczacı Odası çok yaşlıdır. 1989 yılında kuruldu ve bu yıl sadece 18 yaşındayız.

Macar Eczacı Odası'nın neler yaptığını dair bazı bilgiler... Temel görevimiz eczacılara hizmet etmek ve onlara koruma sağlamak. On iki yıl önce parlamento tarafından be-

lirilenmi kendi yasamız var ve bugünlerde üyelik herkes için zorunlu. Macaristan'da toplam olarak 13000 diploma var, birço u kullanılmıyor, bugünlerde hastalarla ilgilenen, örne in eczanelerde çalı anlar, hastanelerde çalı an eczacılar için zorunluluk oldu u için 7800 eczacı var.

Parlamento veya Sağlık Bakanlığı ı yeni bir yasa çıkarmak isterse, her sorunda bize sorulması gerekiyor, bu suretle görüşümüzü beklemek zorundalar ve biz görüşümüzü söylemedi imiz sürece yeni bir yasa yapmak için izinleri yok.

Oda'nın ulusal bir yapısı var ve ülkemizde özel bir sivil örgüt. Açıktır ki bu sebeple kendi statülerini ve etik kurallarını yaratıyor. Ve bizim bu etik kurallarla ilgili birçok sorunumuz var çünkü AB daima bizden etili kurallarımızı de i tirmemizi istiyor. Çünkü ilaçla beraber hastalara hediye vermenize izin verilmiyor ama onlar AB'de böyle bir kritere ihtiyaç olmadı ını söylüyorlar, fakat biz bunu de i tirmek istemiyoruz.

Bizim e itimde, ö retimde ve sürekli mesleki e itimde büyük bir rolümüz var. Oda'nın hakkı, bir eczane i letmek için ki isel bir hak vermek, bu yüzden Macaristan'da biri yeni bir eczane açmak isterse, bize izin vermemiz için sorulması gerekiyor. Dolayısıyla, hükümetin veya Sağlık Bakanlığı ının de il, odanın, eczane için yer belirlemek ve bu eczaneye kimin sahip olaca ını seçmek gibi önemli bir hakkı var. Bu eczacılar için özel bir lisans veriyoruz ve bu lisans sonsuza kadar geçerli, herhangi bir sınır yok.

Oda'nın son görevi geri ödemesiz ilaçlar için fiyat ilan etmek. Macaristan'da 12000 ilacımız var; bunlardan yarısı geri ödemesiz ve fabrikalarla, ilaç endüstrisiyle bunların fiyatları hakkında müzakereler yürütebiliyoruz. Ama bu anla mada fazla de i iklimli olmadı .

Bu suretle, odaya yeni bir eczacı sahibi olmak için bir yeni ba vuru geldi i zaman una odaklandı ımız, ehirde eczane ba ına 5000 ki ilik nüfus dü üp dü medi ini belirlemek zorunda olu umuzdur, a a ı yukarı. Çünkü e er eczane ba ına 5000 ki iden az bir nüfus varsa yeni bir eczane açmanıza izin verilmez, bu yüzden 10000 nüfuslu küçük bir ehirde, yalnızca bir veya iki eczane bulunmasına izin verilir. ki eczane arasında bir mesafe düzenlemesi vardır. Ba kentte bu 250 metredir, di er ehirlerde ve köylerde bu 300 metredir.

Eczacı, eczanesinde bulunmak zorundadır ve eczanesinin mülkiyetinin en az %51'ine sahip olmalıdır. ki türlü eczane vardır. Sınırlı ortaklık veya müte ebbis. Üretici veya toptancı dı arıdan ortak olamaz, bu nedenle bu kesimler bir ortak ile eczane i letmenin dı ında tutulmu lardır.

Bir eczacı sadece bir serbest eczaneye sahip olabilir ama eczane, bizim "gore eczane" dedi imiz, üç tane daha küçük eczaneye sahip olabilir. Kısa süreli periyotlarla açık olurlar, eczanelerde ilaç yapmazlar ve minimum miktarda ilaç stokları bulunur.

Her eczanede açık kaldı ı süre boyunca en az bir eczacı bulunması zorunluluktur; bu en az bir eczacıdır ama eczanelerin ço unlu unda çalı an 4 veya 5 eczacı vardır. Çünkü 8000 eczacımız varken, 2000 eczane var, bu yüzden i te 4 eczacı aynı eczanede oluyor.

Macaristan'ın Avrupa Birli i'ne katılımının ardından bazı yeni direktifler için mevzuat hakkında karar vermek zorundaydık. Oldukça titiz ve iyi düzenlenmi bir sektörümüz vardı ama AB bunun do ru olmadı ını söyledi çünkü AB'nin bu meslek ile ilgili düzenlemeleri yoktu. Ancak Macaristan'da hükümet daima bunu yapmak zorunda oldu umuzu çünkü AB'nin bunu yapmamız gerekti ini belirtti ini söyler ve daha soma yapar. Bu yüzden uyum sürecinin ba lamasıyla beraber, birçok eyi yitirdik. Bence, sistemin içerdi i birçok de eri yitirdik.

Ki isel hak için gerekliliklerle devam edersek, bir eczanede bir diplomayı veya yerel olarak onaylanmış bir yabancı eczacı diplomasını isterseniz, bu yeterli değildir. Eczanede 5 yıllık pratiğe sahip olmanız gerekmektedir, daha sonra kendi başınıza bir eczane açmanız için izin verilir. Ve burada özel bir lisans vardır. Bu lisansı her beş yılda bir yenilemeniz gerekmektedir, böylece tüm eczacıların yeni bilimsel gelişmeleri, yeni bilgileri bilmesi garanti altına alınır.

Sistem bu. Biz bunu "Sürekli Mesleki Eğitim Sistemi, CPE, olarak adlandırıyoruz. 1 Ocak 2000'den itibaren zorunlu. Her eczacı 5 yıl içerisinde 250 kredi toplamak zorundadır. Bu anlamda gelmektedir: Bu puanları, bu kredileri beş yıl sonunda toplamadığınız durumda, pratik yapmı olamazsınız, bu yüzden de onayın silinir ve resmi merciler eczaneyi kapatır. Bence bu çok can yakıcı, çok sert. Bu puanları nasıl elde edebilirsiniz? Krediler teorik sürekli eğitim ile toplanabilir. Bunun birçok yolu vardır, bu yüzden tembel olmadığınız müddetçe bu kredileri toplamak sorun değildir.

Diğer bazı olanaklar da vardır. Bu beş yıl içerisinde bir uzmanlık aldıysanız, otomatik olarak bu puanı elde edersiniz. Eğer PhD veya akademik doktora programını bitirirseniz, bu otomatik olarak olur. Pratiğinizi için, bir eczanede veya hastanede çalışmak ile her yıl 20 puan elde edersiniz, bu yüzden beş yıl çalışıyorsanız, 100 puanınız olur. Bu eğitimler Eczacı Odası, üniversiteler tarafından organize edilir ve Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenir.

Onaylanmış eğitimler, puan değerleriyle birlikte yılda iki defa Oda'nın web sayfasında yayınlanır, böylece meslektaşlarımız hangisine gideceklerini seçebilirler. Her yıl bir başlık seçebilirsiniz ve bu herkes için zorunludur. Bu yıl diyabet, bu yüzden herkes bilgilerini tazelemek için diyabet eğitimi yapmak zorunda. Daha önceden ifade ettiğim gibi, bir kişi 250 puan toplamayı başaramazsa, onayı silinir ki bu, yeterli puanı toplayana kadar askıya alınması anlamına gelir. İlk periyodu bir yılda bitirdiğimizde eczacıların %2'sinin faaliyeti askıya alınmıştır.

Böylece, Macaristan'daki mevcut durumu tamamlamaya çalışalım. Sizin de gördüğünüz gibi biz Avusturya ve Alman tarzı sistemleri takip ederek etik eczacılık modelini izliyoruz. Her ilaç eczanede satılabilir ve 600 zincir eczanemiz olduğunu göstermemizle beraber, eczane zincirleri yasa ile yasaklanmıştır. Biz bunlar hakkında bilgi sahibiyiz, Macaristan'daki eczanelerin %30'u civarındalar, ama yasa tarafından izin verilmiyorlar, toptancılarla eczaneler arasında bazı dolaylı anlaşmalar var.

Macaristan'da her eczane bir nöbet sisteminde yer almak zorunda. Burada eczaneler arasında özel bir rotasyon var. Eğer günlük, haftalık veya yıllık olarak dağıtmek isterlerse, nasıl yapacaklarına karar verebiliyorlar. Bu kamu tarafından finanse edilmiyor, hükümet tarafından finanse edilmiyor, öz yönetim tarafından finanse edilmiyor, diyelim ki bir gün yatarsanız bunun için ekstra bedel ödemeniz gerekmiyor, ancak başlangıcınız varsa ve 8'den sonra eczaneyi ziyaret ederseniz ekstra bir ücret ödemeniz gerekiyor. Bu günlerde 360 Forint örneğin, tüketicilerce ödenebilir, 1.5 Euro'ya geliyor.

Eczanenin kâr marjının yalnızca ortalama %15 olduğunu ve 8000 Forint'ten sonra sabitlendiğini, bu suretle daha yüksek fiyatlı bir ilacın eczaneye ait kâr payının 700 Forint, yani 3 Euro olduğunu sizlere söylemeliyim. Bu yüzden 40 Euro'dan pahalı bir ilaç satarsanız, kâr marjınız sadece %3. Eğer ilaç 100 Euro ise, siz bunu 103 Euro'ya satabiliyorsunuz. Macaristan'da VAT sistemimiz var. Bu %5.

Biz eczanenin sağlık sisteminde ve toplumda özel bir rolü olduğunu düşünüyoruz. Her zaman, bütün müzakerelerde bu sektörü kamu sağlık kurumu olarak görmek zo-

runda olduklarını söylüyoruz. Bu sene Macaristan'daki seçimlerde liberal parti bizi, Avrupa ülkelerinin tamamında balyayan liberalle tirmelerde oldu u gibi, sistemi liberalle - tirmeye zorladılar. Ancak eski Do u Blo u'nda birçok ülke aynı yolda bulunuyor. Örne in Slovakya... Ocak ayının 1'inden itibaren Macaristan onları takip edecek, çünkü onları takip etmek zorundayız.

Bugünlerde, bizim eczanelerimizde yüksek nitelikli personel var ve bence bu önemli de erlerimizden birisi ve bence en büyük olanı. En büyük gücümüz, bir gün içinde bir eczaneyi ziyaret eden vatandaşların sayısının, tüm di er sa lık kurulu larını ziyaret edenlerden fazla olmasıdır. Kamu sa lı ında daha büyük bir rolümüz olmasını istiyoruz.

imdi, kamusal sa lık hizmetlerinin ve kamu sa lık sisteminin parçası olma hedefinin hangi olanakları ve fırsatları barındırdı nı bulmaya çalışm. Bugünlerde Macaristan'daki bir eczanenin, hastayla beraber oturabildi iniz, herhangi bir kimsenin ne söyledi inizi duymasını önleyebilerek hastanın problemi hakkında konu abildi iniz özel bir danı ma/bilgilenme kö esi var. Bir de tabii ki, sa lık bakımı ile ilgili bro ürleri da ıtıyoruz; bu fabrikalar tarafından basılan bro ürler de il, tabii e er Ulusal Eczacılık Enstitüsü tarafından yetkilendirilmemi lerse. Evde bakım ve sa lık e itimi ba lıklarında videolar satıyoruz. Ve iki yıl önce kimi filmler sunduk, Macar eczacılar olarak sa lık ko ullarının tespitine dair. Bunları unlar takip etti: e er hasta isterse kan basıncını ara tırıyoruz, kan basıncı ölçümüyle ilgili protokolümüz var ve bunu hastalarla gerçekle tirdik. Bir yıl çalış tık. Projeye ba lamadan önce bir yıl çalış tık ve ülkemizde 500 ki i bu projeye ba lantı kurdu. Her ay eczanelere gitmek zorundaydılar. Ve eczacı yıl boyunca kan basıncını ölçtü, bir yıldan sonra kan basıncı %7 civarında dü tü. Bu münasebetle, bu sonuçlar Ulusal Eczacılık Enstitüsü tarafından kontrol edildi. Eczanelerimizdeki di er ölçme hizmetleri, kolesterol ve kan ekeri ölçümü ve astım kontrolü (peak flow) ölçümü. Eczanelerimizde tüm bu protokoller WHO programı tarafından tasarlandı.

Kimi di er programlar. Bir atık ilaç toplama programımız var. öyle ki, vatandaşlar ilaçlarını eczaneye getiriyorlar. Biz bunları hangisinin iyi oldu unu, hangisinin iyi olmadığını, hangisinin kullanılabilece ini söylemek için tuttuk ve vatandaşların büyük ço unlu unun büyük bir ilaç stoku vardı. Burada bir problem var; ilacın neyle ilgili oldu unu gerçekten bilmiyorlar. Bu ilacı genellikle bir yıl önce, iki yıl önce almı oluyorlar ve bizim buldu malarımızda onlara bu ilacın ne oldu unu hatırlatabiliyor ve atıkları toplayabiliyorduk.

Yeni eczacılık programı olu turuluyor, ev ve seyahat eczanesi organize ediliyor; en önemli ilaçlar, örne in yurtdı ında veya denizde seyahat ederken kullanılanlar. Eczacılık günü mesleki faaliyetlerimiz içinde yeni bir program. Özel bir ba lıkla yılda bir gün organize ediyor. Ba lıklar da burada: Sigara bırakma, hipertonia ve ev ve seyahat eczanesi.

Odamızın Avrupa Birli i ve WHO, EuroPhram Forum ve PGEU gibi di er organizasyonlarla ili kileri var. PGEU, Avrupa Birli i Eczacılık Grubu.

2007'de hayat... Hakkında konu tu um her ey 1 Ocak'tan itibaren tamamıyla de i ecek. Çünkü, ben ülkemden ayrıldı m sırada parlamento yeni yasayı kabul etti. Ve yeni yasa her eyi ortadan kaldıracak, Macaristan'daki tüm bu sistemi yıkacak, bu yüzden biz bir miktar kötü bir durumdayız ve gelecek birkaç ay içerisinde ba ımıza nelerin gelece ini bilmiyoruz, çünkü parlamento Eczacı Odası'nın üzerinde her türlü hakka sahip olacak... Ayrıca, eczacılık alanında birçok de i iklik var, bu suretle 1 Ocak'tan itibaren eczanede eczacı bulunması zorunlu de il. Macaristan'da herkes eczane i letebilir ve siz ilaçları eczane dı ında her yerde satabilirsiniz.

Bu yasaları protesto etmek için türlü türlü yollar denedik. Bir grev örgütledik, tüm eczaneler iki saat için kapalı kaldı. Daha sonra, Sağlık Bakanlığı binasının önünde bir gösteri düzenledik ama bizi istemiyorlar. Bunlar bu ay içinde olmu olanlar. Bence bu AB'nin, Ortak Pazar'ın etkilerinden biri. Bu birçok ülkede olabilir, ancak biz Macaristan'ın sıradaki olduğunu hissedemedik.

Bu münasebetle, ilginize teşekkür ederim.)

(Alkışlar)

Prof. Dr. Betül Dortunç: Sayın Atilla'ya bu sunumu için teşekkür ediyoruz. Sorular her üç konu macının sunumundan sonra almayı düşünüyoruz, ortak cevaplandırma gereken sorular olabilir diye. O nedenle, şimdi ikinci konu macımıza geçiyoruz. Kendisi İspanya'dan katılıyor. Maria López González. Eczacı. 2002 yılında Madrid'deki Complutense Üniversitesi'nden mezun oldu kendisi. Daha sonra, Ulusal Sağlık Okulu'ndan 2002 yılında farmakoekonomik derecesi ve akıllı ilaç kullanımı konusunda derece aldı . 2002-2006 yılında ilaç yasal ipleri ile ilgili olarak yine Complutense Üniversitesi'nden doktora aldı , doktorasını yaptı . Bununla da yetinmeyerek, 2004-2005 yılında Ulusal Sağlık Okulu'ndan yine, sağlık. Halk Sağlığı konusunda master yaptı . Daha sonra İtalya'da 8 ay çalıştı . Hâlâ da Avrupa Programları, Avrupa Birliği Programları çerçevesinde çalışmaları devam ediyor 2005 yılından beri. 2006 yılında da son olarak MBA masterı tamamladı yine Madrid Üniversitesi'nde. Kendisini şimdi sunumunu sunmak üzere bekliyoruz.

Avrupa Birli i'nde Serbest Eczacılık Uygulamaları

Maria Lopez Gonzalez - spanya Delegatesi

PUD. Pharmacy Faculty Of Complutense in Madrid Pharmacoeconomist

First of all, I want to say thank you to the organization of the congress for everything. I'm so glad to be here. I make you a quick review around how the model going on in Spain and what are the change in European Communion are make a move.

First of all, I want to show you how was the old building of our faculty. The community pharmacy model in Spain is the same, our old building.

This presentation have been done by the Department of the Law Issues in this faculty. And this is the new building of pharmacy faculty. We are, we have got to give the same spirit in both buildings. I don't know if I explain too much about this but we will go.

We have got the origins of our season in the European Charter of Fundamental Rights. The health care is a right and a benefit. These are the origins of our law, our actual model system. And we will go quickly from that because I feel that almost everyone knows all these laws and we get inside the European Community in 1985 and I will talk about this model.

The Treat of Amsterdam in 1997 makes a special remain in the Hands of the Member States. The role of put in our hands what they are going to be in the pharmacy. Ok. The new article of the EC Treaty makes feel so important to pharmacies. Because, they want to increase the level of the human health protection and pharmacists are so involved in that. This article means the areas of cooperation between member states and they want to get a special interest in the danger to human health. Drugs are so important to how pharmacopoeias could make danger in human health. Also the communication from the European Commission made a special point in the roles that a pharmacy comes how in our model. These points are improving information on health, setting up rapid reaction mechanism to respond to major health threats and tackling health determinants. And also we have to be in the strategies of the development of an integrated health strategy. This is a new strategy contains specific measures to incorporate health protection into all Community policies. It is just the origins. Now we are going to Spain.

Spain is more less that and got a legal issues school reglet all the pharmacy models. Everything is based on our constitution. It becomes on 1978 and the article 43 is "health protection ". This article says that everybody got the right to have a good health. And in Spain we got that, "in order to guarantee the appropriate services to patient and consumers, the prescribing of medicine is undertaken as a health necessity. These criteria have been complied in the laws of the state and autonomous regions of Spain since 1985 " which was the first law of pharmacy, "in terms of health and medicines ".

We have got four principal laws: General Health Act of 1986, Medicine Act of 1990, Community Pharmacy Regulation, which is more important for us, and Autonomous Pharmacy Planning Acts.

The General Health Act of 1986... In its article says "All dispensing acts would be done in a community pharmacy authorized by the government, in a hospital pharmacy or

in a General Practice (GP) structure. We have all the pharmacies authorized by a license by the government. If you haven't got a license you can't put a pharmacy.

Community Pharmacy Service Regulation Act of 1997 is the most important one. This law says that "In Spain, the licensed pharmacist must obligatory be a qualified pharmacist." We have got five years of University and also one more year of practicing around hospital pharmacy, community pharmacy and also pharmacy industry. Secondly, this law says that "The community pharmacy will be opened in accordance with demographic and geographical criteria.", I will show you later, "...for the benefit of general public". The third thing is more important for us. That is, community pharmacies are described as "private health establishments in the public's interest, subject to the health planning rules laid down by the autonomous territories, in which the licensed-owner pharmacist, assisted where appropriate by assistants or auxiliaries".

This law says "Services provided to the community for the pharmacies": The acquisition, custody, storage and dispensing of medicines; the second one, vigilance, checking and custody of prescriptions; the third one, guaranteeing pharmaceutical care; fourth one, preparing magisterial formulae and medical preparation; the fifth one, contributing to the checking of individualized use of medicines; the sixth one, working on programs promoted by health administration. In there, so close to European Union programs that must be in judge with these programs promoted by the health administration. And also, "working with the health administration in the training and informing of other health professionals; and coordinated activities with the assistance structure in the autonomous territories."

The distance between pharmacies is 250 meters and also we have a demographical relation 2800 inhabitants between pharmacies.

Almost national health system, health program and benefit, and inside health program and benefit we have got pharmaceutical programs and benefit. The national health system's insurance is covering 98% of the population this moment, also the immigrant ones.

Ok. Pharmaceutical programs and benefit includes medicine and health products, magisterial formulae and medical preparation. Pharmaceutical programs and benefit excludes cosmetics, diabetics and mineral waters, OTC, EXO and homeopathic drugs.

I will show you this in a map you will see more clearly. We have got seven different regions in Spain. All of them have laws about the planning the pharmacy, how pharmacy got. Ok? The Autonomous Pharmacy Planning Acts are 15 or 16 communities. We have got two, they have no planning act, and we have two autonomous cities that also they haven't got it. Yellow ones got laws and green ones haven't got it. This is the model planning, a part of the national planning.

How is market going on in Spain? Pharmaceutical market is always increasing, the benefit and the units. I will show you in figures. Here is the prescription market evolution. Numbers are going up and also in numbers in units is still going up. The most important sector is cardiovascular sector. And we've got rising market, which is the generic market. Since we have got a law, "Cohesion and Quality of the National Health System", born in 2003, and it is also increasing in percent. We have got 8.3% that all the prescriptions are from generic drugs.

We have got different competence of access issues and in pharmacies. We have got the regional competence and the central competence. The regional ones are 17 different competences and the central one is just one for everybody. We have got also 17 regional he-

alth set-vices with different names, which come from the identity of each region. Those who got this light in green are those who got better regional situation in the way of facts. Those who got this, in red, got a problem because their situation is bad, DCE, also got an evaluation centre of medicines and also go, just you couldn't have trouble to sell the medicines and dispensing the medicines would be punished in some way.

I will show you this, central competences are "Registry, price and reimbursement". We have got an agency, somebody call me the other day, if you got something like the FBA. We have got an agency; organize who made all the registry, price and reimbursement issues. Also we have got conditions for prescription and dispensing medicines in this agency. And health planning and health policy become from this agency; also from the government but most of them are qualified from this agency. Regulation and control of Pharmaceutical's field for sell becomes more and less from the agency and reference price becomes from the agency.

And the regional competences are expenses control, principally; prescription control, they got visa and some of the prescription like fibresa or rispandal, all those kind got a visa. Regional health service comes from the regional competence; pharmacotherapeutics guides who say what they are going to reimburse, over there what they prescription go kind of prescript going to pharmacotherapeutics guide. And, it's all.

We have got a so hard prescription control, because the expenses are so high in Spain. We have got reference price. They have put a reference price to simulate the generic prescription; also the national health system establishes the high quantity to reimburse for all the drugs and on the therapeutic set. We have got therapeutic set which are medicine reimbursement with the same active principle, with almost one generic and with the price fixed by the government. I think in Turkey you have got the same. The generics, you know already. And we've got these kinds of prescription: Prescription by generic name, prescription by commercial name and prescription by DCI. You must give the cheapest one in DCI.

If we talk about price and reimbursement, we have got contribution by the patient, should be 40% with the people who are working. Ok? And refund are only 10%, those are called disease and serious disease and also VIH. And 0% refund are retirement, work accidents, professional disease and syndove toxico, there is a special thing in the Spain, an accident would happen so time ago. And the others are those who were for the government only by 30% of medicines.

The main criteria for reimbursement which have set up the agency are those: "Intensity, duration and sequels; population necessity; therapeutic and social benefits; public expenses rationalization and innovation.

If we go through the figures of the pharmacy in Spain, we will see that from 1990 to our days we have increase on the number of pharmacies. I am so sorry; it is in Spanish and figures of the Chamber. I couldn't change it. We have got 20579 pharmacies. And a rate of 2143 patients by pharmacy... Patient spent per year 307.76 Euros in the last year. We have got this number of prescription in the last year (780). And total numbers of prescription are this, the medium, the average of each prescription was 14 Euros. We have got increase in the number of prescription but person of value has no increase in last two years.

This is so complicated to explain. In Spain no all the drugs got the same benefit, same profit from the pharmacy (12317). We've got a 30%, almost for 30% for generic specialties. And general one goes less, 27% of profit for the pharmacy. And this is the contribution of the total

population of the Spain to the health system. Total population is 14 millions of person only pays 6.2% of the total expenses of the pharmaceutical market. These are the part that paid (27.5%) and this is the part that not paid (72.4%).

We have got a big trouble in Spain. I thought that you have heard about it. We've got an infraction procedure against Spain. No free... We've got a problem because the European Commission says that we have got no competition between pharmacists. We have some allegation to the European Commission defending our pharmaceutical model. We have said to the European Commission that 99% of population, there is a pharmacy in their place of residence. There are special conditions for medicines access on rural and urban areas. Everyday, there are a sufficient number of pharmacies throughout Spain operate 24-hours duty service, in order to provide emergency services to the entire general public. And in order to the 5th slide, the power in this sector remains, pharmaceutical sector remains in the Hands of The Member State. If the law says that the power remains in the hands of member state. I don't know why, they want to change our system that it is going on from 20 years ago.

And, somebody asked me as well but if we could have a quick show about Portugal. Portugal is behind Spain and got the change in Portugal community pharmacy model in the last six months and the next year it will be change.

First of all, OTC drugs, you can sell it out of the pharmacies. Pharmacy property will change next year. Now, "only a pharmacist, only one pharmacy owned by pharmacist." Next year anyone could have a pharmacy but they need a pharmacist as a Technical Director. Number of pharmacy by person, the maximum is four.

New pharmacy regulation plan... First they will open 330 community pharmacies, new one, also give license. Then they have got distance between pharmacies 300 meters and number of inhabitants by pharmacy is 3500. And the consequences... There are closing pharmacies with a new model and this is almost everything.

Thank you very much for your attention.

(Claps)

(Maria Lopez Gonzalez: Her eyden önce, kongre organizasyonunu gerçekle-tirenlere her ey için tekkür etti imi söylemek istiyorum. Burada olmaktan oldukça kıvanç duyuyorum. spanya'da modelin nasıl i ledi ine ve Avrupa Toplulu u'nun hamlelerinin ne-leri de i tirdi ini sizlerle hızlıca gözden geçirece im.

En ba ta sizlere fakültemizin eski binasının nasıl oldu unu göstermek istiyorum. spai-ya'daki serbest eczane modeli de aynı, eski bina.

Bu sunu , bu fakülte'deki Yasal Sorunlar Bölümü tarafından hazırlandı. Ve bu da eczacı-lık fakültesinin yeni binası. Biz bu her iki binada da aynı ruhu sürdürmek zorundayız. Bunu daha fazla açıklayıp açıklamayaca mı bilmiyorum ama devam edelim.

Dönemimizin kökenlerini Avrupa Temel Haklar artı'ndan elde ediyoruz. Sa lık bir hak ve bir faydadır. Bunlar bizim yasamızın, güncel model sistemimizin kökenleri. Ve bunu hızlı-ya geçece iz çünkü neredeyse hemen herkes bu yasaları biliyor ve biz Avrupa Toplulu u'na 1985'te dahil olduk ve ben bu model üzerine konu aca m.

1997 tarihli Amsterdam Anla ması üye devletlerin ellerinde özel bir yetki bıraktı. Avuçla-rımıza konan rol eczanelerin ne olaca na dair idi. Tamam... Avrupa Toplulu u Anla ması'nın yeni maddesi eczaneleri çok önemsettiriyordu. Çünkü insanların sa lık korumasının seviyesini

yükseltmek istiyorlardı ve eczaneler buna oldukça tabi kılınmıyordu. Bu madde, üye devletler arasında i birli i alanlarını kuruyordu ve insan sa lı ına yönelik tehlikelere dair özel bir ilgi olu turmak istiyorlardı. Aynı zamanda Avrupa Komisyonu ile ba lantılar, bir eczanenin bizim modelimizdeki biçimine ulaşmasındaki i levinde özel bir noktayı olu turuyordu. Bu noktalar sa lıktaki enformasyonu geli tiriyor, sa lı a yönelik temel tehditlere yanıt olarak hızlı reaksiyon mekanizmalarını olu turuyor ve sa lı a yönelik sınırlılıkları bertaraf ediyordu. Ve aynı zamanda biz bir bütünlük ik sa lık stratejisinin geli tirilme stratejilerinin içinde olmak zorundaydık. Bu yeni bir stratejiydi ve sa lı ın korunmasını tüm topluluk politikalarına dahil eden spesifik ölçütler içeriyordu. Bu kökenler. İmdi spanya'ya gidiyoruz.

spanya a a ı yukarı bu ve tüm eczacılık modelinin sınırlarını belirleyen bir yasal sorunlar okuluna sahip. Her ey anayasamızı temel alıyor. Anayasa 1978'de olu tu ve 43. maddesi "sa lık koruması". Bu madde herkesin iyi bir sa lık hakkına sahip olu nu söyler. Ve spanya'da biz una sahibiz, "hasta ve tüketicilere uygun hizmetleri garanti altına almak amacıyla, ilaçların reçetelendirilmesi bir zorunluluk olarak yüklenilmiştir. 1985'ten beri bu kriterlere devletin ve otonom bölgelerin yasalarında da uyulur", ki bu "sa lık ve ilaçlarla ilgili olarak" eczacılı ın ilk yasasıdır.

Biz dört temel yasaya sahibiz: 1986 tarihli Genel Sa lık Yasası, bizim için daha önemli olan 1990 tarihli Serbest Eczaneler Düzenlemesi ve Otonom Eczaneleri Planlama Yasası".

1986 tarihli Genel Sa lık Yasası.. Bir maddesinde der ki, bütün ilaç i leri, devlet tarafından yetkilendirilmi serbest eczaneler tarafından yapılacaktır, hastane eczaneleri ya da genel pratik sistemi içinde. Bütün eczanelerimiz, devlet tarafından yetkilendirilir ve ruhsatlandırılır. E er ruhsatınız yoksa bir eczaneyi faaliyete geçiremezsiniz.

1997 tarihli Serbest Eczaneler Hizmet Düzenleme Yasası en önemli olanı. Bu yasa der ki " spanya'da ruhsatlı eczacılar zorunlu olarak diplomalı eczacı olmak zorundadır". Be yıl üniversitede e itimimiz var ve aynı zamanda bir yıl daha hastane eczanesinde, serbest eczanede ve ilaç sanayiinde pratik yapar. İkinci olarak bu yasa der ki "Serbest eczane genel kamu çıkarı gözetilerek, demografik ve co rafi kriterlerle uyumlu olarak açılacaktır". Size daha sonra gösterece im. Üçüncü ey bizim için daha önemli. Bu da u ki, serbest eczaneler "otonom bölgelerce olu turulan sa lık planlama talimatlarını uygulayan, uygun asistanların ve kalfaların yardım etti i ruhsatlı sahibinin içerisinde oldu u, kamunun menfaatinde özel sa lık kurulu ları" olarak tanımlanır.

Bu yasa "Eczaneler tarafından topluma sa lanan hizmetler"i öyle söyler: Elde etme, muhafaza etme, depolama, ilaç yapımı; ikinci olarak gözetim, reçetelerin kontrolü ve muhafazası; üçüncü olarak farmasötik bakımı garanti altına almak; dördüncü olarak uygun formülleri hazırlamak ve ilaç yapmak; be incisi ilaçların ki isel kullanımını kontrol etmek, altıncısı sa lık yönetimince desteklenen programlarda çalı mak. Burada Avrupa Birli i programları ve sa lık yönetimi tarafından desteklenen bu programların birbiriyle oldukça uyum içerisinde olması gerekmektedir. Ve aynı zamanda, "di er sa lık personelinin e itimi ve bilgilendirilmesinde sa lık yönetimiyle birlikte çalı mak ve otonom bölgelerde yardımcı kurumlarla faaliyetlerin koordineli olması".

Eczaneler arasındaki mesafe 250 metredir ve aynı zamanda demografik bir hususumuz da vardır, eczaneler arası 2800 nüfus dü er.

Sa lık sistemi hemen hemen, sa lık programı ve faydası, ve sa lık programının içerisinde ve faydalarında eczacılık programları ve faydaları da vardır. Ulusal sa lık sisteminin sigortası u anda nüfusun %98'ini kapsar, buna göçmenler de dahildir.

Tamam. Eczacılık programları ve imtiyazları, ilaçları ve sa lık ürünlerini, uygun formüller ve tıbbi araç gereci içerir. Eczacılık programları ve imtiyazları kozmetikleri, diyetik ürünleri ve maden sularını, OTC, EXO ve homeopatik ilaçları dı nda bırakır.

Size bunu bir haritadan gösterece im ve daha açık göreceksiniz. spanya'da yedi ayrı bölge var. Her birinin eczane planlamasıyla ilgili, nasıl eczane sahibi olunca na dair yasaları var. Tamam? 15 veya 16 belediyede Otonomlar Eczane Planlama Yasası var. ki tanemizde, bir planlama yasası yok, ve buna sahip olmayan iki otonom ehrimiz var. Sanlar yasaya sahip olanlar ve ye iller sahip olmayanlar. Bu model planlama, ulusal planlamanın bir parçası.

spanya'da piyasa ne durumda? Eczacılık piyasası, kâr ve miktar olarak, daima yükseliyor. Size rakamlarla gösterece im. te reçeteler piyasasındaki geli me. Rakamlar yükseliyor ve aynı zamanda miktar olarak rakamlar da yükseliyor. En önemli sektör kardiyovasküler sektörü. Ve jenerik piyasası yükselen bir piyasamız. 2003'te çıkan "Ulusal Sa lık Sistemi Uyum ve Kalite" yasamız oldu undan beri yüzde olarak da yükseliyor. Tüm reçetelerimizin %8.3'ü jenerik ilaçlardan olu yuyor.

Bizim eczaneler için farklı yetkilerimiz var. Yerel yetkilerimiz 17 farklı yetki ve herkes için sadece bir tane merkezi yetki var. Ayrıca, bölgenin kimli inden gelen 17 adet bölgesel sa lık servisimiz var. unlar ye il renkli ı ı ı olanlar yasa olarak daha iyi bir bölgesel duruma sahip olanlar. u, kırmızılı olanlar problemi olanlar, çünkü onların durumları kötü, DCE, aynı zamanda ilaçları de erlendirme merkezine sahip. laç satma konusunda sorun yok ve ilaç yapmak da bir biçimde cezalandırılır.

Size bunu gösterece im, merkezi yetkiler "Tescil, fiyat ve geri ödeme". Bir dairemiz var, geçenlerde biri beni aradı ve FDA gibi bir eyimiz olup olmadı nı sordu. Bir dairemiz var; tüm kayıt, fiyat ve geri ödeme i lerinin yapılmasını organize ediyor. Aynı zamanda bu dairede ilaç yapımı ve reçetelendirilmesi için ko ullanınız var. Ve sa lık planlaması ve sa lık politikası bu dairede olu tunuluyor. Aynı zamanda hükümette, ancak büyük bölümü bu daireden onaylanıyor. laç satılabilir alanlar a a ı yukarı bu dairede belirleniyor ve referans fiyatları daireden belirleniyor.

Ve bölgesel yetkileri harcama denetimi, temel olarak; reçete denetimi, vizeleri var ve fibresa ya da rispendal türü reçetelerin bazılan için de, tüm o vizeler mevcut. Bölgesel sa lık hizmeti bölgesel yetkiden sa lanıyor; bunların geri ödenece ini söyleyen farmakoterapötik kılavuzlar var; orada reçetenin farmakoterapötik kılavuzlara uygunlu u kontrol ediliyor. Hepsi bu kadar.

Çok katı bir reçete kontrol sistemimiz var, çünkü spanya'da harcamalar çok yüksek. Referans fiyatlarımız var. Jenerik ilaç reçetelerini te vik etmek için bir referans fiyat koyuyorlar; aynı zamanda ulusal sa lık sistemi de tüm ilaçların ve terapötik setlere geri ödemede bulunmak için yüksek bir miktar sa lıyor. Aynı aktif ilkeye dayalı ilaç geri ödemesinden olu an bir terapötik setimiz var, içinde tek bir jenerik ilaç olan ve fiyatı da hükümet belirliyor. Sanırım Türkiye'de de aynısı mevcut. Jenerik ilaçları zaten biliyorsunuz. Yani bu türden reçetelerimiz var: jenerik isme göre verilmi reçeteler, ticari isimle verilen reçeteler ve DCI ile verilen reçeteler. DCI'daki en ucuz ilacı vermek zorundasınız.

Fiyatlar ve geri ödemeler konusunda konu ursak, çalı an insanlar için %40 olması gereken hasta katkı payımız var. Tamam? Ve ciddi hastalıklar diye adlandırdığımız ve ayrıca VIH geri ödeme yalnızca %10. Ve emeklilik, i kazalan, profesyonel hastalıklar ve zehirlenme sendromu için geri ödeme %0. Zehirlenme sendromu spanya'ya özel bir ey, çok eskiden bir kaza olmu tu. Ve di erleri, unlar devlet için ilaçların %30'u.

Geri ödeme için dairenin olu turdu u temel kriterler unlar: " iddet, süre ve yan et- kiler; nüfusun ihtiyacı; tedavi edici ve sosyal faydası; kamu harcamaları rasyonalizas- yonu ve yenilik.

spanya'daki eczane rakamlarına do ru ilerlersek, 1990'dan günümüze eczane sayısında artı ımız oldu unu görece iz. Çok pardon; bunlar spanyolca ve Oda'nın verileri. De i ti- remedim. 20579 eczanemiz var. Eczane ba ına 2413 hasta oranında... Hastalar yılda 307.76 Euro harcıyorlar geçen seneye göre. Bu reçete adetini (780) geçen yıldan elde ediyoruz. Ve toplam reçete miktarı bu, ortası, her reçetenin ortalaması 14 Euro idi. Reçete sayısında yük- seli ımız var, ancak ki i ba ı de erde geçen iki yıl içerisinde bir yükseli yok.

Bu açıklamak için çok karı ık. spanya'da tüm ilaçlar eczaneden aynı kân, aynı kazancı elde etmiyor (12317). Bizim bir %30'umuz var, hemen hemen %30 jenerik türler için. Ve genel olanlar daha aza gidiyor, eczane için %27 kâr. Ve bu, spanya'nın toplam nüfusunun sa lık sistemine katkısı. 14 milyonluk toplam nüfus, ecza piyasasının toplam harcamaları- nın sadece %6.2'sini ödüyor. Bu ödenen bölüm (%27.5) ve bu ödenmeyen bölüm (%72.4)

spanya'da büyük bir problemimiz var. Bunun hakkında bir eyler duydu unuzu dü ü- nüyorum. spanya'ya kar ı bir kuralları bozma prosedürü i liyor. Serbest de iliz. Bir prob- lemimiz var çünkü Avrupa Komisyonu eczaneler arasında rekabet olmadı nı söylüyor. Avrupa Komisyonu'na yönelik kendi eczacılık modelimizi savunan bazı iddialarımız var. Avrupa Komisyonu'na nüfusumuzun %99'unun yerle im yerinde bir eczane bulundu unu söyledik. laca eri im açısından kırsal ve kentsel alanlarda e it ko ullar mevcut. Her gün, s- panya'nın tamamı boyunca, yeterli sayıda eczane 24 saat nöbet servisindedir. Ve 5. slayta göre, bu sektörde, eczacılık sektöründe söz sahibi hali hazırda üye devletlerdir. Hal böyle iken, 20 yıldır i leyip gelen sistemimizi niye de i tirmeye çalı tıklarını bilemiyorum.

Ve biri bana aynı zamanda Portekiz hakkında da kısa bir gösterim yapıp yapamayaca ı- mızı sordu. Portekiz spanya'nın arkasında ve geçti ımız altı ay içinde Portekiz serbest ec- zane modelinde de i iklikler oldu ve önümüzdeki yıl da de i ecek.

Her eyden önce OTC ilaçları, bunları eczanelerin dı nda satabiliyorsunuz. Eczane mül- kiyeti gelecek sene de i ecek. İmdi "eczacı tarafından sahip olunan yalnızca bir eczane". Gelecek yıl herhangi biri eczane sahibi olabilecek ama Teknik Yönetici olarak bir eczacıya ihtiyaçları olacak. Ki i ba ına sahip olunan eczane sayısı, maksimum dört.

Yeni eczane düzenleme planı... İlk olarak 330 serbest eczane açacaklar, yeni bunlar, aynı zamanda ruhsat verilecek. Daha sonra eczaneler arası 300 metre mesafeleri ve eczane ba ı nüfus 3500 oluyor. Ve sonuçlar... Yeni model ile kapanan eczaneler var ve bu hemen hemen her ey demek.

Dikkatiniz için te ekkür ederim.)

(Alkı lar)

Avrupa Birli i'nde Serbest Eczacılık Uygulamaları

Andre Vetka - Estonya Delegesi
President, Society Of Estonia Pharmacy

Prof. Dr. Betül Dortunç: Üçüncü konuşmacımız Estonya'dan, Andrea Vetka. Kendisi de eczacı. 1980'de umlu. Andrea Vetka, Sosyal İler Bakanlı ı'nda, u anda, daha do rusu 3 yıldan beri proje direktörü olarak çalışıyor. Farmasötik politikalar biriminde görevli. Ayrıca kendisinin hastane eczacılı ı konusunda da tecrübesi var ve u anda farmakoekonomi konusuyla da ilgilendi ini belirtiyor.

Andrea Vetka: *Thank you. İyi Günler...*

(Claps, laughs)

You have had very tough day today and I make one final and quite short presentation in this broke. First I would like to say, these greetings from Estonian pharmacies and Estonian Pharmacists Association in your 50th year anniversary.

(Claps)

Presentation is about Estonian community pharmacy development, possibilities and risks. I mostly concentrate on Estonian case which has recently, which has taken place in last 15 years. There has been tremendous changes in Estonian community pharmacy system. And main outcome of this presentation should do a little bit analyze what can liberalization of the community pharmacy system may end. As also the presentation, speakers before have shown you, this kind of liberalization process is taken base in all over the world or all over the Europe, so this is Estonian case which we have done it in 1992, 1996.

First, I will give you a little bit introductions about Estonian, about our pharmacy system. After that "main challenges" we did it, and then future development.

So, Estonia situated Northern Europe. We have 1.3 million inhabitants which is a little bit less than in Turkey.

(Laughs)

Most of the Estonians (95%) have health insurance. Here are some numbers (160 million euros) of pharmaceutical market in Estonia. So, there are absolute numbers are quite small but numbers per inhabitant are quite average as in all Eastern Europe.

So here are, just one slight, a little bit Estonian history because it is very toughly related to also the pharmacy system in Estonia. Estonian Republic was established in 1918. We were quite successful and then quite wealthy country but until in 1941, during II World War; we were occupied by Soviet Union. In 1991, Estonia restored its independence. We were closing to any new life... And we have called, we have actually Estonian.

All the pharmacists were only workers and in Estonia until today all the drugs could be sold only in pharmacies.

Now a little bit about the pharmacy system over view.

Since 1990, the privatization of the pharmacy started. Since then the number of retail pharmacies has grown more than two times. And for this number, 500 pharmacists, its quite small but when compared with pharmacy number per inhabitants it's a quite big number in Europe, because we have 2500 inhabitants per one pharmacy. So it's a quite big number.

But it's very crucial that in 1996, the pharmacy owner could be also then anyone, even a person who is not a pharmacist. So what are the results of that?

In 2006, most of the pharmacists today are related with 2 biggest pharmacy chains. And it's called horizontal integration. I can also tell you that the most of the retail pharmacies today are not owned anymore by a pharmacist but by the wholesalers. So they are just, they are owned by the companies. And as the chains are closely related with 2 biggest of the wholesalers which mean that there have been not only the horizontal integration but also the vertical integration. So this is the shift situation today. It's a big shift from Russia where there are such express pharmacies. It was under discussion in Estonia also in parliament in recent years but still Estonia doesn't have such pharmacies. And I don't agree also to have such express pharmacies. And you can see here the shine is coming directly to the pharmaceutical boxes. Actually it is not very good way of distributing pharmaceuticals.

What are the positive developments during the fifteen years in Estonia? We can say that the region's pharmacy number has grown, may be its a little bit bigger access to patients and mostly in city area.

No doubt that there are also had been very quick modernization of pharmacies. There are very good rules and equipments, computers, computer programs; there are automatic stock programs and so on. It's very computerized, Estonia's pharmacies. There is also very effective distribution all over the country. And the very good, positive side is that there are almost no counterfeit drugs available in pharmacy system. I know that in many countries there have been such a problem but in Estonia the patient can be sure that every drug he get in the pharmacy is actually the real drug, it's not a false or counterfeited.

So what are the negative developments during 15 years? The number of retail pharmacies has grown too much and especially in city area. So there are the lack of pharmacist and pharmacies, there are too many of them in one street, and so on.

Horizontal integration, which means actually chains, does not ensure access to medicine in rural area. For example when a new law was introduced in 1996, actually this one was the main argument why there should be chains, why they should be allowing big chains, because for example those businessmen saying that if you have big chains you are very profitable in towns and you can invest in country area. But the situation today is that is no body is investing in the country but every body is investing in the city and in where there are not so many people their pharmacies are closed.

There are many problems with selective availability of medicines in pharmacy system. Actually maybe it is hard to understand what it means but for example in Estonia when you go to the pharmacy as patient there are some pharmacy chains which actually promote one drug more than the others. So sometimes those cases are even quite serious so that the pharmacists are telling you that this or the other drug is not available in the pharmacy but we can also have another drug which is available and you can take this one. And obviously it's sure that for the new drug which is given to the patients they got additional money from the manufacturer and so on. So this is selective availability is really a big issue in Estonia already.

And as there are only 2 b.g chains in Estonia it also may end up with price increases in medicines because the patients do not have another pharmacy to go. There are always only 2 chains. And due to the vertical integration which means that wholesale companies are owned by pharmacy chains, it means that there is tendency to develop oligopoly or more over monopoly in the whole medicine distribution chain. So there is a huge body between the manufacturer and patients which actually have huge power to at first pressure the manufacturers to get additional money and to the other side to pressure the patient for example for higher prices of medicines. So there will be in Estonia, there are already, huge powers and most powerful body of the whole pharmaceutical sector are the wholesalers. So this is a real danger. And also there is no government actually there are also so powerful partners of the government also. Because they can say that for example the next Monday in all over Estonia there will be no pharmacies open anymore. So if for example the ...cups are not increased by the government.

So what are the main challenges today is, as I told you, the main challenge actually should be how to break this kind of monopoly or oligopoly in the pharmaceutical distribution chain. Now it should be the main challenge but I can say that in Estonia there are no political veins to break this at the moment. May be in next few years it will be more politically important. But at the moment, as we are now the member of the European Union, we actually have to accept all the prescriptions which are prescribed in European Union. So it's not very big deal but it's quiet complicated for Estonian pharmacists because of the language problem and because prescription are so different. But it's ok. So there will also as Estonia is quite small and we have only one return system and there are internet in all over the country, actually trying to establish digital prescription system. So which this means that, we try to start at 1 January 2008. So it means that the reimbursement information is controlled automatically by insurance database and the doctor can see the brand name and the amount of drug delivered to patient in pharmacy. So the doctor can get the feedback from the pharmacy. And which is also very important that the pharmacist, is that I also had the chance to visit today the Turkish pharmacy and the Turkish pharmacist also should enter the patient data to the computer to get in turns from health insurance fund so today it takes quite a lot of time. And in Estonia we hope that in future this work is already done by doctor, so pharmacist can see the data and deliver the drugs. So you don't have to enter any data anymore, only the drug taken.

One real issue in Estonia is the of course HIV epidemic. And we are leading country in Europe so we have in 2003, 620 cases per 1 million inhabitant which is actually one of the leading numbers in all over the continent. As I checked Turkey has quite low rate of epidemic at the moment so I hope you are more successful than we were when in 2001 the epidemics started.

Here are two more slides about a little discussion about what are the possible developments in community pharmacy field? Very briefly there are two options for one community pharmacy can develop. The first is to develop to be as a pharmacy shop or the other way and the opposite way of it is to develop more to be as a health care institution? So it's a real choice there. I can tell you that Estonia and many other countries which are liberalizing at the moment their pharmacy systems the pharmacy system are developing more to be as a pharmacy shop. And there are of course some other countries, like Finland for example, who are trying to push that development more to the healthcare side.

And the other question. Should our pharmacies selling the drugs or are they actually giving the healthcare service to the patients? So there is also that question. There is also the crucial issue of pharmacy education. Is it more chemistry based or is it medical science or is it

something else? In Estonia historically and in all over the Soviet Union there was chemical pharmacy education, pharmacists' education. So actually Estonian pharmacists are very good in chemistry but they are not very good at giving to patient medical aid and consultation. So I personally think that when pharmacy is a health care institution and to give health care service to patient they also should be educated as medical sciences based pharmacists. If they are developing as to be more like a pharmacy shop and pharmacies are not giving additional benefit to patients, there is always the question in whole community why the drugs should be sold only in pharmacies? So then we have seen in many countries at the moment mostly the all the ... drugs are given out of pharmacies, are taken out from pharmacies and are sold for example in the supermarkets. And very interesting question in future would be: does the internet pharmacy has a place or not versus traditional pharmacy? Everything is developing to the internet should pharmacy develop in the internet or not? It's very difficult to answer but this is a very modern issue.

This is for making just a little discussion about... I just put those remarks and they are not scientific based but just my personal view about a quite good pharmacy system. Pharmacies should be owned only by pharmacists, one pharmacist should own only one pharmacy. My opinion is that the cooperation of the pharmacies can exist but there should be no chains because it finally can end up with a very huge body. Vertical integration should be forbidden.

(Claps)

And pharmacies actually should have monopoly to distribute drugs but to do that they must offer additionally many other free of charge services as high quality medical consultation and so on. It is not only benefit monopoly, selling drugs but it is nothing more than selling more, it's not more than a health care service and they are like a health care institution. And pharmacists should be educated as experts in pharmaceuticals and as experts in health care, so they should be able to give medical consultation to the patients related to disease and so on. Of course this doesn't mean that they should diagnose the patient. This is doctor's job and pharmacists should be good medical consultants to the patients. And thank you for your attention.

Te ekkürler, iyi günler.

(Alkılar, gülümeler)

(Andre Vetka: Bugün oldukça zor bir gün geçirdiniz ve ben de son ve kısa bir sunu yapacağım bu arada. Öncelikle ellinci kurulu yıldönümünüzde Estonyalı eczacıların ve Estonya Eczacılar Birliği'nin selamlarını iletmek isterim.

Sunu, Estonya topluluk eczacılığının gelişimi, olanaklar ve riskler hakkında. Ben en çok, son 15 yıl içerisinde meydana gelen Estonya'daki gelişmelere odaklanacağım. Estonya serbest eczane sisteminde devasa değişimler oldu. Ve bu sununun temel sonucu, serbest eczane sistemindeki liberalizasyonun neyle sonuçlanabileceğini biraz analiz etmelidir. Daha önceki sunuların, konuların da size gösterdiği gibi, bu tip liberalleşme süreci tüm dünya veya Avrupa çapında meydana geliyor, bu suretle bu da 1992, 1996'da yaptığımız Estonya örneği.

Birincisi, size Estonya ve eczane sistemimiz hakkında çok kısa bir tanıtım yapacağım. Bundan sonra, yaptığımız "ana mücadeleler", ve daha sonra gelecekteki gelişmeler.

Pekala, Estonya Kuzey Avrupa'da bulunmaktadır. 1.3 milyon nüfusumuz vardır ki bu Türkiye'den birazcık azdır.

(Gülümeler)

Estonyalıların ço unlu unun (%95) sa lık sigortası vardır. Burada ilaç piyasasına dair bazı rakamlar var (160 Milyon Euro). Bu suretle, buradaki mutlak rakamlar gayet küçük ama nüfus ba ına rakamlar Do u Avrupa'da oldu u gibi oldukça ortalama düzeyde.

Pekala burada yalnız bir slayt var, birazcık Estonya tarihi çünkü bu Estonya'daki eczane sistemiyle de oldukça sıkı ili ki içinde. Estonya Cumhuriyeti 1918'de kuruldu. Oldukça ba arılıydık ve sonra oldukça zengin bir ülke olduk ama 1941 'e kadar, II. Dünya Sava ı sırasında Sovyetler Birli i tarafından i gal edildik. 1991'de Estonya ba ımsızlı ını yeniden sa ladı. Yeni bir ya ama yakla ıyorduk. Ve asıl olarak Estonyalı oldu umuzu söylüyorduk.

Eczacıların tümü i çiydi sadece ve Estonya'da bugüne kadar tüm ilaçlar sadece eczane-lerde satılabiliyordu.

imdi biraz da eczacılık sisteminin özelle tirilmesiyle ilgili manzaraya bakalım.

1990 yılından bu yana eczacılı ın özelle tirilmesi ba ladı. O zamandan bu yana perakende eczanelerin sayısı iki kattan daha fazla arttı. Bu rakam, 500 rakamı, oldukça küçük ama nüfus ba ına dü en eczane sayısı ile kıyaslandı ında, bu Avrupa için büyük bir rakam çünkü tek bir eczane ba ına 2500 nüfus dü üyor ki bu da oldukça yüksek bir rakam.

Ama son derece önemli olan bir ey, 1996'da, herkes, hatta eczacı olmayan birisi bile eczane sahibi olabilir hale geldi. Bu durumun sonuçları neler?

2006 yılında, bugün eczacıların büyük bir ço unlu u en büyük eczane zinciri ile ba lan- tılı hale geldi. Bu yatay bütünle me olarak adlandırılıyor. Ama size aynı zamanda unu söyle- yebilirim ki, bugün perakende eczanelerin ço unun mülkiyeti aalık eczacılara de il toptancılara ait. Yani eczanelere irketler sahip. Ve zincirler de en büyük iki toptancı ile yakından ili kili ol- dukları için, bu sadece yatay bütünle me de il aynı zamanda dikey bütünle me anlamına da geliyor. Yani ortaya çıkan de i iklik budur bugün. Bu tabii bugün büyük bir de i im. u tip eks- pres eczanelerin oldu u Rusya'da da aynı de i im ya andı. Bu ekspres eczaneler Estonya'da son yıllarda parlamentoda da tartı ıldı ama Estonya'da hâlâ bu tip eczaneler yok. Bence de bu tip ekspres eczaneler olmamalı. Burada gördü ünüz gibi ık do rudan ilaç kutularının üstüne geliyor. Yani bu farmakolojik madde da ıtmanın iyi bir yolu de il.

Estonya'da on be yıl içinde ya anan olumlu geli meler neler? Bölgenin eczane sayısının arttı ını söyleyebiliriz, belki de hastalar, özellikle de kentsel alanlardaki hastalar açısından daha fazla eri im sa landı.

Ku kusuz eczaneler de son derece büyük bir hızla modernle tiler. Çok iyi kurallar ve do- nanım mevcut, bilgisayarlar, bilgisayar programları, otomatik stok programları vs. mevcut. Estonya'daki eczaneler çok bilgisayarla mı durumdalar. Ayrıca tüm ülke çapında son derece etkin bir da ıtım sistemi var. Ve i in son derece olumlu, iyi yönü, eczacılık sistemi içinde ula- ılabilir olan neredeyse hiçbir sahte ilaç yok. Birçok ülkede böyle bir sorun oldu unu biliyo- rum ama Estonya'da hastalar eczane den aldıkları tüm ilaçların gerçekten de sahici ilaç oldu undan, sahte olmadı ından emin olabilirler.

Peki, 15 yıl boyunca meydana gelen olumsuz geli meler nelerdir? Perakende eczanelerin sayısı, özellikle de kentsel alanlarda çok fazla arttı. Bu yüzden bir yerde eczacı ve eczane kıt- lı ı varken, tek bir sokakta çok fazla sayıda olabiliyor vs...

Aslında zincirlerden olu an yatay bütünle me, kırsal bölgelerdeki ilaç eri imini garanti et- miyor. Örne in 1996'da yeni bir yasa kabul edildi i zaman, bu aslında neden zincirler olma- lıdır, neden büyük zincirlere izin verilmelidir konusundaki temel tezi olu turuyordu. Çünkü örne in i adamları büyük zincirler oldu unda kentlerde çok kârlı çalı ıldı ını ve kırsal alan-

lara yatırım yapılabilmesi ini söylüyorlardı. Ama bugünkü durum öyle ki kimse kırdan yatırım yapmıyor ama herkes kentlere yatırım yapıyor ve çok fazla insanın olmadığı yerlerdeki eczaneler de kapanıyor.

Eczacılık sistemi içindeki ilaçlara seçmeci eri imle ilgili de birçok sorun var. Bunun ne anlamı geldi ini anlamak zor olabilir ama Estonya'da hasta olarak eczaneye gitti iniz zaman bazı ilaçları di erlerinden daha çok te vik eden bazı eczane zincirleri var. Bazen son derece ciddi örnekler de olabiliyor; eczacılar size u ya da bu ilacın eczanede bulunmadı ını ama size bulunan bir ba ka ilacı verebileceklerini, o ilacı alabilece inizi söylüyorlar. Elbette hastalara verilen yeni ilaç için de imalatçıdan fazladan para alıyorlar vs... Yani bu seçmeci eri im Estonya'da çoktan büyük bir sorun haline gelmiş durumda.

Estonya'da sadece 2 büyük zincir oldu u için bu durum aynı zamanda ilaçlarda fiyat artışına da neden olabiliyor, çünkü hastaların gidecek ba ka eczaneleri yok. Her zaman 2 adet zincir var. Ve toptancı irketlerine eczane zincirlerinin sahip olması anlamına gelen dikey bütünlü meye ba lı olarak da, bu durum tüm bir ilaç da ıtım zinciri üzerinde bir tek el ya da oligopol oluşması e iliminin varlığı anlamına geliyor. Yani imalatçıyla hastalar arasında, öncelikle imalatçıları fazladan para almak için sıkı tırmak ve öte yandan da hastayı örne in daha yüksek ilaç fiyatları için sıkı tırmak için büyük bir gücü olan muazzam bir kütle mevcut. Yani Estonya'da büyük güçler ortaya çıkabilir, zaten bu güçler mevcut ve tüm bir eczacılık sektörünün en güçlü külesini toptancılar olu turuyor. Yani bu gerçek bir tehlike. Aynı zamanda bunlar hükümetin de son derece güçlü ortakları oldukları için hükümet de etkinlikte bulunamıyor. Çünkü bunlar örne in gelecek pazartesi günü tüm Estonya'da artık hiçbir eczane açılmayacak, hükümet fiyatları yükseltmezse diyebilirler.

Yani günümüzün önemli meydan okumaları nelerdir, daha önce de söyledi im gibi, aslında temel meydan okuma ilaç da ıtım sistemi üzerindeki bu türden bir tekelin ya da oligopolün nasıl kırılacağı olmalıdır. Bu temel meydan okuma olmalıdır ama Estonya'da öyle diyebilirim ki, bunu u anda kırabilecek herhangi bir politik damar mevcut de il, belki önümüzdeki birkaç yıl içinde bu konu politik bakımdan daha fazla önem kazanabilir. Ama u anda, imdi Avrupa Birli i üyesi oldu umuz için, Avrupa Birli i'nde reçetelendirilen tüm reçeteleri kabul etmek durumundayız. Bu çok önemli bir konu de il ama Estonyalı eczacılar için oldukça kanna ık bir durum, dil sorunu yüzünden, reçetelerin böylesine farklı olması yüzünden. Ama tamam, soran yok. Estonya ayrıca çok küçük oldu u için ve sadece tek bir sigorta sistemimiz oldu u ve tüm ülkede internet bulundu u için, aslında dijital bir reçetelendirme sistemi kurmaya çalışıyoruz. Yani, 1 Ocak 2008'de başlamaya çalışacağız.

Yani geri ödeme enformasyonu sigorta veri tabanı tarafından otomatik olarak denetlenecek ve doktor marka ismini ve eczane de hastaya verilen ilaç miktarını görebilecek. Yani doktor eczaneden geri bildirim alabilecek ki aynı zamanda eczacının... Bugün Türkiye'deki eczacıları de ziyaret etme ansım oldu, Türkiyeli eczacılar da sa lık sigortasından geri ödeme alabilmek için hasta verilerini bilgisayara girmek zorundalar... Yani bu yüzden bugün bu i ler çok zaman alıyor. Estonya'da umuyoruz ki gelecekte bu i lem zaten doktor tarafından yapılmı olacak, eczacı da verileri görüp ilaçları verebilecek. Yani artık daha fazla veri girmek zorunda olmayacaksınız, verilen ilacın bilgisi hariç.

Elbette Estonya'daki önemli bir konu HIV salgını, Avrupa'nın önde gelen ülkesi durumundayız, 2003 yılında 1 milyon nüfus ba ına 620 vaka dü üyordu ki, bu aslında tüm kıtanın en önemli rakamlarından birisi. Türkiye'de u anda oldukça dü ük bir salgın oranı oldu unu gördüm, umanm ki siz, salgının ba ladığı 2001 'de bizim oldu umuzdan daha ansızlı olursunuz.

Burada mahalle eczaneleri alanındaki muhtemel gelişmelerle ilgili küçük bir tartışmaya dair iki slayt daha var. Çok kısaca anlatırsak, mahalle eczanelerinin gelişimi bakımından iki seçenek mevcut. Birincisi bir ecza satışı dükkânı olarak gelişmek ve öteki ve buna zıt olan diğer seçenekse daha çok bir sağlık bakım kurumu olarak gelişmek. Yani burada gerçek bir seçim var. Estonya'da ve şu anda eczacılık sistemlerini serbestleştirmekte olan birçok başka ülkede daha çok ecza satışı dükkânı olmaya doğru bir gelişme oldu bunu söyleyebilirim. Ama elbette, örneğin Finlandiya gibi, gelişmeyi daha çok sağlık bakımı yönüne doğru itirmeye çalışılan başka ülkeler de var.

Ve diğer soru. Eczanelerimiz hastalara ilaç mı satmalı yoksa aslında sağlık bakım hizmeti mi sunmalı? Yani bu sorun da var. Ayrıca son derece önemli olan eczacılık eğitim konusu da var. Bu eğitim daha kimya temelli midir yoksa tıp bilimi midir yoksa başka bir şey midir? Estonya'da tarihsel olarak ve tüm Sovyetler Birliği döneminde kimyasal eczacılık eğitimi vardı, eczacıların eğitimi... Yani aslında Estonyalı eczacılar kimyada çok iyiler ama hastalara tıbbi destek ve konsültasyon sunmada o kadar iyi değil. Ben de kimyacı olarak eczane bir sağlık bakım kurumu oldu şurada ve hastaya sağlık bakım hizmeti verdiğinde, eczacıların da aynı zamanda tıp bilimi temelli eczacılar olarak eğitim almaları gerektiğini düşünüyorum. Eczaneler daha çok bir ecza satışı dükkânı olmaya doğru geliştiği takdirde ve hastalara ek faydalar sağlamadıklarında, tüm toplumda daima neden ilaçların sadece eczanelerde satılması gerektiği sorusu mevcudiyetini korur. Soma birçok ülkede şu anda ilaçların eczanelerinden çıkarıldığını, eczanelerinde verildiğini ve örneğin süpermarketlerde satıldığını görüyoruz. Ve gelecek açısından son derece ilginç bir soru internet eczacılığının geleneksel eczacılık karşısında bir yeri var mıdır yok mudur? Her şey internette gelişirken eczacılık da internette gelişmeli midir? Bunu yanıtlamak çok zor ama bu son derece modern bir sorun.

Bu da sadece küçük bir tartışma yapmak için... Bu uyarıları öylesine koydum, bilimsel temelli değil ama sadece benim oldukça iyi bir eczacılık sistemi hakkındaki kişisel görüşlerim. Eczanelere sadece eczacılar sahip olmalıdır, tek bir eczacı sadece tek bir eczaneye sahip olmalıdır. Bence eczacı kooperatifleri var olabilir ama zincirler olmamalıdır, çünkü sonuçta bunlar çok büyük güçler yaratabilirler. Dikey bütünle me yasaklanmalıdır. Ve eczaneler gerçekten ilaç dağıtımında tekele sahip olmalıdır ama bunu yapabilmek için de yüksek nitelikli tıbbi konsültasyon vesaire gibi ücretsiz ek hizmetler sunmalıdırlar. Bu sadece ilaç satma tekelini desteklemekle kalmaz, sağlık bakımı sunmanın, sağlık bakım kurumu gibi çalışmanın da gereğidir. Eczacılar ecza ve sağlık bakım uzmanları olarak eğitilmelidirler. Böylece hastalara hastalıklar vesaire ile ilgili tıbbi bakım sağlayabilmelidirler. Elbette bu hastalara tehis koyacakları anlamına gelmez. Bu doktorun görevidir ve eczacı hastalar için iyi bir tıbbi danışman olmalıdır.

Dikkatiniz için teşekkürler.)

Prof. Dr. Betül Dortunç: Andre Vetka'ya teşekkür ediyoruz. İmdi sorulara geçebiliriz. Soruları Türkçe sorabiliriz, simültane tercüme olması nedeniyle. Sorularınıza tabii aynı zamanda odadan da resmi görüş alma imkânı var, aynı zamanda resmi görüş alma imkânımız da var Sayın Tokaç'ın burada olması nedeniyle. Sorularınızı alalım. Evet. Buyurun lütfen.

Dinleyici: Ben üç ülkenin delegelerine de sormak istiyorum. Geri ödeme nasıl oluyor, sigortalı hastalar için eczanelere geri ödeme nasıl yapılıyor? Bizim çünkü en büyük sancımız Türkiye'de geri ödeme, devletten geri almak parayı, burada nasıl bir süreç işliyor? Teşekkürler.

Horvath Sziklai Attila: *In Hungary, we have a lot of problem with the reimbursement system. We use different prices, the national health insurance office announce these prices each year, different prices and send the prices to the reimbursement. We can say that most of the time the reimbursement is about 15 per cent.*

(Horvath Sziklai Attila: Macaristan'da geri ödeme sistemiyle ilgili birçok sorunuz var. Farklı fiyatlar kullanıyoruz, ulusal sağlık sigortası bürosu her yıl bu fiyatları ilan ediyor, farklı fiyatları ve fiyatları geri ödemeye sevk ediyor. Geri ödemenin çoğunlukla yüzde 15 düzeyinde olduğunu söyleyebiliriz.)

Andre Vetka: *How the reimbursement system works is a quite complicated issue and it will take quite long time to explain it. But mostly it is organized as yours. I mean in Turkey the doctor prescribe the prescription and the patient take the prescription and go to the pharmacy and in pharmacy the patient got the price, there are already the reimbursement. And the health insurance fund reimburses it directly to the pharmacy. And I think it is a quite common approach in all over the world. So this is a short answer.*

(Andre Vetka: Geri ödeme sisteminin nasıl çalıştığı oldukça karmaşık bir konu ve bunu açıklamak oldukça uzun bir süre alabilir. Ama çoğunlukla sizinki gibi örgütleniyor. Yani Türkiye'de doktor reçeteyi yazıyor ve hasta da reçeteyi alıp eczaneye gidiyor ve eczanede de hasta fiyatı alıyor, geri ödeme zaten mevcut. Sağlık sigortası fonu da bunu doğrudan eczaneye geri ödüyor. Bence bu tüm dünyada oldukça yaygın bir yaklaşımdır. Bu da kısa bir yanıt oldu.)

Maria Lopez Gonzalez: *In Spain, it's so nice the reimbursement, with respect to the pharmacy. Almost every body got national insurance and around 98per cent and we make all the prescription and make monthly a bill, we send all the prescription, accredit it to the regional chamber and they check that prescription sent with the bill and then they sent to the national health system and they pay you from the chamber. The chamber pays to you directly to your bank account. It's so nice because the power of the chamber is inside this. Because they got this, all the forward prescriptions and also the pharmacies have to do nothing just be aware of every month.*

(Maria Lopez Gonzalez: İspanya'da, çok iyi bir geri ödeme sistemi var, eczacı açısından. Neredeyse herkesin sosyal güvencesi var, yaklaşık yüzde 98'in ve tüm reçeteleri hazırlayıp aylık bir fatura hazırlıyoruz, tüm reçeteleri bölge eczacılar odasına gönderiyoruz, akredite ediyoruz ve onlar tüm reçeteleri kontrol edip, daha sonra ulusal sağlık sistemine gönderiyorlar ve onlar da bize odadan ödeme yapıyorlar. Oda size doğrudan banka hesabınızdan ödeme yapıyor. Bu çok güzel çünkü odanın gücünü de içeriyor. Bunlar ellerinde olduğu için, bütün hazırlanmış reçeteler, eczacıların her ay ilerinin farkında olmadıkları işlemleri yapmaları gereken hiçbir şey yok.)

Prof. Dr. Betül Dortuç: Evet, sorunuzun cevabını aldınız mı? Teşekkürler. Başka soru? Buyrun.

Dinleyici: Özellikle Estonyalı meslektaşım için. Eczacılık mesleğinin Estonya'da artık bir anlamda olmadığını söylüyor. Eczacıları öldürüyor için kendisine başsağlığı diliyorum. Bugün burada, bilemiyorum diğer meslektaşlarım ne düşünüyor, içim karalar basıldı. Özel-

likle ilaç ve eczacılık genel müdürü yeni eczacılık yasaları, ilaç ve ... yasasındaki de i iklikleri odalara birliklere gönderirken,... etkilendiklerini dü ündüm açıkçası. çim gerçekten kararlar ba ladı. n allah bunlar olmaz. Ama Estonyalı meslekta ıma unu sormak istiyorum. Anladım ımız kadar Estonya'da ki ilere ait eczaneler kalmamı ve iki zincir var. Ve bütün eczacılar bu zincir eczanelerde çalı ıyor. Bu zincirlerin isimlerini ö renmek istiyorum mümkünse. kincisi, bu zincir eczanelere sahip eczanelerde ne kadar eczacı çalı ıyor, ne kadar aylık gelirleri var bunu merak ediyorum ve kendisinin de bir zincir eczanede çalı p çalı madı ını merak ediyorum. Te ekkür ederim.

Andre Vetka: *There are quiet many questions. I don't agree that everything is in a very bad situation in Estonia but I am just documenting developments, to where are we going. And where the other countries are going. And at the moment the pharmacists are quiet ok. I think but as you suggest but the development is problematic. And today we don't know how it goes. What are the names of the pharmacy chains: one is Apoteka, the other is Pharmacy One. I don't know does it make sense. I personally haven't worked in a chain and there are some rich pharmacies in Estonia earning 1 thousand dollars per month.*

(**Andre Vetka:** Oldukça çok sayıda soru var. Estonya'da her eyin çok kötü bir durumda oldu una katılmıyorum ama sadece geli meleri belgeliyorum, nereye do ru gitti imizi. Ve di er ülkelerin de nereye do ru gittiklerini. u anda eczacılar oldukça iyi durumdalar. Ama bence sizin de belirtti niz gibi geli me problematik nitelikte. Ve bugün nereye do ru gitti ini bilmiyoruz. Eczane zincirlerinin isimleri nelerdir? Bir tanesi Apoteka ve di eri de Pharmacy One isimli bir zincir. Bir anlamı var mı bilmiyorum sizin için. Ben kişisel olarak bir zincirde çalı madım ve Estonya'da ayda bin dolar civarında kazanan bazı zengin eczacılar var.)

Dinleyici: Öncelikle bütün meslekta larımıza verdi i katılardan dolayı te ekkür ediyoruz. stanbul'da, Türkiye'de eczacıların ya adı ı sorunlara bakıldı ında, üç temel neden görülüyor. Biri, kârlılıkları eczanelerin, para kazanmaları. Yakla ık elli yıldır tartılıyor. kincisi giderek artan eczane sayımız var, üçüncü bir sorunumuz da sürekli artan eczacılık fakültelerimiz. Ki bunlara her gün yeni özelleri ekleniyor. Ve çok fazla eczacı mezunları veriyoruz. Acaba sizin ülkenizde de, bizde daha ziyade eczacı olan meslekta larımızın eczaneler dı ındaki alanlarda da çalı maları çok sınırlı oldu u için genelde serbest eczacılık tercih nedeni olmak zorunda oluyor. Acaba bu üç ülkede de eczacılık fakülteleri ile ilgili ö rencilere yönelik bir kısıtlama var mı, özel eczacılık fakülteleri var mı ve son olarak da fakülterden çıkan eczacı meslekta larımız serbest eczacılık dı ında di er alanlarda da kendilerine i bulabiliyorlar mı? Te ekkür ederim.

Maria Lopez Gonzalez: *First of all we have so many restrictions about how to put a pharmacy in place, many restrictions. To be a pharmacist with pharmacy it s so hard, to get one of licenses to get those licenses there are regional kind of exams they are exactly. But you have to pass some proof that you are quiet fine to get one of the licenses. You also have to show your title, and you got a mark for your title and also from your marks in the university, also for those other course you have done after the university you got marks and then it makes you to have a total, global mark. And with that mark you either achieve or not achieve a license. Also years of working with other pharmacies that you are not the owner, you got points for this total mark and also if the pharmacy is in a rural area where the pharmacy has a lot of roles different from*

being only the pharmacy because they are water analyzing, they assist for swimming pools and health care in general, hygienic, supermarkets, all those things that they care in rural areas. They give you a big point to going to take a license. What we have not with those who achieve a title from a private university. Not yet. They have got the same titles like the others, when you are going to take a pharmaceutical post in the pharmaceutical industry they always see from which faculty you come from and if you have one of those diplomas from one of those private pharmacy faculties there are troubles to find a work. To work in a community pharmacy is so easy. We got also restrictions about how many pharmacists must be in a pharmacy. If you got a number of prescriptions more you have to get more than one pharmacy also if the owner of the pharmacy is older than 75 years he has to have another pharmacist also if you have more than one. If you work more than 8 hours a day if you work 12 hours you have to get more than one pharmacist in the pharmacy. All those restrictions, so many restrictions, very complicated system. In that way, it makes very complicated to achieve a license but idea is that all those new pharmacists coming from those new faculties could have a job. It's so hard to find a pharmacist in a rural area and when you have restriction and the restriction say that you could involve holidays, if you haven't got another pharmacist it's so hard to find a person a pharmacy person to work in your pharmacy. But now we have so many people coming from the Latin American countries make this work pretty well but for holidays, for those previous... somebody needs a pharmacist they are in this post. And in many many of the pharmacies from Spain are going to work in England in big companies in big chains of pharmacies, they are over there.

(Maria Lopez Gonzalez: Öncelikle bir eczane açmak için çok fazla kısıtlama mevcut. Eczane sahibi bir eczacı olmak çok zor, ruhsat almak için bölgesel sınavlara girilmesi gerekli. Tam olarak sınav de il ama ruhsat almak için oldukça iyi oldu unuzu kamlamak zorundasınız. Ayrıca diplomanızı göstermek zorundasınız ve bu diploma için belirli bir puan alıyorsunuz, bu aynı zamanda üniversitedeki puanlarınızı da içeriyor ve sonra toplam bir puan olu turuyor. Daha sonra bu puanla ruhsat alabiliyorsunuz ya da alamıyorsunuz. Ayrıca sahibi olmadığınız diğer eczanelerdeki çalışmaları da önemli, bunun için de toplam bir puan alıyorsunuz ve diğer eczane, eczanenin sadece eczane olmak dışında birçok role sahip olduğu kırsal bölgelerdeyse, ki burada su analizinden yüzme havuzlarına yardım etmeye, genel olarak sağlık bakımı, hijyen, süpermarketler gibi kırsal bölgelerde yardımcı oldukları bütün bu işleri de yapıyorlar, kırsal bölgelerde ruhsat almanız için size büyük bir puan veriyorlar. Özel üniversiteden diploma alanları diğerleri elde edebiliyorlar mı? Henüz de il. Diğerleriyle aynı diplomayı alıyorlar, ilaç sanayisinde herhangi bir eczacılık görevi almanız zaman, her zaman hangi fakülteden geldiğine bakıyorlar, özel eczacılık fakültelerinden birisinin verdiği diplomalara sahipseniz iş bulmakta zorluk çekiyorsunuz, serbest eczanelerde iş bulmak çok kolay. Aynı zamanda bir eczanede kaç tane eczacının çalışması gerektiğine dair de kısıtlamalar var. Çok sayıda reçete veriyorsanız, birden fazla eczacı olmalı, ayrıca eczane sahibi 75 yaşından daha büyükse de birden fazla eczacı olmalı. Günde 8 saatten fazla çalışıyorsa, 12 saat çalışıyorsa tek bir eczanede birden fazla eczacı olmalı. Bütün bu sınırlandırmalar, çok fazla sınırlandırma var, çok karmaşık bir sistem. Bu biçimde, ruhsat almak son derece karmaşık oluyor ama yeni fakültelerden gelen tüm yeni eczacıların iş bulması ideal olanı. Kırsal alanda eczacı bulmak çok zor çünkü bütün bu sınırlandırmalar var ve örneğin tatilleri de dahil ettiğiniz zaman, bir başka eczacı yoksa çalışacak yanınızda, eczanenizde çalışacak bir başka eczacı bulmak çok zor. Ama şimdi Latin Amerika ülkelerinden bu işi yapmak için çok sayıda insan geliyor, tatillerde de çalışacak, eczacı ihtiyacı olduğu anda onlar çalışıyorlar. İspanya'daki eczacıların birçoğu da İngiltere'deki büyük şirketlerde büyük zincirlerde çalışmaya gidiyorlar.)

Andre Vetka: *Shortly, in Estonia there are also the lack of pharmacists, it's a huge problem in Estonia, but we are working at the moment to increase the number, to invest more in education and universities would establish more students. In Estonia there is not private pharmacy education established so far. And in working policy is also very liberal in Estonia that a pharmacist can work anywhere that she/he would like, parallel'y as has been seen pharmacists can work in wholesale or wherever would like during being also a pharmacist. He can also work in several pharmacies. But of course in Estonia the responsible person in one pharmacy can only be one person. So one person cannot be responsible in several pharmacies.*

(**Andre Vetka:** Kısaca, Estonya'da eczacı kıtlı ı var, bu Estonya'da çok büyük bir sorun ama u anda sayıyı artırmaya, e itime ve daha fazla ö renci e itecek üniversitelere yatırım yapmaya çalı ıyoruz. Estonya'da henüz özel eczacılık e itimi yok. Estonya'da çalı ma politikası da son derece liberal. Öyle ki bir eczacı diledi i her yerde çalı abilir, yani gördüğümüz gibi eczacı olarak ister toptancıda istedi i her yerde çalı abilir. Birkaç eczanede birden de çalı abilir. Ama elbette Estonya'da tek bir eczanede tek bir sorumlu ki i olabilir. Yani tek bir insan birkaç eczanede birden sorumlu olamaz.)

Horvath Sziklai Attila: *We are not facing this problem because we do not have any private faculties in Hungary and the young pharmacists are not very keen of working in a pharmacy they don't go to own a pharmacy so that s why they go to the medical industry.*

(**Horvath Sziklai Attila:** Bu sorunla kar ı kar ıyla de iliz çünkü Macaristan'da özel fakülteler yok ve genç eczacılar da eczanede çalı mak konusunda fazla istekli de iller, eczane sahibi olmak da istemiyorlar, bu yüzden tıp sanayiine gidiyorlar.)

Prof. Dr. Betül Dortunç: Te ekkür ederiz, ba ka soru sormak isteyen var mı?

Dinleyici: Konumuz Avrupa Birli i... laç, özellikle daha önce Sovyetler Birli i döneminde Sovyet hakimiyeti altında olup da 1990'lı yıllardan itibaren ba ımsızlıklarını ilan eden öncelikle Estonya ve Macaristanlı arkadaş larımıza bir soru sormak istiyorum. Sovyetler Birli i döneminde, devletin ... Halkın haklarına olmazsa olmaz yakla ımı ve yüzde yüz sa lık güvencesi ve yüzde yüz ilaç güvencesinden sonra özellikle AB sürecine girip sa lı n özelle mesi ve eczacılık alanında gittikçe özelle en bir konuma do ru hızla yol almasının getirdi i bu cumhuriyetlerde özellikle halkın sa lı a ula amaması, yüksek paralarla ula ması ve 9 milyona yakın insanın sa lı a ula amamaktan ve bunun parasını bulamamaktan dolayı ölmesiyle ilgili bir süreç ya andı. Bu süreçte Estonya halkının ve Macaristan halkının sa lı a bakı ını ö renmek istiyorum. Te ekkür ediyorum.

Horvath Sziklai Attila: *I think the most problem is because of change during the privatization and the main danger would be the liberalization. Because after the Soviet regime the pharmacies were privatized but situation is still the same. So the people what only think they can recognize that it s nice and the rule has changed. But I think nowadays it is the real danger that in rural areas then pharmacies are being closed. And from the 1st of January the pharmacists can move from the rural area to the city or to the capital and we are afraid they will do it. So the public will feel that the services are decreasing. Because they will close these pharmacies and they move to the capital and to the city just like what has hap-*

pened in Norway five years ago when they introduced that total liberalized system and there was ... per cent private pharmacies in Norway and after five years 2 or 3 per cents ... and one third of the Norway villages don't have any pharmaceuticals after these liberalizations so I'm afraid that it can happen to us.

(Horvath Sziklai Atila: Bence sorun büyük ölçüde özelle tirmeler sırasındaki de imden kaynaklanıyor ve temel tehlike de liberalle tirme olabilir. Çünkü Sovyet rejiminin ardından eczaneler özelle tirildi ama durum hâlâ aynı. Yani insanlar da sadece durum iyi ve düzen de i ti diye dü ünüyorlar. Ama bence bugünlerde gerçek tehlike kırsal alanlardaki eczanelerin kapanmaya ba laması. 1 Ocaktan sonra eczacılar kırsal alanlardan ba kente ya da kentlere ta nabilecekler ve bunu yapacaklarından korkuyoruz. Böylece kamuoyu da hizmetlerin azaldı nı hissedecek. Çünkü eczaneleri kapatıp ba kente ve kentlere ta nacaklar tıpkı be yıl önce Norveç'te topyekûn serbest sistemi ba lattıkları zaman oldu u gibi... Norveç'te yüzde ... özel eczane vardı ve be yıl sonra Norveç köylerinin üçte-birinde bu serbestle tirmelerden sonra eczane kalmadı. Bunun bizim de ba ımıza gelmesinden korkuyorum.)

Andre Vetka: *Thank you for the question. I agree with the last speaker and may be I add that my opinion that the, when we are taking the patient perspective what was in the Soviet time and what was after the independence I think that the most of the change is mostly the positive because although the pharmaceuticals are always expensive, no matter what happens they are always expensive, although in Soviet time there were actually lack of medicines there were many other lack of goods especially at the end of the Soviet Union at the 80 s for example. So the situation get much more better after the independence and actually we had made very many overviews about the drug usage before the independence and after the independence so in Estonia there is the availability of medicines are much better now than it was during Soviet times. So it has increased enormously. And of course the main issue today is that how health insurance cover the most of the expenses of the pharmacists. This challenge is everywhere in all over the world the same.*

(Andre Vetka: Soru için te ekkür ederim. Son konu macıya katılıyorum ve belki buna u fikrimi ekleyebilirim, hasta bakı açısından baktı ımız zaman Sovyet döneminde neydi, ba ımsızlıktan sonra ne oldu? Bence de i im büyük ölçüde olumlu çünkü ilaçlar her zaman pahalı olmasına kar ın, ne olursa olsun ilaçlar her zaman pahalı, Sovyet döneminde aslında tıpkı di er mal kıtlıkları gibi özellikle Sovyetler Birli inin son dönemlerinde, örne in 80'lerde ilaç kıtlı ı da vardı, bu yüzden durum ba ımsızlıktan sonra çok daha düzeldi ve aslında ba ımsızlık öncesi ve ba ımsızlık sonrasına dair yaptı ımız birçok de erlendirmede ilaç kullanımı konusunda, imdiki durumun Sovyet dönemine göre çok daha iyi oldu u görüüyor. laç kullanımı muazzam arttı. Elbette bugünkü temel sorun sa lık sigortasının eczacıların maliyetlerinin ço unu nasıl kar ılayaca ı. Ama bu tüm dünyada benzer bir meydan okuma durumunda.)

Prof. Dr. Betül Dortunç: Te ekkür ediyoruz. imdi benim aklıma takılan öyle bir som var. Avrupa Birli i'nde serbest eczacılık uygulamaları derken konu macılarımızın da belirtti i bir sorun var, uyum sorunu var. Yani yeni üye olan ülkelerde ve aday ülkelerde görüyoruz ki eczanenin sahibi eczacı olmalıdır gibi bir Avrupa Birli i'ne göre kısıtlama var veya mesafeye ba lı kısıtlamalar sözkonusu. Biz de de... olması dü ünülüyor ama Avrupa Birli i bunları asla kabul etmiyor hatta u an için talya, spanya, Almanya gibi ülkelere

yasal uyarılarda bulunulması sözkonusu bu uyumsuzluklar nedeniyle. Peki, bu nasıl a ilacın bir yolu var mı, yoksa hem a larım hem giderim ekinde bir durumla mı kar ıla aca ız bunu merak ediyorum gerçekten. Yani tamam biz böyle istemiyoruz ama zorunlu olarak kabul edece ız bunu mu diyece ız yoksa i te Avrupa'nın bütün eczacı odaları birle in ekinde bir durum mu söz konusu olacak? Yani niçin belirleyici olamıyor eczacılar bu konuda do rusu bunu da üzüntüyle merak ediyorum.

(Salondan "Baskı görüyorlar mı?" sorusu)

Avrupa Birli i'nin kuralları belli zaten, yasaları var.

Horvath Sziklai Attila: *The main rule is that there are no rules. Because European Union do not have any directive on this field.*

(Horvath Sziklai Attila: Ana kural hiçbir kuralın olmaması. Çünkü Avrupa Birli i bu alanda herhangi bir direktife sahip de il.)

Andre Vetka: *lean make a little comment over it if I understand the question correctly or the discussion correctly. Although there are very much liberalization inside the European Union at the moment for example Norway, Slovakia, Hungary in near future still I am sure that it is not directly because of the European Union rules. European Union rules don't force to liberalize the pharmaceutical system but there are rules that are... how can I say for example, there are rules about breaking all rules inside the European Union equally so it means for example there is the free movement of the workforce so for example Estonian pharmacists can work in England as a pharmacist and for example if there are rules about establishing a new pharmacy then for example it cannot be said that it can be the only. For example Estonian pharmacists who can establish pharmacy, he can also be for example in Finland pharmacist who can establish pharmacy. So still no body can say that for example we should take this restriction away but we should treat all persons inside the European Union equally. So I think it s the short comment.*

(Andre Vetka: Soruyu do ru anladım ya da tartı mayı do ru anladım bu konuda kısa bir yorumda bulunabilirim. u anda Avrupa Birli i'nin içinde çok fazla serbestle tirme olmakla birlikte, örne in Norveç, Slovakya, Macaristan, yakın gelecekte gündemde. Eminim ki bunlar do rudan Avrupa Birli i kuralları yüzünden de il. Avrupa Birli i kuralları eczacılık sistemini serbestle tirmeyi zorlamıyor ama kurallar var... nasıl desem, örne in, Avrupa Birli i içindeki tüm kuralları e it olarak kaldırmayla ilgili kurallar, yani bu da.. Örne in, i - gücünün serbest dola ımı olması anlamına geliyor, yani örne in, Estonyalı eczacılar ngiltere'de eczacı olarak çalışabilirler ve örne in yeni bir eczane açmakla ilgili kurallar mevcutsa sadece Estonyalı eczacıların eczane açabilece i söylenemez, örne in Finlandiyalı bir eczacı da eczane açabilir. Yani hiç kimse sözgelimi bu sınırlandırmayı kaldırmalıyız diyemez, tersine Avrupa Birli i içindeki herkese e it muamele etmeliyiz diyebilir. Sanırım bu da kısa bir yorum oldu.)

Maria Lopez Gonzalez: *The question that we got in Spain the ... by the European Community in this way is that which thing is more important, the healthcare or the free competitiveness. If we are trying to get a model based on health care go or with models. The models of the ... saying that the traditional models which the population like it. And if we got a capitalist society so if we got only the relation of market go with free competition.*

(Maria Lopez Gonzalez: spanya'da Avrupa Komisyonu tarafından bu biçimde... sorusu... hangisinin daha önemli oldu u sa lık bakımının mı yoksa serbest rekabetin mi daha önemli oldu u sorusudur. Sa lık bakımına dayalı bir model mi olacak... halkın ho - landı ı geleneksel modeller mi... E er sadece piyasa ili kisine dayalı kapitalist bir topluma sahipsek serbest rekabetle gideceksiniz.)

Prof. Dr. Betül Dortunç: Te ekkür ederiz. sterseniz arada sorun çünkü biraz uzadı soru cevap... O zaman kısaca lütfen sorun.

Dinleyici: Mümkünse laç ve Eczacılık Genel Müdürü'nün de yanıtlamasını istedi i- miz bir soru var çünkü 20 bin tane eczaneyi ilgilendiren güncel bir sorumuz. Sürekli Tür- kiye'de u an fiyatlar dü ürülüyor, geri ödemeler için. Mesela bugün 9 Aralık, 12 Aralık itibarıyla Protect diye bir ilacımızın fiyatı 43,55'den 28,05'e dü tü. Belki birçok karde imi- zin henüz haberi bile yok. Bu ülkelerde böyle bir durum var mı, daha do rusu fiyat dü mesi oldu unda nasıl bir i lem, nasıl bir yol izleniyor, sadece eczacının sırtına mı biniyor? Çünkü 36 liraya aldı ımız bir ilacı 43'e satarken, 36'ya satıp 28'e almak zorunda kalıyoruz. Öyle bir durum ki ruhsatı veren, fiyatı veren, geri ödemeyi yapan tamamen Sa lık Bakanlığı ı yani bu ülkelerdeki durumu merak ediyorum.

Maria Lopez Gonzalez: *In Spain we had this problem two years ago and also last year. In the first time we got the price in a 4.5 per cent and in last year something around 2 points, it is in one of the slides. But if the government makes a law and the pharmacies afford it, it s just a kind of point of view, is my personal view is since I have been a pharmacist in a pharmacy I afford all the law. But I don't know the sense of these kinds of laws. If you go .. generic goods... you must go to the prescribes who is the person who prescribe, afford the price of all the medicines.*

(Maria Lopez Gonzalez: spanya'da bu sorunu iki yıl önce ve ayrıca geçen yıl da ya adık. İlk seferinde yüzde 4.5 fiyat indirimi oldu ve geçen yıl da yüzde 2 civarında, slayt- lardan birinde vardı. Ama hükümet bir yasa çıkardı ında bunu eczacılar ödeyecekse, bu bir bakı açısıdır, benim ki isel görüşüm, çünkü ben de eczanede çalı an bir eczacıyım. Yasa- nın tüm yükünü ben çekiyorum. Ama bu tür yasaların mantı ını anlamıyorum. Jenerik mal- lar söz konusu oldu unda... Reçeteyi kim yazıyorsa ona gitmelisiniz, reçeteyi yazan kimse tüm ilaçların fiyatını o çekiyor.)

Andre Vetka: *I think the price check is now quite common in veiy many countries and these price reductions are used when the governments are trying to do that. In Estonia also in every quarter, it means jour times a year, prices are changing and but the pharma- cists are informed before the changes and actually so that they can organize their actions that those changes doesn't ajj'ect them. One very short comment, in Estonia when there are price reductions at 1st January 2007 then Estonian pharmacists had the opportunity to sell drugs with the old price the next two months and since many pharmacies did not have big stocks for two months the possible effect was low.*

(Andre Vetka: Fiyat denetiminin birçok ülkede oldukça yaygın oldu unu dü ünüyo- rum ve bu fiyat indirimleri hükümetler bunu yapmak istedikleri zaman kullanılıyor. Eston- ya'da da her dört ayda bir yani yılda dört kez, fiyatlar de iiyor ama eczacılar

de i ikliklerden önce haberdar ediliyor ve davranı larını önceden düzenleyebildikleri için bu de i iklikler onları fazla etkilemiyor. Çok kısa bir yorum daha, Estonya'da 1 Ocak 2007'de fiyat indirimi yapıldı ı zaman Estonyalı eczacıların ilaçları gelecek iki ay içinde eski fiyatlarından satma ansları oldu ve ço u eczacının iki aylık büyük stokları olmadığı için olası etki de dü ük oldu.)

Horvath Sziklai Atila: *It's quite the same in Hungary because there is a possibility to change the prices all times in a year and the pharmacists will be told what will be the changes expected one month earlier, and as we saw the medicines in a pharmacy are enough for two weeks. If you order that medicine from the wholesalers you will know the price because we have this very small two weeks time.*

(Horvath Sziklai Atila: Macaristan'da da oldukça benzer çünkü fiyatların tüm bir yıl içinde her zaman de i mesi olası ı var ve eczacılara da de i imin ne olaca ı konusundaki beklentiler bir ay önceden bildiriliyor ve gördü ümüz bir eczanelerdeki ilaçlar da iki hafta için yeterli. Toptancıdan bu ilacı ısmarladı ınız zaman fiyatı biliyorsunuz çünkü bu çok kısa iki hafta süresine sahipsiniz.)

Prof. Dr. Betül Dortunç: Oturumu kapatmadan önce her üç konu macımıza da, genç ama bilgili ve birikimli konu macılarımıza da te ekkür ediyoruz katkıları için. Sizlere de ilginiz ve sabrınız için te ekkür ediyoruz.

PANEL: Bir dayanışma modeli; kooperatifçilik ve eczacı kooperatifleri

Oturum Yöneticisi: Ecz. M. Sait YÜCEL (*İstanbul Ecza Kooperatifi Başkanı*)

Konu macılar: Alain ROIJDERGUES (*Secretary General of C'erp Ronen, Chief Operating Officer of SECOF*), **Prof. Dr. Ziya G. MÜLAYİM** [*CHP Emekli Paucimenter-Kooperatifçi*]. **Prof. Dr. Zeytin ÖNDER** (*İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Maliye Bölümü Öğretim Üyesi*)

Ecz. M. Sait Yücel: ... ve de i iklik önergesi var ilgili. Orda ilaç fiyatlarında e er yüzde 5'ten fazla bir dü ü olursa ve bunlar ilaçların yüzde 10'dan fazlasını içeriyorsa 45... verilmesini istiyoruz. Yani bu tabii 2, 3, 5, 10 kalem, 50 kalem ilaçta dü me oldu unda bir çözüm de il ama yüklü indirimlerin oldu u bir dönem için önemli. Bu yasanın çıkmasının ve kararnamenin de i mesinin niye önemi var? Çünkü ilaç fiyat kararnamesindeki 5 ülkenin sayısı 10 ülkeye çıkartılmak isteniyor. 10 ülke içinde de bizden fiyatça ucuz olan Estonya ve Macaristan da var. E er ilaç fiyat kararnamesi de i ir ve bu ülkeler bu referans fiyat alınacak ülkeler arasına girerse yeni bir fiili örtü me söz konusu olabilir diye bekliyoruz. Tabii Mahmut Bey burada olsaydı daha iyi bir açıklama yapardı. Kendisi burada oldu u zaman bunu söylemek istiyorum ama bu konuda böyle bir de i iklik var. Panelin öbür yarısında Mahmut Bey geldikten sonra kendisinin ilaç fiyat kararnamesindeki de i ikliklerle ilgili dü üncelerini almaya çalışırız.

Evet, bugün bizim eczanelerimizin ya amında önemli bir yeri olan ecza kooperatif modeli üzerine bir oturum düzenliyoruz. Tabii kooperatif modeli bize özgü bir model de il. Kooperatif modeli bütün dünyada özellikle küreselle me kar ısında son dönemlerde küçük sermayenin birlikte yan yana gelerek olu turdukları bir ortak sermayede onlara kar ı bir direnç olu turmak için buldukları bir örgütlenme modeli ve son dönemlerde de geli mesi oldukça fazla. Türkiye'de de bu alanda oldukça yo un bir kooperatifle me süreci var. Ve dünyada da kooperatifle me modeli oldukça yaygın.

Bugün üç tane konu macımız vardı, ben de kısa bir eyler söyleyecektim. Konu macılarımızdan sayın zeytin Önder'in e i evvelsi gün ameliyata alındı, hayati bir ameliyat geçirdi. Kendisine geçmiş olsun diyoruz. Kendisi o nedenle bugün katılamadı. Di er konu macılarımız burada. Ben de bugün çok fazla konu ma ansım olmadı ını dü ünüyorum çünkü yakla ık olarak 16.30'da balamamız gereken oturum 17.35'e sarktı. İki tane konu macımız var, o konu macılarımızın konu malarını alalım, e er bana da iire kalırsa ben o sürede konu mayı arzu ediyorum. Çünkü misafir konu macılarımızın süresini kısıtlamadan biz her zaman sizinle beraberiz, her zaman konu uruz diye dü ünüyorum.

Ben vakit kaybetmeden konu macılarımızı buraya davet edeceğim. İki konu macımız var. Bir tanesi, Sayın Profesör Doktor Ziya Gökalp Mülayim. Buyrun Sayın Mülayim. Kendisi 1937'de do du, 1950'de İstanbul Kabata Lisesi'ni bitirdikten sonra talya'ya giderek Floransa Üniversitesi Ziraat Fakültesi'ni bitirdi ve orada kooperatif konusunda doktora yaptı. Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi'nde 1970'te Tarım Ekonomisi profesörü oldu. Bu arada bir yıl Amerika'da Harvard Üniversitesi'nde, 8 ay Almanya'da Diasele Üniversitesi'nde Koo-

peratifçilik Enstitüsü'nde incelemelerde bulundu. 1970'te Cumhuriyet Halk Partisi Yüksek Danışma Kurulu Başkanlığı, 1970-1979'da Cumhuriyet Halk Partisi Samsun Senatörlüğü, 1977-79'da ise Senato Danışmanları Komisyonu Başkanı yaptı. 1978-2000 yılları arasında Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi'nde kooperatif dersleri verdi. 1979-80'de Köykoop Yönetim Kurulu üyesi yaptı. İtalyan hükümeti ... ve Commandatör nişanları sahibi olup aynı zamanda bir suluboya ressamıdır. Kişisel olarak 6 tane sergisi vardır. Kooperatifçilik konusunda Türkçe, İngilizce ve İtalyanca kitap, bildiri ve incelemeleriyle *Milliyet* ve *Cumhuriyet* gazetelerinde yayınlanmış birçok makalesi bulunmaktadır. Yetkin yayınları arasında yer alan *Demokratik Kooperatifçilik Politikası ve Toprak Reformu, Atatürk'ten Bu Yana Kooperatifçilik, Tarımsal Yerleşimcilik ve Kooperatifçilik, Kooperatifçilik* gibi beş tane kitabı vardır.

Diğer konu macımız Alain Roudergues, kendisi ekonomist. ABD'de çeşitli firmalarda satış ve pazarlama direktörlüğü yaptı. 1990'da Fransa'daki en büyük pazar payına sahip eczacılık kooperatifi CERP Rouen'in genel direktörlüğünü yaptı. 1999 yılına kadar satış müdürlüğü ve iletişim direktörlüğü yaptı, bunda da halen Fransa'nın en büyük eczacılar kooperatifinin genel sekreteri olarak görev yapıyor. Buyrun.

İlk konu macımız olarak Sayın Alain Roudergues'le buluşacağız. Neden? Simültane çeviri ile görevli arkadaşlarımızın belirli bir saat noktasında buradan ayrılma zorunlulukları var. Önce Alain Roudergues'le buluşup sonra Ziya Hocamızla onun istediği kadar süre ve bizim beraberce katılacağımız bir oturum yapacağız. İlk konu macımız Sayın Alain Roudergues'e vereceğimiz, kendisi bu konuda bize özellikle kooperatiflerin yönetim yapıları ve maliyeti, Avrupa programında ecza kooperatiflerine bakış, eczane ve kooperatiflerimiz için gelecek üzerine bir takım yorumlar yapacak. Kendisi aynı zamanda bizim hep söylediğimiz, Avrupa'da bizim de içinde olduğumuz SECOF'un icra komitesi başkanlığını yürütmekte. Sözü Sayın Alain Roudergues'e bırakıyorum. Buyrun.

Alain Roudergues: *I wanted to tell something to you in Turkish, so I prepared my "merhabalar". But by the time we are now I would say herkese "iyi akamlar".*

(Laughs)

I'm going to start my presentation by presenting and introducing myself. When I'm you attending to some convention like this sometimes I wonder who is this guy. Why is he talking to me, what is his legitimacy to speak to me? So I want to explain to you what I do and where I got that data I'm going to share with you tonight. I'm the secretary general of CERP Rouen. I'm the chairman of the executive committee of SECOF that Sait Bey presented and I'm a member of the European Association, the GIRP, I'm a member of the legal affairs and the technical committee. CERP Rouen is my company. It is the largest cooperative of pharmacists in Europe, it has 5200 members and the turnover is 3.3 billion euro. It is not only a full line wholesaler, it is also a group of different... dealing with home care, IT for pharmacist, call center and the pre-wholesaling unit. And it operates in France and in Belgium. SECOF, stands for the Spanish company Sociedad Europea de Cooperación Farmacéutica. It unites 4 cooperatives or groups of cooperatives in Europe. So my company CERP Rouen in France, Farmintesa in Italy, 12 per cent market share, Fecofar it's a union of six cooperatives in Portugal with a 40 percent market share and TEKB here in Turkey with 12 per cent market share. And SECOF is member of GIRP. And now I'm going to introduce you with GIRP. GIRP stands for Groupment International de la Repartition Pharmaceutique. International group of full line wholesalers. It is based in Brussels. It is the umbrella organization of full line wholesalers in Europe lobbying close to the European Commission. The members of

G/RP are national associations and TEKB is representing Turkey at GIRP level. But it also consists in major full line wholesalers in Europe. Alliance-Boots that you know here in Turkey ... Celesio, Phoenix and of course SECOF.

Now I'm going to show you the structure, the agenda of my representation, you are going to see what is a cooperative, an overview of the European countries where cooperatives of pharmacists are operating and what are or could be the trends for the future of pharmacy.

So what is a cooperative? A cooperative is a company. Isn't it silly? It means if it is a company it has to be managed as a company, it means it has to make benefits. And it has to be managed like a company by the people in charge of managing company I mean the executives. These executives on seat further on they have above them have a board, the board of directors representing pharmacists. And together executives and pharmacists if it is a cooperative pharmacy are managing the company. Both sides are equally important, the technical side and the political side. The shareholding consists in any kind of cooperative not only in the cooperative pharmacy it consists in a group of legally and financially independent entities united to use the services or to get the product made available by the company.

And this is the third point a very interesting and a very specific point: the shareholders are the customers of the company.

And when you look at the way a company should deal with its various audiences like the employees, the customers, the shareholders, this is the thing like in any A as you say in Turkey. The management has to make some arbitration between who it want to give advantage to. The shareholders, the customers or the employee. Many cooperative when they give advantages to the customers may also give advantages to the shareholders and make it much easier for the management.

Some cooperatives are not cooperatives, is it silly? In fact they are A companies but with specific a shareholding only pharmacists in our domain could be for instance member or shareholder of this public company. It may lead to some differences. In both company, cooperative or the A. with a specific shareholding only pharmacists are shareholders. But you will see there is a big big difference later on. So in such public company of course the shareholders may not be customers as well as the some customers may not have any shares of the cooperative.

So we are reaching to the very differentiating point. In a cooperative, the intangible rule is one member one vote, whatever the quantity of shares each member is owning. The general assembly like in every company holds every power. The general assembly elects the board of directors, or representative who in turn has to elect the board members. According to national laws, the board of directors may delegate executive powers to delegate administrators, a chief executive officer or a management board. Delegate administrator is like a general director in countries where it is not possible to hold a dual management of the company. The dual management of the company is as what I said before have all the directors and underneath a chief executive officer or a general director. The two of them sharing the board and the CEO, chief executive officer nearly the same powers. So when such a dual system is not possible then one member of the board is in charge of the daily management of the cooperative. So if it is not a cooperative but a public company with a certain type of shareholder like just pharmacists for us then at the end the shareholders vote not one man one vote but vote according to the number of shares they possess. It means in such a company you may have 2000 customers and only 200 shareholders. And among these 200 shareholders may be one or two

may have the majority of the shareholders general assembly. So in this case there could be some kind of control of the company not by the members as it is in the case of the cooperative but by a limited number of people. As usual the general assembly elects the board members according to national laws, the board may delegate just like in cooperative delegates executive powers to people like executive chief officer or a management board.

As a result of the foregoing, the main differences between real cooperatives and the public companies with specific shareholding lay in the way the general assembly controls the executive body of the company, controls afterward it means, controls by the action decided by the CEO it's not instead of the CEO. The second point the ability of the general assembly to represent not only the shareholding but also the customers.

Now we go... I see some of you are a little bit tired... Now we go to the overview of European countries where cooperatives of pharmacists are active. And I got some information just for the cultural viewpoint. 13 full line wholesalers in Belgium. 4 pharmacists based full line wholesalers, when we say pharmacist based it means there is no cooperative in Belgium, but one, but the three others are in fact AS with only pharmacists in the shareholding. There are 5269 pharmacies, a very accurate number with a growing tendency to organize in chains. Before me the speakers told you about this horizontal integration that we see more and more often in European countries. A very interesting point for you I'm sure is non pharmacists may own one or several pharmacies in Belgium. And margins of pharmaceutical wholesalers are scrutinized in a way to go down down and down.

In France, I use the alphabetical order for the countries, there are 7 full line wholesalers, 3 cooperatives and 1 pharmacist based full line wholesaler totaling 28 per cent of the market share and we have 22670 pharmacies in France. And what we can see now I add same features I found interesting, we can see the appearance of purchasing groups of pharmacists due to the development of generic market with very high debates and big interest to unite to place the orders.

Germany... 15 full line wholesalers 2 cooperatives based full line wholesaler: So these ones are real cooperatives, one man one vote, they total 24 per cent of the market share and there is 21500 pharmacy roughly in Germany, but in 2006 the government started something really funny, they gave incentive to patients to purchase cheaper medicines resulting in a trend toward lower turnover for pharmacies. It means your patient will ask you for a cheaper medicine and if you don't give the cheaper medicine to them it's very easy to change for a ... pharmacy. And in Germany we can see the development of virtual chains of pharmacies because it's not legal in Germany to own more than 3 pharmacy. But some pharmacists united, most of them with the support of the wholesalers under brand, brand pharmacy, chains of pharmacy and I give you some name Mein Apotheke, Vivesco or Linda. Each one of them supported by a wholesaler in Germany and these chains are giving the pharmacists ways to communicate with the patients, they make advertising for them, and they negotiate some contracts for the pharmacies, contract with manufacturers for instance.

In Greece, 147 wholesalers, 27 one them are pharmacists based cooperatives. I don't know exactly, it is difficult to have any detail in Greece, but they represent 45 per cent of the market share so basically these wholesalers are bigger than the private company 9500 pharmacies and Greek government just implemented a new way of calculating prices for new medicines and as you see here the principle is that the prices of the medicines will be the average of 3 cheapest prices of the same product in EU 25, 2 countries belonging to

the historical group of 15 and 1 belonging to the group of new member states. So you can see that it is clearly designed to have as low as possible prices for medicines.

In Italy 134 full line wholesalers, 34 pharmacist based wholesalers totaling 30 per cent of the market share 17 000 pharmacies and a new law in August 2nd 2006 following the EU commission's infringement procedure and as in the presentation done by my colleague in Spain, she mentioned this infringement procedure, then according to this new law in Italy multiple ownership of pharmacies is allowed among the pharmacists only, a wholesaler can run one or several pharmacy, run and not all it means they can manage the pharmacy without being the owner of the pharmacy, chains of pharmacies up to 4 today are allowed and OTC medicines are in mass market.

In Portugal, 11 full line wholesalers, 6 cooperative based full line wholesalers with total of 40 per cent market share 2700 pharmacy and there is this protocol signed by the ministry of health and Portuguese pharmacists association in 2006. And this is a very difficult document as it lead the way forward for new sets of law so they already implementing some of the building abolition of the monopoly of ownership by pharmacists only, multiple ownership of pharmacies is now allowed or will be allowed I have the information that 350 new pharmacies as my colleague said basically the same it represents nearly 12 per cent more pharmacy from the one... OTC medicines are optional on mass distribution market and there will be authorization of advertising for pharmacy.

Spain, 58 full line wholesalers, the only national full line wholesaler is a cooperative, there are more than 20 000 pharmacies in Spain, the royal decree my Spanish colleague mentioned in 2004 lowered the prices of medicines in 2005 and 2006. This point is interesting, there is mandatory track and trace of medicines for pharmacists and wholesalers, possible interactive in 2007. With this track and trace procedure it will be very customary for the pharmacists to buy the equipment to keep track of every box delivered to which patient and for several years they have to keep that record. And the EU Commission's infringement procedure against Spain with respect to the setting up a pharmacy more freedom to set, multiple ownership should be allowed non pharmacist's ownership should be eased or should be allowed. And one pharmacist should be allowed to own one or several pharmacies. This is what the EU is requesting from Spain.

So all these countries, UK, Ireland, Luxembourg, Netherlands, Denmark, Finland, Sweden, Austria they don't have any cooperative of pharmacists. At least as long as I know. And in the 10 new member states including Estonia, I don't think there is any cooperative of pharmacists at all. May be one of the reasons and it was mentioned as part of the question you asked before, may be because at the time of the communist regime cooperative was the only so called free entrepreneurship that was allowed. And as so some people make some connection with communism and cooperatives, but it is a wrong thing, I believe it is misleading but it is the fact that people have this way of thinking about cooperative in Eastern Europe countries. And in Malta and Cyprus there is not any full line wholesalers at all.

On this map you can see the pink countries where cooperatives of pharmacists are operating, blue ones where there is non and the grey is the new members I had told you a little information about them, but there might not be any cooperatives of pharmacies at all.

There is one specific place, Sweden, here that's why it has the color of light blue. It is because there is state monopoly on pharmacy still today. So there is no cooperative in Sweden. For these countries that are darker pink, Italy, Portugal, France and Turkey, these are

We are coming to the end. You can say ooh.

(Claps)

Ah you d.on't? We are getting to the end unfortunately.

Less business protecting legislation that is what we can expect or fear from the future. There is a why through the impulse of European Union and on this may be I may not agree with the Estonian colleague who say that the union is not pushing for more liberalization. The Rome treaty principles by themselves push toward liberalization there is freedom of movement of goods, freedom of movement of people, freedom of movement of money, so even if there is nothing specific for pharmacy, lets say medicines, pharmaceuticals are not different from other products they, must obey to the same rules the same principles as they are in the Rome treaty. So we can say that the pharmacy business will be more and more competition oriented and we can see this in all these requests for liberalization of the ownership of pharmacy and OTC product in mass market distribution. On the other side there will be more and more constraints on the pharmacy and the pharmacists. Because people, patients they don't want uncertainty, they don't want danger, so they will be more and more track and trace, they will be more and more (kayıtta bozukluk)... There will be more and more compliance rules that the pharmacists will have to enforce with the patients, more and more control, so it will be more and more difficult for the pharmacists to do that job. Example track and trace of pharmaceuticals in Spain.

Somebody we can speak at least this afternoon wouldn't speak of them.

Manufacturers, they like us very much but some time they want to bypass us, and they want to bypass wholesalers if they can, then sometime they want to bypass also pharmacists and if you look at this product Ambrel&Humira in both countries, UK and Netherlands they are so directly to the patients and they are delivered to the patient directly not to the pharmacy. So is it a new tendency I cannot tell you but still things like this did not exist in the past.

There is also a real control of the supply chain with the Pfizer/Alliance-Boots easel don't know if you heard of it but it is very strange in the much liberalized Europe. But Pfizer gave the monopoly of the distribution of the product to Alliance-Boots it means for the British pharmacists if he/she wants the Pfizer product this pharmacists must be a customer of Alliance-Boots. There is no more choice and the other wholesalers do not get any delivery from Pfizer. So you are free as you like as long as you order from Alliance-Boots and this is going to be implemented in March 2007. Is it the way the manufacturers want to work with us? May be. If you see that Pfizer implementing more or less the same scheme in Spain, selecting 10 wholesalers out of 140 as I told you before they try to do the same in Germany. But unsuccessfully as they want to implement the same delivery style in Poland, of course according to the Pfizer Spanish general manager there is no debate further given to the product pharmacies, if you want Pfizer product you buy Pfizer product if you don't want to buy them but Pfizer saying you I'm not giving you any of my product. This is my way it is interesting to have this.

There are new competitors also to the pharmacy. In developed countries life expectation is growing fast. In most countries old people will represent an increasing part of the population. And these elements, among others, but these ones are powerful drivers for the health market and of course if there is big increase in this market it will attract other players like mass distribution companies. So you can say Wal-Mart or Carrefour this company they are interested in taking shares in the health business.

For pharmacy also we will see what happens in Germany real or virtual chains of pharmacies. Real in UK and virtual in Germany. Competition of independent pharmacies with integrated networks of pharmacies, drugstores and mass distribution companies, there will be this type of competition in the future. For example situation in UK. But chains of pharmacies owned by pharmacists only can be built as it exists in every retail sector. I mean outside pharmacy. So retailers, some hostels, some hotels, some hotel managers, Savoy in Taksim its best... hotel is competing with The Marmara they are cooperatives there is also... active in Turkey but it is one of the leading brand for sport equipment in the world and these are cooperatives of retailers. So many many many businesses have organized themselves to compete with company ... they are very successful. As a conclusion I can say that the cooperatives of pharmacists are well equipped for competition. They can for instance set up purchasing centers like we did in my company. They can also build networks of pharmacies only to compete with integrated companies like Mein Apoteke general network. They can improve the logistic of pharmacy and can give more precise and more efficient delivery like FarmaLojistik-TEKB this is something very interesting that has recently seen in Turkey. Or Farmintesa that is doing exactly the same in Italy. And some investment can be made also on pharmaceutical grounds. For instance my company CERP Rouen designed a new delivery boxing for cold chain products, the reason why was that in that time last year medicine that was previously kept in hospital and not for sale in community pharmacy were available but many of this product was cold chain product. And it was very hot, as far as manufacturers to show that we are able to deal with this problem. And keep them in perfect condition during the transportation so not it is not only the logistic performance, it is only the way to feed the network if our members with the product that by themselves they could not get it. And here we are.

(Alain Roudergues: Size Türkçe bir şeyler söylemek istediğim için "merhabalar" sözcüğü ünü hazırlamıştım ama vaktin ilerlediği anda herkese "iyi akamlar" demeliyim.

(Gülü meler)

Sunu uma kendimi sunarak ve tanıtarak başlayacağım. Ben bunun gibi bir toplantıya katılıp sizlerin oturduğu yerlerde oturduğumda, bazen "bu adam da kim" diye merak ederim. "Neden benimle konu uyor, benimle konuşma me ruiyetini nereden alıyor?" Bu yüzden ne yaptığımı ve sizinle bu gece paylaşacağım verileri nereden aldığımı açıklamak istiyorum. CERP Rouen'in genel sekreteriyim. Sait Bey'in sunduğu SECOF'un yürütme kurulu başkanım. Ve GIRP isimli bir Avrupa derneğinin üyesiyim. Yasal işler ve teknik komite üyesiyim. CERP Rouen benim şirketim. Avrupa'daki en büyük eczacılar kooperatifi, 5200 üyesi var ve bilançosu 3,3 milyar Euro. Sadece tam kapsamlı bir toptancı değil, aynı zamanda evde bakım, eczacılar için iletişim teknolojisi, call center ve toptancılık öncesi birim gibi işlerle uğraşan... farklı birimlerden oluşan bir grup. Fransa ve Belçika'da faaliyet gösteriyor. SECOF, Sociedad Europea de Cooperation Farmacéutica isimli bir şirketin şirketi. Avrupa'daki 4 kooperatifi ya da kooperatif grubunu birleştiriyor. Yani benim şirketim Fransa'daki şirketim CERP Rouen, İtalya'da yüzde 12'lik pazar payı olan Farmintesa, Portekiz'de yüzde 40 pazar payı olan altı kooperatiften oluşan bir birlik olan Fecofar ve burada Türkiye'de yüzde 12 pazar payı olan TEKB. SECOF da GIRP'in üyesi.

İmdi ise sizi GIRP ile tanıştırayım. GIRP, yani Groupment International de la Repartition Pharmaceutique. Bu tam kapsamlı toptancılardan oluşan bir uluslararası grup. Avrupa'da tam kapsamlı toptancıların, Avrupa Komisyonu'na yakın lobicilik yapan emsiye

örgütü. GIRP'in üyeleri ulusal birlikler ve TEKB de GIRP düzeyinde Türkiye'yi temsil ediyor. Ama aynı zamanda Avrupa'daki büyük tam kapsamlı toptancılardan da oluşuyor. Burada Türkiye'de bildiğiniz Alliance-Boots, Celecio, Phoenix ve elbette SECOF.

İmdi ise sunu umun yapısını, gündemini göstereyim, kooperatif nedir, eczacı kooperatiflerinin faaliyet gösterdiği Avrupa ülkelerinin bir de erlendirmesi ve eczacılığın geleceğine yönelik eğitimlerin neler olduğunu, olabileceğini göreceksiniz.

Peki, bir kooperatif nedir? Kooperatif bir şirkettir. Bu saçma değil mi? Yani bunun anlamı, gerçek bir şirkete, şirket gibi yönetilmesi gerektiği, yani fayda sağlaması gerektiğidir. Ve kooperatifde şirket gibi şirketi yönetmekten sorumlu kimselerce yönetilmelidir, yürütme görevlilerini kastediyorum. Bu yürütme görevlileri kendi üzerlerinde bir kurula sahiptir, eczacıları temsil eden bir müdürler kuruluna. Ve gerçek bu bir eczacılar kooperatifi ise yürütme görevlileri ve eczacılar şirketi birlikte yönetirler. Her iki taraf da gerçek öneme sahiptir, teknik taraf ve politik taraf.

Hissedarlar, sadece eczacılar kooperatifinde değil, her türden kooperatifte, şirket tarafından sunulan hizmetleri kullanmak ya da üretilen ürünleri elde etmek üzere birleşmiş olan yasal ve mali açıdan bağımsız birimler grubundan oluşurlar.

Ve bu üçüncü nokta ki çok ilginç ve özgün bir nokta: hissedarlar şirketin mü terileridir.

Şirketin çalışanlar, mü teriler ve hissedarlar gibi çeşitli muhataplarını nasıl ele alması gerektiğine baktığımızda, Türkiye'de de söylediğiniz gibi bu tıpkı herhangi bir A'deki duruma benzer. Yönetim avantaj sağlamak istedikleri arasında bir tür uzlaştırmada bulunmalıdır. Hissedarlar, mü teriler ya da çalışanlar. Birçok kooperatif mü terilerine avantaj sağlamış zaman hissedarlarına da avantajlar sağlayabilir ve bu da işi yönetim açısından çok daha kolaylaştırır.

Bazı kooperatifler kooperatif değildir, bu saçma değil mi? Aslında bunlar A şirketlerdir ama özgün bir hissedar yapısına sahip olan şirketlerdir, bizim örneklerimizde sadece eczacılar bu kamu şirketinin üyesi ya da hissedarı olabilirler. Bu da bazı de ikiliklere yol açabilir. Her şirkette, hem kooperatifte hem de özel hisse yapısına sahip bir A'de sadece eczacılar hissedardır. Ama daha sonra çok büyük bir fark olduğunu göreceksiniz. Yani böyle bir kamusal şirkette elbette hissedarlar mü teri olmayabilecekleri gibi bazı mü teriler de kooperatifin hiçbir hissesine sahip olmayabilirler.

İmdi son derece ayrıntılı noktaya ulaşıyoruz. Bir kooperatifteki elle tutulamaz kural, tek üye tek oydur, her bir üyenin sahip olduğu hisse değerine bakılmaksızın. Genel kurul tüm şirketlerde olduğu gibi tüm güce sahiptir. Genel kurul yönetim kurulunu ya da o da kurul üyelerini seçecek olan temsilciyi seçer. Ulusal yasalara göre, yönetim kurulu yürütme yetkisini delege edilmiş yöneticilere, başkan yürütme görevlisine ya da idari kurula devredebilir. Delege edilmiş yöneticiler, şirketin ikili yönetiminin mümkün olmadığı ülkelerdeki genel müdür gibidirler. Şirketin ikili yönetimi ise, önce de söylediğim gibi, tüm yöneticilere, onun altında bir başkan yürütme görevlisine (CEO) ya da genel müdüre sahiptir. Bu ikisi kurul ve CEO neredeyse aynı yetkilere sahiptir. Böyle bir ikili sistem mümkün olmadığı zaman, kurulun üyelerinden birisi kooperatifin gündelik yönetimini üstlenir. Yani elimizdeki bir kooperatifte değil de tıpkı bizim örneklerimizde olduğu gibi eczacılardan oluşan belirli bir hissedar tipine sahip bir kamu şirketiye, o zaman sonuçta hissedarlar bir üye bir oy olarak değil, sahip oldukları hisselerine göre oy kullanırlar. Bu da böyle bir şirkette 2000 mü teriye ama sadece 200 hissedara sahip olmanız anlamına gelir. Ve 200 hissedar arasında da hissedarların sadece bir ya da ikisi genel kurulda çoğunluğa sahip olabilir. Yani bu örnekte şirket üzerinde kooperatifte olduğu gibi üyelerinin değil ama sınırlı sayıdaki in-

şanın bir tür denetimi söz konusudur. Her zamanki gibi genel kurul ulusal yasalara göre kurul üyelerini seçer, kımıl tıpkı bir kooperatifte oldu u gibi yürütme gücünü ba yürütme görevlisine ya da idari kurul gibi kimselere delege edebilir.

Bütün bunların sonucunda, gerçek kooperatiflerle özel hissedar yapısına sahip kamu irketleri arasındaki temel fark, genel kurulun irketin yürütme organını denetleme biçiminde yatar, bunun anlamı sonradan denetimdir, CEO tarafından kararla tırılan eylemleri denetler, CEO yerine de il yani. kinci nokta, genel kurulun sadece hissedarları de il aynı zamanda mü terileri de temsil etme yetene idir.

imdi ilerliyoruz... Bazılarınızın biraz yoruldu unu görüyorum... imdi eczacı kooperatiflerinin faaliyette oldukları Avrupa ülkelerinin bir de erlendirmesine geçece iz. Sadece kültürel bir bakı açısına yönelik bazı bilgiler sunaca ım.

Belçika'da 13 adet tam kapsamlı toptancı, 4 adet eczacı temelli tam kapsamlı toptancı var, eczacı temelli dedi imizde Belçika'da sadece tek bir kooperatif oldu u, di er üçünün aslında hissedarları sadece eczacılar olan A 'ler oldukları anlamına gelir. Çok kesin bir sayı 5269 eczane var, giderek zincirler halinde örgütlenme e iliminde olan. Benden önceki konu macılar Avrupa ülkelerinde giderek çok daha fazla gördü ümüz bu yatay bütünle meden söz ettiler. Sizin açınızdan çok ilginç bir nokta eminim ki eczacı olmayanların bir ya da birkaç eczaneye sahip olabilmesi Belçika'da. Ve farmasötik toptancıların marjları da giderek daha a a lara do ru çekiliyor.

Fransa'da, ülkeler için alfabetik sıra kullanıyorum, 7 adet tam kapsamlı toptancı var, 3 kooperatif ve 1 eczacı temelli tam kapsamlı toptancı, piyasa payının yüzde 28'ini olu turuyorlar ve Fransa'da 22 670 eczane var. Bazı ilginç buldu um noktaları ekledim, çok yo un tartı malarla birlikte jenerik piyasanın geli mesine ba lı olarak eczacıların satın alma gruplarının ortaya çıktığını görüyoruz, sipari leri kar ılamak için birle meye yönelik büyük bir ilgi var.

Almanya'da, 15 adet tam kapsamlı toptancı, 2 kooperatif temelli tam kapsamlı toptancı. Yani bunlar gerçek kooperatifler, tek üye, tek oy, piyasanın yüzde 24 payına sahipler ve Almanya'da yakla ık 21 500 adet eczane var. Ama 2006'da hükümet gerçekten komik bir ey ba lattı, hastalara daha ucuz ilaçları satın alma inisiyatifi verdi, bu da eczaneler açısından daha dü ük hasılatlara yönelik bir e ilimle sonuçlandı. Bunun anlamı u, hastanız sizden daha ucuz ilaç isteyebilir ve daha ucuz ilacı vermedi iniz zaman de i iklik yapabilir... Almanya'da sanal eczane zincirlerinin geli imini görüyoruz, çünkü Almanya'da üç adet eczane neden fazlasına sahip olmak yasal de il, ama bazı eczacılar, ço u da marka, marka eczane, ilaç zinciri altında toptancıların deste iyle birle iyolar. Size bazı isimler verebilirim: Mein Apoteke, Vivesco ya da Linda. Bunların her biri Almanya'daki bir toptancı tarafından destekleniyor ve bu zincirler eczacılara hastalarla ileti im yolları sa lıyor. Onlar için reklam yapıyor ve eczacılar için, bazı sözleşmelerde, örne in imalatçı sözleşmelerinde müzakere yürütüyorlar.

Yunanistan'da, 147 toptancı, bunların 27 tanesi eczacı temelli kooperatifler, tam olarak bilemiyorum, Yunanistan'dan ayrıntı almak zor, ama piyasanın yüzde 45 payını temsil ediyorlar. Yani toptancılar özel irkettten daha büyük, 9500 eczane var ve Yunan hükümeti yakın zaman önce yeni ilaçlar için yeni bir fiyat hesaplama yolu getirdi. Görebilece imiz gibi burada ilke, ilaç fiyatlarının aynı ürünün 25 AB ülkesindeki, tarihsel 15 grubuna ait 2 ülkedeki ve yeni üye devletler grubuna üye 1 ülkedeki en ucuz 3 fiyatın ortalaması olmasına dayanıyor. Yani görebildi iniz gibi ilaçlar için olası en dü ük fiyatları saptamak için ayarlanmı bir ilke bu.

talya'da, 134 tam kapsamlı toptancı, 34 eczacı temelli toptancı var, yüzde 30 piyasa payı, 17000 eczane var. 2 A ustos 2006'da, AB Komisyonu'nun kural ihlali prosedürünü takiben yeni bir yasa gündemde, spanya'dan sunu yapan meslekta ımın sunu unda oldu u gibi, kendisi kural ihlali prosedüründen söz etti, yani bu yeni yasaya göre talya'da sadece eczacılar arasında mükerrer eczane sahipli ine izin veriliyor, bir toptancı bir ya da birkaç eczaneye sahip olabilir, bu sadece eczane sahibi olmadan da eczaneleri yönetebilecekleri anlamına gelmiyor, artık 4 taneye kadar eczaneden olu an zincirlere de izin veriliyor ve OTC ilaçları da kitle piyasasında...

Portekiz'de, 11 tam kapsamlı toptancı, 6 kooperatif temelli tam kapsamlı toptancı, yüzde 40 toplam piyasa payıyla mevcut. 2700 eczane var ve Sağlık Bakanlığı ile Portekiz Eczacılar Birli i arasında 2006 yılında imzalanan bu protokole göre ki, bu çok zor bir belge çünkü yeni bir yasa dizisinin çıkartılmasının önünü açıyor, böylece zaten eczaneler üzerindeki mülkiyette eczacı tekelinin ortadan kaldırılmasıyla ilgili adımları atıyorlar, artık mükerrer eczane sahipli ine izin veriliyor ya da verilecek. Meslekta ımın da dedi iyle aynı 350 yeni eczane ki eskilere göre yüzde 12 artı anlamına geliyor... bilgisine sahibim. OTC ilaçları kitlesel dağıtım piyasasında opsiyonel hale geldi ve ilaçlar için reklam yetkisi verilecek.

spanya, 58 tam kapsamlı toptancı, tek ulusal tam kapsamlı toptancı bir kooperatif, spanya'da 20000'den fazla eczane var, spanyol meslekta ımın belirtti i 2004 tarihli kraliyet kararnamesi fiyatları 2005 ve 2006'da dü ürdü. Bu nokta ilginç, muhtemelen 2007'de yürürlü e girecek, eczacılar ve toptancılar için ilaçların giri -çıkı kayıtlarının yapılması zorunlulu u getiriliyor. Bu giri -çıkı kayıtlarıyla eczacılar için hastaya verilen her kutunun kaydının tutulması ve bunların birkaç yıl saklanması için gereken donanımı satın almak çok yaygınla acak. Ayrıca AB'nin spanya'ya yönelik kural ihlal prosedürü eczane açmak bakımından, kurulu ta daha fazla serbesti getiriyor, mükerrer mülkiyete izin verilmeli, eczacı olmayanların mülk sahipli i kolayla tırılmalı ya da serbest bırakılmalı. Tek bir eczacının bir ya da birkaç eczaneye sahip olmasına izin verilmeli. Bunlar AB'nin spanya'dan istedikleri.

Demek ki bütün bu ülkelerde, ngiltere, rlanda, Lüksemburg, Hollanda, Danimarka, Finlandiya, sveç, Avusturya, bunlarda eczacı kooperatifleri yok. En azından bildi im kadarıyla. Estonya da dahil, 10 adet yeni üyede de herhangi bir eczacı kooperatifi oldu unu dü ünüyorum. Belki de bunun nedenlerinden birisi, daha önceki sorunuzsa yanıt olarak da belirtilmi ti, belki de komünist rejim sırasında kooperatifin izin verilen tek sözde serbest giri im olmasıdır. Ve bazı insanlar komünizmle kooperatifler arasında bazı ili kiler kuruyor olabilirler ki bu bence yanlış, hatalı yönlendirici bir ey, ama gerçekte Do u Avrupa ülkele- rindeki insanlar kooperatiflerle ilgili böyle dü ünüyorlar.

Malta ve Kıbrıs'ta da hiçbir tam kapsamlı toptancı yok.

Ve bu haritada, eczacı kooperatiflerinin faaliyette oldu u pembe ülkeleri görebilirsiniz, maviler olmayan ülkeler ve gri de size kısaca bilgi verdi im yeni üyeler ama buralarda hiçbir eczacı kooperatifi yok sanırım.

Tek bir özgün örnek var, sveç, burada neden açık mavi oldu unu da gösteriyor, çünkü burada bugün hâlâ eczaneler üzerinde devlet tekeli var. Bu yüzden sveç'te hiç kooperatif yok. talya, Portekiz, Fransa ve Türkiye bunlar kooperatiflerin oldu u koyu pembe ülkeler...

Sona yaklaşıyoruz. "Oh" diyebilirsiniz.

(Alkışlar)

Demiyor musunuz? Ne yazık ki sona geliyoruz.

Gelecekte bekleyebileceğimiz ya da korkabileceğimiz ticareti daha az koruyan yasalar. Bu Avrupa Birliği uyarıcısı üzerinden geliyor ve bu yüzden Birliğin daha fazla serbestle tirmeye dayatmadığını söyleyen Estonyalı meslektaşım katılmıyorum. Roma Anlaşması ilkeleri kendi başlarına serbestle tirmeyi dayatıyor, malların serbest dolaşımı var, insanların serbest dolaşımı var, paranın serbest dolaşımı var, yani ecza, ilaç konusunda özel hiçbir şey olmasa bile, ilaçlar diğer ürünlerden farklı değil, Roma Anlaşmasında yer alan aynı kurallara, aynı ilkelere uymak zorundalar. Yani diyebiliriz ki ilaç ticareti giderek daha fazla rekabetçi olacak ve bunu da eczane sahiplerinin ve kitlesel dağıtım piyasasındaki OTC ilaçlarının serbestle tirilmesi taleplerinde görebiliriz.

Öte yandan ilaç ve eczacılar üzerinde daha da fazla sınırlandırmalar olacak. Çünkü hastalar belirsizlik istemiyor, tehlike istemiyor. Bu yüzden daha fazla giriş-çıkış kaydı, daha fazla, (kayıtta bozukluk), eczacıların hastalar karşısında uymaları gereken daha fazla kural, daha fazla kontrol olacak, yani eczacılar için bu mesleği yapmak g'erek daha da zorlaşacak. Örnek olarak İspanya'daki giriş-çıkış kayıtları. Bu örnekten sonra konutu umuz bazıları hakkında konu amayacağız.

malatçılar, bizleri çok severler ama bazen bizi bypass etmek isterler. Yapabilirlerse toptancıları bypass etmek isterler, yani bazen tüm eczacıları bypass etmek isterler. İlaça, Ambrel&Humira'ya iki ülkede de İngiltere ve Hollanda'da bakarsak, bu do rudan hastaları hedef alıyor ve eczaneye değil do rudan hastalara yönlendiriliyor. Bu yeni bir eğitim mi söyleyemem, ama buna benzer şeyler geçmişte yoktu.

Aynı zamanda Pfizer/Alliance-Boots örneğinde olduğu gibi, bilmiyorum duyduunuz mu, arz zinciri üzerindeki gerçek bir denetim söz konusu, bu tabii son derece serbestle en Avrupa'da çok tuhaf. Ama Pfizer, ürünlerinin dağıtımını tekeline Alliance-Boots'a verdi, bu da demek oluyor ki Britanyalı eczacılar için Pfizer ürünlerini satın almak istediklerinde bu eczacılar Alliance-Boots'un mü terisi olmak zorundalar. Başka bir tercih yok ve diğer toptancılar Pfizer'den ürün alamıyor. Yani Alliance-Boots'tan sipariş yaptığımız sürece özgürsünüz ve bu kural 2007 Mart ayında yürürlüğe girecek. malatçıların bizimle çalışmak istedikleri yol mu mudur? Belki değil. Pfizer'in İspanya'da dağıtımını yukarı aynı planı yürürlüğe soktuğu, 140 toptancıdan 10 tanesini seçtiği, size daha önce de söylediğim gibi Almanya'da dağıtımını biçimde aynısını yapmaya çalıştı, Polonya'da da aynı dağıtım sistemini dayattığı duyulduğunda... Elbette Pfizer İspanya genel idarecisine göre daha fazla tartışmaya gerek yok, diğer Pfizer ürünü istiyorsanız Pfizer ürünü alın istemiyorsanız da Pfizer size ürünlerimi vermeyeceğim diyor. Benim kuralım bu diyor, ilginç bunlar.

Eczane karşısında yeni rakipler de var. Gelişen ülkelerdeki yaşam beklentisi hızla yükseliyor. Birçok ülkede yaşam nüfusun artan bir bölümünü temsil edecekler. Ve bütün bu öngörüler, diğerleriyle birlikte, ama bunlar sağlıklı piyasası için güçlü iticiler ve elbette bu piyasada büyük bir artış olduğunda, kitlesel dağıtım şirketleri gibi diğer oyuncular da çekecek. Wal-Mart ya da Carrefour gibi şirketler sağlıklı ticaretinden pay almaya çalışacaklar.

Eczacılık açısından Almanya'da gördüğümüz gibi gerçek yaşamda sanal eczane zincirleri de var. İngiltere'de gerçek, Almanya'da sanal. Serbest eczanelerin bütünleşmesi eczane ağıları, drugstore'lar ve kitlesel dağıtım şirketleriyle rekabeti, gelecekte bu tip bir rekabet olacak. Örneğin Birleşik Krallık'taki durum. Ama sahiplerinin yalnızca eczacılar olduğu eczane zincirleri, her parakende sektöründe olduğu gibi, oluşturulabilir. Yani eczane dışındakileri kast ediyorum. Yani perakendeciler, oteller, bazı otel yöneticileri. Taksim'deki Savoy Oteli en

iyi otellerden birisi ve the Marmara ile rekabet ediyor. Bunlar kooperatifler. ... Türkiye'de aktif ama dünyanın önde gelen spor gereçleri markası ve bunlar da perakendeciler kooperatifleri. Yani birçok meslek alanı kendisini şirketlerle rekabet etmek için örgütlemiş durumda... ve son derece başarılılar.

Sonuç olarak eczacı kooperatiflerinin rekabet için iyi donanımlı olduklarını söyleyebilirim. Örneğin benim şirketimde yaptığımız gibi satın alma merkezleri kurabilirler. Mein Apoteke gibi bütünleşmiş şirketlerde rekabet etmek için sadece eczanelerden oluşan ağlar kurabilirler. Eczane lojistiklerini güçlendirebilirler ve FarmaLojistik-TEKB gibi daha kesin ve etkin dağıtımlar sağlayabilirler. Bu Türkiye'de yakın zaman önce olan ilginç bir örnek. Ya da Farmintesa'nın talya'da aynı şeyi yaptığını gibi. Ayrıca ilaçlar açısından bazı yatırımlar yapılabilir. Örneğin benim şirketim CERP Rouen soğuk zincir ürünleri için yeni bir taşıma kutulama sistemi tasarladı. Bunu yapmamızın nedeni, geçen yıl o zamanlar daha önce hastanelerde tutulan ve serbest eczanelerde satılmayan ilaçların artık ulaşılabilir olmasıydı. Ama bu ürünlerin çoğu soğuk zincir ürünüydü. Ve çok sıcak oldu için, imalatçılara bu sorunla başa çıkabilecekimizi göstermek istedik. Ve bu ilaçları mükemmel durumda tutabilecekimizi. Yani sadece lojistik performansla ilgili olarak değil, üyelerimiz kendi başlarına bu ürünü elde edemeyeceklerse, ağı beslemenin tek yol olmasından ötürü de. Ve evet sonuna geldik.)

Ecz. M. Sait Yücel: Tercüme yapan arkadaşlarımız gitti için som varsa ben iki soru alıp göndereceğim var mı somunuz. Buyurun.

Dinleyici: Konu masında tam anlayamadım ama kooperatiflerin toptancı zincirleri kurmaları kooperatiflerin de bu zincir eczaneleri kumulları yani sahibi eczacı olan zincir eczaneleri kooperatiflerin kullanımı konusunda biraz daha görüşünüzü alabilir miyim?

Alain Roudergues: *With great pleasure, I've been very talkative so if you ask questions we can speak... In fact someone talked about in the afternoon before me that no vertical integration should be allowed and some people clapped it. Because you or this people consider that someone is to take our job like Wal-Mart or wholesalers could purchase pharmacy and take our job. But if you want to look at it on the other way around, I don't know how many of you here tonight are member of a cooperative. But each one of you already vertically integrated because you purchase the high level, you purchase your wholesaler. It means you are already as cooperative acting in an integrated way. And if you want to consider it this way it just depend on you to organize your purchase, to organize your commercial policy and your communication with the cooperative and act as today as a network. Because you are already the owner of your wholesaler and you are already in Turkey the network of pharmacists. I don't know if I made myself pure, not really?*

(Alain Roudergues: Büyük bir zevkle. Çok konu kan oldu um için som sorarsanız konu abiliriz... Aslında bu öleden sonra birileri benden önce dikey bütünleşmeye izin verilmemesi gerektiğini söyledi ve bazılarımız da onu alkışladı. Belki sizler ya da bu kişiler Wal Mart ya da toptancıların mesleğimizi elimizden alacağından, eczanelerimizi satın alacağından korkuyor. Ama sizin öte tarafından bakacak olursanız, kaçımızın burada bir kooperatife üye olduğunu bilmiyorum. Ama hepiniz zaten dikey olarak bütünleşmiş durumdasınız, çünkü üst düzeyinizi, toptancınızı satın alıyorsunuz, yani zaten bütünleşmiş bir kooperatif olarak davranıyorsunuz. Yani sizin böyle ele almak isterseniz, satın alımınızı, ticari politikalarınızı, aranızdaki iletişim bir kooperatif yoluyla örgütleme ve bugün olduğu gibi bir ağ olarak dav-

ranma karan size ba lı bir eydir. Çünkü zaten toptancınıza sahipsiniz ve Türkiye'de zaten bir eczaneler zinciri olu turuyorsunuz. Bilmiyorum kendimi net ifade edebildim mi, tam olarak de il de il mi?)

Audience: *Thank you very much. Does your pharmacy cooperative in your country sell the drugs, for your branches or your warehouse and what are the expenses of them?*

(Dinleyici: Çok te ekkür ederiz. Ülkenizdeki ecza kooperatifi ubelerinize yada ma-azanıza ilaç satı ı yapıyor mu?)

Alain Roudergues: *Expenses of what?*

(Alain Roudergues: Neyin maliyetleri?)

Audience: *For sending drugs for your branches or your warehouse?*

(Dinleyici: ubelerinize ya da ma azanıza ilaç satma maliyeti?)

Alain Roudergues: *Manufacturies.... 70 warehouses and so and some of them are very big ...All the products and some of other warehouses are smaller and there is the path of the collection to manufacturies are making and paying all the delivery to us.*

(Alain Roudergues: malatçılar... 70 kadar satı ma azası var ve bunlardan bazıları çok büyük... Tüm ürünler ve di er satı ma azaları daha küçük ve imalatçılardan toplayan ve bize tüm ödemeleri yapan toplama kanalları var.)

Ecz. M. Sait Yücel: Artık ba ka soru almayalım, çünkü saatimiz epey geçti. Thank you. Evet, imdi Türkiye'de kooperatif üzerine bilgi sahibi, yorum yapmı , kitaplan olan Sayın Mülayim Bey'i davet ediyorum. Buyurun...

(Alkı lar)

Prof. Dr. Ziya Gökalp Mülayim: Evet, Sayın Ba kan bir saat falan var mı?

Ecz. M. Sait Yücel: Süre kısıtlaması yapmıyoruz konu macı kendisi belirliyor.

Prof. Dr. Ziya Gökalp Mülayim: Tamam, evet kesin dersiniz keserim bende. Tabii maalesef geç kaldık ama benim kabahatim de il, sarktı. Sayın Ba kan de erli konuklar ve de erli eczacılar önce stanbul Eczacılar Odasının kurulu unun 50. yılını kutluyorum. Ayrıca beni buraya davet etti i için stanbul Eczacılar Odası'na da te ekkür ediyorum. Konu "kooperatifçilik". Benden önce konu an arkada ımız neyse ki eczacılık kooperatifini Avrupa'daki durumunu çok güzel anlattılar. Böylece ben daha çok Türkiye'deki duruma temas edece im. Fakat konuyu biraz daha geni tutmak istiyorum ve kooperatifçili i dünyadaki geli imini öne mini ve ayrıca Türkiye'de bu kooperatifçili in kurucusu olan büyük önder Atatürk'ün Türk kooperatifçili ini nasıl kurdu unu ve kooperatiflerle nasıl ilgilendi ini anlataca ım. Bundan sonra da Türkiye'deki eczacılık kooperatifçili i hakkında da önerilerde bulunaca ım. Büyük önder Atatürk'ün hakkında konu mam umut ediyorum sizi sıkmaz. Çünkü çok önemli bir konu benim son yıllarda da çok üzerinde durdu um. Biliyorsunuz büyük önder Atatürk'ü her kes büyük bir asker, devlet adamı fakat onun Türkiye'nin, Türk kooperatifçili inin kurucusu

oldu unu ve çok büyük bir kooperatifçi oldu unu eminim birço unuz hiç duymamı tır veya hut bilmiyorsunuzdur. Bu yönüyle Atatürk'ü anlatmayı dü ünüyorum.

imdi kooperatif nedir dedi imiz zaman, kooperatif ekonomik olarak insanların iktisadi güçlerini birle tirmeleri bir i birli i yapmalarına kooperatif diyoruz. Uluslararası Kooperatifler Birli i diye bir kurulu var. Ta 1985'te kurulmu dünyanın bütün kooperatifleri üst örgütlerinin içinde oldu u. Bunlar kooperatif tanımını yapıyorlar ve bu en tanınan ve kabul edilen tanım. Bu tanımı 1995 yılında genel kurullarında yapıyorlar ve kooperatifi öyle tanımlıyorlar. Kooperatif ki ilerin ortak ekonomik, sosyal ve kültürel gereksinimlerini, özlemlerini mü terekle sahip olma ve demokratik kurumlarla yönetilen bir i letme vasıtasıyla kar ılamak için gönüllü olarak olu turulan bir i letmedir. Yani bir ekonomik i letmedir, kendi kendini yönetecektir. Ve bu belirli ihtiyaçların giderilmesi için insanların bir araya gelmesidir. Eczacılık kooperatifi de, sayın örgüt üyeleri de belirttiler, bu amaçla kurulmu kooperatif eczacıların belirli amaçlarını ger çekle tirmek için yaptıkları güç birli ine biz eczacı kooperatifi diyoruz. Kooperatifler ilk olarak dünyadaki tüketim kooperatif olarak, 1844 yılında ngiltere'de Manchester kasabasında i çilerin kurdu u bir kooperatif. İlk tüketim kooperatifi ngiltere'den sonra bütün dünyaya yayılıyor, tüketimden di er alanlara geçiyor ve o hale geliyor ki bugün kooperatifçilik dünyada 800 milyon orta ı ile dünyanın en büyük ekonomik ve sosyal kurulu udur. Yani bir onun yanında ba ka hiçbiri yok ne sendikalar ne siyasi partiler hiçbiri kooperatifler kadar üyesi olan bir kurulu de il. Ve kooperatiflerin yine çok büyük bir önemi dünyada bütün kıtalarda bulunması; Afrika, Amerika, Avrupa, Asya ve Avustralya gibi. Yine bir özelli i bütün geli mi lik düzeyindeki ülkelerde bulunması; çok geli mi ülkelerde, geli mekte olan ülkelerde ve az geli mi te. Hemen hemen nerdeyse dünyada hiçbir ülke yok ki kooperatif olmasın, her ne kadar eczacılık kooperatifi biraz önce söyledi Avrupa'da bazı ülkelerde yok ama eczacılık kooperatifi yoktur ba ka kooperatif vardır. Bütün ülkelerde kooperatif var. Türkiye'de kooperatifin sizlerin de yani büyük kooperatiflerle u ra mayan insanların kamuoyunun dü ününcesi "canım kooperatifçilik ne olacak i te üç be ki i bir araya geliyorlar bir kurulu kuruyorlar" birçokları da bakıyor üçkâ itçi dolandırıcı. Böyle bir imaj var hâlbuki böyle de il. Dünyada çok ciddi bir olay, dünyanın ekonomik geli mesinde sosyal adalet sa lanmasında en güçlü olaylardan birisi. Ve o kadar ki ülkelerin geli mi lik düzeyiyle kooperatiflerin geli mi lik düzeyi birbirine paralel gidiyor. Bir ülke çok geli mi se kooperatifleri de geli mi . Mesela birçoklarınız zannediyorum dü ünebilir ki Amerika gibi dünyanın en büyük kapitalist büyük zenginlerin bulundu u bir ülkede belki de hiç kooperatif yoktur diye dü ünebilirsiniz, yani birçoklarınızın aklına öyle gelebilir. Halbuki dünyada en fazla kooperatifin bulundu u ülke Amerika; 160 milyon insan. 300 milyon nüfusu var 160 milyonu kooperatif orta ı, Amerika'da her türlü kooperatif var. Tarımın bütün alanlarında; yalnız tarım de il tüketim kooperatifi, i te ecza kooperatifi hatta benim kitabımda anlatır cenaze kaldırma ekibinin bile kooperatifini kurmu lar... Elektrik kooperatifi, her türlü kooperatif var Amerika'da. Mesela bizim bu son zamanda narenciye problemi Amerika'da ta 2005 yılından beri tamamı narenciyenin yani portakal, greyfurdun kooperatifler tarafından toplanır ve i lenir ve satılır. Hepsine her portakala "Sunkys" diye bir mühür basarlar. O kooperatiftir. Avrupa'ya satarlar dünyaya satarlar ve Amerika'dadır bu kooperatif.

Amerika gibi mesela Avrupa'nın çok ileri i te bizim girmek istedi imiz Avrupa Birli i ülkelerine baktı ımız zaman; 130 milyon insan kooperatif üyesi Avrupa Birli i ülkele rinde. Dü ünün Almanya'da 22 milyon insan kooperatif üyesi, Çin'de 160 milyon insan kooperatif üyesi ve Amerika'da 156 milyon dedim, Japonya'da 43 milyon insan kooperatif üyesi. Rusya'da 17 milyon insan, Hindistan'da 183 milyon insan kooperatif üyesi. Demek ki kooperatifçilik bütün ülkelerde geli mi tir. Tabi sayısal ortak sayısı önemli de il.

Türkiye'de 9 milyon insan kooperatif üyesi ama bu kooperatiflerin etkinliği meselesi çok önemli orda. Ekonomide oynadığı sosyal alanda oynadığı rol önemli, mesela tarımda özellikle çok etkilidir kooperatifçilik. Girdi temininde; ilaç, gübre vesaire, çiftçi % 50'si kooperatifçilikten geçer; yani çiftçinin bütün kullandığı girdinin %50'si, satı ta pazarladı ürünlerin % 50'si kooperatifler vasıtasıyla pazarlanır. Dış satımda yine % 50'si yani Avrupa'da mesela i te bizim için baktığımızda dünyanın en ileri ülkeleri sveç, Norveç, Finlandiya. Bunlar sosyal adaletin çok fazla olduğu ve gelişmiş ülkeler, bazı alanlarda sveç, Norveç'te tamamı kooperatiflerin elinde. Mesela süt sanayiisi tamamen kooperatiftir. Hollanda'da, Almanya'da kooperatiftir. Kredi bunların hepsinde kooperatiflerin bankası vardır. Hollanda'da, Amerika'da ya da Avrupa'da ve tüketim alanında mesela yine dünyanın çok gelişmiş ülkelerinden birisi kapitalist ülkelerden sviçre. Bizim için sviçre dünyanın para babası, herkes zengin böyle bütün dünyanın parasının aktığı yer. te yeni de gitmiş sviçre'ye, hep giderim. sviçre'de Migros bizdeki u mehur Migros aslında sviçre'dir orijini ve kooperatiftir. Migros kooperatifi. Bazen bizimkiler sahtekârlık olsun diye bakıyorum gazete çıkartıyorlar Migros Koop. diye yazıyorlar, o esas sviçre'deki gazetenin amblemidir bizimki irket biliyorsunuz. Koç'un irketi. Migros'un sviçre'de büyük mağazaları tüketim mağazaları, bankası, lokantaları her şeyi var; gidin öyle bütün şehirde Zürih'te her yerde Migros mağazalarını görürsünüz. Yani sviçre gibi bir yerde de süt alanında diğerlerinde de kooperatifler var. Demek ki kooperatifçilik böyle dünyaya yaygın bir hareket olarak görüyoruz. Ve bugün kooperatifçilik hakikaten bütün dünyada bu uluslararası kooperatif örgütünün kabul ettiği gibi dünyanın en önemli sorunlarının çözümünde kooperatifçilik araç olarak kabul edilir. Nedir bu? Bir barın tesisinde kooperatifçilik en önemli araçlardan bir tanesi olarak kabul ediliyor. Demokrasinin gelişmesinde en önemli araçlardan bir tanesi olarak kabul ediliyor. Ülkemizde biliyorsunuz demokrasi çok güzel gelişiyor, çünkü kooperatifçilik biraz evvel Sayın Roudergues de belirttiler, demokratik bir kurulu, kendi kendini yönetiyor, halk insanlar demokrasiyi öğreniyor. Yani mesela eczacı arkadaşlarımız eğer kooperatifin üyesi ise, ne bileyim genel seçimlerde 4 sene bir seçime gidiyorsunuz ve büyük bir kısmınızda seçimde eczacılarda Türkiye'de 25 bin eczacı varsa bunların mecliste de 5 kişisi vardır. Yani 25 binden 5 kişisi 10 kişisi seçiliyor. Diğerleri hep seçiyor oda 4 yılda bir seçiyor ama bir kooperatifin üyesi iseniz hepiniz her sene gidip genel kurulda oy veriyorsunuz. Ve hepinizin önemli bir kısmını seçme ve seçilme gerçekten seçilme hakkı var yönetime. Bu tabii demokratik yalnız eczacılar olarak eczacılar. Köylerimizi dü ünelim, köylerimiz zamanla hep seçmendir, yani kendim de politikacı oldum için politikacılar istismar eder köylüleri, "i te sana öyle fiyat veririz böyle fiyat veririz" ama hiç seni de seçelim diye bir şey dü ünmezler, onlar oy verirler köylüler. Halbuki kooperatifte bu köylü 100 kişilik bir ortağı varsa gider 100 kişisi oy verir. Gerçekten kendi menfaati için oy verir, direkt menfaati için ve o 100 kişiden 15-20 kişisi seçilme hakkına, orda seçilir her sene. Çünkü yönetim kurulu var, denetleme kurulu var; böylece seçilmenin ne demek olduğu unu ve seçmenin ne demek olduğu unu... Gerçekten bu bakımdan demokrasi okulu kabul ediliyor kooperatifçilik.

Bizler için çok çok önemli büyük önder Atatürk de onun için kooperatifçiliğe çok önem veriyor. Çevrenin korunmasında önemli bir araç olarak kabul ediliyor. Tabii bunlarda anlatılacak çok şey var, çok uzun olduğu için ben öyle kısa kısa söyleyeyim: istihdam yaratmada Türkiye için bunlar çok önemli sorunlar çünkü istihdam yaratmada önemli bir araçtır. Yoksullukla mücadelede Türkiye'de biliyorsunuz 20 milyon insan yoksulluk sınırında niye son zamanlarda bu artıda? Türkiye dünyanın ekonomik bakımdan gelir dengesinin en bozuk ol-

du u ülkelerden, niye kooperatifçilik yok? Çünkü Avrupa'da, böyle dünyanın sosyal adale-
tinin oldu u yerlere bakarsanız burada kooperatif var, denge var, rekabet var, bizde biz bek-
liyoruz ki büyük patronlar birbirleriyle rekabet etsinler. Büyük patronlar bunu niye rekabet
etsinler, onlar anla ıyorlar biri bir sahaya, biri bir sahaya, biz tüketiciler paralan ödeyip du-
ruyoruz. Halbuki onlann kar ısında rekabet aracı olarak muhakkak kooperatif olması lazım,
kooperatif olmadı ı yerde vah i kapitalizm... Türkiye'de u anda nerdeyse 19'uncu yüzyıl-
daki Adam Smith'in kapitalist ekonomisi uygulanıyor. Halbuki bundan sonra i te onun için
ngiltere'de kooperatif do du o zaman, vah i kapitalizmi ortadan kaldırmak için ve denge-
ledi. Hakikaten ngiltere'de bütün dünyada biz kooperatifçili i ihmal etti imiz için bu den-
geyi bir türlü bulamadık. Bizim zavallı insanlarımız ya hükümetten i te medet umuyor.
"Sayın Ba bakan unu versin bunu versin, hükümet bir ey versin" diye bekliyor. Hiç kendi
hakkını almak için ekonomik hakkını almak için mücadele vermiyor. te kooperatif insan-
ların ekonomik hakkını alma kurulu u. Me hur bir söz Türkiye'de "Hak verilmez alınır",
yani bizde dikkat edin çiftçi ba ırıyor, "Devlet bana yardım etsin". Ne yardım edcek dev-
let, nerden yardım edecek, devlet borçlanımı bütün dünyaya. Ne yapaca ını a ırımı bir
devlet. Kendi hakkını almak için örgütlenmesi lazım, devlet verse dipsiz kuyu. Bütün sek-
törler için. Tüketici bas bas ba ırır: "Efendim fiyatlar artıyor i te biz ne yapaca ız öldük".
Öldün ama i te bunun için insanlar tüketim kooperatifi kurmu . Sen ba ıbo bırakırsan her-
kes istedi i fiyatı koyuyor aynı ürüne. Bir bakıyorsun bir bakkalda birisi bir fiyat, yannda-
kine bakıyorsun hemen 20 metre yanında iki misli. E aynı yerden alıyorlar nasıl oluyor o iki
misli, çünkü serbest, hiç kimse kontrol etmiyor. Ancak urada bir kooperatif olacak o belli
bir fiyat koyacak o zaman rekabet edemeyecekler. Sosyal ve ekonomik kalkınmanın en
büyük aracı olarak kabul ediliyor kooperatifçilik. Biliyorsunuz ekonomik kalkınma dedi i-
miz zaman ekonomik ve sosyal kalkınma, bizde i te bir ekonomik kalkınma diye bazen gelir
artı ını yapmaya çalı ıyoruz. O da hep geri kalıyoruz ya, bizde 5000 doları bir türlü geçe-
miyoruz. Avrupa artık 20 bin 30 bin dolara çıktı dünya adam ba ına dü en gelir. Ama çı-
kartsanız bile bir de sosyal kalkınma var. Sosyal kalkınma aracı olarak kooperatifler çok
etkili bir araç.

te büyük önder Atatürk Türkiye'de 1923'ten 20'den itibaren bu olayı görmü . Biliyor-
sunuz Atatürk devleti kuruyor Kurtulu Sava ıyla. Biz kolay bir devlet de iliz. Osmanlı
Devleti, Kurtulu Sava ıyla devleti kurduk ve kurulduktan sonra fakirle mi , Osmanlı'nın
borçları bütün özel sektör yabancı senıayenin elinde. Ama Atatürk diyor ki "Ekonomik za-
feri de kazanmak lazım". Yani sadece askeri zaferi kazanmak de il, ekonomik zafer, iktisadi
kalkınma sosyal ve ekonomik kalkınmayla olur diyor ve bunun için modeller dü ünüyor.
"Türkiye nasıl kalkınabilir?" O zaman tabii Atatürk çok okumu , dı arıyı da gönnii . Yani
kafasındaki model bakıyor diyor ki "Özel sektörle yani kalkınabilir miyiz?" Özel sektör diye
bir ey yok Cumhuriyetin ba larında ve o zaman özel sektör tamamen yabancı sermaye. De-
miryollarımız bile yabancıların. Aksine Atatürk diyor ki "Bunları millile tirmek lazım" yani
vazgeçtik özel sektörün kalkınma eyinden onları da diyor. Devletin yani Türkiye'nin "Mil-
lile tirelim ve özel sektör devlet sektörü olabilir mi?" diye dü ünüyor. Devlet de o zaman
Kurtulu Sava ı'ndan çıkmı ız, zaten masraflar gitmi , geriye o zaman ki devlet zor ayakta
duruyor yani ancak memurlarına ufak bir maa ödeyebiliyor. Ve yollar... Birazcık para ge-
çerse bazı fabrikaları biz milli yapmak istiyoruz, eker fabrikası gibi, demir çelik gibi, dev-
let yolu. E ne yapacak bunu da kalkındı-ması lazım. Milyonlarca insan o zaman diyor ki, i te
kooperatif modeli kullanıyor Atatürk, çünkü kooperatifte halkın ufak ufak sermayeleriyle
devletin güç birli ini olu tumuyor. Bu kooperatifi ve bu kooperatifçilikte devleti kalkındır-

maya çalı ıyor. Biz kooperatifle Atatürk döneminde altın dönemi diyor, belki eczacılar bizi nc ilgilendirir diyebilirsiniz ama sizde Türkiye'nin ahıslarısınız ve Türkiye'yi hakikaten Atatürk'ün yolunda geli tirmek devam ettirmek durumundayız. Yoksa batarsak hep beraber batarız. Yani bu bakımdan Atatürk'ün nasıl bir dü iinccyle o devrin arasında bu kooperatifçili e önem verdi ini görmekte hakikaten büyük fayda oldu u kanısındayım.

imdi Atatürk bütün hayatı boyunca kooperatifçiydi ve çok ilginç olanı Atatürk Cumhuriyet kurulduktan sonra kooperatifle ilgilenmiyor. Daha çok Cumhuriyet kurulmadan 1920 yılında kooperatifle ilgilenmeye ba lıyor. Belki içinizden hepiniz diyeceksiniz ki "Ha 1920'ne Türkiye'de Cumhuriyet kurulmadı 20'de". Biliyorsunuz 23 Nisan 1920'de meclis kuruldu: Türkiye Büyük Millet Meclisi açıldı, Ankara'da açıldı ve açılan ilk meclisin başkanlar künülu var meclisten seçilmi . Bunun ba ında da Mustafa Kemal Pa a yani ilk ba - bakan ilk mecliste. Ve Mustafa Kemal Pa a aynı zamanda meclis bakanı, iki görev birden yapıyor ve bu mecliste. Meclis 23 Nisan'da kuruluyor, 27 Eylül 1920'de yani 5 ay sonra çok önemli bir kanun tasarısı sevk ediliyor Genel Kurul'a; Mustafa Kemal Pa a'nın imzasıyla. Kooperatif irketler diye ve 77 maddelik 1920'de bu maddenin 5 maddesi Genel Kurul'da görü ülüyor. Gerisi görü ülemiyor. Çünkü Kurtulu Sava ı ba lıyor. Ama bu 5. maddedeki -Atatürk'ün yazdı ı maddeden anla ılıyor-çok önemli bu 5. madde. Okumak istiyorum diyor ki, "O zaman 1920'de ziraat müdür ve memurları ile ziraat ve ticaret sanayi odaları ve tüm ö retmenler kooperatiflerin kurulması hususunda yardım etmek ve bu konuda gerekli bilgilerle donanmakla yükümlüdürler". Yani daha meclis kuruluyor, Cumhuriyet falan yok ortada, ilk sevk edilen kanunlardan birisi ve burada böyle bir madde var. Diyor ki "Bütün memurlar, bütün ziraat odaları, ticaret odaları, ö retmenler kooperatifi ö renmek ve ö retmekle yardım etmekle yükümlüdürler" diyor. Ve çok ilginç bir yöntem bu. Biz birçok eylerde deriz ki i te memur, ziraat mühendisleri köylüye kooperatifçili i ö retsin. Ben de profesörüm kooperatif profesörüyüm öyle anlatırım size. Bu öyle de il bu kanun maddesi "Hayır önce sen ö reneceksin, ondan sonra ö reteceksin" diyor. Ö renmek ve ö retmekle yükümlüdürler diyor. Tabii bu Atatürk'e özgü bir yöntem bu kanun maddesi tamamlanamıyor. Soma ileriki hayatında da bunu sık sık zikrediyor Atatürk. 1923'e geliyoruz kooperatif irketler diye bir iki taktik yayınlanıyor Basın Yayın Genel Müdürlü ü tarafından, eski bir yayın, biz Türkçeyle tirdik bunu. Kooperatifler durumundan burada çok önemli cümleler var. Ki biz bu kitabı da Atatürk'ün yazdı ını dü ünüyoruz. Diyor ki, "Kooperatif irketlerin ülkemizde kurulmaları ve ço almaları ulusumuz için ba lı ba ına bir ekonomik zafer olu turacaktır". Yani 1923 yılında kooperatiflerin geli mesini askeri zafer gibi ekonomik zafer olu turacaktır. Ve yine bu kitapta deniyor ki, "Ça da ekonomi politikasının simgesidir kooperatifçilik". "Ça da ekonomi politikası bu kooperatiflerin yayılmasında en önemli rol oynayacaklar" diyor, "Ö retmenlerdir" diyor. Bu da çok do ru bir yakla ım ve sonunda da deniliyor ki, "Ülkesini seven her tür kasaba ve köy ö retmeni, köylülerimizi ekonomik ve sosyal yönden yükseltecek bu kurulu ları ülkemizde yayması için var güçle çalı mayı vicdani ve kutsal bir görev saymalıdır". Yani kooperatif geli tirmeyi, ülkeyi sevmekle e de er tutuyor. Ülkeyi seven yani kooperatifçilik geli tirmek için ülkesini sevmek demek istiyor. Ülkesini seven her Türk ö retmeni kooperatifçili i geli tirmeyi hem vicdani hem de kutsal bir görev bilecektir diyor. Hatta bu kitapta diyor ki, "Her ne kadar biz 1920'de demi tik ki bir kanun maddesinde kooperatifçili i geli tirmek memurlarımız için, ö retmenlerimiz için bir görev ise de Türk gençli inin" diyor, "Böyle bir kanun maddesine ihtiyacı yok, Türk gençli i aynen sava a gider gibi gider ve kooperatiflerin ba ına geçer ve kooperatifçili i ülkesinde geli tirir". Bu da tabii Atatürk'e özgü bir cümle. Ondan soma cumhuriyet kuruluyor, i te kooperatif kanunlarında bazı de i iklikler olu-

yor ve 1925'e geldi imiz zaman Atatürk'ü bir kooperatif ki Atatürk'ün çok önemli bir niteli i. Atatürk biliyorsunuz çok büyük bir asker ama asker derken teorik asker de il. Asker aynı zamanda bir eylem adamı Atatürk, yani sava ta da gidiyor mesela Ankara'da idare ediyor Kurtulu Sava ı'nı, ordusunun ba ına geçiyor, "Ordular ilk hedefiniz Akdeniz'dir" derken ordunun ba mdadır asker. Bu eylemin içerisinde, sava m içerisinde. Bu kooperatifçilikte de, Atatürk her ne kadar kanun maddeleri hazırlıyor söylüyor, onla yetinmiyor kendisi de. Ankara'da bir kooperatif kuruyor 1925 yılında bizzat kendisi. Nasıl oluyor bu i imdi? Ankara ba kent oluyor biliyorsunuz. Ankara ba kent oldu, e tabii memurlar geliyor. Bir yer kentle ince stanbul'da bu hissediliyor.

Dün arkadaş ımız size anlattı -Ekinci- nasıl talan oldu unu. Bir, tabii insanların oturmaya ihtiyacı vardır. Onun için in aat yapımaları lazım, in aat malzemeleri vardır. O zaman çok önemli bir tüccarımız bunu görüyor: Sayın Vehbi Koç. Ve Ankara'da in aat malzemeleri yapan bir dükkan açıyor ve o sorunu çözüyor. Ve bu imparatorlu u kuruyor, Vehbi Koç imparatorlu unun temeli odur. Cumhuriyetin ilk yıllarında in aat malzemeleri satarak Ankara'da ba lıyor. Bir ihtiyaca daha gerek var, ikinci ihtiyaç insanlar ehirle ince gıda ihtiyacı. İnsanlar gıda alacak, gıda nerden alınır? O zaman hiçbir ey yok kimse bir ey getirmiyor. Atatürk diyor ki, "Bir kooperatif kuralım". "Kooperatif kuralım" deyince Atatürk'e "Nasıl kuracağız knnsenin parası yok", yani memurlarımız falan... "Yok" diyor "O zaman bir kanun çıkaralım ve bu kanuna göre tüm memurlarımıza bir avans verelim ve bu avansı memurların eline vermeyelim, kurulacak kooperatifin sermayesi yapalım." Olur mu olur ve 586 sayılı yasa çıkıyor. Kooperatiflerin ve bütün memurlara maa larının yansı kadar avans veriliyor ve bu sermaye oluyor. Atatürk bununla yetinmiyor. Yani kanun çıktı, kooperatif kuruldu. Ankara memurlar kooperatifi kurulacak. Kendisi diyor ki "Benim de içinde bulunmam lazım" ve kendisi Reis-i Cumhur Mustafa Kemal Pa a unvanıyla bir numaralı üye oluyor. 6000 lira da sermaye oluyor o zaman. 2. üye Ba vekil smet Pa a. Yani o zamanki bütün büyükleri üye yapıyor ki ba arılı olsun diye. Fevzi Çakmak o zamanki genelkurmay ba kanı, Abdulhaluk Renda meclis ba kanı ve ekonomi bakanı Celal Bayar. Bunların hepsi üye oluyor ve 168.000 lira para toplanıyor. Ve memurlar kooperatifi kuruluyor, Atatürk de bir numaralı üyesi oluyor. Böylece Atatürk hem kooperatifi kuruyor Ankara'da memurların gıda ihtiyacını ve tüm ihtiyaçlarını gidermek için. Aynı zamanda oradaki memurlarla beraber oldu unu gösteriyor. Diyor ki, "Sizin sıkıntılarınıza ben de orta ım, aynı kooperatifte üyeyim" diyor. O kooperatif çok ba anlı oluyor. Ta ki 1938'e kadar büyük hizmetler görüyor.

Atatürk'ün bir di er önemli konusu da Kastamonu konusudur. Kastamonu konusmasında Atatürk, böyle daha çok halka yönelik konular yapıyor ve birçok devrimlerini de halkla birlikte gerçekleştiriyor. 1925'teki Kastamonu çok me hurdur biliyorsunuz hepiniz. Tüm aydınlar için apka devrimini yaptı Kastamonu'da. Atatürk halkı topluyor elinde apka ve "Bu apkadır" diyor, kafasına giyiyor ve apka devrimi ba lıyor. Yani biz bugün hepimiz böyle ça da bir kıyafetle ortalarda dola ıyorsak bu Atatürk ün o zaman ba latti ı apka devriminin bir sonucudur. Biliyorsunuz bugünlerde, son yıllarda devleti yönetenler buna direniyorlar. Ba ımızı örtece iz, biz böyle aydın insan gibi ça da olmayız, bundan önceki kıyafetleri giyece iz diye. u son yıllarda Türkiye'nin en önemli kavgası bu apka meselesi, yani o apka giydiriyor bunlar da ille diyor "Yok hayır biz ba ımız örtece iz dini kıyafet giyece iz" diyor. Bu önemli bir devrimdir Atatürk'ün. Orada kooperatifçilikten bahsediyor Atatürk, çiftçilere diyor ki: "Ben de çiftçi oldum da biliyorum makinesiz ziraat yapılmaz, el eme i güçtür, birle in birlikte makine alın". Böylece makine kullanma kooperatifini de ilk defa önemi oluyor. Yani zaman yetmez diye ben de hızlı anlatıyorum.

Sonra 1929 yılına geliyor. Ben kronolojik olarak anlatıyorum, daha sonra Cumhuriyetten günümüze kadar getireceğim Türkiye'de kooperatifçilik hareketinin nasıl geliştiğini. 1929 yılına geldiğimiz zaman ilk tarım kredi kooperatifi kuruluyor Türkiye'de. Kanun çıkıyor tarım kredi kooperatifleri kuruluyor ve Atatürk bu kooperatiflerin ne kadar geliştiğini ve sevildiğini söylüyor 1929'da. Ondan sonra 1930'a geliyoruz ve dikkat ederseniz Atatürk her sene kooperatiflerle biraz ilgilenmiş. 1930'a geliyoruz, Atatürk bir Ege gezisi yapıyor, Ege'ye gidiyor. 3 aylık bir gezi ve İzmir'e iniyor. İlk ziyaret ettiği kuruluş bir tarım kredi kooperatifi, bir birim kooperatifi. Tabii bu çok önemli bir olay bizler için de. Bir dönümün Atatürk gibi bir insan bir yere gidiyor ve bir birim kooperatifini ziyaret ediyor köylülerin oturduğu. Onu ziyaret ediyor, denetliyor, sorular soruyor ve ben ondan sonra hiçbir devlet adamımızda görmedim, bir yere gitsin de bir birim kooperatifini ziyaret etsin. Büyük açılımlar yapıyorlar özel sektör falan, dönümlere gidiyorlar ama bu milletin 9 milyon üyesi var diyorum Türkiye'de tarım kredi hareketinin. "Ya bu adamlar da ne yapıyor" deyip hiçbir kooperatifi ziyaret eden devlet adamına rastlamadım. Ama Atatürk burada bunu yapıyor. Bununla yetinmiyor Atatürk, 1931 yılı 27 Ocak'ta İzmir Halk Fırkası kongresine gidiyor. Belki diyeceksiniz ki: Atatürk'ün Halk Fırkası kongresinde ne işi var? Biliyorsunuz, Atatürk Cumhuriyet kurulmadan hatta bir parti kurmadı. Çünkü Atatürk fikirlerinin ancak bir parti yoluyla yayılabileceğini yoksa bir insanın ne kadar olursa olsun bu sürekliliği sağlayamayacağını düşünüyor ve 1923'de Halk Fırkası adında bir parti kuruyor ve onun genel başkanlığını kendisi yapıyor. Ölümüne kadar da genel başkanlıktır Atatürk. Halk Fırkası kongresine gidiyor Atatürk ve önce konuşmaları dinliyor bundan sonra kendisi söz alıyor. Bu da tabii çok önemli. Bizde tabii son zamanlarda, belki siyasetle ilgili tiriler yaparak konuşuyorum, siyasi parti liderleri bizim de bulunduğumuz kongrelere gelirler hemen kendileri konuşurlar. Hiç dinlemezler halkı ne olacak veya delegeleri, partilileri. Konuşurlar ve birçok defa da konuşuktan sonra giderler. Yani sizi de dinlemezler. Böylece kongrelerin hiçbir sorun çözücü değeri yoktur. Atatürk öyle de il önce insanları dinliyor, ondan sonra kendisi konuşuyor ve diyor ki "Kooperatif urada burada halk veya aydınları teebbüsü de erli görünmektedir, hükümetimizin bu gibi teebbüsleri desteklemesi gerekir, Cumhuriyetimiz hükümetinin bu gereğini bilincinde olduğuna kuşku yoktur" diyor. Yani "Cumhuriyet hükümeti bunu geliştirecektir" diyor. Ondan 4 gün sonra Ticaret Odasına, yani sizin Eczacı Odası gibi Ticaret Odası'na gidiyor o zaman. İzmir'de o zaman Ticaret Odası, Eczacı Odası falan yok. Ticaret Odası'na gidiyor orada da ele tirisini dinliyor. Bu sefer tüccarların ele tirisini dinliyor ve Atatürk söz alıyor öyle bir kooperatif tanımını yapıyor: Kooperatifin ne demek olduğunu söylüyor. Diyor ki; "Kanaatim odur ki muhakkak surette birlemede kudret vardır. Kooperatif yapmak maddi ve manevi kuvvetleri, zeka ve maharetleri birleştirmektir. Yoksa bir zayıf ile kuvvetin birleşmesinden bahsetmiyorum. Birleşmenin böylesi zayıf olan kuvvetin esir olması demektir". Bu tabii, ben dünya çapında böyle güzel bir tanım hiç görmedim, hiçbir yabancı dilde de, çok etkileyici bir tanım. Diyor ki "Birleşmede kuvvet vardır". Bu çok önemli tabii birleşerek kuvvet olunuyor. "Kooperatif yapmak hem maddi ve manevi kuvvetleri bir de zekâ ve maharetten yani her türlü insanların birleşmesinden oluşur" diyor. Bir de "Kuvvet ile zayıfın birleşmesi de ildir" diyor. Yani "Bir eczacı ile Eczacıbaşı'nın, başkanının bir arada olması kooperatif de ildir" diyor. "Öyle olursa" diyor "Kuvvetli olan öbürünü esir alır" diyor. Yani siz öyle bir birleşme düşünseniz o zaman 5 kuru ununuz onun tüm ilaçlarını satmaya ve kooperatifde gücünü kaybeder gerçek amacı gerçeklemez. Ondan sonra tüccarların ele tirisine diyor ki, "Siz kooperatifleri ele tiriyorsunuz tabii çıkarınıza dokunuyor onun için ele tiriyorsunuz" diyor. "Yoksa" diyor. "Kooperatifler çok feyizli sonuçlar vermiştir" diyor. Böylece bu eyde de tüccardan yana değil kooperatiflerden ve kooperatif ortaklarından yana tavır sergiliyor. Atatürk dediğimiz gibi büyük bir devlet adamı, asker, kooperatifçi ama bunu da unutmayalım Ata-

türk aynı zamanda çok büyük bir siyaset adamı. Yani birçoklarınız belki siyasetle ili kisi olmayan insanlar. Bir de Türkiye'deki son zamanlardaki siyaset de dü ünülerek, "Yani siyaset bu canım i te üç ka itçılık sahtekarlık". Hayır, Atatürk bütün devrimlerini bütün devlet yönetimini siyaset yoluyla yapmı tur ve kooperatifçilikte de siyasetinin en büyük aracı partisidir.

Bir parti kurmu o parti yoluyla ve parti programıdır. Bugünkü son zamanlardaki siyasette ülkemizde siyasi liderler kendilerini Allah zannediyorlar. Her eyi hiç ne parti programı ne etrafındakiler böyle laflarını söylüyorlar. E tabii çok da yanlı konu uyorlar hiçbir süzgeçten geçmedi i için. Atatürk parti programını çok önemsiyor ve kooperatif geli tikten sonra hemen partisinin ya da kurultayının kongresini topluyor ve parti programına kooperatifle ilgili bir madde koyuyor 1931 yılında. Diyor ki "Çiftçimizi kredi ve üretim kooperatifleri gibi ekonomik kurulu lara kavu turmak ve bu kurulu ları geli tirmek ve ço altmak gayedir". Bu da çok önemli, burada mecbur Atatürk'ün parti anlayı nı da bir cümleyle okumak durumundayım kendi a zından. Çünkü hakikaten bugünkü Türkiye'nin çıkmazları içerisinde bu siyasi partilerin ve liderleri arasındaki ili ki hükümet ve siyasi partilerin. Çünkü siyâsi partiler genel programlarını bir tarafa bırakıp tamamen ki isel hale geldiler ve bizi yanlı yola do ru götürüyorlar. Atatürk bu bakımdan 1937 yılında Meclis konu masında o zaman Halk Fırkası, Cumhuriyet Halk Partisi adını almı . Onun hakkında öyle bir cümle kullanıyor: Dünyaca buna mal olmu tur ki bizim devlet idaresindeki ana programımız, Cumhuriyet Halk Partisi programıdır. Bunun kapsadı ı prensipler idarede ve siyasette bizi aydınlatıcı ana hatlardır. Fakat bu prensipleri gökten indi i sanılan kitapların dogmalarıyla asla bir tutmamalıdır. Biz ilhamlarımızı gökten ve gaipden de il do rudan do ruya fertten almı bulunuyoruz". Bu tabii parti programının devlete etkili oldu unu söylüyor. Daha da önemlisi, parti programının gökten inen gaipden gelen seslerden de il, birimler için çok önemli bu... Yani dine falan dayanmadı nı... Do rudan do ruya hayattan almı bulunuyoruz, diyor ve böylece de Atatürk'ün gerçekçili ini parti programında da görüyoruz.

imdi 1935 yılına geliyoruz, devam ediyoruz. Ben birçok eyleri atlıyorum, birçok yasar çıkarılıyor de i tiriliyor falan. 1935 yılında ben bu çalı maları yaparken dedim ya acaba üniversitelerde ne çalı malar yapılıyor o dönemlerde, kooperatifçilikle ilgili bir e itim var mı diye. Bizde imdi üniversitelerimiz de çok az ve baktım stanbul ktisat Fakültesi'nde çok önemli bir kooperatifçilik e itimi var ve Suphi Nuri leri profesör, kooperatiflerle ilgili bir kitap yazmı , üniversitede okutuyor. Bu kitapta benim çok ilgimi çeken Kemalizm diye bir bölüm. Yani bugün de çok tartı ılan bir konu oldu u için bunu söyleyece im, kooperatifçilikle ili kisini. Yazar diyor ki Profesör Suphi Nuri "Ya" diyor "Kemalizm'in yani Atatürkçülü ün" (Kemalizm bugünkü Atatürkçülü e tekabül ediyor.) "Sosyal politikasını biliyoruz laiklidir, yok devletçiliktir ama" diyor. "Ekonomik politikası nedir?" diyor. "Bunu" diyor, acaba nasıl ey yapalım ve tartı ma yapıyor. O zaman dünyada fa izm var. Bugün bize akıl veren Almanya biliyorsunuz fa izmle... Hitler var o zaman, talya'da Mussolini var. Dünyayı böyle kasıp kavuruyor fa izm. "Acaba" diyor "Kooperatifçilik artık Kemalizm midir, fa izm midir?" diyor bir tartı ma yapıyor. Diyor "Hayır kooperatifçilik bir fa izm de ildir" diyor. Bazen Atatürk'e fa ist derler ya o zaman da tartı ılıyormu bu. Ondan sonra di er bir bölümü açıyor diyor ki "Acaba kooperatifçilik komünizm midir?" O zaman Rusya'da Lenin devrim yapmı ve Rusya'da komünizm var. nceleme yapıyor "Hayır diyor kooperatifçilik komünizm de de ildir". "O zaman" diyor "Kemalizm acaba liberalizm midir" diyor. ngiltere'deki, Amerika'daki bütün liberal ekonomiyi inceliyor, "Hayır" diyor "Bizim Kemalizm" diyor "Liberal de il". "O zaman Kemalizm acaba nedir?" diyor ve ondan sonra inceleme yaptıktan sonra

u sonuca varıyor kitabının 360. sayfasında. Ne liberal ve de ne komünizm olan Kemalizmin en tabii ve makul ekonomi rejimi yalnız ve yalnız kooperatifçiliktir.

Yani Kemalizm'i Atatürkçülü ü politika bakımından kooperatifçilikle e de er tutuyor. E bu tabii çok önemli. Yani bugünler için çok önemli, biz "Atatürkçülük nedir ne de ildir" diye tartı ıp duruyoruz. Kemalizm için kooperatifçili in çok önemli bir yeri oldu unu söylüyor. Atatürk'ün bu kooperatifçilikle ilgili düzenlemesinde en önemli yıl 1935 yılıdır. 1935 yılında iki tane çok önemli yasa çıkıyor. Bir Tarım Kredi Kooperatifleri Yasası, bir de Tarım Satı ı Kooperatifler Yasası'dır. Bu yasalar bugüne kadar yürürlükte ve bugün Türkiye'de bu yasa göre kurulmu 3000'in üzerinde kooperatif vardır ve 2,5 milyon orta ı var bütün Türkiye yayılmış olan. Bu yasa çıkıyor meclisten. İmdi burada Atatürk'ün bu yasa uygulamasını nasıl yaptı ını görelim. Önce yasa çıkıyor ondan sonra hemen parti programını de i tiriyor. 1935 yılında partisinin kurultayını topluyor ve öyle bir cümle kuruyor. "Partimiz kooperatifçili i ana prensiplerinden sayar. Kredi kooperatifleri toprak ürünlerinin hakiki de erlerini üretmeleri ve faydaları satı kooperatifleri kurulması ve ço altılmasına önem verilir. Türkiye Tarım Bankası tarım kooperatiflerinin ana bankasıdır". Programı de i tirdikten sonra Atatürk -yani İmdiki gibi bir devlet adamı olsa, kanun çıktı parti programını de i tirdik, e canım artık bu yürür diye dü ünür.-... Hayır, Atatürk bir i i sonuna kadar götürecektir. Ondan sonra yine bir kooperatif eylemine yapıyor. "Her ne kadar" diyor "Ben ne kadar Ankara'da memurlarla bir kooperatif kurdum tarım kooperatifi ama Türkiye'de o zaman milyonlarca köylü var. Bunlarla da bir kooperatif kurmak gerekir" diyor ve 30 Haziran 1936 yılında çel'in Tekir köyünde, Mersin'de 35 çiftçiyle bir araya geliyor ve bir dilekçe veriyor Ziraat Bankası'na. Diyor ki "Biz bu bölgede bir tarım kredi kooperatifi kurmak istiyoruz. Uygun görürseniz kabul edin" ve tabii altında da Mustafâ Kemal imzası var. Bu sefer Kemal Atatürk imzasını atıyor. Burada yine bir eye dikkatinizi çekece im. 1925 yılında Gazi Mustafa Kemal Pa a diye imzasını atmı tı. 1936 yılında ise Kemal Atatürk diye imzasını atıyor. Çünkü soyadı kanunu çıkıyor 1934 yılında. Atatürk'e Atatürk soyadı veriliyor. Atatürk soyadı verildikten sonra Atatürk Mustafa ismini kullanmıyor ve bilirsiniz Kemal Atatürk diye öyle güzel bir imza vardır. Burada da Kemal Atatürk imzasını görüyoruz. Ondan sonra bu kooperatifin çıktı ını müjdeliyor Celal Bayar, o zaman ekonomi bakanı, bir telgrafla Atatürk'e diyor ki "Kooperatifiniz kurulmu tur". Atatürk hemen Celal Bayar'a bir telgraf çekiyor. Yani yöntemi de anlamamız bakımından bu detayı da anlatıyorum. Atatürk kanun çıkardı programlar koydurttu. İmdi kendisi kooperatifi kurdu. İmdi ekonomi bakanına direktif veriyor. Diyor ki Tarım Kredi Kooperatifi'ne ilke olan kooperatifin muamelelerinin bitti ini sevinerek ö reniyor. "Bu kooperatifte bir saygın üye olarak bulunmamı muhabbetle yâd etmenize te ekkür ederim. Tarım kredi kooperatifinin bütün yurdu kaplamasını ba arılı gayretlerinizden bekliyoruz". Yani önce kooperatifi kuruyor, ondan sonra ekonomi bakanına direktif veriyor.

Tabii burada bir noktayı çok acı bir biçimde anmak durumundayım. Bu nerde oluyor Mersin'de, çel'in Tekir köyünde, yani Silifke'de. Bu sene bir olay oldu Mersin'de hepiniz hatırlayacaksınız. Ba bakan Recep Tayyip Erdo an Mersin'e gitti. Bir toplantı yaptı ve bu toplantıda Atatürk'ün beraber kooperatif kurdu u köylülerin torunları geldiler bu toplantıya. Bir tanesi ba ırdı. "Sayın ba bakanımız" dedi, "Çok kötü durumdayız anamız a lıyor" dedi. O zaman Sayın Ba bakan ona dedi ki, "Artistlik yapma lan ananı al git buradan" diye onu azarladı. Yani iki devlet adamı arasındaki çok acı bir fark. Birisi köylüyü milletin efendisi kabul ediyor. Onlarla aynı dilekçe altına imza atıyor. Kooperatif kuruyor. Ondan 70 yıl sonra Türkiye Cumhuriyetini idare eden ba bakan o insanlara öyle kooperatif kur, beraber kooperatif kuralım falan da demiyor köylü. Yani durumumuz kötü diye bir serzeni te bulundu u

zaman en a ır hakaretlerle "Ananı al git" diye çok kötü bir ekilde onları azarlıyor. Bu da tabii kooperatifçili in niçin bu halde oldu unu anlama bakımından yararlı.

Ondan sonra bu kanun çıktıktan sonra Atatürk son safhaya geliyor: meclis açılı konu -ması. Atatürk'ün meclis açılı konu maları çok önemlidir. Her 1 Kasım'da Meclisi açar ve ulusuna direktiflerini verir ve geçen yılın tartışmasını yapar. Orada diyor ki "kooperatifte -kilatı her yerde sevilmi tir" diyor. "Kredi ve satı n oldu u gibi biz di er masraflarda kul -landı mız ö renmekte" diyor, "Kooperatiflerden mümkün görüyoruz" diyor. Böylece o 2834 ve 36 kanunun uygulanmasını garantiye almı oluyor ki nitekim do ru temel atmı . Ta bugüne kadar bu iki kooperatif ve kanunları devam ediyor Türkiye'nin her tarafında. Geliyoruz 1937'ye. 1 Kasım 1937'de Atatürk mecliste son kendi sesinden konu mayı yapıyor. Biliyorsunuz 1 Kasım 1938'de Atatürk hastadır. Mecliste kendi konu masını yapmamı tır. Celal Bayar yapmı tır. '37 yılında me hur "Milli ekonominin temeli ziraattır" dedi i ko -nu masında i te "Köylerde falan süt kooperatifleri kurulmalı" diyor, "Tarım sanayiinde ko -operatifler kurulmalı" diyor. Bunlar çok önemli eyler tartışılması gereken. Fakat ben burada son olarak unu belirtmek istiyorum. Atatürk tarım satı kooperatifleri ve birliklerinden bah -sediyor ve bugün için de çok önemli birliklerimiz.

Diyor " hracat mallarımız hükümetin yakın kontrol altında satı larının te kilatlanması önemlidir. Bunu göz önünde tutan Ekonomi Bakanlı ı geçen yıl içinde dır'da, Ege'de Trakya bölgelerinde türlü satı kooperatifleri te kil etmi ve onları faaliyete geçirmi tir". "Ama" diyor, "Önümüzdeki yıl içinde ba ta fındık olmak üzere di er belli ürünlerimizi de ilgilendiren birlikleri bir araya getirmelidir". Yani "Birçok tarım satı kooperatifleri kuruldu" diyor. "Fındık için de bir kooperatif ve birlik kurulmalı" diyor. Geliyoruz 1938'e. 1 Kasım 1938, 9 gün sonra da Atatürk vefat ediyor. 1 Kasım 1938 meclis açılı konu masını Atatürk okuyamayacak durumda. Celal Bayar, o zamanki ba bakan Celal Bayar mecliste okuyor ve bunu tekrar anmamım nedeni 1937'deki Atatürk ün konu masına atıf yapıyor kendisi yani kendi konu masında. Diyor ki "1938'de mecliste memleketimizin muhtelif yerlerinde tarım satı kooperatiflerinin kurulmasına devam edilmi tir. Karadeniz bölgesinde fındık için 5 kooperatif ve bunlar için de merkezi Giresun'da olmak üzere bir birlik kurulmu tur".

imdi burada dü ünün ki Atatürk 1937 yılında söz veriyor. Diyor ki fındık için de ko -operatif kurulmalı diyor. 38'de de diyor ki fındık için Giresun'da kooperatif kurulmu tur. Yani Atatürk'ün ölümünden 9 gün önce bu fındık kooperatiflerinin kuruldu unu mecliste müjdeliyor. Biz 2006 yılında ne yapıyoruz? Bu fındık kooperatifi Fiskobirlik... Bu yılın en büyük kavgası; Fiskobirlik'i bugünkü hükümet ele geçirmek istedi. Demokratik kurulu , se -çimle geliyor yönetimlere. Fiskobirlik'i ele geçirmek istedi. U ra tı ele geçiremedi. Ele geçiremeyince Zapsu'nun da gayretleriyle Fiskobirlik'in bütün kredi olanaklarını kestirdi ve i lemez hala getirdi. Halbuki Türkiye'nin en büyük tarım satı kooperatiflerinden birisi. Milyarlarca dolar yani her sene bir iki milyar dolar ihracat yapıyor. Fındık ihracatı. Türki -ye'nin en önemli temel ürünü ve dünya tekelimizde. Bunu rezil etti, bu senenin ürününü. Gazeteleri günlerce i gal etti. Millet toplandı biliyorsunuz Karadeniz'de. Büyük bir olay. te Atatürk'ün kurdu u ve müjdeledi i ölümünden 9 gün önce kooperatifi 2006 yılında da bunlar onu ortadan kaldırmak için var güçleriyle çalı tılar. Umut ediyoruz ba aramadılar. Bu sene biraz kötü geçecek ama elbet o fındık kooperatifleri ya amaya mahkum. Çünkü çok önemli bir kooperatiftir. imdi Atatürk'ü böylece gördük. Tabii çok daha uzun anlatırdı ama ben kısaca bitiriyorum. Atatürk kooperatifçili e çok önem veriyor ve Atatürk dünyada e siz bir insan kooperatifçilik bakımından. Çünkü hem ideolojisini yapıyor, fıkırleniyor, hem de iki tane kooperatif kuruyor 1925'te ve 1936'da.

Ben bu arada inceledim "Dünyada acaba dedim hiç kooperatif kuran ba ka böyle cumhurba kanı falan var mıdır" diye ve kooperatifçili e çok yakın isim gördüm ki bir tane cumhurba kanına rastladım ki o da Clinton. Türkiye'mizi de ziyaret etmi olan Amerikan cumhurba kanı Clinton. Hatta onun hakkında bir makale yazmı tım, imdi kitabıma da aldım o makaleyi. O da öyle; Clinton cumhurba kanı aday oluyor. Aday oldu u zaman genç bir insan, bir basın toplantısı yapıyor. Gazetecinin birisi bir soru soruyor buna, diyor ki "Sen" diyor "Çok genç ya ta bir cumhurba kanı adayısın" diyor, "Nasıl kendini bu kadar yetkili görüyorsun? Amerika'da bu kadar i siz insan var, beyaz yakalı yani genç i sizler var, senin bunlar hakkında bir çözümün var mı?" diyor "Bir cumhurba kanı olursan". O da diyor ki Bili Clinton, "Tabii var" diyor. "Ben" diyor "onlara kooperatif kurduraca ım" diyor. Gazeteci ona tekrar soruyor "Ne demek yani kooperatif kurduraca ım?". "Ben" diyor "Valiyken baktım ki talya'da bu konuda kooperatifler kurmu lar bir bölgede orta talya'da kanun çıkarmı lar". "Gittim" diyor "nceledim bu kanunları köylünün kurdu u, insanların, aydınların kurdu u kooperatifi ve çok ba arılı oldu unu gördüm" diyor gazeteciye. "Ve Amerika'ya geldim vali olarak birçok insana kooperatifler kurdurdum" diyor. "Ve çok ba arılı oldular ve bunu" diyor "Cumhurba kanı olursam da geli tirece im". Buradan görüldü ü üzere Clinton kooperatif kurduruyor. Ama Atatürk'ten bir farkla: Atatürk kendisi bizzat kooperatif kuruyor. Clinton ise kurduruyor. Yani eylemin içerisinde de il. Bu bakımdan Atatürk e siz bir insan. Hatta çok ünlü bir tarihçi diyor ki "Dünya tarihi incelense" diyor. "Sözüyle eylemi birbirini tutan Atatürk'ten ba ka, Atatürk ayarında bir devlet adamı görülemez" diyor. Kooperatifçilikte de bunu çok net görüyoruz. Sözüyle eylemi birbirine çok uyuyor.

Atatürk böylece kooperatifçili i kuruyor ve biz bu Atatürk'ün dönemini altın dönem olarak kabul ederiz kooperatifçilikte. Dü ünün ki o dönemde imdi Atatürk'ü bazen ele tiriyor insanlar. Atatürk döneminde Almanya'da fa izm, talya'da fa izm, Rusya'da komünizm, bütün Avrupa kavrulurken Atatürk o eyin içerisinde Türkiye Cumhuriyeti'ni öyle parlatıyor. Kooperatifçiyi de... Mesela fa istler Almanya'da kapatıyorlar bütün kooperatifleri. talya'da kapatıyor. Atatürk Türkiye'de kooperatif kuruyor ve bugüne kadar devam eden bir kooperatifçilik hareketinin kumcusu oluyor. Bu bakımdan ben Atatürk'ü Türk kooperatifinin kurucusu olarak kabul ettim ve kitaplarımda da kooperatifçilik tarihi incelerken "Türk kooperatif kurucusu" diye Atatürk'ün biyografisini ve Atatürk'ü inceledim. imdi bundan sonra öyle kısaca vaktimiz az oldu u için bir geliverelim bu son zamana.

1938-50 arası harp dönemi. Kooperatifçilikte bir devletçilik dönemi görüyoruz. 50-60 arası Demokrat Parti dönemidir. Yeni bir siyasi iktidar olmu tur. Kar ı devrim hareketidir bir nevi. Har vurup harman savurma dönemidir. Kooperatifçilik açısından da böyle. Marshall yardımı vs. falan Amerika'dan yardım alıp Türkiye'yi kalkındıraca ız. Küçük Amerika olaca ız rüyasının geçti i bir dönemdir ve ba arısızlıkla sonuçlanmı tır. 1960 askeri ihtilal olmu 27 Mayıs. 27 Mayıs olunca önemli bir olay: 1961 Anayasası çıkmı tır. 61 Anayasası önemli bir anayasadır devrimci bir anayasadır ve kooperatifçilik açısmdan da çok önemlidir. Çünkü 51. maddesinde der ki, "Bu anayasa devlet kooperatiflerinin geli mesini sa la yacak tedbirleri alır" ve bu madde hakikaten uygulamaya da konulmu tur. 1963 yılında köy i leri bakanlı ı kuruldu. Sonra bu köy i leri ve kooperatifler bakanlı ına çevrildi ve bunun biraz daha ilerisinde 1969 yılında 1163 sayılı bugün Ecza Kurulunun da uyguladı ı Kooperatifler Kanunu çıktı. Demokratik bir kanun, ki tabii o kanunun Avrupa'da 1869 yılında çıkarttı ı kanunları biz ancak 1969 yılında çıkarabildik. Yani tabii Atatürk'ün de 1920'de çıkartmak istedi i bir kanundur o. Biz 1969'da çıkarabildik. O kanun kooperatiflerin üst örgütlenmesine müsaade etti. Birlikler kuruldu, merkez birlikleri, çok büyük bir hareketlenme

ba ladı kooperatiflerde 1969'dan sonra. Tabii bu Türkiye'de büyük bir dalgalanma ya adı ondan sonra, biliyorsunuz 12 Mart oldu 71'de. Bu anayasa Türkiye'ye bol geliyor diyerek Nihat Erim. Ondan sonra fakat o terör olayları falanda ba ladı 80'e kadar kooperatifçilik büyük bir ivme kazandı. 80'de askeri ihtilal oldu. 80'de askeri ihtilal olunca kooperatiflerin i te bunlar komünist diye bütün köy kooperatif yöneticilerini tutukladılar ve kooperatif hareketinin üzerinden tamamen bir silindir gibi geçtiler ve durdurdular. 90'a kadar böyle bir duraklama devri geçti.

Bundan sonra tekrar demokratik hareket, çünkü kooperatifçilik demokratik bir hareket. Yani demokrasi esası kooperatifçili in esası ve 80 ihtilali demokrasiyi ortadan kaldırdı. Meclisi kapattı, i le sendikaları kapattı, partileri kapattı ve tabii kooperatifler de bundan nasibini aldı. 90'dan sonra tekrar hareketlendi. Milli Birlik falan kuruldu. Fakat hiçbir zaman 80 öncesi o dinamizmini kazanamadı ve bugüne geldik eyden sonra kooperatifçilikte. E bu arada da tabi Ecza Kurulu da kuruldu zannediyorum, 89'da mı kuruldu 79'da. Birli i 89'da kuruldu ve 2006'ya geldik. Bu kadar Atatürk'ün u ra masına ra men bugünkü kooperatifçili imize baktı ımız zaman 9 milyon üyesi var; 70 bin 80 bin kooperatif var. Sayısal olarak çok geli mi fakat etkinlik olarak geli mi de il. te kooperatiflerin sosyal adaleti sa lamada, dı ticarete, tüketimde, ihracatta vs. payı oldukça az kooperatiflerin. Yine bu konuda ecza kooperatifleri oldukça iyi durumda bu konuda. Bunun temellerini ben 40-50 senedir inceliyorum nedir diye, Türk kooperatifçili inin geli meme sebebi. Genelde Türk kooperatifçili inin geli memesinin bazı sorunları var, temel sorunları. Bunları çözememi iz. Ben bunları da birer kelimeyle söyleyece im. Kooperatifçili imizin üst örgütlenme sonunu var. Kooperatiflerimizin birliklerini -merkez birlik, milli birlik- tamamlayamamı ız, etkili olarak tamamlayamamı ız. Daha Türkiye'de binlerce kooperatif hiçbir birli e veya merkez birli ine ba lı de il. Bu tabii çok önemli bir noksanlık. ki finansman sorunu vardır kooperatiflerin hepsinin. Çünkü kooperatifler ekonomik kurulu lardır. Finansman sorunu çözülememi tir yıllardır, sermayeleri kıttır kooperatiflerimizin ve yani bütün kooperatiflerde bu böyledir. Kredi sorununu çözememi iz. Bir kooperatifler bankası kuralım dedik onu kuramamı ız. Atatürk o zaman "Ziraat Bankası kooperatiflerin ana bankası demi ". Ziraat Bankası yoluyla kooperatiflerin finansman sorununu çözmü ama imdi öyle de il. Kooperatiflerimiz ortada finansman sorunu içerisinde kıvranıyorlar. Fiskobirlik olayında da Fiskobirlik kredi bulamadı ı için bu sene alım yapamadı. Bu finansman sonunu için de bir kooperatifler bankası kurulması gerekir. E itim sonunu çok önemli, kooperatifçili in e itimini geli tirememi iz. Biz diyoruz ki bütün ilkokullarda, ortaokullarda, üniversitelerde kooperatifçilik e itimi yapılmalı. Çünkü milyonlarca insanı ilgilendiren bir olay kooperatifçilik. Kooperatifçilik bilinmedi i zaman o kooperatifde etkili olmuyor. Mesela birçok, 9 milyon ortak var, o kooperatifi hiç bilmiyor. Zannediyor ki ben kooperatife girersem oradan bana para gelir yardım gelir. Halbuki ancak kendisi katılırsa, kendisi aktif olarak çalı ırsa, ürünlerini ona verirse... Kooperatif bir devlet kurulu u de il. Ortakların bilinçlendirilmesi lazım, yöneticilerin e itilmesi lazım. E yönetici adam kooperatif müdürü, kooperatif bakanı, hiç kooperatif bilgisi yok. Yani bir kurulu un ba ı ve onun ba ıyım diye çok cesur halde üçkâ itçilik yapıyor. Bilhassa konutta görüyoruz. Herkesi dolandırıyor. Özel sektörde, medya özel sektörde. Medya bunu man et yapıyor televizyonlarda ve televizyonda öyle bir imaj uyguluyorlar ki kooperatif demek sahtekarlık. Yani filmlerde bile sahtekarı canlandırmak için kooperatifç adamı ön planda. Halbuki binlerce kooperatiften 10 tane özel sektörde oldu u gibi kooperatifçilikte de var, ama medya özel sektörde oldu u için o kadar koca koca yüzbinlerce insanı dolandıran bankaların, holdinglerin ba kanları öyle etrafta arabada, lüks

yerlerde geziyor. Hiç bunlara kötü adam gözüyle bakmıyor, ama kazayla bir adam bir kooperatifi dolandırdıysa yandı. Biitiin medya böyle man ettesin.

Bu tabii önemli bir noksanlık. Bunun için e itim yapılması gerekli. Kooperatifçili in kendi e itimini, ortaklarını bilinçlendirmesi lazım. te yasada bazı düzenlemeler yapılması lazım, denetimde düzenlemeler. te tabii bunları burada kısaca anlatmak mümkün de il. Benim burada, baskısını da yeni yaptık, 5. baskı "'Kooperatifçilik" diye bir kitabım var. Burada ben bu sorunları 100 sayfada tartı ırım. Önemli sorunlar. Bunları kooperatifçi arkadaşlarımızın, bilhassa kooperatif yöneticilerinin bilmesi lazım ve ona göre gayret göstermeleri gerekir. Sabrınıza dayanarak birkaç kelime de ecza kooperatifleri için söylemek isliyorum. Sayın ba kanımız burada ecza kooperatiilerini konu madı, belki konudur. Ama bu yabancı uzman arkadaşımız da çok güzel bu Avrupa'daki ecza kooperatiflerini anlattı. Türkiye'de ecza kooperatifi benim gördü üm önemli bir kooperatif. Her ne kadar 23000 eczacı 7500 üyesi var. Az rakam de il, daha bunun artırılması lazım. Demokratik bir kooperatif. Demokratik kooperatifler kanuna göre kuruluyor. Tabandan kurulan bir kooperatif ve bizdeki ecza kooperatifinin ortakları eczacı. Az çok hem maddi güçler, var hem de okumu insanlar. Asgari bir fakülte bitirmi , eczacılık fakültesi. Bunlara öyle birazcık e itim yapılırsa çok güçlü bir taban olu turulabilir gibi geliyor bana eczacılar açısından. Yani Türkiye'nin önemli maddi bakımdan da bir grubu ve çok önemli bir konuyla da u ra ıyorlar bu ecza kooperatifi ve eczacılar.

Türkiye'nin biliyorsunuz çok önemli sorunlarından biri de sa lık sorunu. Sa lık sorunu sadece bir doktor sorunu de il birçoklarının zannetti i gibi, hastane sorunu da de il. Onun bir aya ı da eczacılıktır. Yani adam doktor muayenesini yapacaktır ve ilaç verecektir. Bu ilaçların iyi bir ekilde ulaşması ucuz bir ekilde ulaşması bu bakımdan kooperatifçilik çok önemli. Tabi eczacıların birçok sorunları da vardır. Bu sorunların çözülmesinde iki türlü sorunu olur eczacının. Bir ekonomik olmayan sorunlar, vardır mesleki sorunla, onun için odalar vardır, ecza odası i te onları savunur. Ama bir de ekonomik sorunlar vardır, finansman gibi, ilaç fiyatları gibi, birçok eyler gibi. Bunlar da kooperatifler e er güçlü bir kooperatif olursa güçlü bir dayanı ma unsurudur ve dayanı mayla ilaç sektöründe önemli roller oynayabilir ecza kooperatifçili i. O bakımdan da önemli görüyorum ben, sa lık politikası bakımından. Bu bakımdan benim kısaca bir incelememdi ecza kooperatiflerini. Bir kere kooperatifle menin miktarını artırması lazım, yani daha ne kadar çok orta ı olursa o kadar güçlü olur. Ortak sayısının artırılması, ortakların bilinçlendirilmesi yani ortaklara dönük bir e itim. Ortak dı ı eczacılara dönük de bir e itim yapılması lazım ve onların ortak kazanılması lazım. Bu görev tabii ecza kooperatiflerine dü üyor mevcut kooperatiflere ortak dı ı e itim yapıp onların da üye yapılmasıyla. Finansman sorunları vardır ecza kooperatiflerinin onun için tabi öz sermayelerini artırmaları önemli bir olay. Ama kredi imkanları için de Türkiye'nin bütün kooperatiflerimizin temel sorunu benim bütün hayatım boyunca u ra tı ım bir kooperatifler bankasının kurulması. Böyle bir banka kurulmasında da ecza kooperatifleri rol alabilirler. Bir de ecza kooperatifleri aldı ım bilgilere göre daha çok ecza deposu görevini yapıyor. Halbuki Türkiye'de bunun dı ında böyle bir daha güçlü bir hale gelirse kooperatifler yani üst örgütleri de sa larlarsa, yani Türkiye'deki bütün kooperatifler tek bir merkezde toplanabilirse, yani bu birlik ve merkez birlik olabilir, milli birlik olabilir. Veya tek bir kooperatif Türkiye'deki bütün kooperatif üyelerini bir araya toplayabilir. Böyle bir güçlü bizim Panko birlik modeli gibi olursa, bunlar sadece ilaç deposu halinde de il mesela ithalatta önemli rol oynayabilirler. Birçok ecza ilaçlarımız ithal ediliyor. Yarın ilaçların yüzde 50'sini ecza kooperatifleri döndürecek olursa o zaman ithal edip do rudan

do ruya ortaklarına verebilir ve bugün de ucuzluk sa layabilir, kalite sa layabilir. Demek ki ithalat yapabilir.

Hatta benim gönlümde daha çok üretime de yönelebilir ecza kooperatifleri. Çünkü bütün kooperatifçilikte sadece tüketime de il, üretime de girmeleri gerekir ki ecza kooperatiflerinin konumu da var. Diyeceksiniz ki üretim çok zor ama bu birçok basit ilaçlar vardır, basit eyler vardır çok tüketilen ve çok kâr olan. Bazen bir pamuk dersin ne olacak dersin, ama yüzde yüz kâr vardır. O kadar çok tüketiliyordur ki bu pamuk ve orda milyonlarca para ecza deposuna gidiyordur veya öbür tarafa. Onun üretimini yapmak mümkündür. Dikkat ederseniz Migros büyük ma azalar bunu yapıyor. Böyle çok tüketilen maddeleri... Deterjan mesela Migros'a gidin, Migros markalı deterjan vardır, Migros markalı makarna vardır, Migros markalı süt vardır. Niye? E çok tüketiliyor. Onun için kooperatiflerde ilaçlarda bu yönlerde faaliyet gösterilebilir ve böylece ben Türk kooperatifçili inde bugünkü durumun yani di er kooperatiflerimize göre iyi oldu u dü ünçesindeyim. Yani hiç olmazsa sa lam bir temeli var ama çok önemli görevler yapabilir. Çünkü Türkiye'nin bu sa lık sorunu en önemli sosyal problemlerinden birisi. Biliyorsunuz hükümeti sallayan, yurtdı ı herkesi ilgilendiren bütçeyi alt üst eden bir sorun bu ilaç ve sosyal sigortalar vs.. E bunun çok önemli bir aya ı eczacılar ama tek ba ına eczacılar hiç bir ey yapamaz. Eczacılar tek tek de il birle ik olması lazım. Birle menin 2 yolu vardır. Bir, oda eklinde ama onlar ekonomik bir birle me de ildir. Kooperatif eklinde birle me ekonomik birle medir. Asıl güç katacak olan, ekonomik gücü katacak olan kooperatif birle medir. Bu birle meye do ru gitmesini umut ediyorum.

Çok özür de dileyerek hepimize saygılar sunuyorum. Te ekkür ederim.

Ecz. M. Sait Yücel: Sayın Gökalp'e te ekkür ediyoruz. Bugünkü oturumumuzda hocamız bize kooperatifi, kurulu undan bugüne kadar olan geli imini anlattı. Di er konu macımız da Avrupa Birli i ülkelerindeki ecza kooperatifi konusunu çizdi. Bir önceki konu mamızda da eczane boyutuna baktık. Tabii tüm bu de erlendirmelere bakıldı ında ülkemiz Avrupa Birli i'ne girmek için yo un bir çaba sarf ediyor. te en son dün de bir liman açalım, bir havaalanı açalım, diye uzatılan teklifi hep beraber izledik. Tabii Macaristan'daki konu macının Macaristanlı eczacı arkada ımızın söyledi inin son satırı önemliydi. Çünkü orda unu söyledi. "Biz sıranın bu kadar erken bize gelece ini dü ünmiyorduk". te biz Avrupa Birli i sürecine baktı ımızda yurtdı ındaki ülkelerdeki eczane ve serbest eczane modellerine bakıldı ında; hakikaten Avrupa Birli i'nin 152 sayılı maddesine göre tüm ülkelerde eczacılık yasaının de i mesi ve eczacı ortaklı ı hatta bırakın eczacı ortaklı ını özellikle hep bunu orda talya'da açılan davanın özünde bu var. Verese eczanc nasıl belli bir süre sahibi eczacı dı ında mirasçıları tarafından idare ediliyorsa burada bir açıklık varsa o zaman eczane eczacı dı ında ba ka biri tarafından açılabilir gibi bir yorumla, talya'daki eczanelerin ba kaları tarafından açılmasıyla ilgili itiraz boyutu ve bu itirazın arkasından talya'daki yasa hızlı bir ekilde 2006 A ustos'unda de i ti. Bu arada bir tane eczacı 4 taneye kadar çıktı ve yo un bir boyutta Avrupa'da eczane modellerinin de i miyle ilgili olan noktada özellikle serbest yeterli zincir noktası geli iyor. Tabii sohbet boyutunda Estonya'dan gelen eczacı meslekta ımızla konu tu umuzda onlar "5 yıl önce zinciri istedik" dedi. "Çünkü o zincirin bizim için kurtulu oldu unu dü ünüyorduk, ama bu geçen 5 yıl içinde bu zincirin bizim için bir kurtulu olmadı ını, eczane ve eczacılık için bir son oldu unu gözlemledik, imdi bunun gitmesi için u ra veriyoruz" diye bir yorum yapmı tı.

Bunlara bakıldı ında bütün bunları de erlendirdi imizde, bizim Türkiye'de 1979 yılında ba layan Ecza Kooperatifi'yle beraber özellikle 1990-1980 krizleri ve Türkiye'nin 2000'li yıllar krizlerini rahat atlattıklarının nedenleri ecza kooperatiflerinin koruyucu rolüyle ekonomik anlamdaki sıkıntılar noktasında sektörün içine girip görsel olarak serbest eczanelerin kurulduğunu gözlemliyoruz. Ne zamanki 2000 kriziyle birlikte kooperatiflerimiz ekonomik krize girdiler ve önemli ölçüde kapanmak zorunda kaldılar. O dönemlerin arkasından yüzde 10'luk pazarlarla yürüyen ecza kooperatiflerinin pazar etkisinin az olması bu son dönemlerde olu an ekonomik alandan alınan kararlar biraz daha rahat uygulamasını getirdi. Çünkü sizin yüzde 10'luk etkinli inize pazarın belirleyicili ini yapmanız çok mümkün de il. Bütün bu uygulamalara bakıldı ında hakikaten bizim ismimizde de üretim boyum var. Ama kendi ekonomik rakamlarımıza baktı ımızda, üretim anlamındaki i levi yerine getirmek istersek de bu ekonomik boyutta eczacının SSK ve ye il kartın eczane boyutuna gelmesiyle ya adı 1, devletle ilgili olan noktadaki sıkıntılar ve eczacının ya adı 1 sıkıntılara bakıldı ında da siz Türkiye'de kooperatif olmayan bir yere giderken bile politikayı çok dikkatli izleyip yön çıziyorsunuz. Üretim boyutunu nasıl yapacaksınız, onu tartı ıyoruz. Bence hakikaten üretim modelli bir kooperatif çıkarılırsa ve senriyeye boyutu daha yüksek tutulabilirse o zaman belki de üretim boyutu da olu abilir. Ben ecza kooperatif modelinin Türkiye'de hakikaten örnek bir model oldu u ve her ne kadar sıkıntılar ya amı olmasına kar ın bugün gelmi oldu u noktada ba arılı bir model oldu unu ve bu konuda da bizim dı ımızdaki kooperatiflerden de ciddi boyutta destek alıyoruz. Ama görülüyor ki eczacılık alanındaki ve sa lık alanındaki bütün bu geli melere kar ı çok daha fazla destek vermeliyiz, yani çok daha fazla yan yana gelmeliyiz diye dü ünüyorum.

Evet, hocamıza soru varsa somları alayım. Varmı sorumuz? Buymn Sayın Bardak. Sayın Vardar 1979 yılında Bursa'daki kooperatifimizin kumcularından.

Dinleyici: Önce Sayın Mülâyim'e çok te ekkür ediyonım. Kooperatifle ilgilenen hemen herkesin kitaplarından yararlandı ını biliyorum. Sayın Mülâyim ben kooperatifin bir sade üyesiyim. Ve kooperatifin bir ana sözle me maddesini de i tirmek istiyomm. Biliyorsunuz u anki uygulamada ana sözle menin herhangi bir maddesinin de i mesi için önce Bakanlık'tan onay alınması gerekiyor. Ben bunu bireysel olarak bakanlı a gönderip de onay istedi imde böyle bir onayı vermeleri mümkün de il. Dolayısıyla bireysel olarak eczacıların ana sözle meyi de i tirmek gibi bir giri im yapma ansları var mıdır? Varsa nasıl?

Prof. Dr. Ziya Gökalp Mülâyim: Efendim tabii benim uzmanlık alanım de il bu, hukuki bir somn. Eczacıların bütün ana sözle me de i tinne olayı yasanın uygulaması ile ilgili. Benim ahsen bilgimin oldu u bir konu de il. Tabii bunun de i tirilmesi lazım. Bakanlı ın bu tutumu eczacı kooperatiflerine kar ı belki de müsaade istedikleri zaman vereceklerini umut ediyorum, ama siz diyorsunuz ki "Vermezler müsaade venuezler" diyorsunuz. Biz bazen böyle tüzük de i iklikleri yapıyoruz. Ana sözle me hazırlanmı sa onun dı ına çıktı ın zaman problem oluyor. Bu sözle me tüzük konusunda biz de bakanlıklarla çok kavga ediyoruz. Yani tanım kooperatiflerinde de bunlar çünkü mümkün oldu u kadar kendilerine özgü bir kooperatif tipi yaratmaya çalı ırlar. Ama 1163 sayılı kooperatifler yasası bu yönde oldukça demokratik. Umut ediyorum çözersiniz ama benim çok bir hukuki bilgim dahilinde de il. Te ekkür ederim.

Ecz. M. Sait Yücel: Evet ba ka sorumuz? Buyrun...

Dinleyici: yi ak amlar. Sunumunuz için öncelikle te ekkür ederim. Hocam sizden önceki konu macı ve sizinkinc ilave olarak bir iki cümlem olacak. Ondan sonra yanıt bekleyece im

bir sorum olacak. İmdi kooperatif olayı bir gönül işi. Yönetimde bulunan arkadaşlar da bir gönülde olması bakımından yapılan işler hiçbir zaman bir şirket anlayışı içerisinde profesyonelce, maddesel bir beklenti, amaç güdülmeyen yapılması gerektiğini düşünüyoruz. Sizden önceki yabancı konumacı Avrupa Birliği içerisinde yani Avrupa'daki kooperatiflerde profesyonel bir düşünce içerisinde kooperatif kurulduğunu ilettiler. Fakat Türkiye'de bu mümkün değil herhalde, bilemiyorum bu konunun cevabını sizden bekleyeceğim. İmdi dünya üzerinde sigorta herhalde kooperatif olayından daha eskidir. Sigortacılık bugün sigorta alanında bir Hindistan'da hiçbir şey vermeden görünen bir şey olmadan 1000 dolarlık bir poliçeyi rahatlıkla satabiliyorsunuz. Ama Türkiye genelinde böyle bir poliçeyi 50 veya 100 dolarlık poliçeyi satma imkanınız yok. Çünkü ortada görünen yani elle tutulan bir şey yok. Bizim kooperatif olayımızda ise elle tutulan bir meta var, ilaç veya diğer şeyler. Türkiye'de ecza kooperatifleri üretim, temin, tüketim ve dağıtım işleriyle uğraşmaları gerekli. Fakat burada çok az bir şekilde üretim söz konusu oldu. Genelde dağıtım işi yapıyoruz. Artı 1163 sayılı yasanın bir maddesinde de yönetimde olan arkadaşların hiçbir zaman kendilerine menfaat temin edecek bir düzeyde bulunmamaları gerektiği vurgulanıyor. Sizin de az önce bahsettiğiniz gibi yapı kooperatiflerinde maalesef yıllardan beri rant peşinde koşan bazı kendini bilmez arkadaşların bu tutumu neticesinde kooperatiflere karşı bir öçü gözüyle bakıyoruz. Ve bugün benim ricam öncelikle Türk Ecza Kooperatifleri Başkanı olması sebebiyle Sayın Yücel'den rica ediyorum; yönetimdeki arkadaşların elleri kooperatif olayını 22 bin eczaneye yaymak istiyorsa biraz sahaya inmemiz lazım. Yani eczacının ayağına gitmemiz lazım. Oturdu umuz yerden profesyonellerle yapılacak bir şey değil. Eczacıyı tanımadan eczacılık yapmak mümkün değil. Siz yönetim olarak temin bakımında profesyonel bir kadroyu oluşturabilirsiniz. Ama kooperatifin esas patronuyla ve aynı zamanda esas müşterisi olan bir eczacıyı itemezsiniz, itmemeniz gerekli, çünkü gönül işidir. Gönül işinde fedakarlık gerekir. Maddesel gerekmez. Bilmiyorum herhalde yanlış şeyler vurgulamadım. Bir de Atatürk dönemiyle imdiki dönemi arz ettiniz. Atatürk'ün ölümüne kadar Türkiye yoksulluklar içerisindeydi. Hiçbir şey yoktu. Halen daha Anadolu'da imcece usulüyle yapılan işlerle arttı. Ama bugün eğitim almış üst düzey üreticilerin de katkılarıyla da kurulan kooperatiflerde maalesef böyle bir imcece söz konusu değil, yardımla ma olayı yok. Bunun nedenleri ne? 30 yıllık meslek hayatımda ben çözümü değilim.

Prof. Dr. Ziya Gökalp Mülayim: Efendim tabii Atatürk dönemi bir ideolojik olaydır. Bir devrim ve devlet yaratma, bütün toplumun katılımı aynı zamanda 1920'den Kurtuluş Savaşı dâhil Türkiye'nin bütün gücüyle katılımı burada kooperatif de onun için. Atatürk o zaman diyor ki "Türk genci savaş gider gibi gider kooperatifin başına geçer ve bu savaş kazanır" diyor. Yani bir nevi bir gelişimin temellerinden birisi kabul ediyor. Yoksa hiçbir şey yapmadığından değil. O zaman tarım kooperatifleri, satış kooperatifleri bütün ürünlerimizi, bütün ihracatımızı o kooperatifler yaptı o zaman. Yani tarım satış kooperatifleri kredi belirledi, fakat ideoloji çok farklıydı. Zaten son yıllarda bizim 1950'den sonraki yavaş yavaş olan karşı devrim ve sonra da bugünlerde lam zirveye çıkan karşı devrim hareketlerinin bütün gücü bu Atatürk devrimi ideolojisini ortadan kaldırmak. Bu karşı devrimde bizim içerdeki insanlara yurtdışı ndan da görüyorsunuz çünkü dünya hiçbir zaman bu Atatürk devrimlerini hazmedememiştir. Yani Türkiye gibi bir yerde bir insan çıkacak ve toplum böyle ayaklanarak dünyaya meydan okuyacak ve bütün azgelişmiş ülkelere hepsine örnek olacak yani Kemal Atatürk'le.

Biraz önce, o lum yurtdışı nda turizmdir, bir turizm toplantısına gitti. Bu Cannes'da diyor ki "baba" diyor "bütün bu diğer ülkelerden gelenlerin hepsi Atatürk diyorlar" diyor. "Ben Türk'üm deyince" diyor, "Atatürk'ü soruyorlar" diyor. Yani bütün o insanlar Atatürk'ü bili-

yorlar. Tabii kendisi öyle bir insan. İmdi kooperatifçiliğe gelince, kooperatifçilik dünya geliştirdi, ticaret çok profesyonelleşti. Eskiden ufak tüccar vardı şimdi holdingler var. Kooperatifler de aynı şekilde bunlarla rekabet ederek gücünü artırması lazım. Bütün ticaretlede bir profesyonel kadro vardır, bir yönetim kadrosu biliyorsunuz. Dikkat edin özel sektör profesyonel kadroyu çok güçlendirdi. Yani çok iyi bir yeti mi adamlar hatta Türkiye'de bürokrasinin en iyi yeti mi adamları müstearlı, bakanlıklar alıyor kendi bürokrasisinde çalışıyor. İmdi kooperatifler de bunlarla rekabet edecek. Bir kere bir profesyonel kadrosunu çok ciddi kurması lazım onlar gibi. Bir de tabii çok doğru olarak söylediniz kooperatifçilik aynı zamanda bir gönüllü işi, ideoloji işi, bir de insanların hakkını savunması. Yani seçimle gelen yöneticilerin kooperatif bilincinin yüksek olması gerekli ve kooperatiflere asıl sahip olacak insanlarda bunlardır. Ben mesela üniversite de çalıştım ve köy kooperatiflerinin Köy-Koop'un merkez yönetim kurulunda çalıştım. Hiç de para almadım ama büyük hizmetler yaptım. En sonunda bütün arkadaşlar toplandı, bana... Yani büyük de sorumluluğu vardır oradakinin. Ama benim hayatımın en mutlu yılıdır o bir yıl, o Köy-Koop'un merkez yönetim kurulunda. Onun bütün 12 Eylül mahkemelerine davalarına rağmen çok önemli bir olaydır köylülere hizmet etmek.

Ben hiç unutmuyorum bir anı gibi anlatayım; Antalya'da bir kooperatife gittim. Hayvancılık kooperatifi, çok da pis şartlarda çalışıyor. Bir ziraat mühendisi çağırardım dedim ki "Sen burada kooperatifte misin?", "Evet". Dedim "Para ne alıyorsunuz, dışarıdaki ziraat mühendislerinden fazla mı alıyorsunuz" dedim. "Yok" dedi, "Aynı ücret alıyorum". "Ya" dedim "bu çok zor" dedim. "Ama" dedi, "Bunun verdiği mutluluk hiçbir ücretle ölçülür mü" dedi. "Ben o kadar insana" dedi, "Hizmet ediyorum" dedi, "Bunu dışarıda bir profesyonel olarak çalışarak alamam" dedi. Çok doğru, her zaman aynı mutluluğu ben de duyarım, her zaman kooperatifçilik yönünden. Kooperatifçilik öyle bir olaydır. Tabii profesyoneller olacak, kooperatifçilerin bilinçlenmesi önemli. Biz eğitimde mesela kooperatif yöneticilerinin bilinçlendirilmesi için toplantılar hatta eğitim yapılması lazım. Türkiye'de para almıyor diyorsunuz. O üçkâğıtçı o davetlerde konut kooperatiflerinde, o tabii dolandırıyor sahtekârlık suç yapıyor, yani o yapıyorum kooperatif para almaz meselesi de il. Kooperatifte yöneticinin para alması için... Yapılması lazım yani bir kooperatifte. Tabii o zaman ücret alabilir ve kendi mesleği vardır onun o kooperatif üyesi olan insanın kendi mesleğinden ve böylece toplumsal bir görevdir.

Zaten yani iki türlü. Oda da aynı şeydir. Yani insanların çeşitli hizmeti vardır. Kimisi çok büyük zevk aldığı için kooperatifçilik yapar, mutluluk için, kimisi kariyer yapmak için yapar. Yani bu hizmet eder o ona tabii bir sonuç doğurur. Yani ben kooperatifçilik yaptım, üniversite kitapları yazdım falan ama onun sonucunda ben senatör, oldum yani kooperatifçiliğim beni oraya götürdü. Oradan böyle kariyer yaptım, yani ben herkes profesördür ama ben ayrı bir profesörüm çünkü ben kooperatifçiyim. Milyonlarca insan için devamlı kitaplar yazarım, konferanslar veririm. Mesela her konferansımda beni bu Atatürk konferansım için çağırırlar. Moskova dahil, Moskova'ya da gittim, Van'a gittim, Maraş'a gittim. Para mı alırım, hayır ben buraya gelirim para mı alıyorum, yok yol parasını veriyorlar, cebimde de birçok davetlerden gidiyor. Bakıtım ekstralara falan benden gidiyor, "tamam" dedim. "Biz buraya geliriz" dedim ama bu bir hizmet. İmdi o kadar insanı, beklediğim kadar insan yok ama, yine de bir iki kişi her kooperatifçilikte bir davet örendi ise elbet benim için çok önemlidir. Bazen i te rastlıyorum sizlerden birisiydi herhalde "ta eskiden mesela" diyor, yani "Bursa'da ben davetiyken sizinle karıştı mı tük tük de i mi ti" diyor. Biz böyle milyonlarca insana hizmet etmişizdir. Bu önemli bir şeydir. Kooperatif yöneticiliği de apayrı bir olaydır. Burada bir eğitim ihmal edilmemesi çok önemli, yani kooperatifin ne kadar önemli bir iş olduğu bilincinde olması lazım yöneticilerin. Bu siyaset gibi. Türkiye'de siyasetin son zamanlarda... Ben Atatürk dönemindeki

siyasetçilerle senatoda çalı ırım. Yani onlar ola anüstü insanlar hepsi çünkü onlar büyük bir olayın bilincindeler yani bir devrim yapmı lar, devlet kurmu lar, siyasetçi dedi in öyle olur. İmdi bizim siyasetçiler üçkâ ıtçı! Böyle toplanmı lar o zamanda i te Türkiye de çıkmazda. Bu kadar aydın üniversiteli hepimiz kara kara dü ünüyoruz. "Ne olacak bu memleketin hali". Niye? Çünkü bilinçsiz bir insan grubu geldi yönetime. Orası kötü ey ben yönetmeyim, gitmeyim, e gitme gitme i te geliyorlar en sonunda. Onun için aydın insan demek o demek. Ben siyasetçi profesörüm, herkes bana soruyor "ne yapacaksın Türkiye'yi nasıl kurtaracaksın". "Ya" dedim "senin de aynı görevin sen de fakülte mezunusun, profesörsün". Halbuki bu toplumsaldır yani devletin yönetilmesi... Eczacılık bir meslek, çok önemli bir meslek bu meslekte siz ba arılı olmak istiyorsunuz, gelirinizi arttırmak istiyorsunuz çok do al olarak. Eti ini eczacılı ın... Bunun için yollar var. Tek tek olursanız sizi yerler. Yani öbür firmalar ezer sizi muhakkak. Her bakımdan ezerler yani korunmanızı bile yapamazsınız. Yani eczacılık mesle i onun için oda. Bir de kooperatif yani dünyada kooperatifler kuruluyor. Bu kooperatifte siz güç birli i yaparsanız bu herhangi bir yerde güç olur. Atatürk'ün dedi i gibi "birle mede kuvvet vardır". Kooperatif de en önemli birle me araçlarından birisidir.

(Alkı lar)

Ecz. M. Sait Yücel: Evet, Füsün Hanım'dan da son kısa alalım. Çünkü a a ıda bir otobüsün kalkma durumu var mı , uyarı geldi.

Dinleyici: İmdi bizim eczacılar arasında galiba bu üçüncü kooperatifimiz stanbul'da de il mi? İmdi ilk iki kooperatifimiz battı. Bu üçüncü kooperatifimiz. nsanlarda tabii bir güvensizlik olu tu. Ve ikinci kooperatifimizi batıran insanlar bugün çok zengin bir durumdalar. İrketler kurdular ve hiçbir ey yani mahkûmiyet falan almadılar. Benim hâlâ içime oturan bir konudur bu. Ama o zaman ben uzun zamandır da kooperatiflere küstüm. Yani açıkçası, fakat u ey aklıma geldi: Biz devlete neden uzaktan, sizin dedi iniz gibi u anda Atatürk'ten bahsettikçe çok daha... tarihimizi de unutuyoruz. Arada sırada günlük ko u turmaların içersinde biz denetlemeden toplumu olaya katılmadan uzaktan i te gönül birli i kooperatifimiz i te biz üye olduk. Bizim yerimize yapsınlar gibi eyler seraplıyoruz. u anda yani uzun zamandır dü ünüyordum zaten üretim dediniz, ok ma azalarında ok eyleri var, badem ya ı, tentürdiyot, oksijen, gazlı bez yani çok önemli ama küçük eyler. Biz bir anda üretime veya kutulamaya geçebiliriz. Biz eczacı olarak çok ey kaybettik, yani mamaları kaybettik, prima'lan kaybettik. Yani u anda elimizin altından kayıp giden bir sürü ey var. Bunları acaba biz Migroslar gibi, Carrefour'lar gibi o eyden alıp da kooperatif olarak hepimiz orda alı veri imizi yapsak tekrar bunları elde edebilir miyiz? Halk bize döner mi? Yani çok güzel eyler bugün bu yolu açtınız. Ben buradan söz veriyorum kooperatifte çalı maya ba layaca ım. Arkada larım da in allah böyle bir karar alırlar. Çünkü uzaktan bakmakla çok ey kaybediyoruz. Ben eczacılara 5 sene veriyorum 5 sene içerisinde belki bütün eczaneler kapanacak. Çünkü Amerika'da benim o lum orda oturuyor. En son ki isel eczane 6 ay önce bir kafe yapılmı sadece bir eczane bölümü var. Böyle geri kalan çok büyük bir bina. Bizler de öyle kafelerde oturabiliriz kafe yapabiliriz. Veyahut da mesle imize devam edebiliriz. Ona karar vermek herhalde güç birli inden geçiyor. İmdiye kadar çalı madı ım için de özür dilerim. Bundan sonra çalı malara katılaca ım.

(Alkı lar)

Prof. Dr. Ziya Gökalp Mülayim: Efendim tekkür ederim. Çok güzel bir noktaya temas etti. Kooperatif yönetim seçtikten sonra onlar idare etsin. Halbuki kooperatif demokratik bir kurulu diyoruz. Yani genel kurula gideceksin devamlı kontrol edeceksiniz. Oradaki insan o demokrasiyi hissedecek. Siyasal demokrasiden çok daha küçük bir demokrasi. Siyasal demokraside i te bekliyoruz aman seçim olsun 30 milyon insan oy kullanacak bir gerçekli e. Burada öyle de il. Burada ne bileyim 1000 ki i veya 500 ki i ortak var. Onlar ancak kontrol etme, devamlı kooperatife katılma bu demokrasinin esası. Bizde demokrasi de sorumlulu u ba kasına veririz. O eylerde yapı kooperatiflerinde üçka ıtçıları hep biliyorum. Adam kooperatif kuruyor, birisi ilan veriyor gazeteye. Herkes de parayı yatırıyor hiç gidip bakmıyorlar da. Ondan sonra diyorlar ki kooperatif bizi iflas ettirdi. Adam çünkü ne arsası var ne bir ey. Paraları alıp kaçıyor. Halbuki onu kontrol etmek lazım. Kooperatif üyesi oldu un zaman gidin. Devamlı genel kurullarına katılmak lazım onun dı ında kooperatife gidip bizzat katılmak lazım. Demokrasi öyle olur. Demokrasi kolay bir i de il. Tabii yani biz Türkiye'de her alanda demokrasi katılımımla olur. Eczacılıkta da. Ki aydın insanlarsınız kooperatifinize katılırsanız devamlı kontrol ederseniz o insanlar belirli kötü yollara sapamazlar. Ve tabii kooperatif içersinde örgütlendi iniz zaman. Amerika'da do rudur birçok kafelerin yanında eczaneler vardır. Yava yava o hale, bakkal dükkanı haline gelebilir. Türkiye'de eczacılık çok saygın bir meslek. Eskiden beri biz eczacıyı hatta doktor gibi bile kullanırız gideriz. Eczacıya ilaç sorarız, o kadar bizim için güvenilir insandır. Buna sahip olmak için de gayret göstermeniz de lazım. Yani eskiden eczacılara haklar tanınmı bu haklara layık olmak lazım ve bu hakları da almak için elinizden... Yoksa haklarınızı da alırlar çünkü diyorum eczacılı ı da ey yaparlar. Birçok olayları bakkallarda satarlar sizin elinizden alabilirler. Bunun için gayret göstermek lazım. Ama kooperatif bu yönden bir güç birli i olayıdır. Ve kurulmu da bir kooperatifiniz var. Bunu geli tirmek lazım. Bunun içine hepinizin katkısı gerekiyor diye dü ünüyorum.

Ecz. M. Sait Yücel: Arkada lar sohbeta devam edersiniz, sayın hocam burada. Yani kusura bakmayın saat sekize on var. Ben hepinize tekkür ediyorum sabrınızdan dolayı ve sayın hocamızın da a zına sa lık diyor, tekkür ediyoruz kendisine.

(Alkı lar)

SALON II*

Oturum Yöneticileri

Prof. Dr. Sevim Rollas (Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi)

Ecz. Sinan Usta (Kocaeli Eczacı Odası Başkanı)

Kişisel Performans Gelişim Etkinliklerinin Eczacılık Mesleğinde Önemi

Uzm. Ecz. Buket Aksu

Gerek mesleki, gerek ailevi, gerekse çevresel. Kısacası yaşamımızın her bölümünde "Bakarsan başı, bakmazsan da olur" atasözümüz gereği yaşamımızı sürdürürken, kendimizi her yönde geliştirmemiz şarttır. Aslında kendimizi geliştirdiğimiz sürece yaşamımızın kolaylaşacağını ve hatta daha zevkli hale geleceğini biliyor musunuz?

Bu konular son yıllarda o kadar hızla gelişim gösterdi ki takipte bile zorlanabiliyoruz. Bugün burada kısa örneklerle mesleğimizde nerelerde yer alabileceklerine bakmaya çalışalım.

Bizler, eczacı olarak nerede yer almak istiyoruz? Hedeflerimizi gerçekleştirmeyi nasıl başarabiliriz? Bu konuda ne tür etkinlikler alabiliriz?

Bu soruların cevabının daha kolay verilebilmesi için Amerika'da ve birçok Avrupa ülkesinde eczacılık fakültelerinde ders programları koyulmuştur. Birçok meslek birlikleri de eğitim ve etkinlik programları düzenleyerek desteklerini göstermektedir... Örneğin İngiltere'deki meslektaşlarımız için Büyük Britanya Kraliyet Eczacı Cemiyeti, sürekli mesleki gelişim dersleri verilmesinde öncülük yapmaktadır.

Bu programlardan serbest eczacılar için uygulananlarından bazıları yüksek kalite ve hizmet verilmesini sağlamak, personelden en iyi verimin alınmasını sağlamak için uygulananlardır. Çünkü bir işletmenin diğer bir işletme karşısında sahip olduğu avantajlar;

- Sattıkları ürünler,
- Verdiği hizmetler,
- Ekibinin üstünlükleridir.

Ekibin üstünlükleri öncesinde, işletme alım prosedürünün çok titizlikle yapılması ve ekibin elde tutulmasının sağlanması gerekir.

Serbest eczacı, işletme sorumluluğu genellikle eczacı sahibi eczacının veya eczane yöneticisininindir. İşletme alma; hem zaman, hem de para açısından pahalı bir işlemdir. İşletme süresinde planlı ve uzun vadeli bir yaklaşım sayesinde işletmenizi için yeni hizmetler geliştirecektir. Her işletme alım kararınız, işletme amaçlarınızla bağlantılı, açık ve net kurallar ortaya koyması önemlidir.

Yeni işletme için pozitif ve etkili şekilde alım evresi sağlanmalıdır. Elde tutmanın kilit prensipleri öncelikle ÖZEL MENÜ VE GELİTİRME'den geçmektedir

*Bu salonda gerçekleştirilen oturumların ses kayıtları teknik arıza nedeniyle alınamamıştır. Bu nedenle bu oturumlarda yapılan sunumların bize gönderilen yazılı metinlerini yayınlamayı uygun bulduk. - Kd.

Personel performansı, kişisel gelişim planlarını içine alan bir sistemle yönetilmelidir.

Alınan personelin geliştirilmesini, geliştirilmelerini sağlayacak plan onları motive edecek ve ayrıca size saygı duyulmasını sağlayacaktır.

Serbest eczacılık için de çağımızın gerektirdiği öğrenimin büyük bir kısmı, meslek eğitimlerinin yanı sıra, koçluk, mentorlük (akıl hocası) ve kişisel performans gelişim eğitimlerinin takip edilmesi şeklindedir. Birlikte çeşitli örnekleri paylaşalım;

Müşteri Memnuniyeti Sağlamanın Yolları

- Dinleme
- Feedback (geribildirim)
- Açıklık
- Güven
- Empati
- Takdir/teşekkür'den geçer.

"Fanatik Müşteriler Yaratma Eğitimlerinin kişilere kazandıracakları bilgi, beceri ve davranışları;

- Başıarda iyi bir hizmetin rolü
- Hizmet sunumunda kişisel ve kurulu hedeflerinin örtü türülmesi
- Farklılıklara ve de işime uyum sağlanması
- İletim içinde iletişimin geliştirilmesi
- Hizmet sunumuna destek sistemlerin kurulması olarak sayılabilir.

Bu eğitimde iş dışı müşterilerinin memnuniyet ve sadakatini sağlamak için üç sır öğretilmektedir:

- Ne istediğine karar ver
- Müşteri beklentisinin ne olduğunu anla
- Müşteri beklentisinin en az %1 fazlasını ver.

Ses ve Vücut mesajlarının doğru verilebilmesi iletişimin sağlıklı için çok önemlidir. İnsanların karışılma malarından sonra 30sn-3dk. arasında birbirleri hakkında bir fikre varmaları gerçeğini düşünürsek, ekibimizin müşteri iletişiminde etkili beden dili kullanımının önemini, daha iyi görmüş oluruz. Sade gücü sadece sözlerle değil, bunun nasıl söylendiği ile de ilgilidir. Sözel iletişimin bazı boyutlarını ele alacak olursak; ses / hız / vurgu / perde / telaffuz / iddet / aksan / konuşma netliği gibi boyutların her birinin üzerinde durmak gerekir. Beden dilinde, fiziksel görüntü, kıyafet, kıyafeti tamamlayıcı aksesuarlar gibi fiziksel etkenlerin yanı sıra göz teması, el-kol hareketleri, vücudun söylediklerimizi destekleyici uyumlu hareketlerinin de önemi çok büyüktür.

Kendini ifade edebilme konusu da, doğru iletişim kurmada en önemli noktalardan birini oluşturur.

- Kendimizi ifade etmenin yollarını biliyor muyuz?
- Çevremizdekilerin bize ifade ettiklerini doğru anlayabiliyor muyuz?
- Bilgisine ve bulunduğu duruma göre kadromuza nasıl davranacağımızı biliyor muyuz?

Kendini ifade ederken veya karışımızdaki insanı anlarken duygu etkenlerinin önemini küçümsememek gerekir. Çünkü satın alma kararları %75 duygusal, %25 mantık ile verilir.

Duygu Etkenlerinin Alt Grupları

- Görünü ve davranışımızın etkisi
- Takdir ve iltifatlarımızın etkisi
- Yardımcı olmamızın etkisi
- Ortak noktalarımızın etkisi
- Bilgi ve becerimizin prestij etkisi
- Güven vermemizin etkisidir.

Ancak bu arada mü terilerimizin de duygu etkenlerini unutmamamız gerekir. İnsanların görsel/i itsel ve dokusal olarak genelde 3 gruba ayrıldı ı belirlenmiştir. Nadiren bunlardan ikisini ve çok nadiren üç özelli i taşıyan kişilere rastlanabilir.

Görsellere satış sırasında görsel imajın vurgulanmasında fayda vardır, bu kişilerde genellikle göz hareketleri yukarıdadır. İteller ise kulak hizasına bakarlar ve bu kişiler satış sırasında kullandığımız kelimeler çok önemlidir. Dokusal kişiler ise düşünürken genelde göz altına bakarlar. Bu kişilere satılacak ürünlere dokunmalarını sağlamak faydalıdır.

Duygu etkenlerinin bizi ilgilendiren bir davranış biçimine örnek olarak "itirazları" sizinle paylaşmak isterim. İtirazlar da çeşitlidir ve bunların türüne göre davranış biçimleri geliştirmelidir. Bu davranış biçimleri:

Buz Torbası: İtiraz eden kişi sınırlı olduğu için sizin de sinirlenmeniz çok kolaydır. Ancak unutmayın ki, itiraz barındırır. Belki münakaşayı kazanamazsınız ama sakin olursanız o mü teriyi/insanı kazanabilirsiniz.

Balon: İtiraz eden kişi sınırlıdır, öfkelidir. Sert konu ursanız patlayabilir. Onu sakince dinleyerek balonunun sönmelerini sağlamak mümkündür. Havasını almalısınız.

Soru: İtirazın nedenini anlamak için onun yanında olduğunuz ve anlamaya çalıştığınızın gösteren sorular sormalısınız. Tuza düşürücü ve haksız çıkarıcı sorular da il.

Maske: Birçok zaman ifade edilen itiraz maskesidir. Gerçek itiraz onun arkasında gizlidir, gerçek itirazı bulup onu çözmeye çalışılmalıdır.

Yastık: İtiraz eden kişi iye karşı, bakışlarının yumuşatıcı bir yastık olarak kullanılmasıdır. "Geçenlerde bir mü terim de aynı şeyi söyledi. Sonra inceledik"... şeklinde olabilir.

Bu etimler etkin takım ruhu, zaman yönetimi, stres yönetimi, problem çözüm yöntemleri, özgüven geliştirmek, etkin iletişim gibi birçok çeşitleri kapsamaktadır. Peki bütün bunların yansın yönetici olarak bizim etime ihtiyaç duyduğumuz konular da incelememiz gerekmez mi? İlk sora olarak kendimize

"Ben iyi bir lider miyim?" diye soruyor muyuz? Tek bir liderlik stili olmadığını, çok boyutlu bir lider olabileceğimizi biliyor musunuz?

"Çok boyutlu liderlik" ile:

Ekip arkadaşlarınızı iyi "tehis" ederek,

"Esnek" davranışları bilinçli uygulayarak,

Gerçek "uyumu" sağlamak mümkündür.

Çok Boyutlu Liderlik etkin olarak kullanıldığında etkilediği alanlar; kaliteli çalışmanın bünyede tutulması, motivasyonun yükselmesi, üretkenlik ve verimliliğin artması, risk alma ve yenilik getirme, mü teriyeye odaklılık, hesap verilebilirlik ve sorumluluk, etkin liderlik gelişmesi, kişisel ve kurum hedeflerinin uyumu, etkinlik ve verimlilik olacaktır.

Kişisel Gelişim Etkinlikleri; prosesin mü teriyeye yönelik ve çok daha güvenilir olmasını, hata ve kayıpları sıfıra hedefleyerek, sürekli olarak azaltılmasını, sürekli gelişim ve iyileştirilmesini, kısacası sizin ve kadronuzun etkin olmasını sağlar.

Etkin olmak, istekli/motive olmaktır, bilgili/biliyor olmaktır, beceri sahibi olmak, yani bildiğini yapabiliyor olmaktır. Etkinlik istek-bilgi ve beceriden geçer. Etkin insanlar amaç ve hedeflerine ulaşırlar ve bunlara ulaşırken, daha az sorunla karşılaşır, bu sorunları daha kolay çözerler... Ayrıca etkin insan hangi yola gitmesi gerektiğini de kolaylıkla bulabilecek insandır. Hepimizin bildiği gibi Alice Harikalar Diyarında'da Alice yol kavayında bekleyen kediye hangi yola gitmesi gerektiğini sorar. Kedi ise gideceği yeri söylerse, hangi yolu izlemesi gerektiğini söyleyeceğini belirtir. Alice, "benim için farketmez" deyince de, "o zaman hangi yolu seçerseniz, o sizi gideceğiniz yere götürecektir" diye cevap alır. Yolumuzu ve yönümüzü önceden belirlememiz gerekmektedir.

Çok detaylı olan bu konuya burada sadece birkaç noktadan dokunmaya çalıştım. Kısacası 21. yüzyıl eczacısının

- Ürün bilgisinin iyi olması,
 - Pazar bilgisinin iyi olması,
 - Mü teriyeye bilgisinin iyi olması,
 - Satıcılık bilgisinin iyi olması,
 - Performans getiren hizmetlerle donanımın olması, başarı grafiğini yükseltecektir.
- Bu bağlamda sizlere mesajım, "Daha çok çalışmayın, daha akıllı çalışın" olacaktır.

Türkiye'de Serbest Eczacıların Meslek Hakkı

Ecz. Orkide Çetin

Türkiye'de birçok mesleğe baktığımızda "meslek hakkı" kavramını görmekteyiz. Avukatlar, bilgisayar teknikerleri, doktorlar, di hekimleri, borsa brokerleri, danışmanlık şirketleri ve birçok meslek mensubu verdikleri hizmet sonucu, bilgi ve emeklerinin karşılığında bir ücret talep etmektedirler.

Dünyada birçok ülkede eczacılar eczanelerinde hastalara hazırlayıp sundukları reçeteler karşılığında, eczacı karşılığını haricinde meslek hakkı olarak tanımlanan ek bir ücretlendirmeyi ilaç fiyatlandırmasına dahil etmektedirler.

"Türkiye'de eczacılık mesleğinde "meslek hakkı" kavramı var mıdır?" sorusuna ülkemiz artlarında cevap verecek olursak, ne yazık ki bir ikileme karşılığında kalmaktayız. Ülkemizde eczacılar majistral ilaçlar için "meslek hakkı" ücreti almaktadırlar. Hazırlanan her majistral ürün, Majistral Tarife'de yer alan C cetvelindeki meslek hakkı ücreti eklenerek fiyatlandırılmaktadır. Eczacılar bu tarifeye göre nöbet zamanı hazırladıkları ilaçlar için ek olarak %20 nöbet zammı eklemektedirler.

Ancak eczacının bütün mesleki bilgisini katarak hastaya sunulan orijinal ya da jenerik ilaçlar olarak sınıflandırılan müstahzar ilaçların fiyatlandırılması içerisinde eczacıların meslek hakkı yoktur. Oysaki eczacı, bir ilacı hastaya verirken te his den ilacın dozuna ve ilaçlar arası etkile-

imc varıncaya dek ilaçla ilgili her konuda en ufak ayrıntıya kadar yükümlüdür. Bu ilaç ister majistral ekilde hazırlanmış isterse müstahzar eklinde eczaneye gelip hastaya sunulmuş olsun.

6197 sayılı eczacılar ve eczaneler hakkında kanuna baktığımızda eczacının görev ve yükümlülüklerini açıklayan bir maddeye rastlamakla beraber mesleğimizle ilgili bu kanunda ne yazık ki eczacının tanımı da yoktur. Bu kanunun 3. Bölüm 25. Maddesinin B fıkrasında yer alan ifade ise şu ekildedir: "Eczanelerde hazırlanan reçetelerin ilaçlarında görülecek hata vesairenden doğrudan doğruya eczanenin mesul müdürü sorumludur."

Buradan da anlaşıldığı üzere eczacıların hastalarıyla ilaç ve tedavi konusunda bilgilendirme zorunluluğu yoktur. Buna rağmen eczacılar ülkemizde bu hizmeti bedelsiz olarak yıllardır gönüllü olarak vermektedirler. Avrupa ülkelerinin eczacılık kanunlarına baktığımızda, eczacının yükümlülükleri eczacılık kanunlarında açıkça belirtilmekte ve eczacının sağlık danışmanlık hizmeti vermesi bir zorunluluktur. Buna rağmen eczacılar, verdikleri danışmanlık hizmeti için eczacı kârlılığına ek olarak danışmanlık hizmet bedeli karşılığında ayrıca bir ücret almaktadırlar.

Avrupa Birliği'ne katılma sürecinde de i en sağlık politikasına adaptasyon çalışmaları ve sağlık sisteminde devletin mali yükümlülüğünü minimuma indirme düncesi çerçevesinde, azalan eczacı kârlılık oranlarına rağmen eczacıların meslek hakkı konusunda imdiye kadar hiçbir bilimsel ve mesleki çalışmaları yapılmaması da mesleğimizde büyük bir eksiklik.

2004 Yılı İlaç Fiyat Kararnamesi çerçevesinde eczacı kârlılıkları belirlenirken fiyatların baz alındığı 5 ülkenin, Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan ile diğer dünya ülkelerinin eczacılık sistemlerine baktığımızda eczacıların, eczacı kârlılığı haricinde ek olarak bir de reçete ya da kutu başına de i en ek bir ücret aldıklarını görmekteyiz.

Ülkemiz ve dünya ülkelerinin eczacılık sistemlerini ana hatlarıyla inceleyecek olursak:

TÜRK YE: Türkiye'de eczane açmak için herhangi bir demografik ve nüfus başlı sınırlama bulunmamaktadır. Türkiye'nin 73 milyon nüfusuna karşılık 22 bin serbest eczanesi bulunmaktadır. Yasal olarak sadece eczacılar eczane sahibi olabilirler. (Ancak muvazaa mesleğinin en büyük sorunlarından biridir.) Eczanede tüm sorumluluk eczacıya ait olup ve mesleğinin dışında bizzat ticaret yapamayacağı gibi seçimle elde edilen vazifelerden başkalarını kabul edilmeyeceği, bu işleri yaparken de eczanede sorumlu mesul müdür eczacı bulunması zorunluluğu vardır. Farmasötik ve majistral ilaçlar sadece eczanelerde satılması gerekliliği ifadesine kanunlarda yer almasına rağmen maalesef bazı ilaçlar eczanede rahatlıkla satılmaktadır. Eczacı kârlılığı Regresif sistem baz alınarak düzenlenmiştir. Eczacı kârlılığı KDV hariç depocu satış fiyatı üzerinden hesaplanarak %25-10 aralığında de i mektedir.

Eczacıların verdikleri sağlık danışmanlık hizmeti karşılığında bir ücretlendirilme yani eczacının meslek hakkı yoktur.

FRANSA:

- Eczacılık sisteminde eczane açılması için nüfus kriteri vardır. Eczane büyüklüğü ve eczanelerin birbirine olan mesafesi belirlenen kriterlerden de ildir.

- Fransa'nın 60 milyon nüfusuna karşılık 22.697 serbest eczanesi bulunmaktadır.

- Eczanesinde tüm sorumluluğu alan eczacı başkalarını meslek ile uğraşamaz, hastaya gerekli sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür.

- Tüm özel farmasötik ve majistral ilaçlar sadece eczanelerde satılmaktadır. Ülkemizde geçerli olan regresif sistem esas alınarak eczacı kârlılığı belirlenmektedir.

- Eczacı kârlılığı ilaç toptan satış fiyatının %26.1 - %6 arasında de i mektedir.

TALYA:

- Eczacılık sistemi eczaneler arası mesafe ve nüfus kriterleri baz alınarak düzenlenmiştir.
- Talya'nın 56.990.000 nüfusuna karşılık 16.808 kadar eczanesi vardır.
- Eczanede tüm sorumluluğu üstlenen eczacı başka bir meslek ile uğraşmaz ve hastaya ilaçla ilgili sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdür.
- İlaç satma yetkisi sadece eczacıdır ve farmasötik ürünler sadece eczanelerde satılabilir.
- Ulusal onaylanmış bütün geri ödemeli (ürünler ile EMEA karşılıklı anlaşma veya ulusal prosedürler aracılığıyla onaylanmış tüm geri ödemeli) ilaçlar için eczane kârı KDV hariç satış fiyatının % 26.7'sine eşittir.
- Geri ödeme listesine girmeyen (OTC) ilaçlar için eczane kârı serbesttir.

SPANYA:

- Eczane hizmetleri yasasına göre, eczaneler demografik ve coğrafi kriterlere göre açılabilir; bunlar nüfus yoğunluğu ve eczaneler arası mesafelerdir.
- Spanya'nın 41.837.984 nüfusuna karşılık 20.098 serbest eczanesi vardır.
- Eczacılar, eczanede bulunmak zorunluluğunda olup, tüm sorumluluk eczacının olup, hastalara gerekli sağlık hizmetini sunmakla yükümlüdürler. Genel olarak ilaç dağıtımında tek yetkili eczacılardır. Ülkemizde geçerli olan regresif sistem esas alınarak eczacı kârlılığı belirlenmektedir.

YUNANİSTAN:

- Yunanistan'da eczane açabilmek için belli demografik ve coğrafi kriterlere uyma zorunluluğu vardır. Eczaneler arası mesafe hizmet verecek alan ve nüfus oranı göz önünde bulundurularak eczane açma izni verilir.
- Yunanistan'ın 11 milyon nüfusuna karşılık 9.300 serbest eczanesi bulunmaktadır.
- Tüm sorumluluğu alması için eczacının eczanedeki mevcudiyeti artırır.
- İlaçların dağıtımı sadece eczacılar tarafından yapılmaktadır.
- Eczaneler tüm vergiler düştükten sonra ürünün satış fiyatından %24 kâr elde etmektedirler.
- Kooperatiflere katılan eczacılar %4 ek indirim alırlar.

PORTEKİZ:

- Portekiz eczacılık sistemi mesafe ve nüfus kriterlerine göre belirlenen bir yapıya dayanır.
- Portekiz'in 10.407.000 nüfusuna karşılık 2.759 serbest eczanesi bulunmaktadır.
- Eczacı eczanede bulunmak zorundadır, aksi halde eczane açık olamaz. Eczane kârı ve ilaç fiyatları birbiriyle doğru orantılı lineer sisteme göre belirlenmiştir.
- Reçeteli ilaçlarda eczane kârı %19.15'tir. (KDV hariç tüketici fiyatı üzerinden hesaplanmaktadır.)
- Reçeteli olmayan (OTC) ilaçlar için fiyatlandırma serbest bırakılmıştır.

NGİLTERE:

- İngiltere'de eczane açmak için herhangi bir coğrafi veya demografik dağılım kriteri yoktur.
- Ancak eczacı daima eczanede olmak zorundadır. Bütün reçeteler ve sadece eczanede satılabilen ilaçların dağıtımından eczacının gözetiminde olmak zorundadır ve eczacı sağlık danışmanlık hizmeti sunmakla yükümlüdür.

- İngiltere'nin 58.920.000 nüfusuna karşılık, serbest eczane sayısı 10.463'tir. Bu rakamın yarısına yakını (4931 eczane) zincir eczane grubuna mensup eczanelerdir.

- İngiltere'de eczacılık mesleğinde sorunlar yaayan ülkelerin en başında gelmektedir. Bunun sebeplerinden biri ülke eczacılık sisteminde zincir yapının yer alması ve eczacı dışında şirketlerinde eczane açma ve ilaç dağıtım yetkisine sahip olmasıdır.

Ülkelerin eczacılık yapılanmasını genel olarak özetlersek:

- Eczane açma kriteri nüfus ve demografik faktörler baz alınarak belirlenmiş, böylece sağlık hizmetinin erişilebilirliği ve kolay ulaşılabilir olması sağlanmıştır.

- Ülkeler genelinde serbest eczane -eczacı sayısına baktığımızda bir eczane başına düşen eczacı sayısı 2-3 arasında değişmektedir. Bu da bize Yardımcı Eczacı kavramının yurtdışında ne derece oturmuş olduğunu ve ilacın hastaya bizzat eczacı tarafından sunulduğunu göstermektedir.

- Eczanede daima eczacı tarafından ilaçların sunulması sonucu olarak da eczacının hastaya verdiği danışmanlık hizmeti karşılığında, eczacının karşıladığı reçete başına ya da ilaç kutusu baz alınarak genel eczacı kârlılığına ek olarak eczacı meslek hakkı karşılığında tahsil edilen ek bir ücretlendirme bulunmaktadır.

Genel olarak baktığımızda eczacılar, eczacı kârlılığı karşılığında eczane işletme giderlerini şu maddeleri belirterek talep etmektedirler:

- 1 - Eleman giderleri
- 2- Dükkan giderleri
- 3- Reçete hazırlama giderleri

Bunlara ek olarak eczacılar sağlık danışmanlığı karşılığında aldıkları meslek hakkı ücreti için verdikleri özel hizmetleri şu şekilde belirtmektedirler:

- Reçetenin geçerliliğini ve tamamlanmasını onaylamak
- İlacın kullanımını gözden geçirmek
- Hastanın ilaç tedavisine alerjisi olup olmadığını belirlemek
- Hastaya göre doz ayarlaması yapmak ve etiketlemek
- İlaç kullanımıyla ilgili eğitim vermek (bilgilendirme), ilacın doğru kullanılmasını sağlamak, bazı özel ilaçlar için verilen el broşürleri
- Reçete kontrolü yapmak, reçete muhteviyatı ilaçlar arası etkileşimi kontrol etmek
- Doktorla hasta-ilaç hakkında yapılan görüşmeler

Bütün bu hizmetleri ülkemiz eczacıları yıllardır hiçbir ücret talep etmeksizin fazlasıyla vermektedir. Ülkemiz artlarında eczane işletme giderleri hesaplandığında %13'e ulaşıyor görülmektedir. Eczacı kârlılığına da ortalama olarak %20 olarak kabul ettiğimizde bir eczanenin net kârı %7 olarak görülmektedir. Böyle bir kâr marjıyla artık bir eczanenin işletme olarak varlığını sürdürmesi ve sağlık hizmeti sunması günümüz artları dikkate alınınca oldukça zor bir hal almaktadır.

Bazı Avrupa ve Dünya Ülkelerindeki Eczacı Meslek Hakkı Ücretleri

AVUSTRALYA: Eczacılar reçetede verdikleri ilaçlar için her reçete başına 4.75\$ (Avustralya doları) eczacı hizmet bedeli alır. Ayrıca bazı özel uygulamaya tabi ilaçlar için de ek ödemeler talep edilebilir. PBS sisteminde eczacılara reçete başına verilen ücret Sağlık Ba-

kanlı 1 ve Avustralya Ecza Birli i arasında yapılan görü melerle belirlenir. Ücretler yıllık olarak endekslenmi olup, e er ilaç fiyatlarında artma ve azalma olursa meslek hakkı ödemeleri de dengeleme amacıyla azalıp artarak ayarlanır.

AVUSTURYA: Eczacılar her ilaç kutusu ba ına **4.45** Euro, nöbetlerde ise hasta ba ına (yani reçete ba ına) 3.6 Euro ek ücret almaktadır.

ABD: Eczacılar reçete ba ına 8\$ meslek hakkı almaktadırlar.

NG LTERE: Meslek hakkı bedeli ngiltere'de farklılık göstermektedir. Bunun nedeni ülkenin eczacılık yapılanma sisteminde zincir eczanelerin olmasıdır. Genel olarak eczanelerde reçetelenen ürün ba ına 90 peni ve ambalaj ödene i olarak da 3.24 peni meslek hakkı ücreti olarak tahsil edilmektedir. Ancak farklı zincire mensup eczane ubeleri ve farklı bölgelerdeki eczaneler arasında ücret farkları görülmektedir.

FRANSA: Eczacılar hastaya verdikleri reçetenin içerdiği ilaç kutusu ba ına 0.53 Euro ek ücret almaktadırlar.

BELÇ KA: Eczane danı manlık hizmetlerine ili kin ödemeler (meslek hakkı), ilaç fiyatları içerisinde büyük bölümü olu turur ve enflasyon göz önünde bulundurularak periyodik olarak endekslenmektedir. Eczacıların meslek hakkı ücretlendirmesi, ilaçların terapötik sınıflarına göre 3 adımda belirlenir. Bu ücret 1.30-5.10 Euro arasında de i iklik göstermektedir.

SLOVENYA: Eczacı meslek hakkı hizmeti için yaklaşık 0.9 Euro sabit bir ücret ayrıca reçeteye yazılan her bir kalem için yaklaşık olarak alınan 0.5 Euro ücret belirlenmiştir.

Ülkemizde eczanelerin (nüfus ve mesafe açısından) dengesiz dağılımı, mesleki etkin ve saygınlığın erozyona uğraması, her geçen gün düşen eczacı kârlılıkları ve karlanmayan ilaç fiyatları, geri ödeme kapsamında kesintiye uğrayan reçete bedelleri ve geciken kurum ödemeleri buna mukabil depoların vade farkı faizleri ve de eczacının bütün bu olumsuzluklar karşısında hakkını arayamaması ve kanunen bir kimlinin olmaması ülke artları çerçevesinde her geçen gün mesleğin daha zor artlarda yürütülmesine doğru gitmektedir.

te bu noktada artan eczacı sorumluluğu ve kötüleşen eczacılık artlarında "serbest eczacıların meslek hakkı" bütün bu negatif unsurlar için bir çıkış noktası niteliindedir. Meslek hakkı eczacılara hem maddi açıdan, hem de mesleğe sosyal ve psikolojik boyutta rahatlama sağlayacaktır. Eczanelerde bizzat eczacı tarafından hastaya verilen sağlık danı manlık hizmeti ve bunun karşılığında eczacıya ödenecek meslek hakkı ücreti öncelikle bir eczacının sürekli eczanesinde bulunmasını ve hastaya ilacı bizzat sunmasını sağlayacaktır. Meslek hakkı bizzat eczanesinde duran, hastalarıyla birebir ilgilenen eczacılar ve eczanesinde bulunmayan eczacıların ayıklanmasında da etkili olacaktır. Özellikle eczacılık mesleğinin en büyük sorunu olan sermayedar ahıslarca ticari amaçlı işletilen muvazaa eczaneleri böylelikle sosyal seleksiyona uğrayarak azalacaktır. Hastaların eczacılar tarafından, ilaçlar ve tedavi hakkında bilinçlendirilmesi tedavi etkinliğini artıracaktır. Bireylerin sağlık kalitesindeki yükselme ve maliyetin azaltılması genel olarak değerlendirildiğinde devletin sağlık harcamaları bütçesinde büyük tasarrufa neden olacaktır.

Avrupa'da 2004 yılı içerisinde eczacı sağlık danı manlık ile yapılan tasarrufu incelediğimizde bakın hangi rakamlardadır:

- spanyol "Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos" serbest eczacı müdahalelerinin ekonomik etkisini ele alan bir çalışmaya hazırlattı. Bu çalışmaya göre İspanya'daki serbest eczaneler sağlık sistemine yılda eczane başında 1.747 Euro tutarında tasarruf sağlamaktadır. Bu tasarruf miktarı toplam sağlık bakım harcamalarının %3.5'una eşittir.

- rlanda'da yapılan bir di er ara tırma verileri ise u ekildedir: "PricewaterhouseCoopers" irketinin tahminlerine göre, rlanda'daki serbest eczacılar danı manlık hizmeti sa - layarak pratisyen hekim, ilkyardım ve acil servis hizmetlerine olan talebi azaltarak devleti yılda 19.5 milyon Euro masraftan kurtarmaktadırlar.

Bu tasarruf eczacıların hastalara reçete beraberinde verdikleri sa lık danı manlık hizmetinin bir sonucudur.

Türkiye için meslek hakkı belirlenirken öncelikle bir seçim yapılmalıdır. Meslek hakkı ücreti reçete ba ına mı olmalıdır yoksa reçetede ki ilaç kütü adeti baz alınarak mı belirlenmelidir?

nceledi imiz dünya ülkelerinde, her ülke yapısına göre uygun olan modeli seçmi tir. Ülkemizde de bu noktada esas alınacak kriter belirlenirken u noktalarda dikkate alınmalıdır:

- 1- Ülke genelinde hasta profili ve da ılımı
- 2- ilaçların kâr oranları ve ilaçların terapötik olarak sınıflandırması
- 3- ilaç sanayisinin üretim kapasitesi ve pazar payı
- 4- Özel olarak reçetelenmesi gereken (mor reçete, kan ürünleri ve diyaliz reçeteleri, hayati önem arz eden ilaçlar) ve eczacının dikkatli çalı masını gerektiren ilaçlar...

Meslek hakkı konusunda TEB 35. Büyük Kongre kararı ise u ekildedir: " ilaç fiyatlarını tespit eden bakanlar kumlu kararı yani ilaç fiyat kararnamesi diye dillendirilen kararın ilaç fiyatlarını tespit eden maddelerinin ülkemiz sosyo-ekonomik kriterlerine göre yeniden düzenlenmesi, serbest eczane eczacılarının ticari denecek kâr oranlarının kademeli sistemden çıkarılarak ülke gerçekleri do rultusunda yükseltilmesi ve bu kârın yanında en az %10'luk bir meslek hakkı adı altında ayn bir kârın yine ilaç fiyat kararnamesi içine konarak yasal hale getirilmesi, olası ilaç fiyat dü ü lerinde serbest eczanelerin stok zararlarının kar ılanması için kuralların yine ilaç fiyat kararnamesi içersinde düzenlenmesi konularında çalı malar yapması için yeni seçilecek 35. Dönem TEB Merkez Heyetine görev verilmesi kararı alınmı tır."

Sonuç olarak:

TEB Büyük Kongre kararı do rultusunda ülkemizde eczacı meslek hakkının hayata geçmesi için yasal düzenleme yapılması yönünde çalı malara bir an önce ba lanmalıdır.

Serbest Eczanelerde Eczacılık Hizmetleri Kalite Ölçümü

Uzm. Ecz. Öle Apiko lu Rabu

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Klinik Eczacılık Bilim Dalı

Amaç

Serbest eczanelerde bili sel eczacılık hizmetleri kalite ölçümü konusunda farkındalık olu turmak.

Bili sel Eczacılık Hizmetleri

Günümüzde eczacı teknik i ler yapan "ürün da ıtıcısı" konumundan bili sel hizmetler veren "ilaç tedavisi uzmanı" konumuna geçmektedir.

• Eczacıların "ilaç-kullanım sürecini" veya "ilaç tedavisi sonuçlarını" iyile tirmek ama cıyla mesleki bilgilerini kullanarak sa ladıkları hasta-odaklı hizmetlerdir.

Süreç odaklı hizmetler: örnek

- Hasta profil kaydı
- Hasta e itimi

Sonuç odaklı hizmetler: örnek

- Farmasötik bakım programları

Farmasötik Bakım

Hastanın ya am kalitesini iyile tirecek sonuçlara ula mak amacıyla, ilaç tedavisinin so rumlu ekilde düzenlenmesidir. Hepler & Strand 1990

Farmasötik bakımın amacı özellikle ilaçla ili kili sorunların belirlenmesi, önlenmesi ve çözümlenmesine odaklanılarak, hastanın ilaçla ili kili gereksinimlerinin kar ılanmasıdır.

Ana teması: eczacının ilaçların hastanın ya am kalitesini olumlu etkiledi inin garantilenmesinden sorumlu olması.

Verilen sa lık bakımının "sonuçlarından sorumlu olunması" eczacıları KAL TEyi yük seltmeye yönlendirmi tir.

Kalite Nedir?

- Bir mükemmellik derecesidir... (Webster sözlü ü)

Tıbbi Bakım Kalitesi

- Sa lanan tıbbi bakım sürecinin
 - mevcut tıp bilgisi dahilinde
 - "hasta tarafından arzulanan sonuçların gözlenme olasılı nı artırma" ve
 - "istenmeyen sonuçların olasılı nı azaltma" derecesine göre de erlendirilmesidir...
- ABD Teknoloji De erlendirme Ofisi (Office of Technology Assessment)
- Bireyler ve toplum için sa lanan sa lık hizmetlerinin

- istenen sa lık sonuçlarına ula ma olasılı nı yükseltme ve
 - son mesleki bilgi ile uyumlu olma derecesidir...
- ABD Tıp Enstitüsü (The Institute of Medicine (IOM))

Eczacılık uygulamalarında kalite

- Bir mükemmellik derecesini temsil eder.
- Olumlu sonuç olasılı nı artırır.
- Olumsuz sonuç olasılı nı azaltır.
- En son tıbbi bilgiyle uyumludur.
- Hastaya umdu unu sunar.
- Hastaya gereksinim duydu unu verir.

Kalite nasıl ölçülür?

Eczacılık hizmetleri kalite ölçümünde sıklıkla "yapı - süreç - sonuç" modeli kullanılmı tır.
Donabedian A. The quality of medical care. Science 1978; 200: 856-864.
Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. n Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Adm Press; 1980.

- Herhangi bir ürün veya hizmet için:
 - yapı: üretim için gerekli hammaddelere;
 - süreç: kullanılan yöntem veya prosedürlere;
 - sonuç: nihai çıktılara i aret eder.

"yapı - süreç - sonuç" modeli

'bakım sa lanmasında
gerekli materyal ve
sosyal ö eler"

1V

| ' Yap.

'bakım sa layıcılar ve
hastalar arasındaki
etkinlikler"

X

"sunulan sa lık bakım
hizmeti sonucunda hastanın
sa lık durumundaki de i im"

4r

| Sonuç

Kalite nasıl ölçülür?

Eczacılık uygulamaları kalitesi sıklıkla yapı ve süreç yöntemleriyle ölçülmü tür.

Yapı ve süreç ölçümü sonuç ölçümünden daha kolay ve daha az tartı malıdır & Kaliteli bir sonuca uygun bir yapı ve süreç olmaksızın ula ılamaz.

Yapısal özellikler

Örnekler:

- Eczacı sayısı, Teknisyen sayısı
- Eczane yüzey alanı (m²); ilaç stoğu
- İlaç bilgisi için mevcut kaynak kitaplar, dergiler, bilgisayar programları
- Hasta eğitim / danışmanlık hizmetleri için uygun özel bir mahrem alanın varlığı
- Eczacının sürekli (meslek-içi) eğitimlere katılma kredisi ve sertifikaları

Süreç özellikleri

• Eczacılar ilaç kullanımının tüm evrelerinden sorumlu olduklarından, eczanedeki süreçler ilaç kullanım sürecinin herhangi bir evresine iştirak edebilir.

- Reçeteleme
- Danışmanlık
- Uygulama
- İzleme

Süreç ölçümü

Örnekler:

- Klinik rehberlere veya yollara uyum.
- Uygunluğu değerlendirilmiş reçetelerin yüzdesi.
- Danışmanlık hizmeti verilen hastaların yüzdesi.

Sonuç ölçümü

Sonuçlar bakım veya tedavinin son hedefini tanımlar ve "neye ulaşmaya çalışıyoruz?" sorusunu yanıtlar.

Farmasötik bakım ilaçla ilgili sorunların tanımlanmasını, çözümlenmesini ve önlenmesini kapsar.

Sonuçlar

farmasötik bakımın itici gücüdür.

Eczacıların hasta bakımına katkı yolları:

- Hastaların kendi tıbbi durumları üzerindeki kontrollerini artırarak.
- Hastaların kendi durumları, tedavileri ve ilaçları hakkındaki bilgilerini artırarak.
- Sağlık-bakım kaynakları kullanımını azaltarak.
- İlaç rejimlerine uyumu ve sürekliliğini artırarak.
- Hastaların bakımlarıyla ilgili memnuniyeti artırarak.
- Hastaların yaşam-kalitelerini iyileştirerek.

Eczacıların ilaçla ilgili sorunları tanımlama, çözümlenme ve önleme becerileri ve hastalık-yönetimi konusunda sorumluluk alabilecekleri literatürde kanıtlarla belgelendirilmeye başlanmıştır.

Sonuçlar nasıl ölçülür?

En sık kullanılan yöntem: "ekonomik-klinik-hümanistik model" (Kozma ve ark 1993)

ekonomik-klinik-hümanistik model

Ekonomik sonuçlar:

- Tıbbi ve tıbbi olmayan direkt maliyetleri ve sonuçlarını kapsar.

Ör. Hasta perspektifinden:

- laç katılım payı: direkt tıbbi maliyet
- lacı eczaneden almak için eczaneye gidi bedeli "yol parası": tıbbi-olmayan maliyet
- Raporlu oldu u dönemde maa -kesintisi: indirekt maliyet

Klinik sonuçlar:

- Mortalite ve morbidite ölçümlerini,
- Olay oranlarını,
- Semptomların düzelmesi vb kapsar.
- Bu ölçümler tıbbi bakım kalitesini direkt bir ölçümdür.
- Eczanede de erlendirilmeleri zor olabilir. Ba lamaları bir tedavi veya giri imi takiben yıllar sürebilir. Bu durumlarda sonuçların de erlendirilmesi için belirteçler kullanılabilir.
- Belirteçler duruma-özgü olabilir (ör. HbA1c ölçümü) veya
- Hasta-bakımında önemli bir soruna i aret edebilir (ör. hastanın inme geçirme riskinin de erlendirilmesinde, kan absıncı izlemi - hastada inme gibi bir klinik sonucun olumu beklemek ve oranı ölçmek partaik, güvenli ve etik de ildir.)

Hümanistik sonuçlar, bakımın hümanistik yönlerinin ölçümünü kapsar:

- Hasta memnuniyeti
- Sa lıkla-ili kili ya am-kalitesi
- ör: farmasötik bakım hizmeti almakta olan hastalara uygulanan "aldıkları farmasötik bakım hizmeti hakkında memnuniyetlerini" sorgulayan bir anket bu konudaki hümanistik sonuçları de erlendirmede kullanılabilir.
- Ya da bir ya am-kalitesi anketi verilen hizmetin hastanın ya amına bütün olarak etkisinin incelenmesinde kullanılabilir.

Te ekkürler

Oturum Yöneticileri

Prof. Dr. Ahmet Araman (İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi)
Ecz. Hüseyin İmrek (Mersin Eczacı Odası Başkanı)

..

Yeditepe Univ. Eczacılık Fak. Lisans Düzeyinde Yapılan Klinik Eczacılık Pratiklerinin Değerlendirilmesi

Uzm. Ecz. E. Mashaki Ceyhan

Giri

Mart 2005 tarihinde "Avrupa Eczacılık Fakülteleri Birliği" EAFP'nin gerçekleştirdiği yıllık toplantıda, AB direktifleri doğrultusunda, tüm Avrupa ülkelerinde eczacılık eğitiminin süre ve içerik bakımından paralel olması öngörülmüştür ve eczacılık eğitiminin ürün odaklı olması yerine hasta odaklı olması gerektiği konusunda görüş bildirilmiştir.

Bu doğrultuda Türkiye'de eczacılık eğitimi 4 yıldan 5 yıla çıkarılmıştır. Eczacılık lisans müfredatında Klinik Eczacılık ve Farmasötik Bakım derslerinin "zorunlu" nitelikte olmasına karar verilmiştir.

Neden Klinik Eczacılık Önemli?

*"Eczacı hasta odaklı sağlık sisteminde kilit bir role sahip olmalıdır" PGEU Sloganı**

Aşağıdaki faktörler klinik eczacılığa ihtiyacı tetiklemiştir:

- 1) Yaşlanma Faktörü:** İnsanların yaşam ortalaması artmasıyla birlikte Polifarmasi (çoklu ilaç kullanımı) insanların yaşam kalitesini artırma ihtiyacı paralel olarak artmaktadır.
- 2) Artan Sağlık Harcamaları:** İlaçların çeşitliliği ve maliyetleri sürekli olarak artmaktadır.
- 3) İnsan Faktörü:** Hasta hakları ve güvenliği, güvenli ilaç kullanımının bilinci sürekli olarak artmaktadır ve bu konuda gereken önlemler ve yasal düzenlemeler yapılmaktadır.

Tüm bu değişiklik ve artan ihtiyaçlara eczacılık mesleği cevap veremeyen durumundadır ve eczacı hasta odaklı sağlık hizmetlerinde diğer sağlık meslek mensupları ile daha aktif bir rol almalıdır.

Bu nedenden dolayı, eczacılık lisans eğitiminde hasta odaklı sağlık sisteminde gelecekte eczacıları aktif bir role sahip olabilmeleri için gereken alt yapıyı sağlamak ve kendilerini yeterli bir donanımla hazırlamak gerekmektedir.



*PGEU: Pharmaceutical Group of the European Union / Avrupa Birliği Eczacılık Grubu

Yeditepe Üniversitesi, Klinik Eczacılık Pratikleri, 2005/2006 Öğretim Yılı

Bu pratikler, son sınıf öğrencilerine (20 öğrenci) yönelikti ve aşağıdaki hastanelerde yer almıştır:

- Göztepe Eğitim & Araştırma Hastanesi (Devlet Hastanesi)
- Yeditepe Üniversitesi Hastanesi (Üniversite Hastanesi)
- Anadolu Sağlık Merkezi, John's Hopkins (Özel Hastane)

Pratikler 2 dönem boyunca 15 hafta sürmüştür ve toplamda bir yıl kadar sürmüştür. Pratiklerde öğrencilerin hastanelerin çeşitli servislerin ziyaretlerine katılımları, hasta dosyalarının incelenmesi ve hasta takipleri gerçekleştirilmiştir. Öğrenciler her hafta takip ettikleri vaka ile ilgili araştırmalar yapıp ve farmasötik bakım planı içeren bir rapor sunmuşlardır. Ayrıca, fakülte sınıf önünde takip edilen vaka ile ilgili her öğrenci sunum yapmıştır ve her vakanın tedavi rejimleri detaylı bir şekilde değerlendirilip, tartışılmıştır. Pratikler esnasında öğrenciler araştırmalarında çeşitli kaynakları kullanmış ve referans kitaplar olarak: Türkiye Sağlık Kılavuzu (T K), Yeditepe Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi tarafından hazırlanan Hospital Hand Book "Learning in Practice" elkitabı ve "Clinical Pharmacy & Therapeutics" (Walker&Edwards III. Edition) belirlenmiştir.

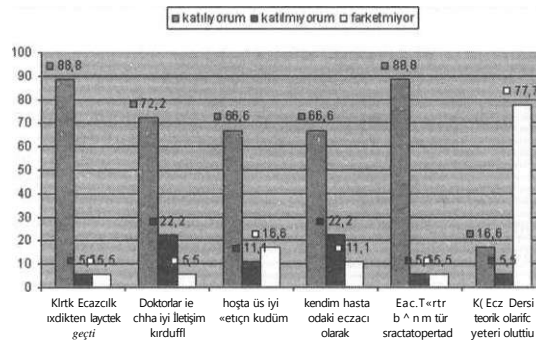
Öğrenci, aday bir klinik eczacı olarak, pratikleri esnasında doktorlar, hemşireler, hasta ve hasta yakınları ile etik kurallar çerçevesinde interaktif bir şekilde çalışmıştır. Buna ek olarak, hastaların tüm ilaçları ve ilaçlarla ilgili sorunları ile ilgilenmiştir.

Farmasötik Bakım Planı (örnek)

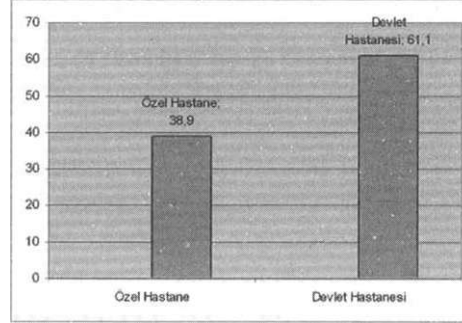
<u>Pharmaceutical Care Need/</u>	<u>Action &Plan/</u>	<u>OUTCOME/</u>
Farmasötik ihtiyaçlar ve sorunlar	Çözümlerin Metodolojisi & Planları	Sonuçlar

Öğrencilerin yapılan Klinik Eczacılık pratikleri hakkındaki görüşlerini de belirlemek amacıyla her dönem sonunda bir anket çalışması düzenlenmiştir.

ÖĞRENCİLERİN DEĞERLENDİRMESİ



Pratikler hangi ortamlarda sizin için daha faydalı geçti?



Öğrencilere, "En çok hangi servisleri verimli buldunuz?" diye sorduğumuzda ise:

% 61.1 Enfeksiyon

% 50 Pediatri

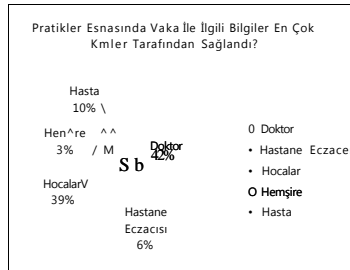
% 38.8 Dahiliye

% 33.3 Dermatoloji

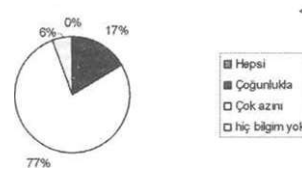
% 33.3 Nöroloji

% 16.6 Cerrahi

% 5.5 Beyin Cerrahi olduğunu bildirmişlerdir.



Pratiklerde İncelenen Vakalar Öğrenciler Tarafından Biliniyor muydu?



Sonuç:

• Klinik Eczacılık pratikleri; hastanelerde, eczanelerde ve tüm klinik ortamlarda lisans düzeyinde mutlaka uygulanması gereken bir derstir.

• Klinik Eczacılık pratiklerinde eğitim süresi boyunca öğrenciler; ilaçla tedavilerde ortaya çıkan sorunların saptanması, değerlendirilmesi ve çözümlenmesi için gerekli bilgileri öğrenmekte ve bunları pratikte uygulama fırsatını bulmaktadırlar.

• Özellikle klinik ve hastane ortamlarında gerçekleştiren klinik eczacılık pratikleri; öğrencilere yeni kritik tedaviler ile ilgili olarak muhakeme etme yeteneği ve pratiklere ilişkin kişisel bilgi ve becerilerini geliştirme olanağı sağlar.

• Lisans düzeyinde yapılan Klinik Eczacılık pratikleri gelecekteki eczacıları diğer sağlık mesleği mensupları ile daha verimli bir iletişim kurmalarını sağlamaktadır ve hasta odaklı sağlık sisteminde daha aktif bir rol almaları için hazırlanmaktadır.

Klinik Eczacılığın Türkiye'deki yolu uzun ve zor olmakla birlikte, mutlaka izlenmesi gereken bir yoldur; zira mesleğimizin yarınlarında başka yol bulunmamaktadır...

Marmara Ünv. Eczacılık Fak. Dördüncü Sınıf Ö rencilerinin Uygulama Eczanesi Stajlarına İlişkin Görüş ve Önerileri

Uzm. Ecz. Aylin Sancar

Sunum Akı Planı

- M.Ü.E.F. Uygulama Eczanesi Hakkında Genel Bilgiler
- M.Ü.E.F. Uygulama Eczanesi Staj Programı
- Çalışma ile İlgili Bulgular
- Sonuç ve Öneriler

Uygulama Eczanesi

- Üniversitede çalışan personelin ve okuyan öğrencilerin Mediko-Sosyal'de yazılan reçetelerini karşılamak,
- Eczacılık fakültesi öğrencilerine staj imkanı sağlamak amacıyla kurulmuştur.

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Uygulama Eczanesi

- Uygulama eczanesine ait bir oda ve bir bilgisayar
- Uygulama eczanesinde çalışan 2 eczacı
- 2002 yılında Döner Sermaye Mevzuatında yapılan değişikliklere bağlı olarak, Haydarpaşa kampüsündeki uygulama eczanesinin ticari faaliyetleri tatil edilmiştir.

M.Ü.E.F. Uygulama Eczanesi Staj Programı

Uygulama eczanesi stajı, üçüncü sınıfı takip eden yaz tatilinde, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Uygulama Eczanesi'nde iki hafta süreyle yapılmaktadır.

Stajın İçeriği (1)

- Eczacının tanımı, eczanede çalışan personelin görev, yetki ve sorumlulukları, iletişim becerilerinin geliştirilmesi konularını içeren tanıtım toplantısı,
- İlaçların eczane raflarına alfabetik düzende yerleştirilmesi
- İlaçların farmakolojik gruplarına göre sınıflandırılması ve özelliklerinin incelenmesi
- İlaçların eczane raflarına farmakolojik düzende yerleştirilmesi

Stajın İçeriği (2)

- Reçete okuma uygulamaları
- Reçete karşılama uygulamaları
- Eczanede sıkça kullanılan tıbbi terimler, ilaçların etkin maddelerini, ilaçların muadillerini sorgulayan testin uygulanması
- Eczanede en sık rastlanan hastalıklar, bu hastalıkların tedavisinde kullanılan ilaçlar ve bu ilaçların genel özellikleri hakkında öğrencilerin hazırladıkları ödev sunumları
- Staj değerlendirme toplantısı

Çalı manın Amacı

Uygulama eczanesinde staj yapan ö rencilerin,

- yaptıkları stajla ilgili görü ve önerilerinin saptanması,
- daha önce yaptıkları serbest eczane ve endüstri stajlarının genel de erlendirmesinin yapılmasıdır.

Ara tırmanın Yöntemi

- Tanımlayıcı, kesitsel ara tırma
- 2006 yazında uygulama eczanesi stajı yapan 82 ö renciye
- 10 kapalı uçlu soru, 1 açık uçlu soru ve 5'li Likert Ölçe i içeren anketler
- Ekim-2006'da uygulandı.
- SPSS (version 11.0, Inc., Chicago IL)

BULGULAR

Ö rencilerin Demografik Özellikleri (1)

Cinsiyet

Ö rencilerin Demografik Özellikleri

Ya

Da ılım aralı ı: 20-25

Ortalama: 21.43 ±0.969

Erkek ve kadın ö rencilerin ya ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamı tır (t=1.382, p=0.1707)

Mezun Olduktan Sonra Çalı mayı Dü ündükleri Alan

Alan	Sayı	%
Serbest eczane	56	68.3
laç endüstrisi	13	15.9
Serbest eczane ve endüstri	6	7.3
Hastane eczanesi	2	2.4
Ecza kooperatifi	1	1.2
Akademik	1	1.2
Yüksek lisanstan sonra karar	1	1.2
Kararsız	2	2.4

Serbest Eczanede Staj Yapma Durumları

- 78 ki i (% 95.1) serbest eczanede staj yapmı ve 4 ki i (% 4.9) yapmamı tır.
- Serbest eczane stajı süresi
Da ılım aralı ı: 0.5-8 ay
Ortalama: 3 ± 1.5 ay

Serbest Eczane Stajının Mesleki Katkısının Yeterli Bulunup Bulunmama Durumu

(H H ^ ^

Serbest Eczane Stajının Yetersiz Bulunma Nedenleri

- Ka ıt üzerinde staj: 19 (% 22.4)
- Eczacı ilgisizli i: 15 (% 18.5)
- Eczanenin tenhalı ı: 8 (% 9.8)
- Eczane kalabalıklı ı: 5 (% 6.2)
- Mesleki katkısı oldu ama yeterli de il: 4 (% 4.9)
- Eczacının ilgisizli i ve eczanenin tenhalı ı: 2 (% 2.5)
- Eczacının ilgisizli i ve eczanenin kalabalıklı ı: 1 (% 1.2)
- Eczacının eczanede bulunmaması: 1 (% 1.2)
- Staj süresinin kısa olması: 1 (% 1.2)
- Stajdan önce gerekli alt yapının olmaması: 1 (% 1.2)

ilaç Endüstrisinde Staj Yapma Durumları

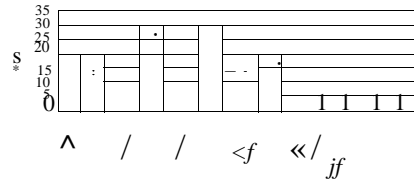
- 21 ki i (% 25.6) ilaç endüstrisinde staj yapmı ve 61 ki i (% 74.4) yapmamı tır.
- ilaç endüstrisi stajı süresi
Da ılım aralı ı: 1- 5 ay
Ortalama: 1.8 ± 1 ay

Ö rencilerin Uygulama Eczanesi Stajına İli kin Görü ve Önerileri

Uygulama Eczanesi Stajından Beklentiler

Beklentiler	Savı (N)
Beklentim yoktu	12
Müstahzar bilgisi	58
Reçete okumak	58
Provizyon programı	49
Reçete kar ılamak	47
Tıbbi terimler	43
Hastalık ve tedavi bilgisi	37
Hastayla ileti im	36
Eczanede bul. ger.defter görmek	31

Staj Beklentilerinin Kar ılanma Durumu

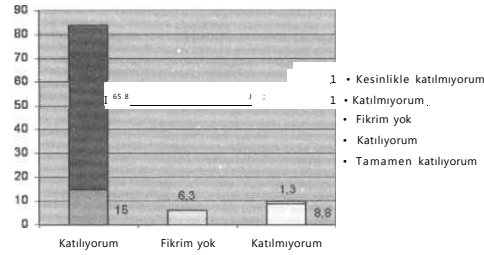


Mesleki Gelişime En Çok Katkısı Oldu u Dü ünülen Staj Uygulaması

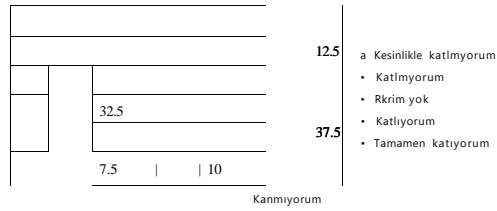
<u>Uygulama</u>	N
Reçete okuma	46
Farmakolojik sınıflandırma	35
Farmakolojik grubuna göre dizmek	32
Alfabetik grubuna göre dizmek	30
İletim hakkında bilgiler	26
Reçete kar ılama	25
Konu anlatımları	20
Staj de erlendirme toplantısı	6

Likert Ölçe iyle De erlendirilen Tutum Cümleleri

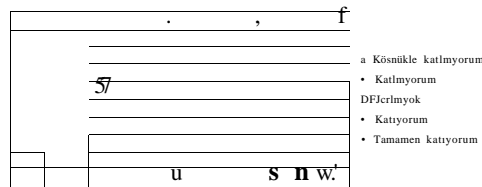
Uygulama eczanesi stajının mesleki anlamda katkısı oldu.



Stajın süresi yeterliydi.



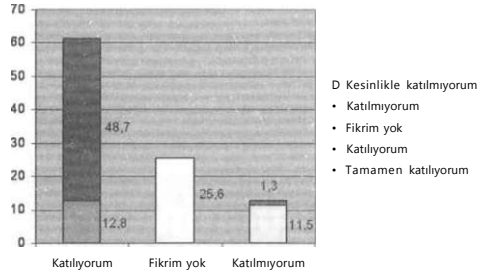
Staj sorumlularıyla yeterli derecede iletişim kurabildim.



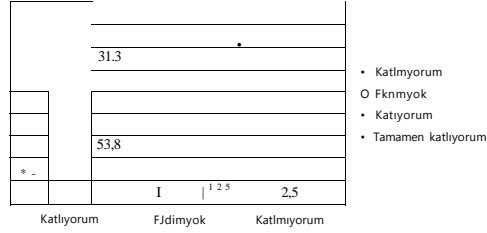
**Eczane açtı mda, hastalarımı yeterli derecede ileti im kurabilece imi dü ü-
nüyorum.**



Uygulama eczanesi stajından sonra mesle e bakı m iyi yönde de i ti.



Uygulama eczanesi stajıyla ilgili olarak görü ve önerilerimin alınması beni mutlu etti.



Ö rencilerin Stajla İgili Önerileri

Ö rencilerin Uygulama Eczanesi Stajıyla İgili Önerileri

Öneriler	Sayı (N)
Staj süresinin uzatılması	24
Eczanede kullanılan bilgisayar programları ve provizyon sist.	20
Uygulama eczanesinin çalışır hale getirilmesi (hasta görme)	19
Eczanede ilaç kutularının güncellenmesi (kozmetik dahil)	8
Daha çok reçete okunması	3
Kurumlarla iletişimin anlatılması	3

Sonuç ve Öneriler

- Eczacılık e itimi bir bütün olarak dü ünülmelidir.
- Uygulama eczanesi, serbest eczane, endüstri ve hastane eczanesi stajlan, ö rencilere e itimleri boyunca aldıkları bilgileri uygulama olana ı sa laması açısından eczacılık e itimi içerisinde önemli yere sahiptir.
- Bu stajların uygulama alanlarının farklılı ı nedeniyle içeriklerinin farklı olaca ı unutulmamalıdır. Örne in, uygulama eczanesi, Emekli Sandı ı, SSK gibi kurumlarla anla malı çalı madı ndan bu kurumların provizyon sistemlerinin bu staj yerine serbest eczane stajında verilmesi daha uygun olacaktır.
- Ö renci stajlarıyla ilgilenen komisyon tarafından, ö rencilere ve ö rencilerin stajlarını yapacakları yerin sorumlularına yönelik hazırlanacak toplantılarla ilgililer staj içerikleri hakkında bilgilendirmelidir.
- Böylece, ö renciler, staja ba larken beklentilerini yeterli ve do ru ekilde saptayabilmektedir.
- Ayrıca, ö rencilerin stajından sorumlu ki iler, stajı do ru yönlendirebileceklerdir.

iyi Eczacılık Uygulamaları, Eczane Eti i ve Eczacıların Geli en Rolü

Dr. Ecz. M. Sedef Erdal

/ . Ü. Eczacılık Fakültesi Earningsötk Teknoloji Anabilim Dalı

Gazete Haberleri

• 24 Kasım 2006, Hürriyet Gazetesi - Üniversitede ilaç Skandalı A ır Cezalık

Ankara Üniversitesi'nde "yapma ilaç" yazımına dayalı "sahte reçete" yolsuzlu u tespit edilmi ti. Bazı pratisyen hekimler, ba czacı ve bir eczanenin adının karı tı ı yolsuzlukta, 396 sahte reçeteye üniversitenin üç yılda 171 milyar zarara u ratıldı ı belirlenmi ti.

• 24 Kasım 2006, Milliyet Gazetesi Batman'da ilaç yolsuzlu u...

Batman Emniyet Müdürü Arif Öksüz, Batman'da 58 eczanenin çok sayıda sa lık karne-sine ilaç yazarak haksız kazanç sa ladıklarını tespit ettiklerini söyledi.

Etik

Etik kavramının ayrılmaz parçaları

- Tutarlılık ve kararlılık
- Dürüstlük ve güvenilirlik

Meslek Eti i lkeleri

- Belirli bir mesle in üyelerinin uyaca ı standartları belirleyen kurallar bütünüdür.

Eczacılar için Etik Kod

Amaç

Eczacıların,

- Temel rol ve sorumluluklarına ait yükümlülüklerin belirlenmesi,
- Bilgi ve becerilerini hasta ve toplum yararına kullanmaları,
- Karıllıklı güven ve sorumluluğa dayanan bir çalışmaya biçimi oluşturmaları
- Hastalar, diğer sağlık uzmanları, meslektaşları ve toplum ile olan ilişkilerinde rehberlik edilmesi.

• Mesleğe yeni başlayanlar için:

Farmasötik bakımın temel ilkelerini belirler, eğitim açısından bir kaynak hizmeti verir

• Mesleğin içinde yer alanlar için:

Kendini değerlendirme açısından temel oluşturur

• Mesleğin dışında yer alanlar için:

Mesleğin etik beklentileri açısından bir tanımlama yapar.

Etik Kod Kapsamındaki Yükümlülükler

- Eczacı görevini yürütürken yaama hakkı ve insana saygıyı ön planda tutmalıdır.
- Öncelik, profesyonel hizmet sunulan bireylerin sağlığı ve güvenlidir.
- İlaçların uygun biçimde kullanılması ve yarar sağlanmasına çalışılmalıdır.
- Hastaların ilaç ve diğer sağlık ürünlerinden en iyide yararlanmalarının sağlanması, gerekli öneri ve bilgilerin verilmesi, karıllıklı iletişime önem verilmesi, ilgi ve saygı gösterilmesi önemlidir.
- Irk, cinsiyet, etnik köken, sosyal veya medeni durum, din, cinsel tercih, yaş veya sağlık durumu vb. faktörlerden dolayı önyargılı davranılmamalıdır.
- İlaç tedavisinin olası riskleri açıklanmalıdır (yan etkiler ve görülme sıklığı vb.).
- Hastalara ait bilgilerin gizliliğinin korunması, hastanın izni olmaksızın veya çok özel durumlar haricinde başkaları ile paylaşılması gerekir.
- Hastalara, topluma ve diğer sağlık bakım uzmanlarına ulaştırılan bilginin doğru ve objektif olduğunun ve anlaşılabilir şekilde aktarıldığının garantilenmesi önemlidir.
- Bilgiler ve mesleki beceriler güncel tutulmalıdır.
- Belirli görevlerin verildiği yardımcılarının bu görevleri etkin bir biçimde yerine getirebilecek yetenekte olduklarından emin olunmalıdır.
- Yardımcıların profesyonel çalışmalarıyla uyumları sağlanmalıdır.
- Gerekli kayıtlar düzenli olarak tutulmalıdır.
- Bilimsel prensipler ve profesyonel standartlar ile uyumlu çalışılmalı,
- Tüm profesyonel hizmetler ve farmasötik ürünlerin sağlanmasında yasalar, etik kod ve standartlarla uyumlu davranılmalı,
- Toplumun mesleğe yönelik güvenini sarsacak, mesleğin ilkelerine ters düşecek aktivite veya davranışlardan kaçınılmalıdır.
- Yalnızca bilinen, tanınmış ve güvenilir kaynaklardan tedarik gerçekleştirilmesi,

- Eczacılık mesleğinin icra edildiği yerin güvenli ve etkin eczane bakımı sağladığından emin olunması,
- Eczane hizmetinin sürdürülebilir olmasına gayret edilmesi gerekmektedir.
- Sağlık kaynaklarının dağıtımında dürüst ve etiklikten yana davranılması,
- Bireyler ve topluma en iyi kalitede sağlık bakım hizmetinin verilmesi amacı ile diğer sağlık bakım uzmanları ile işbirliği yapılması,
- Diğer sağlık bakım uzmanları ve eczacı meslektaşları ile ilişkilerde saygı çerçevesinde, dürüst ve güvenilir davranılması önemlidir.
- Eczacı etik kurallara uygun olmayan istekleri cevaplamak durumunda değildir.
- Eczane bakımı kapsamında kabul edilebilir istekler için hastanın bu hizmeti verebilecek bir eczacıya yönlendirilme yükümlülüğü vardır.

Kararsız Kaldığınızda Kendinize Sorunuz...

Yaptıklarım yasal mı???

İyi ve saygılı mı davrandım?

Zamanla yaptığımdan pişman olur muyum?

Daha sonra kendimi nasıl hissedeceğim?

Bu olay gazetede nasıl görünürdü?

Gece rahat uyuyabilecek miyim?

Çocuklarıma nasıl davranmalarını öğütleyeceğim?

Ailem, arkadaşlarım ve komşularım bunu bilselerdi nasıl davranırdım?

iyi Eczacılık Uygulamaları (Good Pharmacy Practice - GPP) Kılavuzu

• T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nün 26.05.2000 Tarih, 23775 Sayılı Tebliği

Amaç

- Hastalar ve toplum yararına daha yüksek hizmet standartlarına ulaşılması
- Hastanın yaşam kalitesini yükselten koşulları sağlamak amacıyla amaçlayan farmasötik bakımın uygulanması

• "iyi Eczacılık Uygulamaları"nın kuralları eczacılar tarafından hastalarına sunulan hizmetin uygun kalitede olması, hastalara ilaç ve tıbbi malzemenin sağlanması, eczacıların etkinlikleri sayesinde ilaç kullanımının ve reçete alıkanlıklarının iyileştirilmesine dayanmaktadır.

Kapsam

6197 sayılı "Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun" uyarınca açılan eczaneleri, resmi ve özel kurum eczanelerini bu eczanelerin sorumlu eczacılarını ve çalışan personelini kapsar.

Temel Yükümlülükler

- Eczacı birey ve toplum sağlığının hizmetindedir ve öncelikli olarak hasta sağlığını gözetmelidir.
- Eczane hizmetinin temelini uygun kalitede ilaç ve diğer sağlık ürünlerinin sağlanması, hastaya doğru bilgi ve danışmanlık hizmetinin verilmesi, ilaçların kullanım sonrasındaki etkilerin izlenmesi olmaktadır.
- Rasyonel reçete yazılması ve ilaçların kötüye kullanımının önlenmesinde eczacının katkısı gerekmektedir.

- Eczane hizmetinin hastaya yönelik kısımları açıklıkla belirlenmeli ve hizmette yer alan herkese etkili bir şekilde anlatılmalıdır.
- Temel yükümlülükler yerine getirilirken bu koşulların da etkisi olması gerektiği unutulmamalıdır:
 - Beklenmeyen etkiler, hatalar, ürün kalitesindeki aksaklıkların rapor edilebileceği bir sistem içinde çalışılmalıdır.
 - Meslektaşları arasındaki etik rekabete de il, mesleğin ve sunulan hizmetin iyileştirilmesine yönelik birliktelikle dayanmalıdır
 - Dişer Sağlık uzmanları özellikle hekimlerle olan ilişkiler ilaç ve tedavi ile ilgili konularda karlılıklı güvene dayalı bir hizmet ortaklığı olarak algılanmalıdır.
 - İlaç ve tedavi konusunda bağımsız, doğru ve güncel bilgiler el altında bulundurulmalıdır
 - Hastalara ilişkin tıbbi ve farmasötik bilgilerden haberdar olunmalıdır
 - Eğitim programları geliştirilmeli, güncel eczane hizmetlerinde gelecekte yararlanabilecek de iklikler göz önüne alınarak hareket edilmelidir.

KAYNAKLAR

- *Consultation on the structure of the revised code of ethics for pharmacists and pharmacy technicians, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, June 2006.*
- *FIP Statement on professional standards codes of ethics for pharmacists, FIP, 2005.*
- *Code of Ethics, The Manitoba Pharmaceutical Association, 2001.*
- *Code of Ethics 2004, Pharmacy Council of New Zealand, 2005.*
- *Code of Ethics, College of Pharmacists of British Columbia, 2006.*
- *Good Pharmacy Practice, World Health Organization, 1996.*
- *Good Pharmacy Practice in Developing Countries, FIP, 1998.*
- *Standards for quality of pharmacy services, FIP, 1997.*
- *İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu, T.C. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, 2000.*

Teşekkürler....

Oturum Yöneticileri

Prof. Dr. Dilek Erol (*Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanı*)

Ecz. Nevzat Akman (*Trabzon Eczacı Odası Başkanı*)

Sunucu: İstanbul Eczacılık Kongresi'nin 10 Aralık 2006 Pazar ilk oturumunu yönetmek üzere sayın Prof. Dr. Dilek Erol, Yeditepe Eczacılık Fakültesi dekanımız ve sayın Trabzon Eczacı Odası başkanımız Eczacı Nevzat Akman'ı kürsüye davet ediyorum.

Prof. Dr. Dilek Erol: İstanbul Eczacı Odası'nın 50. kuruluş yılı nedeniyle düzenlediği bu güzel sempozyuma özellikle bir Pazar sabahı tercih ettiğiniz için hepinizi candan kutluyorum. Gerçekten bu kadar meslekte imi görece imi hiç ummuyordum. Gecikme için özür diliyoruz sizden.

İlk konu macımız Profesör Doktor Yasemin Yazan. Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğretim üyemiz. Kendisi 76 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden yüksek lisans derecesiyle mezun oldu ve 81 yılı itibarıyla da Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde, Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı'nda akademik hayatına başlamıştır. Hacettepe Eczacılık Fakültesinde 1987 yılında mikro kapsüller üzerine yaptığı doktora çalışmasıyla doktora unvanını almıştır. 2000 yılında da farmasötik teknoloji profesörü olarak aynı kürsüde akademik hayatına devam etmektedir. Üniversitede Eczacılık Teknoloji Bölümü, Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı ve Kozmetoloji Bilim Dalı başkanıdır. Birçok farmasötik ve kozmetik projede danışman olarak yer almıştır ve 2 adet Avrupa Çerçeve Altın Projesi'nde paydaş olarak görev yapmaktadır. Altı adet kitabın editörü ve farklı kitaplarda altı bölümün yazarıdır. Pek çok hakemli dergide yayınlanmış bilimsel makaleleri vardır. 12 adet ulusal ve uluslararası derneğin aktif üyesidir. Türk Kozmetik Araştırmacıları Derneği'nin kurucu başkanıdır. Ayrıca Türk Farmasötik Teknoloji Araştırmacıları Derneği'nin ve Türk Üniversiteli Kadınlar Derneği'nin kurucularındandır. Yasemin Yazan hocamız bugün bizlere "Kozmesötik Madde ve Preparatlar, Farmasötik Kozmetik Hibiitler" isimli konu masını sunacaktır. Kendisini kürsüye davet ediyorum.

Kozmesötik Madde ve Preparatlar: Farmasötik/Kozmetik Hibritler

Prof. Dr. Yasemin Yazan

Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

Dilek hocamıza teşekkür ediyorum öncelikle bu güzel sunu için. Ben de tekrar etmek istiyorum. Pazar günü bu saatte buraya geldiğiniz için hepinize ayrı ayrı teşekkür ediyorum. Çünkü çok umutsuz olarak geldik Pazar sabahı hakikaten hocamızın bahsettiği gibi. Ben konu mama bala lamadan önce Organizasyon Komitesi'ne teşekkür ediyorum bana bu imkanı sundukları için, sizlere hitap etme imkanını bana verdikleri için. Evet hocamız gayet güzel anlattı: Bana ilk sunumu getirdiklerinde sunum bala bala dediler ki, "Dermakozmetik anlatır mısınız?". Kozmetik dermatolojide kullanılan ürünleri anlatır mısınız? Tabii çok ciddi bir kavram karmaşası, sadece ülkemizde değil bütün dünyada sürüyor. Onun için ben bala bala bala bala eczacılara daha yakın olan bir isim koydum. Farmasötik Kozmetik Hibritler yani farmasötik de değil kozmetik de değil, ne diyeceğimizi şimdi tartışacağız birlikte. Evet Eskişehir Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültemiz... Bu da bütün gazetelere konu olan Eskişehir'imizden bir manzara tabii ki getirmek istedim sizlere oradan gelirken. Evet şimdi bütün dünyada ve ülkemizde tabii ki kozmetik... Kozmesötik preparatların amacı iyi ya da kötü kaliteli ya da kötü için değil nasıl göründüğü önemli son derece önemli elbette. Yani iç organlarımızdan bir tanesinin çalışması ne kadar iyi olursa, ne kadar biz mutlu olursak günlük yaşamımızda iyi görünmemiz de bu derece önemli. İnsanın iyi görünmesi, sosyal psikolojik anlamda insanın iyi hissetmesini insanın kendini bulunduğu ortamda önde hissetmesini sağlayan özellikler tabii ki.

Evet burada hemen bir ayrımı yapmak istiyorum. Bizim alışageldiğimiz bildiğimiz preparatlar nedir? Temizlemek ve güzelleştirmek için kullanılanlardır. Ben izin verirseniz böyle demek istiyorum daha rahat olalım çünkü. Sizlere arkamı dönmek için... Evet alışık olduğumuz kozmetik diye tanımladığımız preparatlarda temizlemek ve güzelleştirmek ana fikirdir. Yani sağlıklılığımıza yönelik cilt sağlığına yönelik bir temizlik tabii ki bu bahsettiğimiz. Kozmesötik ürünlere geldiğimiz zaman yapıyı ya da fonksiyonları değiştirmek söz konusu oluyor bu sefer. İmdi acaba hâlâ dünyada tartışılması ve kozmesötik preparatlar içinde çok da oturmuş yasalar yönetmelikler yok. Çok farklı ülkelerde farklı uygulamalar görüyoruz. Kozmesötik preparatlar dediklerimiz; bakınız tam tanımını cildin sağlığını ve güzelliğini iyileştirmek için kullanılan, topikal olması tabii ki çok önemli, kozmetik farmasötik hibritler. Bunları öne çıkaran özellik nedir? Biyolojik olarak etkin olmaları. Bu demek kozmetik preparatlar artık Stratum Corneum dediğimiz cildin üst tarafına etki eden, orayı temizleyen oranın bakımını yapan madde ve preparatlar kozmetik dediğimiz zaman. Oysa kozmesötikte mutlaka cildin daha derinlerine geçiş oralarda etki gösterme öne çıkıyor. Bu kavram karmaşasını burada görüyorsunuz. Kozmesötikler etkin kozmetikler, dermakozmetikler, dermatokozmetikler ve ara ürünler bunların hepsi aynı anlama geliyor. Onun için bana önerirken bunlardan ikisinden dermakozmetikler, dermatokozmetikler diye önerdiler ama ben eczacılık terminolojisine çok daha yakın olduğum için kozmesötik tercih ettim sunum için.

Evet tabii ki di er bütün ilaçlarda oldu u gibi ilaç ta ıyıcı sistemlerde 3 tane çok önemli biliyorsunuz öne çıkan özelli i var preparatların. Bir tanesi etkinlik tabii ki. Etkinlik istiyoruz; kaliteli ve güvenilir olması. Bunun için istersek dünyanın en iyi hammaddesini bulalım, bunların cildc ula tırılması ancak formülasyonlar sayesinde olabiliyor. Formülasyonlarda dolayısıyla çok ciddi bir ara tırma geli tirme konusu oluyor tabii ki. Peki niye kozmesötikler yükseldi? Yani bundan 20 yıl önce kozmesötik terimi evet bilimsel terminolojide vardı ama hiç kimse bilmiyordu bu terminolojiyi. Çünkü ölüm ya ı uzadı, ya ortalaması uzadı ve tabii plastik cerrahi son derece güzel eylemler yapıyor. Hepimiz biliyoruz, görüyoruz ancak çok ki i de do rusu cerrahiye yana mıyor. O zaman buna alternatif bir yöntem. Güdücü finansman; elbette sosyal iste in oldu u yerde bu sefer A1-Ge o tarafa yöneliyor. Yani ara tırma geli tirme firmaları finansmanını o tarafa kaydırıyor. Sosyal olarak insanların biraz daha kendini iyi hissetmeyi istemesi. Bu da tabii ki bir akım, yani bundan 50 yıl önce insanların böyle istekleri olmayabilirdi. Ama günümüzde artık sosyal bir ihtiyaç. Burada tipik bir rakam veriyorum. 2003-2004 yılında kozmesötiklerdeki artış sadece ABD'de yüzde 7,5, ki bu çok ciddi bir rakam. Bunun kar ılıklı geldi i miktar 6,4 milyar dolar. Peki amacımız ne? Kozmesötiklerden ne bekliyoruz? Bir kere sa lıklı ve iyi durumda kalmasını istiyoruz cildimizin, ya lanmak istemiyoruz, yani cildimizin ya lanmasını istemiyoruz, genç görünmek istiyoruz. Ve tabii ki sadece ya lılı a de il di er bazı nedenlere ba lı olarak cilt sorunlarının da çözümünü istiyoruz. Çok uzatmayaca ım burayı.

Ciltte neler de i yiyor? Örne in ya lanma. Çünkü günümüzde en çok para harcanan sektör u anda. Ya lanmaya kar ılı preparatlar... Hepiniz görüyorsunuz zaten eczanelerinizde de satıyorsunuzdur eminim. Müthiş bir talep var. İnsanların ya lılı ı dü ürmeye, bitirmeye demek mümkün de il ama, ya lılık hızını dü ürmek, ya lılık izlerini yava latmak amacıyla preparatlar yaygın. Epidemik ve dermi inceliyor, gözenekler geni liyor ve pürüzlü oluyor. Tabii ki ciltte kırılma ile birlikte gev eme oluyor, bazı lekeler çıkıyor ve telenjektizi kırık venler oluyor cildimizde ba lı olarak. Bunları hepimiz çok iyi biliyoruz. Yerçekimi elbette biliyorsunuz vücudun sarkma dedi imiz etkilerini ortaya çıkaran etken. Elbette normal serbest radikallerin oluşması ciltte ve bunlara ba lı DNA kolajen ve hücre membranlarında yıkım... Çevresel elemanlar dedi imiz, bulundu umuz ortamda sigara içilmesi, hava kirlili i, radyasyon ve benzerleri. Ve en önemlisi tabii ki artık hepimiz biliyoruz, güne e, güne ılımlarına maruz kalmak. Burada size çok yeni bir buluş diyeyim, daha do rusu bilimsel alana giren bir eylem; ya lanmada en son fikir olarak hücre çekirde ini sorumlu tutuyorlar. Çünkü lamin A var normal hücre çekirde inde, genç hücreler bu lamin A'nın sapan kısımlarını elimine ediyor, cildin kendisi ancak daha ileriki ya larda bu sapkınla ın derecesi artıyor ve de çekirdek büzü tülü için ya lanma belirtileri ortaya çıkıyor. İmdi biliyorsunuz bundan önceki konu hep serbest radikaller üzerine idi. İmdi böyle bir fikir ortaya atıldı, dolayısıyla çalı malar u anda bu sapkın hücrelerin artışını nasıl engelleyebiliriz dü ünçesinde.

İmdi ben size kısaca kozmesötik olarak ele aldığımız, yani dermatokozmetik ya da etkin kozmetik dedi imiz bazı preparat ve ürünlerden hızlı hızlı geçece im. Eminim bunları zaten siz de iyi biliyorsunuz. Benim sadece görevim sizlere bunları hatırlatmak. Artı bir bütünüyle size sunmaktır. Biliyorsunuz maden su içeren preparatlar son derece yaygın ve üzerinde oldukça yoğun çalı lı olan bir konu. Çok güzel bir su maden suyu ama bundan daha iyisi var, maden suyundan da iyisi var tabii. Çünkü bakınız sülfür silikat selenyum ve çinko çok zengin ve bütün bilimsel ara tırmalar bunların serbest radikal zararlarını ortadan kaldırdığını gösteriyor. Bunun ilgili yapılmı çalı malar var. Ancak unun altını çizelim her maden suyu de il elbette. sim vermek istemem bir Fransız firmanın maden suyu, örne in selenyumca

çok zengin de il ama sülfürü zengin. Selenyumun etkili olduğu mesela anti-bakteriyel ve anti-fungal özellik selenyumla paraleldir. Dolayısıyla böyle bir maden suyumuz olmalı ki selenyumca zengin, dolayısıyla biz onu anti-bakteriyel olarak kullanabilelim. Yani bunların içerikleri, maden sularının farklı kaynaklardan alınan suların içerikleri son derece önemli. Bakınız biraz önce söyledim maden suyundan bir kat daha iyi -henüz günümüzde çok fazla kullanım alanı yok yani günlük kullanımı yok ancak dünyada preparatları olan aır su preparatları bu çünkü normal sudan yüzde 10 daha aır- ve buna dikkatinizi çekmek isterim 15 milyon su molekülünde bir kısım bulunuyor: Döteryum oksit. Bu da hem anti-bakteriyel hem de nemlendirici. Bunun nedeni de daha yavaş buharlaşıyor, normal sudan aır oldu için. Yüzde 10 daha aır çok ciddi fark ediyor. Silikon içeren ürünler günümüzde biliyorsunuz silikon çünkü en öne çıkaran özelliği silikonun çok farklı viskozite değerlerine sahip olabilmesi. Yapı kan de il en önemli özelliği o ve da ılabilirli i çok güzel cilt ve saç üzerinde. Onun için silikon içeren örnek in dimetilpolisiloksan gibi. Burada birkaç örnek aldım ben, cilt ve saç preparatlarında çok yaygın kullanılabiliyor. Nemlendiriciler: biliyorsunuz cildin çok hayati ihtiyaçlarından. İki temizlemek, ikincisi nemlendirmek, yani cildi sağlıklı tutmak açısından bu ikisi çok önemli. Elbette diğer cilt bakımları katkı maddeleri önemlidir. Ancak cildin temizlenmesi ve nemlenmesi çok önemli, onun için nemlenmeyi mutlaka alıyoruz biz kozmesötiklerde. Evet nasıl etki eder? Ya ciltten suyun uçması sınırlandırılır ya da atmosferden bulunan çevreden su çeken maddeler kullanılır. "Emoliyan etki" diyoruz. Emoliyan etki kaydırıcı etkisi nedeniyle maddenin oluyor. Maddenin kendi kaydırıcı etkisi var ve dolayısıyla ciltteki, cilt tabakasının arasındaki boşlukları doldurup kaydırarak etki göstemesi demek emoliyan etki. Ve tabii ki bu maddeler da ılabilirli i, kaydırıcı ve çok güzel olan maddeler. Hümeaktan etki dediğimiz zaman, çünkü bu kavramlarda biraz emoliyan nedir hümeaktan nedir gibi karmaşık olabiliyor, onun için üzerinde durmakta yarar var. Suyu emiyor, hümeaktan etkide su emiliyor ve hücrelerin içinde tutuluyor. Buna hümeaktan etki diyoruz. Genel anlamda hepsine birden "nemlendirici etki"; bunun altında emoliyan etki, hümeaktan etki dediğimiz zaman bu suyun emilmesi ve uçmasının engellenmesi.

Evet nemlendirici maddeleri 3 sınıfta değerlendiriyoruz; birincisi hidrofilik film oluturucu ajanlar. Yani hidrofilik dediğimiz, suyu cildin üzerine uyguladığımızda suyla birlikte hijyen oluturabilen maddeler. Bunlara en tipik örnekler: hyalüronik asitler ve tuzları, glikozaminoglikanlar kondroitin sülfat gibi çok kullanılan bir madde, kitosan kolajen gibi maddeler... Bunlar hidrofilik film oluturuyorlar cilt üzerinde. Burada çok kullanılan iki maddeyi yazmak istedim: hyalüronik asit ve tuzları. Bakınız ağırlığının 1000 misli su tutuyor. Dolayısıyla su tutarak cilt ya lılı ında olutan dehidrasyonda cildin nemlenerek dehidratasyona yol açtığı kırık kırıklıkları ortadan kaldırıyor. Hidrofobik film oluturucu ajanlar 3 gruptur dedik, bunlarda örtücü özelliği var. Tek fonksiyonları suyun uçmasının engellenmesi. Çok bildiğimiz maddeler: vazelin, sıvı vazelin parafinler, do al yağlar; badem, jojoba gibi bütün preparatlarda neredeyse bugünlerde görüyorsunuz; bunlar hidrofobik film oluturuyorlar. Daha yeni bir grup diyelim çünkü hidrofilik film oluturucularla hidrofobik maddeler biliniyordu. Epidennik limitler daha yeni diyebileceğimiz imiz rölatif olarak örtücü özellikleri var bunların da ve nemi regüle ediyorlar. Su tutma kapasitesini de ikiye katlıyorlar. Seramitler fosfolipitler, sipingolipitler, steroidik alkol, lanolin gibi... Bu i lev için, nemlendirici amaçla kullanılıyor. Çok yeni bir madde aqua cacteen denilen, yeni patentlenmiş. Bu da çok derinden nemlendiriyor cildi ve uzun süreli de nemli tutan bir madde olduğu söyleniliyor. Dolayısıyla çok kuru ciltlerde çok yararlı olduğu bilinmiyor. Kaktüsün elde ediliyor zaten. Kaktüsün de özelliğini biliyoruz hepimiz, çok güzel su tutabiliyor... Ciltte de aynı i lev gördüğünü öne siii-

rülmü bilimsel olarak. Ve çevresel streslerden, yani güneş ışınlarından, sıcaklıktan, kuruluştan koruduğu söyleniyor. Bakın buraya tipik bir kompleks aldım. Bunlar da nemlendirici ve anti-aging yüz bakımında zaten nemlendirici etkisi dolayısıyla anti-aging etki gösteriyor. Yani hücreler arasındaki kuruluştan ortadan kaldırarak nem tutmayı artırarak kırışıklıkların ortadan kalkmasını sağlayan böyle bir kompleks var. Çok yeni bir şey bu da. En yeni bilimsel nemlendiriciler konusunda upofilik karışımlar. Yani epidermik lipitlerle hidrofobik maddeleri bir arada sunmak en yeni bilimsel şey bu. Çok yeni bir reçete sizlere, emoliyen bir preparatta neler var? Örneğin kıvam verici tabii ki koyuyoruz, uygulama kolaylığı açısından. Antioksidan madde konabiliyor emoliyen maddenin yanına. Anti-mikrobik konuyor cildi sakınletiren bir takım bitkisel ya da sentetik maddeler konabiliyor. Güneş ışınlarını **süzücü** konuyor ve alfa veya beta hidroksit asitler konuyor, ki bu bir yağlı giderici reçetedir. Ancak burada hep dikkat diyoruz, çünkü nemlendiricilerin de gözenekleri kapama gibi bir özelliği var. Dolayısıyla biz genelde hekimlerin kontrolünde preparatların seçilmesinden yanayız. Elbette diyebilirsiniz ki biz eczanelerimizde bilinçli olarak bunları satıyoruz, bilgi veriyoruz. Tabii ki bilimsel birtakım çalışmalar size sunuluyor, siz de onu satıyorsunuz. Ama bütün kozmetik, kozmesötik preparatlar için söylemek olası bunu. Bir hekimin nezaretinde kullanılmak bunu daha akıllıcadır. Cildi soyan preparatlar var biliyorsunuz. Fiziksel ve kimyasal olarak soyanlar. Fiziksel olarak soyanlar cildin en dışı tabakasını oluşturan hücrelerden arındırma etkisinde ilerleyiyor. Bunlarda su içeren ve içermeyenler, fiziksel olarak soyanlar, aındırıcı maddeler kullanılıyor. "Peeling" dediğimiz preparatlar bunlar, örneğin do al kabuklar. Mesela badem kabuğu çok kullanılan preparatlarda, üzüm çekirdeği çok kullanılır. Onlar tabii ki mikronize hale getirilir ve biliyorsunuz masaj yaparak peeling uygulanır. O masaj sırasında bu aındırıcı maddeler yüzden Ölü deriyi uzaklaştırırlar. Tabii bunun yerine sentetik farklı polimerlerden yapılmış boncuklar da olabilir. Su içermeyenler ise bunlarda vücut içinde, vücut için kullanılırlar ve aındırıcı madde olarak da deniz tuzları sodyum klorür gibi granit haldeki maddelerdir. Kimyasal olarak soyanlar ise; bunlara exfoliasyon preparatları diyoruz biliyorsunuz kimyasal olarak. Bunlar da en dışı tabakayı uzaklaştırıyorlar ciltten ancak tabii kimyasal bir etkiyle. Bu uzaklaştırma özelliğinin yanı sıra bir de nemlendirici etkisi var bu maddelerin; alfa hidroksit asitler mesela. Görüyorsunuz bildiğimiz maddeler ancak burada önemli olan tek bir nokta var oraya dikkatinizi çekmek isterim. Düşük konsantrasyonlarda birçok preparatlarda yer alabiliyor, biraz önce size reçetesini gösterdiğimiz bir anti-aging preparatta olduğu gibi. Düşük konsantrasyonlarda temizleyici nemlendirici olarak yer alıyor. Daha yüksek konsantrasyonlarda ise asla zaten. Evde kullanmak için ya da eczanede satılıp kendisinin kullanması için uygun değil. Bunlar mutlaka hekimin uygulayacağı preparatlar. Fakat düşük konsantrasyonlar yüzde 1 gibi, birin altı, en fazla yüzde 2 gibi, 2 bile yüksek sayılır, hatta yüzde 2'ye kadar olan aralıkta günlük bakım preparatlarında yer alabiliyorlar. Çok fazla üzerinde durmayacağım, burada dikkat çekmek istediğimiz şey bu alfa hidroksit asitlerle ilgili... Kleopatra süt banyosu yapar hep biliriz. Çünkü çok akıllı bir hanım laktik asit var içinde sütün. Bunun yanında Marie Antoinette ampnyası ile banyo yapıyor. Çünkü ampnyada da tartarik asit var. Bunlar exfoliasyon yapan maddeler. Dolayısıyla cildin o ölü hücrelerini uzaklaştırıp taze cildin ortaya çıkmasını sağlayan maddeler. Son derece akıllıcaymı, bilerek değil ama akıllıca.

Tipik bir AHA (alfa hidroksit asit) rejimi... Bir kere bütün kozmetik-kozmesötik maddeler günde iki kez uygulanır bunu unutmayalım. Sabah ve akşam uygulanır. AHA'da öyle, fakat en az iki hafta deniliyor: iki hafta ara verilip tekrar uygulanması gerekiyor. Kimyasal soyucu etkisi nedeniyle en düşük konsantrasyon olarak kullanılacaksa - yüksek konsantras-

yondan bahsetmiyorum düşük konsantrasyonları konu uyoruz u anda. Yani tabii bilemiyorum sizin uygulamanız nasıl eczanelerinizde, ama kesinlikle reçete ile satılması gereken ürünler bu AHA içeren ürünler, cilt soymak için kullanılıyorsa e er. Fakat günlük bakım preparatlarında düşük oranlarda varsa elbette bunlar ki inin kendi uygulayabilece i e yler, yalnız bu konuda dikkatli olmalıyız diye her zaman bir uyarı notu koyuyoruz. Güne ten, güne ı nlarından koruyucular, maddeler ve preparatlar... Artık neredeyse güne ı nlarından korunmak için maddelerin konulmadı ı bir ürün yok. Bakınız çok tipik tıra ürünlerinden erkeklerin günlük kullandı ımız makyaj ürünlerinin hepsinde mutlaka güne ı nı filtre edici madde aramamız gerekli. Çünkü çok bilinen bir gerçek güne ı nının zararlı etkileri. Artık 100 bilimsel bir gerçek; dolayısıyla günlük bakım ürünlerimizde bile bunları aramamız lazım. ampuanlarda, tırnak boylarında, makyaj ve tıra preparatlarında kesinlikle buna dikkat etmemiz gerekiyor. Yani içinde güne ı nlarından koruyucu maddenin bulunması gerekiyor. Çok tipik bir rakam 25 ya ından sonra cilt her yıl kolajen ve esnek dokusunun yüzde 1 'ini yitiriyor. 25 ya ından sonra geriye do ru gidiyor profil. Ciltle ilgili profil. Tabii öyle bir inanı var: örne in sadece yazları satın alınır eczanelerden güne ı nlarından koruyucu preparatlar. Yaz ba ında ba lar. Herhalde öyledir de il mi? Hepimiz öyle yapıyoruz. Ancak tabii ki güne ı nları yazın çok daha dik gelebilir ancak kı n da yok de iller ortada. O yüzden kı n da kullandı ımız bu preparatları kullanmalı. çinde en ideali de biraz önce de söyledim güne ten koruyucu maddenin olup olmadı ını kontrol etmeliyiz. Bir ampuan satın alacaksınız. çinde acaba ultraviyole filtre eden madde var mı diye bakmanız lazım. Kitaplarda her yerde yazıyor bu maddelerin adları. Zaten piyasada kullanılanlar son derece belirgin net isimleri var, dolayısıyla rutin kullandı ımız preparatlarda bu maddelerin bulunması çok daha uygun, ayrı bir güne ten koruyucu preparat kullanmaktansa. Ultraviyole radyasyonu herkes biliyor artık. Cildin DNA'sına ve ba dokularına zarar veriyor. Esnekli i sa layan dermis'teki ba dokularına zarar veriyor çok bilinen bir ey. imdi örne in biraz önce söyledi im gibi çok bilinen maddeler, mesela PABA ve türevleri sinnamatlar. Sinnamatlar çok kullanılıyor günümüzde. E er zaten bakarsanız hemen etiketin üzerine göreceksiniz. Salisilatlar, benzo-fenonlar çok kullanılıyor kimyasal olarak, fiziksel olarak kullanılanları da var. Antralin oktokrilen gibi maddeler. Bunlar artık bilmemiz gereken maddeler ve bunlar gerçekten var mı preparatın içinde diye bakmamız gerekiyor ürünlerimizi seçmeden önce. Kimyasal güne maddeleri ne yapıyor? Güne ı nlarını emiyorlar. Kendileri emiyor, cilde geçmesine engel oluyor bu ekilde. Oysa fiziksel güne ten koruyucu maddeler ne yapıyor? Bunlar bir siper olu turuyorlar cildin üzerinde ve güne ı nlarını saçıyorlar ya da yayıyorlar etrafa. Tabii bir eyin altını çizelim: Kimyasal güne ten koruyucu maddelerin her zaman cilt üzerinde bir reaksiyona neden olma olasılı ı var. Oysa fiziksel olanların böyle hiçbir etkisi yok. Bunlar inört maddeler. Örne in çinkooksit, titanyum dioksit gibi hiçbir zararı olmayan, ciltle çok geçimli maddeler. Onun için genelde fiziksel olanları seçmeye özen göstermek lazım.

Kombinasyonlar çok tabii ki moda. Bakınız hem güne in hasarını tersine döndürüyor hem akne tedavi ediyor hem de kırıklık ve ya lılık lekelerini engelleyen preparatlar var. Günümüzde artık bu ekilde bir reçete mesela öyle bir reçete. Cilt ya lılı ına kar ı son derece popüler olan konu, üstelik de tüm dünyada çok ciddi bütçelerin ayrıldı ı bir konu: Anti-aging preparatlar. Retinoidler var eskiden beri bildi imiz. Tabii retin-A mesela öncelikle akne tedavisinde kullanılırken tesadüfen cilt ya lılı ını da engelledi i tespit ediliyor ve hemen o konuya geçiliyor. Burada söylenen bilimsel anlamda optimum etkinin bir yılda ortaya çıkaca ı. Yani çok kısa sürelerde bir etki beklenmemesi. Tabii ki doza ba lı nasıl uyguluyorsunuz, ne kadar süreyle uyguluyorsunuz, bunlar önemli elbette. Evet bu uyguladı ımız retinoidler ciltle

iyi geçinemeyebilirler. Cildi irite edebilir. Ne yapabilir? Kırmızılıklar olu turabilir, taba-
kalanmalar, cilt duyarlılı ında artı ve güne e duyarlılıkta artı özellikle çok önemli. Do-
layısıyla çok ciddi kontrol altında kullanılması gereken maddeler, preparatlar. Örne in
retin-A micro ve renova çok yeni. Yani rölatif olarak yeni olan preparatlar bunlar. ritas-
yonu azaltmak için geli tirilen preparatlar. Üçüncü jenerasyon topik retinoidler var.
Üçüncü jenerasyon diye adlandırılan bunlar: differin tazarak ve avage preparatları. Piya-
sada var. Bunlar da akneye ba lı ve güne ı nlarına ba lı ya lanmayı geciktirmek için.
Bunlardan avage topik, retinoidler arasında altın standart olarak ifade ediliyor. Ve ne ya-
pıyor avage? Örne in üçüncü jenerasyon retinoidler kolajen sentezini artırıyor. Pigmen-
tasyon anomalintelerini düzeltiyor. Priyötironik asit üretiminde artı , dolayısıyla
kırı ıklıklarda azalma düzelme ve keratinositlerin farklıla ıyor çünkü ya lılıkta bunların
farklıla masını normale çeviriyor avage. Çok bildi imiz bir ba ka madde. Vitamin A re-
tinol. Bunlar hücreye girdi i zaman retinoik asite dönü üyorlar, bir ön ilaç gibi davranı-
yorlar yani. İmdi yalnız burada önemli olan: reçetesiz satılıyor biliyorsunuz vitamin A
preparatları. Dolayısıyla çok yaygın olarak kullanılıyor. Retinoid asit kadar cildi irite edici
özelli i yok, ama etkisi dc bir o kadar dü ük ona oranla. Fulfuliladenin bir ba ka antiaging
madde. Bu da bitkileri büyüten bir hormon ve dolayısıyla antioksidan. Cildin pürüzlülü-
ünün gidermede ve ince kırı ıklıkları azaltmada yaygın olarak kullanılan bir madde.

Bakır biliyorsunuz eskiden beri bilinir. Ama bakırın çok ciddi yan etkileri var cilde. Onun
için İmdi onun yerine bakır peptit kompleksleri yaparak bunlar prokolajen olu umunu artı-
rıyor. Yani kolajen sentezinde bir artı ... Ve cilt ya lanmasını da geciktirdi i bakır petit
komplekslerinin, kesinlikle saptanmı . Centella aslatica, biliyorsunuz bu preparatı. Ancak
bunlar dükkanlarda ne yazık ki satılmıyor, çünkü raf ömrü çok kısa. Ve u anda varisler
üzerinde çalı malar sürüyor centella aslatica ile ilgili. N-asetil glukozamin bir ba ka madde;
bu da hiperpigmentasyonu iyile tiriyor. Yani lekeler, vücutta olu an koyu renkli lekeleri.
Hyalüronik asit üretimini artırıyor, dolayısıyla kırı ıklıklarda belirgin azalmaya neden olu-
yor. Arabinoksilanlar; bunlar da çavdar tohumundan. Bu söylediklerim çok çok yeni mad-
deler. Bu madde mesela arabinoksilan daha 2006 yılında bulunan bir madde. Çavdar
tohumundan elde ediliyor ve kırı ıklık giderici olarak piyasaya sunuldu. Omega 6 ceramide.
Bu da çok yeni bir madde. Ya lılık belirtilerini belirgin olarak ortadan kaldırdı ı söyleniyor.
Sıfırncı günde ve on dördüncü günde bakınız cildin durumuna; kar ıla tırma için koydum
onu. Biyosakkarit zmkı-2; bu da 2006 maddesi yine. Anyonik bir polisakkarit. Ve içinde
ramnoz galaktoz ve glukuronik asit var. Yani bir sakkarit yapısı var dikkat ederseniz. Ve bi-
yoteknolojik bir ürün olarak ortada u anda. Fukoidan bu da bir yosun ekstresi. nce çizgi-
leri gene yok etti i söyleniyor. Hiçbir kozmetik preparat zaten derin çizgileri yok ederim
diye ortaya çıkamaz. Ancak ince çizgileri azaltır. Cildin pürüzlülü ünü iyile tirir gibi id-
dialarla... Biraz sonra ondan da bahsedece im size. Antioksidanlar tabii ki biliyorsunuz çok
popüler maddeler; bunlar serbest radikallerin olu masından sonraki maddeleri serbest radi-
kalleri tutarak etki ediyorlar ve hepimiz biliyoruz ki güne ı nlarına ba lı olarak çıkıyorlar
daha çok. Ama normal hücre metabolizmasının içinde olu an oksijenin etkisiyle de serbest
radikaller olu uyor. Fakat genç ya larda serbest radikaller vücudun direnme mekanizma-
sıyla yok ediliyorlar. Ama zaman geçtikçe ya lılık durumunda hatta biz buna ya alma di-
yoruz artık. Ya lılık da de il ya alma durumunda direnemiyor serbest radikallere vücut,
dolayısıyla hasarlar görünmeye ba lanıyor ya ımızı aldıkça. Antioksidanları ikiye ayırıyo-
ruz enzimatik, enzimatik olmayan. Bakınız, bunları biliyorsunuz onun için çok fazla üzerinde
durmak istemiyorum. Kırk kere dinlemi sinizdir antioksidanları. Enzimatik, enzimatik ol-

mayan. Ben öne çıkanları sizlere söylemek istiyorum. Lipoik asit yani tioklik asit. Hücrelerde normal olarak biraz önce söylediğim gibi bunları serbest radikallerden kurtulmasını sağlayan vücudun normal olarak hücrelerde var. Çok güçlü bir antioksidan. Bakınız ince çizgileri ve kırık kırıklıkları ortadan kaldırıyor. Gözaltı torbalarını azaltıyor. Pürüzlülüğü ortadan kaldırıyor, düzgün bir cilde sahip olmanızı sağlıyor. Vitamin C, çok iyi biliyorsunuz artık askorbik asidin etkisini, esterleri daha kararlı. Kolajen üretimi için mutlaka gerekli. Tabii vitamin C'nin bir özelliği tek başına o kadar etkin olmadığı, vitamin E'ye yardımcı olarak formülasyonlara eklendiği. Vitamin E referans madde. Antioksidan etkisi zaman her şey ona oranla söylenir. Yani yeni bir madde bulunduğunda zaman vitamin E'den daha iyi ya da daha kötü. Dolayısıyla referans maddedir antioksidan maddeler arasında. Nitron türevleri çok yeni bakınız. DMPO gibi urada kısaltmalarını yazdım. Bunların kendileri kararlı serbest radikaller. Ve en büyük özellikleri ultraviyole ışınlarına maruz kaldıktan sonra ve 12 saat sonrasına kadar serbest radikalleri tutması bu nitron türevlerinin. Koenzim Q10 hepinizin bildiği ubiquinon serbest radikalleri tutarak antioksidan etki. Bunun önemli bir özelliği mitokondriadaki elektron aktarımında mitokondriyal membranların peroksidasyonunu engellemesi mekanizma olarak. İbidenon Q10'e benzer yine, ancak daha da etkin ibidenon. Resveratrol ve polidatin. Bunlar biliyorsunuz hep söyleniyor, bütün toplantılarda dinliyoruz, kırmızı arapta resveratrol çok fazla var, o yüzden hekimler günde bir bardak tedavi amaçlı antioksidan olarak öneriyorlar, tabii ki fazla abartmamak koşuluyla. Üzüm çeperinde çok var. Resveratrol kırmızı üzümde özellikle tabii ki. Boldin maddesi bu da ibidenon gibi aynı esprile etkili. Beta karoten çok bildiniz, o da referans maddelerden bir tanesi. Antosiyanin. Günümüzdeki en popüler maddelerden birisi de bu. Örneğin üzüm tohumlarında var. O nedenle üzümün antioksidan yemenin bile artık faydasının olduğu biliniyor. Yeşil çay ekstresi polifenol var hepinizin bildiği. Ginkgo biloba yaprakları da yine polifenol ve biyoflavonoid'ce çok zengin. Dimetil amino etanol. Bunu duymamı olabilirsiniz bu da yeni maddelerden birisi. Doğal bir madde, somon balığında bulunuyor. Ve güçlü, çok ciddi güçlü bir potent antioksidan bu, tüm boyun, gözkapağı, yüz kasları dramatik olarak kırık kırıklıkları giderdiği ve sıkılaşma sağladığı söyleniyor. Tabii ki bunlar bilimsel çalışmalarda gösterilmiş ama küçük popülasyonlarda bulunduğu için bireylerin kullanımı tabii cevaplar, geri dönüşümler önemli.

İnsan büyüme faktörleri. Bu da bilim alanında çok yeni bir konu. Biraz önce sözünü ettiğim mesela TNS recovery complex. Hücre kültüründe insan dokusunun yan ürünleri. Bu büyüme faktörleri yarayı iyileştiriyor. İnce çizgileri kaldırıyor. Ve genel bir pürüzlülükte düzelmeye sağlıyor. Hangileri var bu büyüme faktörlerinden? Mesela bir tanesini söyleyelim: transforme edici büyüme faktörü beta TGFB dediğimiz. Böyle bir bunlar şimdi anti-aging preparatlara konuyor. Ancak sunumun başında söyledim: Bu maddeleri bulmak marifet değil; bunların deriye taşınmasını sağlamak için formülasyonların geliştirilmesi de çok önemli bir o kadar. Hammadde kadar yani... Dolayısıyla bir madde buldum ben ne kadar harika değil, bunun cilde ne kadar iyi taşıdığı söz konusu. Renk açıcılar yani leke gidericiler. Hemen birkaç tane geçelim: hidrokinon bildiniz kojik asit çok kullanılıyor. Hidrokinon bazı ülkelerde yasaklı bazı ülkelerde değil, bizde değil belli bir orana kadar Türkiye'de değil yani. Kojik asit çok kullanılıyor hepiniz biliyorsunuz, duyuyorsunuz. Arbutin; bu da meyandan elde ediliyor. Melamin üretimini inhibe ediyor. Yani olunan o yağlı ağı koyu renkli lekeleri geçiriyor.

Son hammadde grubu botanik ajanlar. Burada dikkatinizi çekmek istediğim çok önemli bir konu var. Dün de televizyonda tesadüfen dinlediğim bir konuydu. Botanik ajanların ilaç

ve kozmetikte kullanımı diye. İmdi genellikle biliyorsunuz ekstre olarak yer alıyor etiketlerde. Ye il çay ekstresi örne in. Dolayısıyla bu ekstrenin nasıl bir ekstre oldu u, ekstrenin içinde ne oldu u... Standart bir hal mi, de il mi? Çünkü hepimiz biliyoruz ki bitkilerin nitelikleri son derece farklı faktörlere ba lı olarak de i ebiliyor. Bu amaçla hatta standardizasyon çalı maları var tüm dünyada da Türkiye'de de. Onun için kozmetik ya da kozmesötik etkisi oldu u söylenen bitkiler üzerinde bilimsel çok çok de il çok az çalı ma var. Yani size o kadar çarpıcı söyleyebilirim ki otuzu geçmez. Bu kadar az sayıda daha standardize edilen ekstrenin içeri inin tümünün bilindi i, dolayısıyla da bu konularda bitkisel, bir yan etkisi olmaz dü üncesi son derece yanlı bir dü ünçe. Yani dolayısıyla bilimsel veri daha çok az bütün dünyada, bunların üzerine. Ve etkinlikler de tam olarak bilinmiyor daha. Örne in cilt bakım preparatlarında Hammamelis virginia bunlar mesela standardize edilmi tüm dünyada. Artık bunların kullanımı rutine girmi vaziyette. Aloe vera, arnico montana, calendula officinalis gibi bakın birkaç tane daha söyleyece im. İmdi unlar echinacea purpureae gibi çay a acı ya ı, yaban yasemini; bunlar standardize edilmi ve bütün dünyanın bildi i maddeler, botanik ajanlar. İmdi bakınız çok yeni bir ey size bu daha geçti imiz altı ay içersinde bir sene bile de il. Protektol diye bir madde bu betula alba kabuk ekstresi ve aynı madde iridoit ta ıdı ı için scrofularla nodasada da bulunmu ve %1-3 konsantrasyonunda cilt bakımı güne sonrası cilt bakımında akneli cilt bakımında ve ka ıntılı saçlı deri bakımında çok etkili oldu u görülmü protektolun. Bu çok çarpıcı bir örnek. Biraz önce söyledim; beta karoten havuçta var ama havucun kötü bir rengi var boyayıcı bir rengi var, biliyorsunuz. Dolayısıyla bu renkten arındırılmı havuç ve renksiz karotenoidler havuçtan elde edilmiyor. Tabi nergis tomru undan, alglerden ve domatesten elde ediliyor ve çok güçlü bir antioksidan olarak ortaya kondu. Çok yeni bir madde, nergis so anlarından elde ediliyor. Tomruklarından ve kırık kıkık kar ıtı lekeleri gideriyor çizgileri azaltıyor pürüzlülük sa lıyor ciltte gibi. Bu da çok yeni bir madde. Yine pirinçten bir ekstre, bu da ciltte bir koruyucu engel olu turuyor ve dolayısıyla suyun uçması engelleniyor. Ve bunun da kırık kıkık giderdi i gösterilmi . Psycnogenol, Fransız deniz çam a acının kabuklarının ekstresi. Bunlar botanik ajanlar hepsi. Bunun da ya lanma belirtilerini çok azalttı ı gösterilmi . Örne in bakınız referans madde dedim, serbest radikal tutucu özelli i vitamin E'nin 50 katı. Ama tabii bunun daha yolu var. Bu ön çalı malarla gösterilmi yolu var. Daha çok ki ide denenecek, farklı formülasyon geli tirilecek daha fazla, çünkü bunu firma söylüyor sadece. Ticari ürün örneklerinden hepinizin bildi i strivectin rexall sun-down bo-hylurox... İmdi u strivectin ile ilgili hemen bir ey söyleyeyim; çok daha yeni okudu um bir ifade, striveetini firma geli tirdi i zaman içeri inden haberi yokmu , bu tesadüfen bulunmu bir preparat biliyorsunuz strivectin. Kesinlikle anti-aging etkisi nedeniyle piyasaya sürülmü bir preparat de il, tesadüf eseri bu etkisi oldu u ortaya çıkıyor ve bu firma Fransa'da bir kongreye gidiyor. O kongrede ilk kez oligo-peptitler telaffuz ediliyor. Ve firma bu kongrede o strivectin'in içindeki etkin maddenin oligo-peptit olabilece ini tahmin ediyor. Ve geri dönüyor Amerika'ya, çalı malarını sürdürüyor ve gerçekten de oligo-peptit içindeki. Yani daha piyasaya çıktı nda içeri i net bilinmi vaziyette de il. Son yorumlarını okudum; örne in strivectin çok kullanılan bir preparat çünkü, onun için üzerinde çok duruyorum. Çok yeni daha internette firmaya girerek: yüzde 50 yüzde 50. Yani yüzde 50 çok iyi geldi ini söyleyen popülasyon, yüzde 50 de hiçbir yararının olmadı ını söyleyen bir popülasyon var. Güvenilirlik tabii ki çok önemli bir konu bütün bu kozmesötik preparatlarda ve maddelerde ve yasal bir uygunluk sa lanması gerekiyor. Türkiye'de de ve bütün dünyada da çok net bir ey söz konusu de il. Çünkü o kadar çok hammadde, o kadar çok salım istenen, salım özellikleri üretim yöntemleri var ve bu tür preparatlar sipari olarak hazırlanan preparatlar.

Yani hiç kimse kendi kendine "Hadi ben laboratuvarda onu geli tireyim" demiyor. Bunlar sipari le, üzerinde uzun süren ara tırmaıyla yapılan preparatlar. Çünkü tüketiciler ne istiyorlar bu kozmesötik preparatlarda? Bir kere "Bana bilgi verilsin" istiyor. " stedi im anda ben sorabileyim ve hemen bilgiye ula abileyim". Çünkü bu sizler için çok önemli, yani sizin konuyu çok iyi bilmeniz gerek çünkü önce size ba vuracaklardır. deal olanı, yurtdı nda, geli mi ülkelerde yapılan udur: Üretici firmalar bilgilendirir tüketiciyi. Yani çok büyük seminerler, sempozyumlar yaparak tüketicie ula ıp anlatır ürününü. Burada çok fazla söz konusu olmadı ı için sizinle direkt muhatap olacaktır, bu yüzden bu konuda bilgilenecek lazı m. Ve ürün hakkında ayrıntılı bilgi istiyor artık tüketici. Ve ambalajını anlamak istiyor, ne kullandı mını bilmek istiyor. En son çalı malar; 2006 yılında yapılan çalı malar, bir kere artık inovasyon daha az, yani yeni preparatlar çok fazla, çünkü çok ciddi yatırımlar gerektiriyor. Çok yeni çalı malara yönelilmemi , ancak var olanlar vurgulanıyor, yani tüketicie ula ma sa lanıyor var olanlarla ilgili. Botanik hammaddeler, vitaminler, antioksidanlar ve mineralleri içeren maddelerde müthi bir artı var bütün dünyada. Do al ve organik ürünlerde artı var. Hayvan deneyleri artık bitecek 2009'a kadar bütün dünyada. Onun için hiç kimse kullandı ı preparatın hayvanlar üzerinde denenmi olmasını istemiyor. Zaten yasal anlamda da dereceli olarak kaldırılıyor bu. Hipoalerjenik ürünler ve koku maddesi içermeyenler re vaçta cilde olan etkisi nedeniyle. En çok hangi preparatlar? Kozmetik preparatlar. Kozme sötik anti-aging nemlendiriciler, incelticiler, parlaklık verici ve tamir ediciler. Peki madde olarak bunu ifade edersek: silanoller, södopeptitler, do al kaynaklı bile enler, bioaktif eser elementler, kemoprotektif maddeler çok yaygın.

Hemen bitiriyorum.

Reklamlar çok önemli. Bize de bu konuda çok ciddi dönölüyor "Bu ekilde reklamda kullanılır mı nasıl kullanılacak" diye. Reklamlardaki ifade çok özenli seçilmeli. Çünkü bakınız. Bir tarafta ilaç var, bir tarafta kozmetik var, bir tarafta kozmesötik var ikisinin arasında bir ara ürün. Dolayısıyla çok tipik bir örnek verdim burada. Antiseboreik bir madde mesela, e er siz üzerine "papül püskül veya kisterin tedavisinde" diye yazarsanız (aynı madde içeriyor) bu ilaç sınıfındadır. laçtır bu. E er "akne tedavisinde kullanılır" dersiniz kozmesötiktir. Ancak "akne e ilimli ciltlerde kullanılır. Cilt bozuklu una e ilimli ciltlerde kullanılır, siyah noktaların olu umunda azalma, ya lı ciltlerde fazlalı ı alır" gibi ifadeler kullanırsanız da kozmetik grubunda yer alır. Dolayısıyla bunların aralarında ince çizgiler var. Reklamlarda tabii bunun kötüye kul lanımı çok fazla. Sizin de dikkatinizi mutlaka çekiyordur. Ben televizyonda gördü üm anda "Bir tane daha geldi", diyorum "Bir tane daha çıktı". Yanlı ifadeler kullanılıyor, buna son de rece özen gösterilmeli. Sizlerin de dikkatli olmanız lazım bu konuda. Tabii ki kozmetik de olsa kozmesötik de olsa hiçbirisi mucize yaratmıyor. Bunu çok net söylüyor, bütün kozmetik bi limciler söylüyor. Amacımız cilt sa lı ına yönelik bütün tehditleri azaltmak. Bu kadar, yok etmek de il. Yok etmek diye bir ey söz konusu de il çünkü, onu vurgulamak istedim burada.

imdi de benim reklamım: 7. Uluslararası Kozmetik Sempozyumu'muz var ve 11. Kozmetik Dermatoloji iki seçim halinde, eczacıları ilgilendiren kozmetik bilimi ve koz metik dermatoloji olarak. Konu da cilt bakımı olacak 20-22 Haziran 2007 stanbul'da. Burada da web sayfamız var (www.icos2007.org). lgilenen arkadaş ları tabii ki bekliyo ruz kesinlikle. Evet, hepimize te ekkür ediyorum sabırla beni dinledi iniz için.

(Alkı lar)

Prof. Dr. Dilek Erol: Profesör Doktor Yasemin Yazan hocamıza bu güzel konferansta verdi i de erli bilgiler için sonsuz te ekkürlerimizi iletiyoruz. Evet soru sormak isteyen varsa alalım lütfen. Buyayın.

Dinleyici: Bu deneyler nasıl yapılıyor? Ve gelecek için, biz bunları satıyoruz fakat benim dermakozmetik konusunda üphelerim var. Gelecek on senede bu büyüme hormonları veya peptitler bu cilt üzerinde nasıl bir etki yaratacak? Biz insanları mı denek olarak kullanıyoruz?

Prof. Dr. Yasemin Yazan: Çok te ekkür ederim. Çok güzel bir soru aslında. Bütün dünyada u anda hayvan deneylerine alternatif deneyler üzerinde çalı ılıyor. Biz de payda ız bu grupta. Yani bize de bu grupta yer alın anlamında önerdiler ve payda ız elbette. İm di burada bir, dereceli hayvan deneylerinin dereceli olarak ortadan kalkması var. Yani 2019'a kadar verdikleri tarih odur. Bütün hayvan testleri bitirilecek. Yalnız hayvan testlerine alternatif yöntemler üzerinde u anda çalı ılan konular. u anda ne yapıyoruz biz. Bütün geli mi enstitüler de aynı eyi yapıyor. nsan denekler kullanılıyor elbette u anda. Bir de *in vitro* test yöntemleri var ama *in vitro* test yöntemleri ne kadar güvenilirdir. Tabii ki insan cildine uygulanmasıyla çok farklı ama bu yöntemler geli tirilmeye devam ediliyor henüz. Tam net yöntemler yok. Örne in güne ten koruyucu preparatları ele alalım. Güne ten koruyucu preparatlar u anda hayvanlarda test ediliyordu. Bitiriyorlar ama alternatif bir yöntemi yok. Yani öyle herkes kendi bildi i yöntemi kullanıyor, elbette var yöntemler. Ama standart bir yöntem yok tüm dünyanın kabul etti i.

Dinleyici: Peki 10 sene içerisinde artarsa?

Prof. Dr. Yasemin Yazan: 10 sene içerisinde, hayır hayır u anda zaten onlar mutlaka geni çaplı testler yapılarak piyasaya sürülüyor. Ama biliyorsunuz ki kozmetikte non-alerjenik diye hiçbir ey yok. Hipo yazmak durumundalar. İgisiz yani bin ki iye bir ey olmaz bir ki iye bir ey olabilir. Etkiler o ekilde ortaya çıkabilir yani. O konuda bir ey söylemek çok zor. laçlar için de aynı eyler söylenebilir üstelik. laçların da bir 30 sene sonrasını bilmedi imiz dünya kadar ilaç var piyasada.

Prof. Dr. Dilek Erol: Evet. Belki invitro yöntemlerin validasyonu sa lanacak ekilde düzenlenmesi söz konusu olabilir. Gelecek yıllarda oraya do ru gidiyoruz çünkü.

Evet ba ka buyurun.

Dinleyici: Öncelikle Yasemin hocamı dinlemeyi özlemi im. Çok te ekkür ederim bu kadar güzel bir konu ma için. Birkaç noktada ilavede bulunmama izin verirseniz lütfen. Birincisi ampuanlarda kullanılan ultraviyole absorbanlarını genel itibariyle sadece rengini korumak amacıyla kullanıyorlar. Yani dozaj o kadar küçük ki, ampuanın sarı veya ye il rengini muhafaza edebilmesi, rafta rengini de i tirmemesi için kullanıyorlar. Ayrıca çok yüksek oranlarda kullanıldı ı takdirde gerek maliyet açısından gerek de sa ladı ı fayda açısından ampuanlar konusunda çok büyük fayda vermiyor kısaca. kinci bir nokta daha vardı, o da güne filtran maddelerinde faktörler genelde halk tarafından bilinen bir gerçektir. 20 faktörün üstündeki korumanın çok ama çok eser miktarda az bir yarar getirdi i elimizdeki çalı -malarda mevcut. Yani öyle söyleyeyim size; 20 faktöre kadar %96 civarındaki bir korumayı 60 faktöre çıktık ınızda ancak %97 yapabiliyorsunuz. Ama %100 bir korumayı yapamadı ımızı belirtmemiz lazım. Bu arada son bir nokta vardı, yabancı bazı bitmi kozmetik örnek-

İcrini verdiniz, striveetin bunlardan biriydi. Umarım bir daha sefere Pharma 7'yi verirsiniz. Anlattığınız konuların pek çoğunu yapmış oldu umuz preparatta mevcut. Ayrıca bir şey daha söylemek istiyorum. Kozmetik ve kozmesötik arasındaki ince çizginin u anda fevkalade bozuldu unu size ifade edebilirim. En basitinden içerdeki tehir salonunu gezdi imiz zaman bunu görebileceksiniz. Firmaların kutuların üzerlerine yazdıklarıyla, ifade ettikleriyle tamamen ilacı bile geçmiş durumdadır. Beni dinledi iniz için çok teşekkür ediyorum.

Prof. Dr. Dilek Erol: Evet baka sorusu olan var mı? Peki hocaya müsaade edin lütfen..

Prof. Dr. Yasemin Yazan: Bir kere unu söyleyeyim ampuanlardaki eklenen ultraviyole filtreler tabii ki merdiven altı ya da urada burada hazırlananlardan söz etmiyoruz. Ancak öyle preparatlar var ki ultraviyole içeriyor ve sadece preparatın rengini de i tirmekle kalmıyor saçta da katkısı var. Bu konuda benim elimde çalılar var, onu hocaya sunarım bir kere. Bir nokta daha vardı neyse daha sonra geli en zamanda söyleyeyim.

Dinleyici: Ben bir şey söylemek istiyorum. İmdi öyle: malum açık pazar, oldu gerek ilaçta gerek kozmetikte çok çeşitli ürünler geliyor Türkiye'ye. Ve i te lüks salonlarda toplanıyorlar ve eczacıyı bilgilendiriyorlar. Yani gökten zembille inmiş bir ürün gibi de bir tanım söz konusu, hatta sanatçı da getiriyorlar. İmdi ben geçen ubat 2006 *Bu day* dergisinde bir yazı okudum. Ve de baya ı bir etkilendim. Ben kozmetik satmıyorum, satamıyorum. Çünkü anlatamıyorum. Kendim de kullanmadım için belki de inanamıyorum. Geri kalmı bir eczacı olarak da algılayabilirsiniz beni. Ama kar ı bir eczacı olarak da algılayabilirsiniz. Onu da dile getireyim. Bir yazı var. Batılı ya am tarzını benimsemi bir tüketici günde ortalama 10 kozmetik ürün kullanarak bu ürünlerde bulunan 126 de i ik sentetik kimyasal maddeyi vücuduna alıyor. Sentetik maddelerin ço u vücutta birikiyor. Kolay atılmıyor. Bir kadın 60 yıl boyunca kullandığı nemlendiricilerden ortalama 15 kilosunu vücuda alıyor. Özellikle genç kadınların vücudu kimyasallarla yüklü. 20-40 ya grubu kadınların kanından ortalama 20 katma varan holograt, fitelatlar bulundu. Kadın vücudunda ya oranının daha yüksek olması da kadınlarda daha çok sentetik madde depolanmasını açıklıyor. Ve hatta doğacak çocu u da etkiliyor. Bu çok uzun uzun veriyor ve ben tabii çok zamanınızı almak istemiyorum. Özellikle fitelatlar, parabenler, AHA ürünleri, sodyumnerövälsülfat ki bunlar bütün ürünlerde var. Bir di macununda bile 13 tane yan madde var. O kremleri özellikle ben açıyorum inceliyorum, 15-20 çeşit madde var. Ben bunu insanıma veremiyorum beni aydınlatır mısınız? Teşekkürler.

Prof. Dr. Yasemin Yazan: Tabii bu söyledi iniz bence çok da böyle bilimsel verilere dayanan... Tabii ben yazıya da inanmadım okurken, bu kesinlikle doğ ru olan bir şey de il. Yani 15 tane madde var ama o 15 tane maddenin her birinin güvenilir aralıkları var. O güvenilir aralıklar içinde kullanılıyor bir kere. Hiçbiri aşırı bir miktarda yani kendi güvenilir aralığının dışında bir yerde kullanılmıyor. Bir kere bu benim tahminim; siz reddediyorsunuz, yani benim tahminim sadece sizi dinledikten sonra, siz reddediyorsunuz ve buna bir sınıma yeri... Yani bunlar sodyumnerövälsülfat... Yani hepinizin internetine geldi. "Bu berbat bir maddedir öyledir böyledir bugün bula ık yıkadığınız dakika kullanıldığını odur. Çama ır yıkadığınızda da onunla yıkıyorsunuz farklı bir madde kullanmıyorsunuz" Yani ampuanınıza yüzde u kadar koydu unuz zaman mı zararlı? Her yerde kullanılıyor, her yerde... Bilebilece iniz temizliğin girdi i her yerde. İmdi dolayısıyla bunlar biraz aleyhte ifadeler olarak adlandırıyorum ben. Kozmetik ve kozmötetik ürünlere güveniyorum ahsen. Niçin çünkü bunlar öyle üç günlük çalılarla ortaya çıkmıyor.

Bunlar uzun zaman alıyor ve hatta ilaca yapılan Ar-Ge'den daha yüksek oranlarda araştırma geli tirme çalı maları var. Dolayısıyla güvenilir kaliteli ve etkin oldu unu bildi iniz kozmeti i kullanmakta bence hiçbir sakınca yok.

Prof. Dr. Dilek Erol: Evet ben bir ey daha ilave etmek istiyorum. Buradaki salon-
daki bulunan tüm konuklarımız zannediyorum meslekte ımız. Ve bir dekan olarak unu söy-
lüyorum olmazsa olmamızın tabii ki ilaç. Ama kozmetoloji adı altında bir bilim dalımız var.
Bu bilim dalı bizim, dolayısıyla e er adının önünde bilim dalı var ise bunun arkasında bir
Ar-Ge vardır. Ar-Ge demek de bilimsel ara tırma demektir. Bilimsel ara tırmaları yok sa-
yamazsınız. Piyasaya öyle rasgele çıkan ürünler de ildir bunlar. O halde siz yakın bir gele-
cekte eczanelizde ilaç da satmayacaksınız. Çünkü onlar da birer kimyasaldır. Otlarla mı ilaç
yapacaksınız. Bu bir takım kartel giri imleri diye dü ünüyorum ve bunlara çok L/la ra bet
etmemeniz gerekir, siz çünkü en az fakülte mezunu insanlarsınız. Ve bunun üzerine ayrıca
yüksek lisans doktora gibi çalı malar yapmı meslekte larım da var. Lütfen bilimsel çalı -
maları bu takım verilerle bir takım verilerle, ve kimin yazdı ını bilmedi imiz insanların ver-
di i bilgilerle bu tarz ortamlara ta ımayınız lütfen. Sizler birer eczacısınız. Buyurun.

Dinleyici: Yalnız ben kaynakları iletebilir miyim, sizlere?

Prof. Dr. Dilek Erol: letirsiniz efendim. Yalnız nereye kadar do ru? Herkes, her ya-
zılan ey do ru mu? Bana bilimsel literatür getirirsiniz benim u anda fakültemde yapamaya-
ca ım analiz yoktur. Her analiz 5 dakikamı alır inanın, 6 dakikamı almaz. Getirin preparatlarınızı
derhal cevaplayalım. Burada bilim yapıyoruz arkada lar lütfen. Sizler eczacısınız. Ve kozme-
toloji sizin bilim daimiz. Ben Yeditepe Eczacılık Fakültesine geldi im günden beri bu i in için-
deyim ve bir farmasötik kimyacı olarak kozmetolojiye korkunç bir destek veriyorum. Çünkü
hocamın da dedi i gibi merdiven altında yapılan o kadar çok preparat var ki! Ben o preparat-
ları alıyorum, laboratuvarımda yaptırıyorum yapana para vermiyorum, elektri ine para vermi-
yorum, suyuana para vermiyorum, sadece kimyasallara para veriyorum ve maliyet hesabı
yaptı mı zaman u anda piyasada bulunan ürünlerin altına inemiyorum rakam olarak. Lütfen on-
larla de erlendirmeyiniz. Bizim buradaki misyonumuz, eczacı olarak misyonumuz bu merdi-
ven altında yapılan ürünleri oradan kurtarmaktır. Bu bir bilim dalıdır ve kozmetoloji bilim dalı
sadece ve sadece eczacılık fakültelerinde vardır. Hocama bir konuda hafif bir sitemim olacak.
Lütfen dermakozmetikleri verirken hekimlerle irtibat kurun dedi, bir bakıma do rudur. Yan et-
kileri açısından dermatologlarla i birli i yapmakta yarar vardır. Ama hiçbir hekim kozmetolo-
jiyi bilmez hocam. Onların öyle bir e itimleri yok. Kozmetolojiyi bilen ekip bizi,z dolayısıyla
bizimdir. Lütfen bu konuda hep birlikte hareket edelim. Tabii ki yan etkileri olabilir. Onları der-
matologlarla giderebilirsiniz ama dermatolog sizin kadar bu i i bilmez. Görüyorsunuz hocam bir
ilaç gibi bütün dermakozmetikleri anlattı. urada 45 dakikada anlattı ı olay yılların birikimidir.
Bu konuda lütfen daha titiz olalım diye ufak bir uyanda bulunmak istedim.

Prof. Dr. Yasemin Yazan: Çok disiplinli bir kozmetoloji elbette eczacılar için çok
önemli bir yer tutar. Ben bunu ö renci arkadaş larıma da söylüyorum sahip çıkın bu ko-
nuya. Bütün dünyada da böyle, Türkiye'de de böyle, sadece eczacılık fakültelerinde bilim
dalı var. Ve oralarda ders veriliyor. Ancak ben göstermi oldu unuz hassasiyete tabii ki çok
te ekkür ederim hem fakülte olarak verdi iniz katkı için bilim dalına. Ne yazık ki bütün
fakültelerde o katkı yok, çünkü mücadele vererek bir yerlere getinneye çalı ıyoruz hep.
unu söylemek isterim: Kozmetoloji bilim dalı çok disiplinli. Yani bizim mikrobiyologa
da ihtiyacımız oluyor. Tek ba ına eczacının yapabilece i bir ey de il. Elbette piramidin

en tepesinde duruyor çünkü onun hastaya sunu una kadarki sürede eczacı rol alıyor. Ben unu söylemek istedim: Bunun bir de uygulayıcıları var çünkü uygulayıcı biz de iliz. Yani o nedenle hekim kontrolünde olması benim tercihimdir, en azından ben ö rencilerime de bu ekilde söylüyorum. Ama bu demek de ildir ki gidiniz, günlük bir nemlendirici kullanıyorsunuz, her seferinde bir doktora danı n anlamında de il. Ama en ufak bir sıkıntı çıkıtı ında dermatolog'dur adres.

Prof. Dr. Dilek Erol: Evet bu konuda hemfikiriz. Ba ka var mı?

Dinleyici: Öncelikle hocaya te ekkür ediyorum. Evet eczacıların bu konuya sahip çıkmaları lazım. Hakikaten bir sürü formülasyonu, bir sürü ilaç. imdi ben unu anladım konu -malardan. Eczacının bir görevi var bu kozmetikleri satarken ve bu sorumlulu u almak gerekir. Yani bunu bir ilaç gibi, orda i te etkisini de söylesin, yan etkisini söylesin, do ru kullanımını da söylesin. Haydi bir farkınız olsun sadece biz formülasyon yaptıktan sonra sadece yanımızdaki dükkan gibi sattık ne farkımız olacak. E er buna sahip çıkarsak bir farkımız olması lazım. O zaman sadece gidip bu yerlerdeki konu maları reklamların ticarct amacını de il, biz hakikaten kendimizi niceleyece iz. Bu maddeleri bir sürü kimyasal hakikaten sentetik ya da her ne ise ne i e yarar ne i e yaramadı nı hastamıza önerece iz. Bu piyasada var ama bu öyle böyledir. Bu bunu yapar, ben bunu öneriyorum önermiyorum, demek... Bir ilkeye sahip olması lazım. kinci notum commend'im yani bir sorudan fazla belki. Hekimlerle i birli i yapmamız gerekiyor çünkü bu da bir bakımdır. Yani sonuçta bir deriye bir madde uyguluyorsun onun yan etkisi çıkar çıkmaz filan. Evet orda i birli i yapmamız gerekiyor ama bütün alanda de il. Bunlar basit nemlendirici bazda kullanıldı ında niye hekime soracaksın? Ama biz televizyonlarda görüyoruz artık o kadar moda yani, her gün ben bir ey görüyorum televizyonlarda falan gazetede. te bizler eczacı oldu umuz için bu ey hakikaten i e yarıyor mu yaramıyor mu bir sürü para harcıyoruz yani *cost*, para kaybı var burada. Bir madde pigmentasyonu gidermek için 5 milyona eczanede satılırken onu kozmetik hale getirmi ler 30 milyona satıyorlar. Getiriyorlar bana soruyorlar "hocam iyi mi?", bakıyorum yani, o var bu var içindeki aynı madde ne farkı var, ama onu kozmetik altında çok yüksek paralara satıyorlar. Eczacılar burada farmasötik kavramını, sa lık kavramını, yan etkisini bütün bunların hepsini bilecek bu ilaçları satarken. Hoca çok güzel tarifler yaptı. Konu manın ba ından beri hibrit kelimesi vardı ben onu anlamadım. Hibrit'i tarif eder mi? Te ekkür ederim.

Prof. Dr. Yasemin Yazan: Hibrit melez, melez. Yani dolayısıyla kozmetik ve ilacın melezi.

Prof. Dr. Dilek Erol: Ba ka sorusu olan varsa...

Dinleyici: Ben de bir katkıda bulunmak istiyorum. Sayın Yazan'ın konu masını dinledi im zaman kozmetiklerin de, kozmasötiklerin de çok önemli sa lık ürünleri oldu unu gördük. O halde kozmasötiklerle ilgili sa lık otoritesinin önemli kurallar getirmesi lazım, aynı ilaçlar gibi. Ancak o zaman buradaki karga a ortadan kalkar ve daha sa lıklı bir bakım ve tedavi uygulanır diye dü ünüyorum. Tekrar te ekkür ediyorum konu manız için.

Prof. Dr. Yasemin Yazan: Evet bu konuda hemen tabii ki katkınız için te ekkür ediyorum. Ancak ben bir ara cümleler arasında söyledim. Tüm dünyada bir standart yok regülasyonlar konusunda bu konuda. Yani dolayısıyla Türkiye'nin daha buna ula masına epey bir yol var. Çünkü Amerika'da bile, Japonya'da bile, Kanada'da bile henüz regü-

lasyonlarda bir oturma yok. Kimisi ilaç sınıfına sokuyor kozmasötikleri, kimisi hepten bırakmı kozmetik sınıfına sokarak. Yani dolayısıyla tam oturma bir ey yok regülasyonlar açısından, yönetmelik açısından. Ve biz bahsettim biz ba ımsız olması için görüş bildiriyoruz sürekli olarak. Ba ımsız bir de erlendirmenin olması gerekiyor ve tıpkı dedi iniz gibi bunların çok sıkı regülasyonlara ba lanması gerekiyor diye dü ünüyoruz.

Prof. Dr. Dilek Erol: Yine yakın bir gelecekte mümkün oldu unca yapılacak. Peki çok te ekkür ediyoruz hocam bu güzel konu manız için. Fakat çok uzadı. O nedenle...

Dinleyici: u anda gümrükte bekleyen 600 dermakozmetik ürün varmı . Ve dedi i gibi Nurhan arkada ımızın hakikaten biz bu yükün altından eczacı olarak -ben dermakozmetik satıyorum- fakat altından kalkamıyoruz. Acaba eczacılık fakülteleri bu giren ürünleri denetleme yetkisi alabilir mi?

Prof. Dr. Dilek Erol: Efendim eczacılık fakültelerinin zaten böyle bir yetkisi yok. Biliyorsunuz burada otorite Sa lık Bakanlığı 'nındır. Sa lık Bakanlığı ı kozmetoloji dairesi e er böyle bir görev verirse, böyle bir proje yaparsa, gayet tabii biz elimizden geleni yaparız.

Dinleyici: Siz böyle bir eyi önlerseniz gerçekten çok sevinirim.

Prof. Dr. Dilek Erol: Konu uruz, Deniz Hanımla efendim konu uruz. Peki te ekkür ediyoruz bu güzel konferans için.

(Alkılar)

Ya am Kalitesinin De erlendirilmesinde Klinik Eczacının Rolü

Prof. Ecz. Sude Eminzade

Ecz. Nevzat Akman: De erli meslekta larım, ben de ho geldiniz diyerek söze ba lamak istiyorum. Trabzon Eczacı Odası Ba kanı olarak, stanbul Eczacı Odamızın 50. yılını gönülden ve gıpta ederek kutluyorum. Niye gıpta ediyorum? 50 yıl önce kurulmu bir meslek örgütünün ilk yapı ta larından olacaksınız. Mesle iniz ve meslekta larınız için ba arılı çalı -malara imza atacaksınız. Ülkenin ilaç ve sa lık politikasına yön veren projelerde imzanız olacak. Daha ötesi olumsuzluklar kar ısmada hem bir meslek örgütü hem de bir baskı grubu olarak tavır koyma becerisini göstereceksiniz. 50 yıllık özverili ve gerçekten özgüye de er bir süreç. Kutluyorum. Dile im o ki tanrı bize de odamızın 50. yılını görmeyi ve kutlamayı nasip eder. Efendim iki gündür gerçekten hem hocalarımızın hem farklı meslek duayenlerinin bilgi ve deneyimlerinden nemalıyoruz. Bugün de bu süreç devam ediyor. Oturumumuzun bu bölümünde bizlere Sayın Sude Eminzade "Ya am Kalitesinin De erlendirilmesinde Klinik Eczacılı ın Rolü" konulu bir sunum yapacaklar. Sayın Eminzade 1971 ran do umlu, lisans ve yüksek lisansını Tebriz Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde, doktorasını Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde almı . Buyrun Sayın Eminzade.

Dr. Stide Eminzade: Ya am kalitesinin de erlendirilmesinde klinik eczacılı ın rolü, konusunda bir ey sunaca ım size. Ya am kalitesini anlamak için ilk ba ta sa lı ı anlamamız gerekiyor. Sa lık: Dünya Sa lık Örgütü'nün tanımına göre, sadece hastalık ve güçsüzlü ün olmaması de il, aynı zamanda fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali olarak tanımlıyor Dünya Sa lık Örgütü. Buna ba lı olarak sa lık hizmetlerinin de amacı: sadece hastalıkları tedavi etmek ya da önlemek de il, bireye aslında yüksek kalitede bir ya am sunması gerekiyor. Sa lıkla ili kili ya am kalitesi tanımında bir fikir birli i yok, ama bütün ara tırmacılar sa lıkla ilgili ya am kalitesinin çok boyutlu sübjektif ve dinamik bir kavram oldu u konusunda fikir birli ine sahiplerdi. Dünya Sa lık Örgütü sa lıkla ilgili ya am kalitesini bireyin kendi kültürü ve de erler sistemi içinde kendi durumlarını algılayı biçimi olarak tanımlıyor. Sa lıkla ilgili ya am kalitesinin ölçülebilecek boyutları var. Bu boyutlar fiziksel sa lık, duygusal sa lık, sosyal i levler, genel iyilik hali, hastalıkla veya tedavi ile ilgili semptomlar olarak tanımlanır.

Ya am kalitesinin ölçülmesinde yüzlerce ölçek kullanılıyor. Ama bunların hepsi iki ana ba lık altında toplanıyor. Genel ölçekler ve spesifik ölçekler. Genel kapsamlı ölçekler tüm hastalıklara veya durumlara farklı tıbbi giri imler ve toplumun tüm kesimlerine hitap ediyorlar. Genel ölçekler sa lık ya am kalitesinin fiziksel mental, ve sosyal boyutlarını ölçüyor. Genel ölçekler belirli bir hastalığa yönelik tasarlanmadı ı için hastalığa özgü durumlarda daha az duyarlı oluyor ve buna ba lı olarak ya am kalitesindeki küçük de i iklikleri saptamayabilir. Özel ölçekler belirli hastalıkları -mesela kalp yetmezli i- belirli hasta gruplarını- ya lılar- veya belirli fonksiyonlar- uyku gibi bir takım sorunlar- semptomlar- a rı gibi- eylemlere yönelik özel tasarlanmı ölçeklerdir. Daha duyarlıdır. Çünkü duruma özgü sa lık etkilerine odaklandıkları için ya am kalitesindeki küçük de i iklikleri saptayabiliyor. Ama kapsayıcı de il de... Kar ıla tırmalarda kullanımı pek do ru olmuyor, yani bir ya lı grubuna ölçekli tasarlandı ı zaman ba ka bir hastalık grubuyla kar ıla tırmıyoruz. Ama o ölçek ya lı grubuna özel tasarlandı ı için ya lılarda daha duyarlı oluyor ve daha küçük de i iklikleri saptayabiliyor, ya am kalitesindeki küçük de i iklikleri. Ya am kalitesi çok boyutlu bir kavramdır ve sübjektif bir kavram oldu u için do rudan ölçümü mümkün de il. Ancak dolaylı yoldan ya am kalitesinin çe itli boyutlarını de erlendiren bir takım sorularla ölçülebilir. Alman sonuçlar sayısal skorlara dönü türülüyor. Aslında biz her gün bir ekilde birbirimizin ya am kalitesini ölçüyoruz. Her gün "Nasılsın" dedi imizde ona alman yanıt bir ekilde ya am kalitesini ölçmektir. Ama tabii bu daha gerçek. Herkese "Nasılsın" dedi inde " yiyim" der. Ama acaba iyi mi de il mi? Bunu ortaya çıkarmak için bir takım dolaylı yoldan sorulan sorular var. Ya am kalitesini ölçmek için kullandı ımız ölçekler var.

Bahsettik; bu ölçekler gerçekten ölçülen ya am kalitesi Z de eri olarak dersek, bu Z de eri gerçek ya am kalitesinin ölçülmesi için ölçe in bir takım özelliklere sahip olması gerekiyor. Bu özelliklerden bir tanesi kapsamlılıktır. Bu ölçe in yapılan müdahale sonucunda pozitif veya negatif etkilenen ve hastalar için önemli olan objektif ve sübjektif de erleri içermesi gerekiyor. Mesela bir hasta için nelerin önemli oldu unu, hastalık için nelerin önemli oldu unu kapsamaması gerekiyor, ki ölçtü ümüz ey gerçekten hastanın ya am kalitesini göstersin. Ba ka bir özellik güvenilirliktir. Güvenilir bir ölçe in farklı ara tırmacılar tarafından aynı yöntemle, aynı hastalarda, farklı zamanlarda aynı sonucu vermesi gerekiyor. Tabii ki ufak bir hata payı olması mümkün ama çok farklı bir sonuç elde ettiyse demek ki o yöntem çok güvenilir bir yöntem de il. Tabii bu hastanın durumunda bu farklı zamanlarda derken hastanın durumunun o sıralarda de i memesi gerekiyor. Geçerlilik de bu özelliklerden bir tanesidir. Bir ölçe in geçerli olabilmesi için amacına uygun yapılp yapılmadı ı belirle-

niyor. Yani e er bir yöntem geçerli ise Z de eri ki ölçülebilir ya am kalitesidir, gerçekten Q de erini ölçer. Mesela e er biz bir hastada anksiyeteyi ölçmeye çalışıyorsak, depresyonu ölçmemi olmamız gerekiyor. Yanıtlayıcılık da bu özelliklerden bir tanesidir. Q'daki de i imlerin Z ile ili kisini yansıtır yanıtlayıcılık. u eyi aslında gösterebilseydim, yukarda siyah bir çizgi var. Q de erindeki de i ikliklerin direkt Z'ye yansması gerekiyor. Bu yanıtlayıcılık ı gösteriyor bu geçerlili i gösteriyor. Biraz önce de bahsettim ve yani Q'daki de i ikliklerin Z'ye yansması gerekiyor. Duyarlılık da bu özelliklerden bir tanesidir. Gerçek ya am kalitesi de erindeki de i imler ile gözlenen ya am kalitesindeki de i imlerin orantılı ve ölçülebilir olması gerekiyor. E er bir ölçek amacına uygun ayarlandıysa hastanın ya amındaki ya am kalitesindeki en ufak de i iklikler bir ekilde Z de erine de yansıtılıyor. Her ölçe in kendine özel bir skorlama sistemi var. Yani tedavi e er ölçek ölçtü ümüz eye tamamen uygunsa hastanın hayatındaki de i iklikler bir ekilde yansıyor ve bunu yakalamak çok da kolay bir ey olmuyor. Yani gerçekten ölçekler tasarlaması zor ve bir ekip çalışmasının ve güvenilirlik çalışmalarının uzun süre yapılması gerekiyor. Ya am kalitesi veya klinik eczacılı ın ili kisi. Sa lı ın çalışmalarının amacı aslında hastanın ya am kalitesini iyile tirmektir. Bu amaç için eczacıların di er sa lık personeliyle i birli i içinde olmaları lazım. Klinik eczacılı ın asıl amacı hastanın ya am kalitesini iyile tirmektir. Ama bunu dolaylı yoldan ve ilaç tedavisini kesin sonuçlara varmasıyla yapıyor. İlaç tedavisinin kesin sonuçları hastalığın iyile tirilmesi veya durdurulması, semptomların iyile tirilmesi veya önlenmesidir. Bu iki i lem yapıldı ı zaman otomatik olarak hastanın ya am kalitesi iyile iyor. E er bir hastanın öksürü ünü giderebiliyorsak o hastanın ya am kalitesinde bir de i iklik yapabiliyoruz. Klinik eczacı ilaç kaynaklı sorunları tespit eder, izler ve önler. Ve bunları yaparken hastanın ya am kalitesini de iyile tirir. Eczacıların ya am kalitesindeki rolünden kısa da olsa bahsettim ama eczacılar ne zaman bir ya am kalitesi ölçe i kullanırlar? Ne zaman bir eczacının ya am kalitesini ölçmesi gerekiyor? İlaç tedavisinin izlem ve de erlendirilmesi için çok önemli bir *outcome**dır ya am kalitesi. Hastaların fonksiyonel eksiklerin tamamlanması için yaptıkları müdahalelerin hastaların ya am kalitesi üzerine etkilerinin belirlenmesinde kullanılıyor. Hastaları di er sa lık personeline yönlendirmek çok önemli. Çünkü ya am kalitesinin çe itli boyutları var. Özellikler profil ölçekleri kullandı ımız zaman çe itli boyutlar ortaya çıkıyor. Hastanın gerçekten hayatı hangi yönde daha fazla etkilenmi ve daha çok kötüye gidiyor ve fiziksel yönden mi, duygusal yönden mi? Bunlar ortaya çıktı ı zaman eczacı hastayı sa lık personeline yönlendirebiliyor. Ve bir hastayı bir dahiliye uzmanına mı gönderecek veya bir psikologa mı gönderecek veya bir beslenme uzmanına mı; bunlar ortaya çıkabiliyor. Farmasötik bakım sürecinde hastanın ya am kalitesinin iyile tirilmesi ve sürdürülmesi istenen bir sonuçtur. Bir farmasötik bakım uyguluyor.

Ya am kalitesinde yaptıkları bir takım çalışmaları var. Birkaç tane örnek vermeye çalıştım. Kalp yetmezli inde farmasötik bakım uygulamaları. ki gnıp var. Kontrol grubu, gelecekte bakım uygulanıyor ve müdahale grubu ki müdahale grubunda farmasötik bakım uygulanmı . Çalışmanın süresi 12 aydır ve her 3 ayda bir hastalar de erlendiriliyor.

Çe itli *outcome*¹lara bakılmı . Ama biz ya am kalitesine baktı ımız zaman kontrol grubundaki hastaların ya am kalitesinin istatistiksel olarak anlamlı bir ekilde müdahale grubundan daha düşük oldu unu görüyoruz. Bu demek ki uygulanan farmasötik bakım gerçekten etkili, iyi planlanmı ve iyi uygulanmı farmasötik bakım oluyor. Çünkü bir takım çalışmalarda hastanın semptomları iyile iyor ama ya am kalitesi kötü etkileniyor. E er bir hasta günde 5-6 kez bir ilacı almak zorundaysa veya birkaç kez tansiyonu kontrol edilmek zorunda kalırsa o tansiyon hastasının belki tansiyonu kontrol altına almıyor ama ya am kalitesi çok olumsuz bir ekilde etkileniyor.

Mesela bir hipertansiyon tedavisinde bir çalı ma var. Bu grupta da geleneksel bakım uygulanmı ve geleneksel bakım artı e itim. Bunu eczacılar yapmı lar. SF 36 içeren, genel ölçekte çok kullanılan bir eydir, ben bu çalı mada kullandım SF 36'yı, ama genel ölçeklerin hepsinde oldu u gibi çok eyleri belki tam olarak ortaya çıkarmıyor, hastanın o durumuna özgü olmuyor. Bu müdahale grubunda 5 ay sonunda kan basıncı kontrol grubunda daha anlamlı olarak de i iklikler saptanmı . Ama ya am kalitesine baktı ımız zaman, hastaların ya am kalitesi, özellikle fiziksel fonksiyonları müdahale grubunda daha az olmu . Bu uygulanan eyde belki hastanın tansiyonu daha iyi kontrol altına alınmı ama ya am kalitesi olumsuz bir ekilde etkilenmi . Bu konuda bir ey ekleyeyim. Hastaya e itim veriliyor ama bu e itim gerçekten bütün bilgileri hastaya aktarmak de il. E er bir hastayı, hastalı na yönelik çok korkutursak, evet hasta ilaçlarını çok iyi bir ekilde kullanır, çok düzenli kullanır ama ya am kalitesi olumsuz bir ekilde etkilenir. Onun için de e itim, hasta e itimi gerçekten çok önemli bir konudur. Onu dü ündü ümüz zaman, evet ben hastaya, hastalı na yönelik bilgi aktarırım diyebiliriz, ama bu bilgiler çok ölçülü ve bu konuda fikir sahibi olan ki iler tarafından hazırlanması gerekiyor.

Astım hastalarının da eczacıların yaptı ı bü çalı ma var. Hastaların astıma ili kin ya am kalitesinde eczacının müdahalesinden sonra anlamlı bir iyile me olmu . Bu astıma özgü bir ya am kalitesi ölçe inden yapılmı ve bir iyile me tespit edilmemi . Ama SF 36 anketine göre bir iyile me tespit edilmemi , çünkü dedi im gibi o genel bir ölçekte. Bu çalı mada eczacı 400'e yakın ilaç kaynaklı problemleri tespit etmi , önlemi ve çözmü . Ki hasta sayısına baktı ımız zaman, 62 hastada, eczacının devreye girmesiyle 400 problem çözülmüşse bu büyük bir sayı.

Serbest eczanelerde verilen hizmetlerin de erlendirmesinde, astım hastalarına farmasötik bakım uygulanmı ve 12 ay sonunda ya am kalitesinde istatistiksel olarak anlamlı bir iyile me saptanmı . Ama bu çalı malarda bir kontrol grubu olmadı ı için biz farmasötik bakımın etkisi mi ya am kalitesini iyile tirdi yoksa ilaç tedavisi mi, onu net olarak ortaya koyamıyoruz.

Sonuç olarak, ya am kalitesi analizi, hastanın tedavi ve hastalık sürecinin günlük ya am üzerine etkilerinin araştırılmasında yardımcı olabilecek bir yöntemdir.

Ben te ekkür ediyorum...

(Alkı lar)

Ecz. Nevzat Akman: Sayın Eminzade'ye sunumları için te ekkür ediyoruz. Soru varsa alabiliriz... Yok gibi görünüyor. Evet çok te ekkür ederiz. Sa olun.

(Alkı lar)

Sa lıkta Mesleki Etik

Ecz. A. Nejat Vardar

Ecz. Nevzat Akman: De erli meslekta larım, bu oturumun son konu macısı Sayın Eczacı Nejat Vardar, "Sa lıkta Mesleki Etik"¹ konusunda size sunumda bulunacaklar. Sayın Vardar 1950 Ankara do umlu. İlk ve orta ö renimini Bursa'da, eczacılık e itimini stanbul Üniversitesi'nde tamamlamı . Dört dönem Bursa Eczacı Odası Ba kanlı ı, iki dönem Türk Eczacıları Birli i Merkez Heyeti üyeli i yapmı . Türkiye'deki Eczacı Kooperatifi hareketi- nin ba langıcında önder ki ilerden ve kooperatif ba kanlı ı yapmı bir arkada ımız. Ça da Eczacılar Derne i'nin de merkez yönetim üyesi. Buyrun Sayın Vardar.

Ecz. A. Nejat Vardar: Çok te ekkür ediyorum Sayın Akman. De erli oturum yöne- ticileri, de erli meslekta larım. Öncelikle Ça da Eczacılar Derne i Bursa übesi adına he- pinize saygılar sunuyorum. Sonra bu Pazar gününü evinizde oturmak yerine böyle meslek sorunlarıyla geçirmeyi tercih etti iniz için de ayrıca te ekkürlerimi arz ediyorum.

Bugünkü konumuz etik. Etik deyince herhangi bir sözlü e açıyorsunuz bakıyorsunuz, 4-5 sayfalık bir tanımlama geliyor. Tabii ki bunları anlatmaya kalkarsam sabrınızın ne hale gelece ini bildi im için ben sadece ana ba lıklarıyla etimolojik ve terminolojik hiçbir eye girmeden etik konusunu birlikte konu maya çalı aca ım. Etik biliyorsunuz son yıllarda mes- le imize girdi ve sıkça bunu konu uyuyoruz. Veya konu mak zorunda da kalıyoruz diyebiliriz. Fazla geçmi ine gitti imizde, ki gitmeyece iz dedik, bu etos diye bir sözcükten geliyor, alı kanlık demek, gelenek demek ve bugüne kadar gelmi , insanlarla ilgili ve içinde insan- ların oldu u her mesle in bir eti i oluyor, kimisi yazılı kimisi yazısız. Biz yazılı eti i olan mesleklerden bir tanesinin sahibiyiz. Geçmi i de ta milattan önceki yıllara, 5 bin yıl önce- sine, Hammurabi Kanunları'na kadar iniyor. Burada kestim bu kısmını.

Mesle imizle ilgili etik uygulamalarını konu madan önce, tahmin ediyorum ki bunu tek ba ına, bir ba ına soyutlayarak söylemek yerine birazcık dünya ve ülkemize de bakmamız gerekiyor. Tabii ki yine vakit sorunu nedeniyle ana ba lıklarıyla...

Dünyada güçlünün daima haklı oldu u bir düzeni ya ıyoruz. Irak'ta, Lübnan'da, Afga- nistan'da acımasız ve ahlaksız bir sava ya anyor. u ana kadar Irak'ta 650 bin ki ini öldü ü söyleniyor. Ve bu düzene de biz, etik demesek bile, son derece ho görü ile yakla abiliyoruz, dünya insanları olarak.

Yine üst katta oturanlar, yani zengin ülkeler obezite sorunu çekerlerken, alt katla otu- ranlar, Afrika'dakiler açlık sorunu çekiyorlar. Geçti imiz haftalarda, okumu sunuzdur tah- min ediyorum, Liberya'da 12-13 ya ındaki kız çocuklarının Barı Gücü askerlerine bir tas yemek kar ılı ı satıldı ını... Ve biz bunlann içinde, bu gerçeklerin içinde eti i ve mesle i- mizdeki eti i tartı mak durumundayız.

Adına küreselle me diyorlar, globale me diyorlar, Yeni Dünya Düzeni diyorlar, neo-li- beralizm diyorlar ve bu düzende etik tartı manın ne kadar zor oldu unu tahmin ediyorum he- piniz takdir edeceksiniz.

Peki ülkemizde durum ne? Ülkemizde de her gün yine etik sorunları olan haberleri yine gazetelerden izliyoruz. Yarım yamalak bir demokrasimiz var. Ve bu çerçevenin içinde de seçim yasalarımızda, siyasi partiler yasalarımızda etikle ili kisi olmayan i lemlerden geç-

rek bir Türkiye Büyük Millet Meclisi olu turuyoruz. Bu TBMM'de 144 milletvekiliyle ilgili 277 tane soru turma dosyası var. Buna tek baına baktı ınızda, uradan dı arı çıkıp The Marmara Oteli önünde sıradan 550 ki i çevirdi inizde bu oranı tutturmanız mümkün de il. Demek ki böyle bir oranı tutturan Türkiye'de de etik sorunların olması son derece e yanın tabiatı olan bir olay. Ve son derece de, tabii takdir edersiniz, üzücü.

Bu sayın meclisimize 6197 sayılı yasamız girdi komisyonlarda, 1262 sayılı yasamız girmek üzere, ilaç ve Tıbbi Cihazlar Kurumu yasası girdi girecek ve büyük bir olasılıkla çok yakında bu meclisin bir tarafından ilaç girecek öbür tarafından tıbbi ürün çıkacak. Vc biz bakaca ız neciyiz. Biz eczacı mıyız, de il miyiz, tıbbi ürüncii müyüz... Kafalar karı acak ve bu kafaların karı ması sonucu gelinen noktada da birileri daha fazla kazanacak, biz yine kendi sorunlarımızla u ra ır olaca ız. Bu da çok ciddi bir etik sorunu diye dü ünüyorum.

Böyle bir dünyada sa lık sektöründeki etik uygulamaları ana ba lıklarıyla payla maya çalı aca ım. laçtan ba layalım dilerseniz. laç biliyorsunuz çok önemli ya amsal bir ürün. Biraz evvel sa lı ın tarifini yaptı arkadaş larımızın birço u. lacı önce üretece iz, ondan sonra pazarlayaca ız, sonra da kullanaca ız. lacı üretmeden önce ne yapıyoruz. Öncelikle bir takım denemeler yapıyoruz. Bu denemelerin içinde insanla ilgili olanları var, insanla ilgili olmayanları var. nsanla ilgili olanları, bir takım, insanın en önemli hakkı olan ya am hakkıyla çok yakın ili ki içinde oldu undan yazılı kurallara ba lamı lar. te Helsinki Bildirisiyle ba layan, bir sürü de bildiriyle devam eden kurallar var. Ancak bu kurallara uyuluyor mu? Bu kurallara uyuldu u konusunda çok ciddi ku kular var. Hatta belgeler var. Bu konuyu çok fazla i leme yece im. Bununla ilgili birkaç olayı sadece ba lıklarıyla okuyup geçmek istiyorum. Etik dı ı uygulama anlamında insanlar üzerinde yapılan ilaç denemelerine ili kin. New York'ta kilise korumasındaki bir kimsesizler yurdunda 500'e yakın bebek ve çocuk ölümcül sonuçlar verebilece i önceden bilinen bir takım ilaç ve kimyasallar için denek olarak kullanıldılar. Çocuklar verilen ilaçları yutamaz hale geldiklerinde veya almamak için direndiklerinde, midelerine ba - lanan bir tüple zorla ilaç verildi. Gerçek. Bunu çok fazla resimle desteklemek istemedik. Çünkü o resimler insanı çok üzen resimler ve internette sıkça rastlayabildi imiz resimler. Gerçekten insanların biraz insan sevgisi, çocuk sevgisi varsa tahammülde zorluk çekece i resimlerdi.

Yine bir ilaç ara tırması haberini de ngiltere'den sunmak istiyorum. Her yıl 3 bin kadar doktor, hasta baına 1000 ngiliz sterlini kar ılı nda ilaç firmalarıyla hastalarını denek olarak kullanmak üzere anla ma imzalıyorlar. laç firmaları bu tür çalı maları kabul eden doktorlara ortalama 45 milyon ngiliz sterlini ödüyor. Bunlar gerçekler. Bunları çok fazla artırmak mümkün ama ben o konuda bir çabaya girmeyece im.

Dünyada bunlar olurken Türkiye'de neler oluyor? Türkiye'de ne oldu unu bilmiyoruz. Türkiye'de en son bildi imiz, yıllar önce HZI Vakfı ve Prof. Dr. Turan til isimleri. Bunlar insanları kobay olarak kullandıkları için uzun bir süre gazetelere konu oldular ve sonra Türkiye'deki her yolsuzluk gibi üstü örtüldü, unutuldu gitti. Peki Türkiye'de ilaç denemelerinin yapıldı ı kaydediliyor. nternette Türkiye'de insanlar üzerinde ilaç denemeleri yapmaya so - unan, bunu isteyen, buna mü teri arayan firmaların ilanları yayınlanıyor.

Biz eczanelerimizde ruhsatı olan ilaçların hastalar üzerinde denenmesinin, sonuçların doktorlar tarafından nasıl takip edildi ini bizzat gözlemliyoruz ama Türkiye'de bu konuda bir bilgi yok. Bu büyük bir olasılıkla ve belgesiz konu mak istemedi imden Türkiye'de de bu tür uygulamaların sıkça yapıldı ı ancak kayıtlara geçmedi i ekinde.

Burada ilginç bir ey daha var. Türk Ceza Yasası, biliyorsunuz daha önce çocuklar üzerinde ilaç denemesi veya kimyasal deneme yapılmasını yasaklıyor idi. Bu yasak 31 Mart 2005 tari-

hinde de i tirildi. Bu biraz evvel söyledi im meclis tarafından. u anda çocuklarımız da kobay olarak kullanılabiliyorlar. Ve ne olaca ını, bir kısmım kayıtlı, bir kısmını kayıtsız olarak yeniden izleyece iz.

Devlet denetiminin olmadığı, vatandaşları koruyan kuralların henüz geli tirilemedi i yoksul ve e itimsiz bir ülkede çocuklarımızı denek olarak kullanmaya yasal müsaade çıkarmak etik kusurların en büyü üdür diye dü ünüyorum. Ve Türkiye'de u anda bu etik kusur, o 144 tane dosyalı milletvekili tarafından, di erleri de tarafından tabii, çıkarıldı. Ve bundan sonra bu ara tırmalar bizim üzerimizde yapılacak ve paralarını dönü te biz, ilaç fiyatının üzerine eklenerek finanse edece iz. Yani hem bizim üzerimizde yapılacak bu denemeler, hem de parasını yine bizden alacaklar. Dolayısıyla çok sevimli bir tablo gibi görünmüyor.

Konu buraya gelmi ken bizim TEB kongremizdeki bir olayı da sizlerle payla mak istiyorum, ilgimi çekti i ve unutulmamasını istedi im için. 2003 yılındaki Türk Eczacıları Birli i Kongresi'nde dilek ve öneriler komisyonuna, insanlar üzerinde kimyasalların denenmesine olanak veren maddenin çıkarılmasına yönelik bir öneri sunuldu. Bu öneriye o zamanın ve u anm da Türk Eczacıları Birli i ba kanı iddetle kar ı çıktı. "Bu bizim ana sözleşme memizden çıkarılamaz" dedi. Ve o günün dilek ve öneriler komisyonu bu öneriyi oylamaya sunmadan reddetti. Yani biz hem yapmadı ımız ve yapmayaca ımızı söyledi imiz insanlar üzerindeki ilaç denemelerini yapmamıza olanak veren maddeye evet dedik ve bu konuda aracı olmayı kabul ettik, hem de bu i leri yapmıyoruz dedik. Bunun ne kadar inandırıcı oldu u konusunda çok ciddi ku kularım var. Sanıyorum bu ku kuları da payla mamız gerekiyor. Bence o genel kurul ve o genel kurulun dilek ve öneriler komisyonu ve maalesef Türk Eczacıları Birli i ba kanı da ileride tarihe bu konudaki davranı larıyla geçecekler.

İmdi ilaç satmak için de... Neo-liberal sistemimizde ilaç ticari meta. Daha fazla satacaksınız, daha pahalı satacaksınız, pazarınızı geni letmeniz lazım. Yani hastalara daha fazla ilaç satmak, hasta olmayanlara da bir ekilde ilaç satmanız gerekiyor. Bunun için de i ik sistemler geli tirmek zorundasınız. Ben bu konudaki yorumları iki tane Amerikalı yazara, sa lık konusunda uzman sayılan iki yazara bırakmak istiyorum. "Satılık Hastalıklar" diye bir yayı nı çıkarmı lar, bu yeni çıktı, bazı arkada larımız okumu olabilir, okuyanlara tavsiye ederim. Amerika'da ilaçların nasıl reklamının yapıldı ı, nasıl hasta olu turuldu u, hastalara nasıl daha fazla ilaç satıldı ına ili kin çok ilginç belgelerin sergilendi i bir kitap. Ben oradan birbiriyle, vakti idareli, ekonomik kullanmak için, çok ili kili görünmeyen belli paragrafları sizle payla mak istiyorum ve bunlar zaten bu konuda yeteri kadar fikir verecek diye dü ünüyorum.

"Yo un reklamlar ve ikiyüzlü bilinçlendirme kampanyaları sa lı ına dikkat eden sa lam insanları endi eli hastalara çeviriyor. Ufak sorunlar ciddi hastalıklarımı gibi resmedildi inden, utangaçlık, sosyal anksiyete belirtisi sayılıyor. Kadınlarda adet öncesi gerginlik, regl öncesi disforik bozukluk isimli bir zihin hastalı ımı gibi tanımlanıyor. Cinsellikteki gündelik dalgalanmalar cinsel i lev bozuklukları oluyor."

"Hayatın do al de i imlerinden biri olan menopoz, "bir hormon eksikli i hastalı ı" olarak adlandırılıyor. yerinde dikkati da ılan çalı anların ise artık "dikkat eksikli i sendromu" isimli bir hastalı ı var. Böylece bir hastalı ın salt riskini ta ımak bile sizi hasta saymaya yetiyor. Sa lıklı orta ya kadınların osteoporoz denilen sessiz bir kemik hastalı ı, sa lam orta ya erkeklerin ise yüksek kolesterol isimli bir ömür devam edecek bir hastalıkları oluyor."

Yine bu hasta üretme sistemlerinin sonuçlarına ilişkin bir küçük paragraf: "Avustralyalı gençler 2000 yılında, 1990'da kullanılmı olduklarının 10 katı antidepresan ilaç kullandılar. Benzer bir zaman aralığında Kanadalılar %300 daha fazla kolesterol ilacı içtiler."

Bir rahatsızlığı markalaştırmaktan söz ediliyor. Uzun uzun anlatılmı . Ben bunu sadece bazı ülkelerde size sunuyorum. Biliyorsunuz ya bütün i te konfeksiyon ürünlerinde, diğer ürünlerde markalaştırma çok önemli . Burada, hastalığın da markalaştırılması gerekiyor. Nasıl markalaştırılır hastalık diye üç cümleden oluşan bir sistem kuruyorlar: "Bazen az bilinen bir hastalığa dikkat çekilir. Bazen eski bir hastalık yeniden tanımlanır ve yeni bir isim verilir. Bazen de yepyeni bir hastalık türetilir." Bu sistemlerle Türkiye'de ve dünyada ilaç satılıyor.

Hemen bunun arkasından Türkiye'de çok yakın zamanda, son 10 gün içindeki bir haber sanıyorum, gazeteden aldım: "Ok iddia: Roche suni hastalık üretti".

"Hastalığı tanımlayan sınırı ne kadar genişlerseniz, potansiyel hasta havuzu o kadar geniş , ilaç üreticileri için satış yapabilecekleri pazar da o kadar büyük oluyor. Günümüzde bu sınırı çizen uzmanlar ellerinde ilaç şirketi kalemleriyle toplantıya oturuyor ve her toplantıda sınırı gittikçe daha da genişletiyorlar."

"En son kolesterol kılavuzunu yazan dokuz uzmandan sekiz tanesi maaşlı sözcü, danışman, veya araştırmacı olarak Pfizer, Meck, Bristol-Myers Squibb, Novartis, Bayer, Abbot, AstraZeneca, ve GlaxoSmithKline gibi dünyanın büyük ilaç şirketlerine hizmet veriyor."

"İngiltere'de yapılan uluslararası bir anket, tıp dünyasındaki hasta örgütleri ve hayır kurumlarından üçte-ikisinin ilaç veya sağlık aletleri üreticilerinden maddi yardım aldığını tahmin ediyordu. Anket sonuçlarına göre maddi yardım anlamında en bonkör şirket Johnson Johnson, ikincisi ise Pfizer'di.

Hemen arkasından gene son günlerden bir haber sunuyorum size: "Kanserle mücadele grubu Roche'un çıktı." Bunlar da Türkiye'deki uygulamalarıyla ilgili sanıyorum konuşularımıza bir fikir veriyor diye düşünüyorum...

"İlaç şirketlerinin satış temsilcileri ve bedelsiz numuneler için yaptığı harcamalar, ABD'de toplam 25 milyar dolar ayrılan promosyon bütçelerinin en büyük kalemi. Bu harcamalar aynı zamanda endüstri ile doktorlar arasındaki global ölçekteki finansal karmaşanın da temeli."

İimdi bunları yaptık, ilacımızı markalaştırdık, satmaya başlıyoruz. Burada tabii reklam son derece önemli . İnsanları hasta olduklarına inandırmamız gerekiyor ve hasta olanların daha çok ilaç kullanması gerekiyor. Bu reklam konusunda şu günlerde ayrı bir parantez açmanın gereği var diye düşünüyorum. Çünkü en son, biraz evvel sözünü ettiğim ilaç ve Tıbbi Cihaz konulu yasa tasarılarında 1262 sayılı bizim o çok sevdiğimiz, dilini eski bulsak da Türkiye'nin en temel kanunlarından spençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Yasasının yürürlükten kaldırılması söz konusu. Biliyorsunuz 1262 sayılı yasa ilaçta reklamı yasaklıyor. Bunun kalkması halinde ne olur Türkiye'de? Nasıl bir reklam kampanyası söz konusu olur diye düşünüyordum biraz geriye gitmemiz gerektiğini düşündüm. Churchill "Ne kadar geriye giderseniz o kadar ileriye görürsünüz" demiş . Gelin biz de bir 80'li yıllara geri dönelim ve o dönemde 1262 sayılı yasa geçerli olduğu halde denetimin yetersizliğinden dolayı reklamların nasıl yapıldığına bir göz atalım:

"SUSTANON: Erkeği yeniden erkek yapar". Bu yasaklı dönem. Böyle bir hayal gücünüzü genişletin. Sanal dünyanın nasıl geliştini, bilgisayarlı ortamlardaki bu reklamların bilgisayarlı ortamlarda nasıl genişletileceğini ve bu reklamların nasıl yapılacağını bir hesap edin. "Pembe

bir dünya için Lidani". Dü ünün 80T yıllar ve bugünün yıllarında bu pembe dünyayı nasıl alacalı bulacak, çok çekici hale getirirler diye dü ünüyorum. Supradyn Superman'le temsil edilmi . Do al, dı arıda da süper enerji diyorlar. Enerjiyi çıkarıp Roche koyarlar. Sonuç veri o ekilde çözülebilir. Böyle devam eden güzel reklamlarımız var.

Bir de çok güzel gördü ünüz, tanı merkezlerinin ve hastanelerin reklamları var. ki gün önce Bursa'dan stanbul'a geliyorum. Arabamın radyosunu açtım. Lokman Hekim Hastanesi diye bir arki çalıyordu. Çok ho uma gitti. Yani ilk defa arkıyla bir hastane reklamı gördüm. Arkasından yine bir ba ka hastanenin reklamı yapıldı. Hani insanın gidip kalası geliyor valla.

(Gülü meler)

imdi bütün bunları yaptık. Tabii ilacı daha fazla satmak u anda sadece bununla mümkün de il. Doktorlara ihtiyacımız var. imdi doktor arkadaşlarımızın etik dı ı uygulamalarına ili kin benim bir ey söylemem ne kadar do ru diye kendi kendime dü ündüm ve bunu bir doktorun a zından size aktarmaya karar verdim. Bursa Tabip Odası'nın *Hekimce Bakı* diye güzel bir dergisi var. Gerçi içeri i son zamanlarda eskisi gibi dolu de il ama burada hiç kendisini tanımadı ım Dr. Ersan Ta çı imzalı yazıdan size bir bölüm aktaraca ım. Bunun içinde de doktorların etik dı ı uygulamaları, kendi a ızlarından bir özele tiri anlamında aktarıyor diye dü ünüyorum. "Hakkımız yok" demi "Maa la kar ılanmayan geçimimiz için kalemimizi satmaya. Hakkımız yok sokak aralarında kovalamaca oynama rahatlı ıyla kronik hastaların tedavileriyle oynamaya. Hakkımız yok, giizel gözlü mümessile irin görünmek için tansiyon kontrolüne gelen hastaya HP eradikasyon tedavisi uygulamaya. Hakkımız yok arka arkaya gelen dört hastaya aynı firmaya ait iki antibiyoti i iki er kutu yazmaya. Hakkımız yok, 2. basamak ko ullarında çalı manın avantajını kullanarak hastaları muayenehaneye gelmeye zorlamaya. Hakkımız yok, 3-5 kuru prim alma adına ota boka", özür dilerim orijinali böyle, "CT-MR istemeye, hastaları gereksiz radyasyona ve tedirginli e itmeye. Hakkımız yok hastayı anamız, karde imiz, kendimiz olarak görmeden, onları canlı bir beden olarak görmeden muayene ve tedavi etmeye. Hakkımız yok, Hammurabi bu dönemde ya asaydı cesaret bile edemeyece imiz eyleri ça da fakat eksik yasaların açılıyla yapmaya. Hakkımız yok insan olamadan iyi bir hekim oldu umuzu iddia etmeye. Hakkımız yok bu bataktan çıkı ın tek yolu soranların cesurca ifade edilip hep birlikte çözüm aranaca ı bir ortamı yaratmak iken, maddi ve siyasi ve makamsal kaygılarla her ey güllük gülistanlıkımı gibi davranmaya. Hakkımız yok, haklarımızı devletten talep etmek yerine, vatandaşın (sa lı ı ya da do rudan cebi) üzerrinden ilaç firmalarından ya da tomografi merkezlerinden talep etmeye. Ve hakkımız yok bu tarz bir yazı yazılmasına neden olarak tüm doktorları töhmet altrında bırakmaya. Halkıma zarar vermeyin" demi sayın Dr. Ersan Ta çı.

Bir dönemin zmir Tabip Odası Genel Sekreteri Sayın Dr. A kın Dcmirci de hekimlere Ku adası'nda "Nata alı" tatil sa landı ım iddia etti inde ortalık karı mı tı. Bütün bunları arka arkaya getirdi inizde bu promosyon anlamında hizmette nasıl bir sınır olmadı ı konusunda bir fikir edinebildiniz veya tartı abildik diye dü ünüyorum.

Tabii yine de i neyi kendimize batırmamız lazım. Bunları siz çok iyi bildi iniz için çok fazla tekrar etmek gerekmiyor ama artık katkı payı almama sorumlumuz eski gündeminde de il ama haksız rekabet konumuz inanılmaz yeni, parlak fikirlerle devam ediyor. Reçete simsarlı ndan tutun da evlere servise, evlerde kabul günlerinde ilaç satmaya, derma-kozmetik satmaya, doktorlarla ve sa lık personeliyle anla ıp reçete yazdırmaya, sevgili hastalarımızın sa lık karnelerine kendilerinden habersiz olarak ilaç yazdırmaya, sahte kupür, sahte reçete gibi olayları hâlâ gündemimizde tutmaya, ama tabii bütün bunları söylerken de unu

da söylemek zorundayım: Biraz evvel sayın hekim arkadaşlarımız gibi, bunları yapan arkadaşlarımız da mesleğimizin içinde çok az bir grup ama maalesef bu grup da mesleğimizin içinde leke olarak hala çalışmalarını sürdürüyor. Odalarda çalışan arkadaşlarımız çok iyi biliyorlar. Hâlâ onur kurullarında bu konularla ilgili ciltlerle dosya var. Muvazaa sorununun da yarısının yine bizlere ait bir suç oldu u dü ünüyorum.

İmdi bunlardan biraz söz ettik. Ben biraz da meslek örgütlerimizle ilgili etik sorunlarımızdan söz etmek istiyorum. Biliyorsunuz meslek örgütlerimiz var, kooperatiflerimiz, eczacı odalarımız, Türk Eczacıları Birliği imiz. Eczacı kooperatiflerimiz, hepimizin çok büyük u ralarla kurdu umuz, mesleki dayanışmamızın onuru ve de demokrasi okullarımız diye nitelendirdi imiz, ki dün bu konudaki tanımlamalar yineleniyor, bizim için çok önemli olan kurullar. Ama eczacı kooperatiflerimizin dün söylendi i, devamlı da söylenene i gibi, demokrasiyi mutlaka içlerinde barındırmaları gerekiyor. Birçok arkadaşımız belki teknik bilgi oldu undan bilmiyordur. Eczacı kooperatiflerinde üye sayınız 1000'i geçti i takdirde, bir ki inin dokuz ki inin vekaletiyle oy kullanması mümkün. Ama bu ana sözle melere bırakılmı . Yani ana sözle mede hiç vekalet de koymayabilirsiniz, birebir vekalet de koyabilirsiniz, bire dokuz vekalet de koyabilirsiniz. Biz o zamanın ko ullarında bire dokuz koymu uz. Çünkü o zamanın ko ullarında 1000 üyeyi hedeflemek veya dü ünmemek bile gerçekten hayallerimizi a an bir olay. Bugünün ula şım ve ileti şim ko ullarında suüstümale son derece açık olan bu vekalet sisteminin devam etmesi inanılmaz derecede antidemokratik ve etik dı şı bir uygulamadır. Ve bu konudaki bütün uyarılara ra men maalesef bizim kooperatiflerimiz de, maalesef Türkiye Kooperatifler Birliği de bu konuda bir çalışmaya girmemektedir. Bir an önce düzeltilmesi gereken, demokrasi okullarımızı yeniden demokrasi okulları haline getirmemiz gereken bir olaydır bu. Hasılı, içinde demokrasi olmayan bir demokrasi açmayı da maalesef kooperatifler içinde biz ba arımı buluyoruz. Ama bu giderilmeyecek bir ey de il. Bunu giderebiliriz. Sizlerin, bizlerin, hepimizin biraz daha bu konuda duyarlı olması ko uluyla.

Eczacı Oda seçimlerinde de böyle enteresan etik dı şı kurallar ve uygulamalar olabiliyor. Mesela ben iyi hatırlıyorum, İstanbul Eczacı Odası'ndaki arkadaşlar tabii ki daha iyi hatırlayacaklardır, bir siyasi parti İstanbul Eczacı Odası seçimleriyle ilgili kendi parti örgütlerine duyuru yaptı ve u grubu destekleyin dedi. Bu son derece etik dı şı bir uygulamaydı. Yazının örneğini görüyorsunuz.

Yine etik dı şı bulduğum olaylardan bir tanesi bugünkü Türk Eczacıları Birliği Başkanının İstanbul'da oldu u halde Sakarya'dan delege olarak, ki buna birçok arkadaşımız muvazaalı delege veya yasaya karşı hile yapılarak kazanılmış delegelik diyor, böyle bir delegelik sisteminde... Seçimlerimizde birçok etik dı şı uygulamalar oluyor. Bunu ya ayın arkadaşlarımızın birçoğ u biliyor. Türk Eczacıları Birliği'ne programların, ilkelerin, amaçların, eczacılık için neler yapılabileceğinin tartışılması için gidiyoruz. Ama orada kısır seçim tartışmaları içinde eriyip gidiyor genel kurullarımız. Belirli gruplar "Benden bir ki i olursa size oy veririm, benden bir ki i olmazsa size oy vermem" gibi enteresan bir mantıkla seçim mücadelesine giriyorlar. Her türlü grupla malar, her türlü etik dı şı uygulamalar var. Örneğin TEB'in o engin olanakları maalesef oy hesaplarıyla belli odalara yatırım anlamında kullanılıyor. Yeni odaların kurucu heyetleri atanırken, o dönem seçimde oy verme konusunda söz alınarak atanıyor ve gerçekten Türkiye'deki siyasi ya amda ya anan bütün kirlilikler bizim TEB seçimlerinde de ya anıyor. Ama bunun için belli ki ileri ele tirmiyorum, bir özele tiri yapıyorum, hepimizi ele tiriyorum. Biz böyle bir TEB kongresine layık de iliz diye dü ünüyorum.

Merkez heyetin kendi içinde çalı masına dair de etik sorunlar var. Buna da çok kısa olarak de inmek istiyorum. Ben dı arıdan bir üye olarak merkez heyetinin içinde bir ba ka merkez heyeti oldu u kanaatindeyim. Öyle bir görüntü var. Neden diyeceksiniz. İmdi Novagenix'i gösterdim burada. Bir önceki genel kurulda o dönemin Genel Sekreteri, Genel Kurul'da öyle bir ey dedi Sayın Bakan'a; "Sayın Bakan Novagenix'i bize haber vermeden nasıl satarsınız?". Ben de o sıra yakınındaydım, Bakan'ın cevabı u oldu; " stemediniz, satmadık i te" dedi. Bunu son derece etik dı ı bir yakla ım olarak buluyorum, neden? Neresinden bakarsanız, bu yanıt zaten etik dı ı bir yanıt da, e er habersiz satılıyorsa İmdiye kadarki Türk Eczacıları Birli i'nin en büyük i levi olarak sunulan bir kurulu un habersiz satılması inanılmaz bir etik dı ı olay olarak görülüyor.

Mesela iki kapılı eczane yönetmeli imiz var biliyorsunuz. Bununla ilgili İstanbul Eczacı Odamızın bir davası vardı. Davada mahkemenin verdi i yanıt "Türk Eczacıları Birli i bu yönetmeli e onay verdi, bu konuda olumlu görü bildirdi" diye. Bundan da kimsenin haberi yok. Bu da Merkez Heyeti'nin verdi i bir etik dı ı uygulama, bir karar olarak tarihe geçti. Ama biz tepki gösterdik mi? Hayır. Dolayısıyla çok fazla ele tirme hakkımız var mı bilemiyorum.

Bir ba kasını çok yakın bir örnek olarak vermek istiyorum. Geçti imiz Denizli toplantısında Ankara eczacıların ba kanı Türk Eczacıları Birli i'nin kongre organizasyonuna bizzat katıldı ını söyledi. Sayın Bakan "hayır böyle bir ey yok" dedi inde dc bir belge koydu masaya. Katıldı ına dair, bu konuda merkezin onayı oldu una dair ve bu da gösterdi ki bir eyler oluyor orada, Bu etik dı ı uygulamalar da bize, Türk eczacılarına yakı mıyor diye düşünüyorum. Ama tabii bunun çözümünü bulmak da yine bize ait olan bir sorun diye dü ünüyorum.

İmdi bu etik dı ı davranı ların en son üzerinde tüyü olarak de erlendirebilece imiz bir tanesi var. 6197 sayılı yasamız biliyorsunuz çıkıyor. Hani bekliyoruz ya istedi imiz kırmızı çizgileri mutlaka ihtiva ederek çıksın diye. Bizim aslında bu 6197 ile ilgili çok fazla istemimiz var. Gerçekten bu bizim meslek ya amımızı son derece yakından ilgilendiren bir yasa. Burada olmazsa olmaz çok noktamız var. Ama iki tanesini oda ba kanlarımız bir araya getiriyorlar, inceliyorlar, inceliyorlar, inceliyorlar, iki tane kırmızı çizgiye karar veriyorlar. Bir tanesi biliyorsunuz eczanenin sahibi ve mesul müdürü eczacıdır ifadesi, di eri de oda belgesinin verilmesi. Yani muvazaaya engel olmak amacıyla yeni açılan eczanelerde mutlaka oda belgesinin istenmesi. Ve bu arada bir ey ö reniyoruz: Türk Eczacıları Birli i, Sayın Bakan ile kırmızı çizgilerimizi muhafaza eden bir yasa tasarısının meclisten geçmesi kar ılı nda Sayın Bakan'ın memleketi olan Erzurum'un Karayazı ilçesine hastane yapma sözü vermi .

(Gülmeler, tepkiler, "Tebrik ediyoruz" sesleri)

Ben de tebrik ediyorum. Helal olsun dedim. Tam Türkiye'nin düzenine uyduk, biraz evvel benim söyledi im gibi. Bunun Genel Kurul kararlarına aykırı oldu u söyleniyor. Bunun eti e aykırı olup olmadığını söylememe gerek var mı, bilmiyorum artık, herhalde söylemeyeyim. Denizli toplantısında söz edildi inde Sayın Bakan öyle bir ey söyledi: "Orası çok yüksek ve yoksul bir yerdin için seçtik" dedi. "Helal olsun" dedim "Ne kadar güzel denk getirmi iz. Fakat i in daha ilginç tarafı bu, bizim iki kırmızı çizgimizden birisi u anda yok. Yani eski haliyle komisyonda u anda 6197 sayılı yasa. Ama biliyorsunuz Karayazı'daki in aatın taban in aatı bitti. Yani öyle bir konumdayız ki vaatlere geçecek bir inaat iznimiz var. u anda biz Karayazı'daki in aatımızın ince i lerini yapıyoruz kadrolu

müteahhitlerimiz tarafından, bir de öyle kadrolu müteahhitlerimiz var... Ve neresinden bakarsanız, yani sağdan bakıyorum etik dışı olay, ortadan bakıyorum etik dışı olay, soldan bakıyorum yine etik dışı ve bu olayı biz yapıyoruz ve burada birazcık saf yerine konuluyormu uz gibi de böyle zaman zaman bir alınganlık gösteriyorum bir eczacı olarak.

Sonuç olarak ben vaktimi diğer arkadaşlar kadar geçmedim ama geçti imin de farkındayım, dünyada, ülkemizde, mesleğimizde çok fazla etik dışı olay yaşıyor. Ama bunların hepsini bence gölgede bırakacak bir etik dışı olay var ki bu; olaylardan etkilenen veya etkilenmeyen insanların inanılmaz tepkisizlikleri. Dünya insanlarının dünyadaki neo-liberal düzene, o aç insanlara, o savaşlarda suçsuz yere ölen insanlara karşı olan tepkisizliği, Türkiye insanının bunca yolsuzluğa, her gün gazetelerdeki hırsızlıklara karşı tepkisizliği ve biz eczacıların da maalesef biraz evvel çok azım anlatabildiğim olaylara karşı olan tepkisizliği. "Dünya kötü insanlar, ahlaksız insanlar yüzünden değil, bunları görüp de sessiz kalanlar yüzünden ya anılır bir yer değil" diyen bilge bence doğru bir yaklaşımda bulunmuş. Hepinize çok teşekkür ediyorum.

(Alkışlar)

Ecz. Nevzat Akman: Değerli meslektaşlarım. Oturumun son konuşması için Sayın Vardar'a teşekkür ediyoruz. Soru sormak isteyen arkadaşlarımız olabilir. (...) Arkadaşlar zamanı iyi kullanamadık başlangıçtan itibaren. O nedenle yönetici arkadaşların ara vermeden devam etme talepleri var. O nedenle ara verilmeyecek. Oturumumuz devam ediyor. Teşekkür ediyoruz.

Oturum Yöneticileri

Prof. Dr. Sumru Özkırmılı (*Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi*)

Ecz. Deniz Çer (*Bursa Eczacı Odası Başkanı*)

Sunucu: Sayın delegeler, değerli konuklarımız. Zaman kısıtlaması olması nedeniyle ara vermeden devam etmek durumundayız. Bu oturumumuzu yönetmek üzere İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğretim üyelerinden Dekan Yardımcımız Sayın Prof. Dr. Sumru Özkırmılı'yı, Bursa Eczacı Odası Başkanımız Sayın Eczacı Deniz Çer'i kürsüye davet ediyorum. Buyrun efendim.

(Alkışlar)

Prof. Dr. Sumru Özkırmılı:

Sayın katılımcılar iki gündür çok yoğun bir ilgiyle kongreyi izlediğinizi gözlemliyorum. Bu meslek örgütleri için de çok önemli, çok anlamlı bir katılım. Pek çok toplantıda pek çok kongrede böylesine canlı bir katılımı bulmak her zaman mümkün olmuyor. Öncelikle tüm katılımcılara hem teşekkürlerimi hem de saygılarımı sunmak istiyorum. Ayrıca 50. yılını kutlayan İstanbul Eczacı Odası'm da böyle bir kongreyi düzenlemek ve böyle bir heyecanla yürütmek başarısını gösterdiği için kutlamak istiyorum.

Konumuz ilaç güvenli korumanın en önemli unsurlarından biri ve sağlığın en önemli parametrelerinden doktor, eczacı ve ilacı bir arada düşünürsek hepsinin amacı, en uygun ilacı, en etkin, yan etkileri en az, biyo-yararlanımı en yüksek ve ekonomik alandan en uygun

ilacı hastaya sunmak ve daha sonra bu ilacın yan etkilerini izlemek, minimuma indirmek. Bu alanda, tüm dünyada artık eczacıya çok önemli görevler düşüyor. İlaç yazmak son derece kompleks bir şey artık hekim için değil. Çünkü her gün yeni ilaçlar, yeni kullanım alanlarındaki uygulamalar gündeme geliyor. Bu durumda da eczacının ilaç konusunda daha da bilgili olması ve bunu hastasıyla daha da etkin bir şekilde paylaşması gerekiyor. İşte bu nedenle de tüm dünyada farmakoterapi, farmasötik bakım, klinik eczacılık gibi konular giderek artan önem kazanmakta. Nitekim ülkemizde de bunun daha önceden de bazı öncülleri olmakla birlikte tüm fakültelerimizde 5 yıllık eğitime geçtikten sonra klinik eczacılık, farmasötik bakım gibi konular, artık zorunlu ders haline gelmiş durumda.

Ve Sayın Fikret Vehbi Zettin de, ülkemizde bu alandaki öncülerden bir tanesi. İmdi ben Sayın Zettin'in cv'sini sizlerle paylaşmak istiyorum. 1973 yılında Baskın Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun olduktan sonra aynı fakültede Farmasötik Bilimler konusunda yüksek lisans tezini 1976 yılında tamamlamıştır. Ve 1983 yılında Amerika Birleşik Devletleri Nebraska Medical Center'da klinik eczacılık doktorası almıştır. 1988 yılında doçent, 1994 yılında da profesörlük ünvanlarını kazanan Sayın Profesör Zettin, 1998 yılında Klinik Eczacılık Dergisi'nin kurulmasına öncülük etmiş ve bugüne kadar başkanlık görevini sürdürmüştür. Klinik eczacılığı tanıtmak ve hasta odaklı eczacılık eğitiminin prensiplerini anlatmak amacıyla birçok seminer ve eğitim programları düzenlemiştir. 2003 yılından beri Tlirk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi tarafından düzenlenen, 750'ye yakın eczacının sertifikalandığı "Eczacılık Uygulamaları, Klinik Eczacılık ve Farmasötik Bakım" konulu seminer dizilerinde eğitimci olarak yer almıştır. 2006 yılında Litvanya'da yapılan ve 2007 yılında İstanbul'da yapılacak olan Avrupa Klinik Eczacılık Konferansları'nın bilimsel kurullarında aktif olarak görev almıştır. 1991 yılında göreve başladığı Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde halen Klinik Eczacılık Bilimsel Başkanlığı görevini sürdürmektedir. Sayın Profesör Zettin'in bugün bizlere sunacağı konunun başlığı, "Kronik Hastalıklarda Klinik Eczacının Yaklaşımı"dır. Buyrun Sayın Zettin, söz sizde.

(Alkışlar)

Kronik Hastalıklarda Klinik Eczacının Yaklaşımı

Prof. Dr. Fikret Vehbi Zettin

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

Hocamıza teşekkür ediyorum. Bu Kongre'nin düzenlenmesinde bize yardımcı olan, fırsat veren, sizle görüşmek, konuşmak... Bütün arkadaşlara da teşekkür ediyorum. Birinci konumuz: eczacının kronik hastalıklarda rolü nasıl olmalı, neler gerekiyor? Kendi deneyimlerimizi aktarmak, yurtdışından da birkaç örnek anlatarak eczacının yeni rolünü göstermeye çalışacağım. Konumuzda dediğim gibi, ilk bölümünde, eczacı tedavide nasıl yer alabilir? Örnekler, deneyimlerimiz ve sonuç gibi bir konumuz tasarladım. Belki konuşmamız başlamadan önce, ben hareket etsem daha iyi olur, mikrofonu verseniz elim, ben bulamıyorum.

(Gülümeler, alkışlar)

Son yıllarda yapılan çalışmalar gösteriyor ki ilaç tedavisi veya hastalıkların tedavisinde ekonomik olarak %100 bir artış var. İkinci tespit edilen nokta: Kronik hastalıklarda hasta-

larını %50'si, ilacını doğru kullanmıyor. Bu nedenle, eczacının bu konuda rol alması ve üstlenmesi çok önemli uygulanıyor. Eczacıların rol aldığı deneyimlerde, yurtdışında hatta yurt içinde, bu *outcome* dediğimiz yani hastaların başarılarının arttığını gördük, görmüşler ve aynı zamanda post-para azaltımını görmüşler. Bu nedenle eczacının, bu konuda rol alması önemlidir.

Bu slaytı niye kurduk? Baktık ki haksızlık olur, eczacıyı suçlamak veya söylemek, "Niye bu konuda iş yapmıyorsun, neden kronik hastalarda veya hastalıklarda rol almıyorsun?" Çünkü biz ona bir şeyler vermemiz lazım. Eczacının eğitimini düzelteceğiz, bilgi vereceğiz, teknik öğreteceğiz, ondan sonra eczacıdan isteyeceğiz, "Buyrun, sen bu hizmeti üret, ver". Aksi takdirde sadece istemekle olmuyor, bir haksızlık olur. İmdi bu slaytımda tedavide eczacı nasıl yer alabilir? Belki buradan çıkar ihtiyaçlarımız ve buna göre de plan, program yapmamız lazım. Kimin plan, program yapması lazım? Eczacılık fakülteleri, eczacı odası, Sağlık Bakanlığı... Bir sürü insan bir araya gelip, bir şeyler yapmaları lazım. Aksi takdirde ne eczacı rol alır bu hastalıklarda, ne parayı aza indirir, ne de *outcome* veya tedavi başarılı olur. Bizler de dünyadaki eczacılardan geri kalmış oluyoruz bir yerde, 20-30 yıl kısacası. Yani biraz da geç kalmışız bu konuda.

Bu slayta göz attığımız zaman neler lazım çıksın ortaya, demek ki ilk iş: bir hasta odaklı bir eczacımız olması lazım. Yani klinik eczacımız olması lazım. Evet, bu klinik eczacı olması için ne lazım? Eğitim lazım. Önce *undergraduate* söyle, *graduate* söyle, sürekli eğitim söyle, adını ne koyarsan koy, bu eğitim lazım, mutlak. Sonra da bu eczacı, bu hasta odaklı eczacımız gelecek, hizmetler üretecek. Ama bu hizmetleri nasıl kuracak, nasıl verecek? Çünkü bu sadece laftan, yuvarlak kelimelerden olmuyor. Farmasötik bakımla, iyi eczacılık uygulamasıyla, bu güzel laflarla olmuyor, teknolojiyle olmuyor işler. Ve hizmetleri üretecek ama nasıl üretsin ve ne gerekir bunları üretmek için? Bunları yapmak lazım. Bu hizmeti ürettikten sonra artık hastaya, topluma karşı sorumluluk alacak bunun da adına farmasötik bakım diyorlar. Farmasötik bakıma baktığımız zaman şu kademeleri içeriyor. Yani farmasötik bakım sanki işte hasta eczaneye geldi iş zaman veya hastanede çalıştığımız zaman hızla ilacı toparla, parasını al. Kucakla, öp, hastayı gönder, demek de il.

(Gülü meler)

Bu kademeleri yapmak lazım. Bunun her kademesi nasıl yapılır? Eczacıya yol göstermemiz lazım, öğretmemiz lazım veya eczacı, kendisi gayret edecek, kursa gidecek. Size teşekkür ediyorum, gelmiyorsunuz burada, bir şeyler öğrenmeye gelmiyorsunuz, bir şeyi dinlemeye gelmiyorsunuz, size teşekkür ediyorum burada, bu da bir amaç ama, bir vesile.

Bu döngünün içinde iki tane önemli fonksiyon var, eczacıların yapması gerekiyor. Bunları yapmadan hiçbir zaman rol alabilmez, yapabiliriz. Ve bunlar hangisi? Bir tanesi ilaç tedavisinin izlemi ve hasta eğitimi ve bu konunun içinde de bunların önemine değineceğim. Devam edelim. Evet, eczacı dediğimiz zaman kliniksiz, klinik kelimesiz, bize ne anlatıyor? Diyor ki, eczacı ilacı yapar ve ilacı verir. Klinik kelimesini başına koydu umuz zaman ne demek? Hasta odaklı eczacı demektir. Yani ilacı hazırlar, hastasına verir, bir de ilacın klinik kullanımı üzerinde etkisi vardır ister reçeteli ister reçetesiz. Sonuçta o ilaç hastaya gitmeden önce bir eczacı gözü ile değerlendirilecek demektir. Klinik kelimesi sizi korkutmasın, her zaman bunu tekrarlıyorum, söylüyorum bütün toplantılarımda, bu muayene de il, yani klinik kelimesi muayene de il. Klinik kelimesi burada hasta odaklı demektir. İster eczanede, ister evde, ister sanayide hasta odaklı eczacı demektir, bunu vurgulamak istiyorum. Çünkü birtakım arkadaşlar bunu engel görüyorlar, "Evet doktorlar kabul etmez klinik kelimesini, desek,

eczacı bu görevi yapsın", sanki diğer ülkelerde, Avrupa'da doktor yokmuş gibi. Bunu önümüze koyuyorlar, bunu sürenler eczacı arkadaşlarımız. Onun için yuvarlak kelimelerin arkasına saklanıyorlar, farmasötik bakım diyor. Biraz önce size gösterdim farmasötik bakım nasıl yaparsın? Altyapın yok, bilgisi yok, becerisi yok. Nasıl sorumluluk alacak? Demek ki bizim altyapıyı yapmamız lazım, ondan sonra farmasötik bakım yaparlar.

Evet, klinik eczacılık tarif ettim biraz önce, klinik eczacılık bir bilim olarak halk sağlığı bilimidir ve eczacılar öğrendikleri bilgileri, becerileri yani farmakolojisini, teknolojisini, kozmetolojisini, neyini neyini, hasta yararına kullandığımız zaman, faydasına göre kullandığımız zaman bir klinik eczacılık çıkar ortaya. Klinik eczacılar -biraz önceki slaytında dedik- hasta odaklı olacak yani bilgi-beceri olacak, hizmet üretecek. Bu hizmetler nedir? Bir sürü hizmetler var. Burada temelini koyduk. Örneğin mesela hasta profil kaydı yapar; hastasını izler, hasta eğitimini yapar, ilaçla tedavide danışmanlık yapar. Bütün gün çıkıyoruz konu uyoruz, güzel güzel laflar yapıyoruz, eczacı danışmandır, ilacı en iyi bilen kişidir. Ama maalesef ben görmüyorum bunu. Demek ki orada bir hata var. Yani danışmanlık nasıl yapılır, bilgiye nasıl ulaılır, acil hastaya nasıl cevap verilir, orada sıkıntılarımız var. Bundan da ötesine gittiğimiz zaman eczacı nasıl danışmanlık yapar eczanesinde yoksa? Bir de Türkiye'de bu çıktı başımıza.

Devam edelim. Evet, klinik eczacılar artık temel fonksiyon yaptıktan sonra bir de spesifik fonksiyon yapıyorlar, uzman oluyorlar. Örneğin oto koruyucu eczacı çıkıyor, pediatrik eczacı çıkıyor, infeksiyon uzmanı çıkıyor. Klinik eczacılıkta da bir sürü terminoloji yine kafamızı karıştırıyor Amerika ile Avrupa arasına baktığımız zaman. Mesela infeksiyon hastalık uzmanı, Amerika'da 80'lerden biliyoruz bir uzmanlık alanı, Avrupa bunu yenilerde, yani birkaç yıl önce, bir sene, iki sene önce karıştırmışız... Antibiyotik farmasötik uzmanı çıkıyor karıştırmışız. İnceliyorum, bakıyorum infeksiyon uzmanıdır ama terminolojiyi de iktiriler. Yani kısacası hasta odaklı eczacı, temel fonksiyonları kurar, uzmanlık alanı üretir ve eczanelerimiz zamanla artık bir merkez haline gelir. Bu eczanede eğitim tansiyon hizmeti veriliyor, bu eczanede diyabet hizmeti veriliyor, bu eczanede... Sonuçta hasta eczaneyi de il, dükkanı de il eczacıyı arayacak hizmet alsın diye ve bilgi alsın diye. Ve bu şekilde rekabet etmemiz lazım aksi takdirde 50 metre, 100 metre... Bu, işe yaramıyor. Bunlar geride kaldı, yeni şeyler düşünmemiz lazım, eczacılığın önünü açmamız lazım.

Evet, dedim eğitim lazım, bu eczacı bu işleri yapsın, eğitimimizi de şu dört başlık altında toplamamız lazım. Hiç ona girmeyeceğiz çünkü bunu konuştuk yaptık. Ama hayata geçmiyor. Nedenini bilmiyorum, onu sizler sorun, bizleri zorlayın, eczacılık fakültelerine sorun, mezun oldu unuz üniversitelere sorun, neden bu olmuyor bizim fakültelerimizde, "ben mezun oldum, dükkan açtım bana ne" dediğimiz zaman işte 40 yıl geride kalıyoruz. Genel hatlarıyla eczacılık eğitiminin, temel bilimler olması lazım, eczacılık bilimleri olması lazım, biyomedikal bilimler olması lazım, klinik stajlar olması lazım. Bunların üzerinde durmuyorum, sadece lafını ediyorum, sesini duyun yani böyle bir şey var dünyada artık.

Farmasötik bakım. Herkes farmasötik bakımı konu uyor. Ama farmasötik bakım nedir? Biraz önceki döngüde gördüğümüz gibi kısacası hastaya hizmet verecek sonuçta iyi bir *outcome* elde etmek için, iyi bir yaşam kalitesi, kaliteli bir yaşam elde etmek için... Örneğin semptomlarını ortadan kaldıralım, hastalığı iyileştirelim, sonuçta bir netice var, bir *outcome* var, eczacı kendi başına ve işbirliği yaparak diğer sağlık personeliyle, hastasına bir hizmet verecek, sonuçta iyi bir sonuç almamız için. Sonuçlar da bunlar, işte hastalığı iyileştirelim, hastalığın semptomlarını düzeltsin, düşünün bir eczacı yani ilaç-kutu-kıymıya ayrılmış bir eczacıdan nasıl beklersin bunları? Beklemiyorsun. Demek ki eğitim de de iktirmemiz lazım, her şeyin dozunu ayarlamamız lazım. Aksi takdirde bir yanlış eczacı çıkıyoruz, hepsini birden yapamıyoruz.

Devam edelim. Farmasötik bakım yapmak için neler lazım? te eczanemizde bir veri toplama sistemimiz olması lazım, bilgi de erlendirmeyi bilmemiz lazım, plan nasıl olur tu-rulur anlamamız lazım ve sonuçta bu planın *outcome*'ı ne oldu, iyi mi kötü mü, nereye gitti, de erlendirmemiz lazım; yani bir analiz lazım. Sonuçta kaliteli farmasötik bakım verilebil-mesi için unlar lazım: personelin bilgisi, yetene i, fonksiyonu, veri toplama yönteminin ol-ması... Eczanemizde veya hastanede çalı tı ımız yerde i akı ı nasıl olsun, reçete kime gidecek, eczacı nerede bakacak, i te teknisyen nerede devreye girecek gibi projelerin ele alınması lazım. Referans kaynaklar; yani bilgiye hızlı ula mak gerekiyor, internette yazılan her ey do ru de il, ona dikkat edin, internetten bakmakla olmuyor bu i ler, o internetten bil-giyi ayıklamanız lazım. Sanal bilim adamları var onun için ona dikkat. Verileri nereden ala-ca ız, nasıl alaca ız gibi bilgilere de dikkat etmemiz lazım. leti im becerileri kurmamız gerekiyor veya ö renmemiz gerekiyor. Demek ki farmasötik bakım öyle havadan olmuyor, yani hızla ilacı al da koy i eye, torbaya, parasını al, hastayı gönder, öp, çay takdim et, pa-patya çayı takdim etle olmuyor yani. Bunları iyi bilmeniz lazım, aksi takdirde kendi kendi-mizi aldatmı oluyoruz.

Devam edelim. Farmasötik bakım yaparken hastaların ilacını ihtiyaçlarının bireyselle -tirilmesi gerekiyor yani *individualization* dedi imiz. Ba ı a rıyor, ona aspirin vermek ol-muyor. Evet aspirin, çok iyi ilaçtır, iyi analjeziktir ama hasta ona müsaade etmiyor. Demek ki bireyle tirmek gerekiyor. Ha, bizim eczanelerimizde olur mu bu? Deneyin, gidin bir ec-zaneye girin "Ya benim ba ım a rıyor", size kimse bir ey sormadan i iç-dört tane seçenek ilaç önünüze koyar. Seç babam seç, sanki bir ey satıyor.

Devam edelim. Biraz önce bu döngüde dedim farmasötik bakım yaparken iki tane ana fonksiyonumuz var, hasta e itimi yapmak. Hasta e itimi nedir, niçin yapıyoruz bunu? Has-tanın ilaç bilgisini, tedavi uyuncunu ve terapötik ba arı sonucunu artırmak için bir hizmet. Yani hastaya sadece üç kez al, iki kez al, olmuyor maalesef. Biz bir basit bilgiyi bile hasta-mıza do ru anlatmıyoruz, örnek "Gece yatmadan önce al". Ya, hangi saatte yatar? Biri 8'de yatar, biri 11 'de yatar, falcılık mı bu? De il. Genetik bilgimizi kullanarak, ilacın özellikle-rini bilerek tavsiyede bulunmamız gerekiyor. Sadece kutu üzerinde 3 kat çekmek, 2 kat çek-mekle olmuyor. Bunların teknikleri var, ö renmemiz lazım, bilmemiz lazım. Niçin hasta e itimi, ileti im kuruyoruz hastamızla? te hastadan ilaç ve hastalık öyküsü almak lazım, yeni belirtileri de erlendirmek lazım, verilen bilgilerin anla ıldı ından emin olmamız lazım, hasta ba ını sallıyor, evet diyor ama anlamamı hasta, yani *feedback* etmemiz lazım. Kronik hastalıkların seyrini belirlememiz lazım, tansiyon hastası gidip gelip ilaç alıyor, e sonuç? Acep iyi mi oldu kötü mü oldu? Hastalı ın uyuncunu artırmak için programlar üretmemiz gerekiyor. Bunları amaçlıyoruz. Teknikler bunlar. Bunların detayına girmiyorum. Bunları biz derslerimizde anlatıyoruz, master programımızda anlatıyoruz.

İkinci konu, ilaç tedavi izlemi dedik. Bu nedir, niçin bunu yapıyoruz? unlar için yapı-yoruz, tedavide maksimum etkinlik ve minimum yan etkinlik olu turmak için ve en ucuz ilaç kullanarak... Eczacı burada rol alacak yani etkinlikte ba arı, az para ve en az yan etki; eczacı burada rol alacak. Dü ünün eczacının elinde çok önemli bir meslek var ama mesle ini tek-nisyen gibi kullanırsa maalesef bakkaldan bir fark yoktur. Demek istedi im burada kendi-mize biraz yeni ba tan çekidüzen vermemiz lazım. laç tedavi izlemi yaparken hastanın bilgisi sürekli kafamızda ve yanımızda olacak, kopukluk yok, çünkü burada bir süreklilik lazım, has-tayı takip yapmak lazım. İmdi diyeceksiniz "Hocam hasla geldi ilacını aldı gitti, ben nere-den rastlayayım ona?" Onu sen dü ün yani elimizde bir sihirli de nek yok ki sana ö retelim. Her eczanenin, her konumun bir ba ka yöntemi olmalı ama sen hastana ö ret. Artık onu sen

kendin, hastanın durumuna göre yöntem ve parametreler bulacaksın ve ona göre de hastanı takip edeceksin. İmdi niçin tedavi izliyoruz? Bakın lar ki, bundan önce belki, do ru tedavi neye ba lıdır? Do ru tedavi, do ru tanıya ba lıdır, do ru ilaç seçimine ba lıdır ve üçüncüsü de hastanın tedaviye yanıtının sürekli izlemine ba lıdır. Do ru tanıyı biz evet doktora bıraktık, doktorun i i diyoruz, *diagnose*¹ dir, i imiz yok burada ama en azından son ikide çok önemli rolümüz vardır. İlaç seçiminde rol alalım. Doktorun yazdı ı bende niye yok? Hastanın takibinde rol almamız gerekiyor.

Evet, ilaç tedavisinin temel sorunları nedir? Bu temel sorunları bilmeden farmasötik bakım yapmak veya hizmet vermek olmuyor. Polifarmasidir, yan etkilerdir, *medication* hatalarıdır, uyumsuzluktur. Eczacı hastasını takip ederken ve kronik hastalıklarda rol alırken bunları dü ünmesi gerekiyor. İlaç takip ederken, burada tablolar var, biz kendi ö rencilerimize anlatıyoruz, üç faktörü göz önünde bulundurman gerekiyor. Bir tanesi, ilaçla ili kili faktörleri göz önünde bulundur, yani ilacın yan etkisi mesela, ilacın toksisi mesela. kincisi; hastayla ili kili faktörleri göz önünde bulundur, i te ya , cinsiyeti mesela, hamilelik durumu mesela. Egzamalı ilaçları... Eczacı bunu otomatikman kafasında yapacak, dur hasta ben sana e itim yapaca ım, harita çizece ım, buradan buraya git de il. Bu zihinsel bir fonksiyon, arka arkaya yapacaksın, hastanın reçetesini aldıktan sonra, bunları sen kafanda 5-10 dakikada yapıyorsun, yani görevin bu oluyor zamanla. Bir de doktorla ili kili faktörler var. te mesela doktor arkada ımızın tanıda ba arısı veya i te inancı, tutumu. Ben bu ilacı yıllardır yazıyorum ama çok iyi netice alıyorum, adam inanmı buna. O zaman bu faktörleri izlerken göz önünde bulundurmak lazım. İlaç tedavisi de tabii bir sistematik metotla oluyor, kademeli oluyor, bunların detayına girmeyeyim ben, biliyorum zamanda biraz darlık var. Slayt koydum ama bunları hızlı geçmeye çalı aca ım.

Mesela ilaç izleni yaparken bu tablo bize ne yol gösteriyor? Eczacı arkada ım bilsin ki yapsın. Her yeni ilaç için unları hastasına *direct*, *indirect* sorması lazım. Acaba nasıl? Bir tane alalım, dedik ki mesela, yeni reçete geldi, A ilacı yazıldı , acaba hastalık veya durumun tedavisi için bu en etkili ilaç mı? Demek ki etkili ilaç varsa daha farklı, buyrun doktorla kontak kur, buyrun öner, buyrun hastaya anlat, daha do rusu seç, gibi bir sürü sorular sormamız lazım. Ve eczacı arkada larımızın bunun e itimini görmeleri lazım. Yoksa havadan getirelim yap olmuyor.

Mesela bu tabloda da eski ilaçlar için. Adam gitmi gelmi , kırmızı kutu, sarı kutu alıyor bizden. Kimse sormuyor ya bunu ne için?... Mesela kendimize, hastamıza, sormamız gereken sorular bunlar. Acaba bu san kum, kırmızı kutu ilaç hâlâ gerekli mi bu hastaya? Bakıyorsun gereksiz, adam gelip gidiyor, alıyor, kimse somuyor. Demek ki bunları bilmesi lazım hastamızın.

İmdi özetlersek, kronik hastalıklarda eczacının rolleri nedir, nasıl bir hizmet verir? unları yapar: hasta e itimi vermek, tıbbi öyküsünü de erlendirmek, vital bulguları ölçmek, örnek kan basıncını, laboratuvar de erlerini de erlendirmek ve ilaç tedavisinin ayarlanması yani doz ayarlaması olabilir ve de erlendirilmesi ve izlem. Demek ki kronik hastalıklarda eczacı bunları yapacak, bunları bilmesi lazım. Her zaman soruyorlar, bunu nerede yapalım? Bizim eczanemizde yapılır mı? Evet, bakın arkada lar, dünyaya baktı ımız zaman, bu serbest eczanede yapılır yani *community* dedi imiz; polikliniklerde de yapılır, hastanede de yapılır ve evde de yapılabilir. Yani eczanemiz bir engel de il bu hizmeti vermek için veya hastanede olmamız engel de il bu hizmeti vermek için. Dünyada yüzlerce örne i var, binlerce ömek var, oradan bizim de ders çıkartmamız lazım.

u anda sizlere iki tane, üç tane yurtdı ndan örnek verece im. Mesela bu klinikte ben kendim ahsen bulundum, kaldık orada. Bakın bu arkada ne yapıyor? Lipid klinik yürütüyor bu arkada , genç bir arkada , o center da üç klinik eczacı çalı yor, 3500'e yakın hastaları var, lokal anla mayla reçeteyi bile kendisi yazıyor, hastayı kendisi de-erlendiriyor. Ne yapıyor bu hasta, nasıl bir kronik hastalıkta lipidle ilgili ne i yapıyor bu? unları yapıyor: eczacı, hastanın öyküsünü alıyor, sonra koroner kalp hastalı ı riskini ölçüyor, müdahale ediyor, hastanın ya am kalitesiyle ilgili bilgi ediniyor ve yardımcı oluyor ya am tarzını de i tirsin, i te yürüsün, unu yesin, bunu yesin gibi... Tedavi riskini ayarlıyor, sonuçta ilaç tedavisini ba latıyor veya düzenliyor. Bu arkada Todd Paulsen, onun çalı mından bir parça aktardım. Kendisine söyledim, "Ben bunu aktarayım mı? Türkiye'de kullanayım mı?" Çünkü beraber lipid klinik yaptı ımız faaliyetler, bu Avrupa Klinik Eczacılık Derne i'nin toplantısında. Baktı ımız zaman bu normal çalı -malar, Amerika'da yapılan çalı malarda neticeler, bu da kendi klini inde, eczacının rol aldığı bir klinikte bakın ne kadar lipidin dü ürülmesi veya kalp riskini dü ürmesinde ne kadar ba arılı olmu . te bu klinikte eczacının yaptı ı i in önemini gösteriyor. Bu da i te *American Journal Cardiology*'de yayınlanan bir çalı ma.

Portekiz'den size bir çalı ma verelim. Çünkü sadece ben Amerika dedi im zaman ya biz Avrupa'yız diyorlar da arkadaş lar. Artık Afrika'da klinik eczacılık var. Onun için biz bunu böyle bölgele tirip, ben Türkiye'yim, ben Avrupa'yım demekle olmuyor bu i ler. Portekiz'den bir çalı ma, eczanede yapılmı bir çalı ma, merkez hale gelmi , tansiyon hizmeti veriyor, farmasötik bakım yapıyor. 100 hasta almı , 50'sine klasik hizmet yapılmı , 50'sine de kendisi müdahale etmi . Nasıl müdahale etmi ? Bakın 6 ay boyunca bu i i yürütmü , sonradan yayına sokmu bu çalı masını. Kan basıncını izlemi , tedavi uyuncunu de erlendirmi , ilaç kaynaklı problemleri ara tırmı ve çözmeye çalı mı ve kontrol grubunda hiç müdahale etmemi . Sonuçlarına baktı ımız zaman bu hastalar, ki tansiyonları iyi olmu-yordu, bu eczacının müdahalesi ile %77 oranında bir azalma görülmü , kontrol grubunda %10 bir azalma görülmü . Bu da eczacının önemini gösteriyor. Ne kadar faydalı bir ki i ve önemli mesle imizin oldu unu gösteriyor. Biz bu rakamları, bu i leri kendi sorumlularımıza gösterdi imiz zaman o zaman bize hak verecekler. Artık bize kalfa mı istiyor, iki eczacı mı çalı tırmak gerekiyor, eczacının maa ını mı düzeltmek gerekiyor, o zaman bunları deklare etmi oluruz. Yoksa klasik metotla imdiye kadar sorumlu, ister dekan, ister bakan, ister filan "Eczacı ne yapıyor? Bir ey yapmıyor ki, niye 2 eczacı koyayım oraya" demiyor ki. Anlatamıyoruz, bunu anlatmak lazım. Ama bu da hem eczacılık fakültesine hem odalara, bütün eczacıların sorumlulu u, bu görevimizin önemini, faydasını, sorumlulara aktarmak gerekir. Onun kar ılı nda biz de i imizi yapalım ve hakkımızı alalım. Artık hak vermeden i yapma olmuyor. Yani ters, i i çevirmek lazım. İlk önce i , ondan sonra haklar. Evet, i te burada bakın tansiyonlar mesela dü mü 152'den 129'a dü mü . Kontrol grubuna bakın 148'den 143'e dü mü yani eczacı hiç müdahale etmemi . Bu da eczacının önemini göste-riyor bizlere. Kısacası tespit edilen 29 ilaç kaynaklı problemi eczacı saptamı , 24'ünü çözmü , yani %80 oranında bir ba arı göstermi . Portekiz'de yapılmı bu çalı ma, Amerika'da de il. Kısacası farmasötik bakım programının hipertansif hastalarda çok önemli katkısı var. Size biraz soma bir, belki size ok demeyeyim de sürpriz yapıp Türkiye'den bir çalı ma gös-terelim size yine hipertansiyonla ilgili bakın ne kadar ba arılı olmu . Biz de çok güzel ba-arılı olmu uz, Pendik bölgesinde bir çalı mamız size gösterece iz. Yani Türkiye'de yapılmaz, sadece Amerika'da yapılır, böyle bir ey yok, sadece eczacıya e itim ver, bir fırsat ver, yapacak. Devam edelim.

Belçika'dan bir çalı ma. Geriatrik hastalık üzerine. Geriatrik hastalık üzerine yine Türk bir çalı ma sizlere gösterece im, orada size sürpriz yapaca ım. Bu da Belçika'da yapılan bir çalı ma. Geriatri, ya lılar hastalı ı üzerinde yapmı lar bu çalı mayı. Mesela ne görmü bu radaki eczacı müdahalesinde. 101 hasta üzerinde çalı mı lar 7 ay boyunca. En sık kar ıla ı lan ilaç kaynaklı sorunlar neymi ? lacın do ru dozu nedir? Eczacı bunu satıyor, çözüyor. %15 oranında böyle bir hata çıkıyor. Yanlı dozdan %11, yetersiz tedavi süresi, %9, yanlı doz seçimi, %9.6. Demek ki bir eczacı bu geriatri bölümünde çalı tı ında problemleri engellebiliyor. Tabii bu problemleri engelledi i zaman hem sa lık açısından hem parasal yönden o eczacının katkısı çok iyi ortaya çıkıyor. Ve bakın bu arkada lar ne yapmı sonuçta, bu müdahalelerin sonucunda ne olmu ? Eczacının müdahalesi ile %24 oranında ilaç kesilmi , faydasız yere ilaç kullanmı lar, gereksiz yere ilaç kullanılmı veya i te mesela ilaç eklenmesi gerekiyormu , eczacı bunu söylemi , %18 oranında. Doz de i tirilmi eczacının iste i üzerine %13 oranında ve klinisyenler tarafından yani doktorlar tarafından... Ki bizim arkada lar doktorlardan çekiniyorlar bunu bahane ederek doktor kabul etmiyor sanki Amerika'da doktor yoktur veya Avrupa'da doktor yoktur. Ben doktora anlataca ım, benim sıkıntım doktorla i birli i yapmak; sonuçta hastaya do ru hizmet vermek. Bunu bilmemiz lazım. Yoksa birbirimizin elinden i i almak de il de; ikimizin menfaati hastaya hizmet etmek. 0 güzel te his koysun ben de ilaç uzmanı olarak çalı ayım ve beraber i birli i yapmak. Ve sonuçta müdahalenin insan tarafından orta klinik anlamlılık görmü ler %68 ve klinik anlamlılık %28 oranında bir ey görmü ler. Bu da Belçika'dan bir çalı ma.

Malezya'dan bir çalı ma. Yo un bakımda bir çalı ma göstermi ler. Bu da yo un bakımda bir ay süresince eczacının müdahalesi yapılmı , kontrolle kar ıla tırmı lar, bir de maliyet açısından bir de erlendirme, parasal yönü de var burada. 57 kez eczacı müdahale etmi bu 1 ay içinde tedaviye ve sadece %5 oranında reddedilmi , kabul edilmemi doktor tarafından. Yani eczacı do ru i yapmı , bunu gösteriyor, eczacının ilaç danı manı oldu unu bize gösteriyor. Ve en önemli ilaç kaynaklı problem gereksiz ilaç tedavisi. %37 oranında eczacı mani olmu gereksiz ilaç tüketimine. imdi ben gereksiz ilaç tüketimi dedi im zaman biz kendimize de biraz baksak. Bir eczaneye gitti imiz zaman biz de gereksiz yere ilaç veriyoruz hastamıza. Hastanın burnu akıyor, al git bir gün de dinlen sen, bol bol su içsen iyi olur, biz ona bir parasetamol, bir vermidon, bir vitamin c, ondan soma yetmedi de birkaç tane çay veririz, bunları çalkala iç iyi gelir. Yani adam bir girdi, 5 tane ilaçla çıktı dı arıya. Biz de burada hata yapıyoruz, bunları da göz önünde bulunduralım, bizim her zaman kendimizi ele tirmemiz lazım. Net kazanç bu, bir ay içinde 4000 dolar. Bir ay içinde bu kadar bir maliyet elde ediyor Malezya.

Diyabet hasta üzerine çalı ma bu Amerika'da, yine size sadece sonucu vereyim ben. Monitoring yapmı , neye bakmı , Alc hemoglobine bakarak hastaları takip etmi ler, üç üniversite hastanesinde çalı an bir eczacı, 191 hasta üzerinde yapmı lar. Sonuçta bakmı lar ki 1 yıl içinde eczacının müdahalesi ile bu Alc hemoglobin en azından %1 oranında dü mü ve her %1 dü ü bize 820 dolar bir tasarruf elde etmi . Net maliyete baktı ımız zaman 59.000 dolar tasarruf etmi eczacının müdahalesi ile. 191 hastadan bir hastaya sadece bir yıl içinde bu maliyet. Niye maliyet üzerinde fazla duruyorum? Deneyimimde, bu on yıl içinde Türkiye'de ne gördüm? Ben ne kadar anlatsam i te yan etki, eczacı, klinik eczacı önemlidir, yan etkiyi azaltır, ölümü azaltır, unu yapar filan... Fazla kazanmıyor ama parayla çok daha iyi kazanıyor. Onun için ben de çalı malarımda bu para bölümünü koymaya ba ladım, ilkinde koymuyordum. Devam edelim.

Evet, Türkiye'den size bilgi verelim. Dedim size sürpriz olsun. Yaptıklarımızı size anlatmı oluyorum, deneyimlerimi size aktarıyorum. Yani sadece Amerika'da yapılmıyor ça-

lı malar, biz de yapıyoruz Türkiye'de ama kimse konu muyor, kimse anlatmıyor. Eczacı yapar gider i te kendi eczanesinde mecbur kalır yine normal i ine bakar, birkaç arkada ımız dı nda. Bakın ne yaptık biz burada? Diyabet hastalı ı, kronik hastalıktır. Eczacı rol alırsa nasıl bir faydamız olacak, i e yarar mıyız yaramaz mıyız? Diyabet-2 hastalarına baktık, müdahale yaptık ve bunlara e itim verdik gerekti i yerde, çıkan problemleri çözmeye çalı tık ve tansiyonlarını takip ettik ve çok güzel neticeler aldık elimizde. Size göstereyim. Bu Pendik bölgesinde yapılan Mert Bey'in çalı ması. 11 eczanede yürütülen bir çalı ma, Pendik bölgesinde. Bakın biz hastalarla konu tu umuz zaman eczacı arkada ımız hastanın ihtiyacını saptıyor, ona göre de bilgi veriyor. Birinci sütuna baktı ımız zaman bu rutin e itimler. Ama bizim bölümümüze baktı ımız zaman klinik eczacılık müdahalesiyle, Pendik bölgesinde, u konularda bütün hastalara ihtiyaçları kadar bilgi verildi. Aksi takdirde hastanın kafasını karı tırmak olur. Bakın neticelerimize. Biz bu neticeleri bir kongrede sunduk. Oradaki eczacı arkada lar, Avrupa Klinik Eczacılık Derne i'nin toplantısında adamlar dediler ki "acaba Türkiye'de nasıl eczacı var, bu güzel neticeleri almı ?" Soruyorlar, sorguluyorlar. Talebeymi gibi oldum ben. Sonradan ben unuttum ki ba lıkta yazmı ım eczacının rolü filan ya, nasıl eczacı kim bu eczacı? Tarif edince "ha, anladık u anda", dedim ki bu eczacı 2 yıl e itim görmü , klinik eczacılıkta master yapan bir ö renci, *training* yapmı hastanede. "O zaman tamam, imdi oldu." O zaman bir kanaat getirdiler ve ödüle layık gördüler bu çalı mayı. te bakın arkada lar farmasötik bakım öncesi ve sonrası kontrole giden hasta sayısı 28'di ama eczacının müdahalesi ile artık 43 hastanın 41'i kontrollerine gitmek zorunda kalıyor. Glukometre mesela 9 ki i kullanıyordu, bizim müdahalemizle 13 denek kullanıyor, tabii e itilerek kullanıyor. En önemlisi eker dü mesine bir bakın. Aldı ımız hastaların ekeri 167 iken sonuçta 148'e dü üyor ve eczacının 9'ar günlük bir çalı ması, 9'ar günlük bir müdahalesi. 15 günde bir ekerleri ölçülerek, hastalara e itim verilerek ve bilgilerini tazeleyerek i ler yaptık. Tansiyonlarına bir bakın, yine farmasötik bakım öncesi, sonrası. Diyastolik, sistolike bir baktı ımız zaman mesela sistolik, 142'den eczacının müdahalesi ile 131 'e dü üyor, diyastolik 82'den 72'ye dü üyor. Bu rakamlar, Avrupa'daki adamları a ırttı. Yani hakikaten sizin eczacılar bu kadar marifetli mi, hepsi bu tür mü çalı ıyor? Anlatmaya çalı tık kendilerine. Bu eczacı arkada ımız 24 kez müdahale etmi tedaviye, 22'sinde ba arılı olmu , ya kendisi çözmü , ya doktora havale etmi . Devam edelim.

Evet, ba ka bir çalı ma yine Türkiye'den. Hastane çalı mamız, tüberküloz hastalı ı üzerinde farmasötik bakım ihtiyaçlarını saptamak. Bu da Philip Bey'in çalı ması. u anda Yeditepe Üniversitesi'nde ö retim üyemiz, arkada ımız. Bakın müdahaleleriyle neler olmu ? Uyunca bakalım, yani bunu ben özetleyeyim bu tabloyu. Eczacı müdahalesiyle e itim grubu, yani biz müdahale yaptık, müdahale edilmeyen grupla ara yerinde bir fark var. Nereye baktık? laçlarını saydık, hastalar kontrole geldikleri zaman ilaçlarını saydık, ilacı do ru alıp almadı ına baktık. INH tüberküloz tedavisinde önemli bir ilaç, idrarlarına baktık, test yaptık, acaba ilacını aldı mı almadı mı. Çünkü hasta diyor aldım, almamı bir de o var, bir de o çıkıyor kar ımıza, idrarlarını test ederek ve randevularını sa lamaya çalı tık doktorlarıyla, hastaneye gelmeleri için. Biliyorsunuz tüberküloz tedavisi, uzun süreli bir tedavi. Hastayı 2 ay hastanede tuttuktan sonra eve gönderilir, kendi ça rılır ve bu kontrolleri takip etmek için eczacılarımız bizlere katılarak, doktorlarla beraber bu i leri yaptılar. Sonuçta bakın neler çıktı kar ımıza. Yani eczacı niçin önemli diyoruz ve niye doktorlarla i birli i yapsın, bu hizmeti versin. Mesela hastaların ço unda a rı kontrolü problemi vardı, orada görüyorsunuz 2 tane sütun var, birisi normal tüberküloz hastası, di eri ilaca dirençli tüberküloz hastaları, tedavileri çok daha zor ve hastanede kalı süreleri daha uzun. Ya am kaliteleri daha kötü olan

hastalarda mesela 114 hastadan, birinci sütuna baktığımız zaman, 4 T inde a rı problemi var, demek bu a rıyı ortadan kaldırmamız lazım. Do ru ilaç seçelim. Hangi ilacı seçelim? O tüberküloz hastası için hangi ilaç uygundur? Gözönünde bulundurarak hizmet görmek gerekir. Beslenme problemi var, diyabet kontrolünde problem var, reçete problemi var, ilacı alıp almadı ında problem var, gibi bunlar çıkıyor kar ımıza. Bu eczacımız orada önemli roller oynuyor. Birtakım müdahalelerimizi göstereyim size, eczacı tarafından. Mesela 12 hastamızda nöropati geli mi ti, i te mesela ona piridoksin verilerek 7 hastanın bu problemini de ortadan kaldırabiliyor eczacımız bizim. eker hastası olan hasta aynı zamanda tüberkülozdu, onun müdahalesi ile hastalı ı kontrol altına alınıyor, gibi müdahalelerimiz oluyor. Biraz önce birinci seansta Sude Hanım bize bir konu "*quality of life*" anlattı. Biz de yine tüberküloz hastaları üzerinde çalı mamızı yaptık ve çok güzel neticeler aldık. Yani yatan hasta, ayakta tedavi edilen hasta bir de *resistance*'lı olan hastalarda ya am kalitesini ölçtük. Neden ya am kalitesi ölçüyoruz? Çünkü ya am kalitesini, ilaç tedavisi ve hastalık bozuyor ve eczacılara da çok önemli görevler dü üyor. Örnek verelim tüberkülozda 1 yıl boyunca ilaç tedavisi, uzun süreli tedavi, bu hastanın ya am kalitesini bozabiliyor. Dörtlü bir ilaç veriyoruz, be li bir ilaç veriyoruz, bunlar karaci eri bozuyor, hepatit oluyor, bu da ya am kalitesini bozuyor. Demek ki eczacılar ilaç kaynaklı problemleri çözmü , yani katkıda bulunmu oluyor, %100 ortadan kaldırmıyoruz ama en azından minimuma dü ürtüyoruz. Burada da direkt size neticeyi göstereyim. Bakın arkadaş lar bizim neticelerimiz ne gösteriyor, dünya neticesine de benziyor. Diyor ki yatan hastanın, hem duygusal, hem sosyal fonksiyonlarında, kalitesinde dü ü var, fiziksel boyutta dü ü var, belirgin dü ü var burada. Mesela fonksiyonlarda 2. grubumuz bu hastanelerde yatan ama *resistance* olmayan hasta. Bu 3. grup *resistance* olan yatan hasta, 1. grubumuz da ayakta tedavi edilen, 4. grup da hastanın akrabası, yakını, en yakını, aynı ya am tarzını sürdüren hastalar. te hasta olmayan ama aynı aileden, aynı ya am tarzını süren, ya am kalitelerine. Demek ki tüberküloz hastalarında veya di er hastalıklarda, kronik hastalıklarda eczacı u ra acak hastanın ya am kalitesini düzeltmek için. Nasıl? laç kaynaklı problemleri çözmek için, çözümler bu neticeye gelecek. Devam edelim.

Ya lılarda yine, Türkiye'de yapılan bir çalı mamız var. Bakınız size ne göstereyim ben buradan. Evet, bakın Türkiye'de yaptı ımız çalı ma huzurevinde. 160 hasta aldık, hastaların ço unda var, hipertansif var, diyabet var, say say, kronik hastalık bitmez, eczacının burada rol alması lazım, faydası görülsün yani sadece ilaç yazmakla, reçete yazmakla olmuyor i . Bu i i takip etmek lazım, kontrol etmek lazım, e itim ve monitoring yapmak lazım, ilaç seçiminde rol almamız gerekiyor. Bir sürü hastalıklar çıkıyor kar ımıza, risk de erlendirilmesi yaptık, bu da bu çalı madan u anda bir arkadaş ımızın Betül Hanım'ın Yeditepe Üniversitesi Hastanesi'nde çalı arak görevini sürdürüyor. Bakınız kimler riskte yani kronik hastalıklarda, ya lılarda kim riskte? Bir kılavuz var elimizde. Nedir risk olan? te mesela birçok durumda hasta bir risk grubudur, 6'dan fazla kronik hastalı ı olan bir risk grubudur, 12 dozdan fazla alan bir risk grubudur. Bunları saptayarak, artık bu hastaları, çünkü az sayıda eczacıyla çok hizmet vermek için çok riskli hastaları bulup onu önce kurtarmak lazım ve soma da gönül ister eczacımız olsun, sayısı fazla olsun, bütün hastanelere aynı hizmet verilsin. Bakın mesela 146 hastadan 30 hastamız 3 risk kaldırmı . Bu eczacı bu risklerin farkında olacak, hastasını takip edecek ve kontrol altına alacak gibi. Tabii bu tür çalı malan da Türkiye'de yapıyoruz. Çok takdir ediliyor çalı tı ımız doktorlar veya hastanedeki arkadaş lar ve yardım istiyorlar bizlerden, o eczacının orada kalmasını istiyorlar artık. Bu da çok önemli bir boyut yani u anda biz 91 'de Turay Hanım bilir sa olsun, destek oldu bu i i kurmak için bize, Profesör Doktor Turay Yardımcı, onun deste i olmasaydı herhalde ben burada

de ildim. Çünkü onun çabalarıyla ben burada oturdum, Türkiye'de. Bu nedir, bu eczacı nereden çıktı, siz eczacıları doktor mu yapıyorsunuz dediler bize. Ama şimdi hastaneler, eczaneler, doktor arkadaşlar bizi arıyorlar bu tür eczacılar var mı bize gönderseniz diye. te Amerikan Hastanesi, Acıbadem Hastanesi, Yeditepe Hastanesi, orası burası... Artık bizi arıyorlar ve bizim hastanede Sude Hanım'm mesela kadrosunu yeni verdi kendisine. Ama hocam bilir 91 'de doçente bile kadro vermiyorlar, ben kadro almaya çalı tım, gittim. Demek ki bu i ler yava yava biz kendimizi göstererek, hizmet vererek, kalitemizi göstererek artık bizlerden talep etmeye başladılar. Devam edelim.

Efendim bir çalı ma da Bostancı'da yaptık. 30 hasta üzerinde, rastgele, ilk 30 hasta, geleni aldık de erlendirdik. Hipertansiyon farmasötik bakım hizmeti vererek çok güzel neticeler elde ettik. Bakın, yani diyeceksiniz, ben ne yapacağım, ne bakım yapacağım ama bunu ara tırdı ınız zaman çok komik eyler çıkıyor kar ınıza, ya ben nasıl bir i yapıyorum, kendine gülersin, üzülürsün, 10 senedir, 30 senedir ne yapıyorum, eczacılık yapmıyormu um gibi bir ey çıkar kar ınıza. Bunu da eczacı arkadaşlar itiraf ediyorlar bizlere, bu kurslara gitti imiz zaman. Çok komik eyler söylüyorlar, onun için ben de kurslarda o arkadaşlara zaman tanıyorum, kendini anlat bakalım, sen ne yaptın, nasıl meslek icra ediyorsun. O kadar güzel tarif ediyorlar ki, gülersin, a larsın, ne yapacağını bilmiyorsun ama adamlar cesaret gösteriyorlar, çok güzel laflar söylüyorlar, do ru yapmadı ımızı. Bakın hastaya soruyoruz mesela ne diyelim hipertansiyonun belirtilerini biliyor musun? 30 hastadan 1 tanesi biliyor, bu eczanemize gelen hasta. Bostancı bölgesinde yapılan bir çalı ma. 29'u bilmiyor. te hastaya soruyoruz büyük tansiyon nedir? 4'ü biliyor, 26'sı bilmiyor. Çok basit bir eyler...

Bu da çok güzel bir ey, bir farklılık yaratmak ve yeni bir ey uygulamak gibi. Evet devam edelim. Evet deneyimlerimizi size kısaca anlattım. Benim zamanım bitti ama en azından biraz reklam yaptım, benim için veya Marmara Üniversitesi adına. Daha do rusu reklamdan fazla, arkadaşlarım bu i i yapmak istiyorlar, ama nasıl yapsınlar nerede yapsınlar bilmiyorlar. O nedenle orada durmak istiyorlar.

Evet e itimimiz var lisans düzeyinde, yüksek lisans, tezli, tezsiz var, doktora programımız var, e itim programı yapıyoruz. '91 yılında başladık, 2004 yılında ilk olarak Eczacılık Fakültesi'nde Farmasötik Bakım Birimi kurduk. Burada da i te ne büyük vasıtalarla hizmet verece iz. %100 iyi çalı ıyor muyuz? De il ama en azından bir adım atmışız. Bu planlarımız orda devam ediyor.

Marmara'dan hocamız Meral Hanım'a da te ekkür ediyorum. Farmakoloji Anabilim Dalı Ba kanımız bize destek veriyor. Tezli-tezsiz programımızda bilgi beceri var, teorik dersler var, tretning var. Yani hastalara dahiliyede, pediatri, cerrahi bölümünde stajlarımız var. Eczacı stajlarımız var, tezliden bir tez yapıyor. Daha orijinal bir ey yapıyor, tezsizde de bir proje hazırlıyorlar. Evet mezunlarımıza bir bakalım, u anda programımıza 20 arkadaşımız tezliden mezun oldu , 10 arkadaşımız tezsizden mezun oldu . Türkiye'nin her tarafından Samsun'dan, Diyarbakır'dan arkadaşlarımız var, Bursa'dan var.

şimdi diyece im nasıl geliyorlar? Onu size söyleyeyim de, nasıl geliyorlar. u anda 6 tezli 20'ye yakın da tezsiz arkadaşımız devam ediyor u anda. Bu arkadaşların yapmış oldu u eczanelere bir bakın. Yani bunlar da arkadaşların eczaneleri var. Kendi eczanelerinde yaptıkları projeler. Bakalım, ikinciye bakalım. Eczacının "Bebek Beslenmesi ve zlenmesi ve Anne Sütüne Yönlendirme Yolu", u anda o arkadaşım burada de il, yılın en iyi eczacısı seçildi. Adanalı, ya ını da söyleyeyim çekinmiyor çünkü, 52 ya ında. Ö retmen tuttu LES'i kazandı ve kursumuza katıldı. u anda bir merkez haline gelmiş tir, eczanesinde bebeklere,

ailelere hizmet veriyor. Buna benzer bir sürü var. Burada çalışanlarımız var. Örneğin mesela, "Romatizmal Hastalarda Ağrı Yönetimi ve Hasta Eğitimi". Kendi eczanesinde bu hizmeti üretiyor, veriyor hastalarına gibi bir sürü çalışanlarımız var. Obezite ile ilgili de iki de iki çalışanlarımız var burada. Yani burada eczacının Türkiye'de yaptığı çalışmaları var. Evet, bu türlü programımızdan üç kişi mezun oldu. Üçü de burada. Bir arkadaşımız beraber çalışıyoruz, bir arkadaşımız Yeditepe'de, bir arkadaşımız da Marmara'da, kısmet olursa o da gelebilecek.

Dernek kurduk. Neden dernek kurduk? Buradan sizi davet ediyorum katılmanız için. Amacımız rasyonel ilaç kullanımını yerle tirmek Türkiye'de, modern eczacılığı yerle tirmek. Gidin, web sayfamız var, girin bakın, 10 milyon üyelerimiz burada 50. Çalışmalarımız devam ediyor. Evet, burada 500'e yakın yerimiz var.

2005 yılında 1. Ulusal Klinik Eczacılık Kongremizi yaptık. Ürdün ikincisini yaptık. Çok başarılı bir program yaptık. Evet, burada sürekli eğitim programı yaptık, eczacılarımızı aydınlatmak için. Bu programlara katılın. Niye katılın? Siz katıldığınız zaman, bu programlara 32 saatlik bir program ayarlamışız. Bir günlük 8 saat çalışmaya, *workshop*'lu. Taksim'de bir otelde yapıyoruz bunu. Diyecek ki, "Zaten ben ilacı ezberlemiyim, satıyorum", öyle değil. Biz diyoruz ki, "Bu eczacı geldiyse, 8 saat bizimle çalıştıysa, kendi eczanesine dönüp bir hasta bakımı dernekle merkez olabilir." Tansiyonda böyle, lipitte böyle, yani mikrobik hastalıkları artık hayata geçirmemiz gerekir. Pek haklısınız, siz rutin ilaç kurslarına gidiyorsunuz. Doktor geliyor hastalığı anlatıyor, farmakolog gelir ilacı sayar, sen de "Tamam" dersin gidersin, ondan sonra işin biter gider. Ama bizim kurslarımız böyle değil. Bir kere katılın değerlendirin. Yani dönüp kendi eczanelerinizi bir merkez haline getirin. Bir farklılık yaratın diğer eczacıdan. Bu kursları Avrupa'da da anlatıyoruz, ediyoruz. Ülkemizde niye yapmayalım bunu. Bu da çok ayıp bir şey değil mi, adam utaniyor.

Atlıyorum zamanım çok daralmış çünkü. Ben de çok lafetmiyorum, yerinde söylüyorum. Mesela sürekli eğitim yaptık 350 hastaya, hasta değil eczacıya, çok başarılı oldu. Türk Eczacıları Birliğiyle işbirliği yapıyoruz. Üç an. 750 eczacıya sertifika verdik. Lütfen o sertifikayı verdi iş becerileri hayata geçirsinler. Sadece sertifikayı duvara asmakla yetinmesinler ve bize geri dönsünler. Niye yapmıyorlar? Zamanlar mı yok, paraları mı yok, eğitimleri mi yok? Biz de kendimizi düzenleyelim, yeni projeler düzenleyelim.

Bir de ne yaptık, bu temel eğitimi alan 6 günlük bir program var. Artık spesifik programlara girdik; iş enfeksiyon hastalıkları, burada 150 eczacımız bu kursa girdi. Kronoloji hastalıklarını yeni devreye soktuk, ilkinin önümüzdeki aylarda yapacağız.

Avrupa ile işbirliği yapıyoruz çünkü. Biz sanki mecburuz Avrupa ile iş yapacağız, kendimiz bir şey düşünmüyoruz da onlar bizi zorlayacaklar, biz yapacağız. Ama böyle değil. Biz, kendimizi bölüm olarak, dernek olarak Avrupa'da da kanıtladık. Güzel şeyler yaptık. Bakın mesela son çalışmada, "Chronic Disease Management", bakın arkadaşlarımız neler yaptılar. Bu çok güzel, keke istatistikleri elimde olsaydı. Mesela insanların raporlarına baksanız, ilk defa bu kadar deneyimli, ilk defa bu kadar güzel bir programa katıldı ve tekrarını istiyor. Evet, arkadaşım, hocam beni zorluyor.

Bakın Mesut Bey'in çalışması var, moderatör olarak ve Philip Bey'in çalışması var.

Evet, iki dakikaya bitiriyorum. Pazarlık yapalım biraz. Neden uzatıyorum biliyor musunuz? Ben yukarıda 3 saat oturdum, ondan sonra "Hemen gel konu" dediler, bir su verdiler bir de. Onun için ben, bol vakit kullanıyorum. Tabii bu etkinliklerimizden dolayı da burada bir teklif aldık. En son cümleye bir bakın; İstanbul'da 2007'de 10. ayda kısmet

olursa, ilk Avrupa Klinik Eczacılar Derneği toplantısını burada yapacağız. Konu başlığını da tespit ettiler. Beraber çalışıyoruz; bir İtalyan, bir Fransız ve iki arkadaşımız da Türkiye'den çalışıyoruz. Türk Eczacılar Bilişi de bunu sponsor olarak yapacak inşallah. Buradan da bütün sizi davet ediyorum. Sonuç olarak biz, klinik eczacılığın eğitimini yaptıysak, rasyonel ilaç kullanımını çıkar ortaya, eczacılığın saygınlığını artırır ve ülkede farmakolog kaynaklarımız bizde kalır. Bunu da yapmak için işbirliği yapmak lazım, yani Sağlık Bakanlığı'nda klinik eczacılığın bünyesinde kurulması lazım. O bünyesinde Türk Eczacılar Birliği'yle, eczacılık fakülteleriyle ve bizim dernekle işbirliği yaparak bu iş olur. Bu, bireysel bir kişinin değil. Yani Fikret'in sorunu değil veya hocamızın sorunu değil. Bunu ulusal problem olarak düşünmemiz ve hayata geçirmemiz lazım. Teşekkür ediyorum sabrınız için.

(Alkışlar)

Prof. Dr. Sumru Özkırımlı: Sayın Fikret İzzettin'e bu renkli ve son derece başarılı çalışmalarını yansıtan sunumu için teşekkür ediyoruz. Konu bütün eczacıların gündeminde olmakla beraber çok yoğun da. Önümüzde bir program olduğunu göz önüne alırsak sadece iki soru alalım. Diğer sorulan Sayın Profesör İzzettin'e dışarıda da sorabiliriz. Sadece iki soru alacak zamanımız olduğunu düşünüyorum. Hocam lütfen böyle yapalım. Çünkü çok yoğun bir programımız var devamında. Evet, arkadan bir soru var.

Dinleyici: Web adresini verebilir misiniz?

Prof. Dr. Fikret Vehbi İzzettin: kliniceza.org. Evet Türkçe.

Prof. Dr. Sumru Özkırımlı: İkinci soruyu alalım.

Dinleyici: Sayın Fikret İzzettin Bey'e de erli sunumu için teşekkür ederiz. Konu başlıklı, "Kronik Hastalıklarda Klinik Eczacılığın Yaklaşımı" şeklinde idi. Fakat ben meslek grubu olarak sağlıkta son derece önemli bir yere sahip olduğumuzu düşünüyorum. Profilaksi açısından eczacının önemine değinmediniz, daha doğrusu bu konuda bir çalışmaya var mı? Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Fikret Vehbi İzzettin: Eczacılığın bütün hastalıklarda rolü vardır. Kronik ve akut ve korumada rolümüz vardır. Tabii eczacının korumada çok büyük bir rolü var. Kendi kendini tedavide bile rolü var ama şu anda bir çalışmamız yok bu konuda. Yani bu korumayla ilgili. Ama tabii %100 vardır yani, gidin, hatta ben size yardımcı olurum; yüzlerce eczacılığın profilaksidedeki yeri vardır. Yani ne bileyim ben, her zaman arkadaşlanma eğitim yaparken diyorum ki, "Ya yazmayın eczanenin kapısına: Ağı geldi". Ne ağı geldi? Ağı ihtiyacı olanı siz saptayın, yönlendirin, yapın. Yani "Ağı geldi, herkes gelsin vurunsun". Burada değil, bu korumadan ziyade ticaret. Bunlara dikkat etmemiz lazım.

Prof. Dr. Sumru Özkırımlı: Sayın hocamıza tekrar teşekkür ediyorum.

(Alkışlar)

6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yasa

Ecz. Hakan Gençosmano lu

Ecz. Deniz çer: De erli meslekta larım, hepiniz ho geldiniz. Öncelikle stanbul Eczacı Odası'nın kurulu unun 50. yılını kutlamak istiyorum. Eczacı Odası'nın bugünlere gelmesinde katkıda bulunan, ayrıca bu güzel kongrenin hazırlanmasında eme i geçen herkese ve sizlere ilginizden dolayı te ekkür etmek istiyorum.

Bu oturumdaki ikinci konu macımız Eczacı Hakan Gençosmano lu. Eczacı Hakan Gençosmano lu, bizlere 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yasa ile ilgili olarak bir sunum yapacak. Eczacı Hakan Gençosmano lu, 30 Mart 1963 Trabzon do umlu, stanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi mezunu, eczacı meslek örgütlerinde çe itli görevlerde bulundu. 2003-2005 dönemi stanbul Eczacı Odası Genel Sekreterli ini yaptı, bir süredir Eczacının Sesi elektronik gazetede "Gündemden Notlar" adlı kö esinde kö e yazıları yazıyor, evli, bir çocu u var. Kendisini kürsüye davet ediyorum.

Ecz. Hakan Gençosmano lu: Merhaba sayın meslekta larım. Öncelikle bu kongreyi hazırlayan stanbul Eczacı Odası yöneticilerine, kooperatif yöneticilerimize, yürütme kurulu üyesi arkada larıma ve katılan herkese çok te ekkür ediyorum. Do rusu ya adı ımız bugünlerde, eczane eczacıları açısından söylüyorum, katkıda bulunan ilaç sanayicileri temsilcilerine te ekkür edip etmemeye karar veremedim. sterseniz onu, sizin takdirlerinize bırakıyorum, buna siz karar verin.

Biraz soma yapaca ım sunumu, geni bir çalı manın içerisinden meslek yasamızla ilgili bu çalı mayı, kolektif bir biçimde bir grup arkada ımızla yürütüyoruz. Bu sunumu beraber hazırladı ımız Türk Eczacıları Birli i Merkez Heyeti eski üyesi Sayın Can Yeti em'e, Eczacının Sesi Elektronik Gazete Editörü Eczacı Mustafa Nuri ener'e te ekkür ediyorum.

Biliyorsunuz eczacılar ve eczaneler hakkında kanunlarda de i iklik yapılması, yıllardır meslek çevrelerimizde konu ulan bir konu. İgili tüm ki i ve kurumlar, herkes çok da do al olarak meseleye kendi açısından bakıyor. Son yıllarda ilaç ve sa lık alanında ya anılan, deyim yerindeyse altüst olu , yasa hakkındaki tartı maları çok sıcak bir ekilde gündemde tutuyor. Özellikle bugünlerde, bir taraftan eczacılar ve örgütleri mevcut yasanın kendilerine tanıdı ı eczanenin sahipli i hakkını korumaya çalı ıyor, yanısıra eczane sayısı ve da ılımının planlanmasını talep ediyorlar. Elbette ki üniversiteler de yasaya kendi buldukları yerden bakıyorlar, kendi artları içinde yorumlarını yapıyorlar. Di er yandan sermaye sahipleri ilacı sadece ticari meta olarak görüp eczane sahibi olmayı talep ediyorlar. lacın da ticaretine yani bir anlamda perakendeciliğine soyunmak istiyorlar. Bu, çok açık bunu biliyoruz ve özellikle bugünlerde bunu ya ıyoruz çok sıcak olarak. Asıl olarak tartı ma tümüyle bu eksen üzerinde yol alıyor.

Biliyorsunuz meslek yasamız 1953 yılma ait, kanun numarası 6197. Bu özelli i ile de meslek kamuoyumuzda kısaca 6197 sayılı yasa olarak anılıyor. Ülkemizde 53 yıldır yürürlükte olan yasanın de erlendirilmesi analizi, günümüzün sa lık alanındaki gereksinimlere ne denli yanıt verip vermedi i bir tarafa, bizim bu sunumumuzun konusu 6197'nin gelece ine ili kin, gelece inin nasıl olması ile ilgili. Ancak unun altını çok net olarak çizmek gereki-

yor ki u anda var olan yasamız bir eyi çok açık ortaya koyuyor: Serbest eczanelerin sahibi serbest eczacılardır. Bu gerçeklik de halk sa lı ı açısından ve bizim açımızdan da biliyor-sunuz son derece ya amsal bir gerçeklik, toplumsal bir durum.

Bilimin hızla geli mesi, buna paralel olarak geli en bili im teknolojisi ve farmasötik teknoloji, ilaç hizmetinin niteliksel dönü ümü gereklili ini de beraberinde getirmi tir. Artık yeni bir eczane, yeni bir eczane eczacılı ı zorunlulu u da çok açıktır. Ayrıca günümüz ko-ullarında akademik düzeyde verilecek eczacılık e itiminin de meslekta larımız ve mesle-imizin gelece i adına yeniden sorgulanması bir zorunluluktur. Geçmi te çok yo un olmasına kar ın özellikle son 25 yıllık süreç içinde giderek eczane içinde üretilen ilaçların hemen hemen hiç kalmaması ya da aleyhimize olması eczane eczacıları açısından önemli bir soruyu kar ımıza çıkarmı tır. Eczacılık mesle i yalnızca ilacı raftan alıp hastaya vermek midir? Eczacılık mesle inin içi bo almı mıdır? Dı ardan görüldü ü kadarıyla sadece ilacın raftan alınarak ederi kar ılı ında hastaya verilmesi midir? lacın hastaya ula masında ba ka bir bilgi ve beceriye gerek yok mudur? Bu sorunun yanıtı çok açık; elbette ki de ildir. Ko-nuyla ilgili tüm bilim insanları ve eczacılar, bu yanıtın devamını son derece emin olarak ge-tirdiler. Çalı malarını yürüttüler, yürütüyorlar ve adına da " yi Eczacılık Uygulamaları" dediler. Ve hedef olarak eczacılık mesle inin gelece ine ili kin " te olması gereken budur" dediler, " yi Eczacılık Uygulamaları".

Eczane eczacılı ı, ilacın ve tıbbi malzemenin korunması ve güvenli olarak hastaya ula -tırılmasının yanında daha çok teorik olarak e itiminden, pratik olarak ya am içinden uygu-lanmasına kadar, hasta merkezli bir uygulamaya dönü mektedir, hekim, eczacı, hasta, bütünlü ü göz önüne alınarak tabii ki. Eczacı, hastanın ilaç alım sürecinde sorumluluk al-malı, izleyici, gözlemci ve müdahil olmalıdır. lacın alınma ekli, uygun doz, yan etkileri, di er ilaçlarla etkile iminden, ilaç alım sürecinden, ilaç-hasta ili kisinden eczacı tümüyle sorumlu olmalıdır. laç konusunda birebir hasta e itimini eczacılar yüklenmelidir. Eczane ec-zacısı, ilaç ve tıbbi malzemenin korunmasından ve hastaya ula tırılmasından sorumlu tutul-malıdır. Eczane olarak kullanılan alanlar tüm bu amaç ve i leve uygun olarak yeniden düzenlenmeli ve donatılmalıdır. Örne in, eczacının uygun ileti imi kurabilmesi, hasta üze-rinde etkin olabilmesi için ilaçla ilgili hasta e itimini verebilece i, hastasıyla yalnız görü-ebilece i bir iç mekan düzenlenmelidir.

Eczacılık e itimi, yeniden günün ko ullarına yanıt vermesi için yeterli düzeye getiril-melidir. Sadece Bakanlar Kurulu kararlarıyla de il, meslek kurulu ları ve üniversiteleri de içine alarak, görü isteyerek akademik düzeyde eczacılık e itimi verebilecek donanımlara, dü ünçe uygulamaya sahip yeni birimlere izin verilmelidir. Yeni akademik birimler açılma-sında eczacılıkla ilgili sivil toplum kurulu larının mesleki deste i alınmalıdır. Eczacılık e i-timinde sivil toplum kurulu larının ortak katkıları kesinlikle dü ünülmelidir.

Eczacının sorumluluklarını yerine getirebilmesi için özel bilgi, tutum ve becerilerle do-nanması ve geli en bilime göre sürekli yenilenmesi, meslek gruplarının da bu görevi üst-lenmesi açık bir zorunluluktur. Ancak burada özellikle belki vurgulanması gerekiyor, bu yenilenme, bu e itim sürecinde eczacının günlük mesleki ya amını etkilemeyecek ekilde bu e itimler düzenlenmelidir. Meslek içi e itimlerde bilimsel yeniliklerinden, ileti im araçla-rında da yararlanarak en az zaman alıcı, en ekonomik, en yı ınsal katılımı sa layabilecek mesleki e itim etkinlikleri kesinlikle planlanmalıdır. Bilim insanlarımızın, konuyla ilgili bilim insanlarımızın mesle imiz açısından önümüze koydu u hedefler bunlardır. Yani ol-ması gereken, önümüzdeki süreç içerisinde olması gereken bunlardır.

O zaman bu bilimsel ve toplumsal gerçeklerden çıkartılacak sonuçları öyle açıklayabiliriz: Gerek hasta-ilaç gerek tıbbi malzeme-ilaç ilinin tek sorumlusu ve e iticisi eczacıdır. Eczacılık e itimi, günün yeterlilikleri ve geçmiş in deneyimleri gözden geçirilerek yenilenmeli, eczacıyı da içine alarak yeniden yapılandırılmalıdır. Eczacılık, temel ve kamusal bir sağlık hizmetidir. Tıbbi malzeme ve ilaç, eczane eliyle, hasta e itimi temel alınarak artıyla eczane içinde sunulmalıdır. Eczanenin sahibi mutlaka eczacı olmalıdır. Bu sahiplik eczacı dı nda eczane e itimi almama hiçbir kurum ve kurulu a devredilemez. Aynı anda eczacıların mesle i ve ilacı ticari kaygılara itecek ekilde birden fazla eczane açamayacağı belirtilmelidir. Serbest eczaneler, kamusal nitelikte özel sağlık alanlarıdır ve i levine uygun olarak donatılmalıdır. Serbest eczanelerin açılma, i letme ko ulları ve artlan belirlenirken muvazaanın önüne geçilmesinin nesnel ko ulları yasaya konulmalı ve açılma i letmelerinde meslek örgütleri tek yetkili, sorumlu ve tek ba ına görevli olmalıdır. Eczane açılması ve devamında meslek örgütleri tek denetleyici konuma getirilerek mesleki anlamda meslek örgütlerinin sorumluluk ve yetki alanları geni letilmelidir. Serbest eczaneler yalnızca kendi meslek örgütlerine ba lı ve Sağlık Bakanlığı 'nın ilgili birimleri ile koordineli olarak çalışmalıdır. Hastane eczanelerinin yatan hastalara sınırlı ilaç sunumu, hastane anında kullanıma yönelik ilaçların kullanımı yapılmalı, toplu ilaç alımlarında bu ilaçlara öncelik verilmelidir. Bu i leve yönelik hastane eczanelerinin açılma artları kesinlikle belirlenmelidir. Hastane eczacılığının e itimi ayrılarak ayrı bir uzmanlık dalı olarak biçimlendirilmelidir. Eczacının sürekli e itimi için gerekli önlemler alınmalı ve e itim eczacının çalış ma ko ullarına uygun verilmeli, hak mahrumiyeti getirmemelidir. Çalış ma gere i iletim araçlarındü ünülerek eczacılık meslek içi e itimlerinin ula ılabilir ve kendini sürekli yenileyebilen özellikler mutlaka kazandırılmalıdır. Eczacı mesleğinin niteliğ i açısından eczane sayısı ve planlaması arttır. Meslekte larımızın arasında haksız rekabetin önüne geçilebilmesi ve gelir dağılımı adaleti sağlanabilmesi için tüm reçeteler eczaneler arasında e it ve adil olarak bölü lü lülmelidir.

Bu çok önemli bir nokta burada ben hemen bir parantez açmak istiyorum. Bizim yıllardır bir dü ümüz var. Eczacılar birbirine rakip de il i orta ı olsunlar. Tüm eczanelerin özellikle ayaktan tedavi reçetelerinin meslekte larımız arasında e it ve adil bölü lü lmesi dı ardan baktı ımızda bir ütopya gibi gözüküyor. Ama ya am bize gösterdi ki hiç de yapılamayacak bir şey de il. Biliyorsunuz bugün kan ürünleri reçeteleri, meslekte larımız arasında e it ve adil dağıtılıyor. Bugün İstanbul'da yatan hasta reçetesi dağıtan ünitelerimizden, son rakam ne bilmiyorum, yaklaşık binin üzerinde eczacı yararlanıyor. İstanbul'daki eczane sayısı 4600, ciddi bir rakam. Her yeri hekimlerinin üst limitli e it ve adil dağıtımını gerçekle tirildi. Elbette ki bu sistemde hatalar vardır, eksikler vardır, yanlış lar vardır ama bunlar düzeltilebilir şeylerdir. Eğer buradan yola çıkarsak, ya amanın kritiğ inden yola çıkarsak onu çok rahatlıkla söyleyebiliriz, bu olabilecek bir şeydir ve görünen o ki önümüzdeki süreç içerisinde eczane eczacılığ ı açısından da tek kurtuluştur. Biliyorum yine altım çiziyorum. Uzaktan baktı ınızda dı ardan baktı ınızda çok yapılabilir bir şey gibi görünmüyor. Ama biz hep uzaklanarak etmek için mücadele ediyoruz, onun için çalış ıyoruz.

Bütün bu sunumun sonucunda unlar söylenebilir: Ülkemiz gerçekten de çok sancılı günlerden geçiyor. Büyük ve uluslararası sennaye giderek ya amanın her alanına sahip olurken sadece bilgisi, mesle i ve emeğ i, bu üç argümanı eksiksiz birle tirerek ya amını sürdürenler sürekli hak kaybına uğ rayıp yoksulla ıyor. Bu durum eczacılar açısından da çok farklı de il. Büyük sermaye sahipleri ve kimi alı veri , ma aza zincirlerinin ilaç ticaretine göz diktikleri, bu konuda yasal açıklıklar aradıkları biliniyor. Yine biliniyor ki eczacılar ve eczaneler hak-

kındaki yasa de i ikli i tasarısı Bakanlar Kurulu'nun önünde. Burada hemen bir parantez daha açmak istiyorum, 6197'nin tasarısının son geldi i nokta ile ilgili: Bizim bildi imiz, ula abildi imiz bilgi, de i iklik tasarısı Ba bakanlık Müste arlı ının önünde. Bundan yak- la ık bir ay önce Ba bakan Müste arlı ı bir toplantı yapıyor. Yaptı ı toplantıya kendine ba lı birtakım kurumları ça ırıyor ve Rekabet Kumlu da o kurumların içerisinde. Bu toplantının bizim açımızdan incitici yanı, onu da söylemek istiyorum, eczacı örgütlerinin o toplantıda olmayı ı. Eczacı örgütlerinin davetli olmadı ı bir toplantıda ne yazık ki Ba bakanlık Müs- te arı kendine ba lı kurumlarla 6197'nin bugününü ve gelece ini tartı maya açıyor. Hal- buki demin de söylendi, biz eczacılar olarak ya da Türk Eczacıları Birli i bizi temsil ediyorsa ki ediyor, siyasi iktidar ile son derece uyum içerisinde olmaya da özen gösteriyoruz. İ yi uyum diyorum do msu, bu kadar akademik bir ortamda ancak bu kadarını söyleyebiliyorum. Öyle ki demin de söylendi Sayın Sa lık Bakanının seçim bölgesine hastane yapıyor. Bildi- im kadarıyla kaba in aatı bitirildi, seçime yeti tirilmeye çalı ılıyor. Böylesine bir sözde iyi ili ki, sözde iyi uyum ortamında bile eczacı temsilcilerinin çok ciddiye alınmaması bizi in- citiyor, çok ciddi anlamda incitiyor. Toplantıya dönmek istiyorum. Toplantıda Rekabet Ku- rulu, eczanelerin e it ve adil da ıtımı maddesine itiraz ediyor. Bunun rekabete aykırı oldu unu iddia ediyor ve toplantı o ekilde da ılıyor. Bir süre bizim yasa tasla ından haber alınamıyoruz. Dolayısıyla biz u anda önümüze nasıl bir 6197'nin gelece ini ya da gelip gel- meyece ini çok biliyor de iliz. Kısa bir süre önce de bir milletvekili, biliyorsunuz Diyarbakır AKP Milletvekili, eczane sahipli ini piyasaya açabilmek için Meclis'e bir kanun tasarısı ve- riyor ve tartı malar iyice alevleniyor.

unu ba tan tespit etmek istiyomuz. Bizim, en azından ben kendi adıma söyleyeyim, pay- la ır mısınız bilmiyorum, bugünkü siyasi iktidara kar ı ciddi bir güven bunalımımız var ve siyasal duru umuzu buna göre tespit ediyoruz. Biz, daha açık söyleyeyim, daha kaba, kö eli söyleyeyim, biz bu siyasi iktidara güvenmiyoruz. Güvenmememiz için de önümüzde çok somut nedenlerimiz var, 2005 ubat ayı, biliyorsunuz SSK bir günde hastane kapattı, serbest eczanelere açıldı. O dönemi lütfen hatırlayın, kaygılarımız vardı o kaygılarımızı her zeminde söyledik, onların detayına girmek istemiyorum. 17 Mart günü bu ülkenin Ba bakanı bize bir söz vermek zorunda kaldı bizim direncimiz sayesinde, dedi ki, "Eczacıları ma dur et- meyece iz, rahat olun" dedi. Peki, rahatsız etmedi mi?

("Etti!" sesleri)

ki örnek yeter sanırım güvensizli imizi saptamak için. 15 A ustos'ta Türk Eczacıları Birli i Yönetimi, yanına 47 Eczacı Odası Ba kanını alıyor ve Sayın Sa lık Bakan'ını ziya- rete gidiliyor. Ona deniliyor ki, "Biz bugün yönetmelikle tanınmı ı bir hak olan eczacı açılı- ında eczane onur belgesinin yasanıza konulmasını istiyomuz. Kendimizi yasal güvenceye almak istiyomuz." Sayın Sa lık Bakanı da 47 Eczacı Odasının Ba kanı önünde ve Türk Ec- zacılar Birli i Merkez Heyeti'nin önünde "Tamam" dedi "Söz". Ama bakın geldi imiz nokta, imdi 6197'ye o madde konulmadı ı gibi 6197'nin di er kısmından da haber alamıyomuz. İmdi soruyorum bu siyasi iktidara güvenmek için herhangi bir nedenimiz var mı?

("Hayır" sesleri)

Benim kendi adıma yok. Ve genel anlamda baktı ınızda bu siyasi iktidar döneminde Tür- kiye'nin eme iyle, bilgisiyle, becerisiyle ekme ini kazanan insanları giderek daha çok yok- sulla yıyor, daha çok hak kaybına u ruyor ve biz eczacılar da bu meslek gruplarından biriyiz. Bu nedenle unu söylemek istiyorum, sonuç olarak bize göre yapılacak iki ey vardır: Bir, biz bu siyasi iktidara güvenmiyoruz, tasarının kendimizin yazdı ı maddeleri de var tamam,

biz de biliyoruz. Biliyorsunuz 1996 yılından itibaren Türk Eczacıları Birli i'nde bir komisyon kuruldu ve bu yasanın çekirde i atıldı, yasa tasla mının çekirde i o günden bu güne geliyor. Yani bir ey de il zaten bizim isteklerimiz. Biz güvenmiyoruz imdilik yasanın tümünün geri çekilmesini talep ediyoruz. Çünkü önümüze ne gelece ini bilmiyoruz. ki, tasla mın bilime, toplumsal gerçeklerimize ve kamusal yarar içeren kamusal sa lık hizmetine uygun bir biçimde çıkabilmesi için ilgili tüm kesimleri de yanımıza alarak siyasi iktidar içerisinde kesintisiz, güçlü bir baskının sahibi olmak istiyoruz.

ki eyle ilgili bu sonuçları saptadıktan sonra bilgi anlamında söylemek istiyorum, çok önemli bir konu. Biliyorsunuz Türkiye'de eczacı fazlalığı ve planlanmasının çok çarpık olması. Ve elimdeki kitap Türk Eczacıları Birli i'nin rakamlarla ilgili kitabı, 2001 yılına ait eczacı sayısını 19.500 gösteriyor, eczane sayısını 20.000. Bu kitabın çıktığı o yıllarda Devlet Planlama Te klilatı bir saptama yapıyor, diyor ki; "Nüfus artışı da göz önünde bulundurarak bunu saptıyoruz". "2001 yılından 2015 yılına kadar Türkiye'nin yetecek eczane ve eczacısı vardır, artık eczacıya 2015 yılına kadar gerek yoktur". Ama sonra görüyoruz ki tümüyle siyasal nedenlerle ardı ardına eczacılık fakülteleri açılıyor. Ve ilk defa belki de bilmiyorum bunun resmi kayıtları yok ama merkezdeki yönetici arkadaşlarımızın aktardığı hep övündü ümüz bir ey vardı, biz tamam bütün sorunlara rağmen bizim işimiz yok diyor idik, ama artık işsiz eczacılar var bu ülkede. Böyle bir sonuca geldik.

Sunumuma eklemek istedi im bir mesele de Avrupa Birli i mevzuatı ile ilgili. Biliyorsunuz son dönemlerde ardı ardına yönetmelikler çıkıyor. Birtakım dayatmalar önümüze geliyor ve gerekçe hep aynı: Avrupa Birli i, AB yasalarına uyum. Oysa AB ülkelerine baktığımızda öyle bir gerçeklikle karşılaşmıyoruz: ilaç sektörü ve eczane sektöründe AB için herhangi bir standardizasyon yok. Bir dizi AB ülkesi hâlâ kendi ulusal eczacılık yasalarıyla yönetiliyor. Çok kısa bir iki örnek vermek istiyorum, örneğin, Almanya'da hâlâ eczacı olmayan eczane açamıyor. Belçika'da şirket ya da herhangi biri eczane açabiliyor. Çok ilginç kanunları var Belçika'daki eczanelerin, %83 eczacı olmayanlara ait. Tabii ki bu eczacı işinin ba nda olmak zorluğuyla. İspanya'da yine eczane, eczacının. İngiltere'de eczacı zincirleri yaygın biliyorsunuz. Fransa, Yunanistan, İtalya yine böyle. İnanıyorum söylemek istiyorum bize AB yasalarını dayatanlar aslında kendi ülkelerinde bile bir standardizasyon sağlamamışlar. Böyle bir şeyi kabul etmek böyle bir şeyi boyun eğmek, bence bize dayatılan şey çok büyük bir haksızlık, bizim de buna boyun eğmemiz çok yanlış diye düşünüyorum. Bunu da burada tespit etmek istedim.

Sayın meslektaşlarımızın 6197 ile ilgili sunumunu bu kadar ama ya adını günlerin, kritiklerinin özünü de düşünürsek Sayın Çerçer'den, Oturum Başkanından güncelleme ilgili birkaç söz söylemeyi talep ediyorum. İzin verilerse 3-4 dakikayı geçmeyeceğine söz veriyorum. Ayrıca Kongre Yürütme Kurulu'ndan bir talebim var, onu da buradan seslendirmek istiyorum. Eczane eczacıları açısından biliyorsunuz çok kritik bir dönemden geçiyoruz. Özellikle 2007 yılı hiç abartısız, bilmiyorum benzetme yerinde mi olacak, 9 iddetinde deprem var mı onu da bilmiyorum ama herhalde bir 9-10 iddetinde depreme maruz kalacağız. Biliyorsunuz burada kongrenin açılışında Sağlık Bakanı Genel Müdürü Sami Türko lu bir konuşma yaptı. Aslında o bir bürokratin diplomatik üslubu içerisinde bizim neler geleceğini Sami Bey çok açık olarak satır aralarında söyledi. Bir, bugün ya adını sıkıntı ne? Bir dizi ekonomik sıkıntı. Sami Bey diyor ki, "SGK Yasası çok açık, biz size %75-90 ödeme yapabiliriz". Bunu meali ne biliyor musunuz sayın meslektaşlarımız? Bunun meali şu, "Biz size ilaçlarınızın bedeli %75'i veriyoruz. Gidin sanayinin, da tım kanallarının parasını verin, sizinkini de bir ara veririz". Bunun Türkçesi bu, meali bu, en azından benim anladığım. Bir başka şey var. Yine Sayın Genel Müdür diyor ki, "Provizyon sistemini Ankara'da deniyoruz, eksikleri var gidermeye çalışıyoruz".

Böyle bir şey var ve bir dizi sıkıntıdan, Kurul'un da çok ciddi sıkıntıları oldu undan söz ediyor. Ve 2007 yılı geldi dayandı. Çok üzücü ama asla umutsuzluğa sevk etmeyecek bir şey, beni en azından umutsuzluğa sevk etmiyor. Böylesine bir mesleki depremin arifesinde bizler da ırılırız. Bunu, yalnız buradan söylüyor olmam lütfen birilerine cesaret vermesin, biz 24 saatte toparlanırsınız o birikimimiz var, o deneyimimiz var. 24 saat bize yeter ama doğrusu bu toparlanma sürecini de ivedilikle başlatmak durumundayız. Böylesine önemli günlerde burada da kongre yapılıyor o zaman bu kongrenin söyleyecek bir şeyi olmalı, bu kongreden bir ses yükselmeli. Bu kongre bittikten sonra kongre sonuç bildirgesi yazılacak, şimdi ben, katılırsanız eller Kongre Yürütme Kuralı'ndan talep ediyorum. Lütfen kongre sonuç bildirgesine onu çok açık yazın. Biz Türkiye'nin eczane eczacıları olarak hak kayıplarımıza ezilerek göz yummayacağız. Gerekirse çok yakın bir zaman dilimi içerisinde ilaç hizmeti üretmekten gelen gücümüzü hiç çekinmeden kullanacağız. Bunu ilgili, ilgili kilit başta siyasi iktidar olmak üzere, ki seçim arifesindeki bir siyasi iktidardır o, sanırım dikkate almak zorunda kalacaktır. Tüm ilgililere de yüksek bir sesle iletilmesini talep ediyorum ve bunun kongre sonuç bildirgesinde iri puntolarla yer almasını talep ediyorum. Benim söyleyeceklerim bu kadar hepinize çok teşekkür ederim.

(Alkışlar)

Ecz. Deniz içer: Evet sayın arkadaşlar, Sayın Gençosmano lu'na sadece 2 som alalım çünkü vaktimizi çok atık.

Dinleyici: Mensup oldu u insanların mesleki sorumluluğunu yüklenmek suretiyle bize hizmet vermiş arkadaşımızı dinledik. Bizlerin çıkacak olan yasa hakkında birçok endişelerimiz vardır ki teferruata girmeyeceğiz, 65 ya ıyla ilgili hususlar... Bu arada İstanbul Eczacı Odası bugüne kadar gerek ülkemize gerekse halkımıza bilgi üretmiş ve İstanbul Eczacı Odası bugüne kadar bize hizmet etmek üstüne büyük gayretler sarfetmiş ve onu ifade etmek istiyorum Eczacılar Odası'nın bu hizmetlerinden dolayı bir ayrıcalığı vardır. Onun için biz mümkün mertebe sorunlarımızın halledilmesi için mevcut hükümetle, mevcut iktidarla iyi bir diyalog içinde olmamızı tavsiye ederim. 3 günlük toplantıdan sonra bir deklarasyon uygulanacak. Bu deklarasyonda biz bizim size güvenimiz yoktur diye bir cümle kullanırsak bu...

Ecz. Deniz er: Eczacı bey lütfen toparlayalım. Vaktimiz çok çok geçti. Evet, teşekkür ediyoruz görüşleriniz için.

Dinleyici: Sağ olun peki, hepinize saygılar, sevgiler sunuyorum

Ecz. Deniz er: Evet, son bir som arkadaşlar. Buyurun.

Dinleyici: İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü'nde çalışan uzman bir eczacı olarak kısa bir katkıda bulunacağım. Söylediklerinizin hepsi doğrudur. E tabii ekstra gayretlerimle iptal ettiğim birçok madde var onların sırası değil ama görüşünüzü ki meslekte bizim eczacıların olaya bakışı böyle değil. Onların bakışı "Ben sadece eczanemde olmayacağım, arkamda eczaneyi yürütecek birilerinin olması". Bakın bu oldu u için artık bence arkadaşlarımızı bu yönde ikna etmek gerektiğini düşünüyorum.

Ecz. Deniz er: Evet, teşekkür ediyoruz. Sonu gelmedi yorumlar geldi. Söylemek istediğiniz bir şey var mı? Evet, arkadaşlar oturumun sonuna geldik. Değerli konu macılarımıza ve siz konuklarımıza teşekkür ediyoruz bu oturumu kapatıyorum. Teşekkürler.

Oturum Yöneticileri

Prof. Dr. Turay Yardımcı (*Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi*)

Ecz. Tuncay Sayılkan (*İzmir Eczacı Odası Başkanı*)

Ecz. Deniz Çer: Değerli konuklarımız, sıradaki oturumumuzu yönetmek üzere Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öretim Üyesi Profesör Doktor Sayın Turay Yardımcı ve İzmir Eczacı Odası Başkanı Eczacı Sayın Tuncay Sayılkan'ı kürsüye davet ediyorum.

Prof. Dr. Turay Yardımcı: Vakit kaybetmeden bu oturuma geçmek istiyorum. Çok sayıda katılımcılar, İstanbul Eczacı Odası'nın 50. yılını kutlayarak bu oturumu açıyor. İlk konu macımız, Eczacı Mustafa Turunç, Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi mezunu, İstanbul Eczacı Odası'nda uzun yıllar yönetici ve komisyon üyesi olmuştur. 95-97 yılları arasında Oda başkanlığı yaptı, İstanbul Eczacı Kooperatifinde kurucu oldu ve bunun Denetleme Kurulu Başkanı olarak görevini yürütmektedir. Sağlık Hakkı Hareketi Derneği ve Çayda Eczacılar Derneği Yönetim Kurulu üyesi olarak görevini sürdüren Sayın Turunç, ayrıca ulusal bir radyoda 9 yıldır aralıksız süren bir sağlık programının yapımcılarından biridir. Kendisini kürsüye davet ediyorum. Konusu "Sağlıkta Dönüşüm ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamalarına Bütünsel Bakış". Bu konuda da ayrıca uyaracağım; 20 dakikayla sınırlandırılmış konumuz. Konu macılar buna uyarlırsa çok mutlu olacağız. Buyrun Mustafa Bey.

Sağlıkta Dönüşüm ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamalarına Bütünsel Bakış

Ecz. Mustafa Turunç

Değerli oturum başkanları teşekkür ediyorum. Uyarınızı dikkate alacağım. Dilerim süresi içinde bitirmeye gayret edeceğim ben. Değerli meslektaşlarım, saygıdeğerleri, hanımefendiler, beyefendiler, sanırım hepimiz biliyoruz, gerçekten yaşamın her anı çok değerli. Ancak bazı dönemler var ki onlara farklı anlam, değer yüklüyoruz biz insanolu. Ya amdan bahsederek bir işletme kurarız, işletmenin onlu-yirmili yılları bizler için daha farklı bir anlam ifade eder. Bu evlilikte de böyledir, 25. evlilik yıldönümü 24'e göre çok daha farklı anlam yükler insanolu. Yine biz insanolu bazı dönemleri gümüş, altın, platin gibi sıfatlarla yüklemişiz. Şimdi bugün de bizler, biz eczacılar olarak, altın yılımızda hep beraber birlikteyiz. İstanbul Eczacı Odamızın 50. kuruluş yıldönümünde ve yıldönümü nedeniyle yapılan kongrede sizlerle beraber olmaktan duyduğum mutluluğu sözlerimin başında ifade etmek istiyorum. Ayrıca İstanbul Eczacı Odamız başta olmak üzere 50. hizmet yılını tamamlayan tüm eczacı odalarının, bu 50 yıllık geçmişi içinde halk sağlığı ve meslek haklarının korunması yönünde verdiği mücadeleden, bundan sonraki yıllarda da daha da artarak devam etmesini diliyorum ve izninizle sunuma geçmek istiyorum.

Evet, gördüğünüz gibi sunumumuzun başlığı "Sağlıkta Dönüşüm ve Genel Sağlık Sigortası Uygulamalarına Genel Bakış". Aslında farklı bir başlık da konulabilirdi onu da dü-

ündüm. "Türkiye'de Sosyal Devlet Kavramının çinin Bo altıldı ı Sürece Bütünsel Bakı " da koyayım mı diye çok dü ündüm. Ancak biraz sonra sizlerle payla aca ım bilgilerimi gördü ünüzde, zaten bilgilerim çok yeni hatlarıyla olu an bildiri sunumu olaca ı için hiç olmazsa konu ba lı ının biraz daha alanımızla ilgili, özel olmasını arzuladım. Ben bu bildiride sosyal sa lıkta dönü üm ve genel sa lık sigortası uygulamalarına, çok teknik ayrıntılarına girmeyece im. Yıllardır konunun ilgilileri, konularla ilgili uygulamalarla ilgili tartı yıyorlar, de erli görü lerini kamuoyuna ifade ediyorlar. Benim aslında bu bildiriye sunmadaki amacım ekranda da gördü ünüz gibi iyimserlikle duyarlılık, çı-karcılıkla aymazlık ekseninde gidip gelen ruh halimize vurgu yapmak ve bu söz konusu uygulamaların ülkemizde gerçekle mesinin ana nedenlerini ortaya koyarak sizlerle pay-la mak. Eczacı kamuoyuna çok da haksızlık etmek istemiyorum.

Dün hep beraber izledik ya adık. Estonya ve Macaristan delegelerini görünce demek ki bu vurdumduymazlık ve iyimserlik mi diyeyim ya da duyarsızlık mı diyeyim bizim dı ı-mızdaki ülkelerde de var oldu unu ibretle izledik. Bir kısım arkada larım bu seçilen ko-nuklarla ilgili ele tirilerini dile getirdiler sunum sonrasında. Ancak ben katılmıyorum, gerçekten çok iyi seçilmi iki iyi örnek diye kabul ediyorum. Çünkü e er bu ruh halimiz devam ederse sonumuz Estonya ve Macaristan'daki meslekta larımıza çok yakın olacak. O nedanle her iki delegeden de çok iyi dersler çıkartaca ımız inancındayım.

Sa lıkta dönü üm ve genel sa lık sigortası uygulamalarına yönelik biraz önce de söyle-dim. Hizmet sunucuları biz eczacılar, hekimler ve di er sa lık çalı anları söz konusu modelin halk sa lı ına hiçbir katkı sa lamayaca ını yıllardır dile getiriyoruz. Üstüne üstlük ele ti-rerek eski modelin bile çok daha gerisine dü ece imizi yıllardır ifade ediyomz. Sendikalar geç de olsa olayın farkına vardılar. Toplumun bilinçli bir kesimi kaygılarını daha yüksek sesle seslendirmeye ba ladılar. Ancak toplumun çok geni bir kısmının maalesef bu son olay-ları çok net algıladı ını söylemenin mümkünü yok. Ancak siz de, ben de eczanelerimizde bi-rebir ya yıyoruz. Bunun farkında olmayan kitlenin de bu uygulamaların devam edece i süre içinde, ki edecek, bu tepkilerini onların da en az bizler kadar bu süreçte dile getirece ini sa-nıyorum. Peki, ilerde bu sözünü etti imiz kitlelerin de tepkisine neden olacak bu uygulamayı, bu geni kesimin itirazlarına ra men, söz konusu iktidarlar bu uygulamaları hayata geçir-mekte niye bu kadar ısrarcı davranmakta istekli davranırlar? Cevap çok basit çünkü iktidara geli lerinin ana nedenlerinden bir tanesi de budur. Kapitalizmin önünü açmak ve krizden çı-karmak. De i tirilmek istenen salt sa lık hizmeti de de ildir sevgili meslekta larımız, he-pimiz biliyomz. Devletin tüm yapılanmaları, sosyal güvenlik sistemi, milli e itim, tarım, hayvancılık politikaları, ileti imden ula tırmaya, güvenlikten ncrdeyse adalete kadar tüm alanlar piyasa ko ullarına göre yeniden yapılanıyor, yeniden tanımlanıyor. Peki, bu geli -meler yalnız Türkiye ile sınırlı mı? Ke ke öyle olsa. E er dünya halklarının esenli i söz ko-nusuysa biz, bu gördü ümüz jenerasyon, bu bedeli ödemeye hazırız. Bu bedeli biz ödeyip de dünya halkları esenli e kavu acaksa iyi bir sa lık, iyi bir e itim, iyi bir barınma ve adil bir düzene kavu acaksa biz bu bedeli ödeyelim. Ancak gelin görün ki bu dönü ümlerin Tür-kiye ile sınırlı kalmadı ım da yine hepimiz görmekteyiz. Bütün dünyada benzer de i iklim-ler gerçekle tirilmeye çalı ılıyor. te o zaman olaya biraz daha geni bir pencere, biraz daha farklı bir perspektiften bakmak gerekiyor.

Her sistem gibi kapitalizmin de devinimleri var. Kapitalizm iktisadi anlamda kriz, da-ralma, rahatlama, geni leme kısılcacında dalgalanmaktadır. Bu devinimler yakla ık 20' er yılları kapsıyor. Ancak kapitalizmin son kriz dönemi üzülerek söylüyorum ki henüz bit-memi tir. 1970'lerin ortalarından itibaren ba layan bunalım dönemini a amadı ını yalnız

bizler de il, bu konuya sa dan ya da soldan bakan tüm iktisat bilimciler de kabul etmektedirler. Kapitalizmin kriz dönemlerinde ülkede biriken sermaye, eskiden sa ladı ı kâr oranlarını sa layamaz oldu. Sermayenin yo unla ma derecesi ile tekelle me derecesi arasındaki optimum denge bozulmu olur. stenilen kâr artı mın sa lanmadı ı noktada sermaye için tek çıkar yol, yeni sektörler veya yeni co rafyalara açılmak ve oralarda tekelle mektir. Peki, sistemin krizden çıkabilmesi için kâr oranlarını artırmak bu kadar önemli ise bu kâr oranlarının artırılabilmesiyle ilgili sistem ne gibi yollar izler? sterseniz bir bakalım. Kâr oranlarının artırılmasıyla ilgili stratejilere baktı ımız zaman 4 alt ba lıkta toplamak mümkün. Yeni co rafyalarının kapitalist sisteme entegre edilmesi, tekelle meyi hızlandıracak uygulamalar, emek gücü fiyatlarının minimize edilmesi ve emek üretkenli- nin artırılması. Burada dikkatinizi çekece im nokta özetle üç ve dörde vurgu yapmak istiyorum. imdi bir i letme sermaye yapısı dü ünün, kendi içindeki tasarruflarıyla bunu gerçekle tirebilmesi mümkün. Bu nedir, var olan çalı an ücretlerine öngördü ünüz zam- ları uygulamazsınız, dondurursunuz veya hatta daha a a ılara çektinizde orada birike- cek kaynak o i letme için ciddi bir kârlılık olacaktır. Emek üretkenli nin artırılmasına yönelik de çalı anlarınızı süreçlerden geçirip birim zamanda daha çok mal veya hizmet üretti inizde de yine kârlılı ınız artacaktır. Ancak üretti iniz malın satılması yani bir yer- lere pazarlanması gerekiyor. te o zaman da devreye bir ve ikide gördü ünüz ba lıklar ge- lecek. Bunlar nedir, i te yeni co rafyaların kapitalist sisteme entegre edilmesi, yeni pazar elde edilmesi noktasında ve yaratılan pazarda da tekelle meyi hızlandıracak uygulamala- rın da hayata geçirilmesi. Bunlara çok kısaca tek tek baktı ımızda yeni co rafyaların ka- pitalist sisteme entegre edilmesinde ülkeleri borç bata ına sürükleme ve yaptırım gücünü ele geçirme ve sava lar.

Birinci alt ba lık yani A ıkkına bakıldı ında ekonomileri bozuk, yolsuzlukların kol gez- di i ülkelere krediler açılır. Kredilerin faizleri yüksek tutulur, ülke faiz kısılacının içine dü ü- rülür ve böyle bir ülkede de yaptırım gücü sistemin eline geçer. Ama kimi zaman ülkelerde veya belli co rafyalarda bunu yapamazsınız. E er yapsanız bile, uygulasanız bile gerekli sonuçları elde edemezsiniz. te o zaman B ıkkı olan sava lar olur ve gerçekten sava lar kapitalist sis- tem için en radikal yol, yöntemlerden biridir. Sistemin çok i ine yarar. Sermayenin hareket alanını geni letir. Yöre zenginliklerinin sermaye tarafından kullanılmasını ve denetimini sa - lar. Pek çok konu macı da benden önce örnek gösterdi. Son ya adı ımız rak sava ı böyle bir olgudur. Yugoslavya'nın parçalanması, Afganistan'da ya ananlar böyle bir olgudur.

Tekelle meyi hızlandıracak uygulamalara bakıldı ında da krizler ve devletin yeniden ya- pılanması ve özelle tirmeleri görüyoruz. Krizlerde zaten sistemin ya adı ı kriz, o ortama zemin hazırlar. Üstüne üstlük o ülkenin özgül ko ullarındaki ya anan krizleri de ekledi i- mizde küçük sermaye grupları bu krizlere, söz konusu krizlere dayanamaz, silinir ve yok olur giderler. Onların bıraktı ı alanlarda büyük sermaye grubu ve onların uzantıları global sermayenin denetimine geçmi olur. Devletin yeniden yapılanması ve özelle tirmelerle ilgili de tüm alanların sermaye denetimine girebilmesi için alanlar yeniden tanımlanır. Yapısal dö- nü ümler gerçekle tirilir ve özelle tirmenin önündeki engeller kaldırılır.

Emek gücü fiyatlarının minimize edilmesinde, ücretleri baskılama, sendikasıyla tırma ve yeni çalı tırma modellerine isterseniz de inelim. Ücretleri baskılama yöntemi sendikasıız sek- törlerde yaygın kullanılan bir yol yöntemidir. Arkasında ögütlü bir gücü bulamayan, göre- meyen çalı an, patronunun iki duda ı arasında onun öngördü ü ekilde durmak durumundadır. tiraz etti inde i ten atılma tehlikesiyle kar ı kar ıya bırakılır. Sendikasıızla - tırmaya baktı ımızda da özellikle krizler nedeniyle i güvencesi aranmadan çalı tırmanın önü

açılır. Devlet bunu görmezden gelir, yaptırım gücünü kullanmaz ve örgütsüz bir emek sa - lanmı olur. Yeni çalı tırma modelleri de özellikle son 15-20 yılın favori tanımlamalarından biridir. Esnek çalı ma, esnek ücretlendirme adı altında toplanabilir. İlk bakı ta kamuoyunda bu esnek lafını gören çalı an zanneder ki çok daha esnek, çok daha rahat, çok daha huzurlu bir çalı ma ortamı sa layaca mı algılatır kamuoyuna. Esnek ücretlendirmede de zaman zaman aldığı ücretin performansına dayalı daha farklı, daha fazla ücretler alaca ı gibi bir yanılsamayla kar ı kar ıya bırakılır. Ancak bunların görevi sermayenin ucuz i gücü yaratmasının modelleridir. Emek üretkenli inin artırılması, kalite çemberleri ve toplam kalite yönetimiyle ilintili bir olay. Bunun da sistem içinde iki görevi vardır. Bir tanesi çalı anlar süreçlerde bu e itimleri alır ve birim zamanda daha çok mal ve hizmet üretme ve yine birim zamanda üretilen mal ve hizmetin hatasız ve nitelikli yaratılmasına çabalanır. Bu bir anlamda kabul edilebilir, i letme için verimlili i sa layabilecek bir roldür. Ancak di er bir konu çok daha önemli. Bu sözünü etti im her iki süreç de eme in kapitalist i yerine ideolojik olarak ba lanmasına önemli katkılar sa lar. Sermaye için de bu olgu çok önemlidir.

Peki, bütün bunlardan söz etmi ken, isterseniz bir de sa lık alanına yansımalarına da bakalım. Ya anılan krizin sa lık sistemine yansımaları veya ba ka bir deyimle kapitalizmin sa - lık alanını pazar haline dönü türmesine bir bakalım. Burada devletin sa lık alanındaki sorumlulu u, alanda yeni aktörlerin devreye girmesi ve genel sa lık sigortası uygulaması ile sa lık alanının finansmanının sa lanması ve özel sa lık sigortaları. Bunları hepimiz biliyoruz onun için çok kısa geçece im, zamanı da dikkatli kullanmak adına. Devletin sa lık alanında sorumlulu u sorgulandı nda ve devletin bu hantal yapısından söz edilerek bu alanın özel sektöre devredilmesi konusunda en azından devletin bu alandaki görevinin en aza indirilmesi gere i kamuoyuna pompalanır. Devletin bu alandaki rolünü bıraktı ı yerde de i te yeni aktörler devreye girer. Bu aktörler de sermayedir pek tabii ki. Sa lık metala ır, hekim ve eczacı devre dı ı bırakılır, hekim tüccarla tırılır, eczacı da i birlikçi konumuna sokulur. Sa lık tabii özelle tirilebilmesi için bu alana yatırım yapacak sermaye, hocam da dünkü konu masında ifade etti, dolaylı dolaysız vergiler bir fonda toplanır ve o fondaki biriken kaynak sermaye tarafından kullanılması amaçlanır. O nedenle de sosyal güvenlik sisteminin yeniden yapılandırılmasının gere i vardır, sa lı ın kesin ve net anlamda özelle tirilebilmesi için. te Türkiye'de de "3 gruba bir araya topluyoruz ve çok daha iyi hizmet sunulacak" nidalarıyla genel sa lık sigortası yeniden tanımlanır. Sa lık alanının finansmanının sa lanması ve sermayeyi güvence altına alacak bir yapının orda olu turulması sa lanır ve özel sa lık sigortalarının alanının açılmasının da bir aya ıdır.

Sevgili meslekta larım, i te bu gerçeklerin ı ı nda sınıfsal bir saldırıdan söz edebiliriz. Tüm uygulamaların ve ya adıklarımızın kapitalizmin kendi içinde olu an devrimleri ve krizden çıkı çabaları oldu unu anlamamız ve sınıfsal bir saldırıyı püskürtmek için sınıfsal bir kar ı duru un sahibi olmalıyız. Sınıfsal bir kar ı duru un da asgari eksen antikapitalist olmaktan geçer. Ülkemizde e it, nitelikli ve parasız bir sa lık hizmeti, eme i sövmeyen bir sosyal güvenlik hakkı talep ediyorsak sosyalist bir toplumsal örgütlenme modelini hayata geçirmemiz gerekiyor. Bunu gerçekle tirebilmek için dönü ümleri bütünü içinde de erlendirmek, "Kendimize çıkar sa lıyor mu sa lamıyor mu" diye bir aray ın, tuza ın içine dü - meden ülkenin eczacısı, hekimi, mühendisi, i çisi, memuru, köylüsü, ö retmeni, ö rencisi, ustası, çıra ı e itsizlikleri ortadan kaldıracak bir ya am hedefi için birlikte mücadele etmeli. Sorgulayan, olayları bütünlüklü gören ve de erlendiren, ele tirel aklı ön plana çıkartan bir toplumsal bilinci yaratmalıyız. Bunu ba aramazsak inanın olanlara direnme ansımızın olmayaca ı gün gibi açık. Daha güzel bir dünya ve daha güzel bir Türkiye mümkün. Yeter ki

saldırının, tehlikenin nereden geldi ini bilelim ve parçalarını de il bütününe görmek gayreti içinde olalım. yimserlikten kurtulalım ve hep beraber mücadele edelim. Ben sözlerimi bitirirken dileklerimi yeniden yinelemek istiyorum sizlere; daha güzel bir dünya ve daha güzel bir Türkiye dileklerimle hepinize sevgiler, saygılar sunuyorum. Sabrınızdan ötürü de te ekkür ediyorum.

Prof. Dr. Turay Yardımcı: Evet, Sayın Turunç'a te ekkür ederiz. Dileklerinin de hepinizin dile i oldu una eminim. Bir iki sual ya da katkı alabiliriz zannediyorum. Söz almak isteyen var mı?

Oldu çok te ekkür ederiz Sayın Turunç.

Buyrun.

Ecz. Tuncay Sayılkan: De erli meslekta larım, hepinizi zmir Eczacı Odası adına sevgi ve saygıyla selamlıyorum. stanbul Eczacı Odası'nın 50. yılını kutluyor ve bu 50 yıllık süreçte hizmet veren, katkı veren, görev alan tüm meslekta larıma saygılarımı, sevgilerimi, te ekkürlerimi sunuyorum. Ba ta stanbul Eczacı Yönetim Kurulu olmak üzere kongrenin düzenlenmesinde eme i geçen, katkı koyan herkesi ayrı ayrı kutluyorum. Aralık ayı ve stanbul için iyi sayılabilecek havada ve bir Pazar gününde önceli i mesle iyle ilgili kongreye verip burada bizimle olan bu i e vakit ayıran tüm meslekta larıma ükranlarımı sunuyorum.

Toplantımızın bu bölümünde sevgili Rafet ahin, Türkiye'de serbest eczacılık profilini sizlere aktaracak. Eczacı Rafet ahin, 1951 A n-Do ubeyazıt do umlu. 1977 yılında stanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ni bitirdi. stanbul Ecza Koop. Denetleme Kurulu, Yönetim Kurulu üyesi i görevlerinde bulundu. Halen Ça da Eczacılar Deme i Yönetim Kumlu Ba kanlı ını sürdürmektedir. Eczacı Rafet ahin'i sunumunu yapmak üzere kürsüye davet ediyorum.

Türkiye'de Serbest Eczane Profili

Ecz. Rafet ahin

De erli ba kanlar, de erli konuklar, sevgili meslekta larım konu, "Türkiye'de Serbest Eczane Profili". Bugünlerde sıkça yasalarda söz edilen ve tıbbi anlamda meslekta lar arasında pek çok sorunların ya andı ı bir alanın, son 20 yılda nasıl bir de i im gösterdi ini bu sunum içerisinde size anlatmaya çalı aca ım. Yalnız tabii serbest eczane profilinden önce Türkiye'de ve dünyada olup bitenleri do ru analiz etmek lazım. Bize zaman zaman soruyorlar, "Ça da eczacısınız siz, biz ça da de il miyiz?" diye. Ça da lı ın sınırı yok. Herkes ça da olmaya açık ama ça da lık da bir Türkiye'ye, dünyaya, topluma bütünsel bakı açısı. O bütünsel bakı içerisinde biz kendimizi ifade ediyoruz. Bu anlamda biraz daha politikanın içerisindeyiz. Çünkü 30 yıldan öncesini hatırlıyorum. "Ne kadar geriye gidersen o kadar ileriye görürsün" dedi Nejat arkadaş ım ve o geriye gitti inizde aynı eyleri 30 yıl önce de çok duyduk bu sıralarda. Ça da yazanlar "Politika yapıyorsunuz" diyenler bize üstü örtülü biçimde politika yaparak geldiler ama ça da eczacılık hareketini de bir yerden bir yere ta ıdı. O gerçe in altını da kalın çizgilerle çizmek lazım.

İmdi Türkiye'de ve dünyada önemli şeyler oluyor. Türkiye'de olup bitenleri çok kısa burada ifade ettiler. Türkiye'nin yasaları değişiyor, o değişimi olumlu mu algılamak lazım yoksa o değişim bizi başka bir yöne mi savuruyor? Onu iyi tespit etmek lazım, önemli. Eczacılık alanında önemli yasa değişiklikleri var. Bir anlamda Türkiye'nin ilaç ve sağlık düzeni değişiyor. Değiştirilen düzen içerisinde sağlıkla özelleştirilmesi var, altı çizildi ama serbest eczanelerin liberalleşmesi, o süreç var. O liberalleşme sürecine özgü de yasalar gündeme geliyor. Ama buraya piken piken çıkıyorlar diyorlar ki "Bizlerin kabahati yok, biz eczacıyı ileri taşımak istiyoruz" diye söylüyorlar. Şeyi de adını bilmediğin kurum, senin işleyişini yok ediyor. Sağlık Eczacılık Genel Müdürünün, yeni hazırlanan ilaç programı yasa tasarısı içinde senin adın yok. Bunun farkında değilsin. Burada çok ciddi bir pikenlik yapıyoruz. Bunu hiç düşünmüyorum. Bir anlamda siyasette takıyye var, bu düşünceyi de il. Ne yapıyorsanız özünü söyleyin de insanlar inansın. Düşünceyi biliyorsanız düşünce olarak söyleyin.

İmdi çok önemli değişimler yaşıyoruz dedik dünyada. Evet, gerek ilaç anlamında gerek ekonomik anlamda ciddi bir değişim var ve o değişim sürecini düşünme algılayabilirsek eczane anlamında kendimizi düşünme ve sağlıklı bir yere koyabiliriz. Ve ona uygun da ne kadar tespitleri düşünme yaparsanız mücadele anlayışınız o tespitler üzerinden o kadar düşünce geliştirebilirsiniz.

Bir iki gün önce konu arkadaşlarımızın altını çizdiler, yani yaşam bir felsefe, yaşamı algılamak da bir felsefe. O felsefelerin içinde iyi bir çözümleme yaparsanız, çok iyi bir fikir olursunuz ama yaşam felsefemiz çok farklı olabilir. İyi örnek verildi biri Nazım'dan, biri Yahya Kemal'den. Evet, yani bizde de farklılıklar var. Bu farklılıklardan bizim de bir yaşam felsefemiz var. O felsefelerden dünyaya baktığımızda, özellikle 1980 sonrasında çok önemli değişikliklerin olduğu düşünüyorum. 1980 tarihi bu anlamda önemli bir başlangıç. O tarihe kadar dünyada farklı bir ekonomik model var. Sistemin kendisinin de kabul ettiği daha çok korumacı devlet anlayışına dayanan bir model. Zaman zaman da ekonomiyi, siyasete müdahale eden bir devlet anlayışı. 1980'den sonra bundan vazgeçildi düşünüyorum. Bundan vazgeçiyor, bu benim sınırlarımı engelliyor. 1789 Fransız Devriminde de değişiklik pazarların önüne çitler kurup, "Burası benim arazim kimse buraya geçemez" diyen, gümrük duvarları kurup sermaye, bir anda zincirlerinden boşanmış bir biçimde bu çitleri kaldırmaya başladılar. O çitlerin her biri düşünün ki milyonlarca insanın hayatına mal oldu savaşlarda. Adına da ulusal savaşlar dendi. Sonra '80 yılında artık bu politika değişti, "Artık korumacı devlet anlayışını istemiyorum", ne nasıl olsun, "Düzenleyici olsun". Şeyi düzenleyici olsun da ne olsun? "Devlet küçülsün". İmdi biz bu küçülmeyi farklı biçimde algıladık, oysa algılanan farklıydı, "Devlet küçülsün, düzenleyici olsun, sermayenin önündeki koruma duvarları kalksın" deniliyordu. Sermaye önündeki bu duvarlar kalkmaya başladığında da sermayenin ulusal alanda alabildiince özgürleşmesi ve dolaşımı gündeme geldi. Şeyte bu dolaşım içerisinde dünyada neler oldu? Yani tam da bizlere seyirlik çok acı gelişmeler oldu.

Bu değişim içinde çokuluslu şirketler çok ciddi bir şekilde sahneye çıktılar. İmdi bu şirketlerin dağılımına baktığımızda firmaların genellikle 3 ana bölgede yoğun bir biçimde, bu çokuluslu şirketlerin -ki dünyada 37.200 civarında ulusal şirket olduğu düşünülüyor, sayısal istatistikler bu- 500 tanesinin çok ciddi bir şekilde öne çıktığını görüyorsunuz. Nurettin Hocam anlattı, 10 trilyon ciroları var. Bunların içinden 200 tanesinin cirosu 4,3 trilyon. Neredeyse 37.200 şirket içerisinde 200 tanesi dünyanın yarı ticaretini elinde tutuyor. Böyle bir dünya yani; daha önce düşünülse bile hayalleri kurulamayacak ölçüde sermayeyi alabildiğine dünya üzerinde özgürleşen bir dünya kuruluyor. Sağlık firmalarının pazar paylarına ba-

kıyorsunuz genel, bu sadece ilaç de il bütün dünyayı parselleyen bu firmalar. İlk 10'a bakıyoruz 31.5, ilk 20'ye çıktığımızda %49.74, 30'a çıktığımızda 60.58, elliye çıktığımızda 72. Nerdeyse dünyayı tümüyle kontrol altında tutan bir gelimeye tanık oluyoruz. Yine dünya ilaç pazarının paylaşımına geldiğimizde belli ülkelerin paylaşımını görüyoruz Kuzey Amerika, Avrupa Birliği ve Japonya çok belirgin biçimde öne çıkıyorlar. Bu şirket evliliklerinin de bu süreçte altını çizmek lazım. Bu küreselleme süreci bir anlamda çok teorik olarak gelebilir. Yani bunu söylediğimizde "Ya bu çok teorik, bunun altı nasıl dolar" dedik ama altını doldurduumuzda ki bu fotoğraf bir anlamda oradan serbest eczanelere kadar gelecek, o de i mi anlatmak için altına baktığımız zaman hakikaten de çok önemli de iimler ve dünyanın gidiatını de i tiren çok önemli de iimler...

Tabii bu süreçte önemli olan bir başka nokta da sermaye alabildiğine özgürleşirken karıt ne durumda, emek özgür mü? Emek in özgürleşmesi var mı? Hayır. Sermayeyi özgürleş-tirenler emek e "Hayır, bir adım ötesine geçemezsin" diyorlar. İmdi Avrupa Birliği sürecini düşünün. Avrupa Birliği sürecinde emek özgürlüğünde Türkiye'de olsun, olmaz, niye? Niçin olmasın yani mantıklı. Sermayeyi özgürleştiriyorsun, önündeki bütün duvarları kaldırıyor-sun, kaldır bakalım emek in önündeki bütün duvarları da gör bakalım dünya nasıl de i i-yormu , eski dünya olabiliyor mu diye bakmak lazım.

İmdi bu önemli şirket örgütleri gündeme geliyor. O şirket birliklere bakıyorsunuz ki pazardaki eylemlerde ciddi bir sıçrama oluyor. Glaxo-WelcomeTa, SmithKline birle mesine bakıyorsunuz, birlemeden önce Welcome'ın cirosu sıralamada 20. sırada, SmithKline 43. sırada. Kisi birle ince ciro dünyanın 2. büyük devi oluyor. Böyle bir süreç, süreç ya anıyor. Her birle me süreci o evlilikleri hızla artırıyor. Birbirlerine daha önce çok uzak olan şirket-ler milliyetleri ne olursa olsun, vatan millet Sakarya bir araya gelip birle iyolarlar ve dünyayı daha çok sömürmek için dünya pazarından daha çok pay kapmak için ciddi bir yan içeri-sindeler. Sanofi-Aventis birle mesine bakıyorsunuz, ikisi birle ip Novartis oluyor. Sonra Hexal'ı içine alıyorlar; onlar da pazarda birinci sıraya yükseliyorlar. Geldik Türkiye'de ilaç pazarında yo unla maya. İmdi Türkiye'de ilaç pazanna baktığımızda da dünyadaki foto -rafın bir benzerini Türkiye'de görüyorsunuz. İlk 5 yılda omzunu, 10'a çıktığımızda elliye yakı-nını, 20'ye çıktığımızda 73'ünü e yapıyor. Türkiye'de kaç tane ilaç firması var diye baktığımızda 180. 180'inden 20'si %74'ünü pazarın koltu unda tutuyor. Böylesi bir adalet-sizlik sürecinin ya andını görüyorsunuz. Onun için de diyoruz ki küreselle me süreci ada-letsizliğin yaygınla tması ve dünya ölçe inde yayıldı ı küreselle tmesi bir sistemdir. Bakın adaletsizlik nasıl yaygınla yıyor bir anda? 180 firma var otuz tanesi nerdeyse tüm pazarı ege-menli i altına alacak. Peki, dünya ile Türkiye ilaç pazarındaki yo unlu u kar ıla tırdı ımız zaman neler ortaya çıkıyor. Türkiye, bakıyorsunuz mavi olanlar Türkiye, sarı olanlar dünya. Türkiye'de çok daha ciddi bir yo unla ma var ilk 10 firmada dünyada 31, Türkiye'de 49.64 %50'ye yakını. İlk 20 firmada %73.95 Türkiye, dünyada 49.34. İlk 30 firmada Türkiye %85'e çıkıyor. Ola anüstü bir yo unla ma ola anüstü bir pazar hakimiyeti ortaya çıkıyor.

Tabii i in bir boyutu ilaç sektörü. Sektöre bütünsel olarak baktığımızda ilaç sektöründe ciddi bir yo unla ma, ciddi bir pazarda tekelle me, monopol şirketler onların pazardaki ege-menli i ortaya çıkıyor. Ama da ıtım alanında da var, yani bunlar hep birbirine paralel ola-rak meydana gelen de iimler. Da ıtım alanında da aynı yo unla manın kar ımıza çıktığı nı görüyoruz. Avrupa pazarına bakıyoruz nasıl bir yo unla ma var da ıtım pazarında, i te 3 büyük depo dikkate alınarak hazırlanmış bir tablo bu. Almanya'da 3 büyük depo pazarın yüzde 90'ını kontrol ediyor, Hollanda'ya bakıyorsunuz 84, Avusturya'ya %80, sviçre 74 Türkiye 85. Pazardaki yo unla maya baktığımızda Avrupa'yla Türkiye aynı yo unla mayı

belki de Türkiye'nin 2. sırada bir yonunla ma ya adını görüyorsunuz. İlaç sektöründe yaşanan yonunla manın bir benzeri ilaç dağıtım sektöründe görülüyor. Bir bakıyorsunuz 1992'lere gittiğinizde Türkiye'de 316 tane depo var. 92 yılı 316 depo var. İmdi faal çalışan kaç depo var? 15. Peki pazara hakim olanların sayısı kaç? Üç kişi, pazarın %73'ü, 12'yi de topla %85. Böylesine adaletsiz, insafsız bir grafiği önümüze koyuyorlar. Onun için çok önemli. Tek tek ülkeye baktığımızda Almanya pazar payları ve depoya baktığımızda yine benzer tablolarla karşı karşıya geliyoruz. Fransa örneği var elimizde, İsviçre var onların da pazar paylarını net olarak görebiliyoruz. İlk 20 depo sıralaması bu; 1992'ye ait bir grafik. Demin de altını çizdim gibi 1992 yılında 316 ilaç dağıtım firması var. İlk 20 firmanın pazar dağıtım oranı %72.5 ve bunların ciroları var. Hızlı geçiyorum. Bu da tek tek dağıtım pazarlarındaki payların grafiğini gösteriyor. 1997 yılında bakın Hedef Ecza Deposu %16.2, 2006 yılında 36.85. Selçuk o zaman 15.90, 2006'da 33.98, 2006'da Ecza Kooperatifi'nde ciddi bir düşüş var. Tabii yaşanan ciddi kriz, piyasadaki etkilerini önemli ölçüde kaybetmişler ama en azından o pazarın yeniden yapılanması var o da bir anlamda yönetimlerin omuzlarındaki sorumluluk. Dağıtım pazarında kooperatifleri söz sahibi yapma mücadelesi önümüzdeki en önemli sorumluluklardan biridir diye düşünüyorum.

Geldik serbest eczane pazarına, burada nasıl bir grafik var? İlaç sektöründeki yonunla mayı gösterdik, dağıtım alanında var. E tabii sadece eczane alanından baktığımız zaman ne kadar inandırıcı gelir ama dünyaya baktığımızda ortaya çıkan tablo hayatın her alanında önümüze çok ciddi küçük sermaye gruplarının ciddi bir hakimiyet kurduğu tablo çıkıyor. İmdi o tablo içerisinde serbest eczane pazarından çok farklı değil. Serbest eczane pazarı ve perakende ilaç pazarı arasındaki dağıtım tablosu. İmdi Maliye Bakanlığı'yla Eczacılar Birliği arasındaki iskonto tartışmaları içinde bu rakamlar habire gitti geldi 0 ile 120 arasında olsun, yok 120'yle 200 arasında olsun diye. Sonunda 0 ile 220 arasındaki tabana oturtular. Ama MS'den aldığımız bilgilere göre Eczacılar Birliği ile Maliye Bakanlığı arasındaki o tartışma sürecinde ortaya çıkardığımız bu grafikte de görüyorsunuz ki sıfırla 250 bin YTL yıllık ciro yapan eczane sayısı Türkiye'de 8276 eczane var. Bunların dağıtım toplam içinde %37.2, yıllık cirolarını görüyorsunuz ve pazardan aldıktan pay %11.8, 8276 eczane 11.8, 250 ile 500 bin YTL arasındaki eczane sayısına baktığımızda onlar da 8078 a a yukarı birbirine yakın bir sayı ve onların da toplam eczaneler içindeki dağıtım %36.3. Pazardaki oranına bakıyorsunuz %25. Piramidin yukarisına çıktığımızda pazar payının büyüdüğü eczane sayısının tıpkı ilaç sanayisinde tıpkı dağıtım alanında olduğu gibi pazarın büyüdüğü görüyorsunuz. Bakın 800'le 1000 arasındaki eczane sayısı 927, bunların toplam eczane içindeki oranı %4 pazardaki payı %6.5. 1000-1500 civarında 7.5, 1800 ve üstü eczane sayısı ki burada 222 tane eczane var bunların toplam eczane içindeki oran %1, toplam pazardan %27'sini alıyorlar. İmdi öyle bir adaletsizlik eczane alanında da yaşanıyor ki. Tabloyu genel olarak değerlendirildiğinde toplam eczanelerin yaklaşık %75'i yani 16.354 ilaç pazarının yüzde sadece 36.8'ine sahip. Karısına baktığımızda toplam eczanelerin %5'ini oluşturan 1115'inin pazardaki payı da %36.5, bir yerde 16.543 bir yerde 1115 eczane. Bu da eczane alanında yaşanan küreselleme denilen olgunun serbest eczane alanında önümüze çıkardığı tablodur.

Serbest eczanelerin biraz daha rakamları topladığımızda %9'u pazarın %43'ünü alıyor, geride kalan %91 pazarın %57'sine sahip. İşte böyle bir adaletsizlik var serbest eczane pazarında. İmdi bütün bu tabloları yan yana koyduktan sonra ne yapacağız, serbest eczane pazarındaki bu dağıtım nasıl daha adaletli bir duruma getireceğiz, ne yapmamız gerekir? Önce yasalardan başlayacağız. 6197 sayılı yasa bir hayli önemli. Yasanın geri çekilmesinden söz edildi onu onaylamadığımızı açıkça söyleyeyim. 10 yıllardır mücadele ettiğimiz bir şeyi bir

adımda geri çevirmeyi hiç do ru bulmuyorum. Sonuna kadar mücadele edece iz onlarla. stekleri, kırmızı çizgilerimizin gerçekte tirilmesi bizim için olmazsa olmaz ise onun u - runda sonuna kadar mücadele etmek lazım. Yasanın en azından kamuoyuna yansıması e- kilde bir aya ı u anda elimizde eczacıların dı ında serbest eczanelerin açılmaması konusunda yasanın bu taslak içersinde oraya gitti ini biliyoruz. Eczacı odalarına yetki verilmesi bir hayli önemli, o yetki mutlaka yasanın içerisinde yer almalı o mücadelede, "Efen- dim nasıl olsa daha önce yönetmelik vardı, o yönetmeli e atfen yapılmı tı"ya takılmadan ısrarla ve ısrarla demokrasi ise demokrasi kurallarına göre oynanacak. Demokrasi lafını sıkça kullanıp ama demokrasinin d'sinden anlamayanlar e er iktidar payla ımının da demokrasi oldu una inanıyorlarsa o payla ımı sivil toplum örgütlerinde yapmak zorundalar. O payla- ımı yapmadıklarında o demokrasinin altı bo kalır. O AKP'nin adaletine benzer, adaleti ol-mayan bir adalet. Mutlaka eczacı odaları TEB'in o iktidara uyumuna ısrarla ve ısrarla kar ı çıkarak... Ki stanbul Eczacı Odası'na bu konuda çok görev dü üyor. Ça da eczacı odaları bu konuda öncülük yapmalıdır. Bütün odalar duyarlı olmalılar ve eczacı odaları artık 6197'de siyasi iktidarla muvazaa konusunda iktidar payla ımı yapmalıdır. Bu eczacılar açısından ha- yati önemdedir. Yoksa pek çok geli menin önünü açarlar. Estonyalı arkada ım yanılmıyor- sam söyledi. Bizim yasamız da men ediyordu eczacı dı ında eczane açılmasını. Özel sözle meyle zincir eczane açtılar. Eczacı odası oldu u yerde özel sözle meyle eczane zin- ciri açamazsın. En azından benim direncimi kar ında bulursun bu bir birinci ayak, ikinci ayak reçete da ılım sisteminde adalet...

Biri 40 trilyonluk i yapacak, biri 200 milyar i yapacak. Bakın Türkiye'ye, Türkiye'nin resmine bakın. Ne kadar fakirle ti ini, üst gelir gruplarıyla alt gelir grupları arasında çok ciddi bir dengesizlik oldu unu çok net olarak söylediler. Eczacı çok mu farklı bu tablonun içerisinde. imdi TEB'in belirledi i, kamu eczacıları için belirledi i ya da mesul müdürler için asgari ücret ne? 1150 YTL. Türk- 'in dört ki ilik bir aile için koydu u sınır ne, 1971 YTL. Yine yani, u anda reel olan ne? 1500 YTL'ye talim eden binlerce eczacı. Do ru mu, do ru. Yoksulluk sınırında eczacı. Sadece kamu eczacısı mı yoksulluk sınırında? Sadece mesul müdürlük yapan eczacı mı yoksulluk sınırında? 0-250 arasında ciro yapan, yaptı ı ci- ronun oranı da belli olan eczacı fiili olarak yoksulluk sınırında ya ıyor. 8276 eczanenin ya- adı ı budur. Bunun için de ücret sisteminin mutlaka adil bir ücret düzlemine çıkarılması lazımdır. Yani öyle 1500'lerle falan olmaz. Bunun limitini Türkiye'de en az yoksulluk sını- rının iki katma çıkaracak bir düzenlemeye ihtiyaç var. Bunu da hak ediyor okurken, insan ola- rak eczacılar. Bu düzenlemenin de mutlaka ya ama geçirilmesi lazım. Bu anlamda bir mücadele yapılması lazım.

Ecz. Tuncay Sayılkan: Sayın ahin süreniz doldu.

Ecz. Rafet ahin: yi, bir 5 dakika...

Ecz. Tuncay Sayılkan: Rica ederim.

Ecz. Rafet ahin: Bir önemli nokta, serbest eczaneler arasındaki rekabetin, aman ha, önüne geçilmesidir. Serbest piyasa düzeni o rekabeti önümüze çıkarıyor ve artık ec- zanenin misyonu ve vizyonu de i ti diye maalesef bazı meslek örgütlerimiz onun altını çiziyor. Nedir de i en misyon ve vizyon? Küreselle me süreci dünyanın misyonunu ve vizyonunu de i tiriyor. Koruma altında bir tarafta çok üstteki zenginler, a a ıda da bin- lerce on binlerce fakir insan var, milyonlarca insan var. 500 dolar zenginin aldı ı dün-

yadaki gelire 2,5 milyar insanın aldığı gelir birbirinin aynı. 5 milyar dünya nüfusunun %50'si ve 500 dolar milyarderinin aldığı paranın aynı oldu u bir dünyadaki bu adaletsizliğin bir benzerini Türkiye'de yaşıyoruz. Bunun için de bu adaletsizliğe karşı da somut önerilerle mutlaka ama mutlaka siyasi iktidarların iradesine bırakmadan bununla ilgili çok ciddi bir mücadele gerekiyor.

Bu anlamda elbette ki örgütler çok önemli. Örgütler bizim kolektif önderlik anlamında bizim çok önemli de vermemiz gereken örgütler. Çünkü bu küreselleşen dünyayla bireysel olarak gerek Türkiye'de gerek dünyada, yani mümkün değil. Bunun için diyorlar ki "Bu Dünya Sosyal Forumu nereden çıktı?", diyorlar. Dünya Ticaret Örgütü, dünyayı yönetmeye kalkıyor. Karşılarına yüz binleri, milyonları dökerek mücadele hattını oluşturmaya çalışıyor. Yoksa kendi ülkenizin sınırları içinde kaldığınızda sizi bir kağıt suda bırakacaklardır. Eczacılık alanında da çok yaygın, düşünceleri ne olursa olsun, hangi kulvarda düşüne üretirlerse üretsinler, çabada olsunlar, idealist olsunlar, hümanist olsunlar, bakasız olsunlar ama eczacılık alanının içerisinde yaşıyan bu tabloyu değiştirmek için gerektiğinde ortak bir zeminde doğru hedefler etrafında ve mutlaka ve mutlaka özellikle bu süreçte çok duyarlı olarak gerektiğinde sürece müdahale etmek lazım. O kepenkler, ANAP'ın DSP iktidarının başına nasıl indiyse, gerçek demokrasinin kurallarını işletmeden gözümüzün içine baka baka geleceğimizi karartmaya ısrarlı ve kararlı olurlarsa, AKP iktidarının başına da günü geldiğinde iner. Bundan hiç kimsenin kaygısı olmasın.

(Alkışlar)

Ecz. Tuncay Sayılkan: Teşekkür ederiz.

Ecz. Rafet Şahin: Zamanımı doldurdum. Çok teşekkür ediyorum beni dinlediğiniz için. Teşekkürler, saygılar sunuyorum.

(Alkışlar)

Ecz. Tuncay Sayılkan: Sayın Şahin'e sunumu için teşekkür ediyoruz. Soru ya da katkı anlamında söz almak isteyen meslektaşlarımız varsa...

Dinleyici: Ben varım. Eczacı Günay Doğuz. İstanbul Etfal bölgesinin hem yakınımdayım hem uzadımdayım. Yatan hasta rotasyon odasında büyük hizmetlerimiz oldu geçmişte, tüm eczacılar adına, bölge eczacıları adına. Şu anda, geçen hafta yaptığımız görüşmelerde büyük eczanelerin iddiate karşı çıktı bir olay var. Acaba İstanbul Eczacılar Odası rotasyon odamızda... ki geçmiş dönemde SSK ve Bakur'dan çok güzel yararlanıyorduk. Feriköy, Okmeydanı ve tüm İstanbul bölgesindeki eczacılarımızın artık ciroları Emekli Sandığı ve Bakur'da düşmüştür. Bu payda mevcut büyük eczaneler paylarını artırmışlardır. Nedenlerini açıklamama gerek yok, hepiniz biliyorsunuz. Peki, bu küçük eczanelerin SSK ayrıcalıklı olduğu için, Bakur ve Emekli Sandığı kalmadığı için hastalarda, biz yatandan yararlanmayacak mıyız? Bunun için ne yapılıyor, ne çalınması yapılıyor, İstanbul Eczacı Odası olarak?

Ecz. Tuncay Sayılkan: Tahmin ediyorum o sorunun muhatabı Rafet Bey de değil, İstanbul Eczacı Odası yöneticileri.

Dinleyici: Ama lütfen birisi buna cevap versin. Rica ediyorum. Teşekkür ederim.

(Oda Başkanı Ecz. Zafer Kaplan söz alırken divandan sözlü müdahale geliyor)

Pardon Zafer Abi. Oturum ba kanları sabahtan beri ele tiriliyor. Toplantıların saatiyle ilgili.

Ecz. Zafer Kaplan: Çok kısa, kısa...

Ecz. Tuncay Sayılkan: Ama burada da bir cevap hakkı do du, Rafet Abi de müsaade ederse...

Dinleyici: Ba kanım bir soru daha vardı.

Ecz. Tuncay Sayılkan: Rafet beye bir soru varsa önce onu alalım...

Ecz. Zafer Kaplan: Efendim, bizim Etfal'le ilgili çok özel bir soru. Etfal Hastanesi'nde Sosyal Sigortalar'ın serbest eczanelere yönelmesinden sonra, daha do rusu SSK hastanelerinin kapanmasından sonra Etfal Hastanesinde a ırlıklı olarak Ba -Kur'lu, Emekli Sandı ı tedavi edilirken, o sigortalar tedavi edilirken, u anda %60 düzeylerinde Sosyal Sigortalılar tedavi olmaya ba ladı. Dolayısıyla biz döngü olarak Ba -Kur, Emekli Sandı ı da ittı ımız için SSK'lıları da devreye sokmamız gerekir. Fakat hastane içerisinde bize verilen büronun metrekaresi, 8 metrekare. O 8 metrekare içerisinde bizim oradaki a a ı yukarı 4 bin tane reçeteden hepsini da ıtmamız, yatan hasta olarak bunun herhalde 150-200 tanesi mutlaka, orada böyle bir fiziki imkanımız yok. Biz bunu Ba hekim beyle görü tük. Ancak pek ey yapamadı, o sözü vermesine ra men yapamadı. Dolayısıyla biz o ısrarımızı devam ettiriyoruz. O olanak bize tanındı ı anda o imkanı sa layaca ız. Te ekkür ederim.

Ecz. Tuncay Sayılkan: Ben te ekkür ederim Sayın Ba kan. Buyrun.

Dinleyici: Rafet ahin'e do yurucu, ça da konu ması için te ekkür ediyorum. Tüm dünyada ve Türkiye'de, tüm küreselle menin getirdi i ezikli i oldu u gibi ortaya koydu u için te ekkür ediyorum. Bu ça da duru u ba lamında eczacıların sendikala masına nasıl baktı ını ö renmek istiyorum. Bu arada kurucusu olmaktan gurur duydu um, ilk kooperatiflerden Tez-Koop'un kurucusuyum. Aynı zamanda ilk sendikanın da kurucusuyum. Tüm Eczacı verenler Sendikası'na nasıl bakıyor? Ba lı olarak da Mustafa Turunç'un sosyal duru umuz gere i ekledi i, Hakan Gençosmano lu'nun da vurguladı ı gibi bir sonuç bildirgesini Eczacı Odası yarın, 11 Aralık 2006'da Türk Eczacılı ının ilk direni i olan 11 Aralık 1974'ün 32. yıldönümünde stanbul Eczacı Odası'nın önünde binlerce eczacının katkısıyla açıklamayı dü ünür mü? Sorularım bunlar, te ekkür ederim.

Ecz. Rafet ahin:

Birinci soruyu alamadım, lütfen lütfeder misiniz birinci soruyu bir daha.

Dinleyici: Eczacıların, eczane eczacılarının sendikala masıyla ilgili görü ünüz nedir, ça da bir insan olarak.

Ecz. Rafet ahin: O konuya girdi imizde biraz sonra seninle atı maya ba layaca ız. unu söyleyelim, yani sendikala ma alanı, yasal gerekçe ö ne sürmek için genellikle arkada larımız ö yle sunuyorlar... Ben sendikal modelin bugün için do ru bir örgütlenme modeli olmadı ını dü ünüyorum. Yani, Avrupa filanla ilgili örnekler veriliyor ama eczacı, bu tablodan da görülüyor ki ö yle eczacının i veren olacak statüde olmadı ını en azından eczacılı ın omurgasını olu turan... Yani bir örgütlenmeyi yaptı ımızda o örgütlenmenin altını dolduracak birtakım verilerin olması lazım.

Dinleyici: Fransa'da...

Ecz. Rafet ahin: zin verin ben konu aca ım. Bana soruyu sordun, ben konu aca-ım. Fransa, Almanya örnekleri beni çok ilgilendirmiyor. Yani Birlik süreci, sendikal mücadelelerin orada hangi boyutta oldu u, kimlerle oldu unu da bilmiyorum ben. Ama benim sorunum udur. Yani, eczacıya bir statü de i tiriyorsunuz. Eczacı, statü de i tiriyorsunuz; bir kere eczacı o statüyü kabul ediyor mu? Soracaksın, " veren misin?", diye. O statüyle birlikte eczacıya gelecek sorumlulukların boyutunu biliyor musunuz? Altını doldurmanız lazım. Bunlar yasada hangi eylemler? Yani, e er i veren olarak eczacıyı aldı nızda, kamuoyuna oturup a lamaya ba ladı nızda, "Ne a lıyorsun be kardeşim? Statün zaten de i mi . Farklı bir yerdesin sen. Bulundu un yerden de ikayet ediyorsan sen, otur kendi haline, a a ıdaki insanların haline bak."

Ben eczacıların, en azından 8276 eczanenin kendi eme iyle çalı an eczaneler oldu unu biliyorum. Onlardan biri de benim. Kendi eme iyle çalı an eczacıdır bu eczacı. Emekçidir bu eczacı. Emekçi, eczacıyı i veren statüsüne koydu un zaman eczacının bir kere ekonomik tablosu ona uygun de il. Daha ileri gidin. Bir 8078 eczane daha katın onun üzerine. O da her gün çünkü; bu pazar, bu küresel düzen, bu adaletsiz düzen devam ettikçe, yukarıdakilerin sayısı, piramidin yukarisindakilerin sayısı azalacak. Pazarda daha büyük bir güç haline gelecekler. Yani stanbul tablosunu göstermedim. Onu göstersem orada da aynı Türkiye'nin benzerini göreceksiniz. imdi bu tablo içerisinde eczacının i veren olmasının, mücadele açısından ciddi zaafı var diye dü ünüyorum. Bunun için do ru ve sa lıklı bulmuyorum. Do ru adım u anki örgütlenmelerle devam etmektir. Eczacı odalarının yetkilerini artırarak devam etmektir. Örgütsel bir karga anın ya anmasına izin vermemektir. Bu çok önemli süreçte buna do ru adımlar geli tirdi inizde bu sefer farklı muhataplar ve o muhatapların masaları etrafında farklı anlayı ları masaya ta ıması olur ki, ben kendi dü üncemi söylüyorum. Tabii ki özgür, öteki arkadaşların da dü ünceleri farklı olabilir; benim dü üncem açısından eczacı hareketinin daha çok derlenip toparlanmaya ihtiyacı var. Bu derlenme toparlanma sürecini de mutlaka bugünün ko ullan içerisinde eczacı odalarında daha çok... Ben Ça da Eczacılar Derne i'nin ba kanyım. Ben 50 yıllık bir hareketin misyonunu ta ıyorum. Benim misyonum o. Dün kurulmadım ben. Eczane Sahipleri Cemiyeti'nden gelip buraya ta ınıyor. Ama misyonu daha çok bir fikir kulübü gibi kullanarak, eczacılık hareketinin dü ünsel yönünü açarak kullanmaya çalı ıyorum. Asla Eczacı Odaları'na alternatif bir örgütlenme de ilim ben. Ben o dü ünsel birikimin, o entelektüel birikimin eczacılık alanına yansımaya dönük bir meslek örgütünün ba kanyım ve onu öyle kullanmak istiyorum. Asla bir ba ka sına pazarlık masasında, unla pazarlık etmek için kullanmıyorum. O birikime ihtiyacı var eczacılık hareketinin. O entelektüel birikimin de mutlaka yansımaları lazım. Bizim de öyle bir fonksiyonumuz var. Öyle bir i lev üstlendik. Onu da Ça da Eczacı Dergisi'yle size ula tırmaya çalı ıyoruz. Bizim i imiz o. Biz i üretece iz, dü ünce üretece iz, politika üretece iz. Eczacının önünü açmak için olanca gücümüzle çaba gösterece iz. Gücümüz ne kadarına yeterse onu yapmayı dü ünüyoruz. Benim dü üncem özetle bu. Daha fazla tartı mak istemiyorum, çünkü bunun eyini bir ba ka mecraya ta ır diye dü ünüyorum.

Ecz. Tuncay Sayılkan: Te ekkür ederiz Sayın ahin.

(Alkı lar)

Ecz. Tuncay Sayılkan: İmdi de erli konu macı Nurdan Hanım'ı tarifetmeden önce bir iki tespit yapmamız gerekiyor. Bir kere Rafet ahin'in konu masında da bahsetti i, i a-ret etti i noktalara katılmamak mümkün de il ama çok çarpıcı birkaç tablo var. Özetle, Ecza-Koop'ların yakla ık on yıllık süreçte %26'lık pazar payından 12'ye dü mü olması ve biraz önceki Türkiye'deki pazardaki toplamda, kendi kooperatifi olan EDAK'ın 3,5'luk oranını gördükten sonra, talimin ediyorum hepinizin, hem kooperatif yöneticilerinin hem de eczacı olarak bizlerin, kooperatif üyelerinin bu tablodan bir ders çıkarması gerekti ini dü ünüyorum.

Yıllık cirosu 1 milyon 800 üzeri olan 222 eczananın eczaneler arasındaki oram %1 'ken pazarın %27'sini sahipleniyor olmasını da gerçekten çok adil bulmuyorum. Bununla ilgili bu yasa de i meden de bu e it reçete da ıtılması hadisesinin olabilece ine de çok inan-mıyorum pratikte. Çünkü önce eczanelere adil olarak Türkiye'de e it olarak da ıtımını sa lamalı yasayla, daha sonra bu i i yapmalıyız diye dü ünüyorum.

İmdi sıradaki sunumu yapacak olan meslekta ımız, Ecz. Nurdan Demirkan. Ça da Ec-zacılar Derne i Merkez Yönetim Kurulu üyesi. 14 Mart 1954 do umlu. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 1976 yılı mezunu. Kendisi Sa lık Bakanlı ı laç ve Eczacılık Genel Mü-dürlü ü'nde ... ve Uyu turucu Maddeler ube Müdürlü ü Hammadde ve thalat ubesi'nde görev almı . Yurto lu, Bio-Kem, Hagar ilaç firmalarında ruhsatlandırma müdürü olarak görev yapmı . ngilizce biliyor. Kendisini sunum yapmak üzere kürsüye davet ediyoruz.

(Alkı lar)

Jenerik İlaçlar ve Türkiye

Ecz. Nurdan Demirkan

Sayın ba kanlar, sevgili eczacı arkadaş larım. Öncelikle stanbul Eczacı Odası'nın 50. yılını kutlayarak ba lamak istiyorum. Programda çok ciddi kaymalar oldu u için konu mamı müm-kün oldu unca kısa tutmaya çalı aca ım. Çünkü söylemek istedi im konuların ço unu benden önceki arkadaş lar söyledi. Çünkü hayata bakı ı aynı olan insanların tespitleri de benzer oluyor. Ama yine de ben jenerik ilaçlar adlı konuda özellikle jenerik ilacın bulunmasının jenerik ilacı do uran patent kuralları üzerinde durmak istiyorum. Çünkü, di er bölümler arkadaş lar tarafın-dan ço unlukla söylendi. Belki bu konuda size aktarabilece im de i ik konular olabilir.

Öncelikle jenerik ilacı çok kısa olarak geçelim. Jenerik ilaçlar hepimizin bildi i gibi refe-rans ilaçlarla aynı özelliklere sahip fakat aym etkiye sahip oldu u kanıtlanan, ancak koruma sü-releri bittikten sonra satı a sunulan ürünler oldu unu biliyoruz. Jenerik adı, Dünya Sa lık Örgütü tarafından tespit edilen ilaçların genel adıdır. Koruma süresi bittikten sonra ortaya çıkabildi ini söyledik. O taktirde, bu koruma süreleri nelerdir, onlara çok kısaca de inelim. Öncelikle pa-tent, 20 yıl olan patent süresi. Ek koruma süresi ile artırılabiliyor. Ve bundan ba ka da veri im-tiyazı uygulamasıyla ilacın, referans ilacın elde etti i tekel hakkı korunmu oluyor. Referans ilaç yeni bir etkin maddeyi dünyada ilk kez pazara rahsatlandırılarak pazara verilen üründür.

Jenerik ilacın özelliklerini jenerik ilaççılar etkin, kaliteli ve ekonomik olması olarak de-erlendiriyorlar. Zaten etkin ve kaliteli olmayan bir ey ilaç olmayacaktır. Bence en önemli özelli i ekonomik olmasıdır. Fakat jenerik ilaçlar neden ekonomiktir. Aynı etkinlikte ve gü-venliklidir. Ancak referans ilaç için yapılan klinik ara tırmaları tekrarlamak zorunda olma-dıkları için bunların fiyatları daha dü üktür.

Klinik çalı malar, insanlar üzerinde yapılan ve A1-Ge ara tırmalarının en pahalı kısmı oldu u söylenen, ilacın yarar ve güvenilirli inin tespit edildi i çalı malar dır. Bu çalı malarda ölim de dahil olmak üzere birçok risk ta ındı nı biliyoruz. En son olarak 5 Aralık tarihinde gazetelerde böyle bir haberle kar ıla tık. Pfizer'in kalp krizini önlemek için, kolesterol dü -ürmek için geli tirdi i yeni bir ilaç 82 ki inin ölümüne sebep olması nedeniyle bu çalı -madan vazgeçilmi . Ancak bu sadece çok yeni bir örnek oldu u için bunu söylüyorum. Buna benzer birçok örnekleri sıralamak mümkün. Bu klinik çalı malar, çok pahalı oldu u ve risk ta ıdı ı için, Üçüncü Dinya'da daha çok uygun alanlar bulunmaktadır. Daha do rusu Üçüncü Dünya ülkelerinin kontrolünün yeterli olmamasından yararlanarak buralara daha fazla kaymaktadır. Mesela Nijerya'da 1996 yılında yine Pfizer'in çocuklar üzerinde yaptı ı bir klinik çalı mada Trovan adlı antibiyotik alan be çocuk ölmü . Pfizer bu ilacın satı ından her yıl 1 milyar dolar kazanmayı planlıyormu . Bu ilaç karaci er hasarı ve ölümlere neden oldu undan ABD'de hiçbir zaman çocuklarda kullanılmamı . İmdi Avrupa'da da yasaklanmı . 2010 yılına kadar da Hindistan'da bu klinik çalı maların arttı nı biliyoruz. ki milyon ki inin bu klinik çalı malarda yer alaca ı yine tahmin ediliyor.

İlaç firmaları yaptıkları Ar-Ge maliyetinin çok yüksek oldu unu bunun da patenle korunması gerekti ini söylüyorlar. Ancak Sınır Tanımayan Doktorlar Örgütü bunun bu kadar yüksek maliyetlerde olmadı nı söylüyor. Aynı zamanda yine ilaç firmalarının A1-Ge için yaptıkları harcamaları çok abarttıkları, bu paranın iki katından daha fazlasını reklam ve pazarlama için harcadıkları da Amerikan Senatosu tarafından da söylenmi . İlaç sanayisinde genellikle toplam satı ların %7-12'si ara tırma geli tirmeye harcanır. Ancak Amerikan ilaç firmaları üzerinde 2001 yılında yapılan bir de erlendirmede firmalar gelirlerinin %30'unu reklam ve pazarlamaya harcamı lar.

Bu reklam ve pazarlama tabii satı ları artırıyor. Örne in 2000 yılında Merck'in Vioxx adlı ilacın reklamına harcadı ı para Pepsi Cola ve Bud Weiser adlı biranın reklamına harcanan paradan daha fazladır. Ki biliyoruz bu Vioxx adlı ilaç daha sonra ölümlere neden oldu u için pazardan çekilmi tir, Merck tarafından. Ancak bu arada Vioxx satı larından da Merck 2001 yılında 2 milyar dolar kazanmı tir. Bu arada Amerika'da ham petrol üretimi, yiyecek üretimi gibi birçok endüstriden de daha fazla kâr etti i yine aynı yılda, yani bu insanların ölü -müne neden olan ilaçtan da böyle bir kâr etti ini görüyoruz.

İlaç tekelleri reklam ve pazarlamaya ayrılan dev bütçeleri ile kamuoyunu etkilerler. Jenerik ilaçlar yerine patentli ilaçların yazılmasını sa lamaya çalı ırlar. Reklam çalı malarının ço u marka ismine yönelik olmaktadır. Patent koruması dı ında kalan ilaçların da kendi tekellerinin dı ına çıkmasına engel olmak için veri koruma adı altında baskı unsurları olu -turmaya gayret sarf ediyorlar. Bu bölümü hızlı geçmek istiyorum. Patent ve veri koruma konusunda belki biraz daha durabiliriz. Ancak bu arada veri korumanın süresi de ülkelere göre de i mekle birlikte ilaç tekelleri bunu da yeterli bulmuyorlar. İlaçların çocuklar üze -rinde denenmesi sonucunda 6 aylık bir ilave imtiyaz,*pediatric exclusivity* veriyor Amerikan hükümeti. Ve bu patent süresi, veri koruması süresi bittikten sonra 6 aylık bir daha fazla kâr etmesini sa lamı oluyor.

Bir ülkede jenerik ilaçların kullanımı ancak o ülkede DTÖ kurallarına göre patent da -yatması yoksa ya da patentin süresi dolduysa olanaklıdır. Patent Dünya Ticaret Örgütü'nün TRIPS anla masıyla üreticiye 20 yıl süreyle ilacı üretme ve satma tekeli sa lar. Yani patent bir tekel hakkıdır. Patent tipleri; yöntem patenti *veprocess* patenti diye... Bunları kısa geçece im. Tekeller bu patent koruması süresi içerisinde ara tırma masrafını geri kazan -dıktan sonra da aynı fiyatlarını sürdürmeye devam ederler veyahut da bunu ilave koruma-

larla uzatmaya çalışırlar. Bunlardan ek koruma sertifikası SPC sertifikayla patent süresi 25 yıla çıkmaktadır. Türkiye'de patent yasası 1995 yılında 551 sayılı kanun hükmünde kararnameyle, ilaç üretim yöntemlerinde 2000 yılından, ilaç ürünlerinde 2005 yılından itibaren uygulanması ve 10 yıllık geçi süresi tanınması kararlaştırılmıştır. Ancak çok ani bir kararla, bir gece, bu kanun hükmünde kararname değiştirildi. Ürün ve üretim yöntemleri için geçi süreci üç yıla indirildi. 01.01.1999'dan itibaren patent koruması kaldırıldı.

Veri imtiyazı patennden ayrı bir pazar korumasıdır. Türkiye'de de veri imtiyazı Gümrük Birliği alanında yer alan ülkelerden birinde 2001 tarihinden sonra ilk defa ruhsatlandırılmı orijinal ürünlerde 01.01.2005 tarihinde başlamıştır. Burada da yine bize verilen süreleri kullanmadık ve bu bir ruhsatlandırma yönetmeliğine sıkı tutulmuş bir maddeyle bir imtiyazı kabul edildi. Bu Beeri ilaçların Ruhsatlandırma Yönetmeliği, Haziran 2006 tarihinde yürürlüğe girecekti. Ancak 9. madde dışındakilerden de, 9. madde bu veri imtiyazını içeren maddedir, Ruhsatlandırma Yönetmeliğinin yürürlüğe girişi tarihi 2006 yılına kadar uzatıldı. Halde biz bu konuda yine çok aceleci davrandık. Tıpkı patent yasasında olduğu gibi, bunları bir an önce hayata geçirmek istedik. Ve hatta biraz da, yasanın yayınlandığı tarihten de 19 gün geriye dönük olarak kabul ettik. Bu taktirde çokulusluların haklarını daha erken korumu olduk.

Bunları geçiyorum; demin söylediğim şeyler. Türkiye'de süresi 6 yıl olarak belirlendi veri korumanın. Ancak AB tüzüğü 2004/726'da bu sürenin 11 yıla kadar uzatılması söz konusu. Biz de zamanla bu uyumu göstereceğiz Avrupa'ya uyum sağlarken, Avrupa uyum yasalarını sağlarken. Sanıyorum en kısa zamanda 11 yıla çıkarız.

Patentle veri imtiyazı arasında farklılıklar; bunları hızla geçeceğiz.

Patentli ilaçların fiyatları yükseliyor. Çünkü bu ilaçlar pazarda tekel hakkına sahipler. 20-25 hatta ilave korumalarla, imtiyazlarla 30 yıl gibi uzun süre korundukları için bunların fiyatları istedikleri fiyatta oluyor. Ve birçok ülke bu ilaçları almakta zorlanıyor. İlaç fiyatlarının artması tedavi maliyetlerini de yükseltiyor. Do rudan hükümetlerin tüm sağlık harcamalarını da artırıyor. Temel sağlık hizmetleri ve koruyucu hekimlik için ayrılan paylar giderek azalıyor.

Jenerik ilaç rekabeti fiyatları düşürüyor. Ve dünyada jenerik ilaçlar orijinal ilacın %20-80 oranındaki bir oranla satışa çıkıyor. Dolayısıyla hükümetlerin de tasarruf sağlamasını sağlıyor. Burada, Sınır Tanımayan Doktorlar Örgütü'nün verilerine göre Brezilya hükümeti jenerik A DS ilaçları üretmeye başlamıştı ve fiyatlar %82 oranında düşmüştü. A DS tedavisinde kritik önem taşıyan antiretroviral üçlü kombinasyonu jenerik olarak üretildiğinde, fiyat bir yıl içinde 10 bin dolardan 300 dolara düşmüştü. Ardından markalı ilaçların fiyatları da gerilemeye başlamıştı.

Bugün ulus ötesi ilaç devlerinin en büyük sorunlarının başında patent sürelerinin sona erecek olması ile jenerik ilaçtan kaynaklanan rekabetler geliyor. 2008 yılında o patent süreleri dolacak ilaçlarda. Kârlarında azalma olacağını düşünüyorlar. Çünkü bu tekellerin yıllık satışları çok yüksek. Ben rakamları çok aklımda tutamıyorum ama bunlar.

Bunların, patentin kuralları DTÖ'nün kurallarıdır. DTÖ dünyadaki ticaretin hangi kurallara göre yapılacağını uluslararası ve ülkelerin kendi içlerini de belirler. Bu, sermayenin küreselleşmesi sonucu ortaya çıkmış olan bir örgüttür. Devletler arasındaki ticari ilişkilerin kurallarını belirler. Uluslararası bir örgüttür. Üzlenen anlaşmalar toplam 149 ülkenin halklarını doğrudan etkiler. Uluslararası olmayı başarmış sermaye grupları bu anlaşmalardan çok yararlanırlar. 1995 yılında kurulmuştur. Merkezi Cenevre'dir. Önceli GATT,

II. Dünya Savaşı sonrası uluslararası ticareti kurallara bağlamak amacıyla 1948 yılında atılmıştır bunun temelleri. Bu bölümleri çok hızlı geçeceğiz. Sonunda 1986'da başlayan Uruguay Roundu sonucunda 1 Ocak 1995'te kurulmuştur. Biz de bu konuda hiç geç kalmadık. Hemen aynı yıl bu uluslararası örgüte köle köle katıldık 26 Mart 1995'te. Ve burada yine gelişmekte olan ülkelere bazı ayrıcalıklar tanıyoruz. Geçmiş süreleri kullanılırken biz yine bu süreleri de kullanmadık.

Patent hakkı da bu uluslararası ticaret örgütünün, DTÖ'nün koyduğu yasalardan biridir. Ve ülkeler arasındaki ekonomik ve politik ilişkileri de etkiler. Hükümetlerin iç ticaret yasalarını nasıl düzenleyeceklerini de belirler. Tahkim mekanizmasına sahip olması ve ambargo uygulama gücüne sahip olması nedeniyle çok güçlü bir örgüttür. Malların, hizmetlerin ve fikri mülkiyet haklarının ticaretle ilgili yönünü belirleyen TRIPS olmak üzere üç bölümü kapsamaktadır. Bunları yine hızla geçeceğiz.

TRIPS, fikri mülkiyetin korunması, yani bugün bizim karımıza veri imtiyazı olarak çıkan maddesidir. Ve üye devletler diğer üye devletlerden kendi yurtta daha az lehte bir koruma sağlayamazlar.

Ecz. Tuncay Sayılkan: Sayın Demirkan süremiz doldu. Toparlayabilirsiniz.

Ecz. Nurdan Demirkan: Evet, biraz toparlayacağım. Buraları atlıyorum.

Küreselleşmenin sağladığı etkisiyle ilgili ikinci bölüme gelecektim ama böyle göstereceğim. Batılı ülkeler kurdukları tekeli korumaya çalışırken çeşitli baskılar oluşturmaya çalışıyorlar. Kendi koydukları kuralları da çiğneyiyorlar. Bunlardan birisi Doha Deklarasyonu'dur. Doha Deklarasyonu gelişmekte olan ülkelere gelişmiş olan ülkelerin, TRIPS anlaşmasını esneterek bazı kolaylıklar sağlaması kuralını getiriyordu. Yani dünyanın büyük tekelleri öncelikle kendileri bir araya geliyorlar. Dünya ticaretini ve insan ilişkileri, ülkelerin iç ticaretini de belirleyen kuralları koyuyorlar. Ancak bu kurallara kendileri de bazen; biz o kurallara göre oynamak zorunda kalıyoruz, zaten o kurallar içerisinde ama onda bile mızıkçılık yapıyorlar. Ve yoksul ülkelerin ilaç sağlamasını engelliyorlar. Bu ülkeler Afrika ülkeleri. Para ve ithalat yoluyla ya da zorunlu lisans yoluyla AIDS ilaçlarına ulaşmaya çalışırken yine ilaç devletleri bunları patent yasalarına uymadıkları için mahkemeye veriyor ve çok ciddi yaptırımlar uyguluyor.

Burada Oxfam Vakfı kuruluunun Novartis önünde yaptığı eylemi görüyoruz. Teşekkür edemeyecek kadar fakir. Ürünün adı da kâr ilaçları, hapları. Kârın insanın önünde de erlendirir ki şirketlerin genel politikası budur. En çok kâr eden ilaçların geliştirilmesi üzerine çabalar harcanır. Yoksa en büyük ihtiyaç olan konular için harcanmaz. Yani, ilaç şirketleri için insanlar sayıdır. Dolar olarak sayıdır, ölüm olarak sayıdır. Bir çalışmada 80 kişinin ölmesi istatistiksel olarak önemli olmayabilir ya da 80 önemlidir de 50'de önemli olmayabilir. Ama bu arada dünyanın yoksul ülkelerinde yaşam tarzlarını belirleme hakkını elde etmiştir. Ki ilaç tekelleri artık uluslararası yasalarla devletleri yönetmektedir. Bugün uluslararası finans kuruluşları, ticaret örgütü artık ulus ötesi olarak ulus ötesi şirketlerin çıkarlarını sağlamak için devletlere yaptırım uygulamaktadır. Ben konumu burada keseyim isterseniz. Çünkü bu konu çok uzundu ama herhalde çoktan süremi bitirdim.

Ecz. Tuncay Sayılkan: Çok teşekkür ederiz. Ama süremiz çok kısıtlı olduğu için ben soru cevap kısmına geçemiyorum. Bu oturumu kapatıyorum. Bir sonraki oturum için masa düzenlemesi yapılacak. Fakat kimse ayrılmamasın. Tekrar burada buluşacağız. Teşekkür ederim.

(Alkışlar)

PANEL: Fitoterapide Son Geli meler ve Fonksiyonel Gıdalar

Oturum Yöneticisi: Prof. Dr. Filiz MER ÇL (*stanbul Ün v. Eczacılık Fak.*)

Konu macılar: Prof. Dr. Günay SARIYAR (*stanbul Ün v. Eczacılık Fakültesi*), **Prof. Dr. Cihan AKSOY** (*Teme! Tamamlayıcı ve Destekleyici Tıp Der.Ba . - s t a n b u l Ün v. s t a n b u l Zıp Fakültesi*), **Prof. Dr. Tanju BESLER** (*Hacettepe Ün v. Beslenme ve Diyetetik Bölümü Ö retim Üyesi*), **Ecz. Vedat E LMEZ** (*Abdi brahim laç Sanayi Geli tirme ve Medikal Direktörü*), **Prof. Dr. Erdem YE LADA** (*Yed i tepe Ün v. Eczacılık Fakültesi*)

Sunucu: Prof. Dr. Filiz Meriçli'yi kürsüye davet ediyorum.

Prof. Dr. Filiz Meriçli: De erli dostlar, beni alkı larla buraya oturtunuz. Ama benim bir önerim var. Konu macı arkadaş larımı ça ırmadan önce lütfen siz kendi kendinizi de bir alkı lar mısınız?

(Alkılar)

Bu kadar yo un bir programın içerisinde, kahve molası bile vermeden hala buraday-sanız bu alkı ı hak etti inizi dü ünüyorum. Aslında biz eczacılar, mesle inin sorunlarına son derece duyarlı bir meslek grubuyuz. Benim bir ba ka apkam daha var, pek ço unuz bilir. Ça da Ya amı Destekleme Derne inde de çalı ıyorum ben. Türkiye'de 95 tane übemiz var. O übelerimizden e er ba kanları eczacı olan varsa sevgili Türkan Saylan hocam der ki, "Onun ba kanı eczacı mı Filiz? yi o zaman o iyi çalı ır demek ki." Yani eczacılar bundan önceki konu macıların aksine yine de Türkiye'nin en iyi örgütlenebi-len meslek kurulu larından. Bu payımızı bu özelli imizi hiç kaybetmeyelim. Daha da güçlenerek, özellikle yeni çıkmakta olan yasada etkin biçimde eczacılık örgütleri olarak, etkili olarak yasanın eczacılık mesle inin Türkiye'deki geli imini sa layacak biçimde çıkmasını sa lamalıyız diye dü ünüyorum.

"Fitoterapide Son Geli meler ve Fonksiyonel Gıdalar" konumuz ve bugün 10 Aralık 2006. Aslında aralık ayı fitotcrapi için önemli bir ay. Fitoterapiyi de eczacıların konu - masını sa layan, fitoterapide söz sahibi olmasını sa layan bilim dalı farmakognozi bil-di iniz gibi ve farmakognozi 11 Aralık 1945'te ilk kez s t a n b u l Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde bir kürsü olarak kuruluyor. Biz geçen yıl 9 Aralık 2005'te farmakognozi-nin 60. yılını kutlamı tık, iki gün önce. Bu yıl da farmakognozinin 61. yılını sizlerle bir-likte kutluyoruz. Farmakognozi do a kaynaklı ilaç hammaddelerini inceleyen bilim dalı olarak eczacılı ın olmazsa olmaz birimlerinden bir tanesi. Ve bugün de biz bu bilgileri-mize dayanarak farmakognozideki deneyimlere dayanarak fitoterapiyi ve buradaki son geli melerle artık yava yava ÷lkemizde de geli meye ba layan fonksiyonel gıdaları ko-nu aca ız.

Buna geçmeden önce size küçük bir Avrupa gezisi yaptırmak istiyorum. Bakın burada ginko gbiloba yapraklarını eczane logosuna eklemi eczaneler var. Eczacılar, eczacılık

kooperatifleri bizdeki kadar büyük de il Almanya'da. Ama bir araya gelen eczacılar özellikle küçük gruplar, küçük mini kooperatifler kurarak gelişmelerini sürdürüyorlar. Tabii gelişiminin sınırı yok. İmdi size gösterdim resimde özellikle sarı üzerine kırmızı yazılı olan yerde buradan ilaçların otomatik olarak verildiği yeri insanlar cadde üzerinden izleyebiliyorlar. Şu gördüğünüz ünüz yerde ilaçlar sıralanmış vaziyette. Ve otomatik bir makine, içinde ilaçlar bilgisayara yazılıyor. Ve o makine otomatik olarak rafları dolaştırarak, cam rafları dolaştırarak ilaçları topluyor ve belli bir kanalın içerisine göndermek suretiyle otomatik olarak ilaçlar eczacının önüne bankoya kadar geliyor. Bu bir gelişme, teknolojik gelişme. Hani biraz önce ilacı raftan alıp veren kişi eczacı demiştik. Artık raftan almayı da makineler yapıyor, gelişmelerimizde. Tabii ki bitkisel ilaçların üretimiyle ilgili çok geniş çalımlar ve gelişmeler var. Bütün bu gelişmeler eczacılığın bitkilerle, tıbbi bitkilerle ve ondan üretilen tıbbi çaylar ve bitkisel ilaçlarla olan ilişkisini daha da artırıyor. Buradaki eczanede yine görüyorsunuz, arası eczanede keten tohumunu anında hastaya parçalayarak toz ederek vermesini sağlayan makine. Bu gördükleriniz de eczacının tıbbi çay hazırlamada kullandığı drogların saklandığı kutular. Tarih de 30 Ekim 2006, çok uzak değil. Ve bu da tabii eczacının hazırladığı tıbbi çaylar. Kapalı çekmecelerde, etken maddesi bitki ekstresi olan ilaçlar. Ve eczanenin dekorunda homeopati dediğimiz tedavi sistemini kuran Hahnemann yer alıyor.

Hahnemann'ın kurduğu homeopati'yi anlatmak üzere, İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognози Anabilim Dalı öğretim üyesi ve burada da eczacılık fakültemizin dekanı olan sevgili hocam Prof. Dr. Günay Sarıyar'ı davet ediyorum. Buyrun.

Prof. Dr. Günay Sarıyar: Ben öncelikle İstanbul Eczacı Odası'nın 50. yılını bir kez daha kutluyorum ve bu kongreyi düzenlemedeki başarısını yine içtenlikle alkışlıyorum. Bizde bu konuma fırsatını verdiğiniz için ayrıca teşekkür ediyorum.

Homeopati ile ilgili konu benim için bana 10-15 dakika gibi bir zaman ayırdığını öğrendim. Homeopati uzuncana bir konu. Ancak ben bu 10-15 dakikada sizlere bu özet bilgiyi aktarmaya çalışacağım. İlk defa biz homeopatiyi fitoterapi kurslarına başladığımız zaman anlatmaya başladık. Ve doğrusunu isterseniz, itiraf etmeliyim ki, önemini de o zaman anladık. Çünkü gerekli hazırlığı yaptığımız zaman homeopatinin gerçekten Avrupa'da popülaritesi artmakta olan bir tedavi sistemi olduğunu anladık.

Homeopatiyi iyice anlayabilmek için mutlaka tarihinden söz etmemiz gerekiyor. Biraz evvel sayın başkanı Prof. Filiz Meriçli bize bir büst gösterdi; Samuel Hahnemann. Gerçekten de bu farklı tedavi eklini kuran bir Alman Doktor, Samuel Hahnemann. Homeopati terim olarak bilinmiyordu ama çok eskiden beri de M.Ö. 5. yüzyılda bile homeopatik tedavinin halk arasında kullanıldığı bilgilerine ulaşılmıştır. Daha sonra da Paracelsus'un öneminden söz etmiştik. Ama ilk kez homeopatinin rasyonel bazda uygulamasına bir Alman doktor Samuel Hahnemann başlamıştır. Samuel Hahnemann 18. yüzyılda doğmuş ve 19. yüzyılın yansına kadar uzunca bir süre yaşamış ve eserlerinde de yaşamının sırrını homeopatik tedaviye borçlu olduğunu da söz etmekte.

Nasıl ortaya çıkmış? Samuel Hahnemann aslında bir tıp doktoru. Klasik tıp eğitimini almış ve tıp uygulamalarına başlamış, doktorluk yapmaya başlamış. Ancak birçok hastalığın çok bilinen konvansiyon tıpta veya alopati tıpta, ortodoks tıbbıyla; bunların hepsi aynı anlamda terimler; hastaların iyileşmede yetersiz kaldığını görmüş ve doktorluğundan terketmiş. Ve daha sonra doğaya dönmüş. Doğanın iyileştirici gücünü keşfetmeye başlamış.

İlk kez malarya tedavisinde kına kına kabuklarını kullandığını görüyoruz. Ama ne şekilde kullanıldı? Kına kına kabukları, tabii ekstresi, kına kına kabuklarından hazırladığı ekstreyi saf olarak ilere vermedi. Ve saf olarak ilerde görmüş ki, malarya semptomlarına benzeyen semptomlar oluyor. Saf olarak iler kına kına kabuklarını alınca titreme, ateş gibi arazlar gösteriyorlar. Onun üzerine demi ki, "Bir madde", bu bitki de olabilir, mineral de olabilir, "Saf olarak ilere verildiği zaman herhangi bir hastalığın arazlarını gösterirse o ilaç", veya o madde diyelim, henüz ilaç olmaması, "O madde, o hastalığın tedavisinde kullanılabilir." İşte bu şekilde de homeopati geliştirmeye başladım. Samuel Hahnemann ilk kez kına kına kabuklarında bu gözlemi fark etmiş. Ondan sonra da birçok bitkiyi, bitki ekstresini ve mineralleri, hayvansal kaynaklı bazı maddeleri hastalarında denemeye başlamış.

Ancak zehirli maddeleri, zehirli bitkileri, zehirli mineralleri de kullandı. Fakat bunların yüksek dozda tabii ki öldürücü zehirlenmelere neden olduğunu bildiği için bu zehirli bileşenleri son derece düşük dozda kullandı. Ama görmüş ki düşük dozda da kullanınca hastada ilacın etkisi ortadan yok oluyor. O halde mucizevi bir hazırlama şekli olması gerekli, diye düşünmüştü. Bu da nedir? Çok kuvvetle çalkalamak, güçlüce. Zehirli maddelere, her zaman tabii zehirli de olsa, maddeleri hazırlarken tentür olsun, ekstre olsun, usare olsun bunları seyreltmeye başlamış. Ancak seyreltme sırasında son derece güçlü bir şekilde çalkalamaya başlamış. Bu çalkalamanın ilaçlara ya amsal güç kazandırdığını görmüştü.

Daha sonra çalımlarını iletmiş. Prensiplerini kurmuş homeopatinin.

1. Herhangi bir maddenin saf olarak ilerde meydana getirdiği semptomlar, aynı semptomları gösteren bir hastalığın tedavisinde o maddenin kullanılmasının mümkün olduğunu ortaya koyar.

2. Homeopatik ilacın seyreltilmesi onun tedavi edici gücünü artırır. Ama ne olması lazım? Mutlaka kuvvetle çalkalanması lazım.

3. Homeopati hastalığı da olsa, son derece önemli bir prensip, hastayı tedavi etmeye yöneliktir.

İlacı hazırlarken, biraz evvel söylediğim gibi, seyreltiyor. Nasıl seyreltiyor? Onda birlik sistemlerle, yani onda bir oranında, %1 oranında, binde bir oranında seyreltiyor. Ve daha sonra bu seyreltme aynı şekilde günümüze kadar gelerek, homeopatik ilacın hazırlanma prensibini ortaya koyuyor. Ve homeopatik ilaçların bugün, üzerinde homeopatik olduğunu gösteren bir işaret var. Bakın, biraz sonra da göreceksiniz zaten, u işaret. Ama her zaman bu işaret görmek de mümkün değil. Ancak bu işaret ilacın homeopatik olduğunu belirtiyor. Bu sembol bugün de homeopatik ilaçlarda kullanılıyor. Ancak seyreltme sistemi önemli. Eğer on defa, onda-bir oranında seyreltilirse, onda-birlik sistem deniyor, desimal ölçek. Ve 6x, bir iki örnekte de biraz daha bunu göreceğiz. %1 oranında seyreltmede 6c, yani 6 defa %1 oranında seyreltme. Niye homeopatiyi genellikle fitoterapide anlatıyoruz? Çünkü %50'den fazlası, aslında yukarı %65 oranında homeopatik ilaçlar bitkilerden hazırlanıyor. Bitkisel ekstreler hazırlanıyor ve bunlardan seyreltme yoluyla homeopatik ilaç hazırlanıyor.

Bu çalışmaları, Hahnemann tarafından homeopatik tedavi, 18. yüzyılda kuruluyor. Ama 18. yüzyılda bunu Hahnemann özellikle akrabalarına ve yakınlarına kullanıyor. Ancak daha sonra başlı başına olarak bu kullanım son derece yaygın bir şekilde alınıyor. Niçin homeopati deniyor? Homöis, benzer; patos, hastalık. Yani hastalığa benzer maddelerle tedavi anlamına gelecek şekilde homeopati terimi de günümüze kadar bu şekilde geliyor. Bu anlamda kullanılıyor.

Söyledi im gibi, bu ilaçların birço u, %65 kadarı bitkiler, ama sadece bitkiler de il, mineraller de var. Nasıl kodekslerde oldu u gibi, homeopatik ilaçların da kodeksleri var. Bunlara Materia Medica deniyor ve alfabetik sırayla bunlar Materia Medica homeopatik ilaçlar, kodekslerde oldu u gibi yer alıyor. Ancak bunlar da mesela ben A'yla ba layayım, bu Materia Medica'da homeopatik bir bitkisel ilaç; aconitum napellus. Aconitum napellus, biliyorsunuz ba ta aconitin olmak üzere zehirli alkolitler ta ıyor. Ama çok seyreltik olarak çe itli hastalıklarda kullanılıyor. î te bu hangi hastalıklarda kullanıldı ı bu Materi Medica'da da yer alıyor. Bunlar mesela burada örnek olarak aconitum napellus'ta mesela genel semptomlar, emosyonal/mental, fiziksel ikayetlerde, so uk algnlıklarında demek ki çe itli hastalıklara kar ı aconitumun kullanıldı ını görüyoruz. Ama prensip neydi? Hastalı ı de il, hastayı iyi etmeye yönelikti. Herhangi bir hastalıkta ki ilerini gösterdi i tepkiler de farklı olur. Mesela so uk algnlı ında bazısı öksürmeyle so uk algnlı ının belirtilerini gösterir, di eri yüksek ate , di eri ise akıntı, burun akıntısıyla. te bu her belirtiyeye göre farklı, so uk algnlı ında farklı farklı ilaçlar kullanılıyor. Yine homeopatinin iyi etme gücü hastalı a de il hastaya yönelik.

Yine, ba ta aconitum olmak üzere burada A'yla ba layan birkaç örnek var ilacı veriyorum listede. Yanında da aconitum napellus gösteriyor homeopatik olarak hazırlanmış aconitum napellus. 6X, yani burada seyreltme oranını da gösteriyor. Onda birlik sisteme göre seyreltilmiş bir homeopatik bir ilaç. Üzerinde 6X veya 10X veya 10C veya 7 de olabilir bu tabii, çe itli; ama en çok kullanılanlar 6 defa seyreltme. Yanında da X. E er yüzde birlik olsaydı ne olacaktı? 6C olacaktı.

Yalnız bitkilerden ibaret de il demi tim. Bir örnek de mesela gümü nitrat. Gümü nitratın kullanılı ları, kullanım yerleri; hazımsızlık, kolit, ba a rısı, kulak çınlaması gibi alanlarda kullanılıyor. Bir, Materia Medica vardı. laçları alfabetik düzene göre veren ve bu ilaçların da semptomlarını veren bir kodeks. Bir de repertuar var. Repertuar bize hastalıkları, hangi dilde yazılıyorsa bu homeopatik repertuar, hastalıkları alfabetik sıraya koyuyor. Mesela burada görüyorsunuz i te; anemi, artrit gibi. Ve bunlarda, bu anemide ne zaman ne ekilde homeopatik ilacın kullanılı ını da belirtiyor. Mesela akut bir hastalık sonrası anemi meydana geldiyse, kalsiyum fosfor kullanılıyor. Aneminin belirtisi solgun dudaklar ise metalik demir, halsizlik ise kalsiyum fosfor. E er a ır bir kanama sonrası anemi meydana geldiyse o zaman kına kına, metalik demir kullanılıyor. Görüyorsunuz oldukça farklı bir yaklaşı m, bir tedavi sistemi.

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Sayın hocam toparlamanızı bekliyoruz.

Prof. Dr. Günay Sarıyar: Evet. Burada tabii en önemli ey Avrupa'da bu gittikçe popülerite kazanan ve halk arasında kullanılan bir tedavi sistemi. Onun için zincir eczaneler, bu eczanelerin ba ında da Boots gelir ngiltere'de. Boots'ta herkes, eczacı olması art de il, homeopati hakkında bilgilendirilir ve homeopatik ilaçlar bu kitapçıklarda yazılır. s-teyen herkes homeopati hakkında bilgi edinir ve homeopatik tedaviyi kendisine uygulayabilir. Tabii homeopatik ilaçların hemen hemen birço u reçetesiz olarak satılıyor. Ancak homeopati çok popülerite kazanan bir tedavi ekli oldu u için homeopati okulları vardır. Homeopati e itimi almış homeopat doktorlar da reçete yazarlar. Ancak bu reçetelere, biraz evvel konu mamın ba ında meslekta ım Filiz Meriçli de gösterdi, eczanede homeopati yazılır. Yani bu eczanede homeopatik reçete hazırlama imkanı vardır. Bunun e itimi almış eczane ve eczacı, eczanesinde homeopatik ilacı hazırlar. Ama bu bro ürde repertuarlar ve Materia Medica kayıtlıdır ve bunun altında da ilaçların her türlü s ü vardır. Bakın bu da "Homeopaty for the familv" diye yine ngiltere'de eczanelerde da ıtılan bir kitapçık. Burada da homeopatik ilaçlar yer alıyor.

Broürler daıtılır. Bu broürlerle de hastalar bilgilendirilir ve homeopatik olarak, a rı gi-derici olarak, hangi ilaçları hangi a rı ekillerinde kullanacakları da yazılıdır. Burada yine bu ekillerde sizin hastalı ınızdaki araza en uygun ilacın hangisi olması gerekti i, romatizma kayıtlarında belirtilmi tir. Ve bunun nasıl alınaca ı, günde kaç defa alınaca ı her ey bu broürlerde kayıtlıdır. Ve hem cilt için, yani hem haricen kullanılan hem de dahilen kullanılan ilaçlar geli tirilmi tir homeopatik olarak. Bunlardan mesela ngiltere'deki en önemli bir firma Nelson firmasıdır ve cilt hastalıklarında homeopatik olarak da Arnica çok yer alır. Birkaç örnek de böyle göstermek mümkün.

Evet herhalde zamanımız da doldu.

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Çok te ekkür ediyorum hocama, zamanı iyi kullandı ı için. Sayın hocam sizi yanıma alabilir miyim?

(Alkı lar)

Panelimize giri te salonumuz yarı yarıya doluydu. u anda bütün salon doldu una göre ben panelin normal düzenine geçmek istiyorum izninizle. Birinci panelistimiz Sayın Günay Sarıyar hocamızıdır. 1967 stanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi mezunu. 1976'da doçent, 1987'de profesör oldu. Amerika ve ngiltere'de uzun süreli ara tırmalar yaptı. u anda da farmakognozinin 61. yılının bir sevinci, kendisi stanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dekanlık görevine ba lamı durumda.

Panelimizin bir ba ka konu macısı Prof. Dr. Cihan Aksoy arkadaşımızı buraya davet etmek istiyorum. Sizi böyle alayım.

(Alkı lar)

Panelin normal düzeninde bütün panelistler, biliyorsunuz, yan yana oturacaktık. Onun için diyorum panelin düzenine geçiyoruz diye. Çünkü sonradan gelen arkadaşlarımızı, özellikle konu macıları tanıtmak istedim. Prof. Dr. Cihan Aksoy, stanbul Üniversitesi stanbul Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı Ba kanı. stanbul Erkek Lisesi mezunu ve Çukurova Üniversitesi Çukurova Tıp Fakültesi mezunu, 1979 mezunu. nanılmaz sosyal ve inanılmaz aktif bir ki i. Bizi onunla bulu turan aktivitesi ise, Temel ve Tamamlayıcı, Destekleyici Tıp Deme i Ba kanı olması. Kendisi bize biraz sonra, di er arkadaşlarımızı da tanıttıktan sonra hekimlerin fitoterapiye yakla ımlarını aktaracak.

Bir ba ka konu macımız ise Sayın Vedat E ilmez. 1952 yılında Ankara'da do mu . Onu özellikle söylüyorum, eski bir Ankaralı olarak. 1974 yılında Ankara ktisadi Ticari Bilimler Akademisi Eczacılık Yüksekokulu mezunu. Biliyorsunuz bu okulun adı 1987'den soma Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi oldu. 1980'de Refik Saydam Enstitüsü'nde farmakoloji ihtisası yaptı ve 1984'te farmakolog olarak uzmanlı ını aldı . Devlet hizmetlerinde 1993'e kadar çalı mı . u anda da Abdi brahim laç Firması'nda... Siz bölümünüzü tam olarak söyler misiniz? Evet, Geli tirme ve Medikal Direktör sevgili eczacı dostumuz.

Panelimizde di er konu macımız yine bir farmakognozi hocası. Sevgili Prof. Dr. Erdem Ye ilada arkadaşımı buraya davet etmek istiyorum. Farmakognozinin 61. yılında gördü ünüz gibi biz üç tane farmakognozi hocası yan yanayız. Erdem Ye ilada arkadaşım Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi mezunu. Yüksek lisansını 72'de tamamladıktan sonra 1987'de doçent oldu. 1988'den beri Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde bir süre çalı tı. 93'te profesör oldu. 2005 yılından beri Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi Anabilim Dalı Ba kanlı ını yürütüyor. Kendisi Japonya'da, ngiltere'de ve sveç'te uzun süreli a ırlıklı ara tırmalarda bulundu. Bu panelimizde bizimle olmasının bir

nedeni, çünkü konu masından farklı olarak kendisinin Sağlık Bakanlığında Ara Ürün Ruhsat Komisyonu Üyesi olması.

Son konu macımız yine bir Hacettepe Üniversitesi. Hacettepe Üniversitesi'nden Sayın Prof. Dr. Tanju Besler. Ona bütün eczacılar olarak ev sahipliği yapıyoruz.

(Alkılar)

Tanju hocamız bizi kırmayıp Ankara'dan geldi. Saat 6'da da uçağı kalkıyor. Onun için ev sahipliğini en iyi şekilde yapıp onu vaktinde göndermeyi arzu ediyoruz. 1963 Ankara doğumlu. '86 yılında Hacettepe Üniversitesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü'nü bitirmiştir. 1988'de yüksek lisansını yaptıktan sonra 91-94 yıllarında İngiltere'de doktorasını yapmış ve bir dizi yurtiçi ve yurtdışı çalışmaları var. Sayın hocam size yazınızı okurken de sormuştum. Enteral bir şey; onu açıklar mısınız dostlarıma?

Prof. Dr. Tanju Besler: Enteral ürünler.

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Enteral ürünler konusunda ve fonksiyonel gıdalar konusunda hocamız bizi aydınlatacak. Birazcık farklı bir sunu yapmaya çalıştım ki yemek sonrası dikkatinizi toplayabilelim diye. Evet, Cihan hocam söz sizde. Evet, fitoterapi eczacıların en önemli konularından; eczacıların farmakognozi bilgilerini hayata geçirecekleri bir alan. Ama hasta, eczacı ve hekim üçgeninin birlikteliği gerekiyor her alanda olduğu gibi. Acaba kimler bu işe nasıl bakıyorlar? Cihan hocam onu bize açıklayacak.

Prof. Dr. Cihan Aksoy: Öncelikle çok teşekkür ederim. Buraya gelirken son derece... Hepinize çok teşekkür ediyorum; bu alet çalışmaya kadar, davetiniz için çok mutluydum 50. yılda. Buraya büyük bir heyecan içinde geldim; çünkü... (Ses açılıyor mu?) olarak, bilmediğim bir konuda konuşmam isteniyordu benden. Onun için konuyu biraz modifiye ettim. Genelde biz komplamenter diyoruz; fitoterapiyi ben Filiz hocadan öğrendim. Bu komplamenter destekleyici tıp kongreleri sırasında o büyük alkı, biz bunu görmedik. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi olarak ben bugün öğrencilerime bunu anlatmıyorum. Fitoterapinin ne olduğunu bilmiyoruz. Halbuki fitoterapinin önemli bir tedavi olduğu şimdi biliyorum. Bizler, Anadolu'dan çıkmış Hipokrat gibi, ben-i Sina gibi çok büyük hocaların çocuklarıyız. Ama yazık ki eksik olan bir sürü şey var ve üzeri hâlâ bulutlu, dumanlı, alamadığımız, çözemediğimiz, anlamadığımız birtakım konular var. Umarım bu işten sonra çok fazla tartışma çıkmaz. Çünkü ben sadece fizik tedavi uzmanlığını, Türkiye Fizik Tedavi Derneği eski başkanı olarak, kendi anabilim dalımın görüşlerini buraya, yaklaşımlarını anlatabilme durumundayım. Bütün Türk hekimlerinin tabii anlatabilme şansım yok. Onun için bu duman devam edecek. Ama bizim nasıl oldu? Fitoterapiyi komplamenter destekleyici tıp olarak görüyoruz ve böyle bir tıbbı büyük ihtiyaç olduğunu da biliyorum.

İmdi, hep karışık kafamızda ortodoks tıp, klasik tıp, konvansiyonel tıp nedir? Belki bir de tamamlayıcı, komplamenter, alternatif tıp var. Bir de şimdi entegratif tıp geldi. Son derece popüler olan konular içinde birtakım eksiklikler, birtakım boşlukları doldurma gayreti var. Bizler tamamen, doğrudan doğruya ortodoks tıp literatürü içerisinde yetiştirilmiş ve birtakım eksikliklerimizi ancak belli yıllar sonra...

(Slayt kumandasında arıza çıkıyor)

Bunda bir sorun var arkadaşlar. Ya bende bir sorun var ya bunda bir sorun var. Onun için hemen hızla saatimi geçirmeden... Ve fitoterapiyi görünce bu konuda aklıma bir şey geldi. İmdi yeni milenyum fitoterapi, bitkilerle tedavi, aslında çok önceden beri bilinen tedaviler.

Acaba yeni milenyumda, yeni milenyum hastalıklarına eski yaklaşımlarımı tekrar getiriyoruz. Yeniden bitkilerle tedavilere mi dönüyoruz. Evet aslında bitkilerle tedaviler var. Ama i te sentetik, büyük ilaç firmaları, sanayinin geli mesiyle bu i ler çok geli ti ve çok de i ti. Ama bir eyi görüyoruz ki, nedir tıp? nsan iyile tirme, hastalık giderme sanatı ve biz hepimiz bunun mensuplarıyız. Peki tamamlayıcı tıp, destekleyici tıp fitoterapinin içinde bulundu u ey mi? Biz tamamlayıcı tıp görmedik. Çünkü tamamlayıcı tıp rutin e itimde gösterilmeyen bir sürü tedavi yöntemi var. Bunlar tıp de il mi? Ya da alternatif tıp lafı ortaya çıktı. Tıbbın alternatifi olur mu? nsanı iyile tirmenin alternatifi olmaz ki. Tıp tiptir. nsanı iyile tirme sanatı tıpsa e er o zaman bu tiptir.

Hepimiz tıp mensubuyuz. Ama rutin e itimde ö retilmedi i için bilemedi imiz birtakım eyleri, i te alternatif gibi, muadil ya da tamamlayıcı, destekleyici dü ünceleri ile çözmeye çalı ıyoruz. Bunun için de tıp fakültesinden mezun oldu umuz zaman; her eyi biliyoruz, her eyde hazırız, insanlara ilaçlarımızla yardımcı olca ız inancıyla son derece konsantre oluyoruz. Biraz uyandırayım, çünkü çok yoruldunuz. Ve bu konsantrasyon içinde hastalarımızı görece iz. Eksiklikleri görüyoruz; bir eyler eksik. Bir eyler çarpıyor birtakım hatalar var. te, zarar vermeyen, do a iyile tirir. Natura sanat, mediscus curat. Aslında do a iyile tirir. Hipokrat zamanından gelen bir söz. Hekimler, sa lıkçılar ancak aracıdır do anın iyile tirme gücünün verilmesinde. Ve bu aracılı ı insanın ruh ve beden sa lı ına yönelik aracılı ı yapmak durumundayız.

Tabii batı tıbbı bu i i yaparken son derece üphecı yakla ıyor. Son derece do al olarak üphecı yakla ıyor. Çünkü birtakım sıkıntılar var ki, ben size bundan hemen hızlı bir ekilde bahsedece im. E er bir tedavi, hocam anlatırken dedi ki hastayı tedavi ediyoruz. Evet hastalık yok hasta var, onu hepimiz biliyoruz. Ama hastalı ın, tedavinin tekrarlanabilirli i, geçerlili i, güvenilirli i iyice vurgulanmadan hepimiz biliyoruz ki; bu ilaçları, bu tedavileri kullanın diyemiyoruz. Onun için de bütün bunların çok ince bir ekilde temizlenmesi ve ekarte edilmesi, birtakım bilemedi imiz eylerin çıkartılması... Batı tıbbında bunu yapmaya çalı rken, birtakım eyleri de atladı ımızı görüyoruz. Çünkü biz kanıta dayalı tıp ba lı ı altında yeniden bir eyler ö renmeye çalı ıyoruz. Ve kanıta dayalı tıp içerisinde double-blind, çift-kör, randomize birtakım çalı malar ve çok yapılmı randomize çalı malar birine uyacaksa o zaman Grade 1 kanıt var. Evet kanıt. Bu hastalar için kullanılabilir. Güvenilir. Ama randomize kontrollü çalı malar var. Ama yeterince kaliteli de il, yeterince birbiriyle tam uyum içinde de il. te bu da Grade 2. Sonra da i te Grade 3'ler, Grade 4'ler bildi imiz gibi. Grade 4; bu, faydalı oldu; bu insanlara yararlı oluyor, lafını maalesef tıp fakültelerinde e er kesinlikle faydalı oldu unu göstermediyse, o zaman veremiyoruz.

Fitoterapinin de çok büyük ihtimalle bu yöndeki, tabii daha soma da konu ulacak muhakkak ama bu yönde birtakım eksiklikleri var. Neden tıp fakültelerinde fitoterapi verilmez? Yeditepe Üniversitesi'nde yeni ba latılmı bir uygulama var. Ancak bunlar kanıta dayalı, i te yöntemlere dayalı olarak güvenilirli i vurgulandı ı zaman bir i e yarayacak. Ama sanayinin gücünü de hepimiz biliyoruz. Bir ilacın çıkması, ilacın gerçekten kanıta dayalı tıp yöntemleriyle kısıtlanması son derece güçlüklerle sokuyor bizi. Ve hata yapmama endi esi içinde de... Kendimizi o i e o kadar kaptıyoruz ki hata yapmayalım diye. O zaman bilemedi imiz her eye (...) yapıyoruz; "Ben biliyorum...". Özele tiri size. "Fitoterapi? Hadi canım, nedir o? Aman bırakın, hiç öyle ey yoktur" dedi im günler vardır. Ben akupunkturcuları da öyle yapmı tım. Bir akupunkturcu gelmi bize bir eyler anlatmaya kalkmı tı. Yingdi, yangdı, bir eydi, diye. Kafasına defter kalem ne varsa atmı tık, tekme tokat kovmu tuk. Çünkü bilmedi imiz bir eydi. Bunu bilmesi lazım yarının. Çünkü dünyada 5000

yıldır uygulanan tedavi yöntemleri var. Hint tıbbı var, ayurveda. te giderek ses, müzik tedavileri vs... Bunlann hepsi binlerce insanı iyile tirdi ini iddia ediyorlar. Çin dünyanın üçte biri, Hindistan inanılmaz kalabalık bir nüfus. Ruslar, bir sürü Ilizarov yöntemi, i te böbrek kırma, göz ameliyatlarının icadı. Amerika astronot yolladı, onlar kozmonot yolladı ama onların kendi özgün enerji teknikleri var.

Ben ilk Özbekistan'da bir robotoloji kongresine davet edildi imde, adamca ıza "Nasıl tedavi ediyorsunuz" demi tim,"(...) hastalı ını?" "Oooo", dedi "Benim muhte em bir yöntemim var. Rakıyı alıyorum, bu dayı böyle böyle eziyorum, içine kırmızı biberle bilmem neyi döküyorum, öyle öyle karı tırıyorum, üzerine bunu döküyorum..." nanılmaz bir formül söyledi. Sonra ben bunu Türkiye'ye getirdim, anlattım. Millet yerlere dü tü; "Ha ha ha, ne kadar geri" diye. imdi dü ünüyorum; onlar mı geri, biz mi bilmiyoruz? Biz mi iyi yapamıyoruz bunları?

Yine, Japonlar, dünyanın en geli mi ülkeleri belki. Bir sürü ilacın bulucusu. Ama Japonya'da %90'ın üzerinde kendi ilaçlarını kullanıyorlar. Özgün ilaçları kullanıyorlar. Ve u anda batı tıbbı dedi imiz tıp aslında Anadolu'dan köken almı bir tıp ve bizler bu bayra ı ta ıdık. imdi tabii, buradaki en büyük eksiklik dedi im gibi eczacılık fakültelerinde okunan birçok dersin tıp fakültelerinde de verilmesi, buralarda da anlatılması. E er bu yapılmazsa o zaman aramızda fitoterapi tedavi doktor mu yapar, eczacı mı yapar, kim yapsın, nasıl yapsın gibi saçma sapan birtakım konulara gömülüp gidece iz. Halbuki önce bunu bilelim. Ve kimse de bakmayacak. Tıp insan içindir, insan bir bütündür. Ve bu bütünlük de bir ekilde i ler, bu bütünü bozmamamız lazım. Bozmaya çalı ırsak o zaman karizmayı da ıtıyoruz. Karizmayı çözdürüyoruz ve i te birtakım eksiklikler soma yüzümüze pat pat çarpıyor.

te entegratif tıp 2006 yılında artık yava yava kitaplarımıza girmeye ba layan tıp. Bütün batı tıbbının bilimsel kriterleri içinde, bütün bu tedavi yöntemlerini kapsayacak, e itimin içine alacak ve daha geni bir e itim sürecini ba latacak bir yöntem olarak kar ımıza çıkıyor. Kar ımıza çıkıyor da, hepimizin bir korkusu var. Ben bu komplamenter, Destekleyici, Tamamlayıcı Tıp Derne i'ni kurabilmek için, profesörlükte 10. yılımı doldurmayıp u kafama yumurta yiyebilirdim ya. te yayınlarımı yeterince, herkesin burnuna sokabilecek kadar bilimsel, indeks altına alınabilecek yayınlar olmasını sa ladıktan sonra, i te kimse gak diyemeyecek hale geldikten sonra bunlarla ilgili toplantılar ve e itimlerde bulunmaya ba ladım. Çünkü içimizde zararlı olabilme korkusu var. çimizde arlatan damgası yeme korkusu var. Küçümsenme korkusu var; "Otluk, çöplük." Hocam özür dilerim, yani kızmıyorsunuz de il mi bana? Kimse herhalde kızmıyor. Buna inanmıyorum. Bunlann hiç birisine inanmadı ım için söylüyorum. Ama içimizde bir küçümsenme korkusu var. Plasebo etki korkusu var. Plasebo etkiyle ilgili giderek inanılmaz veriler geliyor kar ımıza. Bilmeme ve bilmedi ini itiraf etme korkusu var. Ve bir de tabii ki etik kurullardan onay alma korkusu var. Etik kurullardan çalı mı onay almak için hasta ba ı 200 dolarlık ücreti yatırıp ondan sonra da i te bilmem ne dosyaları hazırlamak lazım. Kim nasıl bunların hepsini yapacak onu da bilmiyorum.

imdi, plasebo etkiyi hepimiz biliyorsunuz. Plasebo etkiyi gerçekten hiç akıldan çıkartmamak lazım. Ho nut etmek anlamına geliyor biliyorsunuz plasebo. Öteki de nosebo. Ve bütün bunların, plasebonun çok önemli etkisini de biliyoruz. Özgün etki mekanizması yok ama telkinle iyile tirici etkisi var. En son, muhtemelen itirazlar gelecektir, ben de ona çok itiraz ettim ama ben önce nöro iruji ihtisası yaptım. O dönemde akır akır midesi kanayan insanlara, i te biz H2 reseptör blokerleriyle kanamasını durdururduk ve derdik ki arkada bununla duracak kanaması ve dururdu. Sonra bir çalı ma geldi, PPI'dan çıktıktan soma. "(...)

H2 reseptör blokerleri plasebodur." Ben bir sürü insan tedavi ettim onunla. Ha bu çalı ma plasebo çıktı. Kanıtı dayalı tıp yöntemleri Grade 2 kanıtlandı. Ama tedavi ediyordu. Demek ki plaseboysa e er, plaseboyla tedavi ediyor. Plaseboyu da insanlar kullanabilmeli. Plasebo etkisi astım, zona'da %66; biliyorsunuz a rılarda, kronik kanser a rılarında %40'ların 50'lerin üzerine çıkıyor ve inanılmaz bir plasebo etkisi söz konusu. te bu tür tedavilerde o plasebo etkisini çok önemli olarak bilmek lazım. E er inanıyorsak biz ilacın etkinli ine, o zaman plasebo etkisi inanılmaz ekilde etki ediyor. Ve, burada bakanlıktan kimse var mı? Sayın Koç'un çocuklu u gibi... (slaytta uyuklayan bir bebek görüntüsü var)

(Gülü meler)

Tabii bu konudaki dü üncemi çok uzun uzun anlatabilmem mümkün size. Birkaç eyden daha bahsedece im. Ama u hale gelmeden, çok kısa birkaç eyle bitirece im. Çünkü plasebo gerçekten ki inin kendi kendine söyledikleri ve dı tan yapılan müdahaleyle olanlar. Yani e er insanlar, içsel diyaloglar, "Ben iyimserim, mutlu bir insanım, sa lıklıyım dedi i zaman" bir süre sonra onun etkisi gösterilecek, götürecektir. Ya da biz olumsuz eyler söylersek, su deneyi bile var o konuda, olumsuz götürecektir. Hastalarımız vardır, "Ben ölece im" derler. "Ya niye öleceksin, hiçbir eyin yok", deriz. Hasta ölüyor. Öbür tarafta, finish, yani her tarafta kanser. Ama "Ya ayaca ım, ya ayaca ım"; biz "Bir ay zor ya arsın" deriz. ki sene soma görürüz, hasta gayet mutlu. imdi, birtakım mekanizmalar var ki bilmiyoruz. Fitoterapiyi bunun içine sokmak istemiyorum ben. Konuyu Filiz hocamdan uyduruk, kaydırcık ö rendim. Yine bir yerleri bir yerlere (...) yapaca ım kusura bakmayın. Ama biz birtakım tedavileri zamanında ba latmı insanlarız. Ve öyle, plaseboya iki örnek vermek için verdim. 3.500 yıl önce bitkilerle tedaviler varmı . Ve ebers papirüs ka ıtlarında kökten çözüm romatizma a rılarına, mersin yapra ını kurutup verdi iniz zaman i te a rılara kökten çözüm diyen yazılar var. O zaman insanlar bunlarla iyile iyormu . Hipokrat i te sö üt kabu unu do um a rısı için, kavak a acı suyunu vermi . n-sanlar bundan çok yarar görmü ler. Yine aynı insanlar, u di a rısı tedavisine üç ya ında kara ökünün gübresi bir kaptı kaynatılır, di üzerine konur, gibi Uygurlarda tababet bulunur, birtakım veriler var. Tabii kulak a rısını da okumayayım artık. Çünkü orada ba ka üçü dördü birden karı ıyor. Yine i te ba a rısı için darçın, kendir, kozalakçanı, zamkı vs. birtakım eyleri Kenz-ül Sıhhat-ül Ebdaniye diye kitaplarımızda var. Ve buna inananlar aldıkları zaman gerçekten böyle bir hayal içinde iniydiler? Gerçekten iyile tiklerini mi zannediyorlardı? yile tirdiklerini mi zannediyorlardı? Yoksa hakikaten bunların bir faydası vardı da biz bilimsel yöntemlerle bunu kanıtlayamadı ımız için mi böyle bir hayal dünyası içinde ya atık insanları? Onu çok iyi bilemiyoruz ama gözümüz açıldı mı açılmadı mı, onu da bilemiyorum. imdi birtakım daha ileri gitmeyece ini zannediyorum.

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Cihan hocam, süreniz bitmek üzere.

Prof. Dr. Cihan Aksoy: Böyle bir finale ne dersiniz? Evet, ben de u anda anladım ve kötü bir ekilde açıldım. Ve bu tedavilerle, "Yok mu ba ka bir ilacın, gayri ey doktor yeter /Altı aydan fazladır aldım gece gündüz eter" diye Üsküdarlı Talat Bey'in yazılarıyla da karıla ıyoruz. Tabii ta ki sanayi devreye girinceye kadar, ilaç sanayisi devreye girinceye kadar. Ve ya am giderek yeni modern ilaçlarla çok uzuyor. Ama uzamasına ra men aslında ya am hiç de uzun de il. Ya amı çok daha uzatmak, çok daha hızlandırmak pekala mümkün. Çok daha güzelle tirmek mümkün. Bu ko turmacanın içinde, biliyorsunuz hepimiz bir ekilde finale yakla ıyoruz. Bu finale ula manın da çok güzel, bütün bu birlikteliklerin birlikte sa lanarak yapılabilmesi lazım.

Bunun için bu Kemik-Eklemler Dekadında, ben bir fizik tedavi olarak söylüyorum. Hakikaten bilmediklerimizin bildiklerimizden çok daha fazla olduğunu biliyorum. Ama bilmediklerimizi reddetme hakkımız da olmadı mı biliyorum. Onun için birleştirmek daha iyi daha güçlü birliktedir içinde çalışmamız gerektiğini biliyorum. Biz bunun için TETAD'da birtakım böyle toplantılar yaptık. Ve orada ilk kez fitoterapi, homeopati, mezoterapi gibi kavramlarla 2004 yılında Filiz hocamın da, birçok arkadaşımın da desteğiyle İstanbul Tıp Fakültesi'nde tanıştık. Sonra ikinci toplantı 850 hekimin de katılımıyla Cevahir'de oldu. Üçüncü de, gelin bunları birlikte görelim, dedik. Türkiye'den 300 kişi kalktı gittik. Oralarda neler yaptıklarını gördük. İnsanların gerçekten bazı yerlerde bu birlikteliğin son derece yoğun olabildiğini ve bu buzdanın altındaki ortaya çıkartmak için sadece bizim yaptığımız gibi geyik muhabbetiyle birlikteliğin götürülmesinde daha ciddi birtakım birliktelikler kurulabildiğini gördüm. Ve birçok tedavilerin çok... u sanatoryumda kaç tane eczacı, kaç fizikçi, kaç doktor birlikteliğinde çalışıyordu. Anlamazsınız. Onun için bu içiçeliğin, birlikteliğin ve uzmanların ne kadar gerekli olduğunu, hatta eczacıların çok ötesinde branşların da içine girmesi gerektiğini, birtakım bilemediğimiz birçok tedavilerin de bu arada da orada çok geliştiğini gördük. Dediler ki; "Bizim de aynı sizin gibi branşlarımız var. Bizde endonofoloji var." diye ayrıştırdık endonofoloji anabilim dalı diye böyle bir bilim dalı varmış. Hakikaten dokular arasındaki o dolaşımın, doku arasındaki hücredeki o buble'lann, lenfatik buble'ların birtakım materyalleri sürekli mesela alabilmesinin insandan insana çok farklı olduğunu gördük. Ve onun için hastanelerde bir şey daha gördüm. Kütüphane, yüzme havuzu, bar, diskotek; birçok hastanelerde bunlar vardı. Hastaneyi gezdiğimiz zaman barları, tekerleklerin bir fırtınaya çekebilecekleri konserleri gösterdiler bize. Ama fitoterapistin, aromaterapistin, homeopatın, naturopatın, hepsinin birlikteliğinde çalışabildiğini gördüm. Umarım bizim ülkemizde de bu tür birliktelikler olur ve devam eder. Kısacası yaşamımızın güzel ve birliktelikte, uyum içinde geçmesini diliyorum.

(Alkışlar)

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Cihan hocaya çok teşekkür ediyoruz. Biliyorsunuz tıp fakültelerinden doktor yanında sanatçılar da yetişiyor. Cihan Hocamız da yetişiyor tabii ki. Programımızın bundan sonraki bölümünde bitkisel ilacın üretimindeki son gelişmeleri ve sorunları dinleyeceğiz Vedat E ilmez arkadaşımızdan. Konuların sırası biraz önce monitörde gördüğünüz gibiydi. Ancak Hacettepe Üniversitesi'nden gelen Tanju Besler hocamız saat 6'da uçağa gitmek zorunda olduğu için, İstanbul'un trafiğine güvenemediğimiz için, izninizle Tanju hocamızı önce konuşmaya davet edeceğiz. O bize bitkilerin de artık çokça yer aldığı fonksiyonel gıdalardan bahsedecek. Fonksiyonel gıdalarda Türkiye nerede? Eczacı ve diyetisyen birlikteliği nasıl olmalı? O konuda görüşlerini aktaracak bize. Buyrun sayın hocam.

Prof. Dr. Tanju Besler: Teşekkür ediyorum Filiz Hocam. Herkesi saygıyla selamlıyorum. Filiz Hocamla telefonla görüşmeler esnasında bir 10 dakikalık sürenin olduğunu bana söylemişti, bence çok isabetli olmuş. Bu vesileyle de İstanbul Eczacı Odası'nın 50. yıl kutlamaları içerisinde yer almaktan büyük mutluluk, haz aldığımı özellikle belirtmek isterim ve hemen programa geçmek istiyorum ben, kendi konu mama geçmek istiyorum.

Ben özellikle sizlerle fonksiyonel besin nedir, bu kadar yoğun kendi ilgi alanlarımız içerisindeki konularla konuşurken acaba fonksiyonel gıda içerisinde de benim anlatacağarımdan daha sonra beraberce tartışalım ve sizin de ilgi duyduğunuz, belki de duymanız gereken yerler var mıdır'ı belki beraberce sorgulamak fırsatı bulacağız.

Ben öncelikle fonksiyonel besini tanımlamadan önce bir besin tanımını hatırlamak istiyorum. Besinlerin temel ilevi bildiğimiz gibi organizmanın metabolik gereksinimlerini karşılamak, bu bağlamda da makro ve mikro besin öğelerini vücuda sağlamak. Oysa besinlerde metabolik aktivitemiz için makro ve mikro besin öğelerinden başka bazıları üzerinde olumlu etkileri olan bazı bileşenler de mevcuttur. Normal diyet içerisinde sadece makro ve mikro yani karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineraller de değil... Oysaki bunların ötesinde, bu fonksiyonların çok ötesinde birtakım biyolojik aktiviteye sahip öğelerin olduğunu da yakinen biliyoruz.

Beslenme-diyet-hastalık ilişkisi açık. Artık gelinen nokta itibarıyla Dünya Sağlık Örgütü'nün refleksyonunda da, diyet yapılmı çalışmalarda da, en son yapılmı Amerika'dan bir veride de beslenmenin optimal noktaya çekilmesi, doğru beslenmenin tesis edilmesi, örneğin kanser vaka sayısını 1/3 oranında azaltabileceğini bize göstermektedir. Ama burada tabii ki hemen bir noktayı, belki de son yıllardaki, son dönemlerdeki, özellikle Türkiye'de yaşanan en büyük problemlerden birisi, son kısımda yer alıyor. Hastalıkların tedavisinden öte korunmada besinlerin ve beslenmenin çok daha etkin olduğunu biliyoruz dolayısıyla belki bu kavram içerisinde hiçbir besin ilaç değildir, hiçbir besin tedavi etmez, tedavi etme olasılığı kesinlikle yoktur. Bu kavramın altı, özellikle herkes tarafından, tüm sağlık profesyonelleri tarafından kalın kalın çizilmesidir.

Fonksiyonel besine gelecek olursak, fonksiyonel besinin belki tanımlamasını yapmamız gerekecek olursak, metabolik gereksinimlerin karşılanması ötesinde yeni besin öğesi tanımının dışında belki buna besleyicilik fonksiyonu dersek kolay olabilir. Vücudumuza fizyolojik ve biyokimyasal yararlar sağlayan ve/veya kronik hastalık riskini azaltabilen, biyolojik aktif bileşen veya bileşenler içeren besinlere kısaca fonksiyonel besin diyoruz. Aslında biraz sonra söyleyeceğim fonksiyonel besin tanımı, 1980'li yıllarda Japonya'da kullanıldı, biraz önce hocam belirtti, hakikaten muazzam bir kültür ve muazzam bir bilgi birikiminin olduğu ülkede de yine fonksiyonel besin aslında tanımlandı ve Japonya'da yayıldı, "fonksiyonel" diye ilginç bir tanım kullanılıyor ve bugün de artık regülasyonda, Japonların kendi regülasyonunda, bu yer alıyor.

İmdi bunu göstermek gerekir ise besinle ilacın aslında çok yakinen ilişkisinin olduğunu bilinmekte. Görüyorsunuz biyolojik aktif öğeler, belki ilaç olabilir, aslında çok rahat çıkarılan yerler. Bu çakı mada var olan, i tte, besinlere fonksiyonel besin demesine sahibiz veya nutrasötik diyebileceğimiz bir sürü şey söylenebilir. Tıbbi besin Türkiye'de yer etmemi, Amerika'da yavaş yavaş kullanılmaya başlıyor çok geniş bir alan olmakla birlikte. Aslında çok önemli ve çok ciddi sınırları olan bir alanı tanımlıyoruz Nutrasötikler veya tıbbi besin veya başka isimler de söylenebiliyor ama kısaca fonksiyonel besin ismi yer alıyor, Türkiye'de de böyle tanımlanıyor. İmdi, bir sadece... Acaba ulaştığımız gereken noktayı Türkiye ölçeğinde tanımlayabilmek için, çünkü bu alanda olabildiğince sıkıntı var ve bazı tanımlamaları hep beraber tüm sağlık profesyonelleri beraberce oturmalı, Sağlık Bakanlığı çatısı ve Tarım Bakanlığı çatısı altında bunu yapmalıyız. Amerika Birleşik Devletleri'nde de, gelişmiş bir ülke olarak, Avrupa Kıtası'nda da maalesef ve maalesef bu hatlar çok net olarak belirlenmiş değil onu da belirtmek isterim özellikle.

Prof Dr. Tanju Besler: Aslında besin supplement'i için bir (...) kanıtı gerek olmayabilir. Amerika da böyle düşünüyor. Ama eğer siz besinden ilaca doğru kayma noktasına gelecek olursanız, bir tıbbi besinden bahsedecek olursanız, i tte o zaman çok ciddi kanıtı dayalı birtakım verilerin elinizde olması gerekir.

Tabii fonksiyonel besinden bahsediyoruz; birtakım biyolojik aktif ö elelerin besin içerisine do al veya sonradan bir ekilde katılmasından bahsediyoruz. O zaman fonksiyonalitye etki-leyen çok ciddi, besin matriksinde çok ciddi etkile imler söz konusu. Örne in bir ısı i lem geçirebilir besin. Acaba ısı i lem geçirdikten sonra, fonksiyonalitye o besine veren madde hâlâ o besinin içerisinde var mıdır? Varsa reaksiyonu söyleyece im. Olabilir ama acaba be- sinin kendi do al yapısındaki birtakım besin ö elelerinde olumsuz bir etkile im söz konusu mudur? Birtakım azalmalara, fonksiyonalitye azalmalarına neden olmu mudur? Bunların hepsi fonksiyonel besin tanımlamasının içerisinde mutlak suretle çok ciddi irdelenmesi gerekir.

Hızlıca okuyacak olursak bunları; fonksiyonel besin (...)

| Bireyin beslenmesine katkıda bulunmalı, sa lı ın korunması ve iyile tirilmesine yar- dımcı olmalı,

- Bilimsel sa lam temelli (kanıta dayalı) olmalı,
- Söz konusu besin veya besin ö esi için günlük uygun alım dozları tanımlanmı olmalı,
- Tüketiminin güvenilir olması (toksik dozun veya (...) üst limitlerinin mutlaka tanım- lanmı olması gerekiyor),

| Söz konusu bile enler için fizikokimyasal, niceliksel ve niteliksel özellikleri belir- lenmi olmalıdır.

| Söz konusu besin i lenerek fonksiyonel özellik kazanmı sa, besin de erinde ve özel- liklerinde kayıplar olmamalı,

- Söz konusu besin seyrek olarak tüketilen de il, günlük beslenmede sıkça kullanılan bir besin olmalı (Bu da önemli bir kavram. Dü ünün Türk toplumunun birtakım beslenme alı kanlıkları söz konusu. Fonksiyonel besinden bahsediyorsunuz. Ama Türk toplumunun böyle bir alı kanlı ı yok. Do ru, raflara getirmi olabilirsiniz, satabilirsiniz ama o fonksi- yonel besin tanımlamasına girmez),

- Söz konusu besin ve bile enleri do al tüketildi i ekillerde olmalıdır.

| Söz konusu besin veya bile enin ilaç olmadı ı her zaman bilinmelidir.

te de i ik ülkelerdeki bu fonksiyonel besinlerin alınmasının genel dü üncedeki yeri ne, diye sorgulanmı . te, Amerika'da, "vücut a ırlı ındaki azalma ve kolesterol düzeyinin dü ürülmesi. ngiltere'de "enerji kazanmak". Almanya'da "Immün sistemini simüle etmek". Fransa'da, gene "enerji vermek"; gibi de i ik yakla ımlar söz konusu. Dolayısıyla fonksi- yonel besin dendi i zaman, ülkenin kendi dinamikleri, beslenme alı kanlıkları, mutlaka dik- kat edilmesi gereken ö elerdir.

Nerelerde satılıyor bunlar? Gördü ünüz gibi, manavlarda satılabiliyor. Hakikaten bu, ya- pılmı bir çalı ma. Manavlarda yo un olarak, i te marketlerde. De i ik dükkanlarda, özel- likle indirim amaç edinmi bazı dükkanlarda. Eczanelerde ve ilaç/drugstore'larda satılıyor ve çok yaygın olarak de i ik yerlerde aslında fonksiyonel besin satılması söz konusu.

imdi, örnek vermek gerekirse, örnek fonksiyonel bile en olarak; Lutein ye il sebze- lerde yo un olarak bulunabiliyor. Peki, olası sa lık etkisi; görme i levinin devamının sa - lanması. Bir ba ka gene fonksiyonel bile im, soya proteini. Örne in protein soya bazlı besinlerde var. Kardiyovasküler hastalık, hatta bugün günümüze geldi imizde bazı, kemik sa lı na yönelik, ciddi, olası sa lık etkileri söz konusu. Ksileton, bir alkol eker, eker alkolü, tatlandırıcı. Bazı içeceklerde var. A ız sa lı ının düzenlenmesinde, di çürüklerinin önlen- mesinde önemli. Dolayısıyla, bunların hepsi fonksiyonel besinlere örnek söz konusu olabilir.

Gelinen nokta itibarıyla, fonksiyonel besinin içerisinde bulunan biyolojik aktif ö elerin bugün çok ciddi mekanizmalarda etkin oldu u, DNA tamirinden planlanmı hücre ölümüne kadar ciddi tepkimelerde, vücut reaksiyonlarında önemli fonksiyonlar üstlendi i biliniyor. Buna yönelik yapılmı son çalı malardan alınmı bir sürü yapı, ferrolit bile ikler, klorofil, indoller, organa-siilftirler, flamonlar, karatenoitler; i te bu fonksiyonel besin tanımında var olan biyolojik aktif ö eler. Ve dolayısıyla biyolojik aktif ö e olarak da bunların içerisinde yer alan ciddi bile enler ve hangi besinler içerisinde oldu unu görüyoruz.

Biyolojik aktif bile en fitokimyasallar, belki biraz bahsedilmesi gerekiyor. Fonksiyonel besinlerin etkileri altında toplamak gerekirse, özetlemeye çalı tım.

- Biyokimyasal reaksiyonlarda substrat

H Enzimatik reaksiyonlarda kofaktör

| Bazı enzimatik reaksiyonlarda inhibitör, gibi bir seri rolü var.

Belki urada,

H Yararlı gastro-intestinal bakterilerin ço alması, sayılabilir.

- Yararlı gastrik, oral ve intestinal bakteriler için substratları fermente edebilir.

| Zararlı olan bazı mikroorganizmaları özgül olarak inhibe etme ansına sahiptir.

Prbiyotik bugünlerde çok gündeme geldi i için söylüyorum. Aslında söyledi im, oradaki yararlı mikroorganizmaların ço alması için kullanılan yapılar. De i ik yapılar var; disakkarit, oligosakkarit, polisakkarit. Ki polisakkaritler de bugün hakikaten çok yo un olarak kullanılan; bugün light ürün diye tanımlanan diyet ürünlerinde de yer alan inülin. te gördü ünüz gibi asıl kaynaklar baklagil, sebze, tahıllardan ekstrasyon yöntemleriyle elde ediliyor. Laktuloz aslında çok uzunca süredir tıbbi tedavide kullanılan, gastroentologların çok yo un olarak kullandıkları parametrelerden.

Probiyotikler de i ik; gördü ünüz gibi. Özelliklerini söylemek gerekebilir. Patojen ve toksilojik olmamalı; insan kaynaklı olmalı, gibi. Laktobacillus türevleri, Bifido Bacterium türevleri, streptökop türevleri ve bazı mayalar probiyotik özellik ta ıyan yapılar.

Amerikan Besin laç Örgütü, bu geli melerden dolayı gelinen noktada, özellikle besin sa lık etkile imi kavramı içerisinde; özellikle besinlerin etiketlerinde bazı sa lık beyanlarını kabul etmeye ba ladı. Aslında bizim ülkemizde de, son dönemde bu kabul edildi. te, kalsiyum osteoporoz ili kisi gibi, sodyum hipertansiyon ili kisi gibi.

Bir geli me; zaten ondan sonra medyada yo un olarak fonksiyonel gıdaya yönelik, fonksiyonel besine yönelik reklamlar arttı. Yeni yeni, 2006 yılında. te bu FDA'nın sa lık beyanlarına paralel, Türkiye'de de yakla ık 7-8 etken madde do rultusunda kullanıldı ı takdirde, bunlar besinlerde yer aldı ı takdirde, onların da sa lık beyanları yapılabilmekte. Örne in, son dönemdeki i te, bitkisel sterol ve sterollerin kolesterol dü ürmedeki etkinli i gibi.

te biraz önce söyledi im ksilitoliin di çürü ünü önlemedeki etkinli i gibi... Bunlar kullanıldı ı takdirde, tamamen ve tamamen bu gıdaların, besinlerin etiketlerinde bu sa lık beyanlarına, ama çok direkt çok sert beyanlar de il, "yapabilir", "edebilir" gibi bir takım beyanlara yer veriliyor. Dolayısıyla gelinen nokta itibarıyla biz sa lık profesyonelleri rahatımıza dü kün insanlarız; genellikle de hakikaten sonın ya amadı ımız eylere sarılız ve devam ederiz. Ama gelinen nokta itibarıyla bilimsel geli meler ve kanıta dayalı veriler do rultusunda da gerekli de i iklikleri her zaman yapmaya açık olmalıyız. Ve bu yolda da kendimizi geli tirmeliyiz.

Te ekkür ederim.

(Alkı lar)

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Tanju hocamıza biz de teşekkür ediyoruz, zamanı da çok iyi kullandı için. Bizimle birliktesiniz ama uça nız için diledi iniz anda ayrılabilirsiniz. Tüm katılımcılar adına bir kez daha teşekkür ediyorum size.

Evet, fonksiyonel gıdalar, bizim eczacılarımızın üzerinde titizlikle durması gereken konulardan. Biraz önce Tanju hoca bahsetti. te, "fonksiyonel gıdalar içinde olan flamonlar, ferrolit maddeler siz eczacıların iki yıl boyunca farmokognozi derslerinde teorik ve pratik olarak öğrendi iniz biyolojik etken maddeler. Dolayısıyla fonksiyonel gıdalar içinde yer alan, farmokognoziden tanıdınız bu bileşimler, bu ekstralar konusunda tabii söz söyleme hakkımız var.

Panelimizin adı fitoterapide son gelişmeler ve fonksiyonel gıdalardı. Fitoterapide tıbbi çaylarımız var, bitkisel ilaçlarımız var. Bitkisel ilaçların üretiminde gelişmeler ve Bitkisel ilaçların, özellikle farmokognozi ve moleküler biyoloji çalışmalarına, biyolojik aktivite çalışmalarına dayalı olarak büyük bir gelişme var. Ama bizim ülkemizde bu ilaçların üretiminde sorunlar var ciddi biçimde. Ülkemizde Avrupa Birliği ülkelerine örnek olacak düzeyde bitkisel ilaç üreten bir firmanın temsilcisi arkadaşımız var. Sayın Eczacı Vedat E ilmez, bitkisel ilacın üretimindeki gelişmeler ve belki de en çok yaşadığı sorunları bize aktaracak. Sayın E ilmez buyrun.

Ecz. Vedat E ilmez: Evet sayın konuklarımız, hepinize merhaba. Hepiniz hoş geldiniz. İstanbul Eczacı Odası'nın 50. yıldönümünü can-ı gönülden kutluyorum. Daha nice nice yıllara.

Aslında yönetmelikler, çoğunlukla resmi gazetelerde, biraz sorunludur ama birazcık bununla başlayıp hemen konu mamı ısıtmak istiyorum. Türkiye'de Ocak 2005 tarihinde bu yönetmelik yayınlandı; Beşeri Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliği yayınlandı. Tabii bu yönetmelik bütün ilaçları kapsıyor. Yani sentetik ilaçları da kapsıyor, bitkisel ilaçları da kapsıyor. Değişiklikleri var. Bitkisel ilaçlarda Türkiye'de, onu biraz sonra göreceğiz nasıl sınıflandırıldı mı, daha doğrusu tüm ilaçlar bu şekilde sınıflandırılıyor; reçeteli ve reçetesiz ilaçlar. Ben bugünkü konu mamda, bitkisel ilaçların reçeteli olarak, çoğunlukla reçeteli veya kısmen de reçetesiz ama ilaç olarak ruhsatlandırılmasıyla ilgili size bazı bilgiler ve yaşadığımız bazı sorunlar, sıkıntılar, bunlar hakkında bilgi vermek istiyorum. Bu yönetmelik çok yeni, tabii bu yönetmelikten evvel de bir yönetmelik mutlaka vardı. Ama bu yönetmelik son Avrupa Birliği yönetmeliğinden alınarak yapıldı ve CTD format dedikimiz yeni bir formatla ruhsat dosyalarının hazırlanmasını içeriyor.

İmdi bu yönetmeliğin eklerinden bir tanesi, bitkisel tıbbi ürünler. Ve bu bitkisel tıbbi ürünler aynen sentetik ilaçlarda olduğu gibi, sentetik ilaçlarda var olan her türlü bilgiyi, dokümanı ilgili otoriteye vermek durumundasınız. Tabii bu son derece normal ve beklenen bir şey; doğal bir şey. Ve bitkisel ilaçların özellikle imalat işlemleri, işlemlerinin tanımlanması, bitki üretimi, bitkinin tanımlanması, hazırlanması, saklanması, depolama koşulları, her türlü bilgiyi dokümanla ederek ilgili otoriteye vermek durumundasınız.

İmdi başka bir yönetmelik daha var. Bu da beşeri tıbbi ürünlerin sınıflandırılmasına dair yönetmelik. Biraz evvel söylemiştik; beşeri tıbbi ürünler Sağlık Bakanlığınca iki türlü ruhsatlandırılıyor. Bir, reçeteye tabi, yani reçeteli ilaç dedikimiz; bir de reçetesiz dedikimiz, reçetesiz ilaçta iki türlü sınıflandırılıyor, bu yönetmeliğe göre. Reçeteye tabi olma kriterlerini görüyorsunuz. Doğru kullanılsalar bile tıbbi gözetim altında kullanılmasının mutlaka şart olması durumu. En sonda görüyorsunuz, parenteral olursa zaten bu şekilde olmak zorunda. Onun

ında sıklıkla ve yaygın olarak yanlış kullanıldıkları takdirde insan sağlığı açısından problem yaratacak ilaçlar. Bunlar hep reçeteli olarak sınıflandırılıyor. Tabii reçeteli ilacın da bir takım artıları var. Onları da görece iz.

Bir de ilave bir sınıflandırma daha var. Bu da 2000 yılında Sağlık Bakanlığı Genelgesi'yle yürürlüğe girdi. *Border Line* diye bir sınıflandırma var Türkiye'de; ki biz buna ara ürün diyoruz. Aşağıda hemen onunla ilgili bir tarif görüyorsunuz. Herhangi bir farmasötik ekinde (çay, toz, tablet, kapsül vs.) tüketicinin kullanımına hazır hale getirilmiş ancak hastalıkların tanı, tedavi ve önlenmesinde spesifik ve selektif kullanıma yönelik olmayan bitkisel ürünler. Bu ürünlerde resmi endikasyonlar yer almıyor. Yani, "bu hastalığı iyi eder", "iç tansiyonu düşürür", "stresi azaltır, düşürür" vs. gibi birtakım resmi endikasyonlar yer almıyor. Sadece bu tür ürünlerde bir takım hastalıklara veya bir takım semptomlara yardımcı oldu, destekledi şeklinde ifadeler kullanılıyor. Bunlara biz ara ürünler diyoruz. Bugünkü konumuzun içinde ara ürünler benim konu mamdamda olmadığını için sadece bu slaytla geçeceğim bunları. Ne fark var aralarında bir de onları söyleyelim. Bir kere ara ürün statüsündeki ilaçlar tabii ki eczanelerde satılıyor. Ara ürünler, fiyatları serbest, serbest fiyatlı ve hiçbir ekinde geri ödenmiyor.

Reçetesiz ve reçeteli ilaçlar ise birbirine çok benziyor gördüğümüz gibi. Eczanelerde satılıyor. Fiyatları Sağlık Bakanlığı tarafından tespit ediliyor ve onaylanıyor. Ve geri ödemeye gelince geri ödenebiliyorlar veya ödenmiyorlar. Bu tamamen otoritenin ve özellikle de son dönemde, yaklaşık bir yıldır da Maliye Bakanlığının çok daha galebe çalmasıyla Maliye Bakanlığı tarafından verilen bir kararla ödeniyor ya da ödenmiyor. Tabii Maliye Bakanlığı burada "paranın sahibi benim" diyor. Dolayısıyla "ben paramı ister bu ilaca harcamam, ister bu ilaca. Bunun kararı bana aittir" diyor. Demek ki reçeteli ilaçlarla reçetesiz ilaçlar arasında, ilk bakışta bu tarifler arasında çok ciddi bir fark yok.

Ruhsat dosyalarının hazırlanması yine bir takım yönetmeliklerle gösteriliyor. Ama çok kısa geçeceğim. Avrupa Birliği açısından baktığımızda, EMA dediğimiz European Medicine Agency dediğimiz bir ajansın veya bir kurulunun yönetmelikleri dolayısıyla yapılıyor. Türkiye'deki biraz evvel gösterdiğimiz yönetmelik de zaten bunlara paralel olarak, Avrupa Birliği ne uyum sürecinde hazırlanmış bir yönetmelik. Bu yönetmelikte, içte 814/00 ve 815/00 gibi maddeler var. Bitkisel tıbbi ürünlerde mutlak ve mutlak bu balmıkların olması, bunların dokümanite edilmesi gerekiyor. İçte stabilite testleri, fitokimyasal karakterizasyon, impüriteler yani üründe gerek üretim sırasında gerekse raf ömrü sırasında oluşabilecek parçalanma ürünleri, degradasyon ürünleri veya tansentezden, balmaktan üretimden gelen daha dolayısıyla impüriteler, safsızlıklar, mikrobiyal limitler in-proses testler... bir sürü doküman var. Kafanızı bu saatte bunlarla ağırlamak istemiyorum.

En çok karlı olan ilaç, bitkisel ürünlerde en çok karlı olan zorluklar, firmalar için, bir kere Drug Master File dediğimiz, kısaca DMF dediğimiz ürünün etken maddesi, yahut da birden fazla etken maddesi varsa etken maddeleri ile ilgili tüm teknik bilgileri kapsayan bir DMF'nin hazırlanması gerekiyor. Bu oldukça zor, meakkatli bir iş. Burada çok kısa olarak, "neler yer alıyor" olacak ama sanıyorum daha uzun olarak burada görece iz. Örneğin bizim lisansörlerimizden bir tanesi, ki açılış konusunda Filiz Hoca'mız da bahsetti. Schwabe, Alman firması, ki bitkisel ilaçlarda son derece mekkatli bir firma. Burada gördüğümüz gibi mesela pedagoniu'dan elde ettikleri bir tıbbi ürünün DMF'sini görüyorsunuz. Yaklaşık 237 sayfadan oluşan bütün stabilite datalarıyla, mikrobiyal kontaminasyonlar... üretimden raf ömrüne kadar her türlü bilgiyi içeren bir Drug Master File. Bu Drug Master File'ın genellikle Hindistan ya da Çin orijinli firmalardan bulmak hemen hemen imkansız diyeceğiz; çok zor.

Bir di er, güvendi imiz kaynaklardan bir tanesi farmakopeler tabii ki. Burada Avrupa farmakopesinden bir monograf görüyorsunuz. Bitkilerle ilgili monograflar ya o bitkinin daha çok kullanıldığı ülkelerdeki lokal farmakopelerde, örneğin Fransız, İtalyan vs. gibi ya da genel olarak bütün Avrupa Birliği tarafından benimsenmiş ise ürün bu takdirde de Avrupa farmakopesinde monograf olarak yer alıyor. Burada mesela bir ginkgo biloba'nın yaprağının monografını birkaç sayfa halinde ama sadece bir sayfasını görüyorsunuz-, hangi özelliklerde olduğunu, ne olduğunu burada görüyoruz.

mpürütelerden bahsetmiyim. Bunların teminlerinin zor olduğunu, lisansör firmadan temin edilen standartları da referans standart bulunmasının son derece zor olduğunu; çünkü yeni gelen, yeni gelenekte olan bir kol ve gerçekten bunların teminini son derece zor. Sanayide bunların temininde çok zorluklar yaşıyoruz. Bakanlık bunların sunumunda da zorluklar yaşıyor. Üretim ve kalite kontrolü açısından bakıldığında bitkisel tıbbi ürünlerin pek azının farmakopelerde özellikle Avrupa farmakopesi gibi tüm Avrupa'nın kabul ettiği farmakopelerde monografı az olarak biliniyor. Ve tabii, farmakopelerde bulunmadığı durumlarda o takdirde o ürünü geliştiren firmanın spesifikasyonlarına uymak durumunda-sınız ve o takdirde bunlarla ilgili yeni metodlar geliştirilmesi, valide edilmesi gibi sorunlar yaşıyor. Bir de analiz yöntemlerinin çoğu gaz kromatografik yöntemler ve özellikle pahalı birtakım özel kolonlara ihtiyaç duyuyor. Bu da bir di er zorlu u.

Ben konu mamın başında demiyim ki, reçeteli daha çok ilaçları, yani daha doğrusu ilaç statüsündeki bitkisel ürünlerden daha çok bahsedeceğimi söylemiştim. Dolayısıyla ilaç statüsünden bahsettiğimiz anda da endikasyonlar söz konusu. Bu endikasyonlar, daha önce Sayın Cihan Hoca'mız da bahsetti, kanıta dayalı tıbbi birtakım klinik çalışmaların yapılması, birtakım kanıtların elimizde olması lazım ki bu bitkisel ürünlere, sadece bitkisel ürünlere değil bütün sentetik ürünlere, kimyasal maddelere de bu ciddi endikasyonları verebilelim. Bu tür klinik çalışmalar çoğunlukla plasebo kontrollü ya da standart ilaçlarla, referans ilaçlarla karşılaştırılabilir. Açık ya da çift-kör, randomize çalışmalar yapılması lazım. Tabii bu da yetmiyor. Bu çalışmaların da tanınması bir takım tıp dergilerinde, kabul görmüş tıp dergilerinde yayınlanması lazım. Bu yayınları ancak bakanlık sunduğunuz takdirde bakanlıktan veya sağlık otoritesinden bu endikasyonları, resmi endikasyonları Türkiye'deki endikasyonları olarak da almanız mümkün olabilir.

Bunlarla ilgili birkaç örnek vereyim size. En çok tanınmış bitkilerden veya bitkisel ürünlerden bir tanesi ginkgo biloba olduğunu için özellikle de örnekleri oradan seçtim. Mesela bu ginkgo biloba'nın yine bir kolesterol inhibitörü olan donepezil ile olan, ki hemen hemen alzheimer tedavisinde standart ilaç kabul edilen donepezil ile olan bir karşılaştırma. Bu çalışmada da kırmızıyla gördüğünüz yerde, 22 haftalık 24 haftalık bir randomize çalışmada plasebo kontrollü ve çift-kör bir çalışma olduğunu, 50 ila 80 yaşında hastaların hafif veya orta derecede demans hastalarının çalışmaya alındığını ve bir gruba ginkgo biloba, bir gruba donepezil, bir gruba plasebo verildiğini yani üç yönlü bir klinik çalışma olduğunu görüyorsunuz. Yayınlandı mı dergi de Avrupa'nın oldukça saygın dergilerinden bir tanesi, *European Journal of Neurology*. Dolayısıyla, bu tür çalışmalar yapılmadan endikasyon almak ve endikasyonu hatta kalıcı hale getirmek mümkün görünmüyor.

Bir di er çalışma yine başında görüyorsunuz. *Journal of American Medical Association*'Adi çıkmış olan yine plasebo kontrollü *double-blind* randomize bir çalışma. Bu sefer plaseboya karşı yapılmış ve demans hastalarında yine ginkgo biloba'nın...

Bir di er çalı ma bu. Bir sürü çalı malar var. Bu çalı mayı özellikle koydum. Çünkü bu geçen sene Eylül ayında stanbul'da yapılan International Alzheimer kongresinde poster olarak sunuldu. Sa tarafta görüyorsunuz. Yine demans tedavisinde, Alzheimer tipi demans tedavisinde, özellikle de nöro-psikiyatrik özellikler de göstermesini ortaya koyan bir çalı ma.

Bir ba ka ilaçla ilgili, sabal ekstre, çok kullanılan serenoa repens bitkisi. Yine bakın burada da, üç yıllık bir çalı ma bu. Benign Prostat Hipertrofisi'nde, prostat semptomlarında, rezidü idrar miktarında, ki en önemli semptomlarından bir tanesi budur, prostat hipertrofilerinde. Bunda elde edilen sonuçları gösteriyor. Bakın, süre üç yıl ve çalı mada bulunan hasta sayısı da 435.

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Sayın E ilmez, özetleyebilirsiniz...

Ecz. Vedat E ilmez: Hemen toparlayayım. Di er çalı malar çok detaylı girmeyeceğim ama bu tür çalı malar aynen bu ekinde yayınlanıyor. Son olarak iki slaytla bitireceğim. Son zamanlarda sizlerin de son derece sıkıntıya dü tü ünüz konularından bir tanesi; geri ödeme. Özellikle burada kar ı kar ıya gördü ünüz ilaç firmalarıyla eczacılar, eczacılarla geri ödeme kurumları, geri ödeme kurumlarıyla ilaç firmaları; herkes birbiriyle kar ı kar ıya. Geri ödemede birtakım belirsizlikler veya son zamanlarda alınan birtakım kararlar dolayısıyla.

Hepimiz hacı yolu bekler gibi Resmi Gazete'de bütçe uygulama talimatının yayınlanmasını ve o talimatta da yer almayı tabii ki bekliyoruz. Bu biliyorsunuz yılda 4-5 kere yayınlanıyor.

Çok kısa olarak, geri ödemedeki bitkisel ilaçlarla sözümü bitireceğim. Burada gördü ünüz gibi, reçeteli, reçetesiz ya da ara ürün statüsündeki bazı bitkisel ilaçları ve endikasyonlarını görüyorsunuz. Ve kar ılarında da geri ödenip ödenmedi iyle ilgili bilgileri görüyorsunuz. Örne in ginkgo biloba geri ödenmiyor, serenoa repens geri ödenmiyor. A alırlara do ru indi imiz zaman birtakım reçeteli ilaçların ve reçetesiz ilaçların geri ödendi ini görüyoruz. Ama geri ödenme kısmında endikasyonlara bakarsanız, i te hemoroid gibi, pikler gibi, kronik kabızlık gibi, devletin belli bir anatomik bölgeyle çok fazla ilgilendi ini ve oraya bir avantaj da sa ladı ını görüyoruz, son zamanlarda.

Ben sözümü son bir slaytla bitireceğim. Biraz evvel çok de erli Cihan Hocamız da bahsetti. Gerçekten hekimlerin e itiminde, tabii bitkisel ürünler, farmakognozi, fitoterapi vs. gibi konular henüz yok. Olmadı ı için de, geri ödemedeki sıkıntıların bir kısmı da buradan geliyor zaten. Yani bir inançsızlık var. Bu kadar klinik çalı maya ra men birtakım inançsızlıklar var. Ama çok önemli bir haber, Yeditepe Üniversitesi'nde bu i ba ladı ve tıp e itimi içerisinde fitoterapi dersleri oldu bu sene. Umarım bu yaygınla ır ve tüm tıp fakültelerinde olur. Ve biraz evvel hocamızın da dedi i gibi, doktorlar, eczacılar, bu i in içinde bir takım halinde çalı ırlar ve daha iyi sonuçlar alırlar. Beni dikkatle dinlediniz, çok te ekkür ediyorum.

(Alkı lar)

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Sayın Vedat E ilmez'e çok te ekkür ediyoruz. Gerçekten, ba larken de söyledim, Avrupa Birli i ülkelerindeki incelemelerimiz sırasında Türkiye'de bitkisel ilacı en iyi üreten firmaların olu u bize de gurur veriyor.

Evet, son konü macımız yine bir farmakognozi hocası. Panelimize farmakognozi hocamız Günay Sarıyer'le ba lamı tık. Sevgili Erdem Ye ilada hocamızla devam ediyoruz. Dün gelenler onu izlediler. Burada olu nedeni Türkiye'de bitkisel ilacın ithali ve üretim ruhsatı almadaki son durumunu bize anlatması. Çünkü kendisi biraz önce de söyledi im gibi Sa lık Bakanlığı ı Ara Ürün Komisyonu üyesi. Evet sayın hocam, buyrun.

Prof. Dr. Erdem Ye ilada: Te ekkür ederim. Tekrar merhaba. İmdi benim bahsedeceğim konular, tabii bitkisel ilaçların piyasadaki, nerelerden izinli olduğu, ne derecede güvenli olabileceği şeklinde bir değerlendirme şeklinde. Bildiğiniz gibi her bitkide fotosentez sonucu farklı yapılarda onlarca hatta yüzlerce bilelik meydana geliyor. Eğer bunlardan lezzet olarak uygun bir lezzetteyse, besleyici bilemler bakımından da zenginse, vitamin, mineral, protein gibi, biz bunlardan gıda olarak yararlanıyoruz. Ancak bir de ilevsel gıda, fonksiyonel gıda dediğimiz bazıların sa lı lı koruyucu, tedaviye yardımcı bilemler bakımından daha zengin olduğunu biliyoruz. te sarımsak, domates, enginar, soya fasulyesi, ısırgan. Bunlar ilevsel gıda olarak biliniyor.

Eğer lezzeti ve bilemleri bakımından doğrudan gıda olarak kullanılmaya uygun değilse o zaman da biz bunları fitoterapide, ama tedavi özelliği de varsa tabii, çay veya bitkisel ilaç olarak kullanıyoruz. te fitoterapi, bitkilerdeki bu fotosentez sonucu meydana gelen zengin kimyasal içeriklerden tedavi amacıyla yararlanılmasıdır.

Tabii, Türkiye zengin bir bitki örtüsüne sahip hepimizin bildiği gibi. Ve zengin bir de kültürel mirasa sahip, binlerce yıllık. Ancak Sağlık Bakanlığı bünyesinde Türkiye'de bitkilerin satışı ile ilgili, tabii daha önce de aktarlar kanalıyla yapılıyordu, ilk düzenleme 1985 Ekim'inde ite aktar, baharatçı gibi dükkanların satılması sakıncalı ve tehlikeli olan maddelere ait listelerin Valiliklerce denetimi; sonra Mart 1986'da da bu tip yerlerin açılına sa lık müdürlükleri tarafından izin verilmesi ile ilgiliydi. Sonra 1985'te Sağlık Bakanlığı bünyesinde çok kısa süreli bir Bitkisel İlaç Ruhsatlandırma Komisyonu kuruldu; 6 ay sürdü bu. Bundan sonra, kapatıldıktan sonra ise Bakanlık yönetimlerinin de i en bakanların, de i en idarecilerin de i en, bitkisel ilaca bakı açmaları çerçevesinde tutarsız bir yönetim görüldü. Ta ki 1993'te piyasadaki a rı talep, bilhassa Amerika ve Avrupa'daki talebe ba lı olarak Türkiye'de de mecburen Tarım Bakanlığı 'ndan bunlar "Gıda Deste i" tanımı altında izin alarak piyasaya çıktılar. Ama hiçbir denetim ve kalite, farmasötik kaliteyle ilgili hiçbir çalı ma yapılmadı.

Sa lık Bakanlığı bünyesinde "Ara Ürün Komisyonu" ilk olarak 1999 yılında kuruldu. Demin Vedat arkadaşımın da söylediği gibi *border-line*, ngilizce'siyle. Ara ürün tabii kısaltılmış bir isim. Esas ilk ismi öyle; "kozmesötikler, tedaviye yönelik olmayan bitkisel ürünler, beslenmeyi destekleyici ürünler (nutrasötikler, vitaminler) ve topik uygulanan ilaç dı lı ürünler. Ancak tabii buradaki "tedaviye yönelik olmayan bitkisel ürünler" kavramı biraz karışık. Çünkü o zaman ıspana ın falan da Sa lık Bakanlı 'ndan izin alması gerekiyor; e tedaviye yönelik olmayan. Bu durumda Aralık 2004'te adını öyle de i tirdik; sa lı lı koruyucu veya tedaviye yardımcı bitkisel ve di er do al (tüm do al yani, bitkisel dahil, mineral dahil, hayvansal dahil) farmasötik formülasyonlar (fitoterapötik, nutrasötik, kozmesötik) ve topik uygulanan ürünler ile ilgili farmasötik preparatların incelendi i komisyon olarak.

A ustos 2002 esasında çok güzel bir tarihi. Tarım Bakanlığı ve Sa lık Bakanlığı 'nın o dönemde aralarındaki anlaşma ile bitkisel ilaçların ruhsat ve izinlerinin sadece Sa lık Bakanlığı laç ve Eczacılık Genel Müdürlü ü tarafından düzenlenmesi kabul edildi. Bu durumda bütün bu tip ürünler Sa lık Bakanlığı 'nın belirli çerçevedeki kalite ve kontrol mekanizmalarına uymak zorundaydılar. Fakat bu kısa oldu. Biz o anda ite dünyadaki en ileri ülke haline gelmi tik, kalitede. Çünkü bütün Avrupa, Amerika bu çıkmazın içinden çıkmaya çalı ıyordu.

(slyтта bir sorun çıkıyor)

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Teknoloji arada böyle muziplikler yapıyor. Biz zamana karı yarı ıyıyoruz. Aslında panelimizin süresi programa göre 1,5 saat biliyorsunuz. 15:10'da başladık dolayısıyla 5'e 20 kala bitireceğiz süremiz içerisinde. Ama böyle teknolojik aksaklıkları tabii tıpkı maçlarda olduğu gibi ekleyeceğiz izinle.

Prof. Dr. Erdem Yeşilada: Haziran 2004'te yayınlanan "Gıda Kanununda Değişiklik" ise ortamı bir kaos ortamına sürükledi. Çünkü burada vitaminler, bitkisel ürünlerin "gıda desteği" tanımı altında Tarım Bakanlığı tarafından da izinlendirilebileceği görülmüştü. İmdi bu durumda piyasada iki türlü izin alanlar var. Bir, Tarım Bakanlığı; bir de Sağlık Bakanlığı'ndan. Ancak tabii bir bitkisel ürünün kalite değerlendirilmesini yaparken bazı faktörlere dikkat edilmesi gerekiyor. Ki bunların başında mesela coğrafik faktörler; çünkü bunlar bitkinin kimyasal içeriğini, dolayısıyla etkinliğini önemli ölçüde etkileyecek faktörler. Veya tarımsal faktörler; toprak şartlarından tutun... Üretim teknolojisi, mesela uçucu yağ taşıyan bir meyve fırında veya pişirerek hazırlarsanız bütün etken maddeler kaybolabilecektir, vb. sıkıntılar.

Tabii, ayrıca bir de olası riskler var. Bitki dediğimizde diğer ilaçlarda karşılaştığımız mikrobiyolojik kontaminasyondan fungal toksinlere, çevresel kontaminasyonlardan tarımsal atıklara kadar önemli riskler söz konusudur. Bunların hep incelenmesi gerekiyor. Tabii bir de ayrıca yanlış bitki materyali kullanılması. Mesela en önemli örnek yanlış papatya türü, zehirli papatyalar da var. Ki bununla ilgili hıfzısıhha kayıtlarında papatyadan zehirlenmeler var. Halbuki papatya son derece güvenilir bir bitkidir ve 0 yaşımdan itibaren bebeklere verilebilir. Ama gerçek papatya olması lazım.

Tabii, diğer önemli bir etken ise hazırladığımız formülasyonun saklama süresince, raf ömrü boyunca dayanıklılığını koruyup korumadığı. Bir başka etken de bu.

Bu durumda bitkisel ilaç ekilerini şu şekilde gruplandırabiliyoruz:

1. Ham bitkisel materyal.
2. Bitkisel çaylar.
3. Farmasötik formülasyon grubu; nutrasötik, fitoterapötik, fitofarmasötikler bu grupta yer alıyor.

Ham bitki materyali dediğimizde; aktardan, herbalistten, baharatçıdan aldığımız ve yahut da doğadan kendimizin topladığımız ham bitki materyali grubuna giriyor ki, bunda ruhsat yok, denetim yok; aktarlarda, meyde satılanlar. Dolayısıyla etken madde içeriğini bilmediğimiz için de, fizyolojik cevap tekrarı düşük. Riski ise demin bahsettiğimiz kontaminanların, ağır metallerin bulunma riski.

Bitkisel çaylar bir formülasyon ama basit bir formülasyon. Hem Tarım Bakanlığı, hem Sağlık Bakanlığı'ndan izin alınıyor ama imdiye kadar Sağlık Bakanlığı'na müracaat etmiş hiçbir çay preparatı görmedim. Hepsini Tarım Bakanlığı'ndan çok kolaylıkla ve ucuza aldığımız için. Tabii bunda da denetim yok. Kaliteyi bilmiyoruz. Burada firma güvenilirliği ön plana çıkıyor. Artık, güvendiğimiz firmaların çayını alacaksınız. Sağlık Bakanlığı koruyucu statüsü herhangi bir endikasyon yok, belirtilmiyor ama ürünleri dün gösterdiğimiz slayttan hatırlarsanız kapaklarını açınca içinde nelere yaradığını da gizli bir şekilde ortaya koyuyorlar. Ki zaten hani dün konu mamda bahsettiğimiz o yayınlar da hep bunların nelere iyi geldiğini gösteren yayınlar.

Üçüncü grubumuz, farmasötik formülasyonlar. Yani tablet kapsül gibi belli farmasötik ilaç formları haline dönüşmüş olanlar. Yalnız tabii bu sizi aldatmasın.

Yani bir ambalajın bir farmasötik forma dönü türülmü olması, bunun etkinlik, güvenilirlilik ve standardizasyon bakımından yeterli kriterlere sahip oldu u anlamına gelmez, gelemez.

Nutrasötikler, demin Tanju Bey'in de söyledi i grupta. Esasında çok tanım var piyasada ama benim en çok ho uma giden tanım bu: Bir gıdada biyoaktif oldu u dü ünülen bir etken maddeyi, gıda olmayan bir ta ıycı içerisinde, konsantre formu halinde normal gıdada sa lanandan çok daha fazla dozlarda sa layan sa lı ı koruyucu ve tedaviye yardımcı olarak kullanılan diyet destekleri. Bu tanımı daha iyi kafaya yerle tirmek için bence likopen'i mesela dü ünün. Domateste var ama domatesten alınan de il tabii, sentetik elde ediliyor. Tablet haline dönü türülüyor ama bir on kilo domatese e de er miktarda likopen alıyorsunuz. Ve bu sa lı ı destekleyici. te burada kritik nokta, ke ke Tanju Bey olsaydı, vakit olsaydı tartı saydı; çünkü besinden elde edilmi olması onun yüksek dozda verildi inde ilaç statüsüne girip girmeyece i tartı ılır bir durum. Çünkü Paraselsus'un dedi i gibi, "bir ilacın, bir maddenin zehirli veya yararlı olmasının en önemli etkeni dozudur."

Bunlara farmasötik dozaj formları halinde limitlere göre Tarım veya Sa lık Bakanlı ından izin veriliyor. Vitaminler, mineraller, probiyotik, likopen, resveratrol, EGCG ye il çaylar... hepsi bu gruba giriyor; besleyici özelli i olanlar. Tarım Bakanlı ı'ndan alanlarda herhangi bir ürün kalite eyi yok; denetimi bulunmuyor, talepleri de bulunmuyor. Ve endikasyonlar da sürekli yapılan, basılan bro ürlere, yayınlarla destekleniyor. Sa lık Bakanlı ı'ndan da bu ürünlere izin alınıyor. Bu alınan izinler neticesinde sadece minör tedavi endikasyonları; yani kansere iyi gelir diye bir ey söz konusu de il bu ürünlerde. Kalp damar sa lı ını, ba ı klık sistemini destekler, gibi endikasyonlar, minör endikasyonlar olabiliyor. Ve bunların tam kontrolü yapılıyor, yani gerek raf ömürleri, gerek kalite analizleri bakımından tam analizleri yapılıyor.

Fitoterapötik grubumuz ise bu izini Sa lık Bakanlı ı Ara Ürün Komisyonu'ndan alan ürünlere verdi imiz bir isim oldu. Tabii, fitoterapötik di erlerinin hepsinin kapsayabilir ama biz bir ayırım olması için fitoterapötik dedik Ara Ürün Komisyonu'ndan izin alanlara. Burada standardizasyon, stabilite, her nevi kalite kontrolü ve denetimi var. Fizyolojik cevap tekrarı tabii ki daha yüksek dolayısıyla. Ça da ilaçtan tek farkı nedir? Yeterli klinik veri olmadı ında geleneksel tedavide kullanılıyorsa halkın kullandı ı veriler, belirli bir yıl içerisinde kullanımı sa bu klinik gibi algılanıyor. Tabii destekleyen bilimsel verilerin bulunması durumunda da bunlara izin veriliyor. Tak farkı bu. Yani tam bir ilaç kalitesinde; tek farkı klinik verileri yeterli sayıda de il. Ama halk bunu kullandı ı için, geleneksel tedaviden geldi i için bu kabul ediliyor. Ve sadece eczanelerde satılır diye bu ürünler pazarlanıyor.

İlaçta en yüksek form ise fitofarmasötik dedi imiz gruba giriyor. Ki Sa lık Bakanlı ı'nda Ana Ürün Komisyonu'ndan alıyor. Tabii klinik de erlendirmeler dahil her nevi üst düzey ilaç denetim ve analizleri uygulandı ı için de en yüksek güvenilirlili i olan ilaçlar.

Avrupa Birli i'nin direktifi öyle: "Bitkisel veya sentetik olsun, orijini ne olursa olsun ilacın kalitesi en yüksek derecede olmalıdır." Dolayısıyla ilacın kalitesinden bir ödün vermeden Avrupa Birli i'nin yine istedi i bir ey, bitkilerde bu ekstra limitleri istiyor. Demin de bahsettiydim. Çünkü bu di er ilaçlar için söz konusu de il ama a ır metalinden pestisitine, alfotoksin veya mikrobiyal kontaminasyona kadar, bunlar bitkisel ürünler için önemli parametreler.

Benim sunumum bu kadar. Dinledi iniz için te ekkür ederim.

(Alkı lar)

Prof. Dr. Filiz Meriçli: Erdem Hoca'ya çok te ekkür ediyoruz. Sanıyorum bütün salon zamanı çok iyi kullandı ımız için mutludur diye dü ünüyorum. Soruları almayalım, soruları kahve molasında alalım diye dü ünüyorum. Sanırım bana katılacaksınız, çünkü bizden sonra da bir panel var. Kahve sırasında konuklarımıza sorularınızı sorabilirsiniz. Bütün arkada larım adına katılımınız ve katkılarınız için hepinize te ekkür ediyorum.

(Alkı lar)

(Kahve arası)

PANEL: Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Sağlıkla Yaşam Hakkı

Oturum Yöneticisi: Yrd. Doç. Dr. Ufuk URAS (*J. Ü. İktisat Fak. Öğretim Üyesi*)

Konu macılar: Prof. Dr. Gençay GÜRİSOY (*Türk Tabipleri Birliği Başkanı*), Ecz. Zafer KAPLAN (*İstanbul Eczacı Odası Başkanı*), Dr. Koksal AYDIN (*Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Başkanı*), Prof. Dr. Cevdet ERDÖL (*AKP Trabzon Milletvekili / Sağlık Komisyonu Başkanı*), Kemal KILIÇDAROĞLU (*CHP İstanbul Milletvekili*), Dr. Haluk ÖZSARI (*DYP Kadın Kolları ve Aileden Sorumlu Başkan Yardımcısı*).

Sunucu: Değerli konuklarımız, İstanbul Eczacılık Kongresi'nin son gün oturumunu bir panelle sonlandıracağız. Panelimizin konusu Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve Sağlıkla Yaşam Hakkı. Paneli Sayın Yrd. Doç. Dr. Ufuk Uras yönetecek. Kendisi İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Öğretim Üyesi. Panelde katılan konu macılarımız ise Sayın Prof. Dr. Cevdet Erdöl, Adalet ve Kalkınma Partisi Trabzon Milletvekili Sağlık Komisyonu Başkanı Merkez Karar Yürütme Kurulu Üyesi; Sayın Kemal Kılıçdaroğlu, Cumhuriyet Halk Partisi İstanbul Milletvekili; Sayın Prof. Dr. Gençay Gürsoy, Türk Tabipleri Birliği Başkanı; Sayın Dr. Haluk Özşarı, Doğu Yol Partisi Kadın Kolları ve Aileden Sorumlu Başkan Yardımcısı; Sayın Dr. Koksal Aydın, Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası Genel Başkanı ve Sayın Ecz. Zafer Kaplan İstanbul Eczacı Odası Başkanı. Kendilerini kürsüye davet ediyorum. Buyrun.

(Alkışlar)

Panelimiz başlamadan önce küçük bir hatırlatmada bulunmak istiyoruz. Tüm delegelerimizin sertifikaları yukarıda hazır. Lütfen kongreden çıkarken alıp ondan sonra ayrılmalarmızı rica ediyoruz.

Yrd. Doç. Dr. Ufuk Uras: Değerli konuklar hepiniz hoş geldiniz. İstanbul Eczacı Odası'nın bu panelini açıyorum. Başlı başına birkaç gündür süren üst başlıkla ilgisi ortada. Zannedersem bu, konu macılara bu turda onar dakika bir konuşma süresi vereceğiz. Ardından değerli izleyicilerin katkı ve sorularını alıp, daha sonra ikinci ve son turda beşer dakikalık bir sorulan yanıtlama ve söylenmeyenleri, kalanları tamamlama turu olacak. Toplumsal muhalefet örgütlerinden başlayıp, listemizde olduğu gibi, programımızda olduğu gibi, siyasi partilerimize geçiş yapacağız. En son zannedersem Avrupa Parlamentosu'ndaki bir toplantıda dikkat ettim konuşmalar 10 dakika iken genellikle Batılı konuşmacılar 10 dakikada konuşmalarını bitiriyordu. Bizim Türkiye'den gelenler biraz daha uzatıyordu. Bunun nedenlerini daha sonra düşününce herhalde bu analog bilgiden dijital bilgiye geçmek haki-katen bir mesai gerektiriyor. Biz hikaye anlatmayı seven bir toplumuz ama bu konunun önemi çok büyük. Bugün 10 Aralık aynı zamanda insan haklarının anlamını yeniden düşünmemize vesile olan bir gün ve sağlık hakkı gibi çok temel bir insan hakkı üzerine bu paneli yapacağız.

Bildiğiniz gibi bizim kuşak, yani 78 kuşağının kullandığı sözcükler 12 Eylül sonrası de-işime uyarı. Bunlardan bir tanesi devrim sözcüğüydü. 80'li yıllarda Sayın Özal, devrimin yerine transformasyon kullanmaya başladı. Biz de buna dönüşüm diyoruz. Hakikaten neo-liberal politikalar, küreselleşme politikaları her alanda hayatımızı dönüştürmeye başladı. Bu

dönümün önemli ayakları da yasal düzenlemeler içinde oluyor. Tabii, panel sonrasında ve günlük hayatımızın içinde de bu bir dönüm müdür, yoksa hani o Kafka'nın metamorfoz'u gibi, bir tür baklava mıdır? Doğrudan bu alandan gelen meslektaşlarımız zaten bu meseleyi yaşıyorlar. Ama bildiğiniz gibi, bu neo-liberal politikalar deyimli sektörlerde gündeme geldiğinde, bizim Dergi programı dediğimiz, Dergi yasaları dediğimiz yasalar; tanrıdan beklenen, deyimli alanlara çok ciddi bir dönüm ya attı hayatımızda. Ve bu bildiğiniz gibi deyimli siyasi partiler üzerinden gerçekleşti. O zaman, deyimli te 2007 bütçesinde de çok yıllık bir bütçe uygulaması varsa o zaman siyaset, siyasetin kendisi ne anlam taşıyor? Siyasetin kendisi tam da deyimli te bu tür zeminlerde getirilen eleştiriler ve öneriler doğrultusunda yasaların eklenmesiyle belki de anlamlı oluyor. Tabii, yasalar eklenirken uluslararası güç odaklarının talebi doğrultusunda mı oluyor, yoksa deyimli te burada örnekini gördüğümüz gibi Odalarımızın önerileri doğrultusunda mı oluyor? Bu Dergi programı ve yasalar, yani neo-liberal program gündeme gelirken bunun nasıl olduğunu gördük. Temennimiz o ki, sağlıklı konusuna böyle olmasın. Doğrudan bu deyimli in öznelerinin iradesi Meclis'imizde yasalar eklenirken dikkate alınsın.

İlk sözü sayın Prof. Dr. Gençay Gürsoy'a vereceğim. Bana özgeçmişler ile ilgili bilgi verildi ve okumam istendi. Gençay Hoca'mızla beraber çalıştık. Kendisi 1939'da Oltu'da doğdu. 63 yılında İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroloji Öğretim Üyesi. Üniversite Asistanları Sendikası Başkanlığı ve Tüm Üniversite Asistanları Derneği Başkanlığı yaptı. 1990-94 yıllarında Türk Tabipleri Birliği Yüksek Onur Kurulu Üyesi; 1979-81 yıllarında İstanbul Tabip Odası Genel Sekreterliği, 2002-2006 yıllarında İstanbul Tabip Odası Başkanı olarak görev yaptı. Halen Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi Başkanı'dır; Dönem Başkanı olarak ifade ediliyor. Buyrun Hocam.

Prof. Dr. Gençay Gürsoy: Herkese iyi akşamlar diliyorum ve eczacı arkadaşların 50. yıllarını kutluyorum. Bu hayat hikayesi çok iyi de, tabii yaşamızı ortaya çıkarması bakımından biraz, çok artıydı diye düşünüyorum. İmdi, efendim ben biraz sağlık ve tıp örgütlenmesini dünya ölçeğinde biraz böyle tarihe gidip bugüne getirmeye çalışıyorum. Ufuk'un ikaz ettiği bu 10 dakikaya sınırdır meselesinde deyimli te Batıyla Doğu arasında bir yerde yerleştiğimiz için biraz sağa sola kaçma durumu olabilir. Onun için beni lütfen süreme iki dakika ikaz etmesini rica edeceğim.

Tıp, biliyorsunuz bir bilim, güç odağı olarak tarihte insanlığının varoluşuyla birlikte ortaya çıkmış bir sanat, zanaat diyelim. İlk dönemler biliyorsunuz, Eski Mısır'da, bakımsız uygarlıklarda hep böyle siyasi iktidar odaklarının yanında yer almış. Bu sıralarda pek de il ama böyle bir geçmişimiz var bizim. Yani büyücülük geçmişi, güvenlik geçmişi de böyle; iktidar ilişkileriyle çok yakın. İlk kendi içinde ciddi kınımardan bir tanesi, 11. yüzyılda yaşıyor. Bir tarafta halk tıbbı dediğimiz, böyle deyimli te daha çok kadınların içinde olduğu, iyileştiriciler, halk tıbbı ve sanatı diyelim. O yıllarda da yavaş yavaş kurumsal tıp, üniversite etrafında, ilk üniversitelerin, ilk tıp fakültelerinin etrafında kurumsal tıp oluyor. Derler ki, tabii benim konumum çok da ortasında değil, ama ciddi iddialar vardır ki meşhur 11. yüzyıldaki cadı avı, Ortaçağ katliamları aslında kuramsal tıpla daha çok kadınların yürüttüğü bu halk tıbbı arasındaki çıkar çelişkisinden kaynaklanmıştır. Ve yüzlerce, binlerce iyileştirici, günahsız kadın cadı olarak yakılmıştır Ortaçağ'da.

İkinci büyük dönem diyelim, endüstri devrimiyle birlikte bakımsız ve ilk defa halk sağlığı diye, toplum sağlığı diye, koruyucu hekimlik alanı diye bir alanın ortaya çıktığı dönemi ifade edebiliriz; 17. yüzyıl 18. yüzyıl falan. Bu nereden çıkıyor? İngiltere tekstil endüstrisinde

insanların toplu halde hastalanmasının endüstrinin verimini dü ürece ini dikkate alarak ilk defa i te böyle ya ama ko ullarının düzenlenmesi, koruyucu hekimli in ortaya çıkması konusunda çabalar sarf ediliyor.

Büyük teknolojik sıçramalar 60'lardan itibaren ba lıyor. 80'lerde çok büyük bir hız kazanıyor ve 60'ların büyük sıçramasının en büyük ürünlerinden biri ilaç, 70'lerin en büyük ürünlerinden biri de i te bilgisayarın tıbbi uygulanması ile birlikte bugün i te stanbul'un her soka nı sarmı olan MR, tomografi laboratuvarları vs... Yani teknolojinin ve ilacın alanımıza hakim oldu u bir dönem. Bu yıllardan itibaren tıbbın toplum hayatına çok egemen olduğunu görüyoruz. Batı'da bunun çok ele tirisi yapıldı. Tuhaf bir ekilde, sermayenin bu alana ilgi duymasıyla tıbbın bu popüler kültürdeki egemenlik alanını geni letmesi aynı dönemlere rastlıyor. Ivan iliç, biliyorsunuz ünlü sosyolog, ismi Vladimir liç Lenin'e benziyor ama o de il; Ivan iliç ilk tıp ele tirisini yapan sosyologlardan biri. "Yetti artık" diyor, "hayatımıza bu kadar hakim olmaya hakkı yok bu alanın". Biliyorsunuz onun e itim konusunda da çok ciddi ele tirileri vardır. Daha sonra Foucault'nun, hatta Gods'un bu alana yönelik ciddi ele tirileri var.

Derken a a ı yukarı 1984'ten itibaren global sermaye, bu alana hakim olmaya, bu alanı sermayeye açmaya çalı ıyor. Ve büyük maceranın da, bizim biraz sonra tartı maya çalı a cı ımız Sa lıkta Dönü üm Programı'nın da ilk ivmesi böylece ortaya atılmı oluyor.

Dönelim Türkiye'ye; Türkiye'de sa lık alanının örgütlenmesi, Cumhuriyet'in kuruluş yıllarındaki o çok zor ko ullarda, kamusal sa lık sisteminin büyük enfeksiyon mücadelesinin kahramanlıklarının... bunları böyle ifade etmek lazım gerçekten. Sıtmayla, veremle, trahomla bu ülkede çok sınırlı bütçelerle ve bir devrim iradesiyle çok büyük mücadeleler kazanılmı tır. Hekim ve sa lık altyapısının neredeyse sıfıra indirildi i Kurutulu Sava ının arkasında, öyle bir 10-15-20 yıl kadar çok ciddi atılımlar yapılmı tır. O kadar ki, bugün hâlâ eksikli ini duydu umuz bir a ı üretme bile bu ülkenin kendi sınırları içinde Hıfzısıhha Enstitüsü'nde yapılırdı. Türkiye a ısını üreten bir ülkeydi o zaman; ilacın hiç olmazsa bir kısmını dahil olmak üzere.

1960'lı yıllarda askeri 27 Mayıs hareketinin hemen izleyen yılında 1961 'de Sami Küçük, yanlı hatırlamıyorsam, Milli Birlik Komitesi üyelerinden, evet Sami Küçük, bir gün *Cumhuriyet* gazetesine bir röportaj veriyor. Diyor ki, " u ngiltere'ye bir gitmi tim. Orada sa lık çok böyle iyi i liyor. nsanlar böyle hemen hekime ula abiliyor, falan. Fakir fukaranın da sa lık hakkı var, falan." Bunu Nusret Fi ek duyuyor. Nusret Fi ek, bizim rahmetli hocalarımızdan biri ve sa lı ın sosyalle tirilmesi programının yaratıcısı. Hemen Nusret Fi ek, Sa lık Bakanı'nı buluyor. O sırada müste ar. Ve böyle böyle diyor, "Sami Küçük bir ey söyledi." Biliyorsunuz o zaman iktidar Milli Birlik Komitesi'nin 14 ki isinin elinde. stedikleri her eyi yapabiliyorlar. Hemen Sami Küçük bulunuyor; "sen böyle bir ey söyledin. Bunun arkasının dolmasını ister misin?" diye. Ve '61 yılında 5 Ocak tarihinde Milli Birlik Komitesi'nin son günü, iktidarı devredecek ertesi gün, bir kanun çıkarılıyor; Sa lı ın Sosyalle tirilmesi Kanunu. Nedir bu? Sa lık ocakları, ekip hizmeti ve kamusal, kırsal alana sa lık hizmetini götürme esasına dayanan 224 sayılı yasa. Son derece önemli. O dönemde dünyada da birkaç yıl içinde Dünya Sa lık Örgütü tarafından örnek bir örgütlenme biçimi olarak ele alman, temeli dedi im gibi, hekim, eczacısı (tabii eczacısı sa lık oca nda yok ama), ebesi, i te koruyucu sa lık elemanlarıyla birlikte bir ekip çalı ması, koruyucu hekimli i ön planda tutan ama birinci basamak sa lık hizmetlerini de yapan, yoksul bölgelerden kentlere do ru geli mek üzere planlanan bir sistem.

Bu sistem, de erli arkada lar, 1980'li yıllara gelinceye kadar her iktidar tarafından, biraz da adından ürkülerek, hani sosyalle tirilmi tıp var ya sosyalizmle özde le tirilerek korku uyandıran ve bulundu u yerde bo ulması gerekir diye ifade edilen... Biliyorsunuz ondan önceki yıllarda rahmetli Celal Bayar'ın cumhurba kanı oldu u yıllarda herkes bu kı komünizm gelebilir diye Türkiye'yi tela a verirlerdi. Böyle bir korkunun da eseriyle, etkisiyle; sa lık taki sosyalizasyon uygulaması baltalandı, baltalandı; 1980'li yıllardan itibaren de kadro eksikli i altyapı eksikli i ile gittikçe yetersiz hale geldi. Tedavi edici hekimlik daha çok ön plana çıktı. Ama bunun öncesinde tabii Sosyal Sigortalar Kurumu var, daha eski yıllarda kurulmu olan. O bir taraftan tedavi edici hekimli i örgütlüyor. Emekli Sandı ı'nın yapısı var.

Vc geliyoruz, atlayarak geçiyorum, AKP iktidarı dönemine. Demin sözünü etti im, sa lık ın piyasala tırması temeline dayanan, global sermayenin bu alana girme ve hakim olma çabaları, Dünya Bankası'nın hazır dosya haline getirilmi "Sa lıkta Reform" adı altında projelerinin bizim gibi devletlere, hükümetlere sunuldu u döneme geliyoruz. Bu dosyalar 80'den itibaren her gelip geçen iktidara sunuldu. Ama bunların hiçbiri, hiçbir iktidar AKP kadar gözü kara biçimde bu dosyayı *motamot* uygulama cesareti gösteremedi. Vc nihayet bizim de bu egemenlik alanımız diye sayabilece imiz, i te Tabip Odaları, Türk Tabipleri Birli indeki çalı ma dönemimizle a a ı yukarı zamansal olarak da AKP'nin iktidar dönemi çakı tı. Yani biz beraber adeta, bu sa lık siyasetine adım atmı olduk. Ve gözlerimizin önünde bu Dünya Bankası projesi a a ı yukarı *motamot* uygulanmaya ba ladı.

Bunun temel ayaklarını arkada ım Koksall biraz sonra daha ayrıntılı anlatacak ve ikinci turda zannediyorum daha ayrıntılı konu ma fırsatı olacak. Biz bu projeye felsefe olarak karş ılız. Kamu a ırlıklı bir sa lık sisteminden yanayız. Çünkü inanıyoruz ki, sa lık piyasaya uygun bir hizmet alanı de ildir. Bunun son derece anlamlı nedenleri vardır. En basiti, en temeli de budur. Sizler sa lık alanı ile ilgili insanlarsınız ama bir an varsayın ki sıradan halkı temsil ediyorsunuz ve bir hekime ba vuruyorsunuz. Ba ınız a rıyor ya da karnınız a rıyor, öksürüyorsunuz vs... Siz bir hizmet satın alacaksınız, sa lık hizmeti. Bu konuda siz bilgi sahibi de ilsiniz. Bütün bilgi birikimi benim elimde, hekimim. Ya da ben bir özel hastane ya da kamu hastanesinin sorumlusuyum, benim kar ıma geldiniz. Siz e er bir musluk tamiri i ininiz olsaydı, piyasadaki en iyi musluk tamircisini bulma konusunda sizin bilginiz yeterli olurdu. te size ne lazımsa, onun piyasasını ara tırdınız ve gelip size bu hizmeti verecek insanla pazarlık ederek, piyasa kurallarına göre kendi i inizi yaptırırdınız. Ama sa lık öyle bir alan ki, bilgi sizde de il. Pazarlık gücünüz yok. Dolayısıyla her eyinizle bana teslim olmak zorundasınız. Size inceleme mi yapaca ım, MR mı yapaca ım, ameliyat mı yapaca ım, kararı ben verece im. Ve bunun fiyatını da ben belirleyece im. Yani toplam fiyatını. Çünkü incelemelerin cinsine göre. imdi bu pazarlık müsaait bir ey de il. Siz sa lık ınıızı bütünüyle hekim ve sa lık kurumuna teslim etmek zorundasınız. in içinde bir tek ey var; yani aldatılmama garantisini, o da ahlak; etik. Bunların da günümüzde geçer bir ey olmadığını herkes biliyor. Dolayısıyla bu temelden yanlı bir eydir. Sa lık ın piyasala tınması, tamamıyla, sa lık ın bu saygın niteliklerinden dolayı, piyasaya müsaait bir hizmet alanı de ildir. Felsefe yanlı tır. Bundan dönmek lazımdır. Üstelik de bu sadece uyu mazlık meselesi de ildir. Türkiye gibi ekonomisi son derece sınırlı, pamuk ipli ine ba lı bir ülkede harcamaları artıran, ilaç tüketimini artıran, teknoloji tüketimini artıran, dı a ba ımlılı ı artıran bu sistemden dönmek lazımdır. Günün birinde dönülecektir ama ne zaman bilmiyorum. Ben sınırlımı geçmeyeyim, vaktim doldu te ekkürler.

(Alkılar)

Yard. Doç. Dr. Ufuk Uras: Gençay Hoca'ma teşekkür ediyoruz. Vurgulamı tım, insan Hakları Günü'nde, sa lıklı ya am hakkı insan haklarının olmazsa olmaz ko ulu. Hocamın da dedi i gibi bunu kendi dı ndaki bir alana endeksledi inizde, bu sermaye olabilir, devlet olabilir, din olabilir; önemli bir tahribatla kar ı kar ıya kalabiliyoruz.

İmdi sözü Dr. Köksai Aydın'a veriyorum. Kendisi 1968 Artvin av at do umlu. İlk okulu av at'ta, ortaokulu ve liseyi Pertevniyal Lisesi İstanbul'da okudu. 1994 yılında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Adıyaman, Çanakkale, Bolu illerinde Sağlık Bakanlığı Sağlık Ocaklarında çalıştı. 2000 yılından itibaren Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Saray Rehabilitasyon Merkezi'nde çalışmaktadır. 2000-2002 yılları arasında SES Sağlık Emekçileri Sendikası Merkez Yönetim Kurulu üyesi yaptı. Evli ve iki kızı olan Köksal Aydın 2005 yılından bu yana SES Genel Başkanlığı yapıyor. Buyrun.

Dr. Köksal Aydın: Te teşekkür ediyorum. Ben de Gençay Hocam gibi, ke ke bu tarih açıklanmasaydı diyece im ama... Sizleri Sağlık ve Sosyal Hizmet Emekçileri Sendikası adına sevgiyle, dostlukla selamlıyorum. Gerçekten tarihsel bir dönem ya ıyomuz. Bugün bu oturumun gerçekle tti i gün itibariyle bile tarihsel bir dönem ya ıyoruz. İstanbul Eczacı Odası'nın 50. kuruluş yıldönümü. Aynı zamanda bugün İnsan Hakları Evrensel Beyannamesinin kabul edildi inin yıldönümü, 10 Aralık. Bir de ülkemiz sağlık ortamının gerek insan hakları düzleminde, gerekse sağlıkta er bile enleriyle beraber değerlendirildi inde geldi i ama, geldi i e ik itibariyle son derece tarihsel bir evre.

Gençay Hocam, benim söyleyece im eylere o kadar güzel bir çerçeve oldu ki, yani içerisinde ben ne söylesem rahatlıkla anlaşılacak ve amacına, hedefine hizmet edecek. Bundan dolayı Hocama teşekkür ediyorum.

Aslında tersten başlamak gerekiyor. Bazı şeyleri tartışmaya belki sondan başlamak gerekiyor. "Ne istiyoruz"la başlamak gerekiyor. "Ne istiyoruz"u bilmeden, ne yapıldığını çözümlenebilmek ve yapılanları yorumlayabilmek çok gerçekçi, çok sahici olamıyor. Hocam, "ne istiyoruz"u çok net olarak açıkladı. Sağlık hizmetleri kamusal olmalıdır. Kamusal olmasının temel özelliği, etikli olmasıdır. Etikli bir sistem ancak ücretsiz bir sağlık hizmeti modeliyle mümkündür. Dolayısıyla, etikli olmalıdır, ücretsiz olmalıdır, ulaşılabılır olmalıdır. Yani, tıpkı sosyalizasyon yasasında yazıldığı gibi hizmeti toplumun ayağına götürmeyi hedeflemelidir. Ve elbetteki nitelikli olmalıdır. Bu temel vasıfları, olması gereken eylemlerden sonra, olanı sorgulamak birazcık daha kolayla ıyor.

Evet, ülkemizde ve dünyada bir neo-liberal rüzgar esiyor. Hayatın her alanı ticari bir metaya, bir ticari faaliyete indirgeniyor. Bundan sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi, su gibi, tarım gibi çok temel insani ihtiyaçlarımız da fazlasıyla nasibini alıyor. Bu program, yani bu neo-liberal program yeni değil. Aslında patenti çok eskilere uzanıyor. Dünyada da 1970'li yılların ortalarından başlayan bir süreç. Türkiye'de 24 Ocak kararlarına kadar rahatlıkla götürebilirsiniz. Ama özellikle son üç yıl içerisinde sürecin bir hayli hızlandığını ve final aşamasına geldiğini de görmek gerekiyor. Dolayısıyla konu mamın başında söyledi im, sağlık ortamıyla ilgili bu tarihsel kritik burada bir kez daha önem arz ediyor. Bu soruyu baştan sormak gerekiyor. Ya sağlık hizmetlerini piyasaya devredece iz; hani bir zamanlar kapitalist iktisadın kurucusu "buyrunuz yapsınlar, buyrunuz etsinler" demi ya; ya bırakca iz piyasaya bu alanı ve altta kalanın canını çıkacak, bulaıcı salgın hastalıklar alabildiğine hortlayacak ve bunun sonuçları aslında zengin insanları da bir şekilde etkileyecek. Ya da sağlık hizmetlerini kamusal bir hizmet alanı olarak yeniden üretece iz, yeniden tarifleyece iz. Elbette ki sosyalizasyon uygulamalarının temel felsefesi budur.

Yani Türkiye'nin bir deneyimi var, insan gücü var; ya anımı, birikmiş deneyimleri var. Bu deneyimleri içinde sistemi sorgulayacağız. Tam da bu noktadan doğru ne yapılmak istendiğini irdelemeye çalıştığımızda, aslında Sağlıkta Dönüşüm Projesi dediğimiz proje şu an itibarıyla dört tane ayak üzerine oturuyor. Dört tane temel ayağı var. Birincisi Sağlık Evleri ve Sağlık Ocakları'nın yerine birinci basamak sağlık hizmetlerini tamamen özelleştirecek ve aynı zamanda koruyucu toplumcu sağlık hizmetlerini önemli ölçüde zayıflatacak Aile Hekimliği uygulaması. Adı çok hoş ama kendisi paralı bir model. Aynı zamanda koruyucu sağlık hizmetlerini önemli ölçüde zayıflatacak, topluma değil bireye hizmet sunacak bir model. İkinci ayak bu. Üçüncü ayak, hiçbirimizin karı çıkmayacağı bilgi sistemi; yani otomasyon. Teknoloji elbetteki otomasyonu zorunlu kılıyor. Ama tabii teknolojiyi hangi niyetle kullanmak istediğiniz önemli. Buradaki otomasyon aslında olası kaçınılmazları, ticari anlamda, kâr anlamında kaçınılmazları kontrol altına almanın bir gereği olarak bize dayatılan otomasyon. Biz otomasyona karşı çıkmıyoruz ama niyetin de ne olduğunu görüyoruz.

Bir bakarsanız... Birinci basamaktan söz ettik, aile hekimliği ile birinci basamak özelleştiriliyor. Diğer bile en ikinci ve üçüncü basamak, yani tüm hastanelerin, ikinci ve üçüncü basamak hastanelerin işletmeye dönüşürülmesi. Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin taahhüt edildiği anahtar sözcüklerden bir tanesi bu sağlık alanında; işletme. Bugüne kadar birçok alanda işletme örneklerini gördük, duyduk ama sağlık alanında işletme sözcüğünü duymamıştık. Şimdi bu program, hastaneleri kâr eden ticari bir kuruluşa haline getiriyor. Hem mevcut kamu kurumlarını, kamu hastanelerini bu hale getiriyor, hem de bir yandan özel sağlık kuruluşlarını yani özel hastaneleri bu şekilde tarifliyor.

Ve son bakarsanız. Belki bu üç temel bileşenin, Sağlıkta Dönüşüm Projesi'nin en temel olgusu Genel Sağlık Sigortası. Bir sistemin, bir sağlık sisteminin kamusal olup olmamasının yegane göstergesi finansman biçimiyle ilgilidir. Yani sistem nasıl finanse ediliyor? Burada, keşke zamanımız olsa ama bir iki hatırlatmayı yapmadan geçemeyeceğiz; bugün ülkemizde OECD ülkeleri içerisinde bir rekor var. Rekor şu; toplanan vergilerin %74'ü dolaylı vergi. Yani biz çalışanlardan ve tüketimden elde edilen vergiler. Sudan, elektrikten, telefondan, ekmekten elde edilen vergiler. Yani toplumun dar gelirli, düşük gelirli kesimlerinden toplanan vergiler. Avrupa'da bu ortalama %35'i geçmiyor. Ama Türkiye'de vergi toplumdaki alt kesimlerden toplanıyor. Ama Genel Sağlık Sigortası'yla bu alt kesimlere bir yük daha bindiriliyor. Vergiyi topluyor sistem ama sıra bu verginin karlılığını vermeye gelince hayır diyor, sağlık hizmeti almak için bu kez prim yatırmak zorundasın. Genel Sağlık Sigortası'na prim yatırmak zorundasın. Üstelik prim yatırmak da yetmiyor, ki her hizmet alınmazda, muayeneden tutun tetkiklere kadar katkı payı ödüyorsunuz. Üstelik alacağınız hizmet de sonsuz değil. Yani, Genel Sağlık Sigortası istediği zaman, "benim topladığım primler verdiğim hizmeti karşılamıyor" gerekçesiyle, tıpkı Almanya'da olduğu gibi Schröder hükümeti döneminde olduğu gibi, size vereceği hizmetlerin kapsamını daraltabiliyor. Yani kanser hastalarını, veya atıyorum, diyabeti, rahatlıkla güvence kapsamı dışına çıkartabiliyor. Evet, Genel Sağlık Sigortası bu ve maalesef 1 Ocak'ta yürürlüğe girecek. Hani hep tarihten söz ettik ya, gerçekten bir ekteyiz. Türkiye'nin sağlık sistemi kamusal mı olacak, yoksa piyasaya mı terk edilecek. Genel Sağlık Sigortası 1 Ocak itibarıyla bizim kaderimizi belirleyecek bir yasa olarak karımızda duruyor.

Peki bu programın temel hedefi ne, diye sorarsak. Hani dört tane bileşenini söyledik. Temel hedefi sağlık hizmetlerini özelleştirmek. Ama sağlıkta özelleştirme dediğimiz hadise Telekom'da, Tüpraş'ta olduğu gibi olmuyor. Yani bir hastaneyi alıp bir gecede bir bakıma ahsiyete satmıyorlar. Sağlıkta özelleştirme 10 çeşit yöntemle yürüyor. Ve bunların içerisinde en son sı-

rada mülk devri var. Yani bir kurumun, bir ahsa satılması, devredilmesi var. De erli dostlarım, yıllardır sa lık hizmetlerine bütçeden pay ayrılmadı. u an yüz bin civarında personel aç ı var. Bugüne kadar aslında Sa lıkta Dönü üm Programı'nı hükümetle uyguladılar. Bilinçli olarak uyguladılar. Peki nedir bunun stratejisi? Stratejisi, mevcut kamusal sa lık sisteminin defor-masyonu. Önce mevcudu çökerteceksiniz. Vatanda ı bezdireceksiniz. Personel almayarak, ya-tırım yapmayarak bir açık yaratacaksınız. Ho nutsuzluk yaratacaksınız. Bu ho nutsuzlu un üzerine de özel sektörü te vik ederek, kamudan özele sürekli kaynak aktararak ve en son a a-mada da kamu sa lık kurumlarını özel sektöre devrederek sa lık hizmetlerini piyasala tıracak-sınız. te Sa lıkta Dönü üm Projesi'nin hedefi bu. Ve bugün buradan ba layarak, aslında sendikamız son üç ay içerisinde Türkiye'nin dokuz ilinde, dokuz tane bölge mitingi yaptı. Edir-ne'den, Van'dan Ankara'ya yürüdük. Özellikle zmir'de varo lardan, mahallelerden insanların katıldı ı 10 bin ki ilik kitlesel bir miting düzenledik.

Aslında bu salondan ba layarak bu tarihsel de i im, dönü üm evresine yanıt vermek duru-mundayız. u soruyu sormak zorundayız. E er bunun adı de i imse, dönü ümse kimin için? Ben 70 milyon açısından bakıyorum, dönü üm diye bir ey göremiyorum. Hele reformun r'si yok. Burada olsa olsa bir yıkım olur. Zaten bugüne kadarki uygulamalar yeterince sonuçlar da üretti. Yenido an ünitelerinde bebeklerimiz ölüyor, hiç dü ündük mü? Ticari rekabetten ölüyor de-erli dostlar. Oralarda i letme kültürü, i letme felsefesi hakim oldu u için ticari rekabetten ölü-yor bebeklerimiz. Ku gribinden dört tane çocu umuz öldü. Bir dü ünelim. A rı'da öldü bu çocuklar. A rı'da 124 tane sa lık evinin 118 tanesinde ebe yoktu. Tek bir tane sa lık personeli yoktu. imdi tersten kuralım; kamusal bir sa lık sistemi olsaydı, o köylerde ebeler, hem ireler olsaydı, bu çocukları, kadınları toplayıp, "ku gribi diye bir hastalık var. Havadaki ku tan tavu a bula ıyor. Ondan da insana bula ıyor ve öldürüyor. Aman ha, hasta tavuk gördü ünüzde veya ölü ku gördü ünüzde yanına yakla mayın" deseydi, acaba bu çocuklarımız ölecek miydi? te Sa lıkta Dönü üm, u haliyle bile yıkım yaratıyor.

Ba ka bir parametre. A rı'da Fatma Özcan diye bir çocuk öldü. O gözlerinden hatırlarsınız. Babası neredeyse linç ediliyordu; "Hain baba, çocu unu hastaneye götürmedi. Bundan dolayı çocu u öldü" diye. Ben o babayla ileti mı kurdum. leti im kurdum ve gerçek öyküyü sizlerle payla ayım. Baba bu hadiseden üç yıl önce, e ini hastanede kaybetmi . Parası olmadığı için hastanede rehin alınmı . Senet imzalatılmı . O babanın belle inde hastaneye gitmek demek, cebinde para olması demek. Böyle algılıyor. te sa lıktaki dönü ümün sonucu bu. te o baba, cebinde para olmadığı için çocu unu zamamnda hastaneye götürmedi. Sa lık hizmetlerinin paralı hale geldi i, koruyucu sa lık hizmetlerinin terk edilerek yerine son derece pahalı, bugün Almanya'nın bile ba edemedi i, Almanya gibi güçlü ekonomilerin bile ba edemedi i pahalı ve paralı sa lık modellerini Türkiye'de uygulamak bu ülke insanına, dilim varmıyor ama, çok ciddi anlamda haksızlık.

Bir cümle söylüyorum. Bugün sabah geldik buraya; birkaç oturumu izleme ansım oldu. Bir Estonya örne inden söz ediliyordu. Bilmiyorum bu salondaki izleyicilerin bir kısmı otu-rumu izlemi tir. Ben size sa lıkla ilgili Ukrayna ve Rusya örne inden söz ederek konu -mamı tamamlayaca ım. Bu programın aynısı. Çünkü, Hocam söyledi, bu program Dünya Bankası programı. Çok açık. Ve Dünya Bankası artık koordinatörler atıyor Türkiye'ye; bu programın hayata geçirilmesi için. Ukrayna ve Rusya'da uygulandı, 9 milyon 400 bin ki i hayatını kaybetti; bu program sonucunda. Ve bir süre sonra Dünya Sa lık Örgütü, zorunlu olarak Ukrayna ve Rusya'ya müdahale etmek zorunda kaldı. Bildi im kadarıyla tekrar eski sistemlerine dönmek zorunda kaldılar. 9 milyon 400 bin ki inin ölmesinin nedeni u. Daha önce ücretsiz olan, kamusal olan sistem ücretli hale getirilmi ti. A ılar dahi paralı hale ge-

tirilmisti. Ölenlerin büyük ço unlu u difteri de erli dostlar. Bizim karma a ımız var ya, karma a ıyla engelledi imiz difteri.

Bu program dünyanın her yerinde ba arısızlıkla sonuçlandı, yıkımla sonuçlandı ama sa - lıktaki yıkımın anlamı maalesef ölümdür. Bunu bir kez daha hatırlatarak, 10 Aralık nsan Hakları Haftası'nda kendimize dönerek e it, ücretsiz, nitelikli, kamusal; bir hibe falan de il veya birilerinin iyi niyeti olarak falan de il, ödedi imiz vergilerin kar ılı ı olarak, yani ana sütü kadar helalimiz olan herkese e it, ücretsiz, nitelikli sa lık hizmeti talebini yüksek sesle dillendirmek ve bu yıkım programına hep beraber dur demek durumundayız diyorum. He- pinize saygılar sevgiler sunuyorum.

(Alkı lar)

Yard. Doç. Dr. Ufuk Uras: Özür dilerim. Herkesi panel gardiyanı gibi, arkada ları AB normlarına uymaya zorluyorum ama görüyorum ki sa lık emekçileri bu normlara uyma konusunda gardiyanı geçti. İmdi söz sırası Zafer Kaplan'ın.

1950 yılında Elazı 'da do du. 1972 yılında stanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'ni bi- tirdi. stanbul Ecza Kooperatifinde Denetleme Kumlu, Yönetim Kumlu Üyeli i görevlerini ve Ça da Eczacılar Deme i Yönetim Kumlu Üyeli i'nde bulundu. Halen stanbul Eczacı Odası Yönetim Kumlu Ba kanlı ı görevini Ekim 2001 tarihinden itibaren yürütüyor. Ben bu arada sizi kutlarım, buraya gelirken sizin web sayfasımda 1 Aralık tarihli basın açıklamanızı okudum. Çok etkilendim ve çok ö retici geldi. Yani eczacı, ecza, ilaç sözcü ü kullanmadan o alanla il- gili yasal düzenleme konusundaki açıklamanız hakikaten çok önemliydi. Buyrun efendim.

Ecz, Zafer Kaplan: Çok te ekkür ederim Sayın Ba kan. De erli meslekta larım, ben daha ziyade ilaçtan bahsetmek istiyorum, ama sa lıkla ilgili de bir iki tespiti payla mak istiyorum do rusu. Bir kere sa lık sistemi, sa lı ın kendisi bir toplumda sosyal barı ın ön ko ulu. Yani o toplumda sa lık hizmetine e it ula ım ve kolay ula ım e er yoksa sosyal barı kolay kolay gerçekleşmiyor.

Ve dünyada da aslında toplumların hemen hepsinde sa lı ı sosyal alanın dı na çıkarmak da öyle o kadar mümkün de il. Yani öyle bir modeli getirip bir ülkeye uygulamak o kadar kolay de il. Ki sıkıntılar i te Türkiye'de de ya anıyor; birkaç yıldır da ciddi boyutta ya anıyor. Bu o kadar öyle ki, yani pazar ekonomisini en uç noktada uygulayan ülkelerde bile böyle. Mesela Amerika Birle ik Devletleri'nde biliyorsunuz pazar ekonomisi hakim. Ve orada sa - lık sistemi özel sa lık sigortası a ırlıklı. Ve yakla ık 5000 dolar harcıyor ki i ba ına sa lık hizmeti için. Ama 40 milyon insan sa lık güvencesinden yoksun ve yine bir o kadarı da son derece yetersiz sa lık hizmeti alıyor. İmdi bu bo luk nasıl doluyor. Gene bir sosyal koruma yoluyla doluyor. Kiliseler devreye giriyor, hayır kurumları devreye giriyor ve orada da o bo - luk dolduruluyor. Çünkü toplum ona izin vermiyor, öyle bir bo lu a izin vermiyor.

İmdi önemli olan burada, bu hizmete ula amayan insanların, o sosyal koruma dedi i- miz i in adını koymak. Ya bir uygar insan gibi anayasal hak olarak, do u tan kazanılmı bir hak olarak, onuruyla o hizmete ula ıma sahip olacaksınız veya i te bir kilisenin, bir hayır ku- rumunun Allah rızası için size sunaca ı bir model ile o hizmete ula acaksınız. İmdi tabii bu ne getiriyor? Ben bitiriyorum, bilmiyorum siz bitirir misiniz? te George Bush bir sabah kalkıyor, "tanrıyla konu tum" diyor. "Filan ülkenin diktatörünü devirip oraya insan hakları ve demokrasiyi götürme görevi bana verildi" diyebiliyor. Bu ciddi biçimde söylendi. İmdi kili- senin a ırlı ı, dinin a ırlı ı, daha yoksul düzeyde bu kadar kökle ip geli irse bir toplumda so- nuçta o fanatizm bu boyutlarına gelebiliyor ve adam böyle bir lafedebiliyor.

imdi bize geliyorum. Bizde 6197 sayılı yasanın, 9 Aralık'ta bir yönetmelik çıktı, 9 Aralık 2004'te. O yönetmelik de bizim çok karlı çıktı. Bizim için özel bir meseleyi halletmek üzere çıktı. Yani iki kapılı eczanelerin me ru hale getirilmesi amacıyla çıktı. Orada da çok özel bir durum vardı tabii. Onu hepimiz biliyorsunuz. Ama bir ba ka maddesinde bir ey daha yapıldı. O da u; hayır kurumları, cemaatler ve yerel yönetimlere bedava ilaç da ıtmak üzere eczane açma hakkı verildi. imdi u çeli kiye dikkatinizi çekiyorum. Tam da bu yönetmeli in çıktı ı zaman çok sıkı bir ekilde Genel Sa lık Sigortasını tartı ıyorduk. Yani ülkedeki yetmi milyon insan Genel Sa lık Sigortası kapsamında sa lık hizmetine kolayca ula acak, bir güvence veriliyor. Ama bir taraftan da ilaç alamayacak insanların ortaya çıkaca ı herhalde varsayılıyor ki bedava da ıtacak hayır kurumlarına, belediyelere eczane açma hakkı veriliyor. imdi olay u aslında, çok bilinçli bir adım bana göre, bugün biliniyor ki bu Genel Sa lık Sigortası ortaya çıktı nda, geçen gün basında vardı, 30 milyona yakın insan o prim ödeme i ini beceremedikleri için sa lık güvencesinin dı nda kalacaklar. te o zaman devreye bu sosyal koruma girecek yava yava . E tabii, Allah rızası için olacak bütün bu i ler. Yani ondan sonra o insanlardan vatanda olma onurunu, uygarlı nı; bireysel, demokratik, ki ilikli, kimlikli tavn beklemekte epeyce haksız olaca ız. Bo una bekleyece ız.

Sa lık alanının bir ba ka özelli i u; bir kere içinde oldu u, uygulandı ı toplumun kökleriyle, kültürüyle çok ciddi ili kisi var. Demin yukarıda konu uyordu, ben kulak misafiri oldum. Sayın Sa lık Komisyonu Ba kanımız diyordu ki, organ ba ı ve kan ba ı nda çok geriyiz Türkiye'de. Hakikaten de öyle. Bunun eyle ilgisi yok bana göre, yani ülkemizdeki insanların özveri veya dayanı ma duygusunu kaybettikleriyle ilgisi yok; o kültürel mesele tamamen. Aynı ki i yıllarca yatalak annesine, babasına, akrabasına bakıyor; ya amını feda ediyor. Fakat tanımadı ı biri için gidip bir litre kan vermiyor. Böyle bir ey geli memi , bu kültürel bir mesele. Zaten Avrupa Birli i ülkelerinin entegrasyonuna baktı ımız zaman, ekonomik entegrasyonu çok kısa sürede gerçekle tirebiliyorlar; arkadan o siyasi entegrasyon, i te Anayasa taslak çıktı, gerçi kabul edilmedi ama sosyal entegrasyon, bu sa lık sistemlerini birebir aynı modelde uygulamak konusunda o kadar kolay yol alamıyorlar.

imdi ilaçla ilgili, ben hızla bir eyler söylemek istiyorum. Bir kere 2004 yılında bir ey çıktı. Zamanlama açısından ilginçti. 2004'te TÜS AD'ın John Hopkins Üniversitesi'ne hazırlattı ı bir Sosyal Güvenlik Reform tasarı Tasla ı veya önerisi bir dosya tartı maya açıldı veya ilgili çevrelere gitti. Bir tanesi de bizim elimize geçti, okuduk. Tabii okuduk geçtik. Ama bir müddet soma siyasi iktidarın Sosyal Güvenlik Kurumu ve Genel Sa lık Sigortası Reformu ile ilgili taslak çıktı; birebir aynı. Belki çok küçük detaylarda fark var. Demek ki kaynak belli. O TÜS AD'ın içerisindeki çalı ma grubunun ba nda da hepimizin çok yakından tanıdı ı TÜS AD üyesi, sektörümüzün ileri gelenlerinden bir da ıtım tekelinin ba ndaki adam var.

imdi, do rusu bu tartı ma yapıldı ı zaman da ilaçla ilgili o ciddi bir tepki ortaya çıkardı ama. O taslak çıktı ı anda önemli bir tepki, ben hatırlıyorum, Türk Tabipleri Birli i... o zaman sayın Gençay Gürsoy stanbul Tabip Odası Bakanı'ydı. Basın toplantıları falan yaptık birlikte. Pe inden de yargılandık. Ciddi bir toplumsal tepki ortaya çıktı. Sendikalar da bu i in içindeydi. Kamu emekçileri sendikaları kar ı çıktılar. Ama öyle bir i oldu ki orada ilaç devreye girdi. Türk Eczacıları Birli i devreye girdi. Ve 2005'in ba na geldi imizde sigortaların hastaneleri kapatıldı, eczaneleri kapatıldı. 30 küsur milyon insan bir anda eczanelere yöneldi. nanın büyük bir rahatlama ortaya çıktı. O insanlar gerçekten çok sıkıntı çekiyordu, ilaca ula amyordu. Ve o rahatlık içerisinde de, bu tartı ılan kararlı adımlarla hayata geçme yoluna girmi olan o Sosyal Güvenlik Genel Sa lık Sigortası

Sa lıkta Dönüm eyi bana göre biraz güme gitti. Çünkü insanlar rahatladı. İlaça çok kolay ulaşıldı. Bunda da bizim katkımız oldu doğrusu. Ama bir şeyi teslim etmek lazım; en büyük katkı Türk Eczacıları Birliği'nin oldu. Çünkü adımın başarısından beri siyasi iktidarın ilaçla ilgili her attığı adımın yanında oldu, destekledi...

Hemen şu oldu bir kere kapasite fazlası olan fabrikalarımız tam kapasite çalışmaya başladı. 2005 yılında yüzde 44 fazlalık bildirdi, ilaç tüketimi yüzde 44 arttı. Öyle cazip bir pazar haline geldik ki, 2005'ten itibaren yabancı sermaye hücum etti Türkiye'ye. Ve IMS verilerine göre de 2010 yılında 16 milyar dolarla dünyanın onuncu büyük pazarı olacağız. Ve ki ilaça harcama bütçemizi 130 Dolar'a geldi. Diğer ülkelere baktığımız zaman İspanya, İngiltere 250 dolar, Yunanistan 190 dolar, Almanya 325 dolar, demek ki biz de onların yarısı seviyesine gelmiş durumdayız.

Ama ne oldu? Bir anda deniz bitti tasarruf denilen tedbirler ortaya çıktı. Geçen gün EDAK Dergisi'nde okudum, sayın müsteşar yardımcımızın bir demeci vardı. Diyor ki: "Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) bir toplumun tedavisi için gereken ilaçların bulunduğunu yaklaştıkça 2 bin tane ilaçtan oluşan bir listesi var. Bu bizde olsun yeter, gerisini ödemeyebiliriz". İmdi biz bunu yıllar önce söylüyorduk diyorduk ki o dönemde: "Ayrıca yukarı 2 bin tane DSÖ'nün temel ilacı var, bunlar pazarda olmalıdır ve bu yeterlidir". O zaman savurganlı değil böyle karlı çıkıyorduk. İğnçtir hatta ironidir neredeyse, bugün Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı aynı şeyi söylüyor ayrıca yukarı. Yani bir yasal görüntü otursun, yeni bir temel ilaç listesi hazırlasın, tedavimizi onunla yapalım gerisini de negatif liste yapalım insanlar paralarıyla alsınlar.

Prof. Dr. Gençay Gürsoy: O zamanlar temel ilaç listesi çıkaranlara komünist derlerdi.

Yard. Doç. Dr. Ufuk Uras: Değerli konuklar, toplumsal muhalefet örgütleri kısmını tamamladık, şimdi siyasi partiler kısmına geçiyoruz.

(Gülü meler)

Biliyorsunuz BM'nin Yaşam İndeksi'nde 92. sıradayız 170 ülke arasında. İmdi bu başarıda da siyasi parti temsilcilerimiz bize en azından Yunanistan'ın 49. sıraya nasıl geldiğini anlatma fırsatı bulacaklar.

Sayın Haluk Özsan'dan bahlıyoruz. Kendisi, DYP Kadın ve Aileden Sorumlu Bakan Yardımcısı. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi mezunu olup, Hacettepe Üniversitesi'nde sağlık yönetimi alanında yüksek lisans ve doktora yapmıştır. Sağlık Bakanlığı'nda İl Sağlık Müdürü, Genel Koordinatör, Bakan Müaviri ve Müsteşar Yardımcısı görevlerinde bulunmuştur. DPT Sağlık Sektörü Master Planı Etüt Çalışması ile yedinci, sekizinci ve dokuzuncu 5 yıllık kalkınma planları sağlık komisyonlarında ve Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu'nun "Ülkemizin Sağlık Sorunları ve Çözüm Önerileri" konulu raporunda görev almıştır. 94-99 yılları arasında Milli Güvenlik Akademisi'nde "Sağlık ve Milli Güce Etkisi" konulu bir ders vermiştir. Özel sektörde çeşitli sağlık ve sigortacılık şirketlerinde, sivil toplum örgütlerinde sağlık yönetim danışmanı ve yönetim kurulu üyesi yapmaktadır. John Hopkins Halk Sağlığı Okulu Danışmanı sıfatıyla TÜSAD sağlık raporu yazan görevini bulunmuştur. 2000-2004 yılları arasında DYP Ar-Ge Sağlık Koordinatörü, 2004-2005 yıllarında DYP Ankara İl Bakan Yardımcısı olarak görev yapmıştır olup, 31 Mayıs 2006 tarihinde Kadın ve Aileden Sorumlu Genel Bakan Yardımcılığı'na, aile ve sağlık alanlarında bakan yardımcısı olarak atanmıştır. Buynın.

Dr. Haluk Özşarı: Te ekkür ederim sayın başkan. Sayın başkan, saygıdeğer panelistler, çok değerli katılımcılar; öncelikle sözlerime başlarken DYP adına sizleri saygıyla selamlıyorum. Sayın Zafer Kaplan'a te ekkür ediyorum. 1 Ocak'a üç hafta kala böyle bir paneli düzenleyip, siyasi otoritenin de bu konuda ne düşündüğüünü tartışma fırsatı verdi için. Bu önemli günün birleştirici görüyorum, bunlardan birisi İnsan Hakları Evrensel Beyannamesini kutlama yılı, ikincisi de en az birincisi kadar önemli, ilk defa bir meslek örgütü olarak eczacıların, bir yasaya sahip olmasının 50. yılında bu toplantıyı yapıyoruz. O anlamda da sizleri içtenlikle kutluyorum.

Ben birkaç başlık altında sizlerle bu konuyu paylaşmayı planlıyorum. Bunlardan birincisi "Sağlık hakkı nedir?", "Sağlıkta Dönüşüm Projesi ve bugün itibarıyla gerçekleştireceklerimiz nelerdir?", ikinci başlık, üçüncü başlık; "DYP'nin bugüne kadar yapılanlardan doğru ve yanlış buldukları nelerdir?" ve son olarak da "Peki DYP ne yaptı, ne yapmak istiyor ve bu yapmak istediklerine ulaşmak için de nasıl çalışıyor?". Sizlerle bana ayrılan bu 15 dakikada bunları paylaşmaya çalışacağım. Evet, bugün yıldönümünü kutladığımız İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nin 25. maddesi sağlık hakkım çok güzel bir biçimde tanımlamıştır. Hemen arkasından 1961 yılında Avrupa Konseyi, Avrupa Sosyal Charter'ın 13. maddesiyle bunu tanımlamıştır ve bizim ülkemizin Türkiye Cumhuriyeti Anayasası'nın 25. ve 60. maddeleri de sosyal devlet olmakla, sağlık hakkıyla ve sosyal güvenlik hakkıyla; bu tanımlanan sağlık hakkını bir yasal güvenceye almıştır.

Neden sağlık hakkı? Çünkü sağlık hizmetine baktığımızda bir üçgen görüyoruz. Bu üçgenin bir tarafında vatandaşlar var hizmeti alan, bir tarafında hizmeti sunanlar var bir tarafında da, geri ödeme kurumları var. Fakat bütün dünya ülkelerinde üzerinde ısrarla tartışılan ve çalışılan konu da ki insanların sağlıklı kalmasını sağlamak yani sağlık haklarını sürdürülebilir kılmak. Bunun için hizmetin kapsayıcılığını artırmaya çalışıyorlar. Bunun için hizmetin ulaşılabilirliğini artırmaya çalışıyorlar. Harcanan değerler, maliyet, etkinlik verimlilik gibi bir takım ekonomik parametreleri de bu tahterevallinin arz ve talebinin denge durması için kullanmaya çalışıyorlar.

Kıyaslama yapmak istedim. 1960-2002 yılları arasındaki 42 yıllık sürede, yüzde 2'ler, 3'ler maksimum 4'lerden başlayan, GSMH içerisindeki sağlık harcamaları, 2002 yılına geldiğinde yüzde 10'ların üzerine çıkmıştır ortalama. Demek ki üç misli civarında bir artış var. Peki, bizim ülkemizde durum nedir? Bizim ülkemize baktığımızda sadece 1992 ve 2004 yıllarını kıyasladığımızda yüzde 3'leri bulan -değerler- iki başlıklarda bakabilirsiniz- sadece yüzde 3'leri bulan bir artış var. Sağlık harcamaları artmasın mı? Tabii ki artsın. Sağlık harcamalarının artması vatandaşların eğitim düzeyleriyle ilgili bir şey, tabii ki artsın. Tabii kontrol edilebilir ve öngörülebilir bir biçimde artsın. Bütün dünya da zaten bunu yapıyor. Biraz önce sayın başkan bir şey söyledi. "BM Kalkınma Programı İnsani Kalkınma Endeksi" diye... Evet, neden bizim sağlık hakkını çok iyi uygulamamıza ihtiyaç var? Bakınız biz ülkemizde gelişmiş ülkelere göre en az on yıl az yaşıyoruz. Bebek ölümleri açısından bakıldığında en az altı misli daha fazla bebeklerimiz ölüyor. Anne ölümleri açısından bakıldığında en az sekiz kat daha fazla anne ölümüne sahibiz. Tabii bunların doğal sonucu olarak da insani kalkınma endeksinde çok aşağılarda bir yerlerdeyiz. Ama daha dramatik olanı sadece son on yılda yetmiş dördüncü lükten seksen altıncı a kadar düşmüş durumdayız.

Peki, ikinci başlığa bakalım: Sağlıkta Dönüşüm Programının bileşenleri nelerdir? Biraz önce saygıdeğer panelistler özetlediler. Beş tane başlık altında toplanıyor. Sağlıkta Dönüşüm Projesi. Bugün gelinen noktaya baktığımızda nedir durum? Bugün gelinen noktaya baktığımızda

mızda Sağlık Bakanlığı'nın yönetim yapısının yeniden düzenlenmesi, önderlik, planlayıcılık ve denetleyicilik rolünün güçlenmesi gibi teorik olarak çok güzel hedeflerde nerdeyiz? Seçim yılına girilmi olmasına rağmen henüz oylada bir yasal düzenleme ne yazık ki yok. Eminim saygıde hocam Sağlık Komisyonu Bakanımıza bize gelinen noktayı anlatacaktır. Personel de i im hızı çok arttı Sağlık Bakanlığı'nda: gerek sağlık müdürlükleri gerek devlet hastaneleri gibi sağlık yönetiminin ilerideki kademelerinde sirkülasyonun artmasını görüyoruz. Sağlık Bakanlığı'nda küçülmemi büyümü . Neden? Çünkü SSK'lar devredildi i zaman çalışan personelin büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı personeli, hizmet veren kurumların büyük bir kısmı Sağlık Bakanlığı'nın kurumu haline gelmiş .

Gene! Sağlık Sigortası (GSS) bile eninde nerdeyiz? Evet, ortada bir kanun var gerçekten kırk yıldır üzerinde u rulan dü ünülen bir kanun çıkmı durumda ve 1 Ocak 2007 tarihi itibarıyla yürürlü e girecek ama bir Anayasa Mahkemesi süreci de var. Gerek Sayın Cumhurbaşkanının gerekse grup kararıyla de il ama 118 milletvekiliyle CHP'nin itirazı üzerine Anayasa Mahkemesi'nde u anda "esastan" görüşüyor. Fakat ilginç bir durum daha var. Ortada kanun var, kanun Mayıs'ta çıkmı ama 5 ay sonra Sosyal Güvenlik Kurumu'nun genel kurul toplantılabildi . Kanun Mayıs'ta çıkmı genel kurul Kasım'ın 24'ünde toplandı . Kanun Mayıs'ta çıkmı iki yönetim kurulu üyesi hâlâ atanamamı . Hangi bakanlıklardan biliyor musunuz? Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'ndan.

Sağlıkta dönüşüm projesinde, Sağlık hizmet sunumunun yeniden yapılandırılmasında nerdeyiz? Aile Hekimliği'nin pilot yasası çıkmı SSK'ların devri yasası çıkmı . -Bir de çok ufak bir parçası var: PTT hastanelerinin de devri-. Seçim yılına girilmi ama yine hastanelerle ilgili bir yasa düzenlemesi ortada yok. "Bilgi ve beceriyle donanmış yüksek motivasyonla çalışan insan gücü olacak" diyor Sağlıkta Dönüşüm Projesi; burada nerdeyiz? Performans uygulaması denilen bir uygulamaya başlandı ve hizmetin talebini artırarak insanlara daha fazla para vermenin önü açıldı . Daha ilginç bir şey var; mecburi hizmette. Bir gün mecburi hizmeti kaldırmı sınız iki yıl sonra tekrar mecburi hizmeti koymu sunuz.

Ulusal sağlık bilgi sisteminde ne durumdayız? Bürokrasi koalisyonları var. Bugün Sosyal Güvenlik Kurumu gerçekten tek çatı altında toplandı. Fiziken çatı tek çatı. 5-6 katlı bir bina birinci katında SSK, ikinci katında Bakanlık, üçüncü katında Emekli Sandığı: böyle bir tek çatı. Neden? Çünkü sistem daha birbirini göremiyor. Birbiriyle konuşmuyor. Birbiriyle konuşmaması neyi getirecek ileride? Bu sistemin tek çatı olmasını sadece fiziken bir tek çatı olarak kalması gibi bir sıkıntıyı getirecek. Dolayısıyla bir bürokratik koalisyonlar dönemi gibi bir dönem ya ayacımız. Çok kabaca bakıldığında bütün bu hazırlıkların kendi içinde bütünsel olmadığını da görüyoruz.

Peki, DYP'nin son dört sene de yapılanlarda hiç doğru buldu mu bir şey yok mu? Tabii ki var. Ödeme gücü olmayanların yani Yeşil Kartlıların ayakta tedavisinin sisteme dahil edilmesi çok olumlu bir şeydir. Bunların ilaç alımının sağlanması her ne kadar talebi arttırdıysa da, olumlu bir şeydir. Devlet memurları ve Emekli Sandığı mensuplarının her türlü sağlık kurumundan hizmet satın alması yanlıları olsa bile paket fiyat mantığıyla, olumlu bir şeydir. SSK'ların devlet hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri de il, ama ortak kullanımı doğru bir şeydir. Bu ülkede insanları sosyal güvenlik kurumlarına göre sınıflayarak hizmete ulaştırabiliyoruz. Bu yasa yanlılarını da ortadan kaldırmıştır. SSK'ların yine ilaca ulaşmalarını sağlamak doğru bir şeydir. Sağlık hizmetlerine KDV indirimi hepimizin bildiği gibi yüzde 18'den yüzde 8'e indi, bu son derece doğru bir şeydir. Sağlık harcamalarının kontrol sistemine başlanıyor. Yavaş yavaş bu sistem yatarak tedaviden başlanarak yürürlü e girmeye başladı, dolayısıyla bu da son derece doğru bir uygulamadır.

Ama bunlar da DYP'nin yanlı buldukları. Biraz önce çok kabaca söyledim, hastanelerde performansa dayalı ücret sistemi yanlı bir sistemdir. Standart belirlemeden nereden hizmet alırsan al mantı ıyla yapılan i ler son derece yanlı tır sa lık alanında. Çünkü sevgili hocam Gençay Gürsoy söylediler, gerçekten de sa lık hizmetlerinin kendine özgü bir takım özellikleri vardır. Sa lık hizmetlerinde talebi tüketici belirlemez. Sa lık hizmetlerini talep esnekli i son derece katıdır. Yani ne demek bu? Bir insan sa lık hizmetiyle kar ıla mak durumunda oldu unda elindeki para kadar sa lık hizmetine ula mak durumunda de ildir. Bütün o hizmetin gereklerini almak durumundadır. Dolayısıyla, siz hizmetin standartlarını belirlemeden, denetim kurallarını koymadan, "nereden hizmet alırsan al karde im" diye gönderirseniz hastalan, bu sistemde hastaların ve hastaların sa lıklarının kötüye kullanımına kadar giden bir sıkıntılı döneme ba lamı olursunuz. Aile Hekimli i Pilot Yasası son dönemde yapılmı hizmet sunumunu düzenleyen sayılı yasalardan biridir. Bu da kamu mudur? Özel midir? Nasıl uygulanacaktır? Uygulandı ı yer sadece Düzce'dir. u anda yaygınla tırılmakta oldu unu biliyoruz. Bu da aslında yanlı lardan birisidir. Bütün bu olayların hepsi bu ülkede koruyucu sa lık hizmetlerini çökertmeye do ru giden bir süreçtir. Mutlaka buna dur demek gerekir.

SSK ve PTT hastanelerinin devrini biraz önce söyledim. Hekimlere mecburi hizmet konusundaki ikilemi söyledim. Yabancı doktor, yeni TCK yasasındaki mesleki sorumluluklarla ilgili kasıt unsurunun açık olmamasının son derece kötü bir ey oldu unu, mutlaka bir an önce düzeltilmesi gerekti ini söylemek istiyorum. Demin söyledi im Sosyal Güvenlik Kurumu ve SSK ve GSS yasası hakları azaltan yükümlülükleri artıran ve de kayıt di ili i te vik eden bir sisteme do nı götürülebilir özellikle emeklilik alanına bakıldı nda.

Bir ba ka ey; te hisleri hekim koyacak. Tedaviyi Sosyal Güvenlik Kurumu'nun fiyat belirleme komisyonu yapacak. Kim var bu fiyat belirleme komisyonunda? Hepsi de kamu tarafında atanmı ki ilerden olu an 5 tane insan var. Hizmeti sunanların olmadığı, hizmete ba ka anlamlarda katkıda bulunanların temsil edilmedi i. Tamamen kamusal, az önce de söyledi im te hisi hekim koyacak, tedaviyi de SGK'nın komisyonu yapacak.

Henüz çıkartılmayan bir Genel Müdürlük Yasası daha var. O da Primsiz Ödemeler Genel Müdürlü ü. öyle bir iddia var önümüzdeki yıl seçim yılı acaba Primsiz Ödemeler Genel Müdürlü ü'nü çıkarmamakla Ye il Kart'ın daha fazla mı da ıtılması onun finansmanına daha fazla mı kaynak aktarılması dü ünülüyor? Ya da da ıtılan kömürlerin, yiyeceklerin finansmanı acaba buradan mı sa lansın, diye dü ündüren bazı iddialar var ne yazık ki. Çıkartılmayan Primsiz Ödemeler Genel Müdürlü ü ile ilgili.

1 Temmuz 2006 Maliye Bakanlı ı Genelgesi, çok ilginçtir bu her ey dahil otellerdeki uygulama gibi. Sa lık hizmetlerini olabildi ince kısıtlayan bir paketin içine sokan ve asla bir maliyet unsuru dü ünülmeden yapılan bir çalı maydı. Ve biliyorsunuz zaten Danı tay yürütmesini durdurdu. Sizleri ilgilendiren iki tane ey var. Birincisi çok sık de i en, ödenen ödenmeyen ilaç listesi. nanın bu i i çok iyi takip eden meslekta larımızın bile takip etmekte zorlandı nı biz biliyoruz. O kadar sık de i iyor ki bu sık de i me artık sizi hastaıyla kar ı kar ıya getirecek boyuta ula tı. Geri ödeme kurumlarının geç ödemesi, öyle bir geç ödeme ki bakın elimde rakamlar var: Emekli Sandı ı 85 günde, Ye il Kartlılar için de Mayıs 2006'dan beri ödenmeyen ilaç reçeteleri var ve toplam 350 trilyonu buluyor.

Nedir bunların toplam sonucu? Paran kadar sa lık ve geri dönü ü olmayan bir sistem harabiyeti.

1950-55 yılları arasında DYP misyonunu yaptı hastalık analık sigortasını geli tirme. 50-55 Emekli Sandı ı Kanunu'nun uygulanması. 52'de SSK sa lık kurulu larının ve hastanelerinin açılması. 65-71'de biraz önce Gençay hocam söyledi gerçekten Nusret Fi ek'in önderli inde çıkan sa lık hizmetlerinin sosyalle tirilmesine dair kanunun yaygınla tırılması, Ba -Kur kapsamı, İlk Genel Sa lık Sigortası Kanunu 1967 yılında Türkiye Cumhuriyeti'nin 30. hükümeti tarafından hazırlanmı tır. Bugün 59. hükümet demek ki bu i artık bir devlet politikası haline gel mi . DB'den ve IMF'den ba ımsız olarak olayı biraz da böyle görmek herhalde gerekir. Ye il kart kanunu keza öyle ve DPT'nin Sa lık Master Planı ve yasa ta anları. Peki, nasıl çalı ıyoruz? Biz öyle çalı ıyoruz -Genel Ba kanımız Mehmet A ar'ın hem destekleri hem direktifle riyle- bir merkez sa lık komisyonumuz var, bir Ar-Ge sa lık komisyonumuz var, bir de sa lık danış ma kurulumuz var. llerde de en az 5 ki iden olu an sektör temsiliyetli il sa lık komisyonlarımız var. Sonuçları uygulanmakta olan sa lık politikalarını de erlendiriyoruz il bazında da. ktidara yönelik de bir ulusal sa lık politikası geli tiriyoruz. Bunlar hizmet ba lıklan hepimizin de bildi i ba lıklar. Ne yapmak istiyor? Asıl buna geçelim. Bakın bu panel daha ortada yokken bizim genel ba kan yardımcımızın 13 Temmuz 2006'da Eski ehir'deki bir paneldeki sunumundan alınmı tır. Balan sa lık hakkının güvence altına alınması o zamanda söylenmi par-tinin bir politikasıdır.

Sa lıkta yapısal de i imin gerekti ine biz de inanıyoruz. Hedef olarak da ödeme gücü olmayanların öncelikle hizmete ula ması gerekti ini, kamusal sa lık hizmetlerine a ırlık verilmesi gerekti ini, kamunun denetiminin artırılması gerekti ini dü ünüyoruz. Sa lıkta kamu özel ay-nımı yapmadan kaynaklarımızı verimli kullanmalıyız diyoruz. Dolayısıyla vatandaşın sa -lık hakkını güvence altına alan, paran kadar sa lık anlayı nın olmadığı bir sa lık sistemi öngörüyoruz. Sa lıkta da iyi yönetilebilen bir Türkiye diyoruz. Bu lafı açmak istiyorum. Türkçe söylenince dinlememe ngilizce söylenince yapma anlayı na son vermek durumundayız. Bili-yorsunuz 1 Temmuz genelgesi IMF'nin gözden geçirmede buldu u sa lık harcamalarının artı trendinden kaynaklanmaktadır. Aslında bütün bu platformlarda bu hep söylendi yıllarca. Bakın bu artı kötüye gidiyor bunu kontrol edemezsiniz dendi. Ama ne yazık ki ngilizce söylemek herhalde gerekti. Ben sa lıklı ya am hakkının gerçekle ece i dinle, anla, anla ve sonra sorumlulukları payla mantı ıyla siyaset yaparak ülkemizin sa lık alanında da sivil toplum kurulu larıyla koordineli olarak en iyi ekilde yürütece imiz bir DYP iktidarında tüm bu yanlış lan düzeltece-imiz günlerde bulu aca ımızı temenni ediyorum ve saygılar sunuyorum.

Yard. Doç. Dr. Ufuk Uras: Haluk Bey'e te ekkül- ediyorum. imdi söz Sayın Kemal Kılıçdaro lu'nda. 1948 Nazimiye do umlu. Ankara ktisadi ve Ticari bilimler akademisi orta düzeyde Fransızca, ekonomist, maliyeci, Maliye Bakanlığı hesap uzmanı, Gelirler Genel Mü-dürlü ü Daire Ba kanı Genel Müdür Yardımcısı, Ba Kur Genel Müdürü SSK Genel Müdürü, Çalı ma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Müste ar Yardımcısı, Hacettepe Üniversitesi ö retim görevlisi, Bankası Yönetim Kurulu Üyesi, *Ekonomik Trend* Dergisi yılın bürokrati ödülünün sahibi, evli üç çocuk sahibi. Buyrun.

Kemal Kılıçdaro lu: Evet, te ekkür ederim sayın ba kan. Bir Temel fıkrasıyla ba lıyalım, belki biraz gülümseriz.

"Temel hırsızlık yapmaya karar vermi , gece elinde testereyle demir panjuru kesmeye çalı-ıyor, dris yakalamı tabi. "Ne yapıyorsun Temel" demi . Temel "Valla kemeçe çalıyorum" demi . "Ama" demi dris bu kemeçenin sesi çıkmıyor. "Bunun sesi yarın çıkacak" demi Temel.

(Gülü meler)

imdi ben sosyal güvenlikle ilgili olayları anlatırken, hep bu fıkrayla başlıyorum veya bu fıkrayla bitiriyorum. Yasa çıktı ı zaman kamuoyunda beklenen tepki olmadı. Özellikle i ç sendikaları hiç ses çıkarmadılar. Esnaflar hiç ses çıkarmadılar. Ama yasa çıktı. İmdi uygulamaya konmaya başlanınca ilk gürültüler çıkmaya başladı. Sanıyorum bundan sonra daha fazla gürültüler çıkacak.

Sa lıklı ya am hakkı temelinde: insanın beslenme hakkıyla, hekime ulaşma hakkıyla, insan onuruna yakı ır bir gelire sahip olma hakkıyla beraber bir bütün olarak gelen bir olaydır. Eğer bunları yakalayamazsanız zaten sa lıklı ya am hakkı ka ıt üzerinde kalır. Sayın Cumhurbaşkanı bu yasayı veto ederken öyle bir cümle kullanıyor, "Sosyal güvenlik hakkı bizatihi hak olarak tanımlanabilir ama önemli olan yurttan o hakka ulaşabilmesidir". Eğer siz yurttan o hakka ulaşmasını zorla tırıyorsanız, Anayasa'da "kişinin sosyal güvenlik hakkı vardır, her Türkiye Cumhuriyeti vatanda ı sosyal güvenlik hakkına sahiptir", demenizin hiçbir anlamı kalmamı olur.

Sosyal güvenli i üçe ayırmanız gerekiyor: Sosyal sigortalar-sekiz tane sigorta dalı var, birisi Türkiye'de uygulanmıyor, aile yardımları sigortası, di erleri uygulanıyor- en son i -sizlik sigortası kabul edildi. Sosyal hizmetler ve sosyal yardımlar. İmdi bu çerçevede olaya bakalım. Öncelikle sosyal devletin temel özelli i, ki i onuruyla başda olabilir bir ya am sürmesi, bir gelire sahip olması dolayısıyla kişili ini koruyabilecek bir yapıda sistemin götürülmesi. Bunu sa lamanın temel yolu da ki ilere temel güvencelerin sa lanmasıdır.

AKP hükümetiyle beraber -ki ondan önce de 80 sonrası ve İmdi de AKP hükümeti- sosyal devlete kar ı, bir mücadele veriyorlar. Sosyal devletin bir anlamıyla içini boşaltmak ve dolayısıyla yurttan ı belli odaklarla belli yerlerle do rudan kar ı kar ıya getirmek. Size çok açık, net, somut örnekler verece im: biz vergi veriyoruz aynı zamanda sigorta primi ödüyoruz. Vergiyi niye ödüyoruz? Yol yapılacak, hastane yapılacak okul yapılacak diye. Primi de kendi sosyal güvenli imizi sa lamak için ödüyoruz. Bütün ülkelerde; AB ülkelerinde OECD ülkelerinde koruyucu hekimlik vergilerle finanse edilir. Bizim ülkemizde bu yasayla ilk kez koruyucu hekimlik sosyal sigorta kapsamına alındı. Yani ben hem kendi güvenli imi sa layaca ım hem vergi ödeyece im. Oysa sosyal güvenli in temel noktalarından biri koruyucu hekimli in vergilerle finanse edilmesidir. Benim sırtımdan hem vergi alacaksınız hem koruyucu sa lık hizmeti dahi vermeyeceksiniz.

İkinci nokta: Emekli aylıklarının kesilmesi. Emekli aylıklarından yüzde 1 sa lık primi kesilecek dendi ve bir kanun çıktı böyle. İmdi emekli aylıklarından yüzde 1 sa lık primi niye kesilir? Bunun sosyal devletle başda ır bir yönü var mı? Yok. Biz bunu Anayasa Mahkemesi'ne götürdük. Yasa yürürlü e girmeden Anayasa Mahkemesi esastan iptal etti. "Böyle bir ey olmaz, sosyal devlete aykırıdır" dedi.

Devlet hastanelerinin 3,5 katrilyonu silindi. Bütçe yasasına bir hüküm eklendi, devlet hastanelerinin alaca ı olan 3,5 katrilyon silindi. Sanki her devlet hastanesinin bir petrol kuyusu var mı gibi. Nerden kar ılanacak bu? Devlet hastanesi o zaman kötü hizmet verecek vatanda a. Neyse al takke ver külah kanun de i tirildi. ki katrilyon ödenmesine karar verildi ve 1,5 katrilyonu silindi. İmdi bu ne demektir? Do rudan do ruya sosyal devlete saldırı demektir.

Ba ka ne yapıyor? Katılım payı a ırla tınıyor. Sa lık hizmeti alırken katılım payı a ırla tırılıyor. Böyle olunca ne oluyor? Yine kişinin cebinden daha fazla para çıkmasına yol açılıyor.

Ba ka ne oluyor? Borcu olan Ba -Kur'luya sa lık hizmeti verilmiyor. "Borcun var, ben sana sa lık hizmeti vermem" deniyor. Bu da insan haklarına aykırı. Bir kişinin borcu varsa

kanunda o borcun nasıl tahsil edilece i yazılı: icraya giderseniz bankaya yazı yazarsınız. Bir yazı yazarsanız, bankadaki bütün hesaplarına el koyabilirsiniz. Ama siz tersini yapıyorsunuz; ona sa lı 1 antaj olarak sunuyorsunuz. "Borcunu yatır ondan soma ben sana bakaca ım" deniyor. Peki, borcu varsa? Bakmıyorsunuz. Peki diyelim ki ki inin borcu var ona bakmıyorsunuz. Peki, e inin ne günahı var? Ona da bakmıyorsunuz. Hadi ona da bakmıyorsunuz diyelim, bakmakla yükümlü oldu u anne ve babasına da sa lık hizmeti vermiyorsunuz. Diyorsunuz ki, "hayır senin borcun var ben seni aile boyu cezalandırıyorum". Dünyada hiçbir demokratik ül kede olmayan bir uygulama.

Ba ka ne yapıyorsunuz? Mahkumlar hapisanede çalı salar bile ilgili kurulu a primle-rini yatılmıyorsunuz. Oysa sosyal devlette temel amaç mahkumu daha hapisanedeayken topluma faydalı yıtta haline getirmektir. Bu adam on yıl yattı içerde, çıkınca ne olacak sosyal güvenli i bunun? Yok. Bu adam çalı ıp üretiyor hapisanede ve siz de devlet olarak ücret ödüyorsunuz. O zaman ondan sosyal güvenlik primini kesip onun sosyal güvencesini sa -lamak zorundasınız.

Bütün bunlar ne diye yapılıyor? Para yok diye yapılıyor. Vatanda a gelince para yok ama Haiiri ailesine gelince para var. Bakın kurumlar vergisi yüzde 10 indirildi. Türkiye'de kurumlar vergisinde ampionlu u kim elinde tutuyor biliyor musunuz? Telekom. Telekom'da kurumlar vergisini yüzde 10 indirdi iniz zaman, Hariri ailesi Telekom taksitlerini indirdi iniz vergilerle ödemi olur. Peki, buna itiraz var mı? Hayır. Para var mı? Vatanda a gelince böyle, Hariri ailesine gelince hiçbir tereddüt yok. Orada indiriliyor. Peki, sadece onlar mı? Her kesimin vergisi indirildi. Vergisi indirilmeyen tek bir kesim var: ücretliler. Ben dü ündüm ki sendikalar ayaklanacak, "hayır efendim herkesin vergisi inerken bizimki niye inmiyor" diye. Hiç itiraz eden bir i çi sendikası gördünüz mü siz? Hayır. Toplumsal muhalefet dedi imiz o olayda da, bir defa ki i koltu unu iktidara borçluysa, itiraz edemez. Siz ancak sendika a -larının bulundu u bir toplumda bu yasaları gayet rahat çıkarabilirsiniz. Demokratik bir toplumda bu yasalara yer yoktur ve çıkamaz.

Diyorlar ki bu yasaları biz uzla mayla çıkardık. Bana bu yasaya destek veren bir tek sivil toplum kurulu u söylesinler. Çıkıp açıkça desinler ki u örgüt bu yasaya destek veriyor. Cesaret edemez kimse "ben bu yasaya evet diyorum" demeye. Bu yasa parlamentodan kaçırıl-mı tır. 30 maddesi on dakikada görü ülmü tür. Böyle bir yasa olabilir mi? Üstelik bu yasa do an çocuktan ölen insana kadar herkesi kapsıyor. Hatta burada bulunan turistleri bile kapsayan bir yasa, nasıl olur da bu yasa toplumdaki kaçırılır. İmdi bu yasa ne getiriyor, kimse bilmiyor. Arkada lar bu kadar önemli bir yasanın demokratik bir toplumda parlamentoda tartışılmadan yasala tı nı hiç duydunuz mu? Bizim ülkemizde oluyor. Sayın Cumhurbaşkanı 18 maddesini veto etti. Dedik ki, "o zaman en azından 18 maddeyi tartışırız, parlamentoda". 18 yasa için de "kanunun tümü temel yasadır" dendi, yine 30 maddesi on dakikada görü ülererek yasala tı. Demokratik bir toplumda bunlar olmaz.

Vergi: Para yok diyorlar. Para var arkadaş lar. Yurtdı ından gelen sıcak para, devlet tahvil hazine bonusu aldı ı zaman sıfır vergi. Onlardan vergi alınmıyor. Çünkü onlar güçlü adamlar oturup iktidara diz çöktüirdüler. "Bundan vergi almayacaksınız" dediler. Ve iktidar bir yıl önce, "ben bunlardan yüzde 10 vergi alırım" diye kanun getirdi, bir yıl sonra o kanunu de i tirttiler. Siz asgari ücretliden vergi alıyor musunuz? Alıyorsunuz. Böyle bir yapı içerisindedir, siz hangi sosyal devletten bahsediyorsunuz?

Efendim "Hekim seçme özgürlü ünü getiriyoruz". Sanki Türkiye'nin her tarafında hekim var da, insanlar hekim bollu undan, "Ben acaba hangi hekime gideyim?" diye dü ünüyor. "Biz 18 ya ına kadar herkese parasız sa lık hizmeti verece iz", sanki 18 ya ına kadar her

çocuk paralı sağlık hizmeti alıyormuş gibi. Zaten çocukların yüzde 90'ı anne veya babaları nedeniyle bir şekilde sağlık hizmeti alıyordu. Kaldı ki kalanların da alması gerekiyor, ona da kimsenin itirazı yok. Ama bedava demeyeceksiniz. Para ödüyorsunuz onun için. Bakın daha bu yasa çıkmadan, bütçe kanunuyla bu yasada önemli değişiklikler yapıldı. Daha uygulamaya girmeden. Bu yasa tek çatı deniyor. Tam bir aldatmaca ne tek çatısı. Türkiye Kurumu nerede? Bu çatının içinde mi? Yok. Sağlık sigortası yok burada. Niçin yok? Çünkü sağlık sigortasının içinde 23 katrilyon para var. Onu bu sistemin içine almak istemediler. Sosyal Yardımla mı ve Dayanılmaz Fonu nerede? O da bu sistemde yok. Primsiz Ödemeler Genel Müdürlüğü var. Ama yoksula hizmet verecek yer bakanlıkta. Niçin? Çünkü o politik amaçlarla kullanılacak. Bu sistemin içine almıyor.

Bir gün önce bir gazetede haber; Mersin'de kömür dağıtıyor sosyal yardımla mı ve dayanılmaz fonu, Mersin İlimin refakatinde dağıtıyorlar yardımı. Yoksulluğu gidermek bir siyasi partinin lütfuyla oluyorsa, siz lütf devleti yaratıyorsunuz, sosyal devlet değil. Ona beş kilo ya verip onun beş yılını satın alıyorsanız o ülkede, sosyal demokrasiden değil, sosyal devletten değil, insan onuruyla başlı başına bir düzeyden değil söz edemezsiniz. Böyle bir yapı içerisinde olmaz.

Hepinize teşekkür ediyorum.

(Alkışlar)

Yard. Doç. Dr. Ufuk Uras: Çok teşekkür ediyorum. Efendim ben yazları Paşalimanı adasında kalıyorum. Marmara Gölü'nün ikinci büyük adası. Sayın Bakan da benim karımdaki adada tatil yapıyor. Köylü arkadaşlarım dediler ki, "Hazır iktidar partisi milletvekiliyle aynı paneldesin, bir talebimizi iletir misin?". Bizim paşalimanı adasının beş köyü var beş köyünde beş tane liman var. Ama bir tane sağlık görevlisi yok. Yani orda durum Allah'a emanet. Bir sağlık görevlisi var mı o bir sağlık görevlisini de görevden almışlar. Hani bir Kardak krizi olur, insan yaşamayan Kardak için birbirimizi yeriz ama Marmara'daki adalarımız bir dünya savaşta koğullarında yaşıyor. Ben de bu fırsatla köyümün insanların talebini yerine getireyim dedim. Ama karı adada daha farklı bir dünya oldu bunu biliyorum.

İimdi söz sırası Prof. Dr. Cevdet Erdöl'de, kendisi Sürmene 1958 doğumlu, İstanbul Üniversitesi Edirne Tıp Fakültesi, Ankara GATA'da iç hastalıkları ve kardiyoloji ihtisası bulunuyor, İngilizce biliyor. Prof. Dr. Özgür Üyesi KATÜ Tıp Fakültesi, Özgür Üyesi ve Kardiyoloji Anabilim Dalı Başkanı, TBMM Sağlık Aile Çalışmaları ve Sosyal Hizmetler Komisyonu Başkanı. Evli üç çocuklu. Buyrunuz

Dr. Cevdet Erdöl: Sevgili konuklar ben de bir Temel fıkrasıyla, başlamak istiyorum. Bizim Temel'le Dursun Sultanahmet'te buluşmaları, gezerken yanlarında bir turist görmüşler. Sırtında eşyaları falan. Bir şeyler sormuş Temel'e İngilizce. Temel Dursun'a, Dursun Temel'e bakmış. Sonra Fransızca sormuş, gene anlamamışlar. Almanca sormuş gene anlamamışlar. Turist Allah kahretsin deyip gitmiş. Temel Dursun'a "Ula dursun ha bu gündün tezi yok gidip bir lisan kursuna yazulacaktım" demiş. Dursun demiş "Ne yapacaksın lisan kursuna yazulup". Temel "Lisan öğreneneceğim" demiş, "görmedün mü düğünümüz hali". Dursun "Ula" demiş "Kafasızlık etme adam üç lisan biliyor gene derdini anlatamadı".

İimdi rehin kalan bebeklerden bahsetti saygıdeğer meslektaşım. Son üç dört yıldır böyle şeyler duymuyorsunuz, rehin kalan cenaze de duymuyorsunuz, cezane kuyruklarında ölenleri de duymuyorsunuz. Olaya temelden baktığımızda, bulaıcı hastalıklar geçtiğimiz yüzyılın önemli hastalıklarıydı. Fakat daha sonra bulaıcı olmayan hastalıklar ön saflara geldi. Biz de

burada, tehdit bu tehditlere karşı önleme stratejileri ve yapılabiliriyse eradikasyon nasıl yapılacağına dair yapılanma içerisindeyiz. Tabii Sağlık Bakanlığı dikkat ederseniz yapılanmasında da bu tehditlere göre yapılanma. Bizce bir eksiği şu: bakınız tifo, tifüs, sıtma, verem bunlar için pek çok daire başkanı vs. olmasına rağmen, önümüzdeki yirmi yılın en büyük ölüm sebebi olan kalp damar hastalıklarıyla ilgili bir yapılanmaya gidilememiştir. Bu eksiklikleri de görerek tabloya bütünsel olarak bakmamız lazım. Bu meyanda sağlıkta dönüşümle ne yapmak istedik? Kamu hastanelerinin birleşmesini, aile hekimliğine geçilmesini, sosyal güvenlik kurumlarının birleşmesini ve genel sağlık sigortasını hayata geçirmeyi düşündük. Peki, hastaneler niye birleşecek? Bakınız; polis hastane işletir, Milli Eğitim Bakanlığı hastane işletir, PTT hastane işletir, Devlet Demiryolları hastane işletir, Başbakanlık Kurumları Genel Müdürlüğü esnaf hastanesi işletir, TEDA hastane işletir, SSK hastane işletir. Siz burada standart yakalayacaksınız. Bu mümkün değil. SSK ve Başbakanlık Kurumları ama özellikle SSK Sağlık Bakanlığı'ndan belki yeterince sağlık hizmeti alamadığı için sağlık sunumunu birinci öncelik olarak ortaya koymuş. Adeta sigortacılık mantığını terk etmiş. Provizyon sistemlerine bile son zamanlarda geçebildi, çünkü bugün bir arkadaş bir ilaç aldı, yarın da yanındaki eczaneden aynı ilacı alabiliyordunuz. Provizyon sistemi niye yoktu bunu niye konuşuyoruz? Bugün bir tetkik yaptırıyor hasta, evde unutup onu gidiyor öbür hastaneye aynı bir daha yaptırıyor. Tomografiyi aynen çektiriyor. Ve kişiler kompartımanlara bölünmüş: Emekli Sandığı birinci kompartımanda, istediği ilacı alır istediği hastaneye gider. Sigortalı Türkiye'deki ancak üç hastaneye gidebilir, oralardan ilaç alabilir, başkası yerden alamaz. Üç ayrı eczaneden burada bu ilaç yoktur denmeden başkası yerden ilaç alamaz. Başbakanlık Kurumları başkası bir şekilde, yeşil kartlılar başkası bir yerden alabilir. Ayaktan gelirse yeşil kartlılar alamaz. Yahu aynı yeşil kartlı aynı fakir insan. Peki, ne olacak? Kırmızı kartlıların durumu ne olacak? İşte burada biz bunları deşirmeye çalıştık.

Bakınız TSK hastaneleri yüzde 10 oranında dahi olsa sivilere açılıyor. Önemli bir açılamadır. Yeşil kartlılar ayaktan tedavi edilirken yeşil kart alabilmekle kalmadı. Yeşil kartı çıkaramamı gelmiş hastaneye düşmüş insan, yeşil kartını çıkarttıktan önceki üç ayına kadar da devlet ödüyor. Ödemeye başladı. Bunlar güzellik değil mi arkadaşlar? Niye bunları söylemiyoruz? Ama bir şeyi daha söylememiz lazım: bizim toplum yapımızın maalesef işte kırılma noktası bunu da görelim. Yeşil kart harcamalarına katkı payı konulmadan önceki yeşil kartlı ayaktan tedavi edilmeye müsaade edildiği zaman bakınız trend nasıl yükseliyor. Başbakanlık Kurumları ve Emekli Sandığı'nın trendi nasıl aşağıya düşüyor. İşte seviyemiz bu. Bu kırılma noktası niçin böyle oldu? Bizim dürüstlüğüümüzün kırılma noktası bu arkadaşlar. Yani prim ödemeyeceksiniz, katkı payı vermeyeceksiniz, istediğiniz eczaneden istediğiniz ilacı alacaksınız, ona da katkı payı vermeyeceksiniz, istediğiniz tetkiki istediğiniz tedaviyi yaptıracaksınız, her şey parasız olacak. Peki bu deşirmenin suyu nerden gelecek? Biraz da böyle düşünelim arkadaşlar.

Geçirmek isteyen, sizden bedeninizi çalıştırmak için istemeyecek, sadece bir masa bulacaksınız, imzalayacak, bir de güzel dolma kalem vereceksiniz. Böyle bir sistem dünyanın neresinde var. İmdi arkadaşlar SSK'lıların ilaca ulaşımında yeşil kartlıların ilaca ulaşımında bu düzenlemeler yapılırken, belki eczacıları bir noktada sıkıntıya sokacak şekilde de olsa fiyatlarında yüzde 80'e varan indirimler yapılan bazı ilaçlar oldu. Rapor almalarında, koca 10-15 doktor imzalı raporlar da 3 imzaya dönüştürüldü. O olmadı tek uzman raporu olan bütün ilaçlar ödenir hale geldi. Bu kolaylıkları da söylememiz lazım.

İmdi deşerli arkadaşlar bakınız, biz burada SSK'lıların, nüfusunun yüzde 50'ünü yüzde 50'nin sadece belli hastanelerden ilaç alabildiğini ve o hastanelerdeki eczanelerden ilaç alabildiğini ve o hastanelerde muayene olmak zorunda olduğunu çok yakın bir geçmişe kadar

ya adık. Ama nüfusun bu yüzde 50'si bakıyorsunuz ki; kanser diyaliz hastaları gibi kronik hastalıklarda oldu mu, bunlarda yüzde 95. Bu da bir kırılma noktasıdır. Böylesi bir çarpık yapının devam ettirilmesi, ne SSK'nın ne de ba ka bir eyin götürebilmesi mümkün de ildi.

Yine aile hekimlerinde ve uzman hekimlerde, e er varsa hastanelerde hekim seçme hürriyetinin olmasından daha mutlu edici ne olabilir. ki tane dahiliye uzmanı var. Ben birisini tercih etmek istiyorum, "olmaz bugün nöbetçi falancadır poliklinikte ona muayene olacaksınız". Sistem bu. Biz bundan mümkün oldu unca hekim seçme özgürlü üne gidiyorsak, kime niye rahatsızlık versin. Aynı dı arıda istedi in eczaneden ilaç alabilmek gibi. E er bir kasabada bir eczacı varsa tabii ki orada seçme özgürlü ünüz yoktur. Ama iki eczane varsa istedi inizi seçin. Bu niye üzüyor bazılarını. Bunu anlamıyorum. Yine bakımınız Düzce'de yapılan anketlerde, bu Sa lık Bakanlı ının anketi oldu u için bunu taraflı bir anket olarak görebiliriz ama ben birkaç kez Düzce'ye gitmi insanım, gerek hekimlerde gerek toplumda, memnuniyet anketlerinin oldukça yüksek oldu unu görüyoruz. Ve bir yıl içerisinde Bolu ve Eski ehir'de ba layan, Aile Hekimli i 10 ilde daha hizmete geçecek. imdi bu yaptı ımız düzenlemelerin içerisinde di hekim, eczacı ve acil tıp teknikerlerini fazla bir -burada eczacılarla ilgili bir toplantıya geldi im için almak istedim-. 462 kamu eczacısı alınmak üzere ve di erleri de yakla ık 9 bin, 10 bine yakın bu personelin hepsinin alımı sınavla arkadaş lar. Eczacı, di hekim ve tabipler hariç hepsi KPSS notlarına göre almıyor. Tercih yerlerine göre yerle tiriliyor. Hiçbir usulsüzlük bunlarda olmadı, olmayacak. Ama hekimlerin, di hekimlerinin ve eczacıların ki kurayla, noterin kendisinin yaptı ı kurayla. Ne Sa lık Bakanlı ının dahili var ne milletvekillerinin, hiç kimsenin yok. Örne i varsa düzeltiriz. Yine kamu eczacılarına döner sermayeden pay ayrılmasına yönelik, yüzde 250'ye çıkarıldı. Ve 4/B ile kamu eczacılarının da görevlendirilebilmesine imkân sa landı.

E itimle ilgili meselelere girmek istemiyorum. Uzun bir zaman alır. Personel politikalarında mesela çakılı kadro getirdik. Herhangi bir yerin bir... Ben Trabzonluyum, Trabzon'un bilmem hangi köyüne bir doktor veya hem ire gönderiyorsunuz, oturuyor, sandalyesi ısınmadan Trabzon merkeze tayin istiyor. Ertesi gün Ankara'ya veya stanbul'a... Bunun önüne geçebilmek mümkün mü? Mümkün olmadı. Biz dedik gönderdi imiz insan bir sene orada kalacak ekilde sözle me yapalım kendisiyle. Bu sistem yürüdü, hem irede yürüdü, pratisyen hekimde kısmen yürüdü, uzman hekimde hiç yürümedi arkadaş lar. Hata yaptık mecburi hizmet kanunu kaldırırken biz, hekimler bu yüksek ücretle buralara gider diye ümit ettik. Ve mecburi hizmet kanunu da, aynen TTB yasanın da teklifini veren -kongre yapamıyorlardı onların da kongreleri için kanun teklifini de veren- benim, birinci imza sahibi. Mecburi hizmet kanunu veren de benim. Bunu yapmak zonundaydık. Bugün Do u Anadolu'nun ücra kö elerinde bir doktor bulunuyorsa, gönderebiliyorsak, bu kanun sayesinde gönderebiliyoruz. Zaten bizden önceki dönemlerde mecburi hizmet kanunu gev emi ti, uygulanmıyordu. Ama biz devlet yönetiyoruz. 73 milyonun 73'üne de doktor göndermek zorundayız, hem ire göndermek zorundayız.

Ne bileyim efendim performansı, nöbet ücretlerini, ambulans hizmetlerinin ücretsiz olmasını da artık saymak istemiyoruz. Çünkü 112 gibi çok güzel bir sistemimiz oldu u ve eskiden oldu u gibi "ambulans veririm ama mazotunun parasını sen vereceksin" sisteminden vazgeçildi. Bunları da söyleyelim bu hepimizin, bütün milletimizin ba arısıdır.

Yabancı doktorlarla ilgili çok spekülasyon yapıldı ı içi söyleyeyim: mesela denklik talep edilmeden lisan bilinmeden, asla çantasını alıp gelen bir doktorun Türkiye'de doktorluk yapması mümkün de il. 657 sayılı kanun zaten yabancının Türkiye'de doktorluk yapmasına izin vermiyor. Özel sa lık kurulu u çalı tırır çalı tırmaz. Bu kadar basit. Yani zannediliyor

"nerde çalı mak istiyorsun Beyo lu'nda mı veya ne bileyim Çankaya'da mı hay hay sizi oraya uzman olarak tayin ettik". Devlet memuru olmalarının imkanı yok zaten. Ve Türkiye'de tıp fakültesi bitirmi uzmanlık almı pek çok yabancı uyruklu insan var. Batı Trakyalı var, Kıbrıslı var vs... Bunların hiçbiri Türkiye'de ya çalı amıyor, ya ucuz i çi olarak kullanılıyor. Bunların önüne geçmek lazım.

Bir nebze de sayın ba kan müsaade ederseniz, sosyal güvenlik sistemimizden bahsedeyim. Söyledi im gibi Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandı ı, Ba -Kur, ye il kart ondan sonra... Ne bileyim, burada Sayın Kılıçdaro lu'na katılıyorum. Primsiz Ödemeler Kanunu'nu henüz çıkaramadık hazırlık a amasında. Bu di er sistemi tamamlayıcı bir unsurdur. E er biz di er sosyal güvenlik kurumlarını tek çatı altında topladı ımızda e er primsiz ödemeler kanununu çıkarmaz isek bu topal olur. yi yürümez, yürüyemez. u andaki ye il kart sisteminden biz vazgeçiyoruz zaten. Bütün ödemeleri Sosyal Güvenlik Kurumu yapıyor. Ve sosyal güvenlik kurumunun yapısında da kamu a ırlıklı de il arkadaş lar, belki de Türkiye'de ilk defa kamuyla sosyal tarafların e it a ırlıkta oldu u bir genel kurul olu tu. Burada kamu a ırlı ı yok.

Ve burada i te biraz önce söyledi imiz gibi dört kurumdan bir kurum olu turularak... En çok bunu eczacılar hissediyorlar: geliyor hasta ilacını almaya "karnem nedir" diye soruyor. Ye il Kart'sa ba ka bir uygulama kırmızı kartsa ba ka bir uygulama, Ba -Kur'sa ayrı Sigorta'ysa ayrı, Emekli Sandı ı'ysa ayrı. Bunları, muhatabınız tek bir kurum olacak. Sosyal Güvenlik Kurumu. Kendi kurumlarının da, mesela bir örnek; ödemesini her ilin kendi kurumu yapıyordu. Her ilin ayrı bütçesi oluyordu. O da kalktı, onu da Sosyal Güvenlik Kurumu ödeyecek. Dolayısıyla bir yeknesaklık olacak. Birinci kompartımanda Emekli Sandı ı, en son kompartımana tutunmu giden bir ye il kartlı olmayacak. Herkes birinci kompartımanda olacak. Bundan niye rahatsızlık duyuyoruz? Ha bu ara eksiklikler olabilir. Türkiye Cumhuriyeti sınırları içerisinde bir ki i bana desin ki: siz, ben herkesin her kesimin kabul etti i bir kanunu hazırlarım. Getirsin onu uygulayalım. Öyle bir ey yok. Aynı meslek grubu içerisindeki insanları dahi, mümkün olmadı ı bir sistem içerisinde biz kanun yapıyoruz. Ve zannedildi i gibi çalakalem de il. Aylarca bizim komisyonlarımızda bu kanunlar görü üldü. İlk olarak ben görü meyi açtım ve ilk ça ırdı ım örgüt Türk Tabipleri Birli i, Türk Di Hekimleri Birli i ve Türk Eczacıları Birli i; üçünü birden ça ırdım. Alt komisyon kurduk inceledik. Komisyonunda inceledik, ardından Sayın Kılıçdaro lu'nun da mensubu oldu u Plan Bütçe Komisyonu'nda alt komisyon kuruldu incelendi. Ondan sonra komisyonunda görü üldü. Aylarca sürdü bu. Nasıl çalakalem yapılmı bir ey denebilir. Sizler bunu bilmeyebilirsiniz ama denildi i zaman da inanırsınız. Do rusu ben buna üzüldüm.

Bakınız Genel Sa lık Sigortası'ndan yararlanma ko ulları unlar. Bunları çok iyi bilelim. Otuz günlük sigortalılık süresi istiyoruz. Bir de primini kendisi ödeyenlerin borcu olmamasını. Ama prim borcu olsa dahi bakınız olsa dahi... Priminizi mahsus ödemediniz. O zaman keyfe keder herkese de prim ödemeyebilirsiniz dersen kim prim öder? Bu sistem nasıl yürüyecek arkadaş lar. Bakın 18 ya ını doldurmamayanlar herkes sa lık hakkından yararlanacak. Tıbben ba kasının bakımına muhtaç olanlar, acil haller, sava , afet, grev, lokavt halleri bula ıcı hastalıklar, bakınız bula ıcı hastalıklar, koruyucu hekimli e verilen önem, ki isel koruyucu sa lık hizmetleri, analık halleri, i kazası, meslek hastalığı burada sizin prim ödediniz ödemediniz, var, yok bakmak zorundayız diyoruz. Bu büyük bir hak. Kapsama kimi alıyoruz, tüm vatanda larımızı alıyoruz. Türkiye'de bir yıldan fazla ikamet edenleri, vatansızları, sı ınmacıları, 18 ya ın altındaki tüm çocukları bunların hepsini alıyoruz.

Evet. Neler yapılıyor Genel Sağlık Sigortası'nda? Yani bakınız biraz önce primini ödemesi bile sağlanacak hizmetleri saydım. Hastalık halleri, analık halleri, iş kazaları, meslek hastalıkları, kişiye yönelik koruyucu hizmetler, ağız diş muayeneleri, laboratuvar tetkikleri, yurtdışı tetkik ve tedavisi, yol parası zaruri, masraflar ve refakat giderleri, bunların hepsini veriyoruz. Bir yıl kartlı yurtdışına gitmeyi hayal edebilir miydi? Sigortalı edebilir miydi? Sigortalının yurtdışına gitmesi için kanunu biz çıkardık. Ardından baktık eksik kaldı o. Bakanlık Kurullarına ait yurtdışına gitme teklifini de bizzat ben imzalayıp verdim. Onu da geçirdik, yeknesaklık olsun diye, standardı olsun diye. Şu anda bütün herkese -gerekli olan ama- herkese yurtdışına gitme fırsatı veriyoruz. Ama Elhamdulillah ülkemizde o kadar iyi bir sağlık hizmeti var, o kadar güzel hizmet var ki yurtdışından Türkiye'ye hasta geliyor.

Neyi bakınız kapsam dışı tutuyoruz: estetik amaçlı işlemler bir de Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık hizmeti olarak tanımlanmayan bazı uygulamalar. Tüp bebek uygulamalarını dahi bizim komisyonda koyduk kanuna. Tüp bebek uygulamalarını da dahil ettik. Dolayısıyla bunları çok iyi bilmeden o tabloyu göremiyoruz.

Genel Sağlık Sigortası'nda katılım payı alınmayacak durumları lütfen okuyunuz. Kronik hastalıklar: şeker hastalığı, böbrek hastalığı ve saire ve saire... Yatarak tedavi, iş kazaları, afet halleri, kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, kontrol muayeneleri ve saire... Diş erleri, terör mağdurları, koruma altındaki çocuklar, harp gazi ve malulleri bunlar fazla olmadığı için bakın SHÇEK'deki çocuklarımızdan da biz, katkı payı alınmayacak. Bunları bilmeden, "herkesten katkı payı alınacak böyle yapılacak" denildiği zaman insanların kafası bulanıyor.

Herkes kapsama altına alınmakta; koruyucu sağlık hizmetleri, zararlı madde bağımlılığını önlemeye yönelik sağlık hizmetleri, yardımcı üreme teknikleri, yol giderleri, gündelikler, refakatçi giderleri, bunlar hep yenilikler arkadaşlar. Tüm vatandaşlara yurtdışında tedavi imkânı, prim ödeme gün sayısı 30 güne indiriliyor; prim borcu olsa dahi saydığım sağlık hizmetlerinden yararlanılabiliyor.

Değerli arkadaşlar, tüm bunları biz, Türkiye Cumhuriyeti kimlik kartına endeksli bir veri tabanında topluyoruz. Tüm sağlık hizmetlerini gerek eczacılık gerek diş hekimisi gerek hastanelerle ilgili dublikasyonları ve kötü uygulamaları engellemek için. Aynı kişi elli kere aynı ay içerisinde hastaneye müracaat etmiş. Bende evrakları var. Dolayısıyla biz bunların bu kötü uygulamaların önüne geçeceğiz. Bir köylüde bir reçete karnesi varsa bütün köyün ilaçlarını alıyor. Bunu hepimiz biliyoruz. Bunlardan vazgeçiyoruz, herkesi hak sahibi yapıyoruz.

Ha nedir? Hatalarımız var mı? Var. Eksiklerimiz var mı? Mutlaka var. Bunları hep birlikte anlayarak görüşerek gidereceğiz. Kanun çıksa da yeniden deşilebilir.

Sayın başkanım; Tekno-Kent ve San-Tez'e vurgu yapmak için, başkan yanlı koydun gibi arkadaşlar zannetti. Biz sağlık sektörü çalışanları bakınız Tekno-Kent şirketleri yaparak, ülkemizde olmayan tedavi imkanlarını yapabiliriz. Ve San-Tez projesini sanayi bakanlığı yeni yayınladı. Bilginiz belki olmayabilir, onun için getirdim. Türkiye'de yapılacak yeni yatırımları yüzde 75 oranında karlıksız destekliyor. Bundan sağlık personelinin yararlanmasını istiyorum. Ben bu slaytı onun için getirdim. İnallah yeni teknolojiler, yeni imkanlar Türkiye'mize getiririz, bizler de faydalanırız.

Ben hem erimiz Kanuni Sultan Süleyman, ki Trabzonludur, gülüyorsunuz ama 16 yaşına kadar Trabzon'dan hiç ayrılmamış bir Trabzonlu delikanlıdır. Onun sözüyle bitiriyorum. "Halk içinde muteber bir nesne yok devlet gibi / olmaya devlet cihanda bir nefes sıhhat gibi." Ama devamında şöyle diyor. Diyor ki: "Saltanat dedikleri ancak cihan kavgasıdır / Olmaya valid-i saadet dünyada vahdet gibi." Hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Yard. Doç. Dr. Ufuk Uras: İmdi salona döneceğim, ama hazır bir Temel fıkrası silsilesi gidiyor, ben de Cevdet Bey'e anlatayım. "Temel Fadime'yle birlikte yaşıyor. 3-4 yıldır, Fadime diyor ki: artık evlensek. Temel de diyor ki: yahu Fadime bizi kim alır".

(Gülü meler)

Hemen salona dönmek istiyorum soru soranlar ismini ve kime soru soracaklarını belirtsinler lütfen.

Dinleyici: Benim Jale Bardakçıoğlu. Sayın milletvekiline sormak istiyorum. Bu tek çatı altında toplandı mı zaman ödemeler nasıl olacak. Bu eczacılar olarak hepimizin merak ettiği bir konu. İkinci de Ba -Kur'da bu prim yatırmayan kişilerde, mesela aralık ayının primini biliyorsunuz aralık ayının sonunda yatıyoruz. Ama aralık ayının başında gelmiş bir hasta, ödemiyor, yani sistem ödemiyor. En azından bunlara üç ay sonrasında gibi bir çözüm bulunabilir mi? Teşekkür ederim.

Dinleyici: Nizamettin Yıldırım. Benim sorum da Sayın Cevdet Erdöl'e. Birincisi az önce mecburi hizmet yasasından bahsederken, doktorların "Bu yasa tasarısının altındaki ilk imza" benim demişti. Doğrudur herhalde. 2007 Eczane Protokolü'yle ilgili, tasarı sahibi de acaba siz misiniz? Bu protokoldeki olumsuzluklar konusunda daha somut arkadaşların soruları da gelecektir umarım. İkinci sorum da yine size: sorumlu olmadığımız ancak 2004 ilaç kararnamesi ile ilaç fiyat indirimleri sonucu eczacıların üç yıldır olduğu kan kaybı ve sermayelerinin en az yüzde 50'sini kaybetmelerine neden olan uygulamaların devamı bizi son derece mağdur bırakmaktadır. Yani bu ilaçların fiyatlarını veren hükümet, fiyatları düşüren de hükümet. Eczacıların bir dahi olmadığı, sorumlu olmadıkları halde, bu işten eczacılar zarar görüyor. Bu konudaki düşüncelerinizi örnebilir miyim? Teşekkür ederim.

Dinleyici: Çok teşekkür ederim önce. Fakat ben de Sayın Cevdet Erdöl'e sormak istiyorum sorumu. İmdi kurumsal sadeleştirilmeden söz ediliyor. Oysa sanıyorum 9640 personel almak gerekiyor var. Bir de biz daha önce bir kurumsal sadeleştirme konsolide bütçede yaşıyorduk. Ve şu anda konsolide bütçe haftanın belirli günleri çalışıyor. Bizim bilim altyapımız, bu sistemi çözmek için yeterli mi acaba? 1 Ocak itibarıyla başlıyoruz. Bir de kurumsal sadeleştirmeyle ilgili kartlılar yine eczacıya mal edilmiş olup, eczacı bu yükü çekmek zorunda bir yıldır. Bu konularda açıklama istiyorum. Teşekkür ederim.

Dr. Cevdet Erdöl: İmdi burada Ba -Kur, Emekli Sandığı, Sigorta, hepsi farklı farklı uygulamalar. Artık bunlar yeni kart dahil Sosyal Güvenlik Kurumu olarak yapılıyor. Ve bu takdir edersiniz ki bir geçiş dönemi. Doğrusu bunu daha hızlı geçirmeyi arzu ederdik fakat, Türkiye'de bu bilim altyapısını buna çok da müsait değildi. Hızla yapılmaya çalışılıyor. Ama şu anda Ba -Kur, Emekli Sandığı, SSK; Ocak ayından itibaren tek kurum olarak karşınıza gelecek. Ödemeyi tek kurum yapacak, sizin muhatabınız sadece Sosyal Güvenlik Kurumu olacak. Bakınız arkadaşlar sloganla konuşmak isteyenler için seçim meydanları yakında açılacaktır.

Evet, ikinci soruyu soran arkadaşımız, 2007 ilaç alım protokolüyle bizim ilgilimiz yok ama ona rağmen ben bunu söylemek istiyorum. Stemedim ama söylemek gerekiyor duyuldu, bakınız eczacıların yapısını bozacak şekilde, eczacıların tepkisini çeken bir kanun teklifi verilmişti meclise, siz onun daha belki tam tepkisini duymadan, ben; kendi partimdeki arkadaşın rençide olmasını da göze alarak, basın toplantısı yaptım ve "gündeme almayacağım" diye ben beyanat verdim.

(Salondan: Web sayfasında sa bk komisyonunda olarak görünüyor ama. Oradan da çıkartınız lütfen.)

Dr. Cevdet Erdöl: Benim onu çıkartma yetkim yok. Onu çıkartmam için görüşünüzü çıkartmam lazım, görüşünüzü zaman zaman ona me ruiyet kazandırdım. Hükümet bunu istiyor anlamı çıkar bundan. Bunu siz ister misiniz?

(**"Hayır" sesleri**)

E o zaman duracak o orda. Ne zaman, seçimlere kadar duracak, teklif oldu u için hükümetin önerisi olmadı ı için, seçim dönemi bitince kendili inden dü ecek. Tasarı olsaydı yeniden gelebilirdi. Yani böyle bir teknik detaydan dolayı duruyor. Yoksa onu çıkaracağız. Size bir tehdit unsuru olarak duruyor de il. Ben bunu çıkarmayacağım, komisyon başkanlığı olarak, görevim gere i bunu gündeme almayacağımı açık ve net olarak herkese ilan ettim. Basın toplantısı yaptım bunun için. Orada, veterinerlerin, di hekimlerinin, eczacıların, sistemini bozan üç tane teklif vardı. Ben bunları gündeme almayacağım, dedim. Arkadaşımla bozu tum hâlâ o günden beri konu muyoruz.

(**Alkışlar**)

Üçüncü soru alınacak personelle ilgili, ben onun hangi personel oldu unu gösterdim size efendim. Doktor, uzman doktor, di hekim, eczacı, sosyal hizmet uzmanı, bunlar Sağlık Bakanlığında var mı? Yok. Olmayınca alacağız tabii bunları, nasıl hizmet verece iz. Yani personel almayacağım ve hizmet verece im bunun mantığını kurabiliyor musunuz siz? Bu ihtiyaç. Bakınız, doktor olmadan, sağlık personeli, eczacı olmadan eczane açmak mümkün mü? Yani bunu nasıl istersiniz benden. Eczacı yok hastanede eczacılık yaptıracağım. Bu olmaz. Sadele tirme farklı. Atamadaki, nakillerdeki sadele tirme ayrı; ama ihtiyaçları da almamız lazım ki halkımıza hizmet edelim.

2004'teki kararnamede eczacıların zararları, bazı eczacılar kâr ettiklerini söylüyorlar. Arkadaşlar şimdi bu kararnameler öyle hazırlandı biliyorsunuz. Avrupa Birliği ülkelerinde en az ücret ödeyen ülkeleri baz alarak. Be lge baz alarak, belli bir ortalama ile hazırlandı. Bazı ilaçlarda yüzde 1, bazı ilaçlarda yüzde 2, bazı ilaçlarda yüzde 20, bazılarında da yüzde 80'e varan indirimler oldu. Daha önce çok kâr ederken kızmıyordunuz, bunda da kızmayın yani. Ucuz alıp ucuz satacaksınız, geri dönüşü olmayan bir yol, ama yeniden böyle bir uygulama olacak mı olmayacak.

Dinleyici: Eczacı Murat Yılmaz, Gaziantep. Sayın Cevdet Erdöl'e bir soru sormak istiyorum. Ben de eczacının devletle yaptığı protokolde -yaklaşık 30 maddeden oluşur- 30 maddenin 29'u eczacıyı bağlar. Bu maddelerden birisine uymadığı anda eczacının devletle yaptığı sözleşme feshedilir. Bu 30 madde içerisinde devletin uymak zorunda olduğu sadece bir madde var. O da ödeme süresini düzenler, ona da uymaz devlet. 1 Ocak 2007 itibarıyla çok kritik bir noktadayız biz eczacılar olarak. Çünkü 6-7 aydan beri ye il kart ilaç bedellerini ödeyemeyen devlet 1 Ocak 2007 geldi i anda ilaç giderleri bir kurumun bünyesinde toplanacak ve bana göre bunu hiç ödeyemeyecek duruma gelecektir. Bunun en büyük tehlikesi meslekta larım bunu zannedersenem anlayamıyor. Çünkü daha önceki durumda u andaki mevcut durumda ye il kart ödemedi inde bizler, di er kurumların Sigortanın, Bakanlık-Kurun veya konsolide bütçeye tabi di er kurumların verdi i ödeneklerle hayatımızı idame ettirmeye çalışıyorduk birçok umuz baramasak da. Ama 1 Ocak'tan sonra sizin bu taahhüt etti iniz artları, o bir maddeyi yerine getirmemeniz demek eczacının iflası ve ölümüdür. Dolayısıyla sizden, TBMM'de sağlık komisyonu başkanlığı olan bir kişi olarak, bu ko-

nuda çok ciddi, devleti yükümlülükler altına alan ve eczacıyı koruyan girişimlerde bulunmanızı istiyoruz. Yüzde yetmi ile yüzde doksan arasında katılım payı var bu genel sağlık sigortası kanununda ve yetmi beş gün ödeme süresi (avans ödemesi) var yetmi beş gün içerisinde. Çok zor durumdayız. Çok tehlikeli bir noktadayız. Bu konuda devletimize, sizlere çok büyük görevler düşüyor.

Yard. Doç. Dr. Ufuk Uras: Teşekkür ederim. Buyrun çok kısa olabilirse saat yedide arkadaşların bir bölümü gitmek durumunda.

Dinleyici: ki tane sorum var sadece. Bir tanesi Sayın Gençay'a. Soranım şu; Türk Tabipleri Birliği'nin açtığı bir dava var. Yürütmeyi durdurma kararı alındı. Benim bildiğim yürütmeyi durdurma kararı almak demek aniden durma, yani bir önceki güne dönme olarak algılayıp sordum. Bununla ilgili hiçbir uygulama yapılmadı. Biz hiçbir şeyi ekranlarımızda görmedik veya uygulamadık. Tamam, sürenin bitmesine çok az zaman kaldı, ama bununla ilgili hiç suç duyurusunda buldunuz mu? Bunu uygulamamak bir suç duyurusunda bulunmayı gerektiren bir durumdur.

Prof. Dr. Gençay Gürsoy: Biz çok dava kazandık Hangisinden bahsediyoruz bu arada?

Dinleyici: Bu bütün ilaçların geri ödenmesiyle ilgili. 7 günlük tedavi gibi belirli maddelerle ilgili. İkinci sorum da Cevdet Bey'e. Siz sağlık komisyonu başkanısınız. 3 bin tane eczaneyi ilgilendiren olaylar var. Mesela bunlardan bazıları neler, size başlı başına Sağlık Bakanlığı'na başlı başına bir rapor geliyor, HDL yazmıyor ve eczaneye geliyor. Hasta ilacını alamıyor. Böyle garip garip raporlar. İkincisi reçetede doktor, tehis yazıyor, ilaç yazıyor. Bize geliyor. Biz diyoruz ki bu tehisle bu ilaç ödenmez. Hasta tekrar doktora gidiyor, tehis yazıyor. Bu yük bizde. Üçüncüsü başka ne var; muayene ücreti diye bir şey var. Bizim hiçbir yetkimiz olmadığı halde kanuni olarak altyapısı olmadığı halde, 89 kuruş. Hastalardan alıyoruz ve Maliye Bakanlığı diyor ki buna fiş vermeyin ama hasta isterse biz onun fişini de veriyoruz. Başka ne var; bizim yine üzerimize binen, firmaların devlete yaptığı kamu iskontosu denen bir rakam var 4-11. Devlete diyor ki 11 veriyorum. Ama bizim provizyon sisteminde bize 4'le geliyor. Bunlar bizim cebimizden çıkan rakamlar. Ve imza olmadığı için, bu sadece Maliye Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, Türkiye Eczacıları Birliği'nin imzası olduğu için firmaları hiçbir şekilde alamıyor. Bu süregidiyor. Bizim odamızın sayfasında bu firmaların isimleri var. Başka neler var; bu hiç anlamadığımız kabil-i rücu var. Çatırdığımız bir üçlü vardı; Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği ve eczacılar birliği bizim merkez heyetimiz. Müzayı attıktan sonra aa öyle bir şey mi vardı. Kabil-i rücu diye bir şey mi vardı ben ona mı imza attım dediği için pratiği ya ayan bizleriz. Yani üretici olmak o komisyonda olmayı gerektirmiyor. Bu işi ya ayan eczacılar eczacı odaları. Bunlarla çalışırsanız çok daha iyi olur. Kabil-i rücu diye bir şey var; anlamı bunu veriyorum ama size dava açmayacağım. Bunun hiçbir geçerliliği olmadığı halde hastalardan bu imzaları alıyoruz, çift imza. Bunlarla ilgili şeyleri biliyor musunuz acaba? Eczacıların bu problemini biliyor musunuz?

Dr. Cevdet Erdöl: Öncelikle burada eski sistemde bu 2007'ye kadar olan sistemde, Çalışma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Maliye Bakanlığının ortak çalışması sonucu oluyordu. Bundan sonra bu da teknik yapıyla sosyal güvenlik kuram bilgisinde olacak. Dolayısıyla bu tip raporlarda DDL prosedürü uyduruydu. Biz bu tür şeylerin hepsini kaldırmak istiyoruz.

Ve burada aslanan elektronik reçete. Biz buna geçmek istiyoruz dolayısıyla, doktor reçeteyi yazdı ı zaman neyi yazıp yazamayaca ını zaten bilecek. Size geldi inde elektronik reçete-ler, siz göreceksiniz ona göre ilaç vereceksiniz.

("Ne zaman?" sesleri)

Çalı ıyoruz. Yani bunlar arkada lar kanun çıkarmakla i ler olmuyor. Uygulayıcıları in-sanlar. Bakınız 4207 sayılı sigarayla ilgili yasa yürürlükte. Kapıda herkes fosur fosur sigara içiyor. Niye? Niye içiyor? Yasa var. Yasayla i ler yürümüyor bakın muvazaayla ilgili i lem suç de il mi? Muvazaa eczacılı ı. Hangi meslek grubu yapıyor o i i? Doktorlar mı yapıyor, di hekim mi yapıyor? Yine eczacılar yapıyor. Arkada lar onun için gidip i adamının biri-sine bir eczacı muvazaa eczanesi açabiliyor. Diplomasını veriyor. Kanunla i ler yürümüyor i te, sadece kanunla yürümüyor. Hep birlikte elbirli i yapaca ız. Yanlı ları hep birlikte dü-zeltece iz ben onu söylüyorum. Her ey günlük gülistanlık de il, problemlerimiz var, do ru. Bu problemleri hep birlikte a aca ız. Eksikler olacak biz bunları çözmeye gayret edece iz. Aslanan elektronik reçeteye geçebilmemiz. Bu konuda hızla çalı ılıyor. Kolay bir i de il. Türkiye'nin 81 ilinden reçete yazılacak, onu bir kontrol eden sistemi olacak, hastaları, has-taneleri, hekimleri, eczaneleri, kontrol eden sistem. Bu hazırlanıyor. En kısa zamanda buna geçmek istiyoruz.

Prof. Dr. Gençay Gürsoy: Bana bir tek soru gelmi ti. O da öyle; biz birçok yürüt-meyi durdurma kararı aldık. Bunlardan sizin sözünü etti iniz ilaç sınırlamalanyla ilgili bizim yürütmeyi durdurdu umuz madde pratisyen hekimlerin ilaç yazma yetkisi ve 7 günle sınırlı dozdu. Onlar artık eski biçimde devam ediyor. Burada u anda uygulama yapıyor. Size böyle reçeteler geliyor mu gelmiyor mu bilmiyorum ama u anda yürüyen durum yasal.

Konu macı arkada lardan Haluk Özsan'nm bir ifadesi vardı. Dikkatinizden kaçmı olabilir; bu iktidar personel de i im hızını çok artırdı. Bunun adı kadrola madır arkada -lar. Gerçekten bugüne kadar hiçbir iktidarın yapmadı ı ölçüde, ölçüyü eti i hiçbir ekilde dinlemeyen bir kadrola madır. Altında yatan siyasi özü de hepiniz biliyorsunuz, Söyle-meye gerek yok. Yalnız bir noktayı ben ifade edeyim. Sizinle Cevdet Bey'in diyalogunu gördüm. Zaman zaman iktidar milletvekili alkı da aldı aranızdan. Ben bu konuyu ger-çekçi buluyorum. Zaman zaman GSS ile ilgili sorunları tartı tı ımız zaman kitle ile o kadar kötü bir sa lık sistemi vardı ki Türkiye'de hani daha kötüsü olamaz. Hani arap hi-kayesini biliyorsunuz; bir i eyi tatmı öteki daha iyiydi demi . Çünkü bundan kötüsü ola-maz diye. Böyle bir psikoloji hakim Türkiye'de. O yüzden Kemal Bey'in söyledi i gibi kemençenin sesi arkadan gelecek, aradan zaman geçmesi lazım. Bu GSS sistemiyle, bu aile hekimli i ile bunu yürütmeleri mümkün de il. Türkiye'de ne yazık ki muhatabımız yok artık. Bu sistemin ayakta kalması mümkün de il, dünyada da kalmıyor zaten. Bu sistemin prototipi ABD'de- Zafer örne ini verdi 45 milyon insan güvencesiz. IMF'nin bu siste-min savunucularına söyledi i laf aynen udur; bu alan artık bu kadar e itsizlikle ayakta ka-lamıyor ve liberal sistemle bunu yürütmemiz mümkün de il. Hatta bu ülkelerde bile sosyalist çözüm yollarını bulmak zorundayız. Sözünü IMF danı manları söylüyorlar. Onun için bu gibi iyimser durumlara bence fazla prim vermeyin. Göreceksiniz ki bir iki yıl içinde bütün bu foya açı a çıkacaktır. Düzce örne i bir rezalettir, Zafer de bilgi sahibi, hormonlu bir sistemle aile hekimli i yürütülüyor orada. 130 ki iye bakan hekimler var orada ve dev-let destekli, sürekli finanse edilen stibvanse edilen bir sistemdir. Bunun da ayakta kalması mümkün de il.

(Alkı lar)

Dr. Koksall Aydın: Cevdet Bey baya ı iyi bir siyasetçi. Görüyoruz hani ne derler; anesini süsleyip babasına satmak derler ya. Bunun gibi bir ey. Ben de Karadenizliyim. İmdi rehin kalma yok, gerçekten yok. Ama ne var biliyor musunuz? Önceden hastaneye gidiyordunuz bütün i lemlerinizi yapıyordunuz ondan sonra diyorlardı ki karneni ver veya paranı ver diyorlardı. Paranız yoksa rehin kalıyordunuz. Ama bütün sa lık i lemlerinizi yapıyordunuz. İmdi kapılarda kar ılıyor sizi ta eron irket elemanları. Karnen var mı, yok. O zaman önce senet. Bakın bu bir felsefe de i imi. Sa lık yok artık. Oraya giren hasta de il artık, mü teri. Mü teri zihniyeti egemen kılınıyor. Bunun dı ında bula ıcı hastalıklarla ilgili bir ey söyledi. Tüylerim ürperdi. Geçen yıl 2005 yılı A ustos ayında, Ankara'nın göbe inde kolera salgını oldu. Hemen hemen bütün TV kanallarına çıktım ben. Bakanlık kolera salgınına akut ba ır sak enfeksiyonu diye kayıtlara geçiriyor. Ama kolera te hisi koyan benim üyem, yani hekim. Yani mikroskopta mikrobu gören de hekim. Onlar diyor ki kolera, ama kayıtlara kolera olarak geçilmedi i için, kayıtlarımıza göre kolera yok diyor. Dü ünün kamu sorumlulu u denen bir ey var. En son ne oluyor biliyor musunuz? O dönem Belçika'dan Türkiye'ye gelen bir turist kafilesi içlerinden 4 tanesi sürüden ayrılıp Ankara'ya kaçmı . Koleraya yakalandılar, Avrupa'daki tıp literatüründe yayınlandı. Tabii Belçika'da kondu tanılan. Bilimin ne halde olduğunu göstergesi bu. Bakın bilimsel gerçekleri siz kayıt sistemine koymuyorsunuz, kendi elinizle koymuyorsunuz gerçe i. Sonradan da diyorsunuz kayıtlarımıza göre böyle bir ey yok.

Arkada lar SSK'nın durumunu uzun uzun konu maya gerek yok. Kuyrukların yerleri de i ti. Özele sevk arttı. Bundan dolayı geçici bir rahatlama oldu. Bu balon daha imdiden sönmü de il mi? Paket fiyatla söndü balon. laçların ödeme kapsamı dı ına çıkarılmasıyla balon söndü. SSK ile ilgili unu unutmayalım. Sa lıkta özelle tirmenin stratejisi mevcut kamusal alanın deformasyonu yani çökertilmesidir. Piyasaya kapalı bir kurumu imdi tümüyle piyasaya kar ı savunmasız bir hale getirdiler. laçlarda yüzde 44 artı bunun göstergesi. Ama siz eczacılar olarak bu artı tan ne kadar yararlandınız, sizin cebinize ne kadar girdi? Hemen hemen hiç. Nereye gitti peki bu para? Küresel semmayeye. Küresel piyasaya gitti çok açık. SSK'nın devredilme amacı da buydu zaten. Piyasaya kapalı kurumu piyasaya açmak ve daha fazla sömürmekti. Nitekim becerdiler.

Sayın iktidar yetkilisi güzel bir ey söyledi. Kanun çıkardık ama gerekirse de i tiririz dedi. De erli dostlar bu bize ba lı, konu tu umuz alan sa lık alanı. Ukrayna'da ve Rusya'da vazgeçildi bu sistemden ama 9 milyon 400 bin ki inin ölümü pahasına Vazgeçildi. Biz SES olarak, geçmi te yaptıklarımızı bir kenara bırakalım, son üç aydır çırpıyoruz. Canımızla di imizle mücadele ediyoruz. Yani bu yasalar ve bu piyasacı model uygulanmasın diye u ra ıyoruz. Ya uygulansın da bir görelim diyemeyiz çünkü fatura a ır, fatura ölüm. Ve ölenler halktan insanlar, bizim gibi insanlar. Dolayısıyla gün, "her eyin ba ı sa lık, sa lıkta yıkımı durduralım" deme günüdür. Gün alanlarda meydanlarda, hizmeti sunanlar ve hizmeti alanları bulu turma ve sa lık hakkımıza, sa lıklı ya ama hakkımıza sahip çıkma günüdür diyorum. Hepinizi mücadeleye davet ediyomm. Ba ka bir seçene imiz yok. Mücadele edenler her zaman kazanamazlar, ama kazananlar her zaman mücadele edenlerdir.

(Alkılar)

Kemal Kılıçdaro lu: Özür dilerim Cevdet Bey burada yoklar ama bazı söylediklerine cevap vermek durumundayım. İmdi öncelikle vatansızlar dahil bu sistemin içine alındı. Sa lık sistemi geni letildi. Oysa Türkiye Cumhuriyeti'nde ilk kez bu yasayla, Sosyal Güvenlik anahtarı atıldı. Örne in; gündelik yevmiyeli i lerde çalı anlar bu sistemin dı ına çıkarıldı. Yani emeklilik sigortası açısından söylüyorum. Küçük çiftçi bu sistemin dı ına

çıkarıldı. Küçük esnaf bu sistemin dışına çıkarıldı. Yani bunlar hayatları boyunca hiç emekli olamayacaklar. İlk sefer sistemde bir daralma meydana geldi. İkinci önemli nokta sıklıkta çok ciddi sınırlamalar meydana gelecek. Ama onu sıklıkla harcamalarıyla paralel, harcama arttıkça sınırlama gelecek. 63. madde Sosyal Güvenlik kurumuna sıklıkla türü, miktarı konusunda her türlü sınırlama getirme yetkisi veriliyor hiçbir koşulda bağımlı olmaksızın. Enteresan bir örnek vereceğim yine sizlere; para yok diyorlardı. Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu çok önemli bir sosyal güvenlik kurumudur. Bu kurumun at yarılıklarından her ay 1 trilyon lira para alması gerekir. Fakat araya çileri Bakanlık o lu girdi için bu kurumdan alınması gereken para yargı kararına rağmen alınmadı. Dönemin bakanı, Sayın Güldal Akıtt, "para almayın" diye onayın altına imza attı. İlk kez bir bakan yargı kararını uygulamayın diye ilgili kurulu a talimat verdi.

Bir de unu unutmayalım, SSK, Emekli Sandığı, Bağımlı-Kur bitti, do ru. Bu kavramlar da bitiyor artık. Ama bunun yerine 4-A'lılar 4-B'liler ve 4-C'liler var. 4-A'lılar SSK'lılar. 4-B'liler Bağımlı-Kur'lular, 4-C'liler Emekli Sandığı'na tabi olanlar. Çünkü yeni tanım böyle. SSK hastaneleri devredildi. Devretme bedeli ne oldu? Ödeyecekti hükümet. Hiç i çi sendikalarından yahu siz bu parayı niye ödemiyorsunuz diyen var mı? Diyen yok. Tamamen üzerine yatıldı ve kaldı. Türk Tabipleri Birliği yasa teklifini ben verdim dedi. Oysa o yasa teklifini, - iki yasa teklifi var birisi de CHP'ye aittir. Ve ilk yasa teklifini veren CHP'dir. Açılır bakılırsa o görülür. Tam bir kadrola ma çalı ması yapıldı. Klinik efleri konusunda, bakın bir örnek vereceğim. Önce tüzü ü de i tirdiler. Yargı iptal etti. Bir daha yaptılar yargı yine iptal etti. Sonra yasa çıkardılar Anayasa Mahkemesi iptal etti. Ama o arada bütün klinik eflerini atadılar. Her türlü etik kurala aykırı. Bunu bakan soruyorsunuz, bakan buna yanıt dahi vermiyor.

Bir ba ka nokta, Sosyal Güvenlik Kurumu Bakan, vekaleten atandı ama bakın; biz ısrarla unu söyledik. Sosyal Güvenlik Kurumu Bakanını 5 yıl süreyle atayın. Tıpkı BDDK Bakan gibi, Türkiye Kurumu Bakan gibi. Bu adam oraya oturup siyasal iktidardan gelen taleplere göre de il, do rusu neyse onu yapsın. Ve be yıllık bir süresi oldu u için de siyasi baskılardan arınmı olur. Dü ünün biz teklif ediyoruz ve siz atayacaksınız diyoruz. Bunu yapmadılar. Yasa çıkmadı. Sosyal Güvenlik Kurumu Bakan iki kez de i ti. Son atamayı da sayın Cumhurbaşkanını imzalamadı. "Herkes birinci kompartımana binecek. Niçin bundan alın-ganlık gösteriyorsunuz?" En iyi durum kimdi? Kimlere aitti? Emekli Sandığı emeklilerine aitti. Daha do rusu önce milletvekillerine aitti. Onların durumlarında bir de i iklim oldu mu? Olmadı. Aynı konularını koruyorlar. Hani herkes birinci sınıf kompartımanında olacaktı, o zaman vatandaşın da aynı yerde olması lazım. Ondan soma kimin durumuydu? Emekli Sandığı'ndan olanların durumuydu. Bir hastaneye gitti i zaman katkı payı, u bu ödemezdi. Hep-sini Emekli Sandığı öderdi. İmdi öyle mi? Hayır. Hep beraber Bağımlı-Kur'lu konumuna geldik. Artık bu kompartıman birinci sınıf mı son sınıf mı onun da takdiri size ait. Efendim aylarca görü üldü dedi. Do ru ça ırdılar adamları dinlediler. İmdi dinlemek ayn, oradan alman bazı talepleri yerine getirmek ayrı. Ben dinlerim ama ben bildi imi okurum. Bunun adı da dinle-mek oluyor. Bunlar dinlediler, ama kendi bildiklerini okudular. Efendim i te borçlu olana bakmazsak kimse prim ödemez. Prim öder yeter ki siz almasını bileceksiniz. Bu primi alma diye bürokratin üzerine siyasi baskı kurmayacaksınız. Yoksa bürokrat gider o parayı alır. Üs-telik faiziyle beraber alır. Sigortalının yurtdışı na gitmesini ilk kez biz yaptık diyor. Neresini düzeltece im ben bunun. Sigortalı eskiden beri yurtdışı na gider. Yurtdışı na gitmeyen emekli-sigortalı, sigortalının e i ve çocuklarıdır. Onları getirdiler, do rusunu yaptılar ama bu ekilde tümünü ilk kez biz getiriyoruz demek de do ru bir uygulama de il. Hemen bir cümle daha

söyleyeyim; emekli aylıkları sadece enflasyona endekslendi. Ulusal gelir artı nda emekli-
lere pay verilmeyece i kanun maddesi haline getirildi. Yani milli gelirde örne in yüzde 9'luk
bir artı olursa, emekli aylı na bu hiçbir ekilde yansımayacak. O emekli oldu u tarihteki ge-
lire mahkum olan bir ki i olarak kalacak.

(Alkılar)

("Emekli aylıklarından kesinti olacak mı" diye soruluyor.)

Hayır, emekli aylıklarından herhangi bir kesinti olmayacak. O konuda herhangi bir sorun
yok. Emekli ikramiyelerinde herhangi bir azalma olmayacak. Bir yasal düzenleme yapılmadı.
Kıdem tazminatında da herhangi bir sorun olmayacak çünkü onun da yasası var. Çalı an emek-
lilerin aylıklarında kesinti olacak. Ba -Kur emeklilerinde yüzde 10'du, asgari ücretin yüzde
33,5'una çıkacak. Yani 400 YTL alandan 40 YTL sosyal güvenlik primi kesiliyordu, imdi 178
YTL kesilecek. Üstelik her asgari ücret artı mda bu da artımı olacak. Buna da ba ta söyledi im
gibi, "Temel'in keınençesi" gibi, kar ıla ıldııkça tepki verilecek.

Dr. Haluk Ozsarı: Sayın ba kan, bugün anlattı nız bir fıkra vardı "beni kim alır?"
diye. Aslında ben bütün konu macılardan ve soru-cevaplardan not almaya çalı yorum.
Çünkü biz gerçekten almak istiyoruz. Neden almak istiyoruz? Artık bu ülkede de erler
üzerinden siyaset yapmak yerine, bu ülkede projelerle, sivil toplum kurulu larıyla ortak
projelerle siyaset yapmanın do rulu una inandı mız için bunu yapıyoruz. Biz sa lıkta,
hem ulusal hem de vatanda ı hedef alan, vatanda la sa lık hizmeti arasındaki para alı ve-
ri ini tamamen ortadan kaldıran ve dolayısıyla da sosyal devleti hakim kılan bir görü e
sahibiz. Sayın Gürsoy, "personelde hızlı bir kadrola ma var" dedi ama kadrola mayı
açmak lazım. Uzmanla an bir kadrola ma de il, siyasi bir kadrola ma. Bakın, size iki
tane rakam verece im. 81 il sa lık müdürlü ünün tamamında yüzde 90'ı a an bir...

çinde Sayın Domaç'ın da bulundu u 103 kurulu la mülakatlar yapıldı. Ve bu mülakat-
lar sonrasında o rapor çıktı. Bunun içinde Sa lık Bakanlı ı da vardı. Ve Sa lıkta Dönü üm
Programı o zaman çıkmı tı zaten. O program alınarak oraya kondu, Sa lık Bakanlı ı böyle
diyor diye.

(zleyicilerden biri söze girip "Domaç'ı çok severiz biz" diyor.)

Peki. Temel laç Listesi de, size çok samimi itiraf ediyorum; 1991-92 yılında Ye il
Kart modeli olu turulurken, Türkiye'de 250 tane ilacın Ye il Kartlılar için Temel laç
Listesi olu ması çalı masında ben bulundum, çalı tım. Gerçekten bu ülkenin buna çok ih-
tiyacı var. Bunun üstündeki ilaçlarla ilgili kararları ba ka türlü verebiliriz. Ama temel
ilaçlarla ilgili kararları, hakikaten vatanda ın yararına vermemiz gerekir. Son cümlem
u: 60 milyar dolar bir kayna a yönelecek Sosyal Güvenlik Kurumu biliyor musunuz? 60
milyar dolar bir kayna a... 60 milyar dolar ne demek biliyor musunuz? 60 milyar dolar,
yakla ık 15 tane bakanlık bütçesi demektir. Sa lık Bakanlı ının bütçesi, ortalama 4 mil-
yar dolardır. 60 milyar dolar yakla ık 15 bakanlık bütçesi demektir. Ve ben Sayın Kılıç-
daro lu'na aynen katılıyorum. Genel Sa lık Sigortası hazırlık sürecinde "iki" dedi, bir de
ba ka bir müste ar yardımcısı daha vardı Çalı ma ve Sosyal Güvenlik Bakanlı ının.
Onu da sayarsanız, üçüncü üst düzey bürokratla çalı yıyorlar. Bu kadar hızlı bir personel
devir lıızı, hele üstte, hele üst kademede, bu ilke için çok tehlikelidir. naniyorum ki, bu
tehlikelerin hepsini önümüzdeki bir sene içinde bertarafetmi olaca ız. Hepinize saygı-
lar sunuyorum.

(Alkılar)

Ecz. Zafer Kaplan: İmdi tabii, ben bilmiyordum Sayın Domaç'ın o çalı ma grubu içinde oldu unu. Ama do rusu a ırmadım. İmdi tabii, olan biten ey bu kadar masum de il. Sayın Sa lık Komisyonu Ba kanı'nın orada propaganda ba larak bir noktaya getirip size kendini alkı lat ırak ba lattı ı ey o kadar da masum de il. Yani, sanki tesadüfen bir tercih yap m lar, bir modeli Türkiye'ye uydurmaya çalı ıyorlar, bunu da masum göstermeye çalı ıyor lar. İn ilginç tarafı saflık vitrinde var. Bu son derece yanlış tehlikeli ve geri dönü ü olmayan sonuçlarla kar ımıza çıkacaktır. Yani, bu i o kadar masum de il. Fıkrayla, "Derdimiz para olsun, önemli de il. Bu devletin kimseye borcu kalmamı " gibi laflar, inanın ki hiç masum de il, saf de il; son derece tehlikeli. Bırakıp gitti.

Bakınız, İmdi yasalara baktı ınız zaman bunu görüyoruz. Ben birkaç kelimeyle bunu bi tirece im. Kongrenin de belki son eyi bu mesaj olacak. İnu söyleyebiliriz. Bizim alanımızdaki yasaları biz çok yakından inceliyoruz. İte "tıbbi ürün ve tıbbi cihaz yasası" diye bir ey çıkıyor biliyorsunuz. Taslak halinde dün burada sayın genel müdür savundu. Dedi ki, "böyle bir komisyon, böyle bir grup olsun. İlaçla ilgili bütün i ler orada bitsin. Her türlü siyasi mül hazanın dı İnda, bürokrasinin dı İnda, uzmanların oldu u bir kurum tarafından i ler yürütül sün." İmdi yasayı inceledi İniz zaman, bakıyorsunuz ki bir tek amaç var. Türkiye'deki yerli yabancı ilaç sermayesine, onların İni kolayla tıracak İkilde servis yapmak. Bütün dert bu. Ve daha detaylara baktı ınız zaman, bir de bir soysuzluk var. Yani bu kurum son derece büyük paralara hükmedecek bir kurum. Çünkü uzman tutuyor. Yurtdı İnda İte toplantılar düzenli yor. Yasaların hazırlanması do rultusunda bir sürü komisyon çalı tırıyor. Yabancı uzman dahi çalı tırabiliyor. Vc bakınız kayna ı nereden, İte her biri müste ar düzeyinde para alacak fakat onun dı İnda bir kaynak var; döner sermaye. Döner sermayenin kayna ı kim? İlaç sanayicileri ve ba ı . İmdi denetleyece İniz, sorgulayaca ınız, belki bir yer geldi İ zaman ruhsat verme yece İniz, satı İzni vermeyece İniz bir sektörden ba ı alacaksınız. İmdi bunlar asla masum de il, asla ho görülecek eyler de il. Ve hem çok sıkı mücadele edilmesi gereken bir süreçtir bu içinde bulundu umuz. GSS'deki yasa u; 2007 protokolü tartı ılıyor, en fazla canımızı sıkan ey, geri ödemenin zamanı ve o avans ödemesi dedi İmiz ey. Bunu yasaya koymu lar. Genci Sa lık Sigortası yasasına koymu lar. Sa lık hizmetini satın alırken veya İte bir malı satın alırken %75-90 avansa ödenir. Gerisi belli de il ne zaman ödenir. Ama bunu yasaya koymu lar. İmdi bize gerekçe u. Niye bunu yapmayın diyoruz? Protokolde bunu yapmayın diyoruz. Efendim yasaya koyduk diyorlar. Böyle bir inanılmaz düzenlerle, tezgahlarla kar ı kar ıyayız. Hepimize kolaylıklar diliyorum. Hakikaten sıkı bir 2007 ya ayaca ız hep beraber.

(Alkılar)

Yard. Doç. Dr. Ufuk Uras: Zafer Bey'e İte ekkür ediyoruz. Biliyorsunuz, ilginç atasözlerimiz var. Bunlardan bir tanesi de, "Do ru söyleyeni dokuz köyden kovarlar". Ben dilbilimci arkadaşlara sordum, ba ka hiçbir dilde yok. Niye do ru söylemek kötüdür üzerine bir atasözü var, do ru söyleyeni dokuz köyden kovmu lar, onlar da gelmi İhre yerle mi . İte İstanbul'da biz ne güzel hep beraber, İstanbul Eczacı Odası'nda memleketin temel meselelerini konu uyoruz. Benim siyasi kanaatim odur ki, inancım odur ki, üniversitede ö rencilerime de hep onu anlatıyorum; böyle mesela Sokrates'e soruyorlar, "Hayatın anlamı nedir?" diye. Kızıyor. İoru İoran adamın kafasını kovaya sokuyor. Adam çırp mıyor, çırp mıyor çıkartıyor. "Seni bu kadar çırpındıran bir İoru oldu u zaman gel, bu İoruyu tekrar bana İoru" diyor. İorunları daima İorunların ma İurları İözer. Ma İurların İorunlarını İuyun ba İını İutanlar İözemezler. O İyüden İizin Odanızın İaptı ı bu kongrenin bu amaca İizmet edece İne İnanıyorum. Hepinize İyi İak İamlar.



İstanbul Eczacılık Kongresi

İstanbul Eczacılık Kongresi (8-10 Aralık 2006)

