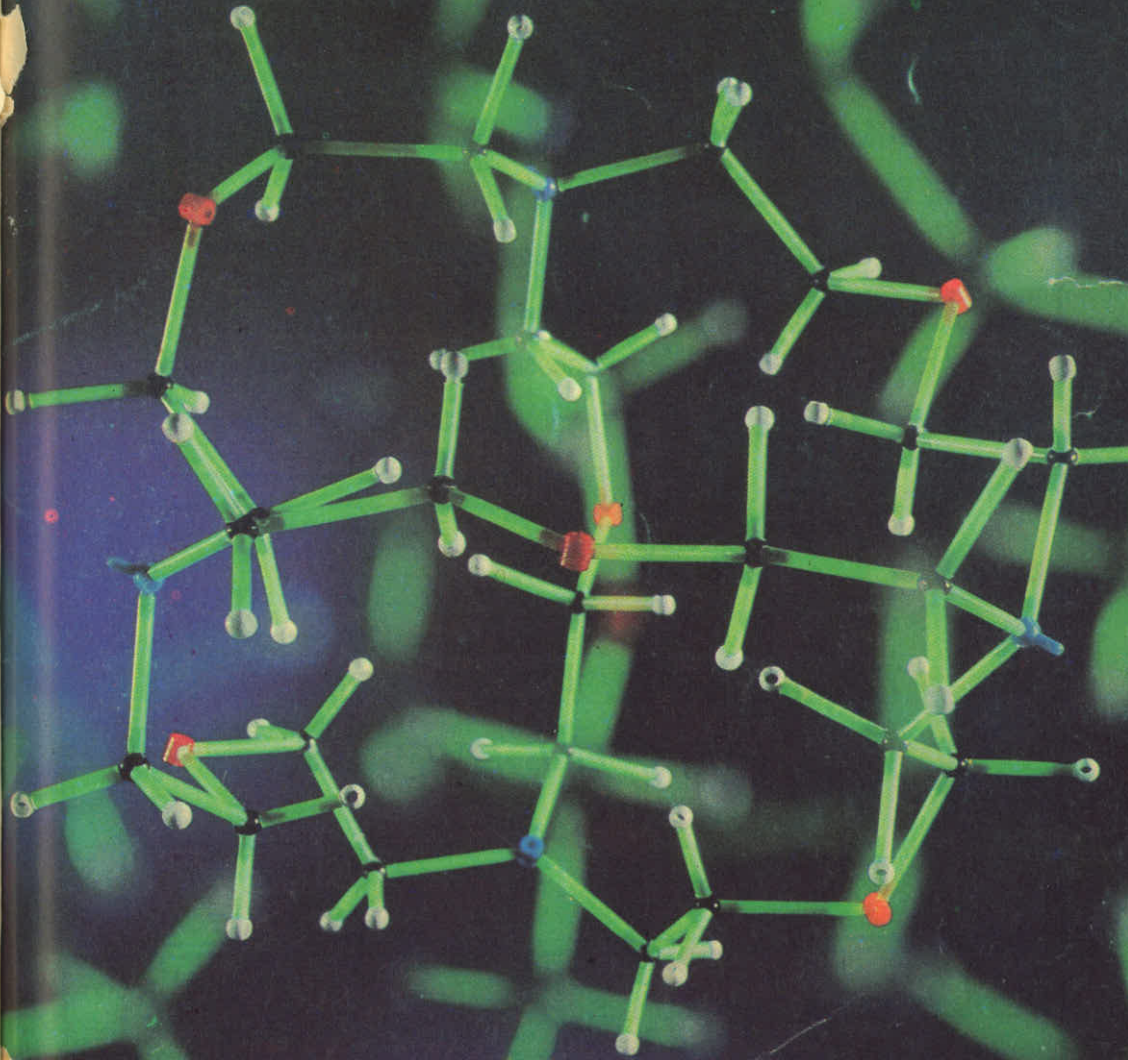


# ECZACI ODASI

BÜLTENİ



CİLT: 10 Ekim 1988 Sayı: 5



**ANKARA  
ECZACI ODASI  
BÜLTENİ**

İKİ AYDA BİR YAYINLANIR

TEB II. Bölge  
Ankara Eczacı Odası  
adına Sahibi ve  
Yazı İşleri Sorumlusu  
Dr. Ecz. Akın Çubukçu

Yönetim Yeri :  
Konur Sokak 13/2  
Yenişehir/Ankara  
Telefonlar :  
125 42 96 - 125 08 07

**Yayın Kurulu**

Tamer Baykara Artemis Karabıyık  
İclal Çakıcı Rıza Ommatı  
Nilgün Göğer Ertan Onursal  
Kadir Hatunoğlu Olcay Seles  
Berk İmer Sevgi Yıldız

**ŞAFAK**

Ofset-Tipo Matbaacılık  
Tel : 229 57 84 - Ankara

**NOTLAR**

- 1- Bülteindeki yazılar, Bülten adı gösterilerek yayınlanabilir.
- 2- Yazılardaki görüşlerden yazarı sorumlu olup AEOB'ni bağlamaz.
- 3- Bülten 2600 adet basılır ve AEO üyeleri ile Yurt içi tüm sağlık kuruluşlarına ücretsiz posta ile dağıtılır.

**BU SAYIDA**

**181 BAKIŞ**

**183 SOSYAL ECZACILIK**

Iddialar ve Gerçekler Üzerine (Cem Tokatlı),  
Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu Ku-  
ruldu (AEOB), Ve Bir Yürüyüş Geçti! (Ata  
Soyer), Hasta İlaç (AEOB)

**203 ÖĞRENCİ GÖZÜYLE**

**218 BİLİM HABERLERİ**

Tıbbi Laboratuvarlar ve İşlevleri (Nejat  
Uçartürk, Rıza Ommatı)

**222 OKURDAN  
MEKTUPLAR**

**223 ODA HABERLERİ**

**225 BULMACA**



Değerli Okurlar,

Mesleğimiz açısından tartışmalı, tartışmalı olduğu kadar da sıkıntılı günler yaşıyoruz. Son 2-3 ayda basına yansıyan ya da yansıyamayan! Olayları kronolojik olarak düşününce olayın önemi ortaya çıkıyor.. İsterseniz başından başlayalım... Önce İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası ile Türk Eczacıları Birliği arasında düzenlenen açık oturumda, Sendikanın 2. Başkanı Kaya Turgut tarafından "İlaç fiyatlarının tamamen serbest bırakılması" istemi dile getirildi. Daha sonra CIBA-GEIGY ve BAREM (Bilimsel Araştırma ve Eğitim Merkezi) tarafından desteklenen "Toplum Sağlığı Açısından Bilimsel İlaç Kütlanımı" adı altında bir toplantı düzenlendi.

Ve son olarak "Business International" (Uluslararası İşadamları) derneğinin düzenlediği, izleyebilmek için bir kişinin yaklaşık 2.5 milyon TL. ödendiği, basına kapalı olan toplantıda ilaç sanayi ve ilaç fiyatları bir kez daha tartışıldı.

Sonuç olarak her üç toplantının ardından genel bir değerlendirme yaptığımızda şu kaniya varıyoruz.. İlaç sanayi, ilaç fiyatlarının serbest bırakılması, OTC ve patent uygulamasının kabul edilmesi yönünde çok yönlü ve çok uluslu bir kampanya başlatmıştır.. Mozayığın parçalarını birleştiren olay tüm

açıklığıyla ortaya çıkıyor. Avrupa Topluluğuna girmenin tartışıldığı bu günlerde bu konunun gündemden çıkacağı kanımızca olası değil. Bakalım önümüzdeki günler ne getirecek?

Bu arada ilaç fiyatları her ay % 5-6 oranında zam almakta. Zamların her ay bu oranda süreceği de anlaşılıyor. Serbest meslek sahiplerinden alınan peşin vergi artırılmak isteniyor. İlaçta KDV oranı % 8 den % 10 a çıktı. Bu arada kağıt fiyatlarının çok yükselmesi sonucunda Bültenimizin maliyetinin epeyce yükseldiğini de belirtelim. Bütün bu saydıklarımızdan sonra iyimser olmak her halde çok zor.

Son olarak kamu kesiminde çalışan meslektaşlarımıza sorunlarıyla ilgilediğimizi, haklı olan tüm isteklerini içeren "Kamu Eczacıları Raporu"nu en yetkili makamlara ilettiğimizi belirtmek istiyoruz. Sadece sorunları iletmenin sorunun çözümüne yetmediğinin de bilincindeyiz. Önümüzdeki sayıda Kamu Eczacılarının Sorunları konusunda yaptığımız çalışmalarla daha geniş şekilde yer vereceğimizi belirtelim.

Çok daha iyimser haberler vereceğimizi sayılarımızda yeniden buluşabilmek dileğiyle... Dostlukla...

A.E.O.B.



## "İDDİALAR VE GERÇEKLER" ÜZERİNE

Cem TOKATLI

18 Temmuz günü İstanbul'da Türk Eczacıları Birliği ve İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası arasında bir açık oturum yapılmıştı. Çok istememe karşın izleme olanağı bulamadığım bu toplantı hakkında izleyen arkadaşlardan biraz bilgi edinmiştim. Fakat ayrıntılı bilgiyi İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenler Sendikası'nın yayınlamaya başladığı "Rapor" dergisinden sağladım. "Rapor"un ilaç konusuna yaklaşımı kuşkusuz tarafı, ama ilaç sanayicilerinin görüşlerini doğrudan öğrenmek açısından çok yararlı ve aydınlatıcı bir dergi. Örneğin; derginin Ağustos sayısında, Araştırma-İnceleme bölümü "İddialar ve Gerçekler" isimli bir yazıya ayrılmış. Bu yazı, yukarıda belirttiğim açık oturum sırasında, Türk Eczacıları Birliği tarafından ilaç sanayine yöneltilen bazı eleştirilere yanıt vermeye çalışıyor ve çok da yararlı oluyor. Yararı, yanıtların yeterliliğinden

değil, yürürlükteki ilaç fiyatlandırma sisteminin tutarsız ve aksak yönlerinin somut örneklerle ortaya konulmasına katkısından ileri gelmekte. Ben, elimden geldiğince ilaç sanayicilerinin yanıtlarını irdelemeye, verilerini değerlendirmeye çalıştım; konuyla ilgilenenlere faydalı olmasını umuyorum.

### TRANKO BUSKAS DRAJE

1.9.1988 tarihinde yapılan zamlarla Tranko Buskas 20 draje 960, 40 draje ise 2350 TL. oldu. Aynı etken maddeyi, aynı miktarda içeren iki ilaç; sadece ambalajdaki draje sayısı değişik; biri diğerinin iki katı draje içeriyor, fakat fiyat farkı yaklaşık 2.5 kat. "Ambalaj değiştirilerek haksız fiyat artışı sağlanıyor" diye Türk Eczacıları Birliği'nin yaptığı eleştiriye, Rapor dergisi ile ilaç sanayicileri şöyle yanıt vermeye çalışıyor:

**Tranko Buskas 20 ve 40 drajenin fiyatları aşağıda gösterilmiştir.**

Tarih	Tranko Buskas 20 Drj.	Tranko Buskas 40 Drj.
27 Mart 1984	391 TL.	737 TL.
27 Şubat 1985	516 TL.	973 TL.
27 Mayıs 1985	609 TL.	1.148 TL.
11 Nisan 1986	Fiyat başvurusu reddedilmiş	1.370 TL.
18 Aralık 1986	639 TL. (+ % 5)	1.580 TL. (+ % 15)
29 Şubat 1988	835 TL. (+ % 31)	2.050 TL. (+ % 30)

Görüldüğü gibi iki ambalaj arasındaki fiyat farklığı Tranko Buskas 20 drajenin fiyatının 1 defa reddedilişinden ve Kararnamenin tam olarak uygulanmayıp Bakanlık tarafından gerçek artışların her iki müstahzarda farklı oranlarda düşürülmesinden kaynaklanmıştır.

Görülüyor ki, 11 Nisan 1986 tarihinde Bakanlık Tranko Buskas 20 drajenin maliyetindeki artış nedenlerini yeterli bulmayıp, zam istemini geri çevirmiş; buna karşın 40 drajelic ambalaja % 19.2 oranında zam yapmış. İlaç aynı, maliyet aynı, sadece ambalaj değişik. Sonuç; yukarıda da belirttiğim gibi, 20 draje fazlalığı 2.5 kat fiyat farkı getiriyor. Demek ki, sistem iyi yürütüyor. Fakat sorun sadece sistemin yürümemesinde değil, özünde de var; Visken örneğinde göreceğiz.

Hemen belirtelim ki, etken maddelerin maliyet içindeki payı bir ilaçtan diğerine büyük oranlarda değişebilmektedir. Örneğin, serumlarda bu pay çok düşük, buna karşın ambalaj, işçilik gibi diğer maliyet unsurlarının payı yüksektir. Oysa bazı ilaçlarda da fiyat faktörü nedeniyle hammaddelerin payı yüksektir.

Visken isimli ilaç, etken maddesi çok pahalı bir müstahzardır. Dolayısıyla etken maddenin sınav maliyet içindeki payı da yüksek olup diğer maliyet unsurlarının dağılımı da maliyetle orantılı olarak arttığından, dozaj iki katına çıktığı zaman toplam maliyet de iki katına yakın artmaktadır.

Yine "Rapor" dergisinden bir alıntı. Yazılanların çoğu doğru; gerçekten etken maddenin payı ilacın maliyeti içinde çok önemli. İlaç sanayinin "etken maddesi çok pahalı olan ilaçlarda dozaj iki katına çıktığı zaman idari giderler, finansman giderleri ve tanıtım giderleri gibi maliyet unsurlarının dağılımının sınav maliyet üzerinden yapıldığı durumlarda ilacın toplam maliyeti de iki katına yakın artabilmektedir" açıklaması, ilaç fiyatlandırma sisteminin özündeki bir yanlışlığa dikkat çekmesi açısından çok yararlı. Bakın bunu Visken 5 mg X 30 tablet (7590.-) ve

Visken 10 mg X 30 tablet (14.820.-) örneğinde incelemeye ve yanlışlığı bulmaya çalışalım. Çalışalım diyorum, çünkü ne Visken isimli ilacın etken madde fiyatını, ne de Bakanlığa verilen ilaç fiyat bildirimlerini öğrenme olanakım var. (Zaten burada İlaç İşverenleri'nden ve Rapor dergisinden bir istekte bulunulacak. "Açıklık" politikasını biraz daha geliştirip, fiyatları tartışılan ilaçların Bakanlığa sunulan fiyat bildirimlerini yayımlasalar da, sorunların tartışılması biraz daha somut veriler üzerinde yapılabilir.) Şimdi, 1984 aralık ayından itibaren yürürlükte olan ilaç fiyat

kararnamesi doğrultusunda bir ilacın fiyatı nasıl oluşuyor, onu görelim. Veriler piyasa-

da satılan tablet formunda bir ilaca ait, sadece sayıları biraz yuvarlaklaştırdım.

Etken madde	1.850.-
Yardımcı maddeler	50.-
Ambalaj malzemesi	175.-
İşletme giderleri	150.-
İşçilik giderleri	150.-
+	
Sınai maliyet:	2.375.-
Genel idare gid.	250.-
Satış+pazarl gid.	300.-
Tanıma giderleri	125.-
Finansman giderleri	400.-
+	
Toplam maliyet:	3.450.-
Satış iskont. payı	350.-
+	
	3.800.-
İmalatçı kârı	750.-
İmalatçı fiyatı	4.550.-
Depo satış	4.060.-
Eczane satış	6.200.-
KDV'li satış fiyatı	6.700.-

TABLO: 1. Tüketicie Ulaşana Kadar Bir İlacın Fiyatlandırılması

Bu aşamada "İlaç Endüstrisi üretim ve dağıtım Dayanışma Derneği" tarafından Ağustos 1987'de üyelerine dağıtılan bir sirkülerden alıntı yapmak istiyorum. Sirkülerde, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından ilaç fiyatları belirlenirken maliyetlerle ilgili olarak saptanan

kriterlerden söz ediliyorve"... tarafımızca bilinmeyen bazı kriterler konduğu ve fiyat taleplerinin bu maliyet yapısı esas alınarak değerlendirileceği" vurgulanıyor. Sirkülere göre, üreticilerin ilacın toplam maliyetine şöyle varmaları gerekiyor:

Etken madde+yard. mad.	% 43.9	} %55.6
Ambalaj gideri	% 11.7	
İşçilik gideri	% 5.9	
Genel İmalat giderleri	% 6.9	
Genel idare giderleri	% 6.5	
Finansman giderleri	% 13.6	
Reklam, Tanıt. ve Paz. gid.	% 11.5	
	+	
Toplam Maliyet	: % 100.0	

TABLO: 2. Bir İlacın Maliyet Öğeleri

Kısacası, bir ilaç firması maliyet verilerini yukarıdaki oranlara yaklaşık hesaplayıp, beyannamesini hazırlarsa ilacına kazasız belasız zam alabilecektir. Doğruluğu üzerinde tartışma görürür bir yöntem; fakat sistemin özünü de yukarıdaki tabloda yer alan veriler oluşturuyor; bu da bir gerçektir.

Tablo-1 ve Tablo-2'de görüldüğü gibi, etken madde fiyatının toplam maliyet içerisinde payı oldukça fazla. Öte yandan ilaç üreticilerinin işçi ücretlerinden yana pek sıkıntıları yok görünüyor; finansman giderleri, önceki kararnamenin tersine maliyet unsurları içinde ve işçilik giderlerinin 4 katı. Satış ve pazarlama giderleri ile

tanıtma giderleri yine tartışılabilir düzeyde; eski kararnameye göre bir yenilik daha var: Firmaların depolara yaptıkları indirimler de yaklaşık % 10 oranında maliyet unsurları içine katılabiliyor. Ve tabloda belirtildiği gibi, tüm bu maliyet unsurlarının toplamının % 15-20 arasındaki bir yüzdesi de firma kârı olarak ortaya çıkıyor. Diğer bir deyimle, ilacın maliyeti arttıkça, firma kârı da artıyor. İlginç?...

Bu bilgilerimizi Visken 5 mg X 30 tablet için kullanarak, önce bu ilacın "toplam maliyeti"ni elde etmeye çalışalım. Elimizde ilacın bugünkü satış fiyatı olan 7.590.- verisi var; şimdi geriye doğru hesaplayalım:

KDV'li satış fiyatı	7.590.-
(KDV % 8)	565.-
Eczane satış fiyatı	7.025.-
(Eczacı kârı % 25)	1.405.-
Depocu fiyatı	5.620.-
(Depocu kârı % 9)	460.-
İmalatçı satış fiyatı	5.160.-
(İmalatçı kârı % 17.7)	860.-
Toplam maliyet+iskonto	4.300.-
(Satış iskontosu yapı % 7.5)	300.-
Toplam Maliyet:	4.000.-

TABLE: 3. Visken 5 mg X 30 tablet'in Geri Hesaplama ile Maliyeti

Visken 5 mg X 30 tabletin, Tablo: 2'deki verilere göre etken madde+yardımcı madde maliyetini yaklaşık olarak saptamaya çalışırsak, bu değer kabaca 2.000.- TL'si yapıyor. İlacın toplam maliyetini 4.000.- TL olarak bulduğumuza göre, demek ki diğer maliyet unsurları 2.000.- TL dolayında.

Şimdi de Visken 10 mg X 30 tabletin fiyatının ne olması gerektiğini hesaplamaya çalışalım. 5 mg.lık ilacın etken madde+yardımcı madde maliyeti 2.000 lira

olduğuna göre, bu ilahtaki maliyet 4.000 lira olacaktır. Diğer maliyet unsurları 2.000 lira; öyleyse toplam maliyet 6.000.- TL olarak ortaya çıkmakta. Visken 5 mg için yaptığımız hesaplamalarla, Visken 10 mg'in KDV'li satış fiyatını 11.550 lira dolayında saptayabiliriz. Buna karşın Visken 10 mg'in bugünkü satışı 14.820.- TL'dir. Kutu başına 3.270 lira olan bu farkın nereden oluştuğunu Tablo:4'de görebiliriz; Visken 5 mg için yaptığımız hesaplamaları bu ilaç için yaparak:

KDV'li satış fiyatı	14.820.-
(KDV % 8)	1.100.-
Eczane satış fiyatı	13.720.-
(Eczane kârı % 25)	2.745.-
Depocu fiyatı	10.975.-
(Depocu kârı % 9)	905.-
İmalatçı satış fiyatı	10.070.-
(İmalatçı kârı : 17.7)	1.520.-
Toplam maliyet+iskonto	8.550.-
(Satış iskontosu yapı % 8.2)	650.-
Toplam Maliyet:	7.900.-

TABLO: 4. Viskan 10 mg X 30 Tablet'in Geri Hesaplama ile Maliyeti

Görüldüğü gibi, geriye doğru hesaplama yöntemiyle toplam maliyet yaklaşık 7.900.- TL olarak ortaya çıktı. Yani daha önce 6.000.- TL. olan toplam maliyet değerinden 1.900 lira daha fazla ve farklılığın nedeni de; Viskan 5 mg tablet için 2.000 lira düzeyindeki "diğer maliyet unsurlarının". Viskan 10 mg tablet için 3.900 lira olarak fiyat beyannamesinde yer almasından kaynaklanıyor. Ve 1.900 liralık bu fark katlanarak tüketiciye 3.270.- TL. düzeyinde ulaşıyor. Şöyle bir manzarayı gözlerimizin önünde canlandırmaya çalışalım: Yanyana iki tane tablet basma makinası var. Birincisinde Viskan 5 mg. tablet basılıyor, diğerinde Viskan 10 mg tablet; ve ikinci makinada basılan tabletlerin işletme, işçilik, genel idare, satış ve pazarlama, tanıtma ve finansman giderleri toplamı diğerinden (30 tablet için) 1.900 lira daha fazla; doğrusu, anlayabilmek çok zor.

#### ARTRİL VE DOLVEN

Rapor Dergisi, Eczacıbaşı tarafından üretilen Artril ve Dolven isimli ilaçlara da epeyce yer vermiş. Bilindiği gibi Dolven

draje 200 mg., Artril draje ise 400 mg. ibuprofen etken maddesi içeriyor; fakat Artril'in tek draje fiyatı 134, Dolven'inki ise 74 lira, yani yaklaşık 1.8 kat daha pahalı. Türk Eczacıları Birliği de bu örneği vererek, ilaç sanayini "fiyat arttırmak amacıyla isim değişikliğine girildiği" doğrultusunda suçlamıştı. Etken madde miktarı iki kat arttığında ilaçların fiyatlarının da yaklaşık aynı oranda artmasının nedeni ni ve de geçerliliği üzerindeki kuşkuvarımı. Viskan 5 mg ve 10 mg tablet örneklerinde açıklamaya çalışmışım. Onun için Artril ve Dolven isimli ilaçlarda bu konuya girmeyip, "isim değişikliği" üzerinde durmak istiyorum. Önce, Rapor Dergisindeki açıklamaları görelim:

Yapılan klinik araştırmalar sonucunda bu ilaçların etken maddesi olan Ibuprofen'in, antiromatizmal etkisinin yanısıra analjezik etkisi de kanıtlanmış ve günde 1200 mg'ı aşmamak kaydıyla 200 mg'lık Ibuprofen prepatlarının ABD'de reçetesiz olarak satılmasına izin verilmiştir.



Ayrıca analjezik ve antipiretik olarak günde en fazla 1200 mg dozunda kullanılan Ibuprofen formuyla, romatoid artrit ve osteo-artritte spesifik olarak günde 2400-3200 mg dozunda kullanılan daha yüksek dozlu Ibuprofen formu birbirinden ayrılmıştır. Bu iki form karışıklığa neden olmamak için aşağıdaki isimleri verilen firmalar tarafından ayrı isimlerle piyasa sunulmuştur.

Üretici Firma	İlacın Etken Maddesi	İlacın Ticari İsmi
UPJOHN	Ibuprofen 200 mg	HALTRAN
UPJOHN	Ibuprofen 400 mg	MOTRIN
MAJOR	Ibuprofen 200 mg	SUPPERIOR PAIN MEDICINE
MAJOR	Ibuprofen 400 mg	MORPEN

Türkiye'de de diğer ülkelerdeki uygulamaları gözönüne alan SSY Bakanlığı, ayrı endikasyonlarda kullanılan iki ilaç şeklinin ayrı isimlerle piyasaya sunulmasına izin vermiştir.

Böylece sözkonusu ilaçlar analjezik ve antipiretik olarak kullanılmak üzere;

**DOLVEN (Ibuprofen 200 mg)**

Romatoidartrit ve Osteoartrit'te kullanılmak üzere;

**ARTRİL (Ibuprofen 400 mg)**

isimleriyle piyasaya verilmiştir. Dolven 200 mg drajenin piyasaya verilmesinden itibaren Artril 200 mg. üretimden kaldırılmıştır.

Bu açıklamaların çoğu doğru, fakat tartışmaların özünü oluşturan kısmı yanlış, Gerçekten de ibuprofen 1200 mg'a kadar antipiretik ve analjezik (özellikle adet kanamaları sırasında) etkili; daha yüksek dozlarda antienflamatuvar olarak kullanılıyor. İsim konusuna gelince; İtalya, Fransa, İngiltere ve ABD'nde böyle bir uygulama yok. Örneğin; Fransa'da Adril 200 mg, Brufen 400 mg, Fenalgic 400 mg isimli müstahzarlar var sadece; ama Advil ve Brufen'in üreticileri ayrı, İngiltere'de de öyle. Bu ülkede Upjohn firması Motrin ismiyle 300, 400 ve 600 mg ibuprofen içeren ilaçlar üretiyor; Haltran veya başka bir isimli 200 mg ibuprofen içeren ilacı yok.

Rapor Dergisi, ABD'ni örnek verdiği için Eczacılık Fakültesi'nden rica ettim, PDR 1987'den ibuprofen içeren müstahzarların fotokopisini sağladım. İsimleri, üreticileri ve içerdikleri ibuprofen miktarları aynen şöyle:

İlacın Adı	Üretici Firma	Ibuprofen miktarı
Advil	Whitehall	200 mg
Ibuprofen	Barr	400,600 mg
Ibuprofen	Danbury	200,400,600 mg
Ibuprofen	Lederle	400, 600 mg
Medipren	Mc Neil	200 mg
Motrin	Upjohn	400,600,800 mg
Nuprin	Bristol Myers	200 mg
Rufen	Bçots	400,600 mg

TABLO: 5. ABD'de Satılan Ibuprofen İçeren İlaçlar

Gördüğünüz gibi Upjohn'un Haltran isimli bir ilacı yok ABD'de. Acaba Eczacıbaşı'nın kaynakları mı yanlış bilgi vermiş, yoksa Eczacıbaşı ve Rapor Dergisi yanlış bilgi mi aktarıyor? Açıklanması gerekiyor.

Aslında Türk Eczacıları Birliği'nin isim değiştirerek fiyat arttırma savı da geçersiz. Çünkü Viskan örneğinde olduğu gibi iki kat fiyat almak için isim değiştirmeye gerek yok. Öyleyse niçin isim değişikliğine gerek duymuş Eczacıbaşı? Akla en uygun açıklaması şu: ABD'nde 200 mg ibuprofen içeren müstahzarlar OTC kapsamında, yani reçetesiz satılıyor. Ülkemizde de ilaçsanayi OTC uygulamasına geçmek istiyor ve bunun hazırlıklarını yapıyor ya; Dolven 200 mg ibuprofen içerdiği için OTC kapsamında, reçetesiz satılabilecek. Zaten eczanelerde çoğu ilaç reçeteye gerek kalmadan verilebiliyor, bunun ne avantajı var ki diyeceksiniz; ama OTC'cilerin asıl amacı ilaç satışlarını eczane dışında gerçekleştirmek; örneğin süpermarketlerde.

### ALFASILIN VE AMPISINA

Geri kalmış veya gelişmekte olan ülkelerde antibiyotik tüketiminin, doğal gereksinme düzeyinin çok üstünde gerçekleştiği biliniyor. Bu olgu, ülkemizde de geçerli. Alfasilin ve Ampisina ise değer olarak, Türkiye'de satılan ilaçlar arasında 1986 yılı sonu verilerine göre 1. ve 3. sıralarda bulunmaktadır. Bu kısa açıklamalardan sonra, yine Rapor dergisine dönelim ve bu iki ilaç hakkında yazılanları okuyalım:

"Bu konuda Alfasilin 500 mg kapsül ve Ampisina 500 mg kapsül ile Alfasilin 1 gr. tablet ve Ampisina 1 gr. tablet arasında fiyat karşılaştırması yapılmış ve Alfasilin 500 mg kapsülün Ampisina 500 mg kapsülden daha ucuz olmasına karşılık, aynı firmanın 1 gr'lık tabletinin diğer firmanınkinden daha pahalı olmasının anlaşılacağı ifade edilmiştir.

AYLIK RAPOR

Firma	İlacın Adı	Fiyatı*
Fako İlaçları	Alfasilin 500 mg kapsül	4.765.-
Fako İlaçları	Alfasilin 1 gr. tablet	11.085.-
Mustafa Nevzat	Ampisina 500 mg kapsül	5.120.-
Mustafa Nevzat	Ampisina 1 gr. Tablet	9.070.-

\* Fiyatlar 1.9.1988'de yapılan % 15 oranındaki zamlara göre düzeltildi. (C.T.) Her iki firmanın kapsül şeklindeki ilaçlarının fiyat farkı, maliyetlerinin farklı oluşundan kaynaklanmaktadır.."

Her iki firmanın kapsül şeklindeki ilaçları arasındaki fiyat farkı maliyet değişikliklerinden kaynaklanıyormuş, olabilir. Maliyet değişikliği konusuna biraz sonra değineceğim; fakat şimdi Fako'nun ürettiği 500 mg kapsül ve 1 gr. tablet arasındaki fiyat farklılıkları normal düzeyde mi, onu inceleyelim.

Alfasilin 500 mg kapsül isimli ilacın toplam maliyetini Tablo:3'deki yöntemle yaklaşık 2.500 lira olarak saptadım; etken madde ve yardımcı maddenin toplam maliyeti ise 1250 lira dolayında; aradaki 1250 lirayı ise bilindiği gibi diğer maliyet öğeleri oluşturuyor. Piyasada Alfasilin 1 gr. kapsül bulunsaydı, daha önce örneklerine değindiğim sistemdeki olumsuzluklara karşın, yaklaşık 8500 lira dolayında satılacaktı. Alfasilin 1 gr. tabletin satış fiyatı ise 11.085 lira; aradaki fark 2500.-TL. ve bu para tüketicinin cebinden çıkıyor. Kuşkusuz, 1 gr. kapsül ve 1 gr. tablet şekilleri arasında etkinlik açısından hiçbir fark yok. Niçin 1 gr. ampisilin içeren kapsül üretilmemiş; kapsül hacmi genişleyeceği için hastanın yutması zor olur ve de ilacın satış potansiyeli düşer

diye. Öte yandan hasta günde 4 kez 1 tablet kullanacağına, 4 kez 2 kapsül kullansa; yani bir kutu Alfasilin 1 gr. tablet yerine, iki kutu Alfasilin 500 mg. kapsül tüketse, cebinden 1555 lira daha az para çıkacak. "Öyle yapsın, madem ki" diyenleri duyar gibiyim; ama tüketicinin ilaç konusunda çok az bilgisi olduğunu da unutmayalım.

Özellikle farmasötik teknolojiye ilgi duyanlar, kapsül ve tablet şekilleri arasındaki 2500 liralık fiyat (ve maliyet) farkını anlayamamışlardır, sanırım. Etken madde miktarı her ikisinde de aynı; yardımcı madde miktarı ve maliyeti tablet şeklinde daha çok olabilir, fakat kapsül formundaki kapsül gideri ile aşağı yukarı dengelenmesi gerekir. Belli üretim teknolojilerindeki farklılık, tablet maliyetlerini biraz arttırabilir; ama 2500 TL. çok fazla. Üstelik, daha önce de belirttiğim gibi, hastaya tedavide herhangi bir artı yarar da sağlamıyor.

Unutmadan aktarayım: Visken 5 mg. ve 10 mg. için ayrıntularını verdiğim hesaplama yöntemiyle, Alfasilin 1 gr. kapsülün fiyatı (şayet üretilse idi) yaklaşık 7050 lira olacaktı.

Aynı ilaçların 1 gr tablet şekillerinin fiyatlarına gelince, Alfasilin ve Ampisina 1 gr tabletin fiyatları önceleri aynı seviyede iken, artan maliyetler oranında Alfasilin 1 gr'ın fiyatında değişiklik yapılmış, buna karşın Ampicina 1 gr için, 20 Nisan 1988'de ve 7 Temmuz 1988'de yapılan fiyat başvuruları reddedilmiştir. Dolayısıyla arada sözkonusu fiyat farkı doğmuştur.

AYLIK RAPOR/ AGUSTOS

Rapor'daki açıklamaların en ilginç bölümü burası, çünkü yürürlükteki ilaç fiyatlandırma sistemine en somut eleştiri yukarıda; üstelik İlaç Sanayi tarafından yapılmakta, M. Nevzat İlaç Firması, maliyetteki artışlar nedeniyle Ampisina 1 gr. tablet için zam isteminde bulunuyor; Bakanlık gösterilen gerekçeleri uygun bulmayıp, geri çeviriyor. 3.5 ay sonra yinelenen zam istemi yine olumsuz karşılıyor. Fako İlaç Firması'nın Alfasilin 1 gr. tabletteki maliyet artış verileri ise uygun bulunup, fiyatı arttırılıyor. Ampisina 1 gr. tabletin fiyatı, diğerine göre % 22.2 oranında geri kalmış durumda. Dahası var; her iki ilacın kapsül formlarının karşılaştırılmasında Ampisina'nın maliyetinin % 7.5 daha fazla olduğu ileri sürülmüştü. Bu değeri de eklersek, Ampisina 1 gr. tablet, olması gerekenden % 30 ucuza satılıyor. Burada hepimizin aklına iki seçeneqli soru geliyor, doğal olarak:

a) Firma, Bakanlığa verdiği fiyat beyan-namelerinde, maliyet artışlarını çok abartmış, (%30 oranında), Bakanlık bunu farketmiş ve zam istemlerini geri çevirmiş.

Şayet bu seçenek doğruysa, "İlaç fiyatları serbest bırakıldı" deyip, fiyatlandırma sistemine karşı çıkanların ağızlarını kapatıp oturmaları gerekiyor. (Fakat, akıllarındaki Alfasilin 1 gr. tablete niçin

zam yapıldığı sorusu izin verirse)

b) Firma, maliyet artışlarını gerçek verilere uygun olarak değerlendirmiş, fakat Bakanlık zam istemini, hem de iki kez geri çevirmiştir.

Bu seçeneğin doğruluğu ise akla çeşitli soruları getirmekte: İlaç fiyatlandırma sisteminin özü "maliyet artışlarının kısa zamanda fiyatlara yansıtılması" olduğuna göre, Bakanlık sistemin özüne aykırı davranmış olmuyor mu? Aynı firmanın, aynı etken maddeyi içeren kapsül şeklindeki ilacı için öne sürülen maliyet artış gerekçeleri olumlu kabul edilip zam yapılırken, tablet şeklindeki ilaca zam istemi hangi ölçütlere göre çevriliyor? Veya bir başka soru: Rapor dergisindeki açıklama doğru değil mi?

#### BECOZYME VE BECOZYME-C FORTE

Türk Eczacıları Birliği'nin piyasa taramasında saptadıkları ilginç örneklerden birisi de, Becozyme forte ve Becozyme C forte draje isimli ilaçlar arasındaki fiyat farkıydı. Becozyme forte 880 lira, formülüne sadece 200 mg. vitamin eklemeli Becozyme C forte'un fiyatı ise 2120 lira ve fark % 140. Buna karşın, TEB 200 mg. Vitamin C'nin fiyatını ekleyerek, olması gereken fiyat farkını % 20 olarak saptamış; Rapor ise şöyle yanıtıyor:

Burada örnek olarak gösterilen Becozyme Forte draje ve Becozyme C Forte draje arasında görülen fiyat farklılığının nedeni elbetteki iddia edildiği gibi sadece C vitamini ilavesinden doğan maliyet farkı değildir. Becozyme Forte draje iki dönem fiyat almamış buna karşılık Becozyme C Forte drajenin fiyatı iki defa yapılan fiyat ayarlanmalarıyla 2.120.- liraya yükselmiş, dolayısıyla aradaki fiyat farkı da büyümüştür.

Ampisina 1 gr. tablete Bakanlık iki kez fiyat vermemiştir; Becozyme forte drajeye ise firması iki defa zam istememiş; gerekmesine karşın. Üstelik maliyetler % 100 oranında artmış; çünkü Becozyme C forte drajeye yapılan zam oranı bu düzeyde. Niçin firması Becozyme Forte'a iki dönem zam istemeyip, zararına satış yapmış? Doğrusu insanın akli karışıkça karışıyor.

#### NAPROSYN VE APRANAX

Eczane sahibi arkadaşların bildiği gibi, Naprosyn ve Apranax tablet isimli ilaçlar; ilki 250 mg., ikincisi 275 mg. naproksen etken maddesi içeriyorlar ve aynı firma tarafından üretiliyorlar. Naprosyn'in fiyatı 3795, Apranax'ın ise 6500 lira. Şimdi Rapor dergisindeki açıklamayı okuyalım:

#### Apranax - Naprosyn Tablet:

- Kullanılan etken maddelerin çözünürlük farkından dolayı her iki ilacın endikasyonları farklıdır. Apranax tablet analjezik, Naprosyn ise antiromatizmal olarak kullanılmaktadır.

- Formüllerindeki aktif maddeler aynı değildir. Apranax'ın formülünde Naprosyn Tablette kullanılan etken maddenin sodyum tuzu bulunmaktadır.

- Sadece ülkemizde değil Amerika, İngiltere, Fransa, Belçika, Almanya ve İtalya'da Naprosyn ve Apranax ayrı isimlerde tescil edilmiş olup, ayrı endikasyonlarda kullanılmaktadır.

Aralarındaki fiyat farkının nedenleri ise:

- Aktif maddelerin fiyatları % 23.2 oranında farklıdır.

- Naprosyn Tablet 250 mg. aktif madde içermesine karşılık, Apranax Tablet 275 mg aktif madde içermektedir.

Naprosyn Tablet'in imalatçı fiyatına göre % 4'tür.

- Her iki preparatta kullanılan yardımcı maddeler farklıdır. Yardımcı maddelerin farklı oluşu Naprosyn tabletin imalatçı fiyatına göre % 1.5'lük bir fiyat farkı yaratmaktadır.

- Apranax'ın film kaplanmış tablet olmasından dolayı işçilik ve işletme giderleri farklıdır (%1).

- Yukarıda sayılan faktörlerden başka ayrıca Naprosyn Tablet'in

fiyatı 1988 yılı içinde % 17.5 oranında bir defa, Apranax Tablet'in % 17.8 ve % 16.9 oranında olmak üzere iki defa artırılmıştır.

Hemen anladınız sanırım, konu Artril-Dolven draje benzeri. Yalnız burada yazılanların endikasyonlara ilişkin bölümü oldukça doğru. Naprosyn tablet "d-2 (6-metoksi-2-naftil) propiyonik asit" etken maddesi içeriyor ve etkisi, öncelikle antiromatizmal; ikinci derecede de ağrı kesici etki göstermekte. Apranax tablet ise aynı etken maddenin sodyum tuzunu içeriyor ve yukarıdaki açıklamada da vurgulandığı gibi, çözünürlülüğünün artmasına bağlı olarak ağrı kesici etkisi ön plana geçiyor. ABD, İngiltere, Fransa ve İtalya'da da bu uygulama var, yerli üreticinin de aynı şeyleri yapması çok doğal. Çünkü, ilaç kutusuna etkinin ağrı kesici ve antiromatizmal ya da antiromatizmal yazılması arasında, ilacın satış potansiyeli açısından çok önemli fark var. Ülkemizde tüm satılan ilaçların % 13.7 sini ağrı kesiciler oluştururken, antiromatizmal ilaçların satış yüzdesi sadece % 4.3. Öte yandan, OTC uygulamasına geçildiği anda, uygulama kapsamına alınacak ilaçların başında ağrı kesicilerin geleceği unutulmamalı.

İki ilaç arasındaki % 71 oranındaki fark konusundaki açıklamalar (ayrıntılı olmasına karşın) ise yeterli değil. Ben, maliyet farklılıklarına ilişkin tüm verileri doğru kabul edip hesapladım ve Apranax tabletin olması gereken fiyatını 4650 lira olarak buldum. Daha önceki bölümlerde değindiğim için ayrıntıya girmeyeceğim; aynı koşullara karşın Naprosyn'e verilmeyen (veya istenmeyen), fakat Apranax'a yapılan % 16.9'luk ek zammı da eklersek, bu fiyat yaklaşık 5450 lira yapıyor.

Piyasada satış fiyatına göre 1150 liralık bir fark ve bu kez nedenini açıklayabilmek için daha çok ayrıntıya gerek var (!).

#### 1984-87 DÖNEMİNDE İLAÇ SANAYİ

1984 yılının başlarında ilaç fiyatlarının belirlenmesinde devlet denetimi esnekleştirilmeye başlanmıştı. Aynı yılın sonunda ise, bu esnekleştirilme yürürlüğe giren kararname ile yasallaştırıldı. Tablo%6, 1987 sonuna kadar, 4 yıllık uygulamanın sonuçlarını içeriyor; ilaç işverenlerinin verilerine dayanarak.

#### 1984-1987 artış oranı (%)

İlaç üretimi (kutu olarak)	19.4
İlaç üretimi (değer olarak, TL)	435.0
Kimya sektörü üretimi (değer olarak, TL)	163.0
İlaç tüketimi (değer olarak, TL)	428.1
Amerikan doları	129.0
B.Alman Markı	349.0
İsviçre frankı	360.0

Kaynak: İlaç ve İlaç Endüstrisi, 1987/88, T.I.E.I.S.

TABLO:6. 1984-1987 Yılları Arasında İlaç Üretim ve Tüketimi ile Bazı Döviz Değerleri

İlaç sanayi son dört yılda üretimini kutu olarak ancak % 19.4 oranında artırılmasına karşın, değer olarak % 435.0 gibi çok yüksek bir düzeye ulaşmıştır. Yani yılda % 4.9'luk üretim artışı sağlayabilen sanayi, cirosunu % 108.8 oranında arttırma olanağını bulabilmiştir. Fakat son bir yıl içinde ilaç sanayinin aynı olumlu ortamı bulamadığı da bir gerçek. Çifte referandum ve genel seçim nedeniyle ilaç gibi halkın duyarlı olduğu bir üründe "serbest piyasa" düzeni sık sık "sıkı piyasa" düzenine döndü. Üstüste yapılan % 15'lik "fiyat ayarlamaları" bile sanayicilere yeterli gelmedi ve şimdi ilaç sanayi Sağlık Bakanlığını "açıktan" eleştirmeye başladı. Yürürlükteki ilaç fiyat kararlarının sanayinin isteklerini karşılayamadığı, liberal ekonomi kuralları doğrultusunda ilaç sektöründe serbest fiyat düzenine geçilmesi gerektiği "yetkili mercilere daha iyi anlatılmaya" çalışılıyor. Öte yandan, OTC uygulamasıyla ilaçların eczane dışında da satılıp, tüketiminin arttırılması planı, çeşitli taktiklerle hedefine ulaşmayı amaçlamakta. İlaç sanayi "fiyatta ve satışta tam serbestlik" istiyor.

#### SON SÖZ

Bu yazı kapsamında ortaya konmaya çalışıldığı gibi, "çok esnek" bir denetleme sistemi olumsuz sonuçlara neden olmuştur. Öncelikle ilaç sanayi kendisine sunulan olanakları iyiniyetle kullanmamıştır. Bunun en somut kanıtı; üretimlerini beşte bir oranında bile arttıramamalarına karşın, cirolarını % 435 yükseltmeleridir. Aynı dönemde, ilaç sanayinin de içinde olduğu kimya sektörü üretimi 744.4 milyardan 1957.5 milyar liraya çıkmış olup, artış oranı % 163'tür. Amerikan Doları % 129, en çok yükselen yabancı para olan İsviçre Frangı ise % 360 oranında değer ka-

zanmıştır. Tüm bu veriler ilaç, sanayinin liberal ekonomik düzenin nimetlerinden fazlaca yararlandığını en kısa biçimde göstermektedir.

Yine yazı kapsamında belirtildiği gibi, ilaç fiyat kararlarının uygulanmasında da sorunlar vardır. Rapor dergisinin verilerine göre, örneğin; Tranko Buskas 20 drajeye zam istemi geri çevrilip, 40 drajelik şekline zam yapılması veya Ampisina 500 mg kapsülün fiyatı arttırılmasına karşın, ampisina 1 gr. tablet için yapılan zam isteminin iki kez olumsuz karşılanması, uygulamadaki aksaklıklara örnektir.

İlaç, toplum yaşamındaki önemi nedeniyle, en liberal ekonomiye dayalı düzenlerde bile denetim dışı bırakılmamıştır. Sağlık sigortaları gibi dolaylı ya da doğrudan devlet denetimi, tüm kapitalist ülkelerde uygulanmaktadır. Üstelik, örneğin; ABD ve İngiltere gibi ülkelerde ilaç fiyatlarında oluşan olumsuz gelişmelerin Senato ve Meclis soruşturmalarına sık sık konu olduğunu da biliyoruz. Tüketicinin ilaç hakkında yeterli bilgiden yoksun, tüketici örgütlerinin gelişmemiş, sağlık sigortası örgütlenmesini, bulunmadığı ülkemizde, ilaç sanayinin uygulanan sosyo-ekonomik politika ne olursa olsun, devlet tarafından yakından denetlenmesi kaçınılmazdır. Kuşkusuz devlet denetimi, sanayinin gerçek gereksinimlerini karşılamasını engellemelidir; fakat öncelikle halkın ilacı gereksindiği anda ve gereksindiği sayıda almasını sağlayabilmelidir. Ben, liberal ekonomik düzen ortamında bu dengenin oluşturulabileceğine inananlardan değilim.

Ama bana ve benim gibi düşününlere düşen görev, ilacın "toplumsal meta" yönünü her şeye karşın savunmak olmalıdır.

## SAĞLIK MESLEK BİRLİKLERİ DANIŞMA KURULU KURULDU

11.10.1988 tarihinde Türk Tabipleri, Eczacılar, Diş ve Veteriner Hekimleri Birliklerinin Merkez Yöneticileri biraraya gelerek "Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu"nun kurulmasını kararlaştırmışlardır. Kurulun aldığı ilk karar çerçevesinde Kurul Başkanlığı bir yıllık süre ile Türk Eczacıları Birliği Genel Başkanı Prof. Dr. MeKin TANKER tarafından yürütülecektir. Aynı dönem içinde Kurul Genel Sekreterliğini Doç. Dr. Nurettin ABACIOĞLU ve Saymanlığını Ecz. Haluk TARIM üstlenmiştir. Kurul Başkanlığı birer yıllık süreler içinde ve sırasıyla Türk Eczacıları, Tabipleri, Veteriner ve Diş Hekimleri Birliklerince yürütülecektir.

Danışma Kurulu protokolunu aşağıda sizlere sunuyoruz.

### SAĞLIK MESLEK BİRLİKLERİ DANIŞMA KURULU KURULUŞ

Madde 1. Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Diş Hekimleri ve Türk Veteriner Hekimleri Birliği halkın ve bireylerin sağlığından birinci derecede sorumlu Kamu Kurumu Niteliği'nde Meslek Örgütleri'nin üst kuruluşları olarak bir araya gelmesiyle Danışma Kurulu oluşturulmuştur.

Kurulun adı "Sağlık Birlikleri Danışma Kurulu"dur. Kurulun Merkezi Ankara'dadır.

### AMAÇLAR

Madde 2. Kurulun amaçları, tüm hak ve özgürlüklerin kullanılması için, öncelikle toplumun doğuştan kazanılmış bir hakkı olan sağlıklı yaşama hakkından yararlanmasını sağlamak, sağlık hizmetlerinin bütünlüğünü korumaya çalışmak, halkın ve

bireylerin sağlıklarını korumak, sağlık düzeylerini geliştirip yükseltmek, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit yararlanmasını sağlamak, üyelerinin hak ve yararlarını korumak, anılan mesleklerin halkın sağlığı ile uyum içinde olmasına çaba harcamak, bu amaçlara varmak için yetkili makam ve kişilerle iş ve güç birliği yapmak ve aşadığı sayılan görevleri yerine getirmek-tir.

### GÖREVLER

Madde 3. Kurulun görevleri aşağıda gösterilmiştir:

- Ülke koşullarına uygun sağlık politikalarının saptanıp uygulanmasına katılmada bulunmak,
- Genel sağlık politikası ve uygulamalarına ilişkin konularla halka sağlık danışmanlığı yapmak,
- Halkın ve bireylerin sağlıkla ilgili



bilgi ve uygulamalarının geliştirilip yükseltilmesi için her türlü çalışma ve girişimlerde bulunmak,

ç) Ülke sağlık uygulamalarında koruyucu hekimlik hizmetlerinin önem ve öncelik kazanması için girişimlerde bulunmak. Kurul'u oluşturan 4 (dört) Birliğin deneyim ve güçlerini bu amaç için bir araya getirmek.

d) Temel Sağlık Hizmetleri'nin etkin bir biçimde örgütlenmesine çalışıp gerekli politikaların oluşturulmasına, çalışmalar yaparak katılmak, politikalar üretmek,

e) Tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinden herkesin eşit olarak yararlanmasına çalışmak, bu hizmetlerin ülke düzeyine bir örnek (homojen) dağılmasını sağlamak için görüşler geliştirip, yetkili makam ve kişilere önerilerde bulunmak.

f) Beden ve ruh sağlığının ayrılmaz bir parçası olan diş hekimliği hizmetlerinin ülke düzeyine bir örnek dağılımı çalışmalarına katılmada bulunmak, bu konuda seçenek politikalar üretmek, koruyucu diş hekimliği çalışmalarına önem ve öncelik verilmesini sağlamaya çalışmak,

g) Ağız ve diş sağlığını ülke düzeyinde ve önemli ölçüde olumsuz yönde etkileyen sahte diş hekimi sorununun çözümü için yetkili makam ve kişilerle işbirliği yapmak, bu konuda plan ve politikalar üretmek,

ğ) Ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde kullanılan araç-gerecin standardizasyonunun sağlanması için politika ve görüşler üretip yetkili makamlar katında girişimlerde bulunmak,

h) Kamu sektöründe çok yetersiz sayıda bulunan diş hekimi kadrolarının, gereksinimi yanıt verebilecek sayıya yükseltilmesine ve dengeli dağılımının sağlanmasına çalışmak,

ı) Her yataklı tedavi kurumunda bir "Ağız ve Diş Sağlığı Pavyonu"nun açılmasına çalışmak,

i) Kamu sektöründe çalışan eczacıların "Klinik Eczacı" olarak görev yapmalarını sağlamak için eczacılık eğitiminin bu yöne yönelik olarak da düzenlenmesi için girişimlerde bulunmak,

j) İlaç fiyatlarının halkın satınalma

gücünü aşmaması için, alınması gereken önlemlere ilişkin görüşler saptamak, yetkili makamlara önerilerde bulunmak,

k) Eczacılık hizmetlerinin ülke düzeyine bir örnek dağılımını sağlamak üzere öneriler geliştirmek, insan sağlığı açısından doğru ilaç tüketimini önemli ölçüde ve olumsuz yönde etkileyen muvazaalı eczaneler sorununun çözümü için plan ve politikalar üretip yetkili makam ve kişilerle işbirliği yapmak,

l) Kamu sektöründe çalışan eczacıların kendi eğitim alanları dışındaki hizmetlerde çalıştırılmalarını önlemeye çalışmak,

m) Uluslararası sağlık kuruluşlarınınca gelişmekte olan ülkeler için düzenlenen ilaç listelerinin ülkemizde de uygulanması için yetkili makamlar katında girişimlerde bulunmak,

n) Eczaneler dışında, hangi türden olursa olsun, ilaç satılmasını önlemeye çalışmak, reçetesiz ilaç satılmasını engellemek, reçetelerin jenerik bazda yazılmasını sağlamaya ve eczanelerde ilaç üretimini özendirilmeye çalışmak,

o) Etkin bir ilaç nitelik - nicelik denetimi örgütünün kurulup işletilmesi çalışmalarına katılmada bulunmak,

ö) Sağlık hizmetlerinin ayrılmaz bir parçası olan veteriner hekimliği hizmetlerinin ülke düzeyine dengeli bir örnek dağılımı çalışmalarına katılmada bulunmak,

p) Sayıları 300 (üçyüz)ü aşan zoonozlarla savaşında kurul'u oluşturan Birliklerin işbirliğini sağlamak, bu konularda yetkili makamlara sunulmak üzere plan ve politikalar geliştirmek,

r) Genel olarak doğanın korunması ve çevre kirlenmesinin önlenmesi konularında ulusal ve uluslararası çalışmalara katılmak, görüş üretmek,

s) Tüm halkın ve bireylerin dengeli ve sağlıklı beslenmesini sağlayacak politikalar üretmek, ilgili makamlarla iş ve güç birliğine girmek,

ş) Sayılan amaçlara varmak için yayınlar yapmak, bilimsel ve halka açık toplantı ve konferanslar düzenlemek, taşınır ve taşınmaz mal edinmek, üyeleri için dinlenme yerleri ve lokaller açmak,

konularla ilgili yurtiçi ve yurtdışı, ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak, birliklerin meslek uygulamasında kullandıkları araç-gerecin ucuz sağlanması, dağıtım ve yapımının sağlamak üzere kooperatifler kurmak, kurulu oluşturan Meslek Örgütleri'nin yerel kuruluşları arasında, sayılan amaçlar doğrultusunda çalışmak üzere, yerel olarak bir araya gelmelerini sağlamak, bağış almak, bağışta bulunmak ve gelir sağlayıcı diğer girişimlerde bulunmak.

### BİRLİKLERİN SORUMLULUKLARI

Madde 4. (3) de belirtilen amaçlara varabilmek için her birlik kendi uzmanlık alanını ilgilendiren konularda çalışmalar yapar. Bu çalışmalar Danışma Kurulunda bir araya getirilip, birleştirilir, yaşama geçirilmesi için gerekli girişimlerde bulunulur.

### ÖRGÜTLENME

Madde 5. Merkezi Örgütlenme: Sağlık Meslekleri Danışma Kurulu her birliğin Başkan ve Genel Sekreteri olmak üzere 8 (sekiz) ve Başkanlık görevini yürüten Birliğin saymanı da dahil olmak üzere, 9 (dokuz) kişiden oluşur.

Madde 6. Oluşan Kurul kendi arasından bir Başkan, bir Genel Sekreter ve bir Sayman üye seçer. Seçilen bu görevlilerin değişik Birliklerden olması zorunludur.

Madde 7. Başkanlık görevi Birlikler arasında döngüsel olarak yürütülür. Kurul'un ilk oluşumunda sırayı üyeler saptar. Anlaşma olmazsa sıra kura ile saptanır. Sonraki yıllarda aynı sıraya uyulur. Oybirliği olmadıkça bu sıra değiştirilemez.

Madde 8. Yerel Örgütlenme: Danışma Kurulu merkezi örgütlenme dışında, ülke düzeyinde yerel Kurullar oluşturabilir. Bu tür örgütlenmede 4 (dört) Birliğin yerel yöneticileri bir araya gelirler. Herhangi bir Birliğin o yerde örgütü yoksa, bu sayı 4 (dört) den az olabilir. Yerel örgütlerde yapılan çalışmalarda Danışma Kurulu Merkezi için belirtilen kurallara uyulur.

Madde 9. Diğer Örgütlerle İlişkiler: Danışma Kurulu, Merkezi ve Yerel Örgütlerin dışında yasal diğer örgütlenmelere katılabilir, yeni örgütler kurulabilir, uluslararası örgütlerle ilişki içinde olabilir. Bu son 3 (üç) durumda (varsa) yasal kısıtlamalar gözetilmeden tutulur.

### KARAR ALMA

Madde 10. Danışma Kurulunda kararlar oybirliği ile alınır.

### FİNANSMAN

Madde 11. Kurul'un finansmanı her Birliğin vereceği eşit yıllık ödentilerle sağlanır. Kurul ayrıca Madde 3'de belirtilen kaynaklardan gelir sağlayabilir, yasal başka gelir kaynakları bulabilir.

### YÜRÜTME

Madde 12. Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Diş Hekimleri Birliği ve Türk Veteriner Hekimleri Birliği arasında ...../...../1988 tarihinde imzalanan bu protokolü, adı geçen Birliklerin görevlendireceği 9 (dokuz) kişiden oluşan "Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu" yürütür.

### YÜRÜRLÜK

Madde 13. Bu protokol anılan Birliklerce imzalandığı tarihte yürürlüğe girer.

TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ  
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ  
TÜRK DIŞ HEKİMLERİ BİRLİĞİ  
TÜRK VETERİNER HEKİMLERİ BİRLİĞİ

### BASIN AÇIKLAMASI

Halkımız için sağlıklı yaşamayı temel ilke kabul eden Türk Tabipleri Birliği, Türk Diş Hekimleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği ve Türk Veteriner Hekimleri Birliği bir araya gelerek SAĞLIK MESLEK BİRLİKLERİ DANIŞMA KURULU'nu kurmuşlardır.

Danışma Kurulumuz tüm temel hak ve özgürlüklerin kullanılabilmesi için öncelikle toplumun sağlıklı yaşama hakkından yararlanmasını sağlamaya çalışacaktır.

Biz Sağlık Meslek Birlikleri, Danışma Kurul'u aracılığıyla ülkemiz koşullarına uygun sağlık politikalarının saptanmasında ve genel sağlık politikaları ve uygulamalarına ilişkin konularda halkımıza danışmanlık yapacağız.

Halkın ve bireylerin sağlıklarını korumak, sağlık düzeylerini geliştirip yükseltmek, sağlık hizmetlerinden herkesin eşit yararlanmasını sağlamak, temel ve en önde gelen amacımızdır. Bu amaca ulaşabilmek için danışma kurulumuz yetkili makam ve kişilerle iş ve güç birliği yapacaktır.

Birliklerimiz halkın yanlış ilaç tüketiminin önüne geçmek, ilacın bulunabilen, kaliteli ve halkın satın alma gücünü aşmayan fiyatlarla satılabilmesi için girişimlerde bulunmak, diş hekimliği hizmetlerinin ülke düzeyinde dengeli dağılımını sağlamak ve koruyucu çalışmalara öncelik vermek, sağlık hizmet-

lerinin önemli bir halkası olan kamu ve özel Veteriner hekimliği organizasyonlarının uluslararası sözleşmeler ve AET'nin bünyesine uyumlu hale getirilmesini sağlamak için birlikte çalışmaya karar vermişlerdir.

Tüm Sağlık Mesleklerinin ülkemiz koşulları ve uluslararası standartlara uygun olarak yeniden örgütlenmesi, eğitimi ve dengeli dağılımının sağlanması Danışma Kurulumuzun başlıca hedefleri arasındadır.

Danışma Kurulumuz, sadece bir tepe örgütlenmesi değildir. Tüm Sağlık Meslekleri arasında dayanışma, iş ve güç birliğini üyeleri aracılığıyla ülke genelinde yaşama geçirecektir.

**SAĞLIK MESLEK BİRLİKLERİ DANIŞMA KURULU**  
**TÜRK TABİPLERİ BİRLİĞİ**  
**TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ**  
**TÜRK DIŞ HEKİMLERİ BİRLİĞİ**  
**TÜRK VETERİNER HEKİMLERİ BİRLİĞİ**

## ... VE BİR YÜRÜYÜŞ GEÇTİ:

Ata SOYER\*

23 Ekim 1988 tarihinde 2500 dolayında Ankara'lı hekim, 1980 sonrası yoğunlaşan özlük hakları ve halk sağlığına yönelik olumsuzlukları protesto etmek için "beyaz gömlekli" sessiz bir yürüyüş yaptılar. Çeşitli siyasi parti ve demokratik kitle örgütü temsilcilerinin de katıldığı yada desteklediğini belirttiği yürüyüş, 1980 sonrası bir demokratik kitle örgütünün düzenlediği (öğrenci dernekleri ve sendikalar hariç) ilk yürüyüş olması niteliğiyle de, özel bir öneme sahip.

"Beyaz önlük" yürüyüşünü değerlendirirken, birkaç saptama yapmak gerekir. Herşeyden önce bu yürüyüş, kendinden önceki bir dizi etkinliğin ve bundan böyleki sürecin oluşturduğu zincirin en önemli halkalarından sadece biridir. Hekimlerin kendi somut ve demokratik talepleri çerçevesinde, daha fazla bir araya gelme eğiliminin Ankara'lı çağdaş hekimler öncülüğünde belirli bir düzeye getirilmesinin, yürüyüşün kitleleştiğini açıklamada önemli bir nokta olduğunu söyleyebilirim. Ancak, yürüyüşün gerçekten önemli bir etkinlik olarak nitelendirilebilmesi için, hekim hareketinin bundan sonraki ivmesinin yükseltilmesi gereklidir. Türk Tabipleri Birliği'nin öncülüğünde, hekimlerin kendi taleplerine daha fazla sahip çıktıklarını kamuoyuna gösterebilmeleri, bu yönde etkinliklerini sürdürebilmeleri ile gelecek olan somut kazanımlar, önemli bir çıkış sayılması gereken bu yürüyüşün gerçek amacına ulaştığının göstergesi olacaktır.

Nitekim, yapılan yürüyüşe olumlu tepkilerin fazla olması, yetkililerin bu konuda bir takım zorunlu açıklamalar yapmalarına neden olmuştur. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın, hekimlerin ücretlerinin az olduğunu, bunun düzeltilmesi için

sözleşmeli personel uygulamasına geçileceğini açıklamasının ardından, Başbakan Özal ülkedeki sağlık sorunlarına Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu ile çözüm bulduklarını, ancak Anayasa Mahkemesi'nin bu yasa'yı iptal ettiğini belirtti. Hekimler, yetkililerin yürüyüşümüz karşısında çözüm diye sunduklarının özünde bir çözümsüzlük olduğunu bilincindeler. Büyük ölçüde yitirdikleri özlük haklarının, sözleşmeli personel uygulaması ile bütünüyle yok olacağını bilen hekimler, ayrıca yetkililerin hekimlerin sorunlarını salt ücret düzleminde ele almalarından ve öyle yansıtmalarından son derece rahatsızlar. Yine, gündeme çözüm diye getirilen "genel sağlık sigortası"nın, sağlık hizmetlerinin finansman sorununu çözemeyeceği, tersine halka ve sağlık personeline yeni yükler getireceğinin farkındalar.

Yürüyüşün ardından, yetkililerin tam bir "içtenlik" gösterisini izledik. Hepsini de sağılsun- bizleri çok fazla düşündüklerini, bizlerin sorunlarını çözmek için çabaladıklarını, beyanları ile aktardılar. Bizler de, yetkililerin içtenliklerine inanmak istiyoruz! Ama içtenliği kanıtlamak, o kadar zor değil... Somut ve ertelenmez taleplerimiz konusunda, çok basit olarak yapılabilecekler var. Örneğin, sağlık bütçesine ayrılan payın % 2.5 olduğunu ilan edip, sona "milletin gözüne baka baka" sağlık kurumlarının çözülebileceğini iddia etmekten, bu konuda öneriler getirmekten vazgeçsinler önce!

Anayasa'ya aykırı olarak ödenmeyen, nöbetlerin karşılıklarının verilmesi ile başlayabilirler. Bu zor değil, ayrıca yasa çıkarmaya gerek olmadan yapılabilecek bir şey. Yine, sağlık personeline yakacak ve ev kirası yardımı şeklinde, "diğer bazı memurlar"a verilen yardımlardan verilebilir. Yaşamları süresince en fazla riske maruz kalan bir meslek grubu olarak bizlere, maruz

\* Ankara Tabip Odası Genel Sekreteri

kaldığımız risklerin gerçek karşılıkları hem ücret, hem sosyal hak olarak verilebilir. Özellikle, büyük kentlerimizde bir kanayan yara haline gelen ulaşım sorunu konusunda, her sağlık kurumuna servis verilerek çözüm bulmak da mümkün. Ayrıca, bu uygulamanın örnekleri de var...

Somut taleplerimize eklemeler yapmak da mümkün. Görüldüğü gibi, başlangıç için içtenliklerini kanıtlamada yapabilecekleri öyle zor şeyler değil. Yeter ki, buna niyet etsinler. Bunları yapmaya yanaşmadan, sözleşmeli personel, vb. gibi önerilerle çıkmak, konuyu bilmemekten kaynaklanmıyorsa, pek içtenlikli bir davranış sayılmaz.

Ek olarak, şunu hatırlatmakta yarar var: Sorunlarının bilincine varmış, ve birlikte hareket etmenin önemini kavramış bir sağlık personelinin ve örgütünün, uzun süre oyalamak kolay olmayacaktır. Biz yürüyüşümüzü yaptık, taleplerimizi ilettik. Yarın, İstanbul'lu, İzmir'li hekimlerimiz benzeri etkinlikler yapacaklar. Hekimlerin yanı sıra, diğer sağlık işkolu çalışanları eczacılar, diş hekimleri, veterinerler, hemşireler de hareketleniyor. Taleplerimize somut çözümler getirilmedikçe, söz konusu hareketlilik, tırmanarak sürecek gibi görünüyor. Bizden hatırlatması...

### Yürüyüş Öyküsü:

1980 sonrası hekimlerin özlük haklarına ve halk sağlığına yönelik olumsuzluklar, giderek artan bir şekilde sürmekte. Hekim birlikleri, bu olumsuzluklara çare ararken, Sayın Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı'nın "talihsiz" demeci geldi. Bardağı taşıran bir damla olarak nitelenen demekten sonra, hekimler arasında oluşan hareketlilik sonucu Türk Tabipler Birliği Temsilciler Meclisi toplandı. Hekimlerin sorunları konusunda çeşitli önerilerin yapıldığı toplantı, şu somut sonuçlarla noktalandı: Temsilciler Meclisi kararlarının imzaya açılması, kamuoyuna yönelik bir gazete ilanı verilmesi, hastalara gerektiği kadar

süre ayrılması, protesto yürüyüşü yapılması, Temsilciler Meclisi kararlarından sonra, tüm odalar kendi bölgelerinde kararlar doğrultusunda etkinliklere başladılar. Bu arada, Ankara Tabip Odası, 17.9.1988 tarihinde Ankara'da TU Sınavları nedeniyle toplanacak on bin kadar hekimin de katılabilmesi için, yürüyüş başvurusunu bu tarih için yaptı. Ancak, Valilik eksik belge gerekçesi ile yürüyüşe izin vermedi.

Yeniden belgeleri tamamlayarak başvuru yapıldı. Bu arada, TTB'nin öncülüğünde odalardan toplanan paralarla gazete ilanı çıktı. Hekimler arasında oldukça olumlu etki yapan ilandan sonra, 21.10.1988 tarihinde Ankara Valiliği yürüyüş için izin verdiğini açıkladı.

Artık geriye sayma başlamıştı. Cuma akşamından itibaren telefonlar durmadan çalıştı. Önceden belirlenen sloganlar doğrultusunda, pankartlar yazıldı. Kolluklar hazırlandı. Herkes, biraz da merakla Pazar sabahını beklemeye başladı. Pazar günü, saat 13.00'den itibaren Etlik kasalar bölgesinde (şehirin ıssız bir bölgesi) toplanmaya başlayan hekimler, sayının arttığını gördükçe rahatladılar. Yürüyüşe katılacak olanlar toplandıktan sonra, ATO Başkanı Selim Ölçer, yürüyüşün gerekçesini anlatan bir konuşma yaptı. Daha sonra, yürüyüşe destek olarak gönderilen telgraflar okundu. (DSP Genel Başkanı, İTO Başkanı, Türk Hemşireler D., İstanbullu Demokrat Hekimler) Sonra hep birlikte, TTB Başkanı, Nusret Fişek'in heyecanlı ve etkileyici konuşmasını izledik. Ve yürüyüşe geçildi. Yaklaşık 2500 kişinin, 2 km.lik yolu sessiz ve beyaz önlükle geçisi oldukça etkiledi, katılanları ve izleyenleri. Bu arada, çeşitli kuruluş temsilcileri ya katılarak, ya da dayanışma dileklerini ileterek yürüyüşü renklendirdiler. TDHB Başkanı Yılmaz Bilgin, İTO Genel Sekreteri Şükrü Güner, Ank. DHO eski Gn. Şek. ve İHD Ank. Şb. YK üyesi Hüsnü Çuhadar, Ank. Ecz. O. YK üyesi Kadir Hatunoğlu, Türk H.D. Başkanı Lalezar Mürşütpınar, NÜSHED Başkanı Le-

ziz Onaran, SHP Kars milletvekili Mahmut Alnak, SHP MYK üyesi Ali Dinçer, SHP Ankara II, Keçiören ve Altındağ İlçe örgütleri, T AYAD, Halkevleri Genel Mer-

kezi, Keçiören Şubesi, çeşitli basın yayın organlarının temsilcileri ve burada sayamadığımız onlarca insan. Aslında, yürüyüş bir parça da onların yürüyüşüydü!



## HASTA İLAÇ

İlacın insan yaşamındaki eşi bulunmayan yeri ve önemi toplum sağlığı üzerindeki etkisi nedeniyle, ilaç ve ilaç sanayii tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de değişik yönleriyle sürekli gündemdedir. Özellikle son yıllarda, yüksek enflasyona bağlı olarak halkın alım gücünde görülen gerilemeler "O'nsuz olunmaz" nitelikteki ilacı "alınamaz" niteliğine büründürmüştür.

Ülkelerin ekonomik ve kültürel düzeyleri geliştikçe, kişilerin ilaç kullanma olanaklarıyla birlikte kullanılan ilaç çeşidi de artmakta, sosyal güvenlik kurumlarının toplum içinde yaygınlaşması sonucu, ilaç tüketimi belirgin olarak yükselmektedir. Ülkemizde de 1973-82 yılları arasındaki on yıllık süre içindeki ilaç kullanımı 386 milyon kutudan 557 milyon kutuya yükselerek yaklaşık iki katına çıkmıştır. Bu arada nüfusumuz her yıl % 1.5-2 oranında artmakta, çevre sağlık sorunlarını da birlikte getiren çarpık bir kentleşme yoğunlaşırken, kişilerin sağlık hizmetlerinden yararlanma istemleri de gittikçe artmaktadır. Buna karşın, 1987 yılında ülkemizde kullanılan

ilaç sayısı 576 milyon kutudur. Bir başka deyişle, son beş yılda halkın ilaç kullanımında herhangi bir gelişme olmamış, neredeyse 1982 yılının tüketimine eşit sayıda ilaç kullanılmıştır. Öz bir değerlendirmeye, son yıllarda yoğunlaşan ekonomik bunalım, halkın en zorunlu gereksinimi olan ilacı satın alamamasına neden olmuştur.

Her sanayi dalında olduğu gibi, iç pazarda bir durgunluk görüldüğü zaman, dış satımı artırmak önem kazanmaktadır. Buna karşın, bu kural ilaç sanayinde tersine işlemiş, 1982 yılında 11.4 milyon dolar olan ilaç dışsatımı 1987 yılı sonunda 5 milyon dolara düşmüştür. Üstelik Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının, ilaç dışalımındaki kısıtlamaları azaltması sonucunda, ilaç dışalımını yine aynı dönemde 1.6 milyon dolardan, 20 milyon dolara yükselmiştir. Böylece ilaç sanayi effervesan aspirin, zayıflama çayı gibi tüketiciye; gelişmiş ülkelerde bile tedaviye yeni giren antibiyotikler gibi doktora cazip gelen, aslında halk sağlığı için hiç de gerekli ol-

mayan bazı ilaçların dışalımıyla, iç pazarı bir ölçüde de olsa canlandırmaya çalışmıştır.

1987 yılında, ülkemizde ilaç üretimi yapan 114 firma bulunmasına karşın, ilk 15 firma toplam cironun % 80 ine sahiptir. Öte yandan tekeli yapının egemen olduğu sanayi dallarında piyasadaki bunalımın üretilen mallara enflasyon oranının ve maliyet artışlarının üzerinde bir oranda zam yapılarak sağlanmaya çalışıldığı bilinmektedir. İlaç sanayi de bu yöntemi benimserken, 1984 yılının sonlarında, ilaç fiyatlarının belirlenmesinde, serbest bildirim temeline dayanan yeni sisteme geçişin kolaylıklarından yararlanmıştı. Ancak, ilaç fiyat artışlarının "makul" ölçülerin üzerinde gerçekleşmesi, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na yapılan bildirimlerde maliyet artışlarının "şişirildiği" düşüncesiyle haklılık kazandıracak düzeydedir. İlaç üretiminde önemli bir artış görülmeyen 1982-87 döneminde, ilaç sanayinin cirosu 83 milyardan 520 milyar TL sına yükselerek % 526 gibi bir artış oranı göstermiştir. Diğer yünden, Ankara Eczacı Odası'nın yapmış olduğu araştırmalar, ülkemizde en fazla cirosu olan ilk 15 ilacın fiyatının, Temmuz 1984-87 döneminde ortalama % 500 oranında arttığını ortaya koymaktadır.

Milli Savunma Bakanlığı'nun, toplu ilaç alımı için açtığı ihalenin sonuçları geçtiğimiz haziran ayı başında belli olurken, bazı ilaçlarda yapılan iskonto oranları, üzerinde düşünülmesi gereken bir durumu ortaya koymaktadır. Örneğin ec-

zaneden 11.215 TL sına satılan Cefobid adlı ilacın üretim maliyeti 5800 TL dolayında iken, bu ilacın ihaleye verilen fiyatı 3582 TL olarak belirlenmiştir. Halka 760 TL sına satılan Minoset tablet, aynı bakanlığa maliyet fiyatının % 62 altında, 196 TL sından verilmiştir. Ülkemizde satılan antibiyotiklerin en çok tüketilenleri arasında olan Alfasilin 500 mg.lık kapsül, ihaleye 1677 TL sından verilirken, halka 4146 TL sına satılmaktadır.

Kuruluşu 1920'li yıllara uzanan ilaç endüstrimizin gelişip, tek başına ayakta durması için, Devlet de, halkımızda büyük bir özveri içinde bulunmuştur ve bulunmaktadır. Tüm özveriler karşılığında, ilaç endüstrimizin kendi öz gücüne dayanan, kendi öz kaynaklarımızı değerlendiren, dışalımını en alt düzeyde gerçekleştiren, dışsatımı en az içsatımı kadar olan bir sanayi dalı olsun diye beklenmiştir. Umut edilmiştir ki, ilaç sanayimiz halkına kalite güvencesi olan, alım gücüne uygun fiyatta ilaçlar üretsin ve sunsun.

Bugün görülen, devlet denetimleri sonucu % 8 oranında kalitesiz ya da bozuk ilaç ürettiği saptanan, gerçek maliyetlerinin çok üzerinde fiyatla halkına ilaç satan, 520 milyar liralık ilaç üretmek için, 218 milyon dolarlık hammadde dışalımını yapmak zorunda kalan, son 44 ayda yaklaşık % 400 zam alan, her an yeni zamlar almaya niyetli bir ilaç sanayidir.

Yeni bir ilaç bulma olanaklarından yoksun olsa da, ilacın toplumsal bir ürün olduğunu keşfetmeleri, ilaç sanayini bugün çok tartışılan durumundan kurtaracaktır.



Bu sayıdan itibaren 14 Mayıs Eczacılık Günü Kutlama etkinlikleri çerçevesinde Odamız tarafından Ankara'da bulunan Eczacılık Fakültesi Öğrencileri arasında düzenlenen 2. İnceleme Yazı Yarışmasında derece alan yazıların yayınlanmasına başlıyoruz. İlk olarak 1.'lik ödülünü kazanan yazıyı sunuyoruz.

## GENEL SAĞLIK HİZMETLERİNDE ECZACILARIN DİĞER SAĞLIK ÇALIŞANLARI İLE BÜTÜNLEŞMESİ

F. Gülay Sevinç  
S. Şule Anlar  
Berk İmer

### SUNUŞ

Sayın Okuyucu,

Okumaya başladığımız bu inceleme yazısı tümüyle eczacının diğer sağlık ekibi elemanları (Hekim, Dişhekim, Hemşire vb.) ile günümüzdeki ilişkilerini konu almaktadır. Amacımız bu ilişkilerden hareketle eczacının diğer sağlık emekçileriyle bütünleşmesi için gereken koşulları, ihtiyaç ve değişiklikleri saptamaktır.

Yazımızın okunurken kolay değerlendirilebilmesi için belirli bir program ve kalıp izlemeye çalıştık. Eczacı ve eczacılık mesleğini genel hatlarıyla incelemenin hatalı olacağını düşünmekteyiz. Bu sebeple konuyu dört ana başlık altında topladık. Bunlar:

- HASTANE ECZACILIĞI
- KAMU ECZACILIĞI
- SERBEST ECZACILIK
- ENDÜSTRİ ECZACILIĞI

olarak ayrıldı ve özellikli olarak incelendi. Bu ana başlıkları oluşturan eczacı grupları da ilişki içerisinde buldukları sağlık elemanları açısından ayrı ayrı ele alınarak değerlendirildi. İnanıyoruz ki bu sistematik içerisinde konu çok daha rahat ve reel olarak algılanacaktır.

Bu inceleme yazısı hazırlanırken ele alınan eczacı gruplarından kimi eczacılar ile görüşülerek sorular yöneltildi. Bunun yanı sıra konu ile ilgili olarak yayım organlarında çıkan yazılardan, resmi belgelerden yararlanıldı.

H.Ü. Eczacılık Fakültesi

Bizlere bu çalışmanın hazırlanmasında yardımcı olan;

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

- Hekimlerine
- Büyük ve çocuk eczanesi eczacılarına,
- Hemşire ve diğer çalışanlarına,

Hacettepe Üniversitesi Merkez Kampüsü

- Mediko sosyal hekimlerine, hemşire ve laborantlarına,

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

- İlaç bilgi ve zehir kontrol merkezine
- Eczacılık Fakültesinin akademik personeline

- Uygulama eczanesi eczacılarına

Yüksek İhtisas Hastanesi

- Hekim, hemşire ve diğer çalışanları ile özellikle eczacılarına,

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü yetkililerine,

Yenimahalle Sağlık Ocağı eczacılarına

TCDD Gar Eczanesi eczacıları ve teknisyenlerine,

TBMM Eczanesi eczacılarına

TEB II. Bölge Ankara Eczacı Odası'na

Ankaralı Eczane eczacılarına



ve sayamadığımız diğer tüm sağlık çalışanlarına teşekkürü bir borç biliriz.

### 1.0.0.0 HASTANE ECZACILIĞI

Hastane eczacısının diğer sağlık ekibi elemanları ile ilişkileri oldukça çeşitli, çok yönlü ve karmaşıktır. Dünya üzerinde bir çok ülkede hastane eczacısı anlayışı farklılık göstermektedir.

Ülkemizde de belirli bir "Hastane Eczacısı" olgusu ve anlayışı olduğu doğrudur ama bu ne ölçüde yeterlidir?

Şimdi dilerseniz bir hastane eczacısının ülkemizde genel olarak iletişim içerisinde bulunduğu sağlık meslek gruplarıyla ilişkilerini inceleyelim.

### 1.1.0.0 ECZACI-HEKİM İLİŞKİLERİ

Belirli istisnalar hariç ülkemiz hastanelerinde eczacıların en sıkça hekimlerle iletişim halinde buldukları görülmektedir. Kendileri ile görüştüğümüz hastane eczacıları, hekimlerle karşılıklı bir araya gelerek mesleki veya bilimsel açıdan herhangi bir tartışmaya girmediklerini; sadece yıllık ilaç almaları ve sene sonu hesaplarının düzenlenmesi sırasında baş eczacının kimi idari toplantılara katıldığını belirttiler. Bunun yanı sıra hekimler hastane eczacılarından klinik ilaç uygulamaları ile yeterli ölçüde rehberlik hizmeti talep etmemekteler. Zaten genelde hastane eczacılarının da böyle bir talebi tatminkâr ölçülerde karşılayacak eğitimleri de bulunmamaktadır. Ülkemizde klinik eczacılık hizmetlerinin de yürütülmediği düşünülürse hastane eczacılarının hekimler ile yeterli ölçüde bütünleşemediği gerçeği ortaya çıkar.

1985 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesinde çalışmakta olan bir eczacı tarafından yapılmış araştırmada çeşitli sağlık ekibi elemanlarının 10 aylık bir süre çerçevesinde hastane eczanesine ne gibi konularda başvurdukları saptanmış ve yayınlanmıştır. Bu araştırmanın

sonuçlarını, incelediğimiz her sağlık elemanı için ayrıarak yazımız süresince vereceğiz. Şimdi doktorlarla ilgili verileri inceleyelim.

**Bulgular:**

Soru türleri şöyle belirlenmiştir:

- A - İlacın indikasyonu
- B - İlacın alternatifi
- C - Müstahzardaki etken maddenin adı
- D - Müstahzardaki etken maddenin miktarı
- E - Müstahzarın adı
- F - Müstahzarın şekli ve verilmiş yolu
- G - İlacın dozu
- H - Müstahzarı imal eden firmanın adı
- I - Müstahzarı imal eden firmanın adresi
- J - Müstahzarın piyasada bulunup bulunmadığı
- K - Müstahzarın fiyatı
- L - Majistral yapım
- M - Parenteral preparatların geçimsizlikleri
- N - Parenteral preparatların stabilitesi
- O - İlacın yan etkileri, advers reaksiyonlar
- P - İlacın kontrendikasyonları
- R - Zehirlenmeye neden olan etken madde
- S - Zehirlenme belirtileri
- T - Antidot ve zehirlenme tedavisi
- U - İlaç - İlaç etkileşmeleri
- V - İlaç - Besin etkileşmeleri
- Y - İlaç - Laboratuvar bulgusu etkileşmeleri.
- Z - Sterilizasyon
- X - Herhangi bir gruba girmeyen sorular

Tablo I : Soruyu Soranla Soru Türleri Arasındaki İlişki

Soruyu Soran	Soru Türleri																									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	R	S	T	U	V	Y	Z	X	Toplam	
Hekim	16	3	48	56	42	37	15	20	8	15	1	12	-	1	4	-	3	2	3	4	-	-	3	2	295	

Tablo II: Uzmanlık Dalları Bilinen Hekimlerin Soru Türlerinin Karşılaştırılması

Hekimlerin Uzmanlık Dalları	Soru Türleri																									
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	L	O	R	S	T	U	Z	X	Toplam	%						
Dahili Bilimler	7	1	16	17	13	16	4	4	4	6	4	1	-	-	-	-	-	-	93	51						
Cerrahi Bilimler	4	1	7	15	12	7	2	8	2	4	6	-	-	-	-	1	2	1	72	39						
Temel Tıp Dalları	2	-	1	1	1	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3						
Acil Servis	-	-	2	1	-	1	1	-	-	-	1	3	1	2	-	-	-	-	12	7						
Toplam	13	2	26	34	26	24	7	13	6	10	10	2	3	1	2	1	2	1	183	100						
%	7	1	14	19	14	13	4	7	3	5	5	1	2	0.5	1	0.5	1	0.5	99.5							

Tablo III: Tüm Sorulardaki Farmakolojik Grup ile Soruyu Yönelten Arasındaki İlişki

Soruyu Soran	Farmakolojik Grup							Toplam
	Kemo- terapö- tikler	Psikot- rop-An- tiyepilep	Kalp- Da- mar	Analje- zikler	Elektro- lit ç. Vita- minler	Gluko- kortikoidler	Anes- tezik- ler	
Hekim	65	51	32	31	19	19	7	295
								62
								9
								62

Tablo IV: Hekimlerin Uzmanlık Dallarıyla Soruların Kapsadığı Farmakolojik Gruplar Arasındaki İlişki

Hekimin Uzmanlık Dalı	Farmakolojik Grup							Diğer Top.		
	Kemo- terapö- tikler	Psikot- rop-An- tiyepilep	Kalp- Damar	Analje- zikler	Elektro- Lit ç. Vi- taminler	Glukokor- tikoidler	Aneste- zikler		Antiasit- ler	
Dahili Bilimler	17	20	5	27	4	9	-	3	8	93
Cerrahi Bilimler	19	9	9	2	11	5	2	4	11	72
Temel Tıp Dalları	-	4	2	-	-	-	-	-	-	6
Acil Servis	2	10	-	-	-	-	-	-	-	12
Toplam	38	43	16	29	15	14	2	7	19	183
%	21	23	9	16	8	15	1	4	10	100

Dahili Bilimler: Farmakoloji, İç Hastalıkları, Çocuk Hastalıkları, Psikiyatri, Nöroloji Halk Sağlık, Radyoloji, Nükleer Tıp Dermatoloji, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Cerrahi Bilimler: Genel Cerrahi, Patoloji, Kalp, Damar, Göğüs Cerrahisi, Çocuk Cerrahisi, Nöroşirurji, Plâstik Cerrahi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, KKB, Göz, Üroloji, Ortopedi, Anestezi.

Temel Tıp Dalları: Anatomi, Biyoistatistik, Histoloji, Fizyoloji, Biyokimya.

ABD'de 300 yataklı bir hastanede 4 ay süresince eczaneye sorulan soru adedi 242 olarak belirlenmiştir. Hacettepe Hastanesi bünyesinde fiili olarak 900 yatak bulunmakta olduğu düşünülürse ve 10 ay süresince tüm sağlık personelinin 477 soru geldiği hesaba katılırsa sağlık personeli tarafından (başta hekim ve hemşire) rehberlik hizmeti açısından hastane eczanesinin ne kadar az kullanıldığı görülür. Yine Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde kendileri ile görüştüğümüz hekimler hastane eczanesinde çalışan eczacıları değil bilimsel yeterlilik ve hizmet açısından, sima olarak bile tanımadıklarını ifade ettiler. Hastane eczacılarının tam tersine hastane bünyesinde eczacılarla hiçbir diyaloglarının olmadığını söylediler. Kendilerine klinik eczacılık uygulamaları için eczacıların hali hazırdaki durumlarını yeterli görüp görmediklerini sorduğumuz hekimler ise yorum yapmamayı tercih ettiler. Şimdi şu soruya cevap bulmak gerekir. "Bu bütünleşememenin nedenleri nelerdir?"

### 1.1.1.0. ECZACILIK EĞİTİMİNİN ETKİLERİ

Eczacı hekime yeterli bilimsel ve mesleki desteği verdiği sürece hekim için değerli, vazgeçilmez ve bütünleşilebilir bir sağlık elemanı olacaktır. Sözü ettiğimiz destek ise ancak doğru ve etkin eğitim almış eczacı tarafından verilebilir.

### 1.1.1.1. ECZACILIK EĞİTİMİNDE BRANŞLAŞMA

Bilindiği gibi eczacılık fakültelerimizde tek tip (yök tip) denilebilecek bir eğitim verilmektedir. Yani eczane açacak öğrenci de, hastanede çalışacak öğrenci de aynı eğitimden geçmektedir. Bunun sonucu olarak ta bireyler bilmesi ve bilmemesi gereken birçok bilgi ile mezun olarak hastane eczanesine girmektedir. Böyle bir sistemin topluma sunduğu eczacı tipi acaba doktora nasıl olur da tatmin edici nitelikte destek sağlar? Ve yine bunun bir fonksiyonu olarak hekimle bütünleşebilir?

Eğer eczacı-hekim dayanışması adına olumlu adımlar atmak çabası içindeyssek eczacılık eğitiminde branşlaşmayı, uzmanlaşmayı yürürlüğe koymalıyız, değil mi?

### 1.1.1.2. ECZACILIK EĞİTİMİNDE YENİ UYGULAMALAR

Hastane eczacılığı doğduğu günden itibaren sürekli gelişmiş ve gelişmekte olan bir meslek dalı. Ülkemizde ise bu gelişmenin yetersiz bile denemeyecek ölçülerde olduğu da bir gerçek. Gerçeği doğuran gerçek ise yine eczacılık fakültelerimizde yıllardan beri yapılanların yıkılması (Hastane eczacılığı bölümünün kaldırılması gibi) veya dış dünyada gelişen yeni eğilimlere sanki ayıpmış gibi dönülen sirtlardır.

Gelişmeyen bir eğitim ise, ileride gelişmeyen bir hizmet sunan eczacıyı doğurmaktadır. Acaba yıllardır hep aynı hizmeti sunan hastane eczacısına gelişen tıbbin hekimleri nasıl yaklaşabilir?

### 1.1.2.0. ECZACILIK MEVZUATININ ETKİLERİ

Öyle bir mevzuat düşünün ki 1953 yılında yazılıp, yürürlüğe sokulmuş ve günümüze dek geçerliliğini korumuş. Öyle bir mevzuat ki; konusu olan "Eczacı"ya günümüz anlayışında hiçbir yetki ve sorumluluk vermemekte. Böyle bir mevzuatın ec-

zacının elini kolunu bağladığı düşünülürse hastane eczacısını ne kadar eğitirsek eğitim hiçbir olumlu sonuç elde edemeyeceğimiz ortadadır. Bu noktadan hareketle aşağıda sıraladığımız özelliklere sahip yeni bir mevzuatın hazırlanması eczacının diğer sağlık ekibi elemanları ile bütünleşmesi adına tartışılmaz bir gereksinimdir:

- Günümüz normlarında eczacıya gerekli yetki ve sorumlulukları veren,

- İlerki tarihlerde ortaya çıkabilecek yeni ülke gereksinimlerine göre mesleğin gelişmesine imkan veren ve hatta yönlendiren,

- Sağlık ekibi içerisinde eczacının yetki ve sorumlulukları ile ilgili hiçbir yanlış anlamaya veya tereddüte yol açmayan bir mevzuat.

### 1.1.3.0. HEKİMLERİN KİŞİSEL İNANÇLARI VE ZİHNİYETLERİ

Hekimler ülkemizde daha evvel de belirttiğimiz gibi hastane eczanelerinden klinik açıdan herhangi bir rehberlik hizmeti talep etmemekteler. Bu kopukluğun birçok nedeni bulunabilmekle beraber bizim için en önemli olanı hekimlerin akademik eğitimleri veya meslek içerisinde edindikleri inanç ve zihniyetlerdir. Şurası bir gerçektir ki hekimler ülkemizde yeterli ölçüde denetlenmemektedir. Yanlış tedavi insidansı ise bundan dolayı çok fazla (gelişmiş ülkelere kıyasla) olmaktadır. Yanlış tedavi durumlarının birçoğu ise ilaç kaynaklı olmaktadır.

Eğer hekimler yanlış tedavi açısından sıklıkla denetlenselerdi seve seve ilaç tedavisi ile ilgili hukuki sorumluluklarını eczane ile paylaşırlardı.

Hekimliğin sağlık hizmetlerinin en üst noktasını teşkil ettiği bir gerçektir ama hekimliği piramitin en tepesinde tutan temel taşlardan birinin de eczacılık olduğu tartışılmaz.

Hekimlerin inançlarını etkileyen bir başka nokta da eczacıların kendilerine verdiği desteğin kalitesi ve niteliğidir.

Hekimin eczacı ile bütünleşmesi veya en azından bu doğrultuda belirli bir mesafe katetmek için bütünleşme zincirinin her iki ucunu oluşturan hekimi ve eczacıyı aynı anda ele almak, aynı anda eğitmek ve yönlendirmek gerekmektedir.

Bütünleşme bir anlamda biraraya gelmektir. Konuya bu felsefe ile çözüm ararsak hekimler ile eczacıların aralarındaki engelleri hem kendi içlerinde hem de karşılıklı olarak biraraya geldikleri toplantılarda çözmeye çalışmaları en akılcı yol olacaktır.

### 1.1.4.0. MESLEK İÇİ EĞİTİM PROGRAMLARI

Bir taraftan akademik eğitimde bilimsel gelişmelere yer verirken diğer taraftan daha evvel mesleğe atılmış bireyleri gözardı etmek yanlış olur. Sözümlü ettiğimiz bilimsel gelişmeleri hali hazırda eğitime adapte etmek bir yünden uzun vadeli bir çalışmadır. Bunun yanısıra hali hazırda sağlık hizmeti veren eczacıya meslek içi eğitim programları götürmek daha kısa bir zaman çerçevesinde gerçekleştirilecek ve sonuçları alınabilecek bir sistemdir. Bu noktada bilimsel ve mesleki yeniliklerin akademik eğitimde değil de, meslek içi eğitim programlarında tanıtılması gerektiği gibi yanlış bir anlamaya düşmemek gerekir. Sonuç olarak, meslek içi eğitim programlarının eczacı-hekim bütünleşmesine olumlu katkılarda bulunabileceği düşünülmelidir.

### 1.1.5.0. HEKİM-ECZACI BÜTÜNLEŞMESİ SAĞLIK HİZMETİNE NELER GETİREBİLİR?

Sağlık hizmeti kesinlikle bir ekip çalışması gerektirmektedir. Bu ekibin üyelerinin uyumu olduğu gibi sağlık hizmetinin kalitesini de etkilemektedir.

Eczacı-Hekim bütünleşmesinin ya da diğer bir deyişle uyumunun sağlık hizmetine nasıl etkileyebileceğine değinerek hastane eczacısı ile hekimin bütünleşmesini konu alan bölüme son vermek istiyoruz.

Hastane eczacısının doktora verebileceği hizmet ve destek şu alt gruplar altında incelenebilir:

### 1.1.5.1. KULLANILAN VE KULLANILACAK OLAN İLAÇ VE İLAÇ GRUPLARININ FARMAKOLOJİK ÖZELLİKLERİ HAKKINDA BİLGİ EDİNME

Eczacının ilaç konusunda en yetkili kişi olduğu ve hastanelerimizde hekimlerin hergün ve her dakika ilaca bağlı hatalar yapabilmekte olduğu düşünülürse hekimin ilaç konusunda eczacıya danışmasının ne kadar gerekli olduğu farkedilir. Karşılıklı etkileşim ve aşırı kullanım olasılığının bulunduğu durumlarda doktoru uyarmak suretiyle karşılıklı etkileşim olasılığını tümüyle kaldırmak mümkündür.

### 1.1.5.2. KULLANIMDA GEÇERLİ ALTERNATİFLER İLE İLGİLİ BİLGİ EDİNME

Günümüzde aynı etken maddeye sahip birçok müstahzar kullanıma sunulmaktadır. Bu müstahzarların tabidir ki fiyatları ve dozaj formları da farklı olmaktadır. Bu durum her müstahzar için ayrı bir maliyet etkinlik tablosu çıkarılmasını gerekli kılabilir. Sonuç olarak eczacı hekime maliyet-etkinlik ilişkisine bağlı alternatifler sunulabilir.

### 1.1.5.3 KLİNİK İLAÇ KULLANIMINDAKİ SON YENİLİKLER HAKKINDA BİLGİ EDİNME

Günümüzde piyasaya sürülen müstahzar sayısı oldukça fazladır. Bunun yanı sıra klinik kullanıma sunulan farmakolojik etki grupları da hızla artmaktadır. Durum böyle

olunca hekimlerin bu hızlı artışa paralel olarak branşları ile ilgili her ilacı izlemele-ri gittikçe güçleşmektedir. Pratisyen hekimler için ise bu izleme olanaksızdır. Eczacı bu noktada hekime gereken her türlü bilgiyi sağlamalı, yorumlar getirmeli ve alternatifler sunmalıdır.

Sayıdığımız tüm bu hizmetlerin sağlık hizmetine sağlayacağı yararları ise şu şekilde sıralayabiliriz:

- Yanlış tedavinin önlenmesi
- Advers reaksiyonların önlenmesi
- İlaç savurganlığının önlenmesi
- Tedavi süresinin kısılması
- Doktorun iş yükünün azalması
- Optimum maliyet yararlılık dengesinin sağlanması

### 1.2.0.0. ECZACI İLE DİĞER SAĞLIK PERSONELİNİN İLİŞKİLERİ

Klinikte ilaçla haşır neşir olan sağlık personeli sadece hekim ve eczacı ile sınırlı değildir. İlaçla doğrudan veya dolaylı olarak ilişki içerisinde bulunan her türlü sağlık personelinin eczacı ile bütünleşmesi veya en azından ilişki içerisinde olması gerekmektedir. Bu personeli şu alt başlıklar altında inceleyeceğiz:

#### 1.2.1.0. ECZACI-HEMŞİRE İLİŞKİLERİ

Genellikle hastaya ilacın verilmesi ile sorumlu olan sağlık ekibi elemanı hemşiredir. Bu yönden hemşirenin ilaç tedavisi içerisindeki yeri özeldir.

Ülkemizde hastane eczacısı ile hemşireler arasında herhangi bir iletişim ne yazık ki söz konusu olmamaktadır. Bunun yanı sıra ilacın hastadaki tüm klinik etkilerini izlemek durumunda olan kişi de hemşiredir.

Tablo I: Soruyu Soranla Soru Türleri Arasındaki İlişki

Soruyu Soran	Soru Türleri																										
	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	R	S	T	U	V	Y	Z	X	Toplam	%	
Hemşire 169	9	32	5	19	15	4	3	1	1	10	3	8	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	4	1	142	30

Tablo III: Tüm Sorulardaki Farmakolojik Grup ile Soruyu Yönelten Arasındaki İlişki

Soruyu Soran	Farmakolojik Grup									
	Kemo- terapö- tikler	Psikot- rop-An- tiyepilep	Kalp- Damar	Analje- zikler	Elektro- lit ç. minler	Vi- minler	Gluko- korti- koidler	Anes- tezik- ler	Antiasitler	Diğer
Hemşire 57	16	37	5	7	7	2	7	11	11	142

Şimdi daha evvel bahsettiğimiz araştırmamızın hemşireler ile ilgili verilerini inceleyelim:

Tabloda verilen bu değerleri ayrı ayrı ele almak mümkündür, fakat konumuzun bütünlüğü gereği toplamsal değerleri yorumlamak daha doğru olacaktır. 900 yataklı bir hastanede 10 ay süresince hemşirelerden sadece 142 soru gelmiş olması hemşirelerle hastane eczacılarının pek iyi bir iletişimi olmadığını bir başka kanıtıdır.

İlaçla bu kadar yakın ilişkisi bulunan hemşirelerle hastane eczacılarının programlı ve kontrollü olarak çalışması gerekmektedir. Bu noktada eczacı hemşireye

- İlacın veya bir gurup ilacın uygulama yolu, şekli ve özellikleri,

- Servislerdeki ilaçların saklanma koşulları

- İlaç yan etkileri ve ilaç-ilaç etkileşimleri hakkında gerekli bilgileri aktarmakla görevlidir.

### 1.2.2.0. ECZACI-DİYETİSYEN İLİŞKİLERİ

İlaç metabolizmada çok çeşitli etkileşimlere sahiptir. Bunların en önemlileri ilaç-ilaç ve ilaç-gıda etkileşimleridir. Bu yönden eczacının klinikte diyetisyenlerle de özel bir iletişimi olması gerekmektedir.

Tahmin edilebileceği gibi Türkiye'de diyetisyenlerin de eczacılar ile mesleki veya bilimsel açıdan herhangi bir ilişkisi yoktur. Bu kopukluk istenmeyen ilaç-gıda etkileşimlerine yol açabilir.

### 1.2.3.0. ECZACI İLE BİYOKİMYA LABORANTLARI ARASINDAKİ İLİŞKİLER

İlaç kullanımı biyokimyasal testlerin yanıltıcı sonuçlar vermesine sebep olabilmektedir. Bu sebeple hastanın kullanmış olduğu ilaçlarla ilgili olarak eczacılarla laborantların iletişimi içerisinde olması

gerekebilir. Örneğin, ağızdan alınan anti-diyabetik ilaçlar, sülfonamidler, radyoopak maddeler, salisilatlar ve yüksek dozdaki penisilin türevleri sulfosalisilik asit yöntemi ile idrarda nitel protein aranmasında yalancı olumlu sonuç verir.

### 1.2.4.0. ECZACI-FİZYOTERAPİST İLİŞKİLERİ

Bilindiği gibi kimi spastik vakalarda fizyoterapik tedavi uygulamak için fizyoterapistlerin ilaç kullanması gerekmektedir. Söz konusu vakalarda karşılaşıldığında fizyoterapistin eczacı tarafından aydınlatılması her yönden ilaç uygulamasının güvenli ve etkin olarak yürütülmesini sağlar.

### 1.2.5.0. ECZACI-ANESTEZİST İLİŞKİLERİ

Anestezistlerin kullandıkları anestezi-lerle ilaçlar arasındaki etkileşimler, anesteziklerin vücuttaki hipersensitivite reaksiyonları ve bunların doğuracağı sonuçlar eğer eczacı-anestezist bütünleşmesi sağlanmış ise kontrol altında tutulabilir.

Ayrıca sterilizasyon ünitesi görevlileri, postalar ve tıbbi müstahzarlarla direkt veya indirekt olarak ilişkisi bulunan her türlü personelin hastane eczacısı ile bütünleşmesi, hastanede verilen sağlık hizmetinin daha kaliteli ve güvenli olmasını sağlayacaktır.

### 2.0.0.0. KAMU ECZACILIĞI

Genelde kamu eczacıları en fazla hekimlerle aktif biçimde iletişim içerisindedir. Bunun dışında çok yaygın olmamakla beraber eczacıların sağlık memurları, sağlık teknisyenleri ve bunun gibi yardımcı sağlık ekibi elemanları ile de şöyle veya böyle ilişki içerisinde oldukları görülmektedir.

### 2.1.0.0. KAMU ECZACISI-HEKİM İLİŞKİLERİ

Kamu eczacılarının hekimlerle olan ilişkileri çeşitli kuruluşlar için farklılık göstermektedir. Bu kuruluşlardan biri olan



Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü ülkemizde türünün tek örneğidir. Bunun dışında kalan kamu kuruluşlarında genelde kamu eczacısının hekimlerle veya diğer sağlık ekibi elemanları ile olan iletişimi aynı çerçevede gözlenmektedir. Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü dışında kalan kimi kamu kuruluşlarının eczacıları ile yapılan görüşmelerde hekimlerin aşağıda yazılı olan konularda kuruluş eczanelerine başvurduklarını gördük:

- Müstahzarlarla ilgili genel bilgi edinme,
- Muadili (EŞDEĞERİ) ilaçlarla ilgili bilgi edinme,
- Yan etkiler,
- Bulunamayan veya aranan ilaçlarla ilgili bilgi edinme,
- Eczanede o anda bulunan müstahzarlarla ilgili bilgi edinme,
- Yıllık ilaç alımlarında danışmanlık amacı ile,
- Dozaj, formülasyon, kombinasyon,
- İlaç-ilaç etkileşimleri.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsünde ise başvurular genelde şu konularda olmaktadır:

- Tıbbi araştırmalarda farmakolojik açıdan çıkan sorunlar ve yetersizliklerle ilgili olarak,
- Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı hastanelerinde yürütülen uygulamalı ve deneysel çalışmalarda farmakolojik destek almak amacıyla,
- İlaç-ilaç etkileşimleri,
- Yan etkiler.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü dışında kamu eczacıları ile hekimlerin bilimsel açıdan ancak kişisel çabalar (karşılıklı), zorunlu ihtiyaçlar ve arkadaşlıklar çerçevesinde iletişim kurdukları görülmektedir. Bu iki sağlık meslek biriminin aralarındaki problemlerin ise yine bu yollarla ve çok kısıtlı seviyelerde

tartışılmakta olduğu belirtilmektedir.

Kamu kuruluşlarında da eczacılar ile hekimler arasında yeterli bütünleşmenin bulunmaması durumuna etkiyen nedenlerin bir kısmı (eğitim, mevzuat) hastane eczacıları için incelediğimiz nedenlerle aynı olduğundan bunları yeniden irdeleme gereği hissetmiyoruz.

Kamu eczacılarının diğer sağlık ekibi elemanları ile olan ilişkilerini incelerken şu gerçeği gözledik. Kamu eczacıları günümüzde pratisyen hekim seviyesindeki başvuruları rahatlıkla karşılamaktadır. Ama uzman hekimlerin çalıştığı kamu kuruluşlarında eczacıların hekimlerinden gelen soruları rahatlık ve yeterlilik içerisinde cevapladıkları söylenemez. Bundan dolayı genelde pratisyen hekim çalıştıran kamu kuruluşlarında eczacı ile hekim arasında yapay veya görüntüde uyumlu bir iletişim gözlenmektedir.

Kendileri ile görüştüğümüz kamu eczacıları, ihtisas eğitimini tamamlayarak kuruma gelen hekimlerin kendi eğitimlerini eczacılarınki ile kıyasladıklarını ve sanki çok daha zor bir eğitimden geçmiş oldukları için eczacılara pek ihtiyaç duymadıklarını belirtmekte. Diğer bir deyişle eczacılığın kolay bir meslek olduğuna inandıklarını ifade etmekte.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü bünyesinde ise eczacılar ile hekimler arasında her seviyede yeterli uyumun sağlanmış olduğu görülür. Bunun en önemli sebebi, bu kuruluşun bilimsel açıdan Türkiye normlarında en iyi imkânlarla sahip olmasıdır. Bu noktada hekimler, bu kuruluşun eczacılarına güvenmek durumunda olduklarından eczacı-hekim bütünleşmesi sağlanabilmektedir.

## 2.2.0.0. KAMU ECZACISI İLE ECZACI TEKNİSYENLERİNİN İLİŞKİLERİ

Kamu eczacıları çoğunlukla eczacı teknisyenleri ile aralarında çözülmez problemler olmadığını ifade ettiler. Bazen aynı kuruluşta çok uzun zamandır çalışan teknisyenin, yeni atanmış eczacıyı kontrol etmek isteği veya eğilimi görülmekte. Bu

eğilim zamanla eczacı konuya ağırlığını koydukça azalmakta ve yok olmakta. Kamu eczacıları bizlere teknisyenlerle aralarındaki iletişim hakkında bilgi verirken her durumda huzurlu bir iş ilişkisi amaçladıklarını, bundan dolayı da, hem bilimsel hem de sosyal açıdan teknisyenler ile iyi bir iletişim kurmaya çalıştıklarını açıkladılar. Bu yönden kamu eczacıları ile eczacı teknisyenlerinin hekimlere kıyasla daha tatminkâr bir bütünleşmeleri olduğu söylenebilir.

### 2.3.0.0. KAMU ECZACISININ YETKİLERİ VE HİYERARŞİK SİSTEMDEKİ DENGESİZ DURUMUNUN DİĞER SAĞLIK EKİBİ ELEMANLARI İLE BÜTÜNLEŞMESİNE ETKİLERİ

Kamu eczacıları her nedense kanun-yapıcılar bazında Genel Sağlık Hizmetleri'nin mümkün olduğunca dışında tutulmaktadır. Buna karşın bu eczacı kitlesinden yeterli sağlık hizmeti beklemek de biraz hayalcilik olur. Hersene nasıl istihdam edilebileceği düşünülmeden Eczacılık Fakültelerinin anfilerine doldurulan onca gencin, mezun edilen onca yeni eczacının yarattığı bu öntüne geçilmez eczacı enflasyonu tabi ki "Nasılsa bol" felsefesini motive edecektir. Hele ki bu başıboş kitleye yeterli eğitimi verememişsek eczacıya itibar edilmesini, güvenilmesini ve akıl danışılmasını beklemek hakkımız olamaz.

Bürokratik ve hiyerarşik düzende gitkiçe gerilere itilen, hukuki ve mesleki sınırları dahi kesin olan çizilememiş kamu eczacılarının diğer sağlık ekibi elemanları ile bütünleşebileceği, dirsek teması sağlayabileceği düşünülemez.

Eczacılık mesleğinin varlığı ve yararlığı gün geçtikçe, önce sağlık ekibi ardından da toplum tarafından tartışılır duruma gelecektir. Mesleğimizin bir "İlaç rehberi" ve bir "Ekstra Farmakope"yi eline alıp yollara düşen herkesçe icra edilebilir duruma gelmesini istemiyorsak daha bilinçli, konusunda daha uzman kamu ec-

zacıları yetiştirmek zorunda olduğumuzu unutmamalıyız. Ancak bunu başardıktan sonra toplumdaki kimi haklar talep edebiliriz.

### 3.0.0.0. SERBEST ECZACILIK

Ülkemizde kişiler kendilerinde kimi hastalık belirtileri gözlemledikleri zamanlarda hekimden önce çoğunlukla eczane eczacısına başvurmaktadır. Bu önceliğin en önemli sebebi eczane eczacısının hekime oranla gerek fizik ve gerekse ekonomik erişilebilirlik açısından çok daha uygun bir pozisyonda oluşudur. Bunun yanısıra ayakta tedavi gören hastaların son uğradığı sağlık kuruluşu da genelde serbest eczanelerdir. Serbest eczaneler bu iki önemli özelliklerinden dolayı sağlık sistemimizde çok özel bir yere sahiptir. Eczane eczacısı bu niteliği çerçevesinde bir çok sağlık ekibi elemanı ile uyumlu bir çalışma içerisinde olmalıdır.

Bir an ülkemizde çok yeterli seviyede ve kalitede sağlık merkezi (hastane, dispensar, sağlık ocağı vb.) hizmeti verildiğini hayal edelim. Bu hizmeti ayakta tedavi şeklinde alan bireyler ilaç ve tıbbi müstahzarla ilgili yeterli genel kültüre ve danışmanlık hizmetine sahip değilse tedaviyi aksatabilirler. Tedavinin aksaması ise zaman, para, emek gibi sağlık hizmetinin önemli unsurlarının boşa harcanmış olması demektir. Eczane eczacısı yukarıda saydığımız niteliklerinden dolayı halka en yakın sağlık adamıdır. Bu sebeple ayakta tedavi gören kişilerin ilaçla ilgili yeterli bilgiye sahip olmasını sağlamak, kişilerin tıbbi müstahzarlarını kendilerine aktarılan bilgiler doğrultusunda kullanıp kullanmadıklarının denetlemek, gerekli hallerde kişilere yeni açıklamalarda bulunmak durumunda olan sağlık elemanı da serbest eczacıdır.

### 3.1.0.0. ECZACI-HEKİM İLİŞKİLERİ

Serbest eczacılar kendilerine gelen her reçetede o reçeteyi yazan hekimle kimi sorumluluklar paylaşmaktadır. Bu sorumluluk-

ların en önemlisi ise ilacın etkin, emniyetli ve optimal maliyetlerde kullanımı sağlamaktır. Dolayısıyla serbest eczacı hekimleri her reçetesinde incelikle kontrol etmek durumundadır. Şu bir gerçektir ki ülkemizde hekim kaynaklı ilaç hatalarının insidansı oldukça yüksektir. Bu hatalar ile en ağırlıklı olarak karşı karşıya olan eczacı grubu ise serbest eczacılardır. Serbest eczaneye gelen reçetede eğer eczacı bir dozaj, etkileşim veya ilaç adı hatası saptadıysa genelde üç yol izlemektedir:

- Eğer mümkün ise hekimle görüşmek
- Hastayı hekimle görüşmek üzere geri çevirmek veya
- Sorumluluğu kabul ederek muadili ilaç vermek

Günümüzde serbest eczacı ile hekim arasında kayda değer başka hiçbir iletişim bulunmamaktadır. Bu uyumsuzluk yada diğer bir deyişle iletişimsizlik serbest eczacının sağlık sistemimizde çok sınırlı ölçülerde etkin olmasına sebep olmaktadır. Şimdi serbest eczacı ile hekimler arasındaki yetersiz iletişime bir göz atalım.

### 3.1.1.0. HEKİM KAYNAKLI PROBLEMLER

Serbest eczacı ile hekim arasındaki kopuklukların en önemli sebeplerinden biri hekimin kendisidir. Hekimler her nedense yaptıkları reçete hatalarının eczacı tarafından düzeltilmesini kimi zaman deontoloji haklarına müdahale olarak görmekteler. Eğer önemli olan etkin, emniyetli ve maliyet-etkin bir ilaç tedavisi uygulamaksa hekimlerin tıbbi müstahzarlar açısından eczacı ile işbirliği içerisinde bulunmaları gerekmez mi?

Çevresinde çoğunlukla yaşlı hekimler bulunan serbest eczanelerde eşdeğeri ilaç verilmesinin çevredeki hekimlerce hoş karşılanmadığı ama buna karşın bu hekimlerin piyasadan kalkan ilaçları reçeteye yazmaya devam ettikleri gözlenmektedir.

Diğer taraftan kimi hekimlerin birkaç metre ilerdeki eczaneye danışmak yerine

ilaç firmalarının propagandistlerine başvurdukları ve aldıkları yanlış cevaplara göre reçete düzenledikleri görülmekte.

Bazı hekimlerin belirli vakalar için kalıp reçeteler geliştirdiklerine de şahit olunmakta. Bu durum ise çevredeki eczaneleri aynı doğrultuda kalıp ilaçlar bulundurmaya yöneltmekte.

Bilindiği gibi kimi ilaçlar bir takım laboratuvar testleri sonucunda bir doza bağlanır. Eczacı kendisine gelen reçetede böyle bir ilaç ile karşı karşıya kaldığında doz programı veremediğinden hasta ile iletişimi bozulmakta.

Şu günlerde bazı hekimlerin eczanede satılması gereken müstahzarları kendi muayenehanelerinde sattıkları veya satmaya çalıştukları da bir gerçek. Hekimlerin bu eğilimi bir anlamda eczacının varlığını hiçe saydıklarının bir kanıtı değil mi?

### 3.1.2.0. ECZACI KAYNAKLI PROBLEMLER

Serbest eczacıların hekimlerle arasındaki iletişim bozukluğunun en önemli faktörü bizce eczacıdır.

Eczanelerinde düzenli olarak devamlı bulunan eczacı sayısı ne yazık ki oldukça düşük. Eczacı bulunmayan bir eczaneye başvuran hekimin, aldığı cevaplar doğrultusunda eczacıya itibar etmesi beklenemez. Bunun yanısıra sağlık olgusuna hep ticaret gözüyle bakan ve dolayısı ile akademik eğitimin üzerine hiçbir şey koymayan eczacının serbest eczanesinde hekime yeterli hizmet verebileceğini söylemek de biraz hayalcilik olur.

Yine zaman zaman eczacının olayı tümüyle ticaret olarak algılamasından dolayı üzerine düşen görevleri yapmadığı da gözlenmektedir. Öyle ki gelen her reçeteyi kontrolsüz olarak karşılayan, yanlış eşdeğeri ilaç veren ya da daha pahalı müstahzarları reçete sahibine satmaya çalışan eczacılara hekimlerin güvenmesi sizce doğru olur mu?

Bir meslek gurubunun elemanları eğer kendi içlerinde bir bütünlüşememezlik

yaşamaktalarsa, bir başka meslek grubunun elemanları ile bütünleşmeye çalışmaları ne ölçüde başarılı olur? Hekim arkadaşına yan taraftaki eczacı meslektasını çekiştiren, birbirinin nöbet günlerinde eczane açan bir eczacı topluluğu için hekimle bütünleşmek biraz lüks değil midir?

### 3.1.3.0. DİĞER PROBLEMLER

Öyle bir ilaç firması düşündünüz ki, müstahzarlarını eczacıdan ziyade hekime ve süpermarketlere satmak çabası içerisine girmiş. Dolayısı ile asıl müşterisi durumundaki eczacıları yeni pazarlar bulmak adına hiçe saymış. Biraz göz gezdirirseniz, ülkemizde böyle firmaların çok olduğunu görürsünüz. Bu ortamda köşeye itilmeye çalışılan eczacı tabidir ki hekim tarafından da yeri doldurulabilir bir sağlık elemanı olarak değerlendirilecektir.

Daha önceleri hakkında eleştirilerimizi sunduğumuz eczacılık mevzuatı serbest eczacıları da hekim karşısında etkisiz ve yetkisiz kılmaktadır. Eczacılık mevzuatını her okuyuşumuzda aklımıza şu soru gelmektedir:

"Acaba bu mevzuat çerçevesinde eczacıdan yeterli ve güvenilir sağlık hizmeti bekleyen kişiler mi var? Ve acaba yeni ve etkili bir mevzuatın yürürlüğe girmemesi için sebepleri olanlar mı var?"

Serbest eczacıları hekimler karşısında yetersiz bırakan bir başka sebep eczacılık eğitiminin kendisidir. Bu konuda daha evvel görüş belirttiğimiz için bu bölümde konuyla ilgili başka bir paragraf açmayacağız.

### 3.1.4.0. SERBEST ECZACININ HEKİMLE OLAN UYUMU SAĞLIK HİZMETİNİ NASIL ETKİLEYEBİLİR?

Muayene sonrası reçetesi ile eczaneye giren hasta, eczacı için sadece ilaç ve tıbbi müstahzar satılacak bir kişi değildir. Hastanın eczaneye girmesi ile birlikte eczacı şu görevleri yerine getirmek durumundadır?

### 3.1.4.1. HEKİMİN DENETLENMESİ

Hekim reçete düzenlerken

- Dozaj
- Advers reaksiyonlar
- Farmasötik form
- Farmakolojik etki grubu
- Müstahzar ismi

gibi konularda hata yapabilir. Ayrıca reçetede eksiklikler de bulunabilir. Eczacının bu noktada görevi hekimi uyaraktır. Hekimi kendi imkanları ile uyarmayan eczacı için ülkemizde yapılacak tek şey hastayı uyarmaktır. Böylece hastanın reçetesini geri çevirmek durumunda hastanın bir başka eczaneden aynı reçeteyi karşılaması önlenir. Böylece

- Advers reaksiyonları önlemek
- Maksima dozu aşmak ve bunun gibi farmakolojik hataları engellemek
- Hekimin sürekli aynı hataları yapmasını önlemek
- Tedavi süresini mümkün olduğunca kısa tutmak
- İlaç, emek ve para savurganlığını önlemek mümkün olabilir.

### 3.1.4.2. HASTAYA GEREKLİ AÇIKLAMALARI YAPMAK

Pekçok araştırma hastaların ilaçlarını hekimlerin tasarladığı şekilde almadıklarını ortaya koymuştur. Bu durum çoğu zaman tedavide başarısızlık, advers reaksiyonlar, aşırı doz ve birikim gibi sonuçlar doğurmaktadır. Şimdi iki gelişmiş ülke olan ABD ve İngiltere'den iki farklı araştırmaya ait verileri inceleyelim. Bir İngiliz ilaç firmasının yapılan araştırma İngiliz hastaların % 55'inin ilaçlarını doğru şekilde almadıklarını, % 80'inin ise olası yan etkilerden haberdar olmadığını ortaya koymaktadır. Michigan Üniversitesi Halk Sağlığı bölümünce yürütülen çalışma sonucunda da OTC ilaçlarla ilgili olarak şu veriler toplanmıştır:

- Yaklaşık olarak annelerin %

80'ni hekimle görüşmeksizin çocuklarını ateşlenmeye karşı aspirin ile tedavi etmektedir. (Bu durumda influenza ile aspirin kullanımını Reye Sendromuna yol açabilir)

- % 50'si ise kabızlık, diyare ve nezleye karşı çocuklarına analjezikler, öksürük ve soğuk algınlığı ilaçları, deri pre;eratları, vitamin, antahistaminikler emetik ve anti-allerjik ilaçlar vermekteler.

- Kimi anneler çocuklarına başağrısını engellemek için hergün aspirin aldirtmaktalar.

- % 43.4'ü düzenli olarak çocuklarına vitamin vermekteler.

- Kimi anneler kabızlığı önlemek için her gün çocuklarına laksatif vermekteler.

- Yaklaşık % 60'ı ise reçetesiz olarak soğuk algınlığı ilaçlarını çocuklarına vermekteler.

Yukarıda sunduğumuz verilerin ABD ve İngiltere'ye ait veriler olduğu hesaba katılırsa, ülkemizde bilinçsiz ilaç kullanımı konusunda sınırlı bir fikrimiz olabilir. Türkiye'nin ve Türk hekimlerinin bu önemli sağlık sorununa çözüm olacak en etkili alternatifleri Türk serbest eczacılarıdır. İlaç tedavisinde hastaya bağlı aksaklıkların eczacı tarafından belirlenmesi ve olabildiğince önlenmesi mümkündür. Böylece yanlış ilaç tedavisi sonucu hastaların sağlık merkezlerine yeniden başvurması ve gereksiz bir hasta şişkinliğinin oluşması önlenebilir.

### 3.2.0.0. ECZACI İLE SAĞLIK TEKNİSYENLERİNİN İLİŞKİLERİ

Ülkemizde sağlık kabinleri sıkça enjeksiyon yapılan sağlık birimleridir. Enjeksiyon ise her yönden ilaç ile ilişkili bir uygulama olmaktadır. Her türlü enjeksiyon uygulamasında sağlık teknisyenlerinin eczacıdan yararlanması tedaviyi daha güvenli ve etkin kılabilir.

"Acaba belirli bir çift enjektabl preparatın enjektörde karıştırılması doğru mudur?"

"Acaba enjeksiyonu yapılacak preparatın hipersensitivite reaksiyonlarına yol açabilmekte midir?"

Bu sorulara cevap ararken bir sağlık teknisyeni için başvurulabilecek ilk yer en yakın eczane olmalıdır.

Dileğimiz serbest eczacıların anlatmaya çalıştığımız özelliklerinin ve niteliklerinin bir an önce yeniden ele alınması ve potansiyellerinin araştırılmasıdır. Günümüz koşullarında serbest eczanelerin halk sağlığı açısından önemi gittikçe artmaktadır. Bu yönüyle serbest eczacının hekimle arasındaki uyum sağlık hizmetini doğaldır ki olumlu yönde etkileyecektir.

### 4.0.0.0. ENDÜSTRİ ECZACILIĞI

Ne gariptir ki ülkemizde temel sağlık hizmetleri ile direkt veya indirekt olarak hiçbir bağı olmayan, bünyesinde eczacılara yer verilmemiş bir ilaç endüstrisi yaşamakta. O kadar araştırmamıza rağmen Türk İlaç Firmalarının sağlık sistemimizle ticaret dışı hiçbir ilişkisine rastlamadık. Hatta nerede ise ilaç endüstrimizin sağlık hizmetlerimize güçlükler çıkarmaktan başka bir işlevi olmadığına inanacaktık. Endüstride çalışmakta olan eczacıların herhangi bir sağlık elemanı ile bütünleşmiş olması günümüz şartlarında sağlık hizmeti için hiçbir yararlanım sağlamayacaktır.

Ancak firmalar pazarlama sonrasında ürünlerinin klinik takibine ağırlık vermeye yönelirlerse ve bu konuda eczacıları aktif olarak programa alırlarsa endüstri eczacıları için diğer sağlık personeli ile bütünleşme kapıları açılabilir.

### SONUÇ

Eczacı, sağlık ekibinin ve dolayısı ile sağlık hizmetinin vazgeçilmez bir elemanıdır. Hekim, hemşire, diyetisyen gibi, eczacının da içerisinde bulunduğu koşullar, verilmekte olan sağlık hizmetini direkt olarak etkilemektedir. Günümüz Türkiye'sinde eczacı ve eczacılık mesleğini sekteye uğratan, geleceğini tehlikeye sokan iki ana unsur bulunmakta:

- Eczacılık eğitimi
- Eczacılık mevzuatı

Bu iki unsuru aynı anda ele alarak birbirlerine ters düşmeyecek şekilde değiştirmek, çağımız gereklerine uygun olarak yorumlamak ve uygulamaktan başka bir çaremiz yok. Eczacının diğer sağlık personeli ile bütünleşmesi daha kaliteli sağlık hizmeti demektir. Kaliteli sağlık hizmeti ise daha çok iş, daha yüksek verim anlamına gelmektedir. Bizler birer eczacılık öğrencisi olarak T.C. Sağlık ve Sosyal

Yardımlı Bakanlığı ve Yüksek Öğretim Kurumu başta olmak üzere tüm devlet büyüklerimizi, meslek örgütleri ile bütünleşme içerisinde, bu iki faktörün iyileştirilmesi adına görevi davet ediyoruz. Eğer sağlık hizmeti ve dolayısı ile Türk insanı için olumlu adımlar atmak ülküsü içerisinde isek, bir taraftan enjektör fabrikası açarken diğer taraftan önemli sorunlarımızı da çözmeliyiz.

#### KAYNAKLAR

1. AECB CİLT 7 SAYI 5 SAYFA 426-32
2. AEOB CİLT 9 SAYI 4 SAYFA 205-8
3. AEOB CİLT 5 SAYI 1 SAYFA 18-23
4. AEOB CİLT 5 SAYI 2 SAYFA 23-9
5. KAMU ECZACILARI ÇALIŞMA RAPORU  
(TEB Kamu Eczacıları Komisyonu)
6. HASTANE ECZACILIĞI  
(TEB Yayınları)
7. Lisbeth M. Claus and Rudolf F. Peeters  
Social Pharmacy: An International Comparison  
(Tebliğ metninden çeviren Eriş Asil)
8. American Pharmacy January 1988 Page 7  
"Mothers Use OTC Drugs Ineffectively"



## TIBBİ LABORATUVAR VE İŞLEVLERİ

Laboratuvar, çeşitli maddelerin kantitatif ve kalitatif tayinlerinin yapıldığı bir yerdir. Laboratuvarlar genellikle şu şekilde ayrılırlar:

1. Tıbbi laboratuvar
2. Hijyen laboratuvar
3. Referans laboratuvar
4. İlaç Kontrol laboratuvar
5. Gıda Kontrol laboratuvar
6. Kozmetik Kontrol laboratuvar
7. Çevre kirliliği laboratuvar
8. Toksikoloji laboratuvar

Biz burada Tıbbi Tahlil laboratuvarlarının organizasyonu, yapısı ve iç düzenini inceleyeceğiz.

Tıbbi Tahlil laboratuvarları, çeşitli hastalardan alınan marazi maddelerin teşhislerini yapıldığı yerdir. Bu laboratuvarlar genel veya özel şekillerde, (örn. sadece biyokimya veya mikrobiyoloji veya hatta her ikisi) hastanede, poliklinikte

(Şekil - 1) Hasta Sirkülasyonu

- O Giriş
- O Sekreteryä
- (Hasta kabul, dosya açma, ücret ödeme ve sonuç ver.)
- O Bekleme
- O Numune alma

veya özel olarak kurulabilirler.

Hastalıkların tanımının laboratuvar verilerine dayanmadan yapılması artık günümüzde terk edilmiştir.

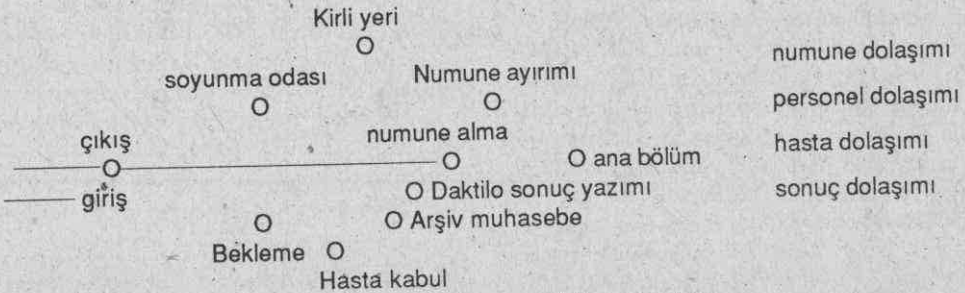
Laboratuvar sirkülasyonu:

Laboratuvar sirkülasyonu üç şekilde görülür:

- a. Hasta sirkülasyonu
- b. Materyal sirkülasyonu
- c. Personel sirkülasyonu

a. Hastanın laboratuvardaki sirkülasyonu genel olarak kısıtlıdır. Genellikle hastalar laboratuvara girdikten ve bekleme salonuna alındıktan sonra sekreteryä bölümünde dosyası açıldıktan ve ödemesini yaptıktan sonra numune verme kısmına geçer. Böylece numune verildikten sonra hasta laboratuvarı terk eder. Sonuçların hastaya verilmesi yine sekreteryä bölümünde yapılır.

Buna göre laboratuvarında hasta sirkülasyonu, giriş, bekleme bölümü, dosya açma ve ücret ödeme, numune verme sonuç alma bölümleri'nden oluşmuştur.



Şekil - 2 Laboratuvarında yerleşim ve dolaşım planı

b. Materyal Sirkülasyonu; Laboratuvarıda en önemli sirkülasyon olup, laboratuvarın sağlıklı sonuçlar elde edebilmesi buna bağlıdır. Numunenin laboratuvara ulaşması iki şekilde olur. Birincisi, hasta numuneyi kendi getirir veya laboratuvara verir. İkincisi, numune bir laboratuvar elemanı tarafından hastadan alınıp getirilir. Numune laboratuvara ulaştıktan sonra yapılacak deneylere göre materyallerin ayırımı yapılarak, kablarm veya tüplerin etiketlenmesi yapılır. Bu etiketler; hasta adı, protokol no'su, materyalin cinsi ve alınış tarihi vs. yazılır.

c. Laboratuvar personeli genellikle çalışma süresini laboratuvarıda geçirirler. Bu personelin bir kısmı direkt hasta ile temasta olmasına karşın, bir kısmı hiç temasta bulunmaz. Personel sirkülasyonu genellikle, giriş, elbise değiştirme bölümü ve çalışma bölümü içindedir. Personel, uzman, teknisyen, sekreterler ve gündelik işçilerden oluşur. Uzmanlar genel olarak koordinatör görevi ile yapılan analizlerin değerlendirilmesinde görevlidirler. Teknisyenler ise analizlerin yapımı ile görevlidirler. Bunların dışındaki görevliler ise idari kadrolu, sekreteryaya ve temizlik görevlilerinden oluşur.

Tıbbi tahlil laboratuvarının ana bölümleri:

- 1 - Hematoloji, seroloji, immünoloji
- 2 - Biyokimya
- 3 - Mikrobiyoloji
- 4 - Parazitoloji
- 5 - Histoloji ve sitoloji (bağımsız olabilir)

Bu ana bölümler kendi içlerinde de alt bölümlere ayrılabilir.

1. Hematoloji, seroloji, immünoloji bölümü:

Hematoloji genelde kan hastalıklarının teşhisi ile ilgilidir. Bu bölümün yaptığı işler 4 grupta incelenir:

a) Genel hematoloji bölümü. Bu bölümde boyama, mikroskopi, kan sayımı ve benzeri deneyler yapılır.

b) Kan pıhtılaşma bölümü. Bu bölümde kanın pıhtılaşma zamanı, Protrombin zamanı vs. deneyleri yapılır.

c) Seroloji ve immünoloji bölümü: Bu bölümde antijen, antikor ve toksin-antitoksin reaksiyonları uygulanarak gerek hastalık ve gerekse hastalık etkenlerinin teşhislerinin yapıldığı yerdir.

Bu bölüm bakteriyoloji ile birlikte çalışır.

d) Kan bankası bölümü: Bu bölüm her tıbbi laboratuvarıda bulunmayabilir. Görevi, donörlerden kan alarak, gerektiğinde kullanılana kadar uygun şartlarda muhafaza etmektir.

## 2. Biyokimya:

Biyokimya bölümü, laboratuvar içinde en işlek bölümü oluşturur. Burada gaita, kan, balgam, idrar ve çeşitli vücut sıvılarında çeşitli kimyasal analizler yapılır. Vücut sıvılarında lipid, albumin, şeker vs. gibi maddelerin miktar tayini de bu bölümün ana görevleri arasındadır.

## 3. Mikrobiyoloji (Bakteriyoloji):

Mikroorganizmaların çeşitli özelliklerinin araştırılması bu bölümün görevidir. Bunun içinde laboratuvara gönderilen veya burada hastadan alınan çeşitli marazi maddelerden kültür sonucunda elde edilen hastalık etkeni mikroorganizmaların teşhisleri yapılır. Bu bölüm;

- a. Bakteriyoloji
- b. Viroloji
- c. Tüberküloz alt bölümlerinden oluşur.

Zaman zaman parazitoloji bölümünde mikrobiyoloji bölümü içerisinde yer almaktadır.

## 4. Parazitoloji:

Hastalık etkeni çeşitli parazitlerin izolasyon ve identifikasyonu bu bölümün görevleri içindedir. Yapılan deneyler, genellikle gaitanın mikroskopik ve kimyasal muayenelerinden oluşur.

Bu bölüm içinde bir alt bölüm olarak mikoloji de sayabiliriz. Burada saç, deri,



turnak gibi çeşitli materyallerden izole edilen mantarların tanımı yapılır.

#### 5. Sitoloji-Histoloji:

Histolojinin görevi, patolojik materyalin analizlerinden ibarettir. Bu bölümde incelenen materyaller genellikle formalin çözeltisinde bekletildikten sonra çeşitli preparatlar yapılarak mikroskopik incelemeler gerçekleştirilir.

Sitolojide yapılan deneyler genellikle kanser teşhis deneylerinden oluşur.

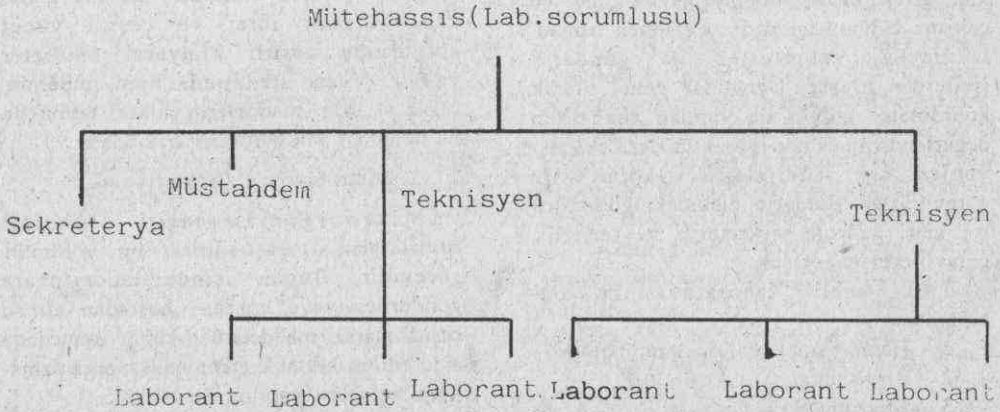
#### Laboratuvar Personeli:

Laboratuvarlarda çalışan gerek teknik ve

gerekse teknik olmayan kadro sayısı laboratuvara gelen hasta sayısına veya hastanelerde ise yatak sayısına göre tespit edilir. (Tablo-2,3). Ancak bir tıbbi tahlil laboratuvarı aşağıdaki elemanları bulundurması gerekir.

- Mütehassis 1 kişi
- Teknisyen 1-2 kişi
- Laborant 3-6 kişi
- Müstahdem 1 kişi
- Daktilo sekreter 1 kişi

Laboratuvar çalışanları organizasyonu-Tablo:1



Teknisyen sayısının belirlenmesinde laboratuvarında çalışan teknik elemanların iş potansiyeli esas alınır. İş potansiyelinin azlığı laboratuvar teknik eleman sayısının artmasına ve yüksekliği de adı geçen personelin azlığına neden olacaktır. İş potansiyelinin seviyesini anlamak için Tablo-2 ve Tablo-3 deki standartlar esas alınmalıdır.

Tablo-4 Tıbbi Tahlil laboratuvarlarında bulundurulması gereken aletlerin listesi

1. Mikroskop
2. Ben mari
3. Pastör fırını
4. Otoklav
5. Santrifüj
6. Spektrofotometre
7. pH metre
8. Fleym fotometre
9. Elektroferez
10. Kromotograf

- |                            |                       |
|----------------------------|-----------------------|
| 11. Terazî                 | 21. Kapan             |
| 12. Çalkalamalı su banyosu | 22. Stoteskop         |
| 13. Mikro hematokrit       | 23. Coutter counter   |
| 14. Sedimastasyon cihazı   | 24. Mikrotom          |
| 15. Blood-gas analizör     | 25. İnkubator         |
| 16. Kronometre             | 26. Buzdolabı         |
| 17. Daktilo                | 27. Cam eşya          |
| 18. Etüv                   | 28. Çeker ocak        |
| 19. Manyetik karıştırıcı   | 29. Distile su cihazı |
| 20. Tansiyon aleti         | 30. Gamma sayacı      |

Tablo-2

Teknisyenlerin yıl içinde yapması gereken deney sayısı

Bölüm	Deney sayısı
Hematoloji	13.400
Uroloji	30.720
Seroloji	11.520
Biyokimya	9.600
Bakteriyoloji	7.680
Histoloji	3.840
Parasitoloji	9.600

Tablo-3

Hastanelerde gün/hasta biriminden yapılması gereken deney sayısı

Yatak Sayısı	Gün/Hasta deneyi		Ortalama
	min.	max.	
100-149	1.05	2.02	1.29
150-200	1.08	2.67	1.32

#### Kaynaklar:

1. Time saver Standards, Building Types, Mc Graw Hill Book Company
2. King, M: A. Medical B Laboratory for developing countries, oxford Publications, 1983
3. Asefzade, S.: Azemayeshgah pezeshki; Bimarestan 15:24-32; 1987.

KAMU KESİMİNDE İLAÇ  
TÜKETİMİ

Türkiye'de ilaç tüketimi ve israfı sürekli gündemde olan bir konu.

Basın, yayın, TV, konferans ve panellerle halkımız bu konuda bilinçlendirilmeye, dolayısıyla gereksiz ilaç tüketimi azaltılmaya çalışılıyor. Konuyla ilgili olarak, Ankarada iki ayrı kamu sektöründe yaptığım araştırmada düşündürücü sonuçlar ortaya çıktı. Personel sayısı belli olan bu kurumlarda kişi başına yıllık hastalanma sayısı beştir. Yani yaklaşık her ikibuçuk ayda bir.

Hastaların reçete içeriği incelendiğin de ağırlık sırasına göre,

1. Gripal eanfeksiyon
2. Mide rahatsızlıkları
3. Sinirsel rahatsızlıklar

belirgin şekilde görülmektedir.

Bu hastalık gruplarına dikkatle bakarsak, nedenlerinin

- a) Yetersiz beslenme
- b) Yetersiz sosyal yaşam

gibi çok önemli iki faktör olduğu ortaya çıkar.

Hastane, muayene, enjeksiyon ve optik giderler bir yana bırakıldığında yalnızca ilaç için devletin, herbir personeline ödediği para yıllık 50.000 TL'ye ulaşmakta. Bu rakam, Türkiye'deki tüm devlet personeline uygulandığında ortaya astronomik bir rakam çıkmaktadır.

İnsanların daha az hastalanmaları, onların iyi beslenmelerine iyi barınmalarına ve dolayısıyla da iyi bir sosyal yaşantıda olmalarına bağlı.

Bunu sağlamak için en önemli faktör de EKONOMİ.

Sanırım devlet personeline ekonomik olarak daha fazla katkıda bulunabilirse, onlar için ödediği ilaç paralarını azaltmanın yanısıra, daha sağlıklı, daha sosyal ve daha verimli elemanlara sahip olabilir.

Gripsiz, mide sancısız ve güler yüzlü günler için.

Ecz Nezih KANDEMİR

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	A	N	A	L	J	E	Z	I	K	
2	V	I	D	A		H		M	A	O
3	A	Ş	A	M	A	L	I		V	T
4	G	A	Y	E		I	R	I	L	I
5	A	N		L	I	Y	A	K	A	T
6	D	E	M		Ç	E	K	I	M	
7	R		E	R	A	T		L	A	K
8	O		R	A	Ç		L	E	K	E
9		H	E	M	A	T	O	M		Ç
10			T	I	N	E	R		R	E



## KDV ORANLARI DEĞİŞTİ

Değerli Meslektaşımız,

1 Kasım 1988 tarihinden itibaren geçerli olan yeni KDV oranları uygulaması ile ilgili TEB Merkez Heyeti'nden Odamıza gelmiş olan 31.10.1988 tarihli yazı aşağıda sunulmuştur.

İlaçta KDV oranı % 8'den % 10'a çıkarılmış,

% 12 KDV oranı olan itiriyat ve tıbbi malzeme % 10'a indirilmiş

% 15'lik KDV oranı olan parfümeri ve kolonya vs.'n aynı oran kalmıştır.

Gereği bilgilerinize sunulur.

Saygılarımla,

Ecz. Ertan ONURSAL  
Genel Sekreter

T.C.  
TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ  
MERKEZ HEYETİ

Farabi Sok. No: 35  
Çankaya-ANKARA  
Sayı: 24.607.A.32

ANKARA  
31.10.1988

15.10.1988 tarih ve 19960 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe giren ilaçta % 10 KDV uygulaması aşağıdaki gibi yapılacaktır.

1. İlaçların % 8 KDV li eski fiyatları üzerinde herhangi bir değişiklik yapılmadan ilaç fiyatı 1.01852 ile çarpılarak satılacak,

Ek 1) Resmi Gazete'de yayınlanan 13.10.1988 tarih ve 88/13383 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı

Ek 2) Maliye ve Gümrük Bakanlığında alınma 31.10.1988 tarih ve KDV/2601028-278/6873 sayılı yazı

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü ile yapılan telefon görüşmesi sonucunda daha önce % 12 KDV ye tabi Diş Macunları ve Saç Boyalarından bundan böyle % 10 KDV alınacaktır.

bulunacak fiyat üzerinden kasa fişi verilerek belgelendirilecektir.

2. Etiketlerde değişiklik yapılmak istendiği takdirde aynı şekilde ilaç fiyatı 1.018.52 ile çarpılarak bulunan yeni % 10 fiyat etikete basılacak, etiketteki % 8 KDV ibaresi % 10 a çevrilecektir.

3. Resmi Kurumlarla anlaşması olan eczaneler etiketlerde herhangi bir değişiklik yapmamışlarsa en son yekünü 1.01852 ile çarptıktan sonra çıkan sonuçtan % 5 iskonto ve % 20 katılım payını düşerek fatura kesebileceklerdir.

İmza-Kaşe  
Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu  
Genel Sekreter

## ÖRNEK:

1. No.lu Reçete .....TL  
2. No.lu Reçete .....TL  
3. No.lu Reçete .....TL  
12. No.lu Reçete .....TL  
% 8 KDV yekun 108.000 TL  
% 8 KDV yekun 108.000 TL X 1.01852  
% 10 KDV yekun 110.000 TL  
% 5 iskonto -

.....  
% 20 Katılım payı -

T.C.  
MALİYE VE GÜMRÜK BAKANLIĞI  
Gelirler Genel Müdürlüğü

GEL:KDV/2601028-278

KONU:

ANKARA

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ  
MERKEZ HEYETİ  
Farabi Sok. No: 35  
Çankaya-ANKARA

Bilindiği üzere, 15.10.1988 gün ve 19960 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 13.10.1988 tarihli ve 88/13383 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile katma değer vergisi oranları yeniden belirlenerek, insan ve hayvan sağlığı için kullanılan ilaçların yer aldığı 87/12469 sayılı Kararname eki IV sayılı liste 1 Kasım 1988 tarihinden itibaren yürürlükten kaldırılmıştır.

Buna göre 87/12469 sayılı Kararname eki IV sayılı listede yer alan mal ve hizmetlerin 1 Kasım 1988 tarihinden itibaren kesilmeden genel vergi oranı (%10) uygulanacaktır.

Dolayısıyla bu liste kapsamına giren ilaçların söz konusu tarihten sonraki teslimlerinde % 10 oranı esas alınacaktır.

Bu durumda, daha önce % 8 katma değer vergisi oranına göre vergi dahil perakende satış fiyatı belirlenmiş ilaçlarla ilgili olarak, "%8 KDV Dahil" ibareli bedeli gösteren bandrollerin "%10 olarak değiştirilmesi uygun olacaktır.

Ancak bu uygulamanın gerçekleştirilememesi halinde de, 1 Kasım 1988 tarihinden itibaren teslim edilecek, "% 8 KDV Dahil" ibaresi yazılı ilaç bedellerine ait katma değer vergisinin, % 10 oranına ait iç yüzde oranı (1/11) uygulanmak suretiyle bulunacak miktarların beyan edilerek ödenmesi gerekmektedir.

Bilgi edinilmesini ve gereğini rica ederim.

BAKAN ADINA

İmza

Kemal KILIÇDAROĞLU  
Gelirler Genel Müdür Yard.

### MALİ KONGRE

Odamızın Olağan Seçimsiz Mali Kongresi 27 Eylül 1988 tarihinde Türk Eczacıları Birliği Konferans Salonunda toplandı.

Çok az sayıda üyemizin katıldığı Mali Kongre'de Divan Başkanlığına Ecz. Mehmet Güney, II. Başkanlığa Ecz. İlhan Küçük ve üyeliklere de Ecz. Asım Tamer ve Ecz. Hasan Gürkan seçildiler.

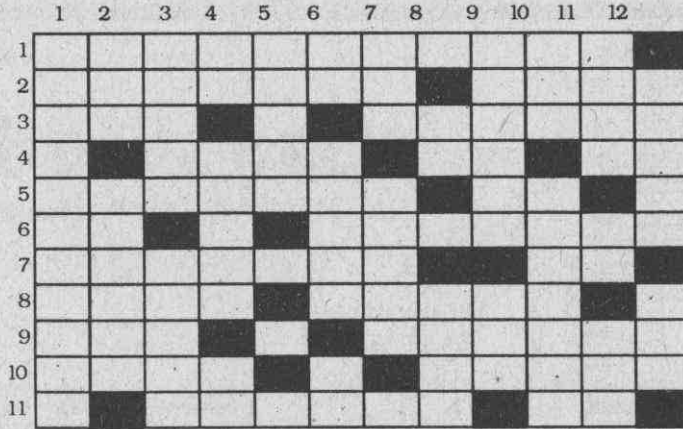
Dönem Çalışma Raporu Oda Başkanı Dr. Ecz. Akın Çubukçu tarafından, Mali Rapor Sayman Üye Ecz. Kadir Hatunoğlu tarafından sunuldu.

Raporların görüşülmesi bölümünde söz

alan Doç. Dr. Nurettin Abacıoğlu, özette yapılan çalışmalarını olumlu olduğunu dile getirdi ve genel kurullara katılımın azalmasının olumsuzluğunu vurgulayarak, demokratik ortamlar olan genel kurullara katılımların artırılması yönünde özellikle çalışma yapılmasının gereğinden söz etti.

Aklama bölümünde, raporlar üyelerin oylarına sunuldu ve oybirliği ile aklandı.

Tasarı Bütçenin okunması ve bu konudaki görüşlerin dile getirilmesinden sonra, personel ücretlerine tasarı bütçede bildirilen oranlara yüzde yüz oranında artış yapılması oylanarak kabul edildi. Oda Başkanı Dr. Ecz. Akın Çubukçu'nun Genel Kurula katılan üyelere, yönetim Kurulu adına teşekkürlerini sunmasından sonra Genel Kurul sona erdi.

**Soldan Sağa**

1. 9 alfa-Fluoro-16 beta - metilprednizolon adıyla adlandırılan deksametazonun stereoizomeri
2. Üstleri - Dudak' sesleriyle başlayan sözcüklerin ilk seslerini güçlükle söyleyen (Tersi) tutuk dilli
3. Bir çörek türü - Otokrasi
4. Kur'an'da bir sure - İlaç - Bir organımız
5. Malonik asit tuzu - Mealin ortası
6. Platinin simgesi - 20. yy başlarında kullanılan bir zırlı tipi
7. Palamut, torik gibi balıkların dilim dilim kesilerek yapılan salamura - Türk malı
8. Direktif - İki parçadan oluşan
9. Kalmaktan emir - Elekten geçirmek
10. Züppe - Çocuk düşürmek
11. Tek körüklü dört tekerlekli dört kişilik atlı araba - Yangın'ın ortası

**Yukarıdan Aşağıya**

1. B vitaminlerinin bir arada bulunduğu farmasötik preparat
2. Bir tür kılıç - Kazak lideri
3. Cüz-i, kısmî - Bir organik asit (Tersi)
4. İsim - Çeşitli belge ve işlemlere geçerlik kazandırmak, yasanın öngördüğü diğer görevleri yerine getirmekle yükümlü belli nitelikleri ve kendine özgü hukuksal statüsü olan kamu görevlisi - Ayak
5. Bataklık gazı
6. Aşamasız asker - maddeye ait - Bir evcil hayvan
7. Toprak Mahsulleri Ofisi - Soluk borusu
8. Bir cetvel - Duyuru
9. Tumar (Tersi) im, işaret
10. Operatör'ün kısaltılması - Atom sayısı 51, atom ağırlığı 121, 75 olan "Sb" ile simgelenen element
11. Şetaret - Kemiklerin yuvarlak ucu - Büyük Sahra'da kumullarla örtülü bölge
12. Deneme niteliğinde olan - (Tersi) Türkiye Kömür İşletmesi