

ankara eczacı odası

B Ü L T E N İ

Cilt: 11

Ocak-Şubat 1989

- **H**aksızlığın Sonlanmasını Beklerken
- **P**atent Hakları Sorunu
- **J**aponya'da Eczacılık
- **I.** Sağlık Kurultayı
- **E**czacılık Öğrencilerinin Ulusal ve Uluslararası Örgütlenmeye Yaklaşımı
- **B**ebek Beslenmesi, Obesite, Uykusuzluk
- **K**adın ve Erkeklerde sterilizasyon
- **G**enelgeler ve Oda haberleri

1

**ankara
eczacı odası
bülteni**

İKİ AYDA BİR YAYINLANIR

TEB II Bölge
Ankara Eczacı Odası
Adına Sahibi ve Yazışmaları
Sorumlusu:
Dr. Ecz. Akın Çubukçu

Yönetim Yeri ve
Yazışma Adresi:
Komur Sokak, 13/2
Kızılay/Ankara
Tel: 125 42 96 - 125 08 07

Yayın Kurulu:
Tamer Baykara, İcelal Çakıcı,
Nilgün Göğer, Kadir Hatun-
oğlu, Berk İmer, Artemiz
Karabıyık, Rıza Ommaty,
Ertan Onursal, Olcay Seles,
Sevgi Yıldız.

- ☐ Bültendeki yazılar, Bülten adı gösterilerek yayınlanabilir.
- ☐ Yazılardaki görüşler yazarlarına aittir. AEOD'ni bağlamaz.
- ☐ Bülten 2750 adet basılır ve AEOD üyeleri ile yurtiçi tüm sağlık kuruluşlarına ücretsiz gönderilir.

Bülten, R Prodüksiyon (Tel: 125 39 20) tarafından hazırlanıp. Özyurt Matbaasında basılmıştır.

Bu Sayıda

2 BAKIŞ

3 SOSYAL ECZACILIK

Haksızlığın Sonlanmasını beklerken (AEOD)

Ankara Eczacı Odası'nın Patent Hakları ile İlgili Görüşleri Japonya'da Eczacılık (Ecz. Necla Dinler)

I. Sağlık Kurultayı (AEOD)

26 ÖĞRENCİ GÖZÜYLE

Eczacılık Öğrencilerinin Ulusal ve Uluslararası Örgütlenmeye Yaklaşımı (H. İbrahim Nurata, Murat Aker)

35 BİLGİMİZİ TAZELEYELİM

Bebek Beslenmesi, Obesite, Uykusuzluk (Ecz. Artemiz Karabıyık)

41 KLİNİK FORUM

Kadın ve Erkeklerde Sterilizasyon (Çev. Ecz. Sevgi Yıldız)

46 OKUYUCUDAN

48 ODA HABERLERİ

Bakış

Değerli okurlar,

Bültenimiz, elinizde bulunan sayısıyla 10. yılını geride bırakıp, 11. yılına başlıyor. Geride kalan 10 yılda bir takım eksiklikler ve gecikmeler olsa bile bültenimizi sizlere ulaştırmaya hep çalıştık çabaladık. Esasında 10 yıl insan hayatında önemli bir zaman. Şöyle bir düşününce, bu 10 yıl içinde nelere alışmamışız ki... Bir kere ilaç zamlarına alışmışız. Her halde 1980 yılının başında bir kutu Aspirin'in 20 TL'sına satıldığını çoğumuz ancak o yılların gazete küpürlerini karıştırınca hatırlıyor. Yine 80'li yılların başındaki gazete küpürlerini karıştırınca ilaca zam olgusunun sürekli gündemde olduğu görülmekte. Ama bu süreklilik en sonunda ilaç zammını aylık hale getirmiş. Yani yılda 2 zamdan her ay zama da alışmışız.

Kimbilir belki önümüzdeki yıllarda ilaç fiyatlarının serbest bırakılmasına da alışabiliriz?... Şakayı bir yana bırakalım ama, gelişmenin bu yönde olduğunu da aklınızın bir köşesine not edelim. Bu not etme bu konuda hiç değilse uyanık olmamıza ve gerekli önlemleri almamıza yardımcı olacaktır.

Bültenimizin bu sayısında yine güncel bir konu olan patent hakları konusunda Odamızın görüşleri var. Sanıyoruz ki, önümüzdeki yıllarda patent konusu epeyce gündemde kalacak.

Japonya'da hastane eczacılığının incelendiği yazı, hastane eczacısı üyelerimizin ilgisini çekeceği düşüncesindeyiz.

25-26 Şubat tarihleri arasında yapılan I. Sağlık Kurultayı ile ilgili çok şey söylemek olası. Ama esas olarak tartışmaya bir yerlerden başlamak gerektiğinin artık bilincinde olmak gerekiyor. Bu açıdan bakılırsa I. Sağlık Kurultayının önemi daha iyi anlaşılacaktır. Bu sayımızda Sağlık Kurultayının Çağrı metni ile sonuç bildirgesine yer veriyoruz. Önümüzdeki sayılarımızda Sağlık Kurultayında tartışılan çeşitli konulara yer vermeyi düşünüyoruz. Sağlık Kurultayında da tartışılan "Örgütlenme ve Sendikalaşma" kanımızca üzerinde durulması gereken konuların en önemlisi. Avrupa Topluluğuna girme tartışmalarının yapıldığı günlerde sanıyoruz ki, Örgütlenme ve Sendikalaşma tartışma gündeminin ilk sırasını alacaktır.

Kamu Eczacılarına sorunlarıyla ilgili iyimser haberler veremediğimiz bilincindeyiz. Ama, Örgütlenme ve Sendikalaşmanın hayata geçirilmesi ile birçok sorunun çözümüne ulaşmak kanımızca daha da kolay olacaktır.

Odamızca her ayın ilk Cumartesi günü düzenlenen söyleşiler devam etmekte. Söyleşilere üyelerimizin katılımı ne yazık ki istediğimiz ve beklediğimiz kadar olmadı. Bu da bizden üyelerimize bir eleştiri.

Son olarak, 14 Mayıs 1989'un Bilimsel Eczacılığımızın akademik olarak kuruluşunun 150. yılı olduğunu belirtelim ve 150. yıl için çeşitli etkinlikler düşündüğümüzü söyleyerek dostluk ve esenlikler dileyelim.

A.E.O.B

Haksızlığın sonlanmasını beklerken...

Bu yılki beklentimiz yine gerçekleşmedi. Öyle ki bu yıla kamu eczacıları daha bir umutla bakmıştı, neden umutla?

Yıllardır gözardı edilen kamu eczacılarının sorunları mecliste bulunan eczacı milletvekillerimize anlatılmıştı, toplantılarımıza katılmışlar ve bu konuda her türlü girişimde bulunacaklarını dile getirmişlerdi; nitekim bütçe komisyonunda sorunlarımız tutanaklara geçmişti, Türk Eczacıları Birliği, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanı ve Müsteşarına sorunları tüm açıklığı ile bir kez daha bildirmişlerdi.

Başta Başbakan olmak üzere Sağlık Bakanı, tüm sağlık personeli için özlük hakları açısından gerekli iyileştirmenin yapılacağını bildiriyorlardı. Aralık ayı içinde basınıımızda sağlık personeline mütde veriliyor, en yüksek artışların eczacılara yapıldığı bildirilerek, Sağlık Bakanlığının önerisi Maliye ve Başbakanlığa sunuluyordu.

Resmi Gazete umutla beklenirken, tek-rar çeşitli söylentiler çıkıyor ve sonuç ile ilgili kesin bilgi alabilmek için TEB ve odamız yetkilileri Maliye Bakanlığı ile meclis koridorlarında haksızlığın sonlandırıldığı yanıtını arıyorlardı. Yanıt alınamıyor

ancak eczacılara yeni haklar değil yıllardır yapılmış olan haksızlığın giderilmiş olduğu inancıyla bekleniyordu.

31 Aralık 1988 Cumartesi Resmi Gazete yayınlandı.

Sonuç arka sayfadaki tablodan da görüleceği gibi haksızlığın sonlanmasını bir kez daha beklemekle sonlanmıştı. Boş eczacı kadroları bu koşullarda doldurulamaz, eczacılık dışı kişilerle geçitirilirken temininde güçlük tazminatında ki 1100'e 100 dengesizliği sürdüğü sürece, özel hizmet tazminatında ki haksız oranın bir kat daha artması ile doldurulabilecek miydi? Mali sorumluluk tazminatı, iş riski tazminatı, kira tazminatı gibi özlük hakları ve sosyal haklar ne zaman verilecekti? Eşit işe eşit ücret ilkesi konunun uzmanı olan eczacıya hıfzıssıhhada, laboratuvarlarda ne zaman gerçekleşecekti? Tabip ve diş tabibi gibi hem kamu, hem de serbest kesimde aynı zamanda çalışabilme olanağı olmayan eczacı düşünülecek miydi?

Bu soruların karanlık noktaları tüm iyi niyetli bakış açımıza karşın yakın bir sürede aydınlanacak gibi görünmemektedir. Ancak bu konuların değerlendirilmesi, ekonomik ve sosyal haklarımızın alınabilmesi, meslek onurumuzun sağlanması ilk görevimiz olarak gündemdedir.

Başbakan, Sağlık Bakanı ve Müsteşarına çektiğimiz telgraf, yanıtlarını ve Türk Eczacıları Birliği Başkanlar Danışma Kurul Toplantısı sonuç bildirgesini yayınlarken, haklı taleplerimizin çözümlendiğini bu sayfalarda en kısa süre içinde yazabilme dileğiyle...

S.NO	GÖREV (KADRO) ÜNVANI	İş Güçlüğü Zammı	İş Riski Zammı	Tem.Güç Zammı	Mali Sor. Taz.
1- a)	Tabipler, Tababet Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda Uzmanlık belgesi alanlarla, aynı dallarda uzmanlık ünvanını doktora aşaması ile kazanmış olanlar (Sağlık Hizmetleri Sınıfı Asistan Kadrolarında olanlar dahil)	600	-	100	-
b)	Diş Tabipleri	600	-	100	-
2-	Eczacı	600	-	100	-
a)	Yataklı Tedavi Kurumlarında	550	-	100	-
b)	Diğer yerlerde	550	-	100	-
3-	Yüksek öğrenim görmüş olan; Tıbbi Teknoloji, Fizyoterapist, Diyetisyen, Psikolog, Sosyal Çalışmacı, Hemşire, Sağlık Memuru, Kimyager, Hidrobiyolog, Biyolog, Sağlık Fizikçisi, Sağlık Teknisyeni, Bakteriyolog, Sağlık Eğitimsi, Çocuk Gelişimsi, Radyoterapist	600	-	100	-
a)	Yataklı Tedavi Kurumlarında	550	-	100	-
b)	Diğer yerlerde	550	-	100	-

Kurumların Sağlık Hizmetleri sınıfı kadrolarında bulunanlardan::	15.1.1989-14.7.1989 Döneminde Uyg. Taz. Oranı (%)	15.7.1989'dan İtibaren Uyg. Taz. Oranı (%)
1- Tabipler;		
a) Uzman Tabipler	42	48
b) Tabipler	35	40
2- Tababet Uzmanlık Tüzüğünde belirtilen dallarda uzmanlık belgesi alanlarla, aynı dallarda uzmanlık ünvanını doktora aşaması ile kazanmış olanlar	35	40
3- Diş Tabipleri	25	29
4- Eczacılar	20	23
5- Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı (Taşra dahil); Halk Sağlığı laboratuvarları; Adli Tıp Kurumu; Araştırma Enstitüleri, İslah Kurumları ve Laboratuvarlarında görevli mesleki yüksek öğrenim görmüş sağlık personeli	25	29
6- Diğer Sağlık Personeli;		
a) Mesleki yüksek öğrenim görmüş sağlık personeli	19	22
b) Lise dengi mesleki öğrenim görmüş sağlık personeli	14	16
c) Ortaokul dengi mesleki öğrenim görmüş sağlık personeli	11	12
7- Veteriner Hekimler;		
a) Merkez		
-Uzman Veteriner	35	40
-Veteriner	26	30
b) Taşra		
-Uzman Veteriner	38	44
-Veteriner	35	40

TELGRAF

31 Aralık 1988 tarih ve 20036 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan yan ödemelere ilişkin 88/13647 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile kamu kesiminde çalışan eczacılar ekonomik çıkmazdan kurtarılamamışlardır. Zira teminindeki güçlük zammı hekimler için 1100 iken eczacılar için 100 olarak kalmış ayrıca özel hizmet tazminatı da Sağlık Bakanlığının 25 olarak belirlemesine rağmen 20 gibi çok düşük bir değer ile çıkmıştır. Sağlık Bakanlığı'ndaki eczacı açığı 1988 başı itibariyle 659 iken bu açık 100 puanlık teminindeki güçlük ile nasıl kapanacaktır? Şartlar bu şekilde devam ettiği sürece kamudaki eczacı açığının daha da büyümesinden korkmaktayız. Kamuda çalışan eczacı meslektaşlarımızın özlük haklarının iyileştirilmesi için siz yetkililerden ivedi önlem alınmasını ve eczacı açığı nedeniyle ilaçla ilgili konularda kamu hizmetlerinde meydana gelen aksaklıkların halkın sağlığını tehdit eden boyutlara ulaşmadan düzeltilmesini talep ediyoruz. Bilgilerinize arz ederim.

ANKARA ECZACI ODASI
YÖNETİM KURULU

Sayın Turgut ÖZAL-BAŞBAKAN, Sayın Nihat KİTAPÇI-SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BA-KANI-Sayın Ergun ÖZDEMİR-S.S.Y.B. MÜSTEŞARİ'na 11.1.1989 tarihinde, Odamız adına çekmiş olduğumuz telgraf metni.

T.C.
SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI
Personel Genel Müdürlüğü
ANKARA

SAYI: KÜD/322 28 ŞUBAT 1989

KONU: Eczacıları hk. 29162

ANKARA ECZACI ODASI YÖNETİM KURULU
BAŞKANLIĞINA

İlgi: Eczacıların özlük hakları konulu 11.1.1989 tarih ve 1366 sayılı tel.

Başbakanlığa göndermiş olduğunuz ve oradan Bakanlığımıza intikal eden telgraf incelendi.

Telgrafınızda konu edilen eczacıların özlük haklarına ilişkin hususlar Bakanlığımızca da bilinmekte ve çözümü için yoğun çaba ve girişimler sürdürülmektedir.

Bu amaçla; 1987-1988 yıllarında Maliye ve Gümrük Bakanlığı ile Devlet Personel Başkanlığı'na değişik teklifler yapılmıştır. Ancak 1989 mali yılı yan ödeme kararnanesinde yan ödeme puanlarından her-hangi bir artış sağlanamamış, özel hizmet tazminatı ise altı aylık için %17'den 20'ye, ikinci altı aylık için ise %20'den 23'e yükseltilmiştir.

Bu konuda çabalar sürdürülmektedir ve bu çabalar sonucu önümüzdeki günlerde olumlu bazı gelişmeler beklenmektedir.

Bilginizi rica ederim.

Opr. Dr. Ergun ÖZDEMİR
Müsteşar

T.C.
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI
Müsteşarlığı
Ö z e l
184

ANKARA ECZACI ODASI
YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞINA

Bakanlığımız kurum ve kuruluşlarında görevli Eczacılarımızın özlük haklarına ilişkin hususlar Bakanlığımızca da bilinmektedir.

Bu konuda Bakanlığımızca yoğun çaba ve girişimler sürdürülmektedir. Önümüzdeki günlerde konu ile ilgili olumlu bazı gelişmeler kaydedileceği ümit ve inancındayız.

Bu vesile ile, size ve değerli meslektaşlarınıza en iyi dileklerimi sunarım.

Opr. Dr. Ergun ÖZDEMİR
Müsteşar

T.C.
BAŞBAKANLIK
Halkla İlişkiler Daire Başkanlığı

Sayı: 21- H.İlş. D. B. 027-1.1/02726

27 Ocak 1989

Sayın: Ecz. Ertan ONURSAL
Eczacı Odası Yönetim Kurulu
Genel Sekreteri

ANKARA

Sayın Başbakanımıza sunduğumuz, eczacıların yan ödemelerinin yeniden belirlenmesine ilişkin 11.1. 1989 tarihli telgrafınız 27.1.1989 tarih ve 027-1.1/01389 sayılı yazımızın ekinde Maliye ve Gümrük ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlıklarına gönderilmiştir.

Bilgilerinizi rica eder, en iyi dileklerimi sunarım.

E. Ekrem Karaismailoğlu
Halkla İlişkiler Daire

BAŞBAKAN ADINA

Türk Eczacıları Birliği**24. Dönem****III. Başkanlar Danışma Kurulu****Sonuç Bildirgesi**

24. Dönem III. Başkanlar Danışma Kurulu Toplantısı'na katılan biz, TEB Merkez Heyeti Eczacı Odaları Başkan, Yönetici ve üyeleri; bugün ülkemizde ilaç ve eczacılık hizmetlerinde yaşanan temel karmaşanın sorumlusunun uygulanan sağlık politikası olduğu düşüncesindeyiz. Sağlık elemanının emeğinin gözardı edilerek, hizmetin özelleştirilmesi ile kar aracı haline getir-meye yönelik bu politika sonucu, ilaç fiyatlarının akılcı açıklaması olmayan artışı ve eczacıların sorunları taşınamayacak boyutlara ulaşmıştır.

Kamu Eczacılarının özlük haklarının bulunduğu konumun, meslek onuru ve kişilik hakları açısından kabul edilemez noktada olduğu düşüncesindeyiz.

Kamu Eczacılarının meslek politikasındaki vazgeçilmez yeri gözönüne alındığında devam eden durumun, ilkesel olarak da çelişkiler gösterdiği ve kusursuz üretilebilmesi için hizmeti üretenlerin güvenli, huzurlu ve rahat ortamda yaşaması gerekmektedir.

Bugün sağlık personeline biçilen değerın göstergesi olan son yan ödeme kararnamesi, özellik-le kamu eczacısını öteden beri mağdur etmekte, sağlık personeli arasında zaten olmayan güvenli ve rahat ortamın iyice bozulmasına neden olmakta ve sonuçta hizmeti kullananlara, yani halka yansımaktadır.

Bugün kamuda mevcut bulunan boş eczacı kadroları ve istifalar, hizmetin zaten amacının dışına taşıp, salt ilaç sanayinin, tüketime yönelik çabasına destek verdiğini düşündürmektedir.

Sağlık hizmetinin eksik, kusurlu ya da yanlış verilmesinde insan yaşamının da riske girdiği gerçeğinde hizmetteki bu yansımanın bir diğer boyutu da ilaç fiyatlarında görülen başibo-zukluktur.

Her ay tüm ilaçlara sıradan ve eşit olarak yapılan %5-6 arasındaki ilaç zamları serbest eczacı kesiminin de yoğun tepkisine neden olmaktadır.

Gerek kamu eczacısının, gerekse serbest eczacıyı huzursuz eden bu politikadan kazançlı çıkan tek kesim ilaç tekelleridir.

Tüm bu toplum ve meslek çıkarlarını olumsuz etkileyen uygulamalar düzeltilinceye kadar 6643 sayılı yasanın 4/b. maddesinin verdiği yetki ve yasalar çerçevesinde eylem kararı almış bulunuyoruz.

İlk olarak Şubat başında bölgesel olarak yürüyüşler düzenlenecek ve yetkililere tüm serbest eczacılardan dilekçe kampanyası başlayacaktır.

Mesleki ve toplumsal sorumluluğumuzla başlatılan bu çalışmalar, sorunlar çözümlenmediği ölçüde ararak devam etmek zorunda kalacaktır.

Sayın Üyemiz,

Bilimsel eczacılığın 150. yılını kutlayacağımız 14 Mayıs 1989 günü için, Ankara Eczacı Odası Yönetim Kurulumuz tüm üyelerimizin katılabileceği bir forum düzenlemiştir. 150. yılda Eczacılık ve İlaç adı altında yapılacak bu forumda aşağıda alt başlıkları verilen konuların tartışılması düşünülmektedir. Bu konulardan ilginizi çeken bir veya birkaç konuda veya önereceğiniz bir başka eczacılık konusunda, bir daktilo sayfasını aşmayacak biçimde görüşlerinizi 15.4.1989 tarihine kadar Odamıza göndermenizi diliyoruz.

- * Eczacılıkta eğitim
- * Dünya barışı ve insan hakları açısından sağlık çalışanlarının rolü
- * Eczacılık mevzuatı
- * Toplum Sağlığında Eczacının rolü
- * Eczane Eczacılığı
- * Bitkisel kaynaklı ilaçların değerlendirilmesi
- * İlaç Sanayi
- * OTC (Reçetesiz verilebilecek ilaçlar)
- * Hastane eczacılığı
- * Ecza kooperatifleri aracılığı ile üretim
- * Klinik eczacılık
- * Eczacının istihdam sorunu
- * Kamu eczacıları sorunu
- * Ulusal ilaç politikamız
- * İlaç fiyatlarının denetimi
- * Sağlık personelinin sendikalaşması

Eczacılık sorunlarımızı eczacı tabanı düzeyinde tartışmanın getireceği öneriler doğrultusunda, gerçekçi ve kalıcı çözümler bulunabileceğine inanıyoruz. Bu nedenle, düşünce, öneri ve saptamalarınızı lütfen bize gönderiniz.

Katılımın çokluğunun sorunlarımızın tartışmalarına büyük boyutlar getireceği inancıyla sevgi ve saygılarımızı sunarız.

ANKARA ECZACI ODASI

Ankara eczacı odası'nın patent hakları ile ilgili görüşleri

Türk halkının hayatını, beden ve ruh sağlığı içinde sürdürmesini, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet vermesini sağlamak; Anayasamızın 56. maddesi ile teminat altına alınmıştır.

Bir başka deyişle insanımızın sağlığının korunması Devletin denetimi altında tutulmaktadır. Nitekim aynı buyurucu madde içinde "Devlet bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirir" hükmünü de bulundurmaktadır.

İnsan sağlığı hizmetlerinin en önemli halkalarından biri olan ilaç da, işte bu nedenle devletin denetim ve iznine tabi tutulmuş bulunmaktadır.

Ülkemizde S.S.Y.B.'ndan ruhsat alınmadan ilaç üretimi ve dışalım mümkün değildir ve ilaç ruhsatı da, sağlığa yararlı bir formülün müstahzar olarak üretimi için verilen onaydır.

Müstahzarın kendisi veya etken maddesi eğer bir yeni buluş ise; ve bu uluslararası patent dairesince tescil edilmiş ve patent hakkı alınmışsa; o ilaç veya etken maddesi patentli sayılır. Uluslararası patent haklarını kabul eden ülkelerde patentli bir mad-

denin üretimi ve satışı patent sahibi firmasının iznine ve patent anlaşmasına tabidir. Patentli ve özel isimli müstahzarın herhangi bir ülkede üretimi patent sahibi firma ile yapılacak anlaşmaya tabi olacaktır.

Bu kısa açıklamadan sonra, günümüz Türkiye'sinde patent konumunun, ne gibi açmazlar getireceğini irdelemekte yarar görmekteyiz. Günümüzde sanayide gelişmiş ülkelerdeki çok uluslu ilaç tekelleri büyük firmalar AR-GE (Araştırma-Geliştirme) merkezlerinde yeni buluşlarını patent anlaşması yaptıkları ülkelere satışlarını yapacaktır. Bu yeni buluşunu yapan firma, araştırma geliştirme harcamalarını çıkarmak için bulduğu maddenin fiyatını istediği gibi belirleyerek, rakipsiz olarak 15-20 yıl süren patent süresince tek satıcı durumunda olacaktır. Bir örnek olarak Zaditen-Astafen karşılaştırılması yapıldığında Zaditen 15.605, Astafen, 3.050 TL'dir. Bu farklılığı Sayın Rıfat Öktem şöyle açıklamaktadır: "Bilindiği gibi ülkemizde Patent yasası mevcut değildir. Bu nedenle de herhangi bir yerli ilaç üreticisi aynı etken maddeyi çok ucuza, patent yasası olmayan bir ülkeden ithal edip ilaç ürete-

bilmektedir." Anlaşılabacağı gibi, eğer Türkiye, Sandoz ile patent anlaşmasına girseydi, ucuz Astafen satılamayacaktı.

Patent sahibi anafirma, değişik ülkelerdeki şubeleriyle hammaddelerini ilaç olarak pazarlayacak, hammadde satıldığı oranda kazancını artıracak, sırtından para kazandığı ülkeye hiçbir vergi ödemediğinden alacağını öncelikle ve döviz olarak kendine transfer ettirecektir.

Bundan birkaç yıl öncesine, yani 1984 kararnamesinin çıkmasından öncesine bakıldığında;

-Ülke ekonomisinin sömürülmemesi

-Halkımızın pahalı ilaç almaması için, ilaç hammaddesinin en ucuz satılan ülkeden dışalımına izin verilmekteydi. Ancak 1983'den beri uygulanan serbest ekonomiye geçiş hazırlıkları arasında bu düşüncelere fazla itibar edilmemiştir.

Son günlerde patent konusunun ciddi bir biçimde yaşama geçirme çalışmaları yapıldığını da görmekteyiz. Türk İlaç Sanayinin bugüne kadar ulaştığı boyutta, ancak **geliştirme** çalışmalarının yapılabilmesi; geçerli asıl konu olan **araştırmanın** yapılabilmesi, patent sahibi çok uluslu şirketlerin, ülkemizi büyük bir pazar olarak görmesine neden olmaktadır. Patent için o veya bu yolla patent yasalarını, geliştirmekte olan ülkelere kabul ettirmeye çalıştıkları gözlenmektedir.

Dolayısıyla araştırma yapamayan, ilaç ve ilaç hammaddesi üretmek isteyen her yerli firma, patent hakkı alarak patent sahibi yabancı firmayla anlaşmak zorunda kalacak, daha önce hiçbir patent ödemesi yapmadan ürettiği ilaç veya ilaç hammad-

desi için toplu veya devamlı olarak patent ödemeye zorunlu olacaktır.

Bu nedenle Doğu Bloku ülkeleriyle birçok Avrupa ülkesinde ilaç ve ilaç hammadde üretiminde patent haklarını kabul etmemişlerdir. Bir AT ülkesi olan İtalya patent hakkını ancak geçen birkaç yıl içinde kabul etmiştir.

Patent hakları ülkemizde kabul edildiği zaman patent sahibi firmanın izin ve onayı alınmadan:

-Aynı isim altında patentli malın üretiminin yapılması,

-Adı değişik de olsa, aynı maddenin üretilmesi,

-Ülkemizde patent hakkının tescilinde her türlü teknolojinin kullanılması,

-Patent hakkının tescilinde sıralanan fiziksel ve kimyasal işlemlerden ve üretimden geçirilmesi,

-Patentli bir maddenin süresi olan 15-20 yıl içinde bir başka firmaya imal edilmesi olanaksız olduğundan;

Ulusal ilaç sanayimiz patentli bir ilaç veya ilaç hammaddesini üretmek için patent hakkı ödemek zorunda kalacaktır.

Böylece:

-İlaç ham ve yardımcı madde dışalımının en ucuz ülke yerine, patent sahibi firma fiyatıyla alınması zorunlu olacak,

-Patentli malın dışalımında ayrıca patent hakkı da ödendiği için hammaddenin fiyatı daha pahalı olacak.

-Bu nedenle 1987 yılında ilaç, ham ve yardımcı maddelerinin dışalımı olan 219 milyon dolar en az iki katına çıkacak,

-Ülkemizde AR-GE yeterince gelişmediği ve kendi adımıza ulusal patentimiz ol-

madığı için, patent anlaşması tek taraflı olarak, patent sahibi firma lehine çalışan bir sistem olarak işleyecek, kendi ülkemizde istediğimiz fiyata mal satma, üretme, ortak olma hakkımız, yasa kanalıyla patent sahibi yabancı firmaya verilmiş olacaktır.

-İlaç ve ilaç hammaddesi üretmek isteyen her ulusal firma, patent hakkı olarak patent sahibi yabancı firmayla anlaşmak zorunda kalacak, ulusal ilaç sanayimiz daha gelişmeye fırsat bulmadan eriyip gidecektir.

Ülkemizde bugün kırka yakın hammadde üretilmektedir. Ve bunlar herhangi bir patent anlaşmasıyla bağlı olmadıkları için üretimlerine devam etmektedir. Patent anlaşmasına girildiği zaman, üretici firmalar ya üretimi tümüyle durduracak, ya da patent sahiplerine istedikleri ücreti ödemek zorunda kalacaktır. **Böylece hammadde fiyatları birden artacak veya üretime kalkacaktır.** Böylece ulusal ilaç sanayii tümüyle dışa bağımlı olarak çalışmaya geçecektir.

Patent konusu, AT'na girme koşullarından biri olarak ilerde karşımıza çıkacaktır. Böyle bir dayatma karşısında, uzun vadede bir geçiş döneminin yaşanması gereklidir. Nitekim, Samsun'da geçen 14 Mayıs'da yapılan bir toplantıda İlaç ve Kimya Endüstrisi İşverenler Sendikası üyesi Sayın Nurettin Turan "Ülkemiz büyük bir olasılıkla patent uygulamasını kabul edecek veya yumuşak geçiş yapacaktır." demiştir.

Bu uzun vadeli bir geçiş içinde:

-Patent anlaşmasından önce üretimi veya satışı yapılan ilaç ve ilaç hammaddelerinin patent hakkı dışında tutulması,

-Bugünkü koşullar altında zor da olsa, ilaç üretici firmalarının araştırmaya yönlendirilmesi sağlanmalıdır.

-Türkiye Üniversitelerinde yapılan araştırmalar endüstri tarafından desteklenmelidir.

-Eczacılık Fakültelerinde yapılan araştırmaların sonucu -sayıları hiç de az olmayan- sentetik veya doğal ürünlerin sadece yayın aracı olarak değil, ilerde patent hakkını da alarak, kullanılabilecek ilaç durumuna getirmek üzere çalışmalar yapmak gerekmektedir. Bu çalışmaların akçasal sorunları, sanayi ve devlet tarafından sağlanmalıdır.

Ve bütün bunlar, uluslararası işadamları derneğinin, kamuoyundan gizli, eczacılardan saklı, basına kapalı otel köşelerinde yaptıkları meçhul toplantılarda değil, meslek örgütleriyle, bakanlıklarla, basınla, endüstriyle, üniversiteleriyle birlikte ve ulusal çıkarlarımıza zarar vermeyecek düzeyde, mertçe, açıkça düzenlenen forumlarda konuşulmalıdır. Çok uluslu şirketlerin büyük patronları aralarında ne konuşursa konuşsun, ne anlaşsın anlaşsın, vardıkları sonucun ulusal çıkarlarımıza ve sanayimize bir katkıda bulunamayacağı kesindir. Patent gibi önemli, ulusal ilaç sanayimizi her an batırabilecek bir konunun uluslararası işadamları derneğine bırakılamayacak kadar ciddi olduğunu bilelim ve bilmek istemeyenlere her fırsatta hatırlatalım■

Japonya'da eczacılık**

*Ecz. Necla Dinler**

Bugün uluslararası büyük önem taşıyan Uzakdoğu'nun bilim-teknik ve kültür merkezi Tokyo'da çalışma yaparak, mesleğimdeki ileri uygulamaları görmemi sağlayan S.S.Y.B, D.P.T. ve J.I.C.A.'ya teşekkür ederim. Tokyo International Center'deki iki aylık Japonca dil eğitiminden sonra, Sağlık Bakanlığı'na bağlı National Hospital Medical Center'de Japonca olarak yaptığım dört aylık çalışma ve sağlıkla ilgili diğer kuruluşlarda yaptığım gözlem-inceleme ziyaretlerinde, tüm yönetim düzeyleri arasında uyumlu bir bilgi akışı dikkatimi

çektii. Az bir iş gücüyle, kısa sürede maksimum üretimi sağlamanın, Japon ekonomisinin temel hedefi olarak seçildiği açıkça görülüyor.

ÇALIŞMA PROGRAMI:

1)Japonca dil eğitimi 2 ay, (1.4.1987-1.6.1987).

2)Ulusal Tıp Merkezi Hastane Eczanesinde çalışma: 4 ay (1.6.1987-30.9.1987).

Hastaneye ait bazı bilgiler:

Yatak Sayısı: 1002, Tbc.: 0, Psikiatri: 40, İnfeksiyöz Hastalık: 0,

Yatan Hasta: 912, Poliklinik hastası:

İlaç	Yıllık Satın Alınan Miktar	Yeni Satın Alınan İlaçlar
Tablet, toz	792	21
Likid	57	2
İnjektabl	549	11
Haricen	443	14
Total	1.841	54

*T.Yüksek İhtisas Hastanesi Başeczacısı

**Japonya'dan dönüşte hazırlanan rapor (1.4.1987-30.9.1987).

Eczaneye ait bazı istatistiksel rakamlar şöyle sıralanabilir:

Bir günlük ortalama ilaç sarfı:

Sınıflandırma	Poliklinik	Yatan Hasta	Total
Reçete Sayısı	637,8	387,6	1.025,4
Hazırlanan Farmasötik			
Preparat Sayısı	1.594,1	883,2	2.477,3
Total İlaç Sayısı	19.002,4	3.375,2	22.377,6

1127, Servis sayısı: 24

Eczane Bölümünün yıllık ilaç alımı:
222.050.900 Yen.

Yılda dışarıya çıkan reçete sayısı:
12.483(Günde 4,2 adet)

Yılda dışarıya çıkan reçete yüzdesi: %6,6

Yıllık İlaç İmalatı:

Steril: 89 çeşit, Non steril: 165 çeşit,

Toplam: 254 çeşit

Yıllık İnjektabl ilaç reçetesi (Günlük ortalamaya göre):

Yatan Hasta: 568,2 Poliklinik Hastası:
80,6

Toplam: 648,8

Yıllık uygulanan injeksiyon sayısı
(Günlük ortalamaya göre):

Yatan hasta: 1.818,6

Poliklinik hastası: 152,4

Toplam: 1971,2

Bir yılda kontrol edilen ilaç sayısı (Aylık ortalamaya göre): 17,2

Eczanenin bütün çalışmalarında otomatik ve bilgisayarlı sistemler, yazı işlerinde word-processor'ler, haberleşme ve siparişlerde facsimile kullanılmaktadır. otomatik ve bilgisayarlı taşıyıcı sistemler, otomatik açılıp kapanan dolap-depo sistemleri, güvenli kullanım ve kolay kontrol imkanları getirmekte, depo alanları böylece daha az yer almaktadır. On-line sistemlerle hastaneler arası bilgi alışverişi yapılmak ta,

hastanenin her alandaki çalışmaları ile ilgili istatistiksel bilgiler, Bölgesel İstatistik Büro'larına bildirilmektedir.

Eczane Organizasyonu:

Eczacı sayısı, başeczacı ve başeczacı yardımcısı dahil:27

1-Satınalma, depolama, kayıt bölümü
(İlaç Kontrol Bölümü)

2-İlaç Dağıtım Bölümü

3-İlaç Üretim Bölümü

4-İlaç-Bilgi Danışma Bölümü

5-İlaç Araştırma ve İnceleme Laboratuvarı

1-Farmasötik, diagnostik preparat, kimyasal ve biyolojik madde ve tıbbi malzemenin satınalma, depolama, stok-kontrol ve dağıtım işlemleri, bu bölümde bilgisayar yardımı ile yapılıyor. Her ayki raf sayımı, komputer'den alınan liste ile karşılaştırılarak kontrol yapıldığı için yıllık envanterin eczane için pek önemi kalmamış. Ancak, yıllık eczane hesabına, hastanenin yıllık harcamalarının tesbiti için ihtiyaç duyulmakta. Satınalma 3 aylık anlaşmalarla yapılıyor. Hergün, ihtiyaç duyulan ilaçların listesi hazırlanıp facsimile ile sipariş ediliyor. Böylece, günlük siparişlerde depo sorununa çözüm getiriyor.

Narkotik ilaçların satınalma ve dağıtımı ile hastane içindeki kontrolü, gene bu bölümde yapılıyor.

2-İlaç Dağıtım bölümü: a)Yatan hastalara b)Poliklinik hastalarına

a)Servislere gönderilecek ilaçların hazırlanma, kontrol, ambalajlanma ve etiketlenmesi, servis ve polikliniklerdeki antidot-ilkyardım stoklarının kontrolü ve yedeklenmesi. Acil ilaçlar yeşil, normaller ise beyaz reçetelerde yazılıp otomatik yollarla Servis Eczanesi'ne gönderiliyor. Merkezi Sistem bilgisayar bulunan hastanelerde ise, doktorun serviste yazdığı ilaçlar, eczanedeki bilgisayardan okunarak print edilip alınıyor. Genelde enjektabl ilaçlar hariç, diğer ilaçlar haftada iki kez (3 ve 4 günlük olmak üzere) hazırlanıyor. Acil ilaçlarla enjektabl olanlar (yalnız Cumartesi günü 2 günlük) hergün veriliyor.

Otomatik-elektronik dağıtım ve paketleme makineleri ayarlanarak ve programlanarak tablet, toz, sıvı ilaçlar eldeğmeden hazırlanıyor (unit-dose, stri-package sistemleri). Ayrıca, ilacı neme, ısıya ve ışığa karşı korumak için, ilaç endüstrisinin henüz ambalajlayamadığı ilaçlar, ready-pack şeklinde kullanıma hazırlanıyor. Antibiyotiklerin piggy-bag sistemle verilmesi, kullanım kolaylığı sağlıyor.

Reçeteler ve istek formları 3 nüsha yazılıyor. Bir kopye servislere alınıp, 2'si eczaneye geliyor. Bir nüsha eczanede alınıp, diğeri muhasebeye gönderiliyor. Hazırlanıp kontrol edilen ilaçlar ve infüzyon çözeltileri box-conveyor denen programlı ilaç asansörleri ile servislerine gönderiliyor. Her servisin sorumlu eczacısı, akşam üstü servise çıkıp ertesi gün hastaya verilecek ilaçlarla servis stoklarını kontrol ediyor. Sağlık Sigortası kurallarına

göre, taburcu olan hastalara 7 günlük ilaç, kontrvizit yapılarak hastane eczanesinden veriliyor.

b)Ülke çapında Genel Sağlık Sigortası uygulandıktan, bütün hastanelerde (Devlet veya özel) ayaktan tedavi gören hastaların ilacı da hastane eczanesinden veriliyor. Sağlık Sigortası ile ilgili bilgi ve kurallar bir kitapta toplanmış bulunmakta. Kurallara göre 7-14 günlük yazılabilen poliklinik hastası reçeteleri, muhasebede hesap ve ödeme ile ilgili işlemler tamamlandıktan sonra, ilgili bölümlerde gene otomatik, yarı otomatik paketleme yapılarak kontrol masasına gönderiliyor. Bir kez daha kontrolü yapılan ilaçlar, ışıklı levhada numaraları yazılarak ve hasta adı okunarak hastaya veriliyor.

3-İlaç Üretim Bölümü:

Ticari olarak bulunmayan ürünler, steril farmasötik maddeler, genel ve özel küçük hacimli enjeksiyon çözeltileri için, gerekli donanım ve düzenleme yapılmış olan ayrı bir laboratuvar çalışmakta. Hastanede imal edilen 300 çeşit ilaç, sınıflandırma ve kodlama yapılarak bir kitapta toplanmış bulunuyor. Genellikle yapılan imalat şöyle sınıflandırılabilir: 1-Hergün hazırlanan lavaj veya irrigation solüsyonları, anti-septikler. 2-Steril çözeltiler: K.B.B, göz (collyr), enjeksiyon çözeltileri, dahili harici solüsyonlar. 3-Bazı özel çözeltiler. 4-Belirteç çözeltileri. Göz ve bazı enjeksiyon çözeltileri için clean-bench ve aseptic-room bulunuyor.

İmalat kitabında yazılanlar dışında, yeni bir formül istendiğinde, klinik şefi tarafından, özel bir form doldurularak, bu

bölüme gönderiliyor. Sorumlu eczacı, bu isteği başeczacı yardımcısı vasıtasıyla başeczacılığa iletiyor. Oradan da başhekimliğin onayı alınıp muhasebeye bildirilerek kitaba ekleniyor.

4-İlaç Bilgi-Danışma Bölümü:

Bu bölümde bilgi-haber verici fonksiyonu nedeniyle bir Farmasötik kütüphane bulunuyor. Referans materyalinin el altında bulunması, çalışmaları kolaylaştırıyor. İlaçların kimyasal yapısı, etki şekli, yan etkisi, dozajı, maliyeti, klinik kullanımı, yeni ilaçlarla ve hastalıklarla ilgili yayın ve bilgiler, sistemli bir şekilde kataloglanıyor. Ayrıca, toplanan bu bilgi ve doküman, doktor ve yardımcı sağlık personeline information sağlamak üzere, bilgisayara yükleniyor. Pharmaceutic Information dergisi, çeşitli yayın ve kitaplar incelenip, diğer bölümlerle özellikle Eczane Araştırma Bölümü ve hastane servisleri ile işbirliği yapılarak "Aylık İlaç Bülteni" yayınlanıyor. Bu bölümün sorumlusu, eczane içinde bilimsel toplantılar düzenleyip yapılan çalışmalarla ilgili açıklamalarda bulunuyor.

5-Araştırma-İnceleme Laboratuvarı:

Hastanede imal edilen bazı ilaçların kontrolleri yapılan bu laboratuvarda, dijital, steroid gibi bazı ilaçların kan düzeyleri de tayin ediliyor. Yeni uygulanacak araştırma safhasındaki ilaçlarla ilgili klinik çalışmalara, servislerle işbirliği yapılarak, yardımcı olunuyor. Yeni ilaç gruplarının farmakoloji, toksikoloji ve geçimsizliği üzerine araştırmalar yapılıyor. İlaç Danışma Bölümü ile işbirliği yapılarak hastane için yeni İlaç Formülleri geliştirilmeye

çalışıyor.

İnceleme-Gözlem Çalışmaları

1-Yokohama Devlet Hastanesi'nde yapılan bilimsel bir toplantı sonunda, Türkiye ve mesleğimle ilgili Japonca bir tanıtıcı konuşma yaptım. Ayrıca, eczane hizmetleri hakkındaki açıklamaları dinledim.

2-Kitasato Üniversite Hastanesi.

Bu özel hastanede, hasta servisleri, laboratuvarlar, röntgen, eczane idare ve muhasebe bölümü on-line sistemle Host-computer'e bağlanmış olup, iyi yetişmiş elemanlar, örnek bir sistem geliştirmektedirler. Bu hastanede ilaç ve malzeme temini ve satın alınması, bilgisayarın bildirdiği sayıda yapılmakta. Doktor reçetesi, eczanedeki bilgisayardan okunuyor. Eğer bu ilaç envanterde ve tavsiye edilen Hastane Formülleri'nde yoksa veya formül uygun değilse, hemen doktora haber veriliyor. Aynı şekilde ilacı uygulaması için hemşirenin uyarılması, ücret hesabı, hastanın tanısı gibi tüm bilgilerin hasta dosyasına işlenmesi de bilgisayarla yapılıyor. Birim doz ilaç verilmesi ile bağlantılı ilaç kullanımı, ilaçların kontrol ve kullanımı ile ilgili istatistiksel verilerin elde edilmesi, kısa bir sürede sağlanıyor.

Ayrıca bu hastanede, eczanenin klinik eczacılık uygulaması ile ilgili "Servis İstasyonları" var. Bu servis istasyon-eczanelerinde hasta adına ve kullanım zamanına göre hazırlanan tek-dozluk ilaçlar, kullanım kartları ile birlikte çekmeceli özel arabalara konuyor (Drug-Carriage-Carts System).

Eczacılar, doktorlarla vizite çıkıp, hastanın ilacını hazırlayıp arabalara koyduktan

sonra hemşire ilacı hastaya veriyor. Eczacı, uygulamadan sonra hasta ile konuşup ilacın etkisini izliyor. Gerekirse doktora teklif getirip ilacı değiştiriyor.

3-Ulusal Kanser Hastanesi ve Araştırma Merkezi (Tokyo):

Sağlık Bakanlığına bağlı olmakla birlikte, Araştırma Merkezi olduğu için, statüsü diğer hastanelerden biraz farklı. Hastane eczanesinin enjekte edilebilir preparatlar danışmanlığı bölümünde I.V solüsyon uygulamaları ileri düzeyde bir yöntemle yapılıyor. Hastalara gerekli hacimdeki çözelti ve ilaçlar, steril bir odada aseptik şartlarda birleştirilerek veya aktararak hazırlanıyor. Ayrıca immün sistem direnci düşük olduğundan, bu hastalara mümkün olduğu kadar steril içecekler de eczanede hazırlanıyor. Hastane ve eczane full-otomatik-komputerize sistemle çalışmakta. -Terminal Unit-

4-Ulusal Kalp ve Damar Cerrahi Merkezi (Osaka):

Sağlık Bakanlığına bağlı bu merkezde, 1985 yılından beri klinik-eczacılık uygulamaları başlamış bulunuyor. Servislerdeki günlük faaliyetlere ilaç danışmanı olarak katılan eczacılar, full-otomatik-komputerize sistemlerle mesleğin her dalında farmasötik faaliyetlerin de modern merkezi olarak eğitim ve araştırmalara yönelik çalışmalar yapıyorlar.

Araştırma Merkezi olduğu için, diğer hastanelerden farklı bir statüsü olan bu hastane, bölgesel Cardiovascular Cerrahi Hastaneleri ile (on-line system) bağlantılı olarak çalışmakta. Ameliyatlarda laser ışını kullanılıyor. Hayvan Tecrübe Laboratu-

varında keçi ve danalar üzerinde artificial-heart ve transplantation çalışmaları yapılmakta.

5-Sakura-Böbrek-Transplantasyon Merkezi (Chiba):

Sağlık Bakanlığının hastane ve araştırma merkezi olan bu kuruluş, bölgesel transplantasyon hastaneleri ile network-on-line system bağlantılı olduğu için alıcı-verici arasında çok kısa sürede ilişki kurularak transplantasyon gerçekleştiriliyor. Buradaki komputere, Japonya'da 70 bin hemodializ, 8 bin transplantasyon hastasının olduğu görülüyordu. Bilgi-haber merkezine bağlı komputere ve otomatik sistemler, laser ile ölçüm yapan araçlar, elektron mikroskop ve elektronik aletlerle çalışan laboratuvarlar, hizmetin verimini artırmaktadır.

Merkezi Sterilizasyon Bölümünde, hastanın transplantasyondan sonra kullanacağı her türlü giyecek ve eşya, sterilize edilmiş, valizler içinde hazır bekletiliyor. Kullanılmayan takım, üç ay sonra yeniden sterilize ediliyor. İlaç ve ameliyat malzemesi, ameliyathanenin duvarları içine yerleştirilmiş durumda her zaman hazır bulunduruluyor. Eczane hizmetleri de yapılan hizmete paralel olarak yürütülmekte.

6-Banyu ilaç Fabrikası (Saitama):

İmalattan kontrole kadar bütün işlemler, bilgisayarlar ve programlanmış robotlarla yapılıyor. Otomasyon sonucu, çalışan insan sayısı azalmış, her fabrikada olduğu gibi, burada da yüksek kalitede, kısa sürede ürün elde etme hedeflenmiş. Verimin yüksekliğine verilen önemle birlikte kalitenin yüksekliği de planlandığı için araş-

tırma laboratuvarına büyük harcamalar yapılmakta.

7-Ulusal Plazma Fraksiyasyon Merkezi (Chitose)

Red-Cross'un bölgesel kuruluşları ile bağlı olan bu merkez, kan ürünlerini değerlendirerek ilgili kuruluşlara dağıtım yapıyor. Aynı zamanda bu konuda araştırma görevini de yürütmekte. Atıklarla çevrenin kirlenmemesi için her türlü önlem alınmış durumda. Özellikle biyolojik fagosit havuzu dikkat çekici bir örnek teşkil ediyor.

8- Eizai Limited - İlaç Stok Merkezi (Atsugi)

İlaç fabrikalarının depoları olmadığı için, çeşitli fabrikalarda imal edilen ilaçlar, böyle büyük merkezlerde stoklanıyor. Ecza depolarına dağıtım, buralardan yapılıyor.

Gelen ilaç, kamyonun yanaşmasından itibaren full-otomatik sistemlerle (rotary-rack) kodlarına ve lokation-lot'larına göre ayrılarak yerlerine yerleştiriliyor. Yerleşim sırasında, miadları yakın olanlar öne alınarak otomatik olarak sıralama yapılıyor. Saklanması gereken ısı ve neme göre ilaçların özel depoları var.

Bozulan sistemler, gene bilgisayar yardımı ile onarılıp kontrol edilerek devreye sokuluyor. Personel sayısı çok azalmış durumda.

9- Kuraya İlaç Dağıtım Yeri (Saitama)

Bu kuruluş, yukarıda sözü edilen büyük stok merkezinden aldığı ilaçları, hastanelere ileten ecza deposu görevini üstlenmiş durumda. Giriş-çıkışlar, Merkezi Sistem Bilgisayarlarla programlanarak kod ve lokation-number'ına göre, sağlanıyor.

İş hacmine göre çalışan insan sayısı çok

azalmış durumda.

6-ÖNERİLER

a)Kurum için

1-Geleceğin garantisi, sağlıklı bir nesil yetiştirebilmek için, yurt çapında sağlık sigortası uygulanmalı.

2-Ülke çapında ilaç ve gıda kullanım kurallarını koyan ulusal bir organizasyona ihtiyaç vardır. Bu konudaki kanun, kararname, yönetmelik ve kurallar gözden geçirilip, günün ihtiyaçlarına göre, yeniden düzenlenmeli. İlaçla ilgili tüm piyasa bilgileri, tarifler ve fiyatlandırma, kod numaraları ile birlikte bir "Ulusal Formüler"de toplanmalı. Bu rehberin ülke çapında bir rehber olarak kullanımı sağlanmalı. Her yıl, gerekli ekleme ve düzeltmelerle bu kitap yenilenerek yayınlanmalı.

3-Hastane eczanesi kayıtları, istatistiğe yönelik komputere sistemle yürütülmeli. Hastane saymanlığı, iş kayıtlarının tutulmasında uygun bir sistem kurmak için, eczaneye yardımcı olmalı. Bilgisayara dayalı hesap-kontrol sistemi yanısıra, ilaçların rasyonel kullanımı konusunda çalışmalarla başlanmalı.

4-Hastane eczanelerinde bulunması gerekli minimum araç ve gereç, yazılı olarak belirlenmeli. Hastane ekipman ve işlemleri standardize edilmeli.

5-Hastaneler arası işbirliği yapılarak, hasta bakımını ileriye götürecek geliştirme programları düzenlenmeli.

6-Sağlık hizmetlerinin tam olarak yerine getirebilmesi, hastanelerin daha verimli çalışabilmesi için, hastane eczacılığı ile ilgili kurallar gözden geçirilerek yeniden düzenlenmeli.

7-Hastane içinde tedavi ile ilgili politi-

kaların belirlenmesi için, doktor ve eczacılardan oluşan bir "Eczacılık ve Tera­pötikler Komitesi" kurulmalı. Bu komite, hastane içinde bilgi alış-verişi, ilaç akış şeması, üretim-dağıtım-güven­lik işlemleri için kurallar koymalı. Eczane ile iş­birliği sonucu "İlaç Kullanım Formüler"i ve kullanılacak ilaç listelerini, periyodik olarak belirlemeli. Servis ve diğer üni­terlerde stok edilecek ilaçları belirleyip, ge­reksiz stokları önleyecek tedbirleri almalı. 8-İleri ülkelerdeki gibi, hastanelerde "Kli­nik Eczacılık" uygulamalarına geçilmeli. Sağlıkla ilgili her dalda iç ve dış eğitim programlarına daha fazla destek sağlan­malı. 9-Hastane eczanelerinde araştırma çalışma­ları yapılabilmesi.

b)Ülke için

1-Çağımız bir bilgi-information ve ileti­şim çağı olduğuna göre, toplumumuz da bir information toplumu olmaya özenmek zorundadır. Yönetim düzeyleri arasında uyumlu bir bilgi akışı (iletişim) olmazsa, iş verimi düşeceğinden, geleceğe yönelik plan ve programlar içinde, her kuruluş mümkün olduğu kadar istatistiksel çalış­malar yapmalı.

2-Her dalda, çeşitli yönetim ve bilim ko­nularında, sürekli araştırma yapılması be­nimsenmeli ve desteklenmelidir.

3-Her dalda çalışmaya hevesli, başarılı ve yetenekli kişilerden ülke çapında yararlan­abilmek için, böyle kişilere destek sağ­lanmalı.■

*Bu yazı, 1. 4. 1987 - 30. 9. 1987 tarihleri arasında "Hastane Eczacılığı" konusunda yapılan bir çalışmanın özet-raporudur.

I. sağlık kurultayı

Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu tarafından 25-26 şubat 1989 tarihleri arasında dzenlenen I. Sağlık Kurultayına ilişkin ağrı metnini, Kurultay gündemini, Ankara'daki Sağlık Meslek Odalarının ortaklaşa yayınladıkları kurultay tebliğini ve Kurultay sonuç bildirgesini sunuyoruz.

A.E.O.B

I. Sağlık Kurultayı GÜNDEM

25 şubat Cumartesi

10.00	Açılış Töreni Protokol Konuşmaları Sağlık Kurultayı Açılış Bil- gesinin Okunması
13.00-14.00	Ara
14.00-17.00	I. OTURUM Ulusal Sağlık Politikası İlkeler/Haklar/İnsangücü Planlama Örgütlenme Finansman Eğitim I. OTURUMUN Kapanışı

26 şubat Pazar

10.00	II. OTURUM Ulusal İlaç Politikası Ekonomi Politiiği Örgütlenme
13.00-14.00	Ara
14.00	III. OTURUM Özlük Hakları-Sendikalaşma Ekonomik Haklar Sosyal ve İdari Haklar Örgütlenme
17.00	Kurultay Sonuç Bildirgesinin Okunması ve Kapanış

I. Sağlık Kurultayına Çağrı

Biz hekim, eczacı, dişhekimisi veteriner hekimler "Sağlık İş Kolu" bütününde toplumsal sorumluluğumuzun bilinci ile aşağıdaki saptamalarımızın tartışılarak çözümlerinin geliştirilmesi ve uygulanması amacı ile toplanıyoruz.

Ülkemizde, geçmişte olduğu gibi bugün de varolan sağlık sorunları, boyutları bakımından giderek ağırlaşmaktadır.

Günümüzde, sağlık sorunlarının özelleşmeye yönelik bir sağlık örgütlenmesi ile çözümlenemeyeceği de bilinmektedir.

Çağdaş sağlık hizmeti, ekip çalışması gereğini her zaman içinde barındıran bir anlayışa sahiptir. Temelinde yatan öncül yaklaşım da, hizmetin planlamasından üretimine, dağıtımından, denetimine kadar her aşamada toplumsal katılımın sağlanmasıdır.

Hem üretenler, hem de üretilenden yararlananlar için gerekli olan bu katılım, bir yandan politik partiler aracılığı ile gündem edilirken, diğer yandan da sendikalardan, derneklere, meslek odalarından, kooperatiflere kadar yaygınlaştırılacak geniş bir demokratik kitle örgütleri grubunca yani toplumsal katılımı gerçekleştirilmelidir.

Böylesine katılımcı bir uygulamada, temel ilkelere biri olarak sağlık hizmetinin herkes için eşit üretilmesi kadar, herkese eşit kullanım düzeyinin de sağlanması zorunluluğu bulunmaktadır.

Bu zorunluluk, öncelikle, ulusal politikaların saptanarak onlara ulaşılacak çalışmaların amaçlanmasını da gerektirmektedir.

Ulusal politikaların saptanması aşama-

sında, koruyucu sağlık hizmetleri işleminin ağırlıklı olarak belirlenmesi, koruyucu ve tedavi edici hizmetler toplamının tek elden ve kamu düzenlenmesiyle dağıtılması, bu dağıtımda yerel birimlerin etkinliğinin oluşturulması öncelikle sağlanmalıdır.

Devletin sağlık hizmetlerine kaynak oluşturulmasındaki sorumluluğu ile, sorun devlet bütçesi içinde çözümlenmelidir.

Bu işlevin yanısıra Devlet, sağlık hizmetlerini üretenlerin de sağlıklı ve güvenli çalışma hakkını kullanabilmesini sağlamak ve bu hakkın güvence içerisinde yerine getirilmesi koşullarını oluşturmak durumundadır.

Böylesine bir güvencenin özünde sağlık hizmetini üretenlerin örgütlenmesinin yenilenmesi yatmaktadır. Bu ise, sağlık çalışanlarının işkolu ölçeğinde sendikalaşmasından geçmektedir.

Kamu çıkarları, sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanması zorunluluğunu içinde barındırırken yapılacak düzenlemeler katılımcı tüm görüşlere açık tutulmalı ve bu anlamda sağlık eğitimi alanında da yeniliğe açık olunmalıdır.

Sağlık eğitimi, ülke koşulları gözönüne alınarak çağdaş düzeyli programlar içeriği ile yeniden düzenlenmelidir.

Sağlık eğitimi çerçevesinde, gerek toplumun, gerekse sağlık elemanının koruyucu sağlık hizmetleri alanında yetkinleşmesi sağlanmalı, tedavi edici sağlık hizmetlerinde vazgeçilmez yeri olan ilacın akılcı ve yeterli kullanımını oluşturacak programlar geliştirilmelidir.

Bu bağlamda, ilacın toplumsal boyuta sahip onsuz olunmaz bir meta olarak üretilmesinde, denetlenmesinde ve kullanılmasında yasaların ve bilimsel düzenlemelerin etkin varlığının sağlanması önemli bir zorunluluktur.

İlacın maddi olarak ölçülemeyen yararları nedeni ile tüm değerlendirmeler maliyet/yarar'dan çok maliyet/etkinlik üzerinde oluşmalıdır. İlacın fiyat artışları sonucu kullanılmaması veya yetersiz kullanımı ile etkinliğinin azalması sonuçta sağlık hizmeti maliyetlerinde artışı doğurur. Bu hususla ilgili gerekli önlemler alınmalıdır.

İnsan yaşamında barınma, korunma gereksinimleri gibi ana öğelerinde sağlıklılığın temelinde yatan diğer bir ölçüt de beslenmedir. Çevre korunmasının gü-

vence altına alındığı bir doğadan elde edilen gıda kaynaklarının tüm sağlık ekibince en iyi biçimde sağlanması ve denetlenmesi vazgeçilmez bir zorunluluktur.

Türkiye'nin içinde bulunduğu sağlık çıkmazında, bu saptamalarımız sağlık hizmetlerinin yeniden yapılanmasında tüm sektörlerin (çevrelerin) anlaşabilecekleri ortak bir hareket noktası bulunmak zorunluluğuyla gündeme getirilmiştir.

Bu kurultay, ulusal bir sağlık politikası çerçevesinde toplumsal anlaşma çağrısıdır. Ve bu çağrı sonuçta, toplumsal bir sorumluluğun gereğidir.

"2000 Yılında Herkese Sağlık" belgisinin yaşama geçirilmesi için,

Haydi !...

Bulunulan yerden başlamaya...

Ankara Dış Hekimleri Odası, Ankara Eczacı Odası, Ankara Tabip Odası ve Ankara Veterinerhekimler Odasının Tüm Kamu Sağlık Çalışanlarının Örgütlenmesi Konusundaki I. Sağlık Kurultayı Tebliği:

1-Odasi bulunan dört meslek grubu olarak sağlık alanında çalışan tüm meslek gruplarının ortak örgütlenmesinin doğru olduğu kanısındayız.

2-Bu gerekçe ile sağlık alanındaki tüm kamu çalışanlarının birlikte örgütlenmesinin önündeki yasal ve antidemokratik engellerin kaldırılmasını öneriyor ve tartışılması gerektiğini düşünüyoruz.

3-Dışhekim, eczacı, hekim ve veteriner hekimlerin dışında sağlık alanında çalışan biyolog, diyetisyen, ebe, fizyoterapist, hemşire, odolog, psikolog, sağlık memuru, sağlık teknisyeni, sosyal hizmet uzmanı ve tıbbi teknoloji meslek grubu mensuplarının örgütlenmesinin önündeki engellerin kaldırılmasını öneriyoruz.

Bu amaçla:

a)1219 Sayılı Yasada meslek tanımları yapılmamış bu meslek gruplarının, meslek tanımlarının yasalar çerçevesinde bir an önce yapılması gerektiğine inanıyoruz. Özlük haklarının da kaybına neden olan bu durum, bu grupların örgütlenmelerine engel oluşturmaktadır.

b)Yüksek okul bitirmiş olan meslek grubu mensuplarının esas sağlık personeli kapsamında yer alması gerektiğine inanıyoruz.

c)Bu meslek gruplarının, kendi meslek odalarını oluşturabilmeleri için gerekli yasal düzenlemeler yapılmalıdır.

d)Dört meslek birliği tarafından oluşturulan ve son yılların en güzel ve en anlamlı birlikteliğini oluşturan **Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu**'nun bu meslek gruplarının istemlerine sahip çıkması ve öncülük etmesini öneriyoruz. Dört birlik dışında kalan sağlık meslek gruplarının da giderek bu danışma kurulunda yer almasını demokratik katılımın gereği ve bu alandaki çalışmalara yararlı olacağı inancını taşıyoruz.

4-Bunun dışında; Dişhekim, Eczacı, Hekim ve Veteriner Hekimin de içinde bulunduğu sağlık alanında çalışan tüm meslek gruplarının örgütlenmesinin önündeki yasalardan kaynaklanan ve yer yer antidemokratik uygulamalara neden olan engellerin kaldırılması için çalışmalara hız verilmesini öneriyoruz. Bunun için kamuda çalışan Dişhekim, Eczacı, Hekim ve Veteriner Hekimlerin meslek odalarına üyeliğinin tekrar zorunlu hale getirilmesini ve diğer meslek mensuplarının kendi derneklerine üyeliğinin iznine bağlı olma koşulunun kaldırılmasını acil adım olarak görüyoruz. Yönetimin yasaya dayalı olmayan keyfi uygulamalarına tüm Demokratik kuruluşların ortak tepki göstermelerini ve bu konuda kamuoyunu aydınlatmalarını bekliyoruz.

Sağlık alanında çalışan tüm meslek gruplarının işkolu düzeyinde ortak sendikalaşmasına gidecek ilk adım olacak bu kurultayın sonuç bildirgesinde diğer sağlık mensuplarının da istemleri olan bu önerilerimizin yer alması gerektiğine inanıyoruz,

ANKARA DIŞ HEKİMLERİ ODASI
ANKARA TABİP ODASI

ANKARA ECZACI ODASI
ANKARA VETERİNER HEKİMLER ODASI

I. Sağlık Kurultayı Sonuç Bildirgesi

Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu'nu oluşturan Türk Tabipleri Birliği, Türk Eczacıları Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği ve Türk Veteriner Hekimleri Birliği'nin tüm ülke düzeyindeki delegeleri, 25-26 Şubat 1989 tarihinde Ankara'da I. Sağlık Kurultayında toplanarak aşağıdaki hususları ilgili kişi ve kuruluşlara, yetkililere ve kamuoyuna bildirmeye karar vermişlerdir:

Kurultay delegeleri, sağlık işkolunda gerçekleştirilen bu birliği, tüm sağlık emekçilerinin demokratik birliğini sağlamaya yönelik güçlü bir adım olarak kıvançla selamlarlar; sağlık işkolundaki bütün çalışanların birliğe bir an önce kazandırılabilmesi için gerekli her türlü çalışmaların yapılması konusunda, Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulunu görevlendirir ve yetkilendirirken, diğer sağlık meslek mensuplarına da bu yönde çabalarını yoğunlaştırmaları için çağrıda bulunurlar.

Kurultay delegeleri, ülkemizde yaşayan sağlık krizinin kabul edilemez ve onur kırıcı olan göstergelerinin sorumluluğunun sağlık emekçilerine yüklenemeyeceğini, bu sorumluluğun, çağdışı bir sistemi özel çıkarları için sürdürmekte ısrar edenlere ait olduğunu kuvvetle vurgular.

Kurultay Delegeleri, Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulunun I. Sağlık Kurultayına sunulan raporunu, ülkemiz sağlık sorunlarına gerçekçi bir yaklaşım çer-

çevesi olarak kabul eder. Bu çerçeve üzerinde tüm sağlık mensuplarını bütünleştirici, geliştirici ve üretken çalışmalarda bulunmaya çağırır.

Türkiye'de halkın çığ gibi büyüyen sağlık sorunlarına, ancak, yıllardır uygulanmayan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi ile çözüm getirilebilir.

Doğuştan kazanılmış bir hak olan sağlıklı yaşam hakkı, insan hakları ve özgürlüklerinin önkoşuludur.

Sağlık; beslenme, konut, çevre sağlığı iş güvenliği sorunlarının çözülmesi ve toplumun sosyal güvence altına alınmasıyla bir bütündür.

Sosyalleştirme yasasının bugüne kadar işlevini yerine getirecek boyutta uygulanmamasının nedeni, sağlık politikasının bir hükümet politikası olmayıp bir devlet politikası olması zorunluluğunun ayırda olmayan siyasi iktidarlardır.

Siyasi iktidarların çağdaş sağlık hizmetlerinin gereği olan toplumsal ve demokratik katılımı reddeden tutumları, sağlık sorunlarını ertelenemez boyutlarda ağırlaşmasının bir diğer nedenidir.

Demokrasinin tüm kurum ve kuruluşları ile oluşturulduğu ortam koşullarından yoksun ülkemizde dönemsel siyasi buhranların devlet yönetimine yansması, sonuçta sağlık hizmetlerinin çökmesine de neden olmaktadır.

Bu nedenle Kurultay Delegeleri, devletin bütün kurumlarının sorumluluğu altında

olması zorunlu olan sağlık hizmetlerinin, toplumun gereksinmelerine yanıt verecek biçimde üretilmesi için, öncelikle demokrasinin kesintisiz ve tüm işlerliğiyle oluşabilmesi yolunda çaba gösterilmesini, öncelikli bir görev olarak kabul eder.

Sağlık hizmetlerinin toplumun gereksinmelerine yanıt verecek biçimde üretilmesi için, öncelikle demokrasinin kesintisiz ve tüm işlerliğiyle oluşabilmesi yolunda çaba gösterilmesi, öncelikli bir görev olarak kabul eder.

Sağlık hizmetlerinin toplumun gereksinmelerine yanıt verebilmesi için gerekli koşul, devletin, sağlık politikasını, hizmeti üreten ve hizmeti kullananlarla birlikte hazırlamasıdır. Bu hizmetin finansmanı da, Milli Savunma ve Milli Eğitim programlarında olduğu gibi kamu kaynaklarından ve devlet bütçesinden sağlanmalıdır.

Süreklilik taşıması zorunlu olan sağlık hizmeti programlarında bir diğer ilke, bölgesel farklılıkların ve koşulların göz ardı edilmemesi gereğidir.

Sağlık hizmetinde sürekliliği gereken bir diğer konu da, sağlık elemanının ve toplumun eğitimi sorunudur. Bugün halk sağlığı eğitiminin sözkonusu olmadığı ülkemizde, bilimsel ve özerk sağlık elemanı eğitimi de olmadığı açıktır. Bu olumsuzluğun başlıca nedeni olan YÖK; çağdaş, özerk ve bilimsel çerçevede yeniden düzenlenmelidir. Bu düzenlemede sağlık elemanının bilimsel niteliği artırılırken, sayısal artışı da akılcı bir plana bağlı olmalıdır. Böylesine akılcı bir planlamaya ayrık uy-

gulamalar, halk sağlığı adına büyük bir sorumsuzluktur.

Ülkemiz sağlık hizmetlerinde temel sorun haline gelen yönetim konusunda; en uç noktadan merkeze kadar, yetenekli ve yetkili sağlık yöneticilerinin yetiştirilmesi için önlem alınmalıdır.

Uygulanan yanlış ekonomik politikalar sonucunda, üretimi gerileyen gıda maddelerinin fiyatları durmadan yükselirken, satın alma gücü azalan halkımız, her geçen gün yetersiz ve kontrolsüz gıdalarla daha kötü beslenir ve gıda yerine ilaç tüketir hale gelmiştir.

Türkiye'de kurulu yerli ve yabancı ilaç tekellerinin sağlık politikasını yönlendirmesi sonucu, tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ile bu tüketim daha da artmış ve bundan karlı çıkan tek kesim ilaç tekelleri olmuştur.

Bu bağlamda, gereksiz ve yanlış ilaç tüketimini de bir ölçüde önleyebilecek tek yöntem, koruyucu sağlık hizmetlerine ağırlık vermek ve Sosyalleştirme Yasasında yer alan ilk basamak hekimliğinin, kentler düzeyinde de oluşturulmasını sağlamaktır.

İnsan ilaçlarında görülen bu tekelci dayatmaya dayalı tüketimin, veteriner ilaçlarına yansımaları, veteriner ilaçların serbestçe satılımları ve kullanışı ortaya çıkmakta, bu ise sonuçta yine çevre ve insan sağlığı üzerinde olumsuz olarak izlenmektedir.

Bu anlamda ilaçta, üretiminden tüketimine kadar olan her aşamada devletin ağırlığı olan; patent, reçetesiz ilaç, mal farklılaştırması gibi kavramları içinde

barındırmayan "Türkiye İlaç Politikası" yeniden oluşturulmalı ve bu politikanın uygulanması sonucunda, ilaç; bulunabilir, alınabilir ve güvenilir olmalıdır.

Çağdaş sağlık hizmetinin bir ekip çalışması olması gerekliliğinin bilinci ile, "Sağlık İş Kolu" bütünlüğünde, sağlık hizmetleri ve yardımcı sağlık hizmetlerinde çalışanların, hizmet özellikleri ve kariyerleri gözönüne alınarak, hizmetin bütünlüğünü ve birlikteliğini bozmayacak biçim ve yeterlilikte ücretlendirilmeleri ve tarafsız atanmaları sağlanmalıdır.

Böylesine bir istemde, siyasi baskı aracı olarak kullanılması çok açık olan sözleşmeli personel uygulamasına karşı çıkıyoruz. Bu istemin, Uluslararası Çalışma Örgütü'nün iş hukuku ve istihdam norm-

larına uygun oluşturulabileceğini vurguluyoruz. Sağlık hizmeti üreten bizlerin, sağlıklı ve güvenli çalışma hakkını kullanabilmesi ve bu hakkın güvence içerisinde yerine getirilmesi koşulu, ancak toplu sözleşme ve grev hakkı olan sendikalaşmaktan geçmektedir. Yakın hedef olarak da, meslek odaları ve birlikleri, yapılacak yasal değişikliklerle kuruluş amaçlarına uygun hizmet verebilecek ve tüm meslek elemanlarının katılımını sağlayacak bir şekilde etkili ve yetkili kılınmalıdır.

I. Sağlık Kürultayı Delegeleri, tüm Sağlık Meslek Kuruluşlarının merkez ve yerel örgütlerini, bu Kurultay ile atılan adıma sahip çıkmaya ve yetkili uygulamaya ve gerekli görevleri yerine getirmeye çağırır.

Vet. Hek. Selahattin ENHOŞ
Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu

Dr. Derman BOZTOK
Türk Tabipleri Birliği

Ecz. Levent KAMACIK
Türk Eczacıları Birliği

Dt. Avni AYDEMİR
Türk Dişhekimleri Birliği

Vet. Hek. Ekrem ERKAN
Türk Veteriner Hekimleri Birliği

Eczacılık öğrencilerinin ulusal ve uluslararası örgütlenmeye yaklaşımı.*

H. İbrahim Nurata**

Murat Aker**

Eczacılık öğrencileri olarak çağdaş ilkelere ve bilimsel kurallar doğrultusunda davranmak zorundayız. Bu zorunluluk, her konuya olan birtakım yaklaşımlarımızda bizleri bağlamaktadır. Buna, mesleki örgütlenmeye olan yaklaşımımız da dahildir.

Bu görüş doğrultusunda incelememize başlayıp, öncelikle örgütlenme ve mesleki örgütler denilince, anlaşılması gerekenlerin ne olduğunu açıklığa kavuşturmamız gerekiyor.

Çağımızın örgütlenme biçimi, toplumlarda aynı ve benzer sosyal ve ekonomik ilişkiler içinde olan insanların ortak bir güç oluşturmaları şeklindedir. Mesleki örgütler, yasalar çerçevesinde kamu görevi yaparak ve yaşam içindeki çalışma alanlarına bağlı olup, kendi hak ve çıkarlarının yanı sıra toplumun çıkarlarını da koruyup gözeterek, o meslek grubunun tüm sorunlarına olanakları oranında eğilmelidirler.

Hiç kuşkusuz, bu örgütlenme biçimini yadsıyan örgütler, sadece meslek çıkarlarını korumak, kısır ekonomik sorunlarla boğuşmak durumuna düşmekten başka, gelişen bilgi ve teknolojiyi gelecek kuşaklara aktaramadığı için de, temin ettikleri mesleklerle birlikte darmadağın olup gitmişlerdir. Üyelerine zorlayıcı yaptırımlar koymadan, yapay farklılıklar yaratmadan ve kimseyi dışarıda bırakmadan örgütlenen meslek örgütleri çağdaş bilgi, teknoloji ve üretim tekniklerini tabanlarına yaydıkları sürece yaşar ve temsilcisi olduğu mesleği çağdaş ve uygar bir ortamda geliştirir (1).

Bir mesleki örgüt ancak üyeleriyle vardır ve örgütün gücü onu vareden üyelerin niteliği ve niteliğine bağlı olarak artar ya da eksilir. Üyelerin ekonomik ilişkileri, sosyal durumları ve kültürel düzeyleri bir ölçüde, o örgüt üyelerinin ekonomik, sosyal

*Sosyal Eczacılık Yazı Yarışması 3.lük Ödülü

**A.Ü. Eczacılık Fakültesi

ve kültürel sorunlarının çözümlenmesinde ya da çözümlenmemesinde belirleyici rol oynar (2).

Bu bilgilerin ışığı altında, eczacılık mesleğinin çağdaş anlamda ulusal ve uluslararası mesleki örgütlenmesini incelemeye başlayabiliriz. Bunu, başlıca 2 ana başlık altında toplayıp: I-Ulusal mesleki örgütlenme; II-Uluslararası mesleki örgütlenme, şeklinde ayırmak olasıdır.

I. Ulusal Mesleki Örgütlenme:

Ülkemizde çağdaş anlamdaki bir mesleki örgütlenme Türk Eczacıları Birliğinin, 1956 yılında çıkarılan 6643 sayılı yasa gereğince kurulmasıyla başlamıştır. Bu birlik, eczacıların en üst düzeyde birleşmelerini sağlayan kuruluştur ve dolayısıyla mesleki örgütlenmesinin en üst konumunda yer almaktadır.

6643 sayılı yasanın 1. maddesinde: "Türkiye sınırları içinde meslek ve sanatlarını yürütmeye yetkili olup da, özel yasalarında üye olamayacakları belirtilenler dışında, sanatlarıyla uğraşan ve meslekleriyle ilgili hizmetlerde çalışan eczacıların katılmasıyla: a)Eczacıların ortak gereksinimlerini karşılamak; b)Mesleki işlevlerini kolaylaştırmak; c)Eczacılığın genel çıkarlara uygun olarak gelişmesini sağlamak; d)Eczacıların birbirleriyle ve halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak üzere, meslek disiplini ve ahlakını korumak amacı ile tüzel kişiliğe sahip kamu kurumu niteliğinde Türk Eczacıları Birliği kurulmuştur." denilmektedir.

Türk Eczacıları Birliği bu yasa maddesinde sıralanan amaçlarını gerçekleştire-

bilmek için koşula bağlı olarak çalışmaktadır. Bu koşullar sırasıyla: a)Program; b)Kadro; c)Mesleki tabanda birim örgütlenme düzeyini yükseltebilmektir.

a)Program: T.E.B.'ne yasa ile verilmiş görevlere bağlı çalışma ilkeleri:

1-Mesleki tabanı, ülkemizin sağlık ve ilaç sorunları yönünde en geniş açıda bilinçlendirmek, yönlendirmek;

2-Bilimsel gerçekleri tüm mesleki çalışmalarda gerçek ölçüt olarak ele almak;

3-Mesleki tabanın ekonomik isteklerinden yola çıkarak daha ileri amaç ve politikalar geliştirmek;

4-Toplumsal çıkarlarla yapay karşıtlığa düşmeden, eczacıların mesleki çıkar ve öz-lük sorunlarına ilişkin çalışmalar yapmak;

5-Mesleki yönden kamuoyunda etkin bir güç haline gelebilmek ve mesleki saygınlığı daha da arttırıcı toplumsal amaçlı çalışmaların başlatıcısı olabilmek;

6-Eczacılık mesleği ile ilgili sorunları, sağlıkla ilgili diğer sorunlardan ayırıştır-madan, tümünün çözümü yönünde çaba harcamak.

Bu görevlerin yerine getirilmesinin birinci ve sorumluluğunu duyan tüm mesleki kadrolar için bir program gereksinimi tartışılmazdır. Buna göre, hazırlanan programın genel ilkeleri:

1-Sağlığın bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik hali olduğu saptamasına bağlı olmak, ülke halkının bu düzeyde bir yaşama kavuşturulabilmesi için uğraş vermek;

2-Kişinin veya toplumun sağlık düzeyini belirleyen ve koşullayan öğelerin sosyal ve ekonomik etkenler olduğu saptama-

sına bağlı olarak, gerek ülkemiz insanların yaşam koşullarının ve gerekse mesleki yarar ve çıkarlarımızın daha iyileştirilmesi, yükseltilmesi ile Anayasamızda ruhunu bulan Sosyal Devlet anlayışına katkı sağlayacak her türlü girişim ve çaba içinde bulunmak;

3-Mesleki sorunlarımızı ülke sorunlarından ayırtmadan, toplum yarar ve çıkarları ile özdeşleştirerek çözüme ulaştırmaya çabalamak(3)

Bugün T.E.B., burada sıralanan program ilkeleri doğrultusunda ayrıntılı çalışmalarını sürdürmektedir.

b)Kadro: Yukarıda ana ilkeleriyle sunulan program, mesleki sorunların çözümü için, asgari çerçeveyi oluşturabilmesi ve yaşam içinde gerçeklik kazanabilmesi ise, ancak meslektaşların en geniş katılımı ve omuz vermesiyle olanaklı kılınabilmektedir (3).

Böylesine bir kitle katılımının sağlanması için temel unsur, meslek üyelerine sunulan hizmet niteliğinin, üyelerin gereksinmesine yeterli yanıtı sağlaması ile sözkonusudur (4).

Mesleki örgütleri oluşturan kadrolar elbetteki eczacılardır ve yine elbetteki bunlar eczacılık fakültelerinde eğitim öğretim görmüşlerdir. Eğer kadroların birtakım eksiklikleri, yanlış kararlar almaları ve uygulamalarında hataları sözkonusu olmuşsa ve halen oluyorsa, bunun suçunu temelde, yani yapılan eğitimin yetersizliğinde ve kalitesizliğinde aramamız gerekir.

Eğer eczacılık fakültelerinde verilen eğitim, oralardan mezun olan eczacıları birçok yönden bilgi hamalı, birçok yönden de

eksik bırakarak tamamlanıyorsa, Avrupa Topluluğuna girmemizin söz konusu olduğu ve bunun hazırlıklarının şimdiden yapılması gerektiği şu günlerde, zaman yitirmeksizin gereken iyileştirici doğru önlemler alınmalıdır. Bunun için izlenebilecek en gerçekçi yol yine, bilimsel gerçekleri ölçüt olarak almaktır. Bu doğrultuda, eczacılık eğitiminin problemlerini, eksikliklerini-fazlalıklarını ve büyük olasılıkla da bunların çözüm yollarını gözler önüne serebilmek için bir bilimsel araştırma süreci başlatılmalıdır. Böyle bir bilimsel araştırma da, eczacılık fakültesi öğrencilerinden başlayıp, tüm öğretim üyelerini, fakülte yönetimlerini içerecek şekilde süren ve en son olarak ta, Eczacı Odalarına üye tüm kamu ve özel yerlerde görev yapan eczacılarla sonlanacak, geniş kapsamlı ve aşamalı bir anket çalışmasıyla en sağlıklı sonuca ulaştırılabilir kanısındayız. Böylesine geniş bir yelpazeye yayılarak yapılacak olan bir bilimsel araştırmanın sonuçlarına olabilecek itirazların da, bilimsellik dışı ve duygusal olacağı açıktır.

Şurası da unutulmamalıdır ki, yüksek öğretimde yeterlilik ve kalitenin artırılması ile, yurtiçinden bilerek-isteyerek yapılacak olan talepler artacağı gibi, yurtdışından olabilecek talepler de artacak (özellikle Avrupa ülkeleri öğrencilerinden) ve "Üniversite Turizmi" olgusu içinde yeni bir döviz kaynağı yaratılmış olacaktır. Bu da (özellikle Eczacılık Fakültelerimiz için düşünülecek) fakültelerimizin ithalat yoluyla temin edecekleri birçok materyalin finansman sorunlarının çözümünde büyük kolaylıklar sağlayacağı gibi,

maddi yetersizlikler nedeniyle gerçekleştirilemeyen birçok yenilikler, varolanların iyileştirilmesi, yeni bina, laboratuvar v.s. (örnek olarak; tüm fakültelerde öğrencilerin, öğretim görevlilerinin ve onların gereksinimi olmadığı zamanlarda isteyen meslektaşların kiralama yoluyla yararlanabilecekleri birer bilgisayar sistemi...) ile yeni öğretim elemanları yetiştirilmesi ve istihdamı sorunlarının çözülmesi yolunda da önemli adımlar atılmış olacaktır. Bu konuda da, meslek örgütlerimizdeki kadrolara tanıtım, aydınlatma ve yönlendirme çalışmaları olarak, ciddi ve önemli görevler düşmektedir.

c) Mesleki Tabanda Birim Örgütlenme:

Mesleki örgütlenmemizin en üst konumunda Türk Eczacıları Birliğinin olduğunu belirtmiştik. Bunu, tabana doğru inerek inceleyecek olursak, öncelikle yasalar çerçevesinde birliğin organlarını özet olarak ele almalıyız.

T.E.B.'nin 2'ye ayrılan kurumlaşması: 1-Merkez Örgütü ve 2-Taşra Örgütü; şeklindedir.

1-Merkez Örgütü: Merkezi Ankara'da olan ve üç alt kuruluştan oluşan T.E.B.'dir. Bu alt kuruluşlar sırasıyla, Merkez Heyeti, Yüksek Haysiyet Divanı ve Büyük Kongredir. Bunların görev yerleri de Ankara'dadır.

Merkez Heyeti, 2 yıl için Büyük Kongre tarafından seçilen 11 asil ve 11 yedek üyeden oluşur. Asil üyeler kendi aralarından 1 başkan, 1 başkan yardımcısı, 1 genel sekreter ve 1 muhasip seçerler. Merkez Heyeti, eczacılık mesleğiyle ilgili tüm işlerle

meşgul olmak ve yasa ile kendisine verilmiş görevleri yapmak üzere kurulur. 15 günde bir toplanarak icraatını gerçekleştirir.

Yüksek Haysiyet Divanı da, 2 yıl için Büyük Kongre tarafından seçilen 9 asil ve 9 yedek üyeden oluşur. Bu üyelerin seçilebilmesi için, en az 15 yıl eczacılık yapmış olmaları gerekmektedir. Yılda iki kez, Haziran ve Ekim aylarında toplanır ve her toplantısında, gizil oyla başkan seçimi yaparak çalışmasına başlar; Bölge Haysiyet Divanlarınca kendisine aktarılan sorunları çözüme kavuşturur.

Büyük Kongre'yi Bölge Eczacı Odalarının gizli oyla seçtiği temsilciler oluşturur. 200'e kadar üyesi olan odalar 5, 200'den fazla üyesi olan odalar 7 temsilci ile temsil edilirler. Bu temsilcilerin seçimlerinde ilçe seçim kurulları yetkilidirler. Büyük kongre, olağanüstü toplantılar ve mali kongreler dışında, 2 yılda bir Kasım ayında, Ankara'da toplanır. Bu toplantılarında Merkez Heyetinin çalışma raporu ve denetçi raporları okunur, tartışılır ve kabul veya reddedilir. Birliğin bütçesi incelenerek, uygunsa onaylanır. Eczacı Odalarının ve üyelerin çeşitli konulardaki sorunları tartışılıp, çözüm bulunmaya çalışılır. Yapılan seçimlerde Merkez Heyetinin, Yüksek Haysiyet Divanının asil ve yedek üyeleri, Denetleme (Murakabe) Kurulunun 3 üyesi, çeşitli komisyonlar (Bilim, Eczane eczacılığı, Hastane eczacılığı, Mevzuat komisyonları vs.) ve T.E.B.'ni F.I.P. (Uluslararası Eczacılık Federasyonu) da temsil edecek üyeler seçilirler.

2-Taşra Örgütü: Türkiye boyutunda 31

bölgede kurulmuş olan Bölge Eczacılık Odalarından oluşur. Her odanın alt kuruluşları ise, Yönetim Kurulu, Bölge Haysiyet Divanı ve Genel Kurul olarak sıralanmaktadır. Ayrıca Odalara bağlı olarak görev yapan Bölge Temsilcilikleri, İl Temsilcilikleri ve İlçe Temsilcilikleri de vardır.

Yönetim Kurulu, 2 yıl için Genel Kurul tarafından, yasada belirtilen koşullar taşıyan kişiler arasından seçilen, 250'ye kadar üyesi olan Odalar için 5 asil ve 5 yedek üyeden, 250'den fazla üyesi olan Odalar için 7 asil ve 7 yedek üyeden, oluşur. 15 günde bir toplanan Yönetim Kurulu, ilk toplantısında kendi arasından 1 başkan, 1 genel sekreter, 1 muhasip ve 1 veznedar seçer ve yasa ile kendisine verilmiş görevleri en iyi şekilde yerine getirmek yolunda çalışır.

Bölge Haysiyet Divanı, Genel Kurul'da gizli oyla seçilen ve 2 yıl görev yapacak olan 5 asil ve 5 yedek üyeden oluşur. Bu üyelerin en az 5 yıl eczacılık yapmış olmaları seçilmeleri için ilk koşuldur. Üyeler 1 başkan, 1 başkan vekili ve 1 sözcüyü, gizli oyla kendi aralarından seçerler. Toplanmaları gerektiğinde bu, taahhütlü mektupla veya imza karşılığı yazıyla üyelere 1 hafta önceden duyurulur. Kendisine dosya halinde iletilen sorunlarla ilgili olarak yasa, tüzük ve deontoloji hükümlerine göre kararlar alıp, yaptırımlar uygulayabilir. Çözümleyemediği sorunların dosyalarını Yüksek Haysiyet Divanı'na iletir.

Genel Kurul, Odaya kayıtlı tüm üyelerin katılmasıyla oluşur. Yılda bir kez Eylül ayında toplanır. 2 yılda bir de seçimli top-

lantıları vardır. Seçimli toplantılara üyelerin katılması ve oy kullanması zorunludur. Genel Kurul toplantılarına 1 başkan, 1 başkan yardımcısı ve 2 sekreter seçilerek başlanır ve gündemindeki konular tartışılır. Gündem dışı getirilen bir konu, oylama ile kabul edilirse, gündeme alınır. Yönetim Kurulunun çalışma raporu ve denetçi raporları incelenip oylanır. Yine Yönetim Kurulunca hazırlanan bilanço ve yıllık bütçe de incelenip, ibra edilir veya edilmez. Seçim yapılan bir toplantı ise, Yönetim Kurulu üyeleri ile, Odayı Büyük Kongrede temsil edecek üyelerin seçimleri yapılır.

Bölge Eczacı Odalarının Genel Kurulları, mesleki tabandaki en geniş katılımın sağlandığı kuruluşlardır ve temel olarak T.E.B.'de esas gücünü buralardan alır.

Buraya kadar özetleyerek incelediğimiz ulusal meslek örgütleri ve işlevleri, özel yasalarla işlerlik kazanmışlardır. Bu yasalar ve eczacılıkla ilgili diğer yasalarda çağdaşlığın sağlanabilmesi için de T.E.B. bünyesinde çalışmalar yapılmaktadır.

Ulusal meslek örgütlerimiz içinde eczacılık öğrencilerine en yakın görünenler ve en kolay ilişki kurulabilenler Eczacı Odalarıdır. Bugün, 7 Eczacılık Fakültesinin bulunduğu illerde Eczacı Odaları da vardır. Buna rağmen, Odalarımız eczacılık öğrencileriyle son yıllara değin yeterli diyalog kuramamışlar ve onlara kendi deneyim ve bilgi birikimlerini aktaramamışlardır. Bunun yanı sıra da bu genç dimağlardan elde edebilecekleri birtakım fikirleri de önemsememek gibi hatalara düşmüşlerdir. Oysa, son bir-kaç yıldır yapılan birtakım

çalışmalarla (ki bunlara T.E.B.'nin çalışmalarları da katılmıştır), bu hatalı tutumlarından vazgeçerek, olumlu bir yolda ilerlemeye başlamışlardır.

T.E.B. II. Başkanı Sayın Doğu Nebioğlu, 19 Eylül 1997'de yapılan Ankara Eczacı Odası Olağan Genel Kurulunda yaptığı konuşmasında şöyle demektedir: "Değerli Meslektaşlarım, Türk eczacılığı dar bir kabuğun içine hapsedilmek istenmektedir. Ama biz inanıyoruz ki sizden aldığımız güçle, sizden aldığımız destekle bu kabuk kırılacaktır. Türk Eczacılığı kendisine layık olduğu düzeye gelecektir ve layık olduğu düzeyde hizmet vermeye devam edecektir." Bu sözlerin ve yapılan olumlu uygulamaların verdiği güçle, eczacılık öğrencileri de daha bir atılımcı, yaratıcı ve olumlu olacaklardır.

Ulusal mesleki örgütlenmemizin bir de genel yasalarla (Kooperatifçilik Kanunu, Türk Ticaret Kanunu vs.) belirlenmiş kuruluşlardır. Bunlardan birisi "Eczacılık Kooperatifleri"dir.

T.E.B., tüm Eczane sahibi Eczacıları bünyesinde toplayabilecek, bir kitle halinde hareket etme bilincini yerleştirecek, eczacının ekonomik varlığını sürdürebilmesini ve mesleki işlevlerini yeniden kazanmasını sağlayacak eczacı kooperatiflerinin, eczacılık mesleğinin dayanışması ve yardımlaşması gereğine inanmaktadır. Eczacı kooperatiflerinin temel çalışma ilkeleri şöyle sıralanabilir:

1-Eczacı kooperatifleri bir ilaç deposu gibi ilaçla ilgili malzemeyi temin ve dağıtım görevlerini yaparken kooperatifçilik ilkeleri doğrultusunda çalışacaklardır;

2-Kooperatifler tüm eczacılara açık olacak ve üyeler, sermaye katılımlarına bakılmaksızın yönetim ve denetimde eşit oranda söz sahibi olacaklar, kooperatifin çalışmalarına etkin olarak katılabilecek ve yönlendirebileceklerdir;

3-Kooperatife gelen ilaçların, kooperatif üyelerine dağıtımı hiçbir ayrıcalık gözetilmeden yapılacak, sağlanan iskontolar ve ödemedeki kolaylıklar ortaklara yansıtılacaktır;

4-İşleyişte asıl amaç kar olmamasına karşın, yıl sonunda kalan kar, masraflar çıkarıldıktan sonra ortaklara devredilecektir;

5-Eczacı kooperatiflerinin birleşip "Kooperatif Birliğini" kurarak yapılarını daha da güçlendirmeleri nihai amaçtır (3).

Bu ilkeler doğrultusunda kurulup, tüm eczacıların övünç kaynağı olarak çalışmalarına başlayan eczacı kooperatiflerinde, ilkelere aykırı olarak gözlenen bazı uygulamaların da zaman içinde ortadan kaldırılması ve nihai amaca doğru emin ve güvenli adımlarla ilerlenmesi kaçınılmazdır.

Eczacı kooperatiflerinden başka, Egaş (Eczane Gereçleri Anonim Şirketi) %100 eczacıların katılımıyla faaliyete geçmiştir. Batı ülkelerinde benzerlerinin yıllar önce kurulmuş olduğu Egaş her ne kadar şirket karakterindeyse de, gerçekte yapabilecekleri şunlardır.

1-Eczaneler için gerekli teçhizat, alet ve dekorasyon malzemelerinin, çağdaş ölçüler içinde üretilmesi, temini ve dağıtımı;

2-Eczanelerde ilaç üretimi ve hazırlanması için gerekli olan hammadde (etken ve yardımcı maddeler) lerin tek elden ve geçerliliği kontrol edilmiş bir biçimde te-

mini ve dağıtılması ve bunlara ait parametrelerin kurulacak bilgisayar sistemiyle devamlı olarak takibi ve kullanıcının bilgilendirilmesinin temini;

3-Eczanelerde reçetelerin bilgisayarla kontrolü, siparişlerin ve stok kontrollerinin bilgisayar veya delikli kart sistemiyle gerçekleştirilmesi;

4-Eczane eczacıları başta olmak üzere, tüm meslektaşlara sunulan hizmetle ilgili olan da-nışmanlığın verilmesi;

5-Müstahzar ilaç üretimi (5).

Eğaş benzeri bir kuruluştta, 1985'te İzmir'de kurulmuş ve eczacılara yönelik ilk üretim ünitesi olması açısından önem taşıyan ve geniş bir eczane eczacısının gereksinimlerine yanıt vermek amacıyla olan Çağdaş Eczacılar Laboratuvarıdır.

Son olarak da, 28 Kasım 1986'da Ankara'da kurulmuş olan Türk Eczacılar Vakfı'ndan sözedilmesi doğru olur. Vakfın amaçları, Vakıf Senedinin 2. maddesine göre şöyledir: "Eczacılar ile halen Eczacılık Fakültelerinde eğitim ve öğretim görenler ve yine yabancı ülkelerdeki Eczacılık Fakültelerinden diplomalı olup da 6197 sayılı yasanın 2. ve 3. maddelerinde yazılı olan koşulları kendileri yönünden gerçekleştirenler ile konumları 6197 sayılı yasanın 8. maddesine uygun bulunan gerçek kişilerin gerek eczacılık mesleği yönünden, gerekse ekonomik, sosyal ve kültürel ihtiyaçlarını karşılayacak nicelik ve niteliğe ulaşmasına maddi ve manevi anlamda katkıda bulunmak ve bu amaçla yeni kaynaklar yaratmak ve sağlamaktır."

Vakıf bu amacını gerçekleştirebilmek için, özellikle Eczacılık Fakültesi öğren-

cilerine yönelik olarak ve 12 başlık altında toplanmış olan aktiviteleri gösterecektir.

Ulusal mesleki örgütlerimizin önemli bir işlevi de, etkili ve ciddi yayınlar çıkarmalarıdır. T.E.B. süreli olarak 'T.E.B. Haberler' ve 'Pharmacia' adlı dergileri yayınlamaktadır. Ayrıca, son çalışma dönemlerinden itibaren de, mesleki bilgilerin yer aldığı kitaplar da yayınlamıştır. Eczacı Odalarımızın yayın organları ise, yine süreli yayın olarak çıkardıkları 'Bülten'lerdir.

Adı geçen bu dergilere, son yıllarda Eczacılık Fakültelerindeki öğrencilerin yazıları da kabul edilmekte ve bu da çok sevindirici olmaktadır.

II-Uluslararası Mesleki Örgütlenme:

Eczacıların uluslararası düzeydeki ilk örgütlenmesi, 1912 yılında kuruluşu resmen gerçekleşen F.I.P. (Federation Internationale Pharmaceutique=Uluslararası Eczacılık Federasyonu) ile olmuştur.

Günümüzde bu örgütün 65'i aşkın ülkeden, 3000'in üzerinde bireysel eczacı üyesi bulunmaktadır.

Kuruluşunun ana amacı: "Tüm uluslarda eczacılığın gerek meslek olarak ve gerekse bilimsel açıdan gelişmesini sağlamak ve toplum sağlığı alanında eczacının önemli rolünü vurgulamak" şeklindedir (6).

Uluslararası Eczacılık Federasyonu F.I.B.'de 1980'den bu yana üyedir. Federasyonun kongreleri, her yıl Eylül ayının ilk haftasında gerçekleştirilmektedir. 1984'te Budapeşte'de yapılan kongre'de T.E.B.'nin başlattığı ve 1986'daki Helsinki kongresinde mutlu sonla biten bir girişim, Kuzey Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği-

nin F.I.P.'ye tam üyeliğinin gerçekleşmesidir.

Son olarak, yıllar süren bir çalışma ile, Amsterdam kongresinde tüm üye ülkelerin katıldığı konsey toplantısına sunulan önerinin oybirliği sağlanarak kabulü sonucunda, 1990 kongresinin İstanbul'da yapılması karara bağlanmıştır.

Bu kararla ilgili olarak T.E.B. 22-23 Dönem Merkez Heyeti Çalışma Raporu'nda (Sayfa 150) şu görüşe yer verilmektedir: "Bu kararlar, Türk Eczacıları çok onurlu bir sorumluluk yüklenmişlerdir. Ancak bundan önce diğer pek çok konuda olduğu gibi, meslektaşlarımızın desteği ve katkısı ile, 1990 kongresinin de mesleğimiz ve Çağdaş Eczacılık hareketimizin başarı zincirine yeni bir halka olarak ekleneceğine olan inancımız tamdır."

Eczacılık öğrencileri olarak, ülkemizin uluslararası platformda böylesine başarı ile temsil edilmesinden büyük sevinç ve gurur duyduğumuz kuşkusuzdur. Ancak, F.I.P. çatısı altında ayrı bir kuruluş olarak görev yapan ve öğrencileri direkt olarak ilgilendiren ikinci bir uluslararası kuruluş daha vardır. Bu da, I.P.S.F.'dir (Uluslararası Eczacılık Öğrencileri Federasyonu-International Pharmaceutical Students Federation).

I.P.S.F., 1949'da Londra'da "İngiliz Eczacılık Öğrencileri Birliği'nin öncülük etmesiyle kurulmuştur. Belli başlı temel amaçları olarak: a)Eczacılık öğrencilerinin ilgi alanlarını araştırmak ve geliştirmek; b)Eczacılık öğrencileri arasında uluslararası dayanışmayı özendirmek, sayılabilir.

Türkiye'deki 7 Eczacılık Fakültesinde

bulunan tüm öğrencileri yakından ilgilenileceği düşüncesiyle, I.P.S.F.'nin çeşitli faaliyetlerinden örnekleri şöyle sıralayabiliriz:

1-Yıllık kongreler düzenlemek;

2-Bilimsel ve kültürel düzeyde, politik olmayan diğer uluslararası öğrenci organizasyonları ile dayanışma sağlamak;

3-Uluslararası ziyaretler ve çalışmalarla görüş alışverişini temin etmek ve geliştirmek;

4-Ulusal ve bölgesel eczacılık öğrencileri organizasyonları arasında kalıcı ilişkiler sağlamak;

5-Ulusal eczacılık öğrencileri organizasyonlarının oluşumu ve gelişimini sağlamak;

6-Federasyonun proje raporları, dökümanları ve stratejileri için değişik ülkelerden bilgi toplamak;

7-I.P.S.F. Haber Bülteni basmak.

T.E.B. 22-23. Dönem Merkez Heyeti Çalışma Raporu'nun 151. sayfasında; "Önümüzdeki eğitim döneminde Türkiye'deki 7 Eczacılık Fakültesinden gelen öğrenci temsilcilerin oluşturduğu bir derneğin kurularak I.P.S.F.'ye üyelik için başvurması konusunda Merkez Heyetimiz öncülük edecektir." açıklaması yer almaktadır. Dileğimiz, bu açıklamanın da, daha önce sözünü ettiğimiz bilimsel araştırma sürecine koşut olarak, bir an önce gerçekliğe kavuşmasıdır.

Ancak, olayı gerçekçi bir yaklaşımla inceleyerek, acilen giderilmesi yolunda çaba harcamamız gereken bazı eksikliklerimizin olduğu ortadadır. En başta, yabancı dil yetersizliğimiz ve uluslararası düzeyde ola

bilecek (deneyimsizlik ile bilimsel eksiklikten kaynaklanan) temaslarda beceriksizlik hemen aklımıza gelenlerdir. Bu konuda öğrencilere yardımcı olup, yol gösterecek olanlar da, başta öğretim görevlilerimiz ve ulusal mesleki örgütlerimizin değerli mensuplarıdır. Bu sayede gerçekleşecek bir I.P.S.F. tam üyeliğinde, Türkiye Eczacılık öğrencileri için en uygun şeklin, T.E.B.'nin çatısı altında ayrıca yapılacak bir başvuru ile olacağı kanısındayız.

Bu üyelik gerçekleştiği takdirde, Türkiye Eczacılık öğrencileri için herşeyden önce uluslararası (veya evrensel) düzeyde davranma ve düşünme yeteneklerinin geliştirilmesi söz konusudur. Bu da, yapılacak olan çeşitli ülke ziyaretleri ve görüş alış-verişleriyle olasıdır. Bunların yanısıra da, yaz tatillerinde herhangi bir üye ülkede hem tatil geçirme, hem yeni kişilerle tanışıp yeni yerler görme, hem de uygun bir kuruluştaki staj yapabilme olanakları da söz konusudur. Ayrıca eczacılıkla ilgili her türlü gelişmeden anında haberdar olma ve bilgilenme olanağı da yabana atılmamalıdır.

En son olarak da, merkezi Paris'te olan Avrupa Eczacılık Öğrencileri Örgütü'nden kısaca söz etmek gerekirse; bu kuruluşun başlıca amaçları I.P.S.F. ile uyum göstermekte, ondan ayrı olarak 'Avrupa Eczacılık Diploması' konusunu sürekli gündemde tutarak, bunun gerçekleşmesi yolunda çaba harcamaktadırlar.

Türkiye Eczacılık öğrencilerinin olası bir I.P.S.F. üyeliği sonrasında, Avrupa Topluluğu'na girileceği açısından düşünülerek, bu kuruluşa da tam üyelik kaçı-

nılmaz olarak görülmektedir.

Çok özet bilgilerden bazı öneri ve yorumlarımızdan sonra sonuçta şunu söyleyebiliriz: Ulusal mesleki örgütlenmemiz ve uluslararası mesleki örgütlenme içinde henüz eczacılık öğrencilerimiz yerlerini alamamışlardır. Ancak bir yandan da uluslararası kuruluşlardan yansıyan izlenimler vardır ve mesleki örgütlenmemizin en üstünde bulunan T.E.B. Merkez Heyeti de bu eksikliğin farkında olarak önlemlerini almaktadır. T.E.B., mesleki örgütlenmenin tam olabilmesi için gerekli olanın, tabandan olabilecek tüm katılımların gerçekleşmesi olduğunun bilincinde olarak, mesleğin en tabanında Türkiye Eczacılık Öğrencilerini görmekte ve bu yolda çabalar sarfetmektedir.

Diğer taraftan, Eczacılık eğitim-öğretiminin yeniden düzenlenmesi konusundaki çalışmalar henüz tam değildir, ancak bunun da çabuklaştırılması yolunda soyut çabalar izlenmektedir. Yetkili kişilerce 1992'de Avrupa Topluluğu üyesi olacağımız söylenmekte olduğuna göre, eczacılıkla ilgili iyileştirici her türlü önlemin şimdiden alınmasının kaçınılmazlığı ortaya çıkmaktadır.

KAYNAKLAR:

- (1) A.E.O.B.-Cilt 9, Sayı 5, Sayfa 265-1987.
- (2) GÜNEY, R.-Çağdaş Eczacılık, Yıl 1, Sayı 2, Sayfa 5-1976.
- (3) T.E.B. 22-23. Dönem Merkez Heyeti Çalışma Raporu-Sayfa 10-19. 21.12.1985-23-12-1987.
- (4) Kamacık, L., Boztok, N., Kaya, H., Umar, Y., Kantarcı, E., Kıran, B., Dünyaoğulları, E.-İlaç ve Eczacılık Üzerine Çağdaş Bir Yaklaşım-İzmir, 1987.
- (5) BAYKARA, T.-A.E.O.B., Cilt 9, Sayı 6, Sayfa 332-1987.
- (6) NEBİOĞLU, D.-A.E.O.B., Cilt 7, Sayı 1, Sayfa 22-1985.

Bilgimizi tazeleyelim

*Artemiz Karabıyık**

BEBEK BESLENMESİ

Süt; katkılı veya katkısız olarak bebek beslenmesinde önemli yer tutar. Yakın zamanlara kadar anne sütüyle beslenme çok kullanılan bir yöntemdi, ancak günümüzde çeşitli nedenlerle sık kullanılmamaktadır. Bugün, kullandığımız mamaların ilk yapımı 1915 yılında olmuştur ve kullanılan ilk mama SMA'dır. Homojenize edilmiş bitkisel ve hayvansal yağlar inek sütüne eklenmiş, böylece sentetik bir anne sütü sağlanmıştır. Günümüze kadar bu geliştirilerek anne sütünün yerini tam olarak tutabilen değişik formülasyonlar yapılmıştır.

Anne sütü alamayan bebekler eczacı an-

nelere bu ek besinler hakkında bilgi verebilir. Anne ile diyalog kurarak ve gerekli soruları yönelterek bebek için hangi mamanın gerektiğini saptayabilir. Gerek anne sütüyle gerekse mama ile vitamin ve mineral alım miktarı ile ilgili sorular tam ve doğru olarak cevaplandırılmalıdır (Bebekler için gerekli olan vitamin ve mineral miktarlarını daha önceki sayımızda belirtmiştik).

Demir katkılı mama alan bebeklerin gastrointestinal (GI) problemleri, bu tür mama almayanlara nazaran fazla olmaktadır. Bebeğin dışkısında siyah lekeler görülebilir, bunun için de bebeklerde vitamin alımını kısıtlandırılmıştır. Tanımlanmış

Tablo 1: Günlük alınması gereken flor miktarı (mg)

Yaş	Çeşme suyundaki flor konsantrasyonu (ppm)		
	<0.3	0.3-0.7	>0.7
*2 hafta-2 yaş	0.25	0	0
*2-3 yaş	0.50	0.25	0
*3-16 yaş	1.00	0.50	0

Not: 2.2 mg sodyum florür 1 mg flora eşdeğerdir.

*A.E.O.B. Yayın Kurulu Üyesi

flor alınımı ise çeşme suyu ile sağlanmaktadır. Gerekli olan florür miktarı Tablo 1'de gösterilmiştir.

Her ne kadar günümüzde mamalar bebeğin beslenmesini tam olarak sağlayabiliyorlarsa da anne sütünün yerini tutamamaktadırlar. Bizler eczacı ve sağlık görevlileri olarak, öncelikle anneye bebeğini kendi sütüyle beslemesini önermeliyiz. Ancak anne istemiyorsa veya çeşitli nedenlerle (genetik faktörler veya beslenme bozuklukları v.b.) bebek beslenemiyorsa, bebek için en uygun formülasyon önerilmelidir. Bu formülasyonun seçiminde eczacı şu hususlara dikkat etmelidir.

-Anne-babanın eğitim durumu.

-Ebeveynin hijyenik koşullara uyumu.

-Mamanın hazırlanışı ve kullanılan araçların (biberon, tabak, kaşık vs.) temizliği konusunda gerekli bilgiler eczacı tarafından eksiksiz verilmelidir.

Bazı anne-baba için mamanın fiyatı seçimde önemli rol oynamaktadır. Konsantre formülasyonlar toz formülasyonlara oranla daha ucuz olmaktadır. Uygunluk ise düşünülen en önemli faktördür. Gerek toz gerekse konsantre formülasyonların hazırlanmasında dikkat ve aseptik koşullara uygunluk gerektirmektedir. Bebek için en iyi tolere edilen formülasyon ebeveyn için de uygun olmaktadır.

Seçimde yardımcı olabilecek sorular:

- 1)Bebeğin yaşı ve kilosu ne kadar?
- 2)Bebek doktor kontrolünde mi?
- 3)Şu anda bebeğimizi kendi sütümüzle mi besliyorsunuz. Yoksa doktorunuz herhangi bir beslenme formülü önerdi mi?

4)bebeğin süte karşı allerjisi var mı? Daha başka diet kısıtlaması veya sağlık problemi var mı?

5)Demir katkılı mama kullanıyor musunuz?

6)Bebeğinize mineral+multivitamin içeren preparat veriyor musunuz? Bu preparat doktorunuz tarafından mı önerildi?

7)Bebeğiniz florürü tam olarak alabiliyor mu?

8)Bebeğinizin diyare, kusma gibi şikayetleri var mı?

9)Bebeğin, ateş, cilt kuruması (susuz kalmı) veya devamlı kilo kaybı oluyor mu?

10)Mamanın hazırlanmasında herhangi bir zorluğunuz oluyor mu?

OBESİTE - ŞİŞMANLIK

Obesite: Normal vücut fonksiyonları için gerekli olan yağın patolojik olarak fazla oluşmasıdır. Pratik olarak obesite, vücut ağırlığının boya oranla fazlalığı olarak tanımlanabilir. 'Metropolitan Life Insurance' verilerine göre boy ile kilo arasında %20 oranı ideal kabul edilmektedir. 'Obese' terimi fazla kilo anlamına gelmektedir. Ancak sporcuların büyük bir çoğunluğunu fazla kiloludur ama obese değildirler. Burada söz konusu olan vücut yağının fazlalığıdır. Normal fiziksel aktivite gösteren kişilerde cins ve yaşa göre günlük alınması gereken kalori ihtiyacı değişmektedir. Bu değer erkeklerde ortalama olarak 25 yaşında 3200 cal. (70 kg. ağırlık ve 1.63 m. boyda) 2.300-1.800 cal'dir.). Ancak hamilelik döneminde (300 cal.) ve laktasyon sırasında 51000 cal.). Bu değer

artmaktadır.

Vücut yağ oranının 0.454 kg. fazla olabilmesi için 3500 cal. fazla alınmalıdır. Birçok obesite vakaları karbonhidrat ve yağca zengin depolarında kullanıldıktan sonra artan kaloriler vücut dokularında yağ olarak depolanmaktadır.

Obesite 30 yaşın üstündekilerde %24-45 oranında, çocuklarda %2-15 oranında görülmektedir. obesite üzerinde durulması gereken bir konudur. Birçok faktörler metabolik dengeyi etkilemektedir.

Fizyolojik bileşenler fazla yemeğe ve şişmanlığa neden olabilmektedirler. Genellikle bu konuda yapılan grup terapileri etkindir. Farmakolojik ajanların kullanımı ise sadece belirtileri yok etmektedir.

Obesiteye yol açan nedenler fizyolojik, genetik, çevresel ve psikolojik olabilmektedir. Hipotiroidizm, Cushing sendromu gibi endokrin sistemdeki bozukluklar seyrek de olsa obesiteye neden olur. Ayrıca hipotez olarak obesiteye beyindeki beslenme ile ilgili merkezlerdeki biyomedikal veya anatomik bozuklukların neden olduğu sanılmaktadır. Bu hipotez insanlarda kanıtlanamamıştır. Bir diğer teori de şöyledir: Obese kişide (şişman) ∞ -gliserofosfat oksidasyonundan sorumlu olan enzim eksikliği olduğu ve bunun da trigliserit sentezinde substratın artmasına yol açtığıdır.

Bir diğer hipotez de; Obesite de prostoglanclinlerin rol oynadığıdır. Prostoglanclinlerin vücuttaki adiipoz dokularda fazla oranda sentezlenmesi lipogenesisi etkileyerek, yağ dokularının artmasına yol açmaktadır. Ancak bilinen bir gerçek vardır

ki; Obese kişiler zayıf kişilerden daha çok uyumaktadırlar. Metabolizma ve uyku arasındaki bağ obesite ile de korelasyonu vardır (NREM-REM) Bunun sonucunda da obese kişiler kilo aldıkları zaman uykuları artmaktadır.

Yapılan deneyler göstermiştir ki, çocuklardaki obesite yağ hücrelerinin büyüme-leri ile oluşmaktadır. Ayrıca ebeveynlerinden biri obese olan çocuğun da obese olma şansı %40. Her ikisi obese olan çocuğun şansı %80 olmaktadır. Bu veriler tamamen hayvan deneyleri sonucunda elde edilmişlerdir.

İnsanlar üzerinde yapılan araştırmalar sonucu elde edilen veriler ise obese kadınların vücut yapısı bakımından farklılık gösterdiklerini ortaya koymuştur. Bu kadınlar daha endomorfik, karın ve göğüs çapları normalden çok fazla olmaktadır. Hatları yuvarlak ve yumuşaktır. Ancak bu kişilerin el ve ayakları vücut yapılarına göre çok küçüktür. Bir diğer etken de toplumun sosyo-ekonomik yapısıdır.

Yüksek statüye oranla düşük sosyo-ekonomik yapılı toplumlarda obesite çok daha fazla görülmektedir.

Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; erken ölümle obesite arasında belirgin bir korelasyon, sıklıkla görülmektedir. Bu nedenle bu kişiler dietlerindeki tuz oranına çok dikkat etmeli ve mümkün olduğu kadar az tuz almalıdırlar.

Ayrıca, obesite ile diabetes mellitus (şeker hastalığı) arasında da bir ilgi vardır. Yapılan çalışmalar göstermiştir ki; 40 yaşın üstündeki şeker hastalarının %85'inde aşırı kilo bulunmakta çünkü glikoz

intoleransı obesitede sıklıkla görülen bir durumdur. Obesite de oluşan hiperinsulinemi vücut yağının artması ile yakından ilişkilidir. Kilo kaybı ile insuline ve diğer oral kullanılan hiperglisemik ajanlara olan ihtiyaç azalmaktadır.

Obesitenin ilaçla tedavisi çok sınırlıdır. Uzun süreli ağırlık kontrolü ve fiziksel eksersiz gerekmektedir. Tedavide amfetamin tavsiye edilir. Amfetamin hipotalamustaki beslenme merkezlerine etki ederek kişinin yeme duyarlılığını önlemektedir. Ancak uzun süreli kullanımda bu maddelere karşı çabuk tolerans gelişmektedir. Psikoterapi ile de kişinin aşırı yemek yeme isteği önenebilmektedir. Bu nedenle amfetaminler tedavide başka bir alternatif yoksa kullanılmalıdır. Amfetamin dışında obesite tedavisinde etkileri ve tedavi değerleri kesin olarak bilinmemekle birlikte, canlı korionik gonodotropin (HCG), fenilpropanolamin, benzokain, metil selüloz, karboksimetil selüloz, ağrı kullanılabilir.

Ayrıca bazı vitaminler ve mineraller, aljinik asit, sodyumbikarbonat önerilmektedir.

Dikkat edilmesi gerekli bir husus da kişinin dietidir. Kişi günlük dietinde yüksek proteinli, zayıf karbohidratlı besinler almaya özen göstermelidir. Günlük alınması gereken kalori miktarı 800-1000 cal/gündür.

Tedavide yardımcı olması için hastaya sorulabilecek sorular:

- 1)Yaşınız ve boyunuz kaç?
- 2)Ne zamandan beri kilo sorunuz var?
- 3)Kaç kilo fazlalığınız var?
- 4)Ailenizde daha önce obesite görülmüş

mü? Anne-babanızın kilo sorunu var mı?

5)Kızgın, sinirli ve yorgun olduğunuz zamanlar çok mu yemek yersiniz?

6)Probleminizi doktorunuza açtınız mı?

7)Diet uyguluyor musunuz?

8)Daha önce nasıl bir diet takip ettiniz? Etkili oldu mu?

9)Kilo kaybetmek için ne gibi çabalarınız oldu? Örneğin/psikoterapi gruplarına katıldınız mı?

10)Düzenli eksersiz programınız var mı? Doktorunuz eksersiz önerdi mi?

11)Kalp hastalığı, diabet, hipertansiyon, tiroid gibi herhangi bir kronik hastalığınız var mı? Tedavi görüyor musunuz?

12)Şu anda hangi ilaçları kullanıyorsunuz?

UYKUSUZLUK-INSONMINA

Günümüzde uykusuzluk problemine çok sık rastlanmaktadır. Bazı kişiler uykuya başlamada zorluk çekerler. Bazı kişiler ise gecenin yarısında aniden uyanmaktan şikayet ederler. Bu düzensiz uykular psikolojik veya fizyolojik orijinli olabilir.

Uykusuzluk şu şekilde sınıflandırılabilir: a)Derin bir uykuyu uyuyamama b)Uyku sırasında sık sık uyanma c)Çok erken uyanma, bu nedenle de gerekli olan uykuyu gereksinimini karşılayamama.

Uyku düzensizliklerini birçok faktör etkileyebilmektedir. Uyku süreleri de kişiden kişiye farklılık göstermektedir. Bazı kişiler bir gecede birkaç saat uyuyarak gereksinimlerini karşılayabildikleri halde, bazı kişiler saatlerce uyuyarak gereksinimlerini karşılayamazlar.

Çağımızda çok sık rastlanan bu olay, re-

çete dışı verilebilen sedatif ilaçlar ve gerek eczacının gerek hekimin bilinçli tavsiyeleri ile giderebilmektedir. Genellikle rahat bir uyku; uyku zamanından önce yapılan uzun yürüyüşlerle sağlanabilmektedir. Ayrıca kafein alınımlı da kişiyi rahatlatmakta ve sinir sistemini yatıştırıcı olabilmektedir. Ayrıca antihistaminikler de uykusuzluk tedavisinde başlıca rol oynamaktadırlar.

Ancak tedaviden önce uykusuzluğun nedeni iyi araştırılmalıdır. Daha önce de belirttiğimiz gibi uykusuzluk çeşitli nedenlere dayanabilmektedir. Bunların arasında stress, anksiyete, fiziksel rahatsızlıklar, günlük hayattaki değişiklikler, depresyon ve endokrin sistemdeki bozuklukları sayabiliriz. Bu konuda biz eczacılara düşen görev, uykusuzluk problemi olan kişiye ilaç öneriminden önce onunla konuşarak nedeni saptamaya çalışmalı, gerekirse bir hekime göndermeliyiz. Ayrıca hastadan şu önerileri uygulamasını özellikle istemeliyiz:

- 1)Yatmadan önce bir bardak sıcak süt içmeli.
- 2)Günlük hayatında fırsat buldukça onu dinlendiren ve sakinleştiren uğraşlar edinmeli.
- 3)Bir sonraki gece rahat uyuyabilmesi için sabah çok erken kalkmalı (birkaç gün zorluk çekilir, daha sonra düzenli uyku saatleri kazanılır.)
- 4)Uyuyamadığı zaman telaşlanmamalı, çünkü panik uykusuzluğu arttırıcı etkenlerdir.
- 5)Aşırı dozda kafein almamalı,
- 6)Akşamları ağır yemekten kaçınmalı,
- 7)Yatmadan önce yürüyüş gibi hafif ek-

sersizler yapmalı (Ağır ve yorucu eksersizler uykusuzluğu arttırıcı etkindir.),

8)Uyku zamanı olarak mümkün olduğu kadar aynı saatleri seçmeli,

10)Uykuyu engelleyici faktörleri yok etmeli (örneğin, pencereleri kalın perdeyle örtmeli, karanlık ve sessiz ortam sağlanmalı).

Bu önerilerin yanında uykusuzluk tedavisinde kafein kullanılabilir. Ancak doz çok iyi ayarlanmalıdır. Çünkü aşırı dozlar hem uyarıcı etki sağlamakta, hem de bağımlılık yapmaktadır. FDA tarafından önerilen günlük kafein alınımlı arasında en az 4 saat olmalıdır.

Küçük dozlar (50-200mg) mental proseslerden sorumlu serebro kortikal alanları stimüle etmekte, zihin açılmakta, kişi düşünceli ve karamsar halinden sıyrılarak daha zinde ve sakin olmaktadır. Yüksek dozlar (250 mg'dan fazla); sinirlilik, iritasyon, baş ağrısı yapmaktadır. Ayrıca 250 mg'dan az dozlarda kafein alınımlı miyokardiumu direkt olarak stimüle etmektedir.

Ancak kafein alışkanlığı olan kişilerde sinirlilik, iritabilite ve baş ağrısı sıklıkla görülmektedir (Günde 5 fincan veya daha fazla kahve içenler).

Bu nedenle uykusuzluk tedavisinde kafein önerilirken doz ayarlamasında çok etkili olunmalıdır.

Kafein haricinde kişiye antihistaminik önerebiliriz. Ancak antihistaminik kullanımı çok kısa süreli olmalıdır (7-10 gün ve gece yatarken 1 doz). Ayrıca bu kişiler antihistaminik fiziksel aktivitelerileyeceği için araba veya makina kullanmamalıdır.

Alkol ve diğer antidepresanlar ile antihistaminikler etkileştikleri için birlikte kullanılmamalıdır.

Sorunu çözmede yardımcı olabilecek sorular:

1)Ne zamandan beri uyku probleminiz var? Uyku uyumada zorluğunuz her gece mi? Yoksa arada bir mi oluyor?

2)Probleminiz uykuya dalmada mı, sık aralıklarla uyanmada mı?

3)Uykusuzluğunuz günlük aktivitenizi etkiliyor mu?

4)Çok erken mi uyanıyorsunuz? Uyanıktan sonra tekrar uyuyor musunuz?

5)Uykusuzluğunuzun nedenini günlük

hayatınızdaki problemlerinize, stres ve anksiyete'ye bağlayabilir misiniz?

6)Herhangi bir ilaç kullanıyor musunuz? Trankilizan, uyku ilacı gibi. Günü hangi saati kullanıyorsunuz?

7)Kahve, çay, kola veya alkol içiyor musunuz? Günde ne kadar ve hangi saatlerde kullanıyorsunuz?

8)Herhangi bir kronik hastalığınız var mı?

9)Hekim kontrolünde misiniz?

10)Daha önce uykusuzluğunuzu gidermek için uyku ilacı kullandınız mı? Hangileri? Etkileri ne oldu?■

Kadın ve erkekte sterilizasyon (öncesi ve sonrası)

Özet: Vazektomi ve dişi sterilizasyonu bugün için olağan bir olgudur, fakat sterilizasyondan önce hasta ile ciddi bir görüşme yapılması gereklidir. Sterilizasyonun ciddi komplikasyonları çok azdır ve kalıcı bir tahribat konusunda pek bulgu yoktur. Tüplerin bağlanması başarısızlık oranı %0.5 civarındadır ve vazektominki daha düşüktür. Vakaların yaklaşık %50'sinde geriye dönüş başarılıdır.

İngiltere ve Galler'de her yıl yaklaşık 90.000 kadın kısırlaştırılır ve erkeklerin hemen hemen çoğu vazektomi olur (Tablo:1, Wellings, 1986). Uzmanlar bu yöntemle ilgilenen hastalarıyla görüşme yapı-

rak ileride ortaya çıkabilecek sorunlara değinmelidir.

Görüşme ve Öneriler

Sterilizasyon, isteğe bağlı bir operasyon olduğu için, görüşme oldukça önemlidir ve riskleri bir hayat kurtarma ameliyatı kadar büyük detaylarıyla tartışılmalıdır. Genellikle aile doktoru isteklerini diğer korunma yöntemleriyle birlikte tartışabilmek için korunma hakkında yeterli bilgiye sahipse, çiftlerin başvurabileceği en uygun kişidir, eğer bilgisi yoksa çiftleri bir aile planlama kliniğine göndermesi gerekir. Hastalar seçme haklarının, kısırlaş-

Tablo 1: İngiltere ve Galler'de sterilizasyon, tahmini yıllık değerler
(kaynak=wellings, 1986)

	Erkek	Kadın
NHS hastaneleri	44.000	79.000
Özel sektör	12-15.000	8.000
Aile Planlama Klinikleri	15.000	3.000
Serbest hekimler	15.000	

tırma ile daha çok çocuk arasında değil, fakat kısırlaştırma ile geçici korunma arasında olduğunu anlamalıdır (geriye dönenebilirlik).

Doktor her çiftin sağlık, doğurganlık ve sosyal durumlarını ve amaçladıkları aile büyüklüklerini, şimdiki ve önceki korunma yöntemlerini, seks yaşamlarını ve ilişkilerinin sağlamlığını bilmeli veya bunları öğrenmek için sorular sormalıdır (Ellias, 1985). Her hasta ile bu kadar uzun görüşmeye gerek yoktur, fakat her çifte yeterince bilgi verilmesi gereklidir (Wellings 1980). Hastalar operasyonların "geri dönenebilirlik" olduğu hakkında bilgiler almış olabilir, fakat hem erkek hem de dişi sterilizasyonunun kalıcılığı göze alınmış olmalıdır. Çiftler başarısızlığın önemsiz riskleri hakkında uyarılmış olmalıdır, bu yüzden gebelik belirtilerinin önemsenmemesi, operasyonu başarısız kılar. Davacı olunması halinde doktoru korumak için hastanın dosyasında uyarı yapıldığını gösteren bir not olmalıdır. Hastane personelinin hastaya başarısızlık oranı hakkında bilgi vermesi gerekmele beraber bugün uzman hekim tarafından yapılan görüşmede konunun önemli bir kısmı ele alınmaktadır. Başarısızlık risklerini, hastanın kafasını karıştırıp, endişelendirmeden tartışmak biraz beceri ister. Sterilizasyon tekniğinin açıklanması gereken özel detayları ve yazılı dökümanlar bu konuda yardımcı olabilir. Eşlerden hangisinin kısırlaştırılması gerektiği kaçınmak için doğumla ilgili nedenleri varsa, tubal oklüzyon mantıklı bir seçim olacaktır. Fakat bu tür olaylarda, genellikle erkekler eşlerini

gelecekteki bir ameliyattan korumak için, vazektomiye istekli olmaktadır.

Psikolojik faktörler önemlidir ve bazı erkekler vazektomiye cesaretle karşılayamazlar. Tıbbi faktörler incelendiğinde vazektominin birkaç komplikasyonu vardır ve alınan verim tubal oklüzyondan daha fazladır.

Operasyon Sonrası Problemler

Erkek ve kadın sterilizasyonlarının ikisi de günlük yöntemlerle yürütülmüş olabilir. Bu yüzden aile doktorları onların ameliyat sonrası durumlarını ve olası komplikasyonlarını sonraki iki-üç gün çok ağır işlerden kaçınmalıdır. Daha ileri rahatsızlıklar görülmediği zaman seksüel aktivite başlatılabilir.

Enfeksiyon veya hematüri gibi komplikasyonların görülme sıklığı %3'den azdır. Yara enfeksiyonu veya epididimitis Ampisilin gibi bir antibiyotikle 5 gün, günde 4x500 mg dozda verilerek tedavi edilmelidir (Elias, 1985). Skrotal hematoma yaygın değildir ve hasta için uyarı olabilir, normal olarak sadece analjezi ve lokal destek gerekir, fakaz bazen hastanede hematomun boşaltılması gereklidir.

Sperm granülama vas deferens'in çıkarılan bölgesinde hissedilebilir küçük bir modüldür ve vakaların %25'inden çoğunda genellikle asemptomatik şekilde oluşur. Şayet bir erkek operasyondan 1 veya 2 hafta sonra vazektomi bölgesinde ağrı ve şişkinlikten şikayet ediyorsa bundan şüphelenilmelidir. Tedavisi mümkündür, fakat ağrılıdır. Antieflamatuvar ilaç yazılmasını ve ileride bir ameliyatı gerektirebilir.

Laparoskop, lokal anestezi altında yürütülebilir olmasına rağmen dişi sterilizasyonlarının çoğu genel anestezi yöntemleri altında yapılabilir. Hastanın ameliyattan 24 saat sonra peritoneal boşlukta kalan gaz nedeniyle karın ağrısı veya omuz ağrısı olabilir ve pen analjezikler gerekebilir. Bununla birlikte, normal olarak hafif aktivite 48 saatte ve tam aktivite yaklaşık 1 hafta sonra tekrar kazanılır. Nadir fakat, önemli bir komplikasyon, laparoskopi veya diatermi yanıkları sırasında kullanılan iğne veya trokarla oluşan perforasyon nedeniyle bağırsağa zarar vermektir. Bu durum ameliyatı yapan cerrah tarafından bilinmelidir, fakat gözden kaçabilir, laparoskopiden sonraki günlerde nedeni belirsiz pireksi ve karın sertliği olan hastalar derhal hastaneye başvurmaktadır.

Uzun Dönemli Etkiler

Dişi sterilizasyonundan sonra over siklusu normal şekilde devam eder. Menstrüasyonlar şayet kadın oral kontroseptifleri keserse, artacak veya intrauterin aracı uzaklaştırırsa azalacaktır. Birkaç çalışmada jinekolojik hastalıklar ve histerektominin sterilize olmuş kadınlarda daha yaygın olup olmadığı araştırılmıştır (Liskin ve Rinehart 1985).

Bazıları, bu riskin sterilize olmuş kadınlarda olmayanlar arasında farkı olmadığı şeklinde sonuçlanmış, bazıları ise elektrokoagülasyonun menstrüel rahatsızlıkların insidansında önemsiz bir artmaya neden olduğunu göstermiştir. Premenstrüel sendrom insidansı artmaz. Pekçok kadın seks zevklerinin sterilizasyonla arttığını fark etmiş, fakat %10'un üzerinde

bir azınlık, denediklerine pişman olabilmişlerdir. Ciddi psikolojik problemler nadirdir. Vazektomiden sonra testislerde oluşan yapısal değişiklikler, seminiferöz tubülüslerin dilatasyonu ve germ ve sertoli hücrelerinin sayısında azalmayı içerir. Bununla birlikte uzun süreli belirgin bir hormonal değişiklik yoktur. Yüksek dansiteli lipoproteinlerde azalmaya rağmen vazektominin myokardial enfeksiyon riski üzerine hiç etkisi yok gibi görünmektedir. Vakaların %50'sinde antisperm antikorlar gelişir fakat bunları oto-immün hastalıklarla bağlantılı kılacak hiçbir delil yoktur. Eğer hastalar iyice aydınlatılmışsa psikoseksüel problemler çok nadir olacaktır, seksüel problemler ortaya çıktığı zaman genellikle benzer sorunlar geçmişte vardır.

Başarısızlık Oranları

Sterilizasyon birkaç nedenden dolayı başarısız olabilir. Cerrahi hataları da içeren, örneğin, cerrah vazektomide vas'ı doğru olarak teşhis edemeyebilir veya laparoskopide bir klip veya ring tüpe doğru bir şekilde uygulanamayabilir. Dişi sterilizasyonu menstrüel siklusun luteal fazında yapıldığı zaman döllenmiş bir cosit uterusu halihazırda mevcut olabilir. Sterilizasyon sırasında kürtaj, blastosistin implante olma riskini azaltır fakat riski tamamen ortadan kaldırmaz. Bu nedenle çiftler kadın kabul edene dek kontraseptif kullanmaya devam etmelidir. Laparoskopi ile birlikte tromboembolizm riski çok düşüktür ve kadınlar operasyon öncesine kadar oral kontraseptifler almaya devam etmelidir.

Doğru bir şekilde yapılmış olan sterili-

Tablo 2: Kadında sterilizasyon aralıkları, çeşitli serilerde bildirilmiş başa-rısızlık oranları (kaynak; newton, 1984; Liskin ve Rinehart 1985)

100 kadında hamilelik	
Laparotami	3- 5
Tubal ligasyon	1-13
Laparoskopi (elektrokoapülasyon	2- 5
Hulka Clip	1- 6
Falope sing	1- 6
Filshie Clip	1- 6

zasyon başarısız olabilir. Çünkü hem vas hem de fallopian tüp bölündükten sonra rekanalize olma eğilimi gösterirler. Dişi sterilizasyonunun başarısızlık oranı %0.5 civarındadır, değişik çalışmalar değişik sonuçlar vermesine rağmen (Tablo.2) klipler ringler ve elektrokoagülasyon, sterilizasyonda (gebelikle ilişkili olanında değil) benzer başarısızlık oranlarına sahiptirler. Sterilizasyon gebeliğin son döneminde veya ilk döneminde yapılmışsa başarısızlık oranı artar (Newton 1984). Dişi sterilizasyonunun baştan sona, başarısızlık oranı operasyondan sonraki ilk yılda en yüksektir, fakat bu luteal faz gebeliklerini ve cerrahi hataları düşündürür.

Eğer gebelik sterilizasyondan sonra meydana gelmişse ektopik olma riski %10'dan yüksek olabilir. Ektopik gebeliğin Intra-uterin gebeliğe oranı sterilizasyondan sonra artar. Tubal-oklüsyondan sonra gebe olduğunu düşünen bir kadın derhal hastaneye gönderilmeli ve kontrol edilmelidir.

Vazektomi, iki meni örneği azospermi gösterene kadar tamamlanmış sayılmaz. Bu örnekler genellikle 3 veya 4 ay sonra

alınır ve şayet hiç spermatozoa görülmezse derhal daha sonraki örnekler aylık aralarla kontrol edilir, vazektominin rekanalizasyon nedeniyle olan başarısızlık oranının dişi sterilizasyonu ile aynı düzeyde olduğu söylenir ki bu %0.3-0.4'tür (Newton 1984). Fakat bazı çalışmalar başarısızlık oranının %0.1'den az olduğunu gösterir (Elias 1985). Oran, daha büyük uzunlukta ki vas eksizyonu ile düşürülebilir fakat cerrahlar bunu yapmaya, geri dönüşün istendiği vakalarda isteksiz olabilir.

Geri Dönebilirlik

Sterilizasyona karar vermiş hastaların, kararlarının değiştirilemez olduğunu anlamaları gerekliliğine rağmen, bazıları sonradan geri dönüşü isterler. Böyle bir isteğin yapılması olasılığı şayet sterilizasyon bir sezaryan döneminde gebeliğin bitiminde veya hastanın evliliğinin sorunlu olduğu bir dönemde yapılmışsa daha büyük olacaktır. Bu istek daha çok, şayet bir kadın eşinin baskısı nedeniyle sterilizasyonu denemişse veya doktoru tarafından "sağlık" nedeniyle önerilmişse olasıdır. Kadınlar geriye dönüşü genellikle daha genç biriyle

yeniden evlendiklerinde ve sterilizasyon için nisbeten genç yaşta olduklarını düşünmeye başladıklarında isterler (Calvert, 1987).

Bütün kadınların geri dönüş isteği, tubal anastomosis için uygun değildir; şayet fimbrio veya ampullaryisthmic kavşak uzaklaştırılmış ise veya tüpün uzun bir kesimi elektrokoagülasyon nedeniyle yıkılmışsa uygundur. Başarılı geriye dönüş daha çok klips (ki sadece tüpün küçük kısmı yok olursa) veya ring ile sterilizasyondan sonra olur. Mikrocerrahi tekniğini kullanan öncü merkezler klip veya ring sterilizasyonu ile geriye dönüş başarı oranının %90'ın üzerinde olduğunu bildirmiş ve elektrokoagülasyonun geriye dönüşü ise %40'dır (Newton 1984). Jinekolojistlerin çoğu, makroskobik teknikleri kullanmakta, fakat kadınların geri dönüş isteği gerçek anlamda doğurabilecekleri veya operasyonun onlar gebe kalmayı istemediği sürece faydalı olacağı şeklindeydi. Ektopik hamilelik riski, geriye dönüş kalkışınca büyük ölçüde artmış ve hastaların %5'den

fazlasında meydana gelmiştir. İn vitro döllenme (aşılama), gücü yetebilen kadınlar için olası bir seçenektir. Bu tekniğin başarı şansı %50'den az olsa bile vazektominin geri dönüşü teknik olarak zor değildir ve sperm ejakülatta vakaların %40-90'ında yenilenebilir; şayet vazektomi ile reanastomosis arasında 10 yıldan çok geçtiyse değişiklik %50 civarındadır (Newton, 1984). Bununla beraber eşlerin sadece yaklaşık %40-60'ı gebe olmuştur. Bu fark belki yeniden tıkanmaya neden olan sperm granulomataya, epididjimal seviyedeki ikinci blok nedeniyle tüplerin tıkanmasına (fıtık) nedeniyle, antisperm antikorların düzeyinin yüksekliğine veya testiküler fonksiyonların bozulmasına bağlı olabilir.

Sonuç hem dişi hem erkek sterilizasyonunda geriye dönüş isteğinin önceden tahmin edilememesi, hastaların bu yöntemi denemeden önce hekim tarafından uyarılmasının önemini belirtmektedir ki, olayın cerrahi olarak küçük, sosyal olarak büyük sonuçlar vardır.■

KAYNAK: The Practitioner, january 1988, Vol=232
Çeviren: Sevgi Yıldız

AEO Bülteni'ne Açık Mektup

28/11/1988 tarihli T.E.B. Merkez Heyeti tarafından yayınlanan genelgede BAĞ-KUR üyelerine ait reçeteler için "Eczacı, fatura tutarlarının (kurumca ödenecek olan miktar) toplamının %2,5'una tekabül eden miktarı T.E.B.'nin 90913 nolu Posta Çeki hesabına yatıracak" deniyor. Bu cümleyi okuyunca T.E.B büyük mücadele vererek, resmi kurumlara yapılan %5 olan iskontoyu %2,5'a indirmiş ya da %5 iskonto yine yürürlükte ama bunun yarısını kurum yerine kendi hesabına yatırılmasını sağlamış diye düşündüm. Fakat bunun böyle olmadığını sözleşme kağıdını 5000 TL karşılığında alınca öğrendim. Kuruma yapılan %5 iskonto yine yürürlükteydi. Bahsedilen %2,5,

T.E.B.'nin işveren durumunda olan BAĞ-KUR'dan alması gerektiği halde eczacıdan alacağı makul bir bedeldi. Bugüne kadar Ankara Eczacı Odası'nın iki ayda bir yayınlanan ve elimize üç, dört ay sonra geçen Bültenlerinde daha başka görüşler savunulmuş ve yayınlamıştı. Örnek verecek olursak; Nisan 1986 A.E.O.B.'de, Oda temsilcilerimiz "Bilinçsizce yapılan yüksek iskontolar eczanelerin çok kazandığı gibi çok yanlış bir izlenim yaratmış ve eczacının kar oranları ilacı alış üzerinden %5 oranında düşürülmesine yol açmıştır." "İlacın ticari bir meta olmadığı hepimizce bilinen bir gerçektir. Bu konuda tüm eczacılar olarak

birleşiyorsak; iskonto konusuna salt ticari olarak bakmamak gerektiğinde de birleşmeliyiz." diyordu. Ekim 1986 A.E.O.B.'de Sayın Akın Çubukçu "1986'da Resmi Gazete'de yayınlanan Bütçe Uygulama Talimatına uymayan saymanlıklar ile uğraşmaya karar verdiklerini" ve "Ankara Eczacı Odası'nın Ankara içinde yaptığı bir araştırmaya göre, Ankara Eczane Eczacısının net karı, ilaç üzerinde %8.33'dür. Bu rakam iskontosuz net %20 kar ile çalışan eczane için hesaplanmıştır (Fransa'da %33, Almanya'da %40). İlaç üzerinde %8.33 kar eden bir eczacı zaten bunun %3'ünü iskonto olarak vermeye razı oluyorsa, iskonto tavanı neye kadar yükseltilebilecektir.

Zaten bu verilen %3'de, kapital yıpranması, faizler, ilaç zamları da gözönüne alınırsa %5.2'ye varmaktadır. Bütün bu rakamlar gözönüne alındığında, verilebilecek %3'den fazla bir iskonto mümkün görülmemektedir." diyerek fazla iskontoya karşı çıkıyordu. Yine, Sayın Akın Çubukçu, 10 Şubat 1988 tarihli Bültende Ankara'da eczane cirolarının yarıya yakın bir bölümünün resmi kurum ve kuruluşlarda toplanan reçetelerden oluştuğunu, Bağ-Kur ve Genel Sağlık Sigortası'nın da yürürlüğe girmesi ile eczanelere girecek nakit paranın bir hayli düşeceğini savunuyordu. Acaba, 1986'da %3 iskontoyu bile çok fazla bulan sayın Oda temsilcilerimiz, ilaç fiyatlarının her ay arttığı, peşin verginin yürürlükte olduğu 1989'da eczacıların maddi durumlarının daha iyi olduğunu düşündüğü için mi %5+%2.5 iskontoyu

kabul etmişlerdir. Bu konuda telefon ile konuştuğum bir Oda yetkilisi, bu kararın genel kurulca alındığını, daha önce Bağ-Kur anlaşması yapılan bölgelerde ödemelerin 3-4 ayda ancak yapıldığını, ödemeleri hızlandırmak için bu yolun seçildiğini belirtiyor ve sonunda "Bu %2.5'u vermek istemiyorsanız, Bağ-Kur ile anlaşma yapmazsınız olur biter." diyerek çıkış yolunu kendince gösteriyor. Bizler bu anlaşmaları Maliye Bakanlığı'na bağlı tüm kurum ve kuruluşlar ile yapmaktayız. Bağ-Kur'a yapılan bu ayrıcalık bir süre sonra diğer kurumlarca talep edilip, daha önceden bünyelerinde oluşturdukları ve ücretlerini ödedikleri kontrol birimlerini dağıtarak reçete kontrolünü T.E.B.'den isterlerse veya bizlerden %2.5 reçete kontrol ücreti diye bir iskonto daha isterlerse sizlerin tavrı nasıl olacak? Her ne kadar Bağ-Kur dışında başka

kurumlar, böyle bir talepte bulunamaz diye düşünen yöneticilerimiz var ise de daha önce Eczacı Odalarına verilen bazı yetkilerin (Muvazaalı eczanelerin açılmasını önleyici yetkinin bir yıl sonra kısıtlanması ve ilaç Bandrolü dağıtım işinin S.S.Y. Vakfına devri gibi) geri alınması, bu görüşün geçersiz olduğunu gösteriyor. Yani, eczacılık mesleği her fırsatta kısıp altına alınırken, Bağ-Kur reçetelerindeki bu %2.5 kısıpı daraltmak isteyenlerin eline iyi bir imkan sağlamaktadır. Bu oluşabilecek olumsuz gelişmelere dur diyebilecek önlemlerin zamanında alınması dileği ile saygılar sunarım.

Ecz. Mehmet Doğan

Martı Eczanesi
Uyanış Mah.
Gülbaba Cad.
5. Sok. 9/C
Keçiören/Ankara

Yeşil Reçete kapsamında değişiklik yapıldı

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü 6.2.1989 tarihinde bir genelge yayınlarak, yeşil reçete kapsamına giren ve formül değişikliği nedeniyle bu kapsamdan çıkarılan ilaçlarla ilgili yeni düzenlemeyi duyurdu. Bu konudaki genelgeyi sunuyoruz.

T.C.
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM
BAKANLIĞI
İLAÇ VE ECZACILIK
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı: 10-5897

Konu: Yeşil Reçete Kapsamına
girecek ilaçlar hakkında.

TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ

İlgi: 2.1.1986 tarih 2677
sayılı tamime ektir.

Bilindiği üzere bağımlılık yapma özelliği ve suistimal riski olan psikotrop madde ve müstahzarların tüketimini kontrol altına almak amacıyla ilgede kayıtlı tamimle yeşil reçete sistemine geçilmiştir.

Yapılan Kontroller Sonucunda;

1-Yeşil Reçete kapsamı dışında bulunan ancak formülleri nedeni ile kontrol altında tutulan bazı müstahzarların, tüketimlerinin artışı ve kullanımlarında suistimallerinin belirlenmesi veya yeni ruhsat almış

ilaçların formülleri nedeni ile aşağıda isim ve firmaları belirtilen ilaçlar, Yeşil Reçete ile verilecek ilaçlar listesine alınmış olup, bundan böyle yeşil reçete ile verilmeleri ve tüketimlerinin psikotrop ilaçlar defterine işlenmeleri gerekmektedir.

İlacın Adı	Firması
Volpan Kompoze tablet	(H.Arsan)
Ris-Tussin Sirop	(Şifa Kimya)
Ris-Tussin tablet	(Şifa Kimya)
Lexotan 3 mg tablet	(Roche)
Lexotan 1,5 mg tablet	(Roche)
Benzokodin tablet	(Doğu)
Corex Sirop	(Pfizer)
Cafegot PB kapsül	(Sandoz)
Fenekodin sirop	(Adeka)
Sekodin sirop	(Akdeniz)
Dephadrine sirop	(Biofarma)
Efeko sirop	(Bilim)
Syrocol sirop	(Çağdaş Ecz.)
Arkodin sirop	(Günsa)
İpekod sirop	(İltaş)
Ludicodine sirop	(Liba)
Gayakodin sirop	(M.Nevzat)

Plevron sirop	(Sano)
Koludin sirop	(Yavuz)
Pecode sirop	(Yeni)
Coveral sirop	(Wheyth)
Kodis sirop	(Deva)
Tusso sirop (B)	(Doğu)
Becodine sirop	(A. İbrahim)
Pektoder sirop	(Figen)
Ephetonin sirop	(B. Alman)

İlgi tamimimiz eki listede yer alan;

Deksan Sirop	(Deva)
Deksan Draje	(Deva)

formüllerinde yapılan değişiklik nedeni ile Yeşil Reçete ile verilecek ilaçlar listesinden çıkarılmıştır. Söz konusu ilaçlar bundan böyle normal reçete ile verilecektir.

3-Aşağıda belirtilen ilaçlar ise, daha önce yeşil reçete ile verilecek ilaçlar listesinde yer almaktaydı. Ancak Ruhsatları iptal edildiğinden, adı geçen ilaçların piyasada tükeninceye kadar yeşil reçete ile satılmaları gerekmektedir.

İlacın Adı	Firması
Dicoben Tablet	(H. Hancoğlu)
Gayakodin-C tablet	(M. Nevzat)
Fluprim draje	(Roche)
Kaf tablet	(Polifarma)
Nobrium kapsül 25mg	(Roche)
Fentrium tablet	(Roche)
Fentranquil tablet	(Sifar)
Ökodin tablet	(Nobel)
Parasamate tablet	(Nobel)
Tusinal tablet	(Uranyum)
Dogrip Draje	(Yeni ilaç)
Becodin tablet	(A. İbrahim)
Baralgin Comp. Drage	(T. Hoescht)
Gayakodin tablet	(M. Nevzat)

Konunun iliniz dahilindeki tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına, serbest hekim, veteriner hekim, diş tabipleri, eczane ve ecza depolarına duyurulmasını önemle rica ederim.

Nihat KİTAPÇI
Bakan

Bütçe Uygulama Talimatı Yayınlandı

1989 Bütçe Uygulama Talimatı 2 Şubat 1989 tarihinde Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girdi. Bütçe Uygulama Talimatı ve Protokol hükümlerindeki bazı değişiklikler ile bu konudaki açıklamaları içeren genelgeler aşağıda sunuyoruz.

T.C. TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ

Sayı: 24.1044.A.32

Ankara, 15/2/1989

Bölge Eczacı Odaları

Yönetim Kurulu Başkanlıkları'na,

2.2.1989 tarih ve 20068 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Bütçe uygulama talimatı kapsamındaki eczanelerden ilaç temin edilmesine ilişkin Protokol'de öngörülen "reçetelerin arkalarına Kasa fişi yazılması" hususu ile ilgili olarak Maliye ve Gümrük Bakanlığı'nda yapılan girişimler olumlu sonuç vermiş ve ilgili Genel Müdürlük ikna edilerek Kasa fişi nu-marası yazılması işleminin Kurumla Eczane arasında Protokol yapılma tarihi itibarıyla yürürlüğe girmesi kararlaştırılmıştır.

Ekteki yazı bu konuda Birliğimize ulaşan resmi bildirim olup, bilgilerinizi ve üyelerinize ivedilikle duyurulması hususunu rica ederim.

Doç. Dr. Nurettin ABACIOĞLU
Genel Sekreter

T.C. TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ HEYETİ

sayı: 24.999.A.32

Ankara, 6/12/1989

Bölge Eczacı Odaları

Yönetim Kurulu Başkanlıkları'na,

2 Şubat 1989 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan Bütçe Uygulama Talimatı doğrultusunda meslektaşlarımızın aşağıda belirtilen hususlara dikkat etmeleri ödemelerini aksaksız olarak almalarını sağlayacaktır.

1-Resmi Gazete sayfa 22 4-3 Eczanelerden ilaç temini bölümünün (e) bendinde, Doktor tarafından gerekli görülse dahi, saç dökülmesini ve kepeklenmesini önlemek amacıyla kullanılan Diane 21 Draje, Bitex Fort. Selsun, Zetion, Savlon gibi Şampuanlar ile Kükürtlü sabun vb. maddelerin bedelleri kurumlarca hiçbir şekilde ödenmeyecektir.

2-Protokolün uygulanacak esaslar bölümünün 3. Madde'de hastalardan alınan %20 (Emeklilerde %10)'luk katılım payının kasa fişi ile belgelenmesini ve bu

fiş numarasının reçetenin arkasına yazılması istenmektedir.

3-Madde 15'de ise Resmi Sağlık Kurulu ve Kuruluşlarında görevli tabipler tarafından reçeteye yazılan ampul adeti kadar "ml."sine uygun plastik (disposable) en-

jektör" bedeli aynen ödenir denilmektedir.

Eczacı meslektaşlarımızın bu hususlara dikkat etmeleri gerektiğinin ivedilikle duyurulmasını rica eder saygılar sunarım.

Doç. Dr. Nurettin ABACIOĞLU
Genel Sekreter

T.C.

MALİYE ve GÜMRÜK BAKANLIĞI
BÜTÇE ve MALİ KONTROL GENEL
MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı: BÜMKO-KY-15-115540-168/2749
Konu: Kasa Fişi Hakkında
Ankara, 14 Şubat 1989

TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ
MERKEZ HEYETİ BAŞKANLIĞI'NA
Farabi Sokak No:35
ÇANKAYA/ANKARA

İlgi: 13.2.1989 tarih ve 24.1040.B.01.008
sayılı yazınız.

İlgi yazınızda, 2.2.1989 tarih ve 20068 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan ve 1.1.1989 tarihinden itibaren geçerli sayılan 1989 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nın (Seri No:1) 4/3'üncü maddesinin (a) bendinin son fıkrası ile ilaç reçetelerinin arkasına yazılması istenen kasa fişi numarasının Talimatın yayım tarihinden önce verilen ilaçlara ait reçetelerin arkasına yazılmadığı; saymanlıklarca sözkonusu reçete bedellerinin ödenmesinde tereddüte düştüğü belirtilmektedir.

2.6.1988 tarih ve 19830 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan 1989 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ekinde(Ek:3) yer alan kurumlarla eczaneler arasında yapılacak

anlaşmaya esas teşkil etmek üzere Birliğiniz Merkez Heyeti ile Bakanlığımız arasında imzalanan Protokol'ün VII. yürürlük maddesinde, bu protokol hükümlerinin yeni bir protokol düzenleninceye kadar geçerli olacağı karara bağlanmış bulunmaktadır.

Diğer taraftan, 1 Seri No'lu 1989 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı ile öngörülen "reçetelerin arkasına kasa fişi numarası yazılma gereği" hususunda fiilen Talimat'ın yayımından itibaren uygulama birliği sağlanabilecektir.

Bu nedenler ve Talimat'ın yayım günü itibariyle ulaşma gücü de dikkate alındığında kurum ve kuruluşlarca, sözleşmelerin yapıldığı tarihten başlamak üzere tarih ve kasa fişi numarası aranması; bu tarihten önce alınan ilaçlara ait reçetelerin ise arka sayfasına tahsilata ilişkin tarih ve kasa fişi numarası yazılıp yazılmadığına bakılmaksızın bedellerinin ödenmesi; gerektiği mütalaa edilmektedir.

Bilgilerinizi rica ederim.

BAKAN ADINA

Erdoğan ÖZER
Bütçe ve Mali Kontrol
Genel Müdürü

SSYB

Genelgeleri

T.C.
SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM BAKAN-
LIĞI
İlaç ve Eczacılık
Genel Müdürlüğü

Sayı: 08-1296

Ankara, 13 Ocak 1989
TÜRK ECZACILAR BİRLİĞİ
Farabi Sok. No: 35

Çankaya/ANKARA

Bilindiği gibi yurt içinde üretilen ve yurtdışından ithal edilen ispençiyari ve tıbbi müstahzarlar için Bakanlığımızdan izin alınması zorunludur. Ayrıca bu işlemler için gerekli prosedür ilgili yasa ve yönetmeliklerle açıkça belirlenmiştir.

Buna rağmen, bazı eczanelerde gerek yurt içinde üretilmiş ve gerekse kaçak olarak yurtdışından getirilmiş ruhsatsız ilaç bulunduğu ve satışının yapıldığı saptanmaktadır.

Herhangi bir istenmeyen olaya neden verilmesi açısından, ruhsatsız ilaç bulundurulmaması ve satılmaması; Bu konuda denetimlerin sıklaştırılacağı, aksinin saptanması halinde 1262 sayılı yasanın 18,19,20 Ek Madde 1, Ek Madde 2, Ek Madde 3 ve 6197 sayılı yasanın 43. Maddeleri gereğince yasal işlem yapılacağı hususlarının üyelerinize duyurulmasını önemle rica ederim.

Ecz. Rifat Öktem
Genel Müdür Vekili

T.C.
SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI
İlaç ve Eczacılık
Genel Müdürlüğü

Sayı: 06-2176

Konu: Nöbetler

Ankara, 20 Ocak 1989

II. Bölge Ankara Eczacı Odası Başkanlığı
Konur Sokak No:13/2

Kızılay/ANKARA

Ankara ilinde faaliyet gösteren Eczanelerin nöbet konusuna riayet etmediği, eczanelerde nöbet levhalarının bulunmadığı ve iyi aydınlatılmadığı, nöbet levhalarında adreslerin okunmadığı ve nöbet listelerine düzenli bir şekilde nöbetçi eczanelerin isim ve adreslerinin yazılmadığı veya yanlış yazıldığı şeklinde şikayetler Bakanlığımıza intikal ettiğinden üyelerinizin bu konu üzerinde uyarılmalarını ve konunun takip edilmesini rica ederim.

Ecz. Rifat Öktem
Genel Müdür Vekil

T.C.
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI
İLAÇ VE ECZACILIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
Sayı: 08/3379

Ankara, 27 Ocak 1989

.....VALİLİĞİ
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM MÜDÜRLÜĞÜ

Son günlerde Bakanlığımıza ulaşan çeşitli şikayetlerden, burun damlası formunda damlalıklı serum fizyolojik preparatlarının ruhsatsız olarak üretilerek eczanelere dağıtıldığı anlaşılmaktadır.

İliniz eczane ve ecza depolarının kontrol edilerek, ruhsatsız üretilen serum fizyolojik burun damlası mevcutlarının mühür altına alınması ve satışının önlenmesini, ruhsatsız ilaç satıldığı, tesbit edilen eczane ve ecza depoları hakkında yasal işlem yapılmasını, önemle rica ederim.

Dr. Ergun Özdemir
Müsteşar