

Ankara Eczacı Odası Bülteni

ANKARA ECZACI ODASI YAYIN ORGANIDIR



SAYI : 3

CİLT : 3

TEMMUZ - AĞUSTOS 1981

- AEOB'den OKURLARA
- 19. BÜYÜK KONGRE'NİN ARDINDAN
- İLAÇ VE ECZACILIK DÜNYASINDAN
- ECZACI KOOPERATİFLERİ
- BİLGİMİZİ TAZELEYELİM
- KLİNİK ECZACILIK
- YENİ İLAÇLAR
- YASALAR, YÖNETMELİKLER, TÜZÜKLER
- ODA HABERLERİ
- BASINDAN SEÇMELER

**ANKARA ECZACI ODASI
BÜLTENİ**

İKİ AYDA BİR ÇIKAR

Sahibi: Ecz. Nermin USAL

**II. Bölge Ankara Eczacı
Odası Başkanı**

Yazı İşleri Sorumlusu :
Ecz. Asude **AYKAC**

Yönetim Yeri :

Konur Sok. 13/2 Yenişehir/ANKARA
Tel. : 25 42 96 — 25 08 07

- Bültende yayınlanan yazılar Bülten adı gösterilerek yayınlanabilir.
- Yazılardaki görüşlerden yazarı sorumludur. Ankara Eczacı Odasını ve bültenini bağlamaz.
- Eczacılar, Eczacılık Fakültesi ve Yüksek Okulu Öğrencilerine parasız dağıtılır.

İ Ç İ N D E K İ L E R

	Sayfa No.
● Bakış (AEOB)	2
● AEOB'den Okurlara	3
● 19. Büyük Kongre'nin Ardından (AEOB)	5
● İlaç ve Eczacılık Dünyasından Ecz. Arif Sarıyıldız	8
● İstanbul ETÜD - KOOP ile Bir Söyleşi	15
● Demir Eksikliği Anemisi ... Ecz. Leyla Üstel	17
● Hasta - İlaç Profili Ecz. Ayçe Çeliker	23
● Yeni İlaçlar	27
● Belediye Gelirleri Yasası ve Eczaneler	30
● Oda Haberleri	35
● Basından Seçmeler	37

BAKIŞ

Değerli Okuyucular,

Bir süre önce hastane ücretlerine zam yapılması, halkımızın sağlık hizmetlerinden yararlanmasını olumsuz yönde etkileyecektir. Sağlık Bakanlığı ve tıp fakülteleri bütçelerinin sağlık hizmetleri üretiminde yapılan harcamaları karşılamadığı ötedenberi ileri sürülmektedir. Sağlık personelinin aldığı ücretlerin dondurulması da, bu harcamaların kısıtlanması anlayışı sonucunda ortaya çıkmıştır. Ülkemiz bütçesinin %2.8'i sağlık hizmetleri için ayrılmıştır. Günümüz koşullarında bu para ile halkımıza çağdaş sağlık hizmetlerinin verilemeyeceği bir gerçektir.

Bu noktada ülkemizin sağlık politikası iki seçeneğe sahiptir. Birinci seçenek, Genel Sağlık Sigortası yöntemiyle halkın sağlık harcamalarına doğrudan katılımının sağlanmasıdır. Bu yöntem çok öncesi yıllardan beri çeşitli iktidarlarca düşünülmüş, fakat yapısında barındırdığı olumsuzluklar nedeniyle gerçekleştirilememiştir.

İkinci seçenek ise, sağlık hizmetlerine genel bütçeden daha fazla pay ayrılmasıdır. Bundan önceki iktidarlar döneminde sağlık harcamaları «ekonomiye katkısı olmayan giderler» olarak ele alındıklarından, sağlık hizmetlerinin gerek ulusal gelir ve gerekse bütçe içerisindeki payı sürekli düşük tutulmuştur.

Ankara Eczacı Odası olarak görüşümüz; Genel Sağlık Sigortası yönteminin sağlık hizmetlerinin daha da pahalılaşmasına neden olacağı ve «Sağlık hizmetlerinden çağdaş düzeyde ve eşit olarak yararlanmak, her bireyin en doğal ve vazgeçilmez hakkıdır» ilkesini zedeleyeceği doğrultusundadır. Beklenen, devletin halk sağlığı için daha fazla para ayırmasıdır.

Çalışmalarınızda başarı dilerimizle...
AEOB

AEOB'DEN OKURLARA

Değerli Okurlar,

Ülkemizde eczacılık alanında varolan eksikliklerin başında sürekli yayınların azlığı gelmektedir. Türkiye'de ve dünyada ilaçla ve eczacılık mesleği ile ilgili bilimsel ve sosyal gelişmelerin izlenbilmesi ve meslekdaşlarımız arasında belirli düzeyde bir iletişimin sağlanabilmesi ancak dergi, bülten gibi yayınların aracılığı ile olanaklıdır. Bazı Eczacılık Fakülteleri ile FABAD'ın (Farmasötik Bilimler Ankara Derneği) yılda bir veya iki kez yayınladıkları dergi ve bültenler, eczacılığın daha çok bilimsel yanıyla ilgili yazı ve araştırmaları içermektedir.

Aslında sürekli bir mesleki derginin çıkartılması Türk Eczacıları Birliği'nin en önde gelen görevleri arasındadır. Fakat T.E.B. Merkez Heyeti, birkaç yıl öncesine kadar yayınlanmakta olan «Pharmacia» dergisinin çıkartılmasından, parasal güçlük bahanelerinin ardına sığınarak caymışlardır. Bu alanda oluşan boşluğun bilincinde olan Ankara Eczacı Odası; iki yıl öncesine dek yayınlanmakta olan «Çağdaş Eczacılık Dergisi» ile İstanbul ve İzmir Eczacı Odaları ile birlikte halen yayın yaşamını sürdürmekte olan «Hayvan Dergisi»nin yayınlanmasında çaba harcamıştır.

Ankara Eczacı Odası Bülteni (AEOB), yaklaşık 3 yıl kadar önce birkaç sayfalık teksirle yayın yaşamına başlamıştı. Bugüne kadar olan süreç içerisinde iki ayda bir sürekli olarak yayınladığımız Bülten, meslekdaşlarımızın ilgileriyle paralel olarak giderek gelişmiş ve elinizde bulunan niteliğine ulaşmıştır. AEOB'nin gelişim sürecini yakından izleyen okurlarımız bilirler; yazar kadrosu başlangıçta sadece Ankara Eczacı Odası yöneticileri ve yayın kurulunda çalışanlarla sınırlıydı. Fakat, özellikle son bir yıl içerisinde Ankara'daki meslekdaşlarımız, çeşitli türdeki yazılarıyla bizlere destek olmaya başlamışlardır.

Şimdiki amacımız, AEOB'ni daha kapsamlı ve en geniş okuyucu kitlesinin beğenisini kazanacak bir dergi düzeyine getirmektir. Bu nedenle sadece Ankara'daki değil, ülkenin her yerindeki

meslekdaşlarımızın yazı, eleştiri ve önerilerini bekliyoruz. Arkadaşlarımızın sağlık, ilaç ve eczacılıkla ilgili her konuda görüşlerini içeren yazılarına, araştırmalarına, sorunlarına ve isteklerine Bültenimizin sayfaları daima açıktır.

AEOB'nin tirajı 1500 adet olup, Ankara'daki tüm üyelerimize iletildiği gibi, İstanbul ve Anadolu'da bulunan 500'den fazla meslekdaşımıza da sürekli gönderilmektedir. Son aylarda Bülten'e karşı olan istemlerin artması nedeniyle tirajı 2000'e çıkartmayı düşünüyoruz. Bu arada Bülten'e yazı iletmek veya kendilerine bülten gönderilmesini isteyen arkadaşlarımızın «Ankara Eczacı Odası Yayın Kurulu, Konur Sok. 13/2 Kızılay - Ankara) adresine başvurabileceklerini anımsatalım.

Esenlikler dileriz.

AEOB

Sayın Üyeler,

Ankara Eczacı Odası Mali Genel Kurulu aşağıda belirtilen yer ve tarihte toplanacaktır. Bilgilerinize sunarız.

**Ankara Eczacı Odası
Yönetim Kurulu**

**Tarih : 25 Eylül 1981 (Çoğunluklu)
26 Eylül 1981 (Çoğunluksuz)**

**Yer : Ankara Eczacı Odası Toplantı Salonu
Saat : 14.00**

19. Büyük Kongrenin Ardından

Uzun bir süre ertelenmiş bulunan Türk Eczacıları Birliği 19. Büyük Kongresi 25-27 Haziran tarihlerinde, İstanbul'da Marmara Etap Oteli Salonlarında yapıldı.

Kongrenin açılış konuşmasını yapan T.E.B. Merkez Heyeti Başkanı İbrahim Çetinkaya, kişi başına 354 liralık ilaç tüketildiğini, fakat ülkemizde ilaç savursanlığının önemli boyutlara ulaştığını söyledi. Kongre'ye konuk olarak katılan S.S.Y. Bakanı Prof. Necmi Ayanoğlu ile İstanbul Valisi Nevzat Ayaz'ın konuşmalarından sonra, Divan Başkanlığı seçimlerine geçildi. Fakat Başkanlık için aday gösterilen İzmir Eczacı Odası'ndan İlker Kitiş'in adaylığı, delege olmadığı gerekçesiyle reddedildi. Bu arada Divan Başkanlığına adaylardan Ankara Eczacı Odası delegesi Doğu Nebioğlu söz alarak, İlker Kitiş'in adaylığının geri çevrilmesini yeren konuşmasının ardından, adaylıktan çekildiğini belirtti. Yapılan seçimler sonrasında Divan Başkanlığına Denizli delegesi Burhan Uzunoglu ve 2. Başkanlığa da Adana delegesi Kenan Karamüftüoğlu getirildiler. Divanın oluşturulmasının ardından Bütçe ve Hesap, Mevzuat, Dilek ve Öneriler Komisyonları üyeleri seçildi.

Bu arada İzmir Eczacı Odası delegelerinin Kongre'ye alınmaları ile ilgili bir önerge okundu. Divan Başkanı, önerge sahibi Ankara Eczacı Odası delegesi Arif Sarıyıldız'a söz verdi. Arif Sarıyıldız yaptığı konuşmada, «İzmir Eczacı Odasının Sıkıyönetim Komutanlığının izin vermemesi nedeniyle Genel Kurulu'nu yapamadığını» belirtti ve sözlerine şöyle devam etti. «İzmir Eczacı Odası açıktır, yani çalışmalarını durdurulmamıştır. Sadece bölgesel koşullar nedeniyle genel kurullarını yapmalarına, tüm Odalar ve Dernekler gibi izin verilmemiştir. Bu nedenle son genel kurulda seçilen delegelerin bu Kongre'de İzmir Eczacılarını temsil etmelerinden daha doğal birşey olamaz. İzmir Eczacı Odası Başkanı Işık Boyacıgiller'de yasamız gereği olarak doğal delegedir, fakat Merkez Heyeti Başkanı tarafından Kongre Salonu'na alınması engellenmektedir.» Arif Sarıyıldız, İzmir Eczacı Odası delegelerinin ve aynı koşullarda bulunan Trabzon Eczacı Odası delegelerinin Kong-

re'ye katılmalarının Genel Kurulun oyuna sunulmasını isteyerek konuşmasını bitirdi. T.E.B. Merkez Heyeti adına yapılan konuşmada ise, İzmir ve Trabzon Eczacı Odalarının genel kurullarını yapmadıkları belirtilerek, sorunun bölgelerinde çözümlenmiş olmasının gerektiği; burada yapılacak hiçbir şey olmadığı ve bu delegelerin Kongre'ye katılmalarının doğru olmayacağı savunulmuştur.

Önerge lehinde İzmir Eczacı Odasından İlker Kitiş'in yaptığı konuşmadan sonra, Divan Başkanı Burhan Uzunoglu, Önergenin, yasa gereği delegelerin beşte birinin imzalarıyla geçerli olabileceğini söyleyerek, genel kurulun oylarına sunmadı.

Daha sonra T.E.B. Merkez Heyeti adına Serap Özberk ve Ümit Güneysu Çalışma ve Hesap Raporunu; Denetleme Kurulu üyesi Metin Seyithanoğlu ise Denetleme Kurulu Raporunu okudular. Merkez Heyeti komisyonlarının raporlarının okunmasının ardından, Kongre'nin ilk günkü çalışmaları sona erdi.

19. Büyük Kongre'nin ikinci günü çalışmalarının başında; 33 delegenin imzalarını taşıyan ve İzmir ile Trabzon Eczacı Odaları delegelerinin Kongre'ye alınmalarını savunan bir önerge verildi. Bu arada söz alan İzmir Eczacı Odası Başkanı Işık Boyacıgiller; her türlü çabalarına karşın genel kurul için Sıkıyönetim Komutanlığından izin alamadıklarını belirtti ve konuşmasını şöyle sürdürdü: «Sıkıyönetim Komutanlığı, genel kurul dışındaki tüm çalışmalarımıza izin vermiştir. Üstelik Merkez heyeti bizim yönetimimizin yasallığını tanımaktadır. Çünkü tüm yazışmalarını bizimle yapmaktadır. Delegelerimizin 2 yıllık çalışma sürelerini aştıkları gerekçesi ise yetersiz kalmaktadır. Çünkü Merkez Heyeti yönetimi de yasadaki 2 yıllık sürelerini 8 ay önce doldurmuşlardır. O halde Merkez Heyetinin son 8 ay içerisindeki çalışmalarının geçersiz sayılması gerekir.» Işık Boyacıgiller'in konuşmasını yanıtlamak üzere kürsüye gelen İbrahim Çetinkaya, yeni seçim yapılmadığı için eski delegelerin Kongre'ye katılmalarının uygun olmayacağını söyledi.

Daha sonra önerge Genel Kurulun oylarına sunuldu. Oylama sonucunda İzmir ve Trabzon Eczacı Odaları delegelerinin Kongre'ye alınmaları kabul edilmedi. Fakat Divan Başkanı, İzmir Eczacı Odası Başkanı Işık Boyacıgiller'in doğal delege olarak Kongre Salonu'na alınmasına karar verdi.

Çalışma, Hesap ve Denetleme Kurulu Raporlarının görüşülmesi bölümünde çeşitli Odalardan delegeler söz alarak görüşlerini belirttiler.

Kongre'nin son günü sabah oturumunda, Merkez Heyeti ve Denetleme Kurulu aklandı. 1981 - 82 bütçesinin onaylanması ve komisyonlardan gelen raporların görüşülmesinden sonra, 6643 sayılı yasanın uygulanmasına ait yönetmelikte yapılan değişiklikler tartışıldı.

T.E.B. 19. Büyük Kongresi yapılan seçimlerle sona erdi. Merkez heyeti Yönetim Kuruluna seçilen meslekdaşlarımız şunlardır : İnci Şengün, Melih Ziya Sezer, Nurettin Turan, Ayhan Tütel, Metin Seyithanoğlu, İbrahim Çetinkaya, Serap Özberk.

AEOB'nin YORUMU : 19. Büyük Kongre, T.E.B.'nin tarihinde İzmir ve Trabzon Eczacı Odaları delegelerinin Kongre'ye alınmaması nedeniyle olumsuz bir yere sahip olacaktır. Özellikle Birlik Başkanı İbrahim Çetinkaya'nın, bu odalara ait delege arkadaşların salona girmelerini bile engellemeye kalkışması, Eczacı Odaları arasındaki dayanışmayı bozucu davranışlarının somut bir örneği olmuştur. Merkez Heyeti Çalışma Raporu'nda, hatta Murakabe Kurulu Raporu'nda bile Ankara Eczacı Odası'na yöneltilen yoğun eleştirileri de bu anlayış doğrultusunda ele almak gerekiyor. Kongre sırasında İbrahim Çetinkaya'ya yaptığımız «birlik içerisinde çalışma» önerimizin uygun olmayan bir biçimde geri çevrilmesi ise düşündürücüdür.

19. Büyük Kongre'de tanık olduğumuz diğer bir olgu, delegelerin çoğunluğunun Çetinkaya yönetiminin yetkin olmadığını kabul etmeleridir. Buna karşın İbrahim Çetinkaya yine T.E.B. Merkez Heyeti Başkanlığına seçilmiştir. Bu çelişkinin gelecek Kongre'ye dek tüm Odalarca değerlendirilmesi gerekmektedir.

İLAÇ ve ECZACILIK DÜNYASINDAN

Hazırlayan : Ecz. Arif SARIYILDIZ



Değerli Okuyucular,

İlaç ve Eczacılık Dünyasından sütununun sayfalarını bu sayıda İsveç'li bir konuğumuzla yaptığımız söyleşiye ayırdık. Amacımız, daha önceki sayılarda Macaristan ve Norveç'i İlaç ve Eczacılık alanında tanıtmaya çalıştığımız gibi, İsveç'i de tanıtmak. Konuğumuz, İsveç Eczacılık Fakültesi'nden bir öğrenci ve adı da Bodil Fornstedt.

Konuğumuzla söyleşiye geçmeden önce sizlere İsveç'le ilgili birkaç bilgi aktarmak istiyorum. İsveç'in nüfusu 8.3 milyon ve nüfus artışı hızı ise %0.2. Erkeklerin ortalama yaşam süreleri 75,5 ve kadınlarınki 81,3 yıl. Ulusal Gelirleri içerisinde sağlık hizmetlerine ayrılan pay oldukça yüksek ve %8,6 dolayında. Sağlık hizmetleri içerisinde ilacın payı %8,6'lık bir orana sahip. İsveç, doktor sayısının 17 bin ve doktor başına düşen nüfus sayısının da 490 dolayında olması açısından da örnek alınacak bir ülke. Şimdi konuğumuzla İlaç ve Eczacılık alanında yapacağımız söyleşiye geçelim.

AEOB : — Kendinizi kısaca tanıtır mısınız?

B.F. : — 1959 yılında İsveç'in Göteburg kentinde doğdum. Annem 1953 yılında İsveç'e yerleşen bir Türk. Babam ise İsveç'li. Her ikisi de kimya mühendisi. Babamın emekli olmasına karşın annem bir üniversitede çalışma yaşamını sürdürüyor. Bense İsveç Eczacılık Fakültesi'nde öğrenim görüyorum ve eylül ayında 4. sönestre başlayacağım.

AEOB : — Türkiye'ye gezmek amacıyla mı geldiniz?

B.F. : — Buraya gelişimin iki nedeni vardı. Öncelikle Türkiye'deki akrabalarımı ziyaret etmek istedim, çünkü 1972'den bu yana ülkenize hiç gelememiştim. Bu arada yaz stajımı da yapıyorum. Bir ay kadar Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü İlaç Kontrol Şubesi'nde staj yaptım. Ağustos ayı boyunca da I.P.S.F. (=Uluslararası Eczacılık Öğrencileri Federasyonu) aracılığı ile bağlantı kurduğum, İstanbul'daki bir eczanede yaz stajımı tamamlayacağım.

AEOB : — İsveç'te kaç tane Eczacılık Fakültesi var?

B.F. : — İsveç'te Eczacılık Fakültesi bir tane, o da Uppsala kentinde. Fakülte daha önce Stockholm'deydi. Fakat bir süre önce Uppsala'ya taşındı ve Tıp ile Kimya Fakülteleriyle birlikte «Bio-medical Centre» isimli bir kampüs içinde yerini aldı. Kanımca Eczacılık Fakültesi'nin Uppsala'ya taşınmasında, İsveç'in en büyük ilaç fabrikalarından birisi olan «Pharmacia»nın payı olsa gerek. Çünkü Fakülte ile Pharmacia arasında her alanda sürekli bir diyalog var.

AEOB : — Fakültenizde öğrenim kaç yıl sürüyor?

B.F. : — Şunu öncelikle belirtmek istiyorum. Öğrendiğime göre Türkiye'deki Eczacılık Fakültelerinde tek tip öğrenci eğitiliyor. İsveç'te ise bu durum değişik. Fakülteye alınan öğrenciler üç grupta toplanıyor. 1. gruptakiler, ki bende bu grupta yer alıyorum, 4 yıllık bir eğitimden sonra eczacı olarak mezun oluyoruz. 2. grup ise 2,5 yıllık bir eğitimden sonra, eczacı ile teknisyen arasında bir statüye sahip oluyorlar. 3. gruptakiler ise 1 yıllık bir eğitimin ardından eczacı teknisyeni olarak mezun olmaktadır. Fakat yakında 2. ve 3. grup birleştirilecek sanırım.

AEOB : — Peki, Eczacılık Fakültesine her yıl alınan öğrenci sayısı ne kadar?

B.F. : — Fakültemde öğrenim sistemi sömestr usulüne dayanıyor. Bu nedenle her yıl değil, her sömestr öğrenci alınmakta. Öğrenci kontenjanı ise her grup için 40 dolayında. Az önce bir şey söylemeyi unuttum. 2. ve 3. grup mezunu olanlar ancak bir eczacı yanında çalışabilirler, yani bir eczacının sorumluluğu altında görev yapabilirler.

AEOB : — Pekala, biz normal eczacıların gördüğü öğrenime geçelim. Ana hatları ile bizi aydınlatırmısınız?

B.F. : — İsveç'te eczacılık öğrenimi 8 sömestrden oluşuyor ve 4 yılda tamamlanıyor. İlk üç sömestrde ağırlıklı olarak kimya eğitimi veriliyor. Organik ve Fiziko Farmasötik Kimya 19 hafta, Analitik Farmasötik Kimya 16 hafta, Organik Farmasötik Kimya 17 hafta ve Farmasötik Biyokimya 8 hafta sürüyor. Ben Türkiye'ye gelmeden önce Farmasötik Biyokimya dersinden eğitim gördüm ve 4. sömestre geçtim. Eylül ayından başlayarak 8 hafta Farmakognozi, 4 hafta Morfoloji ve 8 hafta'da Farmasötik Mikrobiyoloji okuyacağım.

5. Sömeſtr'de daha çok tıpla ilgili dersler var. Fizyoloji 8 hafta, Farmasötik Farmakoloji 9 hafta ve Toksikoloji 3 hafta sürüyor. 6. Sömeſtr'de ise 13 hafta Galenik Farmasi ve 7 hafta Biyofarmasi eğitimi görölmekte.

7. Sömeſtr'de en çok merak ettiğim ve yararlı olacağına çok inandığım bir ders var. Sosyal Farmasi. Sanırım Türkiye'de böyle bir ders yok. Çünkü Ankara'da bulunan 2 Eczacılık Fakültesi'nin eğitim programlarını inceledim. Ve böyle bir derse rastlayamadım. Bilmem yanılıyor muyum?

AEOB : — Fakültelerimizde bu isim altında bir ders yok. Sanırım, bazı Fakültelerdeki seçmeli derslerin birkaçı eczacılığın sosyal yönünü öğretmeyi amaçlıyor. Peki, sizdeki bu Sosyal Farmasi dersi ne kadarlık bir süreyi kapsıyor?

B.F. : — 7. Sömeſtr'de sadece bu ders veriliyor. Yani 20 hafta.

AEOB : — Son sömeſtr'deki eğitimden de söz eder misiniz?

B.F. : — 8. Sömeſtr'de görölen eğitime, uzmanlaşma eğitimi de diyebiliriz. Öğrenciler bu sömeſtr'e dek gördükleri derslerden bir tanesini seçip, 20 hafta süresince bu dersten ayrıntılı olarak eğitiliyorlar. Diyelim ki Organik Farmasötik Kimya dersini seçtiniz. İşte 8. sömeſtr boyunca bu branşta bir anlamda uzmanlaşıyorsunuz.

Bir ikinci seçenek daha var. Dilersek 10 hafta süresince uzmanlaşma eğitimi görüyoruz. Diğer 10 hafta ise Tıp ve Hastalıklar ile ilgili eğitimi kapsıyor.

AEOB : — Fakülteyi bitirince ne yapmayı düşünüyorsunuz?

B.F. : — Bu sorunun yanıtını verebilmem için zaman henüz erken. Fakat bir eczanede çalışmayı düşünmüyorum. Çünkü eczacılığın daha çok pratikle ve araştırmayla ilgili yönü ilgimi çekiyor.

AEOB : — İsveç'te eczacı sayısı ne kadar?

B.F. : — 1979 yılında 3800'ü eczanelerde ve hastanelerde, 500'ü ise ilaç sanayiinde olmak üzere yaklaşık 4300 dolayında eczacı vardı.

AEOB : — Peki, eczane sayısı?

B.F. : — 720.

AEOB : — İsveç'te eczane açabilme koşullarını özetler misiniz?

B.F. : — Bu soruyu yönelttiğimize göre, İsveç'te eczanelerin devlete ait olduklarını biliyorsunuz sanırım. Bizde eczanelerin

tümü de on yıl kadar önce devletleştirildi. Bu nedenle bizlerin eczane açabilme olanağımız yok. Fakülteyi bitiren bir eczacı, şayet bir eczanede çalışmak istiyorsa Eczacılar Birliği'ne başvurur ve atanması yapılır. İşe yeni alınan bir eczacı, genellikle İsveç'in küçük bir yerindeki eczanede göreve başlatılır.

AEOB : — Devlet sektörü dışında eczacılar nerede çalışabiliyorlar?

B.F. : — Sadece ilaç sanayiinde çalışabilirler. Fakat ilaç sanayiine girmek oldukça güç. Çünkü sıkı bir seçim yapılıyor.

AEOB : — İlaç sanayiinin de devletleştirilmesi düşünülüyor mu?

B.F. : — Bu konu sürekli olarak güncelliğini korumakta. İsveç'te ilaç sanayiinin devletleştirilmesini savunanlar oldukça çok. Fakat kanımca birtakım sorunlar var ki, bu konu henüz bir sonuca bağlanamadı.

AEOB : — Yine eczacıların çalışma alanlarına dönelebilirler mi?

B.F. : — Hastane eczanelerinde çalışıyorlar tabii ki. Klinik laboratuvarlarında çalışanlar da var, fakat çok değil. Fakültede asistanlık yapmak pek popüler değil. Çünkü asistanların eline az para geçiyor. Branşlardan en çok analitik kimya ile galenik farmasi tercih ediliyor. Genel bir davranış ise, bu branşlarda 4-5 yıl süren doktora eğitiminin ardından ilaç sanayiine veya büyük eczanelere geçmek oluyor.

AEOB : — İsveç'te eczacıların ortalama ücretleri hangi düzeyde?

B.F. : — Sanayii dışında çalışanların tümü de devlet memuru oldukları için aldıkları maaş kıdemlerine göre değişiyor, doğal olarak. Kıdemli bir eczacının maaşı, sanırım 10-11 bin kron dolayında. (1 İsveç Kronu = yaklaşık 22 TL.) Bunun %50'si vergi olarak kesiliyor. Az önce de söylediğim gibi fakültede çalışanlar daha az para alıyorlar. İlaç sanayiinde çalışanların ekonomik durumları ise oldukça iyi.

AEOB : — Sayın Fornstedt, şu ana kadar hep eczacılıktan konuştuk. Dilerseniz biraz da ilaçtan söze geçelim. Örneğin, İsveç'te ilaç fiyatlarındaki artış hızı ne düzeyde?

B.F.: — Şunu baştan belirtmek istiyorum. Henüz öğrenci olduğum için, ilaçla ve ilaç sanayii ile ilgili sorularınızı yanıtlamakta güçlük çekebilirim. Fakat Türkiye'ye gelirken yanımda bazı dökümanlar getirmiştim. Onlardan da yararlanarak sizleri aydınlatmaya çalışacağım.

İsveç'te ilaç fiyatlarındaki artış hızı 1970 - 79 yılları arasında %153'lük bir düzeyde. On yıllık bu süre içerisinde, diğer tüketim mallarındaki artış hızı ise %216.

AEOB: — Farmasötik preparat sayısı elinizdeki dökümanlarda var mı?

B.F.: — Evet var. 1974 yılında 2.618 olan farmasötik preparat sayısı, 1980 yılında 2.432'ye düşmüş.

AEOB: — Peki, bu düşme nasıl oluyor?

B.F.: — Ülkemde ilaç ruhsatları belirli bir sürü sonunda yeniden gözden geçiriliyor. Ve piyasada bulunması yararlı bulunmayan ilaçların ruhsatları iptal ediliyor. Örneğin, 1979 yılı içinde 89 yeni ilaç ruhsat alırken, 118 ilacın ruhsatı iptal edilmiş.

Peki Türkiye'de ruhsatlı ilaç sayısı ne kadar? Özür dilerim, soruları siz soracaktınız, fakat merak ettim. Çünkü Ankara'da gördüğüm eczanelerde o kadar çok çeşitli ilaç vardı ki, ilaç Kontrol Şubesinde staj yaparken de, aynı etken maddeyi içeren birçok farmasötik preparat olduğuna tanık olmuştum.

AEOB: — Bu sorunuza Türkiye'de artık klasikleşen bir yanıt vermek zorundayım. Çünkü ruhsatlı ilaç sayısı 20 bin dolayında ve kimse de gerçek sayıyı bilmiyor. Piyasada bulunan farmasötik preparat sayısı ise 3.500 - 4.000 dolayında.

Ben sorularımı sürdürmek istiyorum. İsveç'te ilaç tüketimi ne düzeyde?

B.F.: — 1980 yılında ilaç tüketimi toptancı fiyatı ile 2.5 milyon kron dolayında. Perakende satış fiyatı üzerinden hesaplayabilmek için %35'lik eczane karını eklemek gerekiyor. Sanırım 75 milyar TL yapıyor değil mi?

AEOB: — Sanırım önünüzdeki dökümanda İsveç'te tüketilen ilk 10 ilaç yer alıyor, değil mi?

B.F.: — Evet. İlk 10 ilaç arasında da 4 tane beta bloker, 2 tane diüretik, birer tane de antiromatizmal, antiasit, hormon ve analjezik preparat var.

AEOB : — Bu bilgilerden ülkenizde kardio - vasküler hastalıkların çokluğu sonucuna varabilir miyiz?

B.F. : — Haklısınız ve bunun sonucu olarak ta, 1978 yılında ilaçların %18.1'ini bu hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçlar oluşturuyor. 1970 yılında ise bu oran %14.3 idi. Türkiye'de en çok tüketilen ilaç grubu hangisi?

AEOB : — İlk sırada % 20'lik bir oranla antibiyotikler yer alıyor. İsveç'te de antibiyotik kullanımı çok mu?

B.F. : — Hayır, giderek azalıyor. Nitekim, 1970 yılında % 14 oranında kullanılırken, sekiz yıl sonra bu değer %8.9'a kadar düştü.

AEOB : — Batı ülkelerinde genellikle, sanayileşmeyle de koşut olarak psikofarmasötik ilaç kullanımlarının yaygınlaştığı biliniyor. Bu olgu ülkeniz için de geçerli mi?

B.F. : — Hayır, geçerli değil. Çünkü İsveç'te bu tür ilaçların tüketimi giderek azalıyor. Şu anda tüm ilaçlar arasında psikofarmasötik ilaçların kullanım oranı %8 ve 3. sırada yer alıyor. Fakat 1970 yılına göre kullanımlarında %4 dolayında gerileme var. Bu gruptaki ilaçlardan en çok hipnotik ve sedatifler tüketiliyor. Nöroleptik ve antipsişik preparatların kullanımı ise daha az.

AEOB : — İsveç ilaç sanayiinde özel ve kamu sektörünün payları nasıl?

B.F. : — Özel sektör üretime egemen durumda, fakat devletin de etkinliği var. Payları konusunda ise kesin bir değerlendirme yapamayacağım.

AEOB : — İlaç sanayiinde yabancı sermayenin etkinlik düzeyini sorsam?

B.F. : — İsveç'teki ilaçların % 50'si tümüyle yerli sermayeli ilaç firmaları tarafından üretiliyor. İlaçların diğer bölümü ise A.B.D, İsviçre, İngiltere ve B. Almanya kökenli ilaç firmalarınınca üretilmekte. Size daha somut bilgi vereyim. İsveç'te ilaçların %45'i on ilaç firması tarafından üretiliyor ve bunların 6 tanesi İsveç firmasıdır. Diğer ilaç firmaları ise; 2'si İsviçre, birer tanesi de ABD. ve İngiltere kökenlidir.

AEOB : — İsveç ilaç sanayiinde AR-GE (=araştırma ve geliştirme) çalışmaları önemli düzeyde mi?

B.F. : — Hem de oldukça önemli bir düzeyde. 1978 yılında ilaç sanayii AR-GE çalışmaları için 390 milyon İsveç Kronu harcanmış. (8.580 milyar TL.) Örneğin, söyleşimizin başında da belirttiğim gibi, Pharmacia ilaç Firması ile Eczacılık Fakültesi AR-GE çalışmalarında sıkı bir işbirliği içindedirler. Fakültede yapılan araştırmaların önemli bir bölümünü bu firma finanse etmektedir. Ayrıca sanayii bünyesinde de araştırma laboratuvarları bulunmaktadır.

AEOB : — Sorularıyla sizi yordum. Teşekkür ederim.

B.F. : — Ben de teşekkür ederim.

T.E.B. MERKEZ HEYETİ ÇALIŞMA RAPORU'NDAN SEÇMELER MALİ SIKINTI (MI?)

«Bir kısım odalar, mali imkansızlıktan dolayı eczacılara direkt olarak sık sık sirküler gönderemediğimizden yararlanarak...» (Sayfa: 8)

«T.E.B. ittifakla F.I.P.'e üye olarak kabul edilmiştir... Bütün bunların yanında bizim için yüksek olan bir yıllık aidatın ödenmesi zorunluluğunu da burada belirtmek isteriz.» (Sayfa : 10)

«14 Mayıs 1980'de yapılan Uluslararası Eczacılık Semineri giderleri 740 bin TL'dir.» (Bütçe Raporundan)

BİRLİK!.. BERABERLİK!..

«Eczacılık Camiasının birliğe ihtiyacı vardır. Merkez Heyeti bu konuda azami gayret, itina ve müsamahayı göstermiştir.» (Sayfa : 25)

«Özellikle eczane eczacılarının Eylül ayında yapılacak olan Eczacı Odası Kongrelerine katılarak, serbest eczanelerin varlığını gerçekten savunan meslekdaşlarına destek olmaları şarttır.» (Sayfa : 26)

T.E.B. ve NİJERYA

«Gerçekte ülkemizde eczacı fazlalığı yoktur.» (İbrahim Çetinkaya'nın konuşmasından)

«Meslekdaşlarımızın yurt dışında çalışmalarını sağlayabilmek amacıyla Avrupa ve Afrika Ülkeleriyle temasa geçilmiş ve eczacıya ihtiyacı olan Nijerya'dan cevap alınmıştır.» (Sayfa : 40)

ECZACI KOOPERATİFLERİ

İSTANBUL ETÜD-KOOP İLE BİR SÖYLEŞİ

Ankara Eczacı Odası Bülteninin amaçlarından birisi de yurt düzeyinde oluşan eczacılık mesleği ile ilgili etkinlikleri okurlarına iletmektir. Son yıllarda giderek gelişen «Eczacıların Kooperatifleşmesi» olayı da bu tür etkinliklerin en önemlilerinden biridir. Bu amaçla ülkemizin ilk eczacı kooperatiflerinden biri olan İSTANBUL ETÜD-KOOP (S.S. İstanbul Eczacılar Temin, Üretim ve Dağıtım Kooperatifi) ile bir söyleşi yaptık. Bültenimizin sorularını ETÜD-KOOP Yönetim Kurulu üyesi Ecz. Adnan Günüşen yanıtladı.

AEOB : — Kooperatifinizi kısaca tanıtır mısınız?

ETÜD-KOOP : — Kuruluşunu Ocak 1980 de tamamlayan kooperatifimiz düzenli ilaç dağıtımına 9 Şubat 1980 tarihinde başlamıştır. Başlangıçta 40 olan ortak sayısı bugün için 65 tir. Kooperatife katılma payı 30.000.— TL. dir. Son Genel Kurulda ise bu miktar taksitle ödenmesi koşuluyla 100.000.— TL. sına çıkarılmıştır. Kuruluş sermayemiz 1.200.000.— TL. sı ve şu andaki sermayemiz ise 1.950.000.— TL. dir. Ortalama olarak aylık 3.500.000.— TL. ciro gerçekleştirmiş durumdayız.

AEOB : — Eczacı Kooperatifleri olayı ülkemizde henüz yenisidir. Kaldı ki siz de ilk kurulan kooperatiflerden birisiniz. Deneyimsizliğiniz nedeniyle ne gibi güçlüklerle karşılaştınız?

ETÜD-KOOP : — İşletme konusunda önemli güçlüklerle karşılaştık. Yaptığımız yanlışlıklar genellikle depoculuk deneyimimizin olmayışından kaynaklanmıştır. Ancak sorunlar Yönetici - Personel tüm arkadaşların özverili çalışmalarıyla kısa zamanda çözümlenmiştir. İlaç alınması ve dağıtılmasında deneyim kazanılmış, sirkülasyon hızlandırılmıştır. Ayrıca ilk aylarda kooperatifde muhasebe müdürünün ve telefonun bulunmayışı bazı aksamlara neden oluyordu. Günümüzde bu zorlukların çoğu aşılmış durumdadır.

AEOB : — Diğer Eczacı kooperatifleri ile ETÜD-KOOP'un bir karşılaştırmasını yapar mısınız?

ETÜD-KOOP : — Diğer kooperatiflerle ETÜD-KOOP'u kıyaslamadan önce kendi özel konumumuzu belirtmekte yarar görüyo-

rum. ilaç fabrikalarının hemen hepsinin İstanbul'da oluşunun, ilaç alımı açısından kolaylık sağlayacağı düşünülse bile ecza depolarının çokluğu bu durumu olumsuz yönde etkilemektedir. Şöyle ki, ekonomik yönden güçlü depolar ilacı fabrikadan öncelikle alıp dağıtma şansına sahip olmaktadır. Tüm bunlara karşın en az ciro ile çalışan kooperatiflerden biri olarak, yine de 1.089.347.— TL. ris- turn dağıtmış durumdayız.

AEOB : — Sizce eczacıların kooperatifleşmesi olayında Eczacı Odalarının ve Türk Eczacıları Birliğinin işlevi ne olmalıdır?

ETÜD-KOOP : — Önceliklê odaların etkin olarak çalışmalarını, eczane eczacılarının sorunlarını yakından izlemelerini, daha sonra da onları yönlendirmeleri gerektiğini düşünüyoruz.

T.E.B. Merkez Heyeti ise yurt çapında kooperatifleşmeyi sağlayacak şekilde odaları yönlendirmelidir. Kooperatiflerin gelişmeleri için gerek Bakanlıkla, gerekse ilaç firmalarıyla görüşmeler yapmalıdır.

AEOB : — İlerisi için düşüncelerinizi özetler misiniz?

ETÜD-KOOP : — Önümüzdeki yıllarda artan sermayemizi iyi değerlendirerek ortaklarımızın tüm ilaç gereksinmelerini karşılamayı amaçlıyoruz. Peşin % 10, aylık % 8 iskonto ve daha seri ilaç dağıtımını gerçekleştirmeyi planlıyoruz. Düzenli ve disiplinli bir çalışma sistemini oturtmak arzusundayız. Amaçlarımız arasında kooperatif ortakları arasındaki sosyal dayanışmayı geliştirmekte vardır. Diğer taraftan kooperatifler arası ilişkilerin «ilaç değiştirme» işlemlerinin geliştirilmesinin gerekli olduğu kanısındayız. Bu nedenle de sık sık toplantılar düzenleyip «Kooperatifler Birliği»ne yönelik çalışmaların yapılmasından yanayız.

AEOB : — Kooperatifinize veya diğer Eczacı Kooperatiflerine ortak olmayan eczane sahipleri için söyleyecekleriniz var mı?

ETÜD-KOOP : — Kooperatiflere ortak olmayanların kooperatif çalışmalarını merakla izlediklerini biliyoruz. Yurdun çeşitli yerlerinde kurulan eczacı kooperatiflerinin başarıları, bu meslektaşlarımızın kooperatiflere katılmalarını kolaylaştıracaktır. Tüm meslektaşlarımızın ekonomik ve sosyal yönden daha iyi bir konuma ulaşmaları, kooperatiflere ortak olmalarıyla gerçekleşebilir. Bu nedenle tüm eczane sahibi eczacıları kooperatiflere ortak olmaya ve eczacıların birlik, beraberlik ve dayanışma içinde büyük bir güç olduklarını kanıtlamaya çağırıyoruz.

Bilgimizi Tazeleyelim

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ

Derleyen : Ecz. Leyla ÜSTEL
H.Ü. Top. Hek. Köy Sağlığı Enst.
Etimesgut Hastanesi

Halk arasında kansızlık diye bilinen aneminin çeşitli nedenlere bağlı değişik tipleri olmakla birlikte, ülkemizde ve dünyada en yaygın türü olan demir eksikliği anemisi hakkında bilgimizi tazelleyelim.

Anemi, kan hücrelerinin veya hemoglobinin kan hacmine göre azlığı diye tanımlanabilir. Alyuvar yapımının azlığından veya parçalanmasının hızlanmasından kaynaklanır.

Folikasid, demir ve vitamin B 12, hemoglobin sentezi için gerekli olan elemanlardandır. Bu elemanlar ya yetersiz düzeydedirler, ya da emilim ve kullanımlarında bozukluklar vardır.

Bu elemanların eksikliği ile gelişen anemilerin tedavisinde, uygun beslenme ile eksik olanı yerine koyma esas olmalıdır.

Ülkemizde en sık görülen hastalıkların arasında yer alan anemi, 1980 yılında Etimesgut Sağlık Bölgesinde en çok görülen onaltı hastalığın onuncusu olarak saptanmıştır.

Aynı yıl o yaş grubundaki en önemli 5 hastalığın dördüncü sırasında yer almıştır.

Yapılan araştırmalar, bu anemilerin % 70'inden fazlasının demir eksikliği anemisi olduğunu ortaya koymuştur.

6-24 ay arasındaki çocuklar anemik olduklarında enfekte olma oranları artmakta, iyileşmeleri gecikmektedir. Bu nedenledir ki, 1978 yılında çocuk servisindeki yatak işgalinde 4. sırayı anemi almaktadır.

Demir, vücutta hem iyonize, hem de non-iyonize şekilde bulunur. Vücutta bulunan demir, kilo, yaş ve cinse göre farklılıklar gösterir. Toplam demirin % 60-70'i hemoglobindedir. Geri kalan

demir, hemosiderin ve ferritin şeklinde karaciğer, dalak ve kemik iliğinde depolanır. Çok az miktarlarda sitokrom enzimlerinde ve kaslarda bulunur.

Çok az demir atılır. Gereken demirin % 95'i, ömrü dolarak parçalanmış kan hücrelerinden açığa çıkan demirden sağlanır.

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ NEDENLERİ VE TANISI :

Pek çok neden demir eksikliği anemisine yol açar. Peptik ülser, alkol eritasyonu, mide-bağırsak kanalı tümörlerine bağlı sürekli kan kaybı, emilim bozukluğu, yetersiz beslenme, gastrektomi, gebelik ve emzirme ile artan gereksinim, erişkinlerdeki demir eksikliği anemisinin nedenleridir.

YENİ DOĞANLARDA VE ÇOCUKLARDA :

Demir eksikliği anemisi yeni doğanlarda olabilir veya bebeklik döneminde gelişebilir.

Anemik doğma nedenleri ise pek çok faktöre bağlıdır. Bebeğin demir depolarının oluşması, gebeliğin son üç ayında başlar. Bu depoların % 50'si ise ancak son ayda dolar. Bu yüzden, erken doğan bebeklerde, bulunması gereken demir deposunun ancak yarısı vardır.

Fetus geliştikçe, annenin demir ihtiyacını ve depolarını göz önüne almazsınız, plasentadan geçen demiri alıp depolar. Vaktinde doğan 3 Kg. bir bebeğin 240 mg. depolanmış demiri vardır. Ama bir ay erken doğanın bu deposu ancak 120 mg. dir. Her iki durumda da hemoglobin yavaş yavaş hemoloz olur, açığa çıkan demir yeniden kullanıma geçer.

Gelişen bebekte demir eksikliği anemisinin ortaya çıkışında, vücut gelişmesinin hızı, besinle alınan demirin emilimi, fizyolojik veya patolojik nedenlerle olan demir kayıplarının rolü vardır.

Erken doğan bebeklerde, 6 - 12 haftada demir depoları bitip, eksiklik 12 - 16 haftada belirgin hale gelir.

Miadında doğan bebekte ise, demir eksikliğin belirtiileri ancak altıncı ayda ortaya çıkar.

Tüm bebeklerde, hemoglobin düzeyi «YENİ DOĞANIN FİZYOLOJİK ANEMİSİ» gelişene dek düşer. Bu ayarlı, kendiliğinden gelişen anemi, demir ile tedavi edilmemeli veya demir eksikliği anemisi ile karıştırılmamalıdır.

Yeni doğanın hemoglobininin % 90'ı ftal, % 10'u erişkin hemoglobindir. Bu ikisi kimyasal yapı olarak farklılık göstermekle birlikte, aynı işleri görürler. Ftal hemoglobin ve alyuvarların yaşamları 60-70 gün olduğu bilinirse, 8-12 hafta arasında gelişen normal fizyolojik aneminin nedeni anlaşılmış olur.

Erken doğumun yanı sıra, doğumda düşük demir depoları olmasının başka nedenleri de vardır. Bunlar, perinatal kanamalar, intraüterin kan değiştirilmesi, anne-fetüs arası dolaşımdaki bozukluklar, plasenta veya kordondaki yapısal bozukluklardır.

Yeni doğanın sadece sütle beslenmesine bağlı olarak gelişen «SÜTÜN İNDÜKLEDİĞİ DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİ» de, ihmal edilmeyecek düzeyde gözlenir. İnek sütü alan bebeklerde, demir dahil besleyici elemanların emilimleri azalır. Bu tür anemileri olan bebekler Őıřman, sağlıklı gözükürler ve demir tedavisine de cevap vermezler. Bu tür olaylarda beslenme düzeninin değiştirilmesi gerekmektedir. Anne sütü veya özel bebek mamaları ile beslenen bebeklerde bu tür anemiye pek rastlanmaz.

Kanamalar, transfüzyon, kancalı kurt veya diğer parazitler, sık sık yinelenen enfeksiyonlar, böbrek hastalıkları, gastroenteritler ve emilim bozuklukları, demir eksikliği anemisinin nedenleridir.

Anemik kişilerin yakınmaları, aneminin ileri aşamalarında ortaya çıkar. Derileri soluk ve buruşuktur. Başdnmesi, huzursuzluk, boğazda ve ggste yanma, başağrısından yakınırlar. İleri aşamalarda kaşık tırnaklar, yutkunma zorlukları görülür.

Kan tahlilleri sonucu aneminin derecesi belirlenir. Hemoglobin düzeyi % 10 gr. dan, hemotokrit düzeyi % 30'dan az olan kişiler anemi tanısını alırlar.

Mikroskopla incelemede hücrelerin hipokromik olmaları demir eksikliğini belirtir.

Anemi tanısı için daha fazla laboratuvar testlerine gerek olmakla birlikte, total demir bağlama kapasitesi, plasmadaki demir oranları da ölçülebilir.

En hassas yöntem kemik iliğinden demir bakılması, aneminin başlangıçta saptanmasını sağlar.

Çocuklarda anemiye bağlı yakınmalar ancak ileri aşamalarda ortaya çıkar. Anemili ocukların boylarının uzamasında veya kilo-

larında, tam sağlıklı çocuklara göre farklılık yoktur. Mide - bağırsak kanalındaki mukozanın yapısal değişiminden ötürü, yağ ve yağda çözünen vitaminlerin emilimlerinde bozukluklar olur.

Aşırı anemik çocuklarda iştahsızlığa bağlı kilo kaybı, anormal yeme alışkanlıkları (=PIKA) selişir.

Anemik çocukların ilgilerinde ve öğrenme hızlarında azalma olmakla birlikte, zekalarında, normal çocuklara göre hiç bir farklılık yoktur.

Eğer tedaviye alınmazsa karaciğerde, dalakta harabiyet, kalp seslerinde bozukluklar, en son aşamada kalp yetmezliği ortaya çıkar.

TEDAVİ :

Demir eksikliği anemisi beslenme ile yakından ilişkilidir. Beslenmeleri yetersiz ve bozuk olanlarda sıklıkla raslandığı bilindiğine göre, bu konuda eğitim yapılması gerekmektedir. Anemi ortaya çıktıktan sonra yapılacak iş, eksik demiri yerine koymaktır. En uygun, ağızdan verilen demir preparatlarıdır. Demir sülfat, fumarat, glukonat, laktat, süksinat ve glutamat tuzları halinde verilir. Hemen hemen hepsinin emilimleri aynı düzeydedir.

Diğerlerine göre maliyeti daha düşük olduğundan ferrosülfat preparatları en yaygın olanıdır.

Demir preparatları günde 3 defa, yemeklerden 1 saat önce veya 2 saat sonra alınmalıdır.

Alınan preparatların sadece % 10-30'u emilmektedir.

Çocukların anemisi tedavisinde önerilen demir dozu 4-6 mg/kg. dır. Bu doz üçe bölünerek verilir.

Aneminin derecesine göre, tedaviye başlandıktan en erken dört gün sonra hemoglobin ve hematokrit düzeyinde değişimler başlar. Tedavi başladıktan toplam dört ay sonra hemoglobin ve hematokrit normal düzeye erişir.

İlk üç haftada hemoglobin düzeyinde 100 ml'de, 2 gr. bir artış gözlenemezse, bunun nedenlerini şöyle sıralayabiliriz :

1. Yetersiz doz.
2. Alımda yanlışlıklar.
3. Demirin emilim ve kullanılmasını engelleyen başka hastalıkların varlığı.

4. Yerine konamayan aktif kan kaybı.
5. Tanımda hata.

Demir preparatlarına yapılan ilâveler, emilimi azaltır veya çoğaltır. Örneğin, askorbik asitin 500 - 1000 mg.lık ilâvesi emilimi % 10 düzeyinde arttırır. Bu da emilimi % 20 olan demirin, % 22'ye çıkması demektir. İlacın maliyetindeki artış, sağlanan yararın çok çok üstünde olduğundan böyle bir ilâveye gerek yoktur.

- Fosfor ilâvesi, çökeltiyeye neden olarak emilimi azaltır.
- Sütü yiyecelerle alındığında emilim azalır.
- Aminoasitler emilimi arttırır.
- Antiasit ve laksatifler emilimi azaltırlar.
- Fruktoz arttırdığı halde, glikoz ve galaktozun hiç bir etkisi yoktur.

Oral tedavi her zaman için yeterli olmayabilir ve parenteral demir tedavisine gerek duyulur. Parenteral demir tedavisini gerektiren nedenleri de şöyle sıralayabiliriz :

1. Oral preparatların emilimlerdeki bozukluklar.
2. Uygun dozda oral demir preparatını tolere edememe.
3. Mide-bağırsak kanalında demir alımı ile de artan kanamalar.
4. Demir alınmasını yasaklayan mide -bağırsak kanalı hastalıkları.
5. Kesinlikle demir eksikliği anemisi tanısı alan ve yeterli oral tedaviye cevap vermeyen durumlarda.
6. Hastanın tedavi şemasına uyum göstereceği şüpheli durumlarda.

Sıraladığımız nedenlerin biri veya bir kaçını kesinlikle varoldukça parenteral demir preparatları kullanılmamalıdır. Allerjik tepkiler, artan yan etki ihtimali, derinin sabit lekelenme ihtimali; bu tip preparatı kullanırken dikkatli, titiz olmayı gerektiren nedenlerdir.

Özellikle çocuk hastalarda, demir dekstran preparatları I.M kullanılmalıdır. Parenteral demirin yan etkileri olarak enjeksiyon yerinde ağrı, ateş, baş ağrısı, ürtiker, anjiyönötik ödem, kasıklarda lenf adenopati ve hatta ölümcül anafilaktik şok oluşabilir.

Yapılan araştırmalar sonucu kullanılan dozun %20-40'ı, 40-50 gün sonra bile enjeksiyon yerinde saptanmıştır.

Demir preparatları da, diğer ilaçların saklanması gösterilen özenle, çocuklardan uzakta tutulmalıdır. Örneğin; 200 mg.lık 15 tablet demir sülfat alımı ile şoka ve ölüme neden olan mide-bağırsak kanalı kanamaları olmaktadır.

Ülkemiz şartlarında, beslenmemizi ucuz ama demir yönünden zengin yiyeceklerle sağlarsak anemiden korunma için en etkin yöntemi seçmiş oluruz.

Örneğin :	100 g. pekmezde	10 mg. demir
	100 g. mercimekte	7 mg. demir
	100 g. kuru fasulyede	7.6 mg. demir
	100 g. tahin helvasında	9 mg. demir
	100 g. karaciğerde	8 mg. demir
	100 g. dalakta	40 mg. demir

bulunmaktadır.

Tedavinin etkin ve yeterli olmasını sağlamak için bu konuda özellikle 0 - 3 yaş grubu çocukları olan aileler ve 15 - 44 yaş grubundaki kadınlar eğitilmelidir. Bu eğitim, eczacının da yadsınmaz bir görevidir.

GÜNLÜK DEMİR GEREKSİNİMİ

YAŞ	Günlük gereksinim (mg. olarak)
Miadında yetersiz demir depolu bebekler	0.73 3 aydan sonra
Demir depoları eksik erken doğan bebek	0.8 2 aydan sonra
Normal miadında bebek	0.5
Aşırı eksikliği olan çocuklarda	2
Çocuklar	0.5 - 1.5
Erişkin erkekler ve menopozdaki kadınlar	0.5 - 1
Üretken yaş grubundaki kadınlar	1 - 1.5
Gebe - lohusa kadınlar	2 - 3

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1) Herfindal, E.T. ve Hirschman, J.L., *Clinical Pharmacy and Therapeutics*, The Williams and Wilkins Co., 1975.
- 2) Wang, R.I.H., *Practical Drug Therapy*, J.B. Lippincott Co., 1979.

KLİNİK ECZACILIK

Hasta İlaç Profili

(Geçen sayıdan devam)

Derleyen : Ecz. Ayçe ÇELİKER
Hacettepe Hastanesi Büyük Eczane

SERBEST ECZANELERDE HİP UYGULAMASI :

Antibiyotikler ve kortikosteroidlerin gelişimi eczacı ile hasta arasında psikolojik olmaktan çok klinik bir ilişki kurulmasında temel olmuş ve buna bağlı olarak eczacının sorumluluğu da artmıştır. Bu durumda, bugünün ilaçlarının kullanımına ilişkin karmaşık durumların çözümlenmesinin daha çok ve ayrıntılı bilgi gerektirdiği inkâr edilemez bir gerçektir. HİP'nin kullanılmaya başlamasıyla, hastaların tedavisinin daha yakından ve bilinçli bir şekilde izlenmesine fırsat doğmuştur. Hekimlerin hastalarının tedavi rejimi hakkında sordukları sorular, HİP aracılığıyla çok daha kolaylıkla ve doğru olarak cevaplanabilmekte ve yine bu sayede reçetelerde görülen tutarsızlık, yanlışlık veya etkileşimler konusunda hekimler uyarılabilmektedir.

Profillerin, hastanın bakımında görev alan hekim (ve hemşire) ile birlikte periyodik aralarla izlenmesi, gözden geçirilmesinin hata olasılıklarını azaltacağı düşünülmektedir. Amaç, istenmeyen ilaç reaksiyonlarını, uygun gelmeyen tedaviyi ve hastaya ücret yüklenmesini önlemektir.

Hasta reçetesini getirdiğinde (veya reçetesiz bir ilaç istediğinde), ilaçlar HİP'ne kaydedilir. Konuyla ilgili çeşitli referanslar veya tablolar aracılığıyla değerlendirilmesi yapıp, saptanan sorunlar hekime bildirilip fikri sorulur. Bu görüşme sonunda tedavi şeklinde bir değişiklik söz konusu olursa, yeni durum da HİP'ne işlenir. Hastanın ilacı hazırlandığında, «doğru hastaya doğru ilaç» olup olmadığı kontrol edilir. İlacın etiketi açık bir şekilde yazılıp direktifler ağızdan da tekrarlanır. Dikkati çekmek istenen noktalar (örneğin saklama koşulları) ve klinik uyarılar da eklenir. Bun-

lara örnek olarak : Tetrasiklinlerle birlikte süt ve süt ürünlerinin alınmaması, antihistaminlerin uyumlu bir durum yaratacağı, antitibiyotiklerin verilen dozunun bitirilmesinin gerektiği, Fenazopiridin'in idrarın rengini karartmasının beklendiği söylenebilir.

HİP özel dosyalarda numaralandırılarak eczanede saklanır. Hekimlerle yapılan görüşmelerin bir «Görüşme Kitapçığı»nda toplanması, uygulamanın gelişip yaygınlaşmasında yol gösterici olacaktır.

ÖRNEKLER :

ABD'inde 20 yıldan fazla bir süredir HİP kullanılmasıyla gözlenen durumlara ait pek çok örnek eczacılık dergilerinde yer almaktadır. Uysulamanın tanıtılmasına yardımcı olacağı düşüncesiyle bunlardan birkaçını bazı değişikliklerle veriyoruz. (Bazı preparatlar, özellikleri nedeniyle ABD piyasasındaki isimleriyle alınmıştır.)

1 — Bir hastaya farklı hekimler tarafından iki diüretik (Hidroklorotiazit ve Furasemit) yazılmıştır. Profilinin incelenmesinde bu yanlışlık görülüp, hekime haber verilerek ilaçlardan biri çıkarılmıştır.

2 — Warfarin ile oral antikoagülan tedavisindeki bir hastaya aspirin verilmiştir. Bu ilaçlar arasında fatal sonuçlanabilecek bir etkileşme söz konusu olduğundan, hemen sorumlu hekim haberdar edilmiş ve aspirin, metilmelubrin'e değiştirilmiştir.

3 — Ampisilin reçetesi verilmiş olan bir hastanın profilinin incelenmesinde, Penisilin'e allerjisi olduğu görülmüştür. İki ilaç arasında çapraz duyarlılık olması nedeniyle Ampisilin bu hasta için kontrindikedir. Durum hekimine bildirilerek, Erythromycin'e dönülmesi önerilmiş ve bu öneri hekim tarafından kabul edilmiştir.

4 — Bir hastaya hekimi tarafından, vehikülünde yüksek oranda şeker bulunan Guiaphenesin (Ekspektoran) şurup reçetesi verilmiştir. Profil hastanın diabetli olduğunu gösterdiği için, bu reçetenin değiştirilmesi sağlanmıştır.

5 — Guanethidin tedavisindeki bir hasta trisiklik antidepresan reçetesi almıştır. Trisiklik antidepresanlar guanethidin'in antihipertansif etkisini yok edebileceği için, hekim bu etkileşmeden haberdar edilmiş ve doz ayarlaması yapılmıştır.

6 — Bir hekim hastası için Tetrasiklin ve Hycodon (Hidro-kodon bitartarat-antitussif) şurup yazmıştır. Profilinden hastanın glaukomdan şikayetçi olduğu görülmüştür. Bu durumda Hycodon kontrindike olduğu için, hekimden değiştirmesi istendiğinde Benylin (Difenhidramin HCl) yazmıştır. Ancak bu da glakomda kullanılamayacağı için Robitussin (Guayafenezin) önerilmiş, hekim de memnuniyetle bunu benimsemiştir.

7 — Bir ruh sağlığı merkezinde alkolizm tedavisi olan bir hasta Antabus (Disulfiram) kullanmaktadır. Bu durumu bilmeyen başka bir hekim tarafından içinde alkol bulunan bir bronkodilatör yazılmıştır. Eczacı hekimi uyardığında reçete alkolsüz bir bronkodilatöre dönüştürülmüştür.

8 — Bir eczacı Kolşisin'i t.i.d şeklinde yazan bir hekime, bulantı ve kusma gelişene dek 2 saatte bir 500 mcg. lık bir tabletin verilmesini önermiş ve bu öneri uygun görülmüştür.

9 — Bir diabet hastası insülin almak istediğini, ancak kullandığı tipin adını hatırlayamadığını söylemiştir. Profilinin incelenmesiyle uygun olan türün NPH olduğu görülmüştür.

10 — Dr.H telefon ederek B.R. için 6 ay önce vermiş olduğu antibiyotığın ne olduğunu sormuştur. HiP'nin taranması sonucunda ilacın Oksitetrasiklin kapsül olduğu görülmüştür. Dr., aynı reçeteyi tekrar yazmıştır.

11 — Hekimler aspirin içeren preparatları yazdığında, hastaların ilaç profilleri incelenerek, aspirin allerjisi veya gastrik ülser olmadığından emin olunmalıdır. Böylelikle birçok trajik olayın önüne geçilmiş olur, reçete aspirinsiz bir preparata değiştirilir.

12 — Gırtlak kanseri olan bir hastaya, yutkunma güçlüğü çektiği için, Vibramycin tablet yerine sıvı Vibramycin yazdırılmıştır.

13 — Bir hekim bağımlılığı olan bir hastanın ilaçlarını kesmek istediği için, Demerol (Petidin)e benzeyen bir preparat olup olmadığını sormuştur. Aynı firmanın başka bir preparatı olan Mebaral (aynı görünüme sahip olan Metilfenobarbital) verilerek, narkotik preparatinkine benzer bir fiziksel ve ruhsal bir durum yaratacağı düşünülmüştür.

14 — Günde 2 kez 800.000 Ü Penisilin Prokain reçetesini gören bir eczacı, profilden, hastanın 3 yaşında olduğunu görünce sorumlu hekimi 2×400.000 olması konusunda uyarılmış ve bu uyarı memnuniyetle karşılanmıştır.

15 — Bir eczacı hekimlere daha yeni Tetrasiklin analogları yerine Tetrasiklin HCl yazmalarını önermiştir. Nedenleri : Daha az yan etkili olması ve hasta için daha ucuza mal olmasıdır.

Uygulamaya geçildiğinde daha pek çok örnekle karşılaşılacağı kesindir...

YARARLANILAN KAYNAKLAR

- 1 — Francke D. - Whitney H. : Perspectives in Clinical Pharmacy 1 st Ed. Drug Intelligence Pub. 1972
- 2 — American Journal of Hospital Pharmacy : Vol. 25 - 37
- 3 — Pharmacy Times : 1970 - 1980

SAYIN ECZACILAR

**TÜM MUHASEBE VE MALİ MÜŞAVİRLİK KONULARINDA UZMAN OLAN OFİSİMİZ, SİZLERE BU ALANDA YARDIMCI OLMaktan ONUR DUYACAKTIR.
İŞLERİNİZDE BAŞARILI OLMANIZ DİLEĞİYLE...**

ÖZER
KOLLEKTİF ŞİRKETİ

MALİ MÜŞAVİRLİK
MUHASEBE
OFİSİ

Konur Sok. No. 15/16 Kızılay - ANKARA
Tel : 18 47 04 - 25 55 44

YENİ İLAÇLAR

TOLECTİN TABLET (Santa Farma)

Etken Madde : Tolmetin Sodium Hidrate 245,12 mg (200 mg tolmetine eşdeğer)

Endikasyon : Analjezik etkili, non-steroid bir antiemflammatuardır. Osteoarthritis (dejeneratif kemik hastalığı), romatoid arthritis, ankilozan spondilitis (belkemiği iltihaplanması), skapulo - humeral periarthritis (kürek-kol kemiği iltihaplanması), burkulma ve zorlanmalar, epikondilitis, travmatik synovitis vakalarında kullanılır.

Kontrendikasyon : İlaça aşırı hassasiyet halleri

Yan Etkileri : Hafif mide yanması, epigastrik huzursuzluk ve kusma, gaitada pozitif guaiac testi görülebilir. Baş ağrısı, cilt döküntüsü, ayak bileği ödemi olabilir. Geçmişinde peptik ülser olan hastalarda ender de olsa peptik ülser bildirilmiştir. Doza bağlı yan etki bilinmemektedir.

Uyarı : Gebelikte kullanımında dikkatli olunmalı ve yarar-risk oranı düşünülmelidir. Aktif mide-duodenum ülserleri, belirgin karaciğer ve böbrek fonksiyon bozukluklarında hasta dikkatle izlenmelidir. Kronik gut artritlerinde endike olmadığı unutulmamalıdır. İlacın gastroentestinal etkileri, ilacın yemekten hemen sonra, yemekte veya bir antiasitle birlikte verilmesiyle azaltılabilir.

—oOo—

TRASİCOR RETARD DRAJE (CİBA - GEİGY)

Etken Madde : Oxprenolol HCl380 mg granülde 160 mg. Trasicor aktif substans.

Endikasyon : Beta inhibitörüdür. Çeşitli nedenlere bağlı yüksek tansiyon vakalarında kullanılır.

Kontrendikasyon : Kulakçık-karıncık bloku, ileri derecede bradikardi, digitale direnen kalp yetersizliği, nefes darlıklı akciğer hastalıkları, üremi ve gebelik, kardiojenik şok vakaları.

Yan Etkileri : Kontrendikasyonlara dikkat edildiğinde kalp ve bronşlar seviyesinde pek yan etki görülmez. Uyku bozuklukları

veya bedensel çalışmalarda daha fazla yorgunluğa neden olabileceği gibi, özellikle tedavinin başlarında sindirim bozuklukları ve baş dönmeleri görülebilir. Nadir vakalarda aşırı duyarlılık reaksiyonları (kaşıntı, cilt kızarıklığı gibi) ve el ve ayaklarda soğukluk hissi ve trombositopeni görülmüştür.

Uyarı : Bu ilaçla tedavi kesinlikle hekim kontrolünde yapılmalıdır.

Kalp yetersizliklerinde, sempatik tonüsü kalbin çalışmasına yetecek yükseklikte tutmak gerekir. Az da olsa, intrinsek sempatikomimetik etkiye sahip olduğundan, beta reseptörlerinin inhibisyonunun kalp adalesi üzerindeki etkisini hafifletir. Buna rağmen, kalp yetersizliğinde yeterli bir digitalizasyon uygulanmalıdır. Trasicor Retard, digitalin kalp kasının kasılma gücü üzerindeki etkisine dokunmaz. Ancak, kan basıncının ölçümleri sırasında, hastanın nabızı da kontrol edilmeli, belirgin bir bradikardi olduğunda tedaviye son verilmelidir. Bu durumda damardan 1 mg Atropin sülfat verilir. Kalp atım sayısı yeterince hızlanmazsa, isoprenalin gibi beta uyarıcı bir sempatikomimetike başvurulur.

İlacın kullanımı sırasında bronkospazm belirtileri görülürse, B2 uyarıcı verilir. Bronkospazm riski yüzünden, astımlı veya geçmişinde astım olanlarda veya amfizemli hastalarda özel dikkat gösterilmelidir. Bunların tedavisi gözetim altında yapılmalı ve ufak dozla başlanarak derece derece arttırılmalıdır. Bu ilaçla tedaviye başlanırken, bronşları açıcı ilacın dozu ayarlanmalıdır.

Özellikle insüline bağlı şeker hastalarının beta inhibitörleriyle tedavisi, hipoglisemi belirtilerini maskeliyebilir. Ayrıca Trasicor Retard, şeker metabolizmasını da etkilediğinden tedavi sırasında kan şekerini azaltan tedavinin ayarlanması gerekir. Trasicor Retard, metabolik asidozu olanlara ihtiyatla verilmelidir. Çünkü, beta blokajı, böyle durumlarda hayati işlevlerin devamı için gereken sempatik sinir tonüsünü zayıflatabilir.

Genel kural olarak, her beta blokerinde olduğu gibi, Trasicor Retard ile tedaviye tedricen son verilir. Aksi halde, iskemik kalp hastalıklarında hastanın durumu had derecede bozulabilir.

Trasicor Retard ile tedavi görecektir hasta, ameliyat olacaksa veya ameliyat öncesi bir beta bloker verilecekse, negatif inotrop etkisi en hafif olan anestezi seçilmelidir. Bu ilaçla tedaviye ameliyattan önce son veriliyorsa, ilaç tedricen bırakılmalı ve bu işlem narkozdan 48 saat önce sona ermelidir.

Diğer beta blokerler gibi Trasicor Retard da, Verapamil tipindeki calcium antagonistleriyle birlikte verilmemelidir. Çünkü bu

kombine tedavi, bir bradikardiyle, bir tansiyon düşüklüğü, hatta kalbin durmasıyla sonuçlanabilir.

Gebelik, doğum sırası ve laktasyon döneminde, ilacın beta bloker etkisinin fetüs, yeni doğan ve anne sütü alan bebekte görülebileceği düşünülmelidir.

Aşırı dozda şiddetli bir bradikardi ve hipotansiyon yapabilir. Tedbir olarak damardan 0,5-2 mg Atropin sülfat veya isoprenalin gibi hipertansif maddeler verilir.

—oOo—

FEMULEN Tablet (Ali Raif ve Şeriki)

Etken Madde : Ethynodiol diacetate0.5 mg.

Endikasyon : Oral kontraseptiftir.

Kontrendikasyon : Tromboembolik ve serebro - vasküler rahatsızlığı olanlarla, önceden bu tip hastalıkları geçirenlerde;

Sebebi hormonal olarak bilinen veya tahmin edilen karsinomalarda kullanılmaz.

Yan Etkiler : Menstruel düzensizlik, düzensiz kanamalar, amenore, çeşitli gastrointestinal semptomlar, deri pigmentasyonu, ağırlıkta değişiklikler, göğüslerde hassasiyet, bazı laboratuvar analiz sonuçlarında yanlışlıklar görülebilir.

Uyarı : Tromboflebit, serebro-vasküler rahatsızlıklar, pulmoner emboli, thrombose retinienne gibi ilk tromboz belirtilerinin dikkatle araştırılması ve bu hallerde ilaç kullanımına son verilmesi gerekir.

İlaca başlanmadan önce hekim kontrolünden geçmelidir.

Görmede ani olarak, kısmen veya tamamen bir anormallik başlaması; şiddetli bir exophthalmie, çift görme veya migren olması hallerinde ilaç hemen kesilmelidir. Muayene sonunda şişlik veya vasküler hastalık ortaya çıkarsa, ilacın kullanımına son verilir.

Bu ilaç kullanılırken, yılda bir kez doktor kontrolünden geçmelidir. 35 yaşından sonra bu ilacı kullananlar, özellikle dikkatli olmalıdır.

Ameliyatın söz konusu olduğu durumlarda ilaç bir ay önceden kesilmelidir. Daha önceden mevcut bir hastalık ile, bilinen veya şüphelenilen yan etki arasında aksi tesir olabileceği düşünülmelidir. (Hipertansiyon ve lipit metabolizması bozukluğu gibi)

Büyüme çağını henüz tamamlamamış genç hastalarda dikkat edilmelidir. Doz fazlasının fatal olduğu bilinmemekle beraber; bulantı, kusma, göğüs büyümesi, vajinal kanama görülebilir. Bu durumda süt-yumurta akı veya bizmut hidroksit yararlıdır.

Not : Geçen sayıda yayınlanan «Lo-Ovral» isimli ilaç, baskı yanlışlığı sonucunda «10. Ovral» olarak çıkmıştır. Düzeltir, özür dileriz. **AEOB**

Yasalar... Yönetmelikler... Tüzükler

Belediye Gelirleri Yasası ve Eczaneler

2464 sayılı «Belediye Gelirleri Yasası» 1 Temmuz 1981 tarihinden itibaren yürürlüğe girdi.⁽¹⁾ Yasa eczaneler için yeni yeni vergi ve harç çeşitleri ile doğal olarak bazı yükümlülükleri de beraberinde getirmektedir. Belediye gelirleri yasasında;

- Belediye Vergileri⁽²⁾
- Belediye Harçları⁽³⁾
- Harcamalara Katılma Payları⁽⁴⁾
- Ücrete Bağlı İşler

başlıkları altında, belediyelere gelir sağlayıcı çeşitli hükümler yer almaktadır. Biz burada özel eczaneleri ilgilendiren konuları işleyeceğiz.

MESLEK VERGİSİ :

Belediye vergileri arasında yer alan ve yeni bir vergi türü olan «Meslek Vergisi»nin konusu yasanın 1. maddesinde aynen şöyledir :

MADDE 1 — Belediye sınırları ve mücavir alanlar içinde;

- a) Ticari, sınai veya serbest meslek faaliyetinde bulunmak,
- b) Motorlu taşıtlarla ticari amaçlı yük ve yolcu taşımacılığı yapmak, meslek vergisine tabidir.⁽⁵⁾

Bu madde gereği tüm eczane sahibi eczacılar meslek vergisi mükellefi olmaktadırlar. Verecekleri vergi miktarları ise yasanın 4. maddesindeki 1 sayılı tarifede belirtilmektedir.

MADDE 4 — Meslek vergisi yıllık olarak aşağıdaki tarifelere göre alınır.

1 Sayılı tarife : 1. ve 2. sınıf tüccarlar (Kurumlar dahil) ile gerçek usulde vergilendirilen serbest meslek erbabı :

Belediye Grubu ⁽⁶⁾	I. Sınıf tüccarlar (Kurumlar dahil)		II. Sınıf tüccarlar		Serbest meslek erbabı	
	Vergi miktarı (TL)		Vergi miktarı (TL)		Vergi miktarı (TL)	
	En az	En çok	En az	En çok	En az	En çok
V nci Grup	2400	7200	1200	3600	1800	5400
IV ncü Grup	3000	9000	1500	4500	2400	7200
III ncü Grup	3600	10800	1800	5400	3000	9000
II nci Grup	4800	14400	2400	7200	3800	10800
1 nci Grup	7200	21600	3600	10800	4800	14400

Tabloda görüldüğü gibi meslek vergisinde «en az ve en çok» miktarlar yer almaktadır. Bu konuyla ilgili olarak geçici 3. madde şu şekildedir.

GEÇİCİ MADDE 3 — Bu kanunun yürürlüğe girdiği takvim yılında vergi ve harç tarifelerinde yazılı en az miktarlar uygulanır.

Meslek vergisinin yasada belirtilen «en az ve en çok» miktarları arasında kalması koşuluyla, önümüzdeki yıllarda artırılması 95. maddenin (b) bendi gereğince «Mahallin çeşitli semtleri arasındaki sosyal ve ekonomik farklılıklar göz önünde bulundurularak» Belediye Meclisleri tarafından saptanması hükmü yer almaktadır.

Meslek Vergisiyle ilgili diğer önemli maddeler :

MADDE 9 — (Verginin ödenmesi) Meslek vergisi her yıl Nisan ve Ekim aylarında olmak üzere iki eşit taksitte, taksit süreleri geçtikten sonra mükellefiyete girilmesi veya takvim yılı içinde mükellefiyetten çıkılması hallerinde bu tarihi takip eden bir ay içinde ilgili belediyelere ödenir.

GEÇİCİ MADDE 2 — Bu kanunun yürürlüğe girdiği tarihte meslek vergisinin konusuna giren bir işle iştigal edenler, vergileme ile ilgili bilgileri ihtiva eden şekil ve muhteviyatı, işçileri ve Maliye Bakanlıklarınca tesbit ve tayin edilecek bir beyannamayı 1 Eylül 1981 tarihine kadar ilgili belediyeye vermeye mecburdurlar. Bu beyannameler üzerine 1982 yılında tarh ve tahakkuk ettirilecek vergiler için tahakkuk fişi uygulanır.⁽⁷⁾

Meslek vergisinin vergilendirme dönemi «Geçmiş Takvim Yılı»dır. Takvim yılının ilk ayı içinde tahakkuk cetveli usulü ile toplu olarak tarh ve tahakkuk ettirilmektedir.

İLAN VE REKLAM VERGİSİ :

Bu verginin tanımıyla ilgili madde şöyledir :

MADDE 12 — Belediye sınırları ile mücavir alanları içinde yapılan her türlü ilan ve reklam, ilan ve Reklam Vergisine tabidir.

İstisna ve muafliklarla ilgili 14. maddenin bizi ilgilendiren 5. bendi şöyledir :

«Gerçek veya tüzel kişilere ait işyerlerinin içine veya dışına asılan iş sahibinin kimliği ile işin mahiyetini gösteren ve alanı 1/2 metrekaresi aşmayan ışiksiz levhalar bu vergiden muaftır. Alanı 1/2 metrekaresi aşan levhalar, aşan kısım üzerinden vergilendirilir.»

Şimdi de ilan ve reklam vergisi tarifesini görelim :

MADDE 15 — (Tarife ve nisbet)

	Verginin	
	Miktarı (TL.)	
	En az	En çok
1. Dükkan, ticari ve sınaî müessese ve serbest meslek erbabınca çeşitli yerlere asılan ve takılan her çeşit levha, yazı ve resim gibi sabit bütün ilan ve reklamların beher metrekaresinden yıllık olarak	1000	5000
2. Motorlu taşıt araçlarının içine veya dışına konulan ilan ve reklamların beher metrekaresinden yıllık olarak	400	2000
3. Cadde, sokak veya yaya kaldırımlar üzerine gerilen, binaların cephe ve yanlarına asılan bez veya sair maddeler vasıtasıyla yapılan geçici mahiyetteki ilan ve reklamların metrekaresinden haftalık olarak	100	500
4. Işıklı veya projeksiyonlu ilan ve reklamlardan her metrekaresi için yıllık olarak	1500	7500
5. İlan ve reklam amacıyla dağıtılan broşür, katalog, duvar ve cep takvimleri, biblolar veya benzerlerinin herbiri için	1	5
6. Mahiyeti ne olursa olsun yapıştırılacak çeşitli afişler ve benzerlerinin beherinin metrekaresinden ...	5	25

Vergi tarifesinin uygulanmasında aşağıdaki esaslara uyulur :

- a) Metrekare üzerinden yapılan hesaplamalarda, yarım metrekareye kadar olan kesirler yarım metrekareye, yarım metrekareyi aşanlar ise tam metrekareye tamamlanır.
- b) Herhangi bir yüzeye yazılmak, takılmak veya çizilmek suretiyle yapılan ilan ve reklamlarda yazı ve resimlerin kapladığı alanın yüzölçümü esas alınır.
- c) Çok cepheli ilan ve reklamlarda metrekare hesabı her cephe için ayrı ayrı nazara alınır.
- d) Vergi tarifesinin 1, 2, ve 4. bentlerinde belirtilen ilan ve reklamların süresi 6 aydan; 3. bendinde belirtilen ilan ve reklamın süresi 1 haftadan az olursa vergi miktarının yarısı alınır. 6 ayı geçen süreler 1 yıl, hafta kesirleri de tam hafta sayılır.
- e) Vergi tarifesinin 5 ve 6. bentlerinde yer alan ve çok nüsha olarak basılan ilan ve reklamlar üzerinde basımevinin ticari ünvanı, adresi ve kaç nüsha olarak basıldığı ayrıca belirtilir.

Belediye meclisleri vergi tarifesinin 1. 2. ve 4. bentlerinde yazılı yıllık ilan ve reklamlara ait vergileri yılı içinde 2 eşit taksitte almaya yetkilidirler. İlan ve reklam vergisi mükellefçe verilecek beyanname üzerine tarh ve tahakkuk ettirilir. Beyanname belediyeden temin edilir.

ÖLÇÜ VE TARTI ALETLERİ MUAYENE HARCİ :

Bu harç damgalama sırasında makbuz karşılığı ödenir. Masa terazileri (Hassas terazi dahil), baskül ve kantarlardan en az 75.— TL. en çok 225.— TL. harç alınır.

İŞYERİ AÇMA İZİNİ HARCİ⁽⁶⁾

Beher metrekare için ve işin mahiyetine göre en az 10.— TL. en çok 100.— TL. harç alınacaktır.

1. Temizleme ve aydınlatma harcı ile ilgili hükümler 1 Mart 1982 tarihinde yürürlüğe girecektir.
2. Belediye vergileri :
 - a) Meslek Vergisi
 - b) İlan ve Reklam Vergisi
 - c) Eğlence Vergisi

- d) Akaryakıt Tüketim Vergisi
 - e) Haberleşme Vergisi
 - f) Elektrik ve Havagazı Tüketim Vergisi
 - g) Yangın Sigortası Vergisi
3. Belediye harçları :
- a) Temizleme ve Aydınlatma Harcı
 - b) İşgal Harcı
 - c) Tatil Günlerinde Çalışma Ruhsatı Harcı
 - d) Kaynak Suları Harcı
 - e) Tellaklık Harcı
 - f) Hayvan Kesimi Muayene ve Denetleme Harcı
 - g) Ölçü ve Tartı Aletleri Muayene Harcı
 - h) Kayıt ve Suret, İmar, İşyeri açma, Muayene, Ruhsat, Rapor, Sağlık belgesi harçları
4. Harcamalara katılma Payları :
- a) Yol
 - b) Kanalizasyon
 - c) Su Tesisleri
- harcamalarına katılma paylarıdır.
5. Kurumlar Vergisi Kanununun 7. Maddesine göre Kurumlar Vergisinden muaf olan kooperatifler Meslek Vergisinden muaftır. (B.G.K. Md. 3 - c bendi)
6. Hangi belediyenin hangi grup belediye olduğu Bülten baskıya verildiğinde henüz belirlenmemiştir. Bu ayırım İçişleri Bakanlığınca yapılarak Resmi Gazetede bilahare yayınlanacak.
7. Bülten baskıya verildiğinde sözü edilen «Tip Beyannameler» henüz hazırlanmamıştır.
8. Meslektaşlarımızın bu tür bir harca tabi olup olmadıkları konusunda yazışmalar sürmektedir.

ODA HABERLERİ

1 Temmuz 1981 tarihinden itibaren yürürlüğe giren Belediye Gelirleri Yasasının bazı maddeleri eczane sahiplerini doğrudan ilgilendirmekte, bazı maddelerinde ise yeteri kadar açıklık bulunmamaktadır. Sözelimi eczanelerin «İlan ve Reklam Vergisi» ile ilişkileri olup olmadığı, yeni eczane açacak olan meslektaşlarımızın «İşyeri Açma Harcı»na tabi olup olmadıkları gibi. Odamızca bu konulara ilişkin olarak yapılan yazışmaları aşağıda sunuyoruz.

SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI ECZACILIK ve TIBBİ MÜSTAHZARLAR GENEL MÜDÜRLÜĞÜ ANKARA

Bilindiği gibi 2464 sayılı «Belediye Gelirleri Yasası» yürürlüğe girmiş ve belediye yetkililerince uygulanmasına başlanmıştır.

Bu konuyla ilgili olarak belediye görevlileri eczanelere gelmekte ve beyanname düzenleyip vergi tahakkuk ettirmektedirler.

Ancak «İlan ve Reklam Vergisi» yönünden yapılan bu uygulamaların 6197 sayılı «Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Yasa» ile çelişkili bir yanı bulunmaktadır.

Adalet ve S.S.Y. Bakanlıkları tarafından yürütülen 6197 sayılı yasanın 20. maddesine tevfikeyle hazırlanan yönetmeliğin 22. maddesine göre eczanelere asılan «Kimlik ve İşin Mahiyetini Bildirir» levhalar ilan veya reklam için değil, bu yasanın gereği olarak asılmaktadırlar.

Bir yanlışlığa ve meslektaşlarımızın mağduriyetine neden olmamak için;

Bu levhaların vergiye tabi olup olmadıklarının odamıza bildirilmesini, tabi değilse iki yasa arasındaki uyumsuzluğun giderilmesi için müdürlüğünüzün gerekli girişimlerde bulunmasını arz ederiz. Saygılarımızla.

**II. Bölge Ankara Eczacı Odası
Başkan : Ecz. Nermin USAL**

**T.E.B. MERKEZ HEYETİ BAŞKANLIĞINA
İSTANBUL**

1 Temmuz 1981 tarihinden itibaren yürürlüğe siren «Belediye Gelirleri Yasası»nın; 12'den 16'ya kadar olan II. Bölüm maddeleriyle, 81. maddelerinin incelenerek, serbest eczaneleri ilgilendirip ilgilendirmediği konusunda odamıza bilgi verilmesini arz ederiz. Saygılarımızla.

**II. Bölge Ankara Eczacı Odası
Başkan : Ecz. Nermin USAL**

—oOo—

Odamız «Veteriner ilaçların eczaneler dışındaki yerlerde satılmasının veya bulundurulmasının yasak olduğu» konusundaki duyurusunu Ankara Cumhuriyet Savcılığına iletmıştır.

Savcılık konuyla ilgili olarak isim ve adres tesbitlerine başlamıştır. Meslektaşlarımızın da gerekli ilgiyi göstererek, odamıza bu gibi ticarethanelerin isim ve adreslerini bildirmelerini diliyoruz.

—oOo—

15-16 Ağustos tarihlerinde İzmir'de Eczacı Kooperatifleri temsilcilerinin katılmalarıyla bir toplantı düzenlendi.

Eczacı Kooperatifleri arasındaki ilişkilerin sıklaştırılması, kooperatifleşmenin özendirilmesi, «Kooperatifler Birliği»nin kuruluş çalışmalarının yürütülmesi gibi çeşitli konularda bilgi alışverişlerinin yapıldığı, bu tür toplantıların gelecekte de genişliyerek sürdürüleceği bildirildi.

—oOo—

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesinin Temmuz ayı başında yapılan dekanlık seçimi sonucunda, Galenik Farmasi Bilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Atilla Hıncal Fakülte dekanlığına getirildi. Ankara Eczacı Odası Yönetim Kurulu olarak, sayın Hıncal'a yeni görevinde başarılar dileriz.

BASINDAN SEÇMELER

«İÇİNDE UYUŞTURUCU BULUNAN İLAÇLAR REÇETE İLE SATILACAK»

(Milliyet, 16 Temmuz 1981)

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı içinde uyuşturucu madde bulunan bazı ilaçların kapsamını genişletmiştir.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın il sağlık müdürlüklerine gönderdiği genelgede, içinde uyuşturucu madde bulunan ilaçların doktor kontrolü ve tedavi dışında kullanılmalarının arttığı belirtilmiş, bu konuda gerekli önlemlerin alınması istenmiştir.

Sağlık Bakanlığı yetkilileri bundan böyle «Toksmani» yapanların uyuşturucu madde reçeteleri ile daha hafif olanların da mutlaka reçete ile satılacağını açıklamışlardır.

«Kodein, fosfat ve diyonin» sibi ilaçların mutlaka reçete ile satılması gerektiği belirtilen genelgede özetle şöyle denilmiştir.

«Bu ilaçlar reçete ile satılacak ve bu reçeteler eczanelerde alıkonularak muhafaza edilecek, daha sonra yapılan kontrollerde fatura muhteviyatı ile saklanan reçete karşılaştırılacak. Böylece kontrolsüz ve reçetesiz ilaç satışı önlenmiş olacak.»

«ALMAN İLAÇ SANAYİ GELİŞMEKTE OLAN ÜLKELERE İHRACAT REKORU KIRDI»

(Günaydın, 24 Temmuz 1981)

1981 yılının ilk 4 ayında ilaç ihracatını bir önceki yılın aynı dönemine göre yüzde 24 artırarak 2 milyar 240 milyon Alman Markı'na çıkararak Alman ilaç şirketleri son yılların en yüksek ihracat düzeyine ulaştı. Bugüne kadar görülmemiş derecede yüksek olduğu belirtilen bu ihracat miktarının özellikle gelişmekte olan ülkelere satılan ilaç ve ilaç hammaddesindeki artıştan kaynaklandığı bildiriliyor.

1981 yılının haziran ayında ilaç fiyatlarına yüzde 3'lük bir zam yapmak için Sağlık Bakanlığı'ndan izin alan ilaç şirketleri buna karşılık önümüzdeki 15 ay içinde fiyatları hiçbir şekilde arttırmamayı kabul ettiler.

Son zamanlarda parlamentoda ilaç şirketlerinin, Alman Kamu Sağlığı sistemi harcamalarının büyük bir kısmını yuttuğu şeklinde iddialar ileri sürülmekte ve insan sağlığı üzerinde ticaret yapılması ve yüksek kârlar sağlanması eleştirilmektedir.