

ANKARA ECZACI ODASI BÜLTENİ



ankara eczacı odası yayın organı

Yıl: 4

ARALIK - 1982

Sayı: 6

AEOB

ANKARA ECZACI ODASI
BÜLTENİ

ARALIK / 1982
YIL : 4 - SAYI : 6

İKİ AYDA BİR YAYINLANIR.

Sahibi : Ecz. Nermin USAL
II. Bölge Ankara Eczacı
Odası Başkanı

Yazı İşleri Sorumlusu :
Ecz. Asud AYKAÇ

Yönetim Yeri :

Konur Sok. 13/2 Yenişehir/ANKARA
Tel. : 25 42 96 — 25 03 07

- Bülteindeki yazılar Bülten adı gösterilerek yayınlanabilir.
- Yazılardaki görüşlerden yazarı sorumlu olup, Ankara Eczacı Odası Bülteni'ni bağlamaz.
- Bülten Ankara Eczacı Odası üyelerine parasız gönderilir.

AEOB YAYIN KOŞULLARI

1. Bülteinde Eczacılık, ilaç, Sağlıkla ilgili bilimsel, sosyal, güncel ve haber türü yazılar yayınlanır.
2. Bülteneye gönderilen yazıların yayınlanıp yayınlanamayacağına AEOB yayın kurulu karar verir. Yazılar geri iade edilmez.
3. Bülteneye gönderilen yazıların; daktiloda çift aralıklı satırlarla, ikişer kopya yazılması, varsa şekillerin aydınca kağıda çini mürekkebi ile çizilmesi, fotoğrafların klişe alınmasına uygun nitelikte olması ve yazarın imzasını taşıması gerekmektedir.

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No.
● Bakış	3
● Ankara Eczacı Odası Kongre Delegelerinin T.E.D. 20. Kongre'sine İlişkin Deklerasyonu	4
● Bozuk İlaçlar Üzerine	6
● İlacın Ekonomi - Politığıne Yaklaşım — II Bireysel ve Toplumsal Olarak Gerekli Emek ve Özgül Olarak İlaç Üretimi İçinde Somutlanış Biçimi (N. Abacıoğlu)	10
● «Türkiye'de İlaç Endüstrisinin Sorunları» Toplantısı, Basında Yansıması	16
● Avrupa'da Sağlık Sistemleri	21
● Araştırma İnceleme Parfümler ve Oluşturdukları Allerjik Sorunlar (N. Tarımcı) ...	31
● Bilgimizi Tazeleyelim Kanser Kemoterapisi (N. Tuncel)	36
● Yeni İlaçlar	43
● AEOB Haberler	45
● Basın Açıklaması	55

BAKIŞ

Değerli Meslektaşlar,

Bilindiği gibi 1982 yılı başında iki ayda bir olmak üzere bu yıl için altı adet Bülten çıkarmayı düşünmüştük. Elinize ulaşan bu Bültenimiz ile hedeflemiş olduğumuz bültenleri çıkarmanın mutluluğunu duyuyoruz. Ancak bültenimizin tam anlamıyla istediğimiz düzeye geldiğini söyleyemeyiz. Yeterli düzeye ulaşabilmemiz için daha çok çaba sarfetmemiz gerektiğinin bilincindeyiz. Bültenlerimizin daha nitelikli ve doyurucu olabilmesi için, meslektaşlarımızın ister eczanede olsun, isterse çalıştığı kurumlarda olsun, karşılaştıkları olayları, basın organlarında çıkan eczacılık, sağlık üzerine yazılara ve gelişmelere ilişkin düşüncelerini, önerilerini, eleştirilerini bizlere ulaştırmalarını arzuluyoruz.

Son günlerin güncel konusu olan bozuk ilaçlar ve serumların hastalar üzerinde hayati tehlike yaratması ilgili kişi ve kuruluşların dikkatini bu konu üzerine çekti. Bu konuda çeşitli yorumlar yapılıyor. «Türkiye'de İlaç Endüstrisinin Sorunları» konulu panelde Nejat Eczacıbaşı Türkiye'deki İlaç Sanayinin benzersiz bir gelişme gösterdiğini belirtmektedir. Ancak bozuk ilaçların basında yansıtılmamasını

istemektedir. Sağlık Bakanlığı yetkilileri ise ilaç üretici firmaların yeterli kalite kontrol yapmadan ilaçlarını piyasaya sürdüğünü söylemektedir. İlaçta ciddi kalite kontrol sorununun bulunduğunu da belirtmektedirler.

Şu bir gerçektir ki ilaçların gerek üretici firma tarafından, gerekse S.S.Y. Bakanlığı tarafından yeterli düzeyde kalite kontrolleri yapılamamaktadır. Nitekim firma denetimleri ile bazı firmaların kapatılması, ilaç kalite kontrollerinin artması ile de bir çok ilacın bozuk çıkması bunun bir göstergesi olmaktadır.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nun yasaklanan ilaçları satan eczaneler hakkında yasal işlem yapılacağını belirten genelgesi, bizce konuya ciddi bir yaklaşım değildir. Öyleki yasalarda açıkça belirtildiği halde butür ilaçların ücretlerinin üretici firma tarafından ecza depolarına ve eczanelere ödenmesi gereğinden bahsedilmemektedir.

Dileğimiz bozuk ilaçların halkımızın sağlığı için çok ciddi sorunlar yaratmadan, ilaç kalite kontrol alanında yeni bir örgütlenmeye gidilmesi ve bu konudaki gerekli yasalara öncelik verilmesidir.



Bu genel değerlendirmelerin ışığında, kendi küçük faydalarımız yerine genel olarak mesleğimizin en üst düzeyde yararlarını ön plana çıkarmak için elimizden geleni yapmalıyız.

Şimdiye dek bunları kendisine ilke edinmiş Ankara Eczacı Odası olarak, bundan sonrada bu ilkelerin savunucusu olacağız.

Tavrımız, tüm Eczacılık topluluğunun yeterince söz ve karar sahibi olduğu bir yapının oluşturulması için çalışmak olacaktır.

Birleştirici, yapıcı tutumumuzu şimdiye dek olduğu gibi 20. Kongrede de sürdüreceğiz.

Ülkemizin genel sorunlarından, genel sağlık sorunlarımızdan ayrı şekilde değerlendirilemeyecek du-

rumda olan Eczacılık bilim ve mesleğinin sorunlarına, doğru yaklaşımlarda bulunan; mesleki çıkarlarımızı, basit küçük yararlardan üstün gören, planlı - programlı, yapıcı, tüm meslek topluluğumuz içinde dayanışmayı, yardımlaşmayı hakın kılma yönünde samimi olan; her yaklaşımı 20. Kongremizde destekleyeceğimizi belirtiriz.

Ankara Eczacı Odası temsilcileri olarak; bu tavrımızı Kongre anında, bu tür yaklaşımların olması halinde olayların gelişmesi ışığında somutlaştıracığımızı yineleriz.

Tüm meslektaşlarımızın, çalışmalarında başarılar dileriz.

ANKARA ECZACI ODASI
20. KONGRE DELEGELERİ

BOZUK İLAÇLAR ÜZERİNE

Basınımızda son oylarda sık sık yer aldığı gibi, üretilen ilaçlar arasında bozuk olanların giderek arttığı gözlenmektedir.

S.S.Y. Bakanlığının satıştan men edilen ilaçlar hakkındaki genelgesi incelenecek olunursa; 5 ay içerisinde bu konuda 5 genelgenin yayınlandığı ve 68 adet ilacın belirli serisinin satış ve kullanılmasının yasaklandığı görülür. İlaçların üretimi sırasında verilen bir seri numarası 10.000 - 50.000 arasında ilaç üretilip piyasaya sürüldüğüne göre, bu tür ilaçların halk sağlığını tehdit ettiği ve en kısa sürede gerekli yasal işlemlerin yapılması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Bir ülkede üretilen ilaçların her serisinin kalitesinin, hastanın kullanımına dek güvence içinde olması gerekir. Bilindiği gibi ilaç alanında denetimi S.S.Y. Bakanlığı yürütmektedir. Piyasada bulunan ilaç sayısının 3.500 dolayında olduğu bilinmektedir. Buna karşın kontrolü yapılan ilaç adedi örneğin 1979 yılında 584, 1980 yılında 786 ve 1981 yılında ise 1.000 dolayında olmuştur. Bu kadar az sayıda ilacın kontrolü yapılmasına rağmen, kontrolü yapılan her beş ilaçtan yaklaşık birinin bozuk çıkması, diğer bir deyimle hastanın kullanmasının sakıncalı olması, sorunun önemini ortaya koyacak düzeydedir.

İlaç üzerinde Devlet denetiminin etkin olduğu ülkelerde, piyasada bulunan ilaçların yılda en az bir kez kontrol edilmesi amaçtır. Ülkemizde de bu yılın ortalarından itibaren konuya gereken yaklaşımın sağlandığı söylenebilir. Gerçekten de gerek yeni S.S.Y. Bakanı ve gerekse İlaç ve Eczacılık Genel Müdürünün işbaşına gelmesiyle, ilaç kalite kontrol alanındaki denetimlerin arttığı gözlenmektedir. Bu konuda İlaç Kontrol Laboratuvarlarında 1982 yılının ilk sekiz ayında yaklaşık 1200 adet ilacın kimyasal, biyolojik ve farmasötik yönden kontrol edildiği bildirilmektedir.

Öte yandan Bakanlık ilaç üreten fabrika ve laboratuvarların denetimlerine de ağırlık vermektedir. İlaç ve Eczacılık Gn. Md. Okan Atay'ın açıklamalarına göre, denetimi yapılan 25 adet ilaç üretim ünitesinden 7 tanesi uygun koşullarda bulunmayıp kapatılmıştır. Bu tür denetimlerin sürdürülmesiyle kapatılacak ilaç üretim yerlerinin sayısı doğal olarak artacaktır. Çünkü birçok ilaç firmasının güvenceli ilaç üretimi yapmaktan uzak olduğu veya ürettikleri ilaçların kalite kontrollerini yapabilme olanaklarından yoksun buldukları bilinmektedir. Hatta bunlar arasında adı büyük ilaç firmalarının da bulunduğu bir gerçektir. Örneğin satı-

şı yasaklanan ilaçlara ilişkin yayınlanan son genelgede, Eczacıbaşı, Birleşik Alman, Deva, İbrahim Etem gibi ilaç fabrikalarının da bulunması bu savımıza kanıt sayılabilir.

Sağlık Bakanlığı'nın «ilaç tüketimi» ve «ilaç kalite kontrolü» konularına belki de Türkan Akyol döneminden buyana ilk kez bu denli önem vermesi, doğal olarak ilaç firmalarının büyük tepkisine neden olmuştur. Doğal olarak diyoruz, çünkü Bakanlık ile ilaç endüstrisi diyalogunun en iyi olduğu dönemlerde bile ilaç işverenleri sürekli olarak «Bakanlık Sorunu»nu gündeme getirmeyi yeğlemişlerdir. Çünkü alışageldikleri «denetimsiz üretim»in hiçbir sorun olmadan sürmesini istemektedirler. Fakat geçen ay İstanbul'da yapılan «Türkiye'de İlaç Endüstrisinin Sorunları» isimli toplantıda bir konuşma yapan Dr. Nejat Eczacıbaşı, ilaç işverenlerinin yeni hedeflerini açıklıyordu: Basın. Evet, sayın Eczacıbaşı alışagelmedik biçimde basını eleştiriyordu bu konuşmasında. Bozuk olduğu saptanan ilaçların gazetelerde yayınlanması, basının «sensasyonel haber» yaratma amacından kaynaklandığı savı ortaya atılıyordu. Sayın Dr. Eczacıbaşı'nın diğer bir savı ise daha da ilginçti: «Basında devamlı olarak bozuk ilaç listelerinin yayınlanması, kamuoyunun sadece yayınlanan birkaç ilaca değil, yurdumuzda üretilen ve kalitesi uygun tüm ilaçlara olan güvenini sarsar.» Nejat Eczacıbaşı'nın konuşmasının bu bölümünü, İlaç

İşverenleri'nin basından, bozuk ilaçlar konusunda oto sansür uygulamalarına ilişkin bir ricası (!) kabul etmek, sanırım pek yanlış bir düşünce olmayacaktır. Nitekim bu sözlere, Uğur Mumcu dışında basından herhangi bir tepki gelmedi. Uğur Mumcu ise «Birçok kişi, kendi uğraşı ya da meslek dalı ile ilgili olarak basın, o konularda pek yazmamasını isterse, basın acaba, neyi, ne ölçüde yazabilecektir?» diyerek, İlaç İşverenleri'nin basın özgürlüğünün kısıtlanmasına yönelik düşüncelerini eleştiriyordu. Gerçekte basının halkı aydınlatmak işlevi, bozuk ilaçlar konusunda —Ülkemiz koşulları göz önüne alırsa— daha bir önem kazanmaktadır. Çünkü bozuk ilaçların piyasadan toplatılmasının sorun olduğu bir ortamda, bu ilaçların isimlerinin basında yer alması göreceli de olsa yarar sağlamaktadır.

BOZUK İLAÇLARIN TOPLATILMASI SORUNU

Bilindiği gibi ilaçların kalite kontrolleri Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü bünyesindeki İlaç Kontrol Şubesi'nde yapılmaktadır. Burada bozuk olduğu saptanan ilaçlar S.S.Y. Bakanlığı'na bildirilmekte ve Bakanlıkta Sağlık Müdürlüklerine gönderdiği genelgeler aracılığıyla, bozuk ilaçların her ilde toplatılmasını istemektedir. Ve sorun bu aşamada başlamaktadır. Öncelikle Sağlık Müdürlüklerinin illeri bünyesinde bulunan tüm eczane ve ecza depolarına bu genelgeyi duyurup, bozuk olan ilaçların

satışlarını önlemesi gerekmektedir. Buna karşın genelgeler gerekli yerlere ya çok geç iletilmekte veya hiç iletilmemektedir. Bu konu Sağlık Müdürlüklerindeki yetkililerin konuya verdikleri öneme göre değişmektedir. Zaten bu aşamaya kadar bu tür ilaçların bir kısmı veya tamamı satılmış olmaktadır. Bu sorunun yalnızca bir bölümüdür. Asıl sorun genelgelerin eczaneye ulaşması ile başlamaktadır. Çünkü genelgeye göre, ikinci bir duyuruya kadar bozuk olan ilaçların satılmaması ve eczanede mühür altında saklanması gerekmektedir. İkinci duyuru ise, en az bir yıl sonra gelmekte veya hiç gelmemektedir.

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü Sayın Okan Atay'ın şu açıklaması sorunun önemini yalın olarak ortaya koymaktadır: «Kanun, uygun ilaç üretmeyenler için ürettiği o seriyi mühür altına aldırıyor. Ardından imal eden mahkemeye veriliyor. Mahkeme çok zaman takipsizlik kararı veriyor. Savcının en geç 15 gün içinde bir üst mahkemeye itiraz etmesi gerekli. Ama maalessif, savcı çoğunlukla itiraz etmiyor. Zaten mahkeme üreticiyi suçlu bulsa da, karşılığında ciddi bir ceza yok.»

Bu sözlerin öz bir yorumu, Bakanlığın «bozuk» olarak saptadığı ilaçların, mahkeme sonrasında «kaliteli ilaç» niteliğine büründüğü şeklinde yapılabilir.

Eczacıların sürekli karşı karşıya kaldıkları bu durum gerçek bir sorun yaratmaktadır. Eczacı bozuk

olduğu saptanan ilaçları, ya genelge uyarınca eczanesinde bekletecek veya satacaktır. Öyle ki bu genelgelerde ilaçların mühür altında tutulması istendiği halde, Sağlık Müdürlüğü yetkilileri yeterli eleman olmaması gerekçesiyle, bu tür ilaçların kontrolünü yapmamakta, çoğunlukla mühür altına almamaktadır.

İlaçlar kısa sürede ecza depoları veya üretici firma tarafından geri alınıp, bedelleri verilse eczaneler için sorun olmayacaktır. Zaten bu işlemle ilgili olarak bir de yasa maddesi bulunmaktadır. 984 sayılı yasanın 23. maddesi; «Eczanelerde saf veya kodekse uygun olmaması sebebi ile müsadere edilen ecza ve kimyevi maddelerin bedellerini bunları satmış olduğu evrak ve vesikalarla sabit olan ecza ticarethaneleri eczane sahibine iade etmeğe mecburdur. Yalnız bu maddelerde görülen ademi safiyetin, muhafazası hususunda fenni kaidelere riayet etmemekten veya herhangi bir suretle eczacının sun'u katsirinden veya tağşişten mütevellit bir muameleye maruz kalmasından dolayı husule gelmemiş olması lazımdır. Ecza ticarethaneleri sahipleri de zararı müeddi olan bu gibi ahvalde haklarını almak için malın ilk sahibi aleyhinde ait olduğu mahkemeye müracaat edebilirler.» demektedir.

Fakat bozuk ilaçlar ne ecza depoları, ne de üretici firma tarafından alınmamaktadır. Kısacası, bu tür ilaçlar eczanenin deposunda

kalmaya mahkumdur. Bu durum ise eczaneler için ekonomik bir yıkım olmaktadır. Çünkü her genelgede yer alan ilaçların değeri, eczanenin kapasitesine göre binlerce lirayı bulmaktadır. Şurası da bir gerçektir ki, halk sağlığının korunmasında önemli bir yeri olan eczaneler bu genelgelerden korkar duruma gelmişlerdir.

Dileğimiz, konu üzerinde yetkililerin önemle durmaları, bu tür ilaçları üreten firmalar hakkında gerekli yasal işlemlerin en seri bir şekilde takip edilmesi, bu konuda yasal düzenlemeler gerekiyorsa —ki gerekmektedir—, bu düzenlemelerin en kısa sürede, günümüz koşullarına uygun bir şekilde çıkarılmasıdır.

İlacın Ekonomi - Politikine Yaklaşım - II -

Bireysel ve Toplumsal Olarak Gerekli Emek ve Özgül Olarak İlaç Üretimi İçinde Somutlanmış Biçimi

Dr. Nurettin ABACIOĞLU

Ankara Üniversitesi Eczacılık Fak.

Farmakoloji Ana Bilim Dalı

1) GİRİŞ :

İlacın, değişim ve kullanım değerlerine sahip bir meta olması özellikleri ile toplumsal niteliklerinin incelenmesi bir önceki yazımın ana temalarını oluşturmakta idi.

Değer, söz konusu edildiğinde «meta değerini» ve bu anlamda meta olarak ilacın özgül karakterini daha ayrıntılı olarak incelemekte yarar vardır.

Günlük yaşamımızın her anında, farklı işlevlere sahip olmakla birlikte, kullanageldiğimiz tüm metalar, yaşamın normal koşullarının sürekliliğini sağlamaları açısından genelde birbirleriyle değiştirilebilme yeteneğine sahiptirler.

Diğer bir tanımlamayla, bir metada maddeleşen emek, onun diğer metalarla değiştirileceği oranı tayin eden değerini meydana getirir.

Her iki tanımlama bir bileşke içinde verildiğinde de, her metanın tekil olarak kendilerinin üretimleri sırasında harcanan emek oranında

kazandığı değerle, birbiriyle değiştirebildiği veya eşitlenebildiği kavramı ortaya çıkar.

Gerçekte, bu genel tanımlama «tek meta üreticisi» açısından doğrudur. Nedenine gelince, bir kat elbisenin bir terzi tarafından dikilmesi ve harcadığı emek oranında o elbisenin kazandığı değişim değerine bağlı pazarlanması ile, bir kutu antibiyotikğin üretilmesi sırasında harcanan emek ile kazandığı değişim değeri açısından önemli farklar vardır. Değişim değerleri açısından bir elbisenin fiyatıyla, bir kutu antibiyotikğin fiyatı arasında günlük ortalama piyasa değerleri (bir takım elbise ortalama dikiş fiyatı : 8.000 TL.; bir kutu antibiyotik ortalama satış fiyatı : 500 TL. olarak alınmıştır.) açısından 1'e 16'lık bir oran vardır. Ve kuramsal olarak her iki meta eşitlenmez gibi görünmekle beraber toplumsal değer açısından bir kutu antibiyotikğin içindeki bir kapsülün yerini istenildiği oranda düşünülebilecek elbise sayısı kesinlikle dolduramamaktadır.

Herhangi bir metanın gerçek değeri ancak «normal toplumsal üretim şartları»nın incelenmesi bağlamında saptanabilmektedir.

2) NORMAL TOPLUMSAL ÜRETİM ŞARTLARI :

Değerin karşılığı harcanan emek olduğuna göre, bir metada maddeleşen emek, üretim sürecinde iki ayrı karakter göstermektedir. Birincisi bireysel emek olup, tek bir meta üreticisinin bir metanın üretimine harcadığı emek miktarı olarak da tanımlanmaktadır. Bireysel emeğin ölçüsü, aynı zamanda «bireysel meta değerini» de belirleyen bireysel emek süresidir.

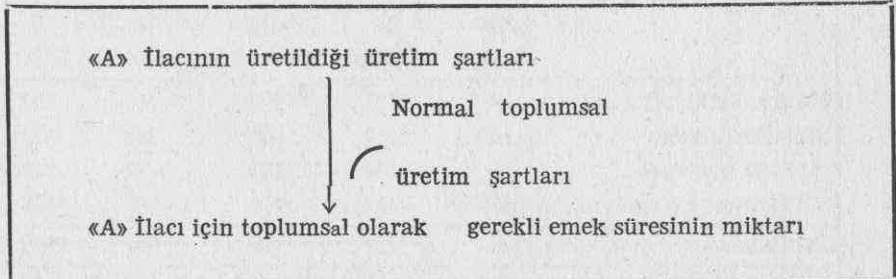
Tek bir meta üreticisinin ilaç üretim sürecindeki örneğin «eczane eczacısı»dır. Eczacının, eczane laboratuvarında ürettiği «majistral preparatlar»da bireysel emek biçiminin ürünleridir. «Bireysel emek açısından, harcanan emek miktarları arasında fazla fark olabilir. Çünkü belli bir metanın üreticileri farklı iş aletleri kullanırlar, yetenekleri ve deneyleri farklıdır ve farklı yoğunlukta çalışırlar.»

Bu genel doğru, yukarıda verilen eczane eczacısı örneği ile diğer

tek meta üreticilerinin karşılaştırılmaları arasında doğru orantılı; eczane eczacılığının kendi içindeki bireysel emek açısından ters orantılıdır. Çünkü her eczane laboratuvarında üretilen ilaç için reçetede yazılı farmasötik şekle bağlı olarak aynı iş aletleri ve ortalama aynı yetenek ve deneyimlerin kazandırıldığı eğitimlilik düzeyi ile göreceli farklılaşan yoğunluktaki çalışma temposu kullanılmaktadır.

Bir metanın değişim değeri, onun bireysel değerine değil, «toplumsal değerine» göre belirlenir. «Toplumsal değer» ölçütü bir metada maddeleşen emeğin ikinci ve asıl karakteridir.

Bir metanın büyüklüğü, bireysel olarak gerekli olan emek miktarı tarafından değil, toplumsal olarak gerekli emek miktarı tarafından belirlenir. Yani herhangi bir metanın üretimi için —var olan normal toplumsal üretim şartlarında ve emeğin toplumsal olarak ortalama yetenek ve yoğunluğu düzeyinde— gerekli olan emek süresi tarafından belirlenir. Bu anlatımı, ilaç örneğiyle şöyle çizimselleştirmek olasıdır.



Tablo I. Toplumsal Gerekli Emek Miktarı.

Örnek daha da somutlanacak olursa, Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası 1973 istatistiklerine göre (Tablo II ve III) iş gücü

hacminin işletmelere ve işletme içindeki fonksiyonlarına göre dağılımı şöyledir :

(100 işletme itibariyle toplam 8813 kişi)			
	İşletme Sayısı	Personel Sayısı	%
300'den fazla Personel	9	4450	50,5
101 - 300 Personel	16	2674	30,5
51 - 101 Personel	11	746	8,4
50'den az Personel	64	943	10,6
Toplam	100	8813	

Tablo II. İlaç Endüstrisinde İşgücü Hacmi İtibariyle İşletmelerin Dağılımı.

İmalat	% 49
Satış ve Pazarlama	% 22
ARGE ve Kalite Kontrol	% 9
Genel İdare ve diğer servisler	% 20
(Muhasebe, Personel)	
Toplam	% 100

Tablo III. Büyük bir Türk İlaç Firmasının İşgücünün Fonksiyonları İtibariyle Dağılımı.

Tablo III'deki dağılımları, Tablo II dağılımları açısından sabit değerler olarak örneklersek ortaya çıkan ortalama yeni dağılım şöyle olacaktır.

	İşletme Sayısı	İşgücü Fonksiyonlarına göre ortalama personel sayısı			
		İmalat	Satış ~ Pazarlama	ARGE + Kalite Kontrol	Diğer
300'den fazla personel	9	2181	979	401	890
101 - 300 personel	16	1810	588	241	535
51 - 100 personel	11	366	164	67	149
50'den az personel	64	462	207	85	187
Toplam	100	4319	1938	794	1761

Tablo IV. İlaç Endüstrisinde İşgücü Hacminin Fonksiyonlarına Göre Göreceli Dağılımı.

100 işletme itibariyle gerçek personel sayısı 8813 olarak verilirken örneklemede ortalama personel sa-

yısının toplamı 0.01 eksiği ile 8812 olarak bulunmuştur.

Bir İşletme Açısından İşgücü Fonksiyonlarına Göre Ortalama Personel Sayısı				
	İmalat	Satış Pazarlama	ARGE + Kalite Kontrol	Diğer
300'den fazla personel	242	109	46	99
101 - 300 personel	82	37	15	33
51 - 100 personel	33	15	6	14
50'den az personel	7	3	1	3

Tablo V. Bir İşletmede İşgücü Fonksiyonlarına Göre Ortalama Personel Dağılımı,

Gerek Tablo IV ve gerekse V'deki bulunan dağılım sayıları gerçek rakamlar olmayıp bir örneklemeyle saptanabilen göreceli sayılardır. Görülmektedir ki, 300'den fazla

personelere sahip ilk 9 firma gerek üretim gerekse ARGE ve diğer etkinlikleri yönüyle pazarın gerçek belirleyicisi durumundadırlar. Buna göre :

300'den fazla	Personel	»	A	»	»
101 - 300	Personel	»	B	»	»
51 - 100	Personel	»	C	»	»
50'den az	Personel	»	D	»	»

denecek olursa ve bütün bu işletmelerin ürettikleri tetrasiklin örneği varsayılırsa; üretim (imalat) işgücü fonksiyonu içinde, en kalifiye

eleman ve teknik donanımdan en kötüye doğru toplumsal gerekli etmek süresi ve miktarı şöyle düzenlenebilir :

İşletme Tipi	1)	2)
	1 seri Tetrasiklin/Saat	Bir iş gücü/Adet
A	1	8000
B	3	2667
C	4	2000
D	5	1600

1) 1 seri → 1000 kutu olarak varsayılmıştır.

2) 1 iş gücü 8 saat olarak alınmıştır.

Tablo VI. Tetrasiklin Üretimi İçin Göreceli Toplumsal Gerekli Emek Süresi ve Miktarı.

Bu durumda A tipi işletme en az bireysel emek süresine D tipi ise en fazla bireysel emek süresine sahiptir. Yine A tipi işletme pazara sunabildiği ürün açısından da en yüksek (8000 kutu) üretimi yapmaktadır. Bu varsayım örneğe göre, 1 saatlik emek süresi, «Toplumsal gerekli emek süresi» ve 8000 kutu üretimin yapıldığı şartlarda «Normal toplumsal üretim şartlarını» oluşturmaktadır. Örneklerden de anlaşılacağı üzere ilaç sanayiinde kalifiye eleman ve ileri teknolojiyi ellerinde tutan firmaların işletme yüzdesi itibarıyla (Türkiye İlaç Sanayiinde, 1973 yılında, işgücünün yarısından çoğu Tablo II'de de görüleceği üzere işletmelerin % 10'unda toplanmaktadır.) azınlığın, gerek «toplumsal gerekli emek süresini» ve gerekse «normal toplumsal üretim şartlarını» belirledikleri ortaya çıkmaktadır. Daha küçük ve geri teknolojiyedeki işletmelerin ise

pazar içinde azınlıktaki büyük işletmelerle yukarıda vurgulanmaya çalışılan ölçüler çerçevesinde rekabeti bir ölçüde olanaksız durumdadır.

Üretim şartlarında meydana gelen değişiklikler nedeniyle toplumsal gerekli emek süresi her zaman aynı değildir. Toplumsal olarak gerekli emek süresindeki değişikliklerle birlikte değeride değişir. Bu anlamda, bir metanın değerinin büyüklüğünün saptanma ölçütü, salt üretim şartları değil, yeniden üretim şartlarıdır. Yani aynı metanın yeni örneklerin üretimi için o anki zaman aralığında harcanan toplumsal gerekli emek asıl ölçütür.

3) EMEĞİN ÜRETKENLİĞİ VE DEĞERİN BÜYÜKLÜĞÜ :

«Toplumsal olarak gerekli emek süresindeki ve buna bağlı olarak

meta değerindeki değişmeler, emeğin üretkenliğindeki değişmelerin sonucudur.» Bir metanın değerinin büyüklüğü, emeğin üretkenliği (emek üretkenliğinden bir emek süresi biriminde —saat, gün vs.— üretilen toplam ürün miktarı anlaşılmalıdır) ile ters orantılıdır.

Bir önceki tetrasiklin örneği yeniden varsayılacak olursa, normal toplumsal üretim şartlarında, 8 saatlik bir iş gününde 8 seri tetrasiklin üretilmesiyle her seride $(8:8) = 1$ saatlik toplumsal gerekli emeğin maddeleşmiş olduğu görülür.

Kuramsal olarak emek üretkenliği arttıkça metanın değeri düşmektedir ve asıl hedef bu üretkenlik düzeyine varmaktır. Diğer yandan imalat ve doğal maddeleri işleme sanayilerinde pratikte, meta değerinin hem azalan emek üretkenliği ile artması, hem de artan emek üretkenliği ile, azalması şeklinde değer gelişiminin her iki şekilde görülebilmektedir.

SONUÇ :

Meta değerinin saptanabilmesi, bir metada maddeleşen emeğin bireysel biçiminin değil toplumsal biçiminin değerlendirilmesiyle yapılabilmektedir. Bu karakter de «toplumsal olarak gerekli emek miktarı ve süresi» özlerini içinde barındır-

maktadır. İlacın üretiminde de aynı öğeler rol oynamaktadır. Genellikle kalifiye eleman ve ileri teknolojiyi ellerinde tutan ilaç üretim işletmeleri «toplumsal gerekli emek süresini» en düşük düzeyde, «toplumsal gerekli emek miktarını» ise en yüksek düzeyde tutarak «normal toplumsal üretim şartlarını» belirlemektedir.

Diğer yönden «toplumsal gerekli emek süresini» en düşük düzeyde tutarak «emek üretkenliğini» arttıran ilaç firmalarının ürünlerinin değeri de, pazarda kuramsal olarak azalması gerekirken, bir sabitliği sürekli olarak koruyarak katgorik bir değişkenlik de göstermektedir.

KAYNAKLAR :

- 1 — Abacıoğlu, N.: Türkiye'de İlaç Sorunu. A.E.O.B. Ank. Ecz. Od. Bül., Cilt 1, sayı 4-5, Syf. 7-16, (1979)
- 2 — Abacıoğlu, N.: İlacın ekonomi Politliğine Yaklaşım — I — : Meta olarak sağlık ve ilaç : Kullanım Değeri ve Değer. A.E.O.B. Ank. Ecz. Od. Bül., Cilt 4, Sayı 5, Syf. 7-15, (1982)
- 3 — İlaç. Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Yay., No : 7, (1973)
- 4 — Zagalov, N.A.: Meta. Ekonomi - Politğin Temelleri Ders Kitabı, May. Yay., Syf. 129-131, (1979)

16-18

" Türkiye'de İlaç Endüstrisinin Sorunları " Toplantısı, Basında Yansıması

20 Kasım 1982 tarihinde İstanbul'da Türkiye İlaç İşverenler Sendikası'nca «Türkiye'de ilaç endüstrisinin sorunları» konulu bir toplantı düzenlenmiş ve toplantıya sendika üyeleri dışında Sağlık Bakanlığı yetkilileriyle Üniversitelerden bilim adamları katılmışlardır.

GÖZLEM

Uğur Mumcu

Geçen Cumartesi günü İstanbul'da düzenlenen «Türkiye'de İlaç Endüstrisinin Sorunları» konulu toplantıyı izledik. İlaç işverenleri, Bakanlık yetkilileri ve yerli ve yabancı bilim adamlarının katıldıkları toplantı çok yararlı geçti. Bu tür toplantıların, televizyon kanalıyla halka duyurulmasında büyük yarar vardır.

Toplantı günlük basın içinde bazı gazete sütunlarına konu olmuştur. İlginç yorum ve görüşlerin sergilendiği bu yazıların kamuoyu ve meslektaşlarımız içinde de bir kez daha değerlendirilmesinin yararı olacağı inancını taşımaktayız.

İlaç ve Basın...

23 Kasım 1982 Cumhuriyet

Ama nedense televizyonumuz, bu gibi yararlı toplantıları hep teğet geçme alışkanlığı içindedir.

Toplantıda, ilaç işverenlerinin iki «ağır topu» Sayın Nejat Eczacıbaşı ve Sayın Kaya Turgut, ilaç konusunda işveren kesiminin görüşlerini açıkladılar. Prof. Alaattin Akçasu'nun yönettiği «panel tartışması» Sayın Prof. Kâzım Türker ve

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü Sayın Okan Atay'ın konuşmalarıyla daha da renklendi.

Prof. Alaattin Akçasu, «ilaç sanayiinde yirmi farmakolog» bulunduğunu, bu kadar düşük sayıda farmakolog ile araştırma ve geliştirme yapma olanağının bulunmayacağını söyledi. Prof. Dr. Kâzım Türker, ilaç endüstrisinin «hayati ilaç» yapma yerine «sürümü olan» ilaç yapımına ağırlık verdiğini ve araştırma ve geliştirme çalışmalarının yok denecek düzeyde olduğunu kaydederek, bilimsel çalışmaların önemi ne değindi.

Sayın Kaya Turgut, Bakanlık yetkilileri ile ilaç işverenlerinin uyum içinde çalışmaları gerektiğini söyleyerek; «Biz» dedi, «Sağlık Bakanlığı'nın memurlarıyız.. ve ekledi «Aylıksız, bordrosuz memurlarıyız, bizden yararlısınlar»... Turgut, devlet politikasının ilaç işverenlerine güven vermediği görüşündeydi, bu yüzden ilaç kesimi dışındaki sermayenin bu alana yatırım yapmadığını söylemekteydi.

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nın yerini dolduran genç ve kişilikli Genel Müdürü Sayın Dr. Okan Atay, ilaç yapımındaki «kontrol sorunu» üzerinde durdu, iptal edilen ruhsatlarla, kapatılan ilaç

laboratuvarları konusunda ilginç bilgiler verdi, «Şefaaf için Bakanlığa başvuran» ilaç işverenlerini anlattı. Ve bir ilaç firmasının «stok yoluyla 520 milyon liralık haksız kazanç sağladığını» söyledi!

Bu ilaç firmasının adını bilmiyorduk: Ancak bu ilaç firmasının sahibi ve yetkililerinin salonda olduğundan yüzdeyüz emindik. Acaba «bazı yüzler kızarmış mıdır?» diye şöyle bir çevremize baktık...

Türkiye'de ilaç endüstrisinde önemli bir ada ve yere sahip bulunan Sayın Dr. Eczacıbaşı; «ilaç endüstrisinin eşi olmayan bir sanayi dalı» olduğunu söyledikten sonra ekliyordu :

— Bu endüstri, bu övünülecek hale devletin desteği ile değil devlete rağmen ulaşmıştır...

Bu görüş, Sayın Eczacıbaşı tarafından öteden beri savunulmaktadır. Ülkemizde bir «ilaç sorunu» olmadığı, ancak «bir Bakanlık sorunu olduğu» Dr. Eczacıbaşı'nın bir «sloganı» olmuştur. İlaç işvereni Eczacıbaşı «ilaç endüstrisine saygısı olan bir tarafım» dedikten sonra, diplomatik bir dil kullanarak «ilaç endüstrisine saygısı olmayan tarafı» da —kibarca— şöyle tanımlıyordu :

— Bir de Sağlık Bakanlığı gibi ilaç endüstrisinin genellikle karşısında olmuş bir taraf var.

Sayın Eczacıbaşı, basının ilaç konusundaki tutumunun da sakıncalı olduğu kamısındadır. Basının «sansasyona meraklı olan bir bölümünün» olumsuz etkiler yaptığını söyleyen Eczacıbaşı, ilaç endüstrisinin «tedavi edilmedik hastalık bırakmadığını» basının asıl bu konular üzerinde durması gerektiğini vurgulamaktaydı.

Toplantıda, gerek Sayın Eczacıbaşı'ya gerekse Sayın Turgut'a çeşitli sorular sorduk. Eczacıbaşı'na yönelttiğimiz sorulardan biri, «ilaç endüstrisinin araştırma ve geliştirme çalışmalarına ne ölçüde kaynak ayırdığı» yolundaydı. Sayın Eczacıbaşı, araştırma ve geliştirme çalışmalarına kaynak ayırmadıklarını, çünkü, «araştırma yapmadıklarını» söyledi. Araştırmayı, «malî açıdan gerçekçi bulmadıklarını» da sözlerine ekledi.

Bir başka sorumuz, basının ilaç konusunda, bilimsel dergileri kaynak göstererek, halk sağlığına zararlı olduğu anlaşılan ilaçlar hakkında yayın yapmasının sakıncalı görülüp, görülmediği, yolundaydı. Dr. Eczacıbaşı, bu sorumuzu ilaç konusunda, «yayınların toplumu rahatsız edecek ölçüde yansımalarına karşı olduğunu» açıklayarak yanıtladı.

Görüldüğü gibi ilaç işverenleri —işveren kesiminin en uygar temsilcilerinden biri olan Sayın Eczacıbaşı da— basının bu alandaki özgürlüğüne karşıydı. Birçok kişi, kendi uğraşı ya da meslek dalı ile ilgili olarak basının «o konularda pek yazmamasını» isterse, basın acaba, neyi, ne ölçüde yazabilecektir?. Halk sağlığına zararlı olduğu, uluslararası tıp otoritelerince kabul ve ilan edilen zararlı ilaçlar konusunda, bizler Türk basını olarak yayın yapmazsak, bizim halkı aydınlatma işlevimiz ne olacaktır?.

Kaydedelim ki, Sayın Eczacıbaşı'nın «sansasyon basını» adını verdiği basın kesimi, işveren kesiminden en çok reklâm alan şanslı bir yayın ve ticaret alanıdır! Bunu da «ilacı olmayan» bir «işveren hastalığı» olarak belirtmeden geçemiyoruz.

Bu gibi toplantıların yaygınlaştırılmasında ve özellikle televizyon gibi güçlü kitle iletişim aracı kanalıyla halka duyurulmasında yarar vardır. Tabii, yalnız işverenleri değil, işverenlere karşı görüşler savununları da konuşarak...

İlaç işverenleri, kendi denetimlerindeki tartışmalarda bu dengeyi sağladılar, umarız TRT'de bu olgunluk ve hoşgöründen payını alır.

İnşallah efendim... İnşallah!

Haberiniz Varmı ?

Yılmaz Çetiner

22 Kasım 1982 Milliyet

Vatandaşın Sağlığı İçin !..

İlaç konusu, kamuoyunda bazı-
larının yokluğu, bazılarının kalite
bozukluğu ve nihayet şu son serum
olaylarıyla günce haldeyken, Ekono-
mi ve Sosyal Etüdler Konferansı
heyetinin hazırladığı «Türkiye'de
İlaç Endüstrisinin Sorunları» se-
mineri, sanırım pek çok gerçeğe ışık
tuttu...

Ve tarafları, işverenleriyle, bi-
lim adamlarıyla, devlet otoritesinin
yetkilileriyle belki de ilk kez bir
araya getirdi!..

Bu önemli sorunun üzerine be-
raberce eğilebilmek, yoluna koyu
bilmek olanağı ortaya çıktı!..

Oturumu yöneten Prof. Kemal
Kurdaş... Bir tarafta ilaç sanayii-
nin İşverenler Sendikası Başkanı
Dr. Nejat Eczacıbaşı, Kaya Turgut
ve sanayinin diğer ileri gelenleri...

Öbür tarafta Sağlık ve Sosyal
Yardım Bakanlığı'nın Müsteşarı Do-
çent Feridun Gökırmak, yine aynı
bakanlığın İlaç ve Eczacılık Bölü-
mü Genel Müdürü Dr. Eczacı Okan
Profesör Kâzım Türker, Profesör
Alaaddin Akçasu ve diğerleri...

Yabancı misafir profesörler...
Kâzım Türker, Profesör Alaaddin
Akçasu ve diğerleri...

Türkiye'de ilaç sorununu çö-
zümlenmenin, vatandaşın sağlığını
ve kesesini korumanın çaresi ne-
dir?..

Profesör Eroğ Manisalı'nın ver-

diği bilgiden öğreniyoruz...

Türk halkı geçen yıl 39 milyar
lira ödemiş ilaca!..

1975'de, kullanılan hammadde-
nin yüzde 8'i yurt içinde üretilir-
ken, bu oranda 1982'de yüzde 22'ye
çıkılmış!..

Milyarlarca dolar harcanarak
bulunuyor, geliştiriliyor yeni ilaç-
lar... Buna da, ne NATO dayana-
bilir, ne OECD!.. Bizim ise bunla-
rın hiç değilse hammaddelerini, pek
çok ülke gibi, dışardan sağlamaktan
başka çaremiz yok!..

Amma elbet, hem kalitelisini,
hem ucuzunu!..

Şu kısacık, altı - yedi yılda bile,
dışa bağımlılığı böylesine azaltabil-
mek bir başarı değil midir?..

Üstelik son üç yıl içinde üret-
tiğimiz ilacı dışarıya satmayı da öğ-
renmişiz!.. 1982 yılında toplam 14
milyon dolar, yaklaşık iki milyar li-
ralık ilaç ihraç etmişiz yabancı ül-
kelere!..

Kavgayı, döğüşü bırakıp, üreti-
me geçmenin neler sağladığını gö-
rürsünüz ya?..

Yılda 23 milyon şişe serum üre-
tecek ve ülkemize 12 milyon dolar-
lık döviz girdisi sağlayacak dev fab-
rikayı henüz devreye sokan Dr. Ne-
jat Eczacıbaşı, son 40 yılda 29 sağ-
lık bakanı, dokuz sağlık müsteşarı
görmüş!.. Kendisinden orada dinle-
dik!..

Evet, her defasında sil baştan!.. Bürokrasinin ağır işleyen, zaman zaman, parti politikalarına ayak uydurup büsbütün yavaşlayan çarkları, diyalog kopukluğu, bu kadar önemli bir sorunu arapsaçına çevirmez de ne yapar?

Nejat Eczacıbaşı'ndan öğreniyoruz :

Örneğin, bundan iki yıl önce Sağlık Bakanlığı tüm hastanelere tamim gönderip (Eczacıbaşı bunun tamamını okudu) serumların sterillerin kendileri tarafından, hastanelerce birtakım basit metodlarla yapılmasını önermiş!..

Kendir pişir kendin ye!.. Kendi dövizini kendin bul!.. Gibi!..

Olacak iş midir bu?.. Ne üstün teknik anlayışıdır!..

Yine seminerin kulisinde öğrendiğimize göre, bozuk serum olayının nedeni maalesef şöyle :

İran'a ve diğer ülkelere kaliteli serumlar satmış göndermişiz... O zaman da piyasada yeterince serum kalmamış!.. Bunu fırsat bilen bazı ufak kuruluşlar bakanlıktan ruhsat da almadan, kontrolsüz serum çıkarmışlar!.. Yani vatandaşın yaşamıyla oynamışlar!..

Fakat bu olayın kahramanları ilaç dünyasında tanınan, bilinen firmaları da değil.

İşte bunun içindir ki, Nejat Eczacıbaşı, Kaya Turgut ve diğer tüm ciddi kuruluşların yöneticileri ilaç konusunda mutlaka devletin kontrol görevini yapmasını, dürüst ve çalışkan kuruluşların diğerlerinden ayırt edilmesini istiyorlar...

Ve ekliyorlar.

«Dünyada ilacın en ucuz satıl-

dığı yer olan Türkiye'den aynı ilaçları, eğer kaliteleri bozuk olsaydı dışarıya ihraç edebilir miydik?..»

Amma bazı ilaçların zaman aşımıyla bozulabildiğini, bazen de pek azınlıktaki sorumsuz kişilerin kalitesi bozuk ilacı piyasaya sürdüklerini de söylüyorlar!..

Gelelim devletin yetkili temsilcilerine...

Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığının genç Genel Müdürü Okan Atay'ın sorulara olumlu ve ılımlı cevapları, önerileri şöyle...

«İlaç endüstrisi ilaçlar piyasaya çıkmadan kalite kontrolünü kendi bünyesinde yapmalı... Hem kaliteli, hem ucuz hammadde sağlamalı. Devlet ise, daha sonra piyasadan seçme toplayacağı ilaçlarla kalite kontrolünü yapabilir...»

Bu kontroller son yıl, yüzde 82 oranında artırılmıştır... Ve maalesef bir süre önce yüzde 17 oranında ilaç, ya bozuk ya da hammadde desini noksan çıkmıştır...»

Okan Atay ekliyor bu arada :

— Ne yazık ki, kalite kontrolü bozuk çıkan bazı ilaçları toplatma kararını geri almamız için şefaatta bulunanlar bile oldu!..

.....

Sonuç... Sonuç olarak, ilaç sanayicileri ve devletin yetkili sorumlu temsilcilerinin bir araya gelmeleri açık açık, iyi niyetle tartışmalarıyla sanıyoruz sorunlara çözüm bulunması mümkündür...

Zaten halkın sağlığı için, elele vermekten, bürokratik kararları süratli ve isabetli almaktan, kaliteye ve fiyata önem vermekten başka da çare yoktur...



AVRUPA'DA SAĞLIK SİSTEMLERİ

Francoise CIVEYREL

Birkaç ay önce büyük bir bölgesel günlük gazete, «Federal Almanya, sağlık sistemi maliyetlerinde bir patlama olmasından korkuyor» başlığını kullanıyordu. Avrupalı komşuların pek çoğu, hemen hemen aynı soruyu sormaktadır: «Acaba, fazla maddi kayba uğramadan, bir ülkenin ekonomik kalkınmasının ilk göstergelerinden biri olan bir alandan (beden ve ruh sağlığı, hastalık ve ölümün yenilmesi) herkesin yararlanmasını sağlayacak bir sağlık sistemine nasıl sahip olabiliriz?»

Sorun, Fransa'da, sosyal güvenlik finansman reformu ve sağlık yasası nedeniyle her zamankinden daha çok gündemdedir.

1. DOKTORLAR : Hızlı bir artış ve farklı durumlar

Yirmi yılda, 1965'den 1985'e dek, Topluluk içinde çalışan doktorların sayısı iki kattan fazla artmış olmaktadır. Gerçekten, tüm ülkelerde,

tıp öğrencilerinin sayısında, özellikle İtalya, Fransa ve Almanya'da olağanüstü bir şişkinlik görülmüştür.

Nitekim, Topluluk içinde yeni kaybolan öğrencilerin sayısı 1968'de 33.106 iken, 1976'da bu rakam 63.106'ya yükselmiştir. Tıp fakültelerine kayıtlı öğrencilerin toplam sayısı, 1970'de yaklaşık 240.000'ken 1975'de 370.000'e ulaşmıştır. Bunların % 45'i İtalyan, % 28'i Fransız'dır.

Sonuç : Almanya, İrlanda ve İngiltere'de daha önceden mevcut olan «sayı sınırlaması», Belçika ve İtalya dışında tüm Avrupa'ya yayılmıştır. Bu iki ülkede, öğrencilerin başarı oranları % 45 olduğuna göre, doğacak sayı patlaması kolayca anlaşılır.

«Sağlık Ekonomisi Araştırma Enstitüsü» araştırmacılarından Vittorio Mapelli'ye göre: «Soyut olarak, tıp fakültelerine kayıtlar bugün tümüyle durdurulmak istense

bile, böyle bir önlemin etkileri 1988 yılından önce hissedilemez.»

Genel olarak ele alındığında, Avrupa'da doktor yoğunluğu net olarak artmış, fakat ülkeden ülkeye, bölgeden bölgeye oldukça belirgin farklılıklar ortaya çıkmıştır. Bugün, doktor sayısı yönünden en iyi durumda bulunan ülkeler, sırasıyla, Almanya, Belçika, Danimarka, İtalya, Hollanda ve Fransa'dır. Daha sonra, ötedenberi doktor sıkıntısı çekip duran İngiltere ve İrlanda gelmektedir. Bu iki ülke bir yana bırakılacak olursa, tüm Avrupa, doktor yönünden hemen hemen doyma noktasına gelmiştir. Fakat her tarafta, Güney'e Kuzey, kentlerle kırsal kesim arasında bölgesel farklılıklar görülmektedir. Nitekim, Paris'te (1000 kişiye 5,92 doktor), Roma'da (4,37), Bürksel'de (3,74), Hamburg'da (3,33) ve Kopenhag'da (3,14) doktor şişkinliği vardır: buna karşılık, Belçika'nın Limbourg (1,29) ve Danimarka'nın Roskilde (1,25) illeri, yoksul «akrabalar» olarak görünmektedir; İtalya'nın Nuoro (1,39), Hollanda'nın Zelande (1,10) ve Fransa'nın Picardie (1,14) eyaletlerinde de durum aynıdır. Örneğin İngiltere'de hükümet, Trent ya da York ve hatta West Midlands gibi sağlık hizmetleri yönünden geri kalmış bölgelerde yerleşmek isteyen genç doktorlara prim vermektedir.

Doktor sayısındaki bu patlamanın kaçınılmaz sonucu, doğallıkla, mesleğin gençleşmesi olmaktadır. Aynı zamanda, bu meslekte kadınların sayısında da artış görülmek-

tedir. 1985 sonunda kadın doktor oranının Fransa'da % 25'e, İngiltere'de % 24'e, Almanya'da da % 28'e yükseleceği tahmin edilmektedir.

UZMANLAŞMA ORANINDA ARTIŞ DÜŞÜKLÜĞÜ

Fransa'da, pratisyen hekimler, kendilerinin bakması gereken bazı rahatsızlıklar için çoğu zaman uzmanlara başvurulmasından yakınmaktadır. Bununla birlikte, Topluluk düzeyinde yapılan bir gözlem, bu doktorların yakınmalarının yersiz olduğunu göstermektedir. Gerçekten, Avrupa Topluluğu ülkelerinde uzmanlaşma düzeyi pek yüksek değildir. Ayrıca, birçok ülkede, uzmanların mutlak sayısı artsa bile, uzmanlaşma oranının düşmesi beklenmektedir.

Gerçekten, uzmanlık öğreniminde, tüm ülkelerde hattâ sayısal kısıtlamanın olmadığı ülkelerde bile çok sıkı bir eleme uygulanmaktadır. Örneğin İtalya'da, yılda 6.000'den fazla yeni uzman yetişti-riilmemektedir.

Yine belirtmek yerinde olur ki bazı uzmanlık dallarında noksanlıklar, bazılarındaysa şişkinlikler bulunmaktadır. Avrupa düzeyinde en çok görülen uzmanlaşma alanı, iç hastalıkları uzmanlığıdır (16.000'i Almanya'da olmak üzere 30.000). Bunu sırasıyla, cerrahlar (24.000), çocuk hastalıkları uzmanları (9.500'ü İtalya'da olmak üzere 21.000) ve ruh ve sinir hastalıkları uzmanları izlemektedir.

Bu durum karşısında, tüm Avrupa ülkeleri, en azından önümüzdeki on yıl içinde doktor sayısındaki şişkinliği dikkate alarak, sağlık hizmetlerini köklü bir biçimde planlamak zorundadırlar. Bu alan da arzın yaygınlaşması, sağlık hizmeti talebinin artması anlamına gelir. Bir başka deyişle, her ülke de bu sayı patlamasına paralel olarak sağlık harcamalarında bir artış beklenmektedir. Tıp dergileri, manşetlerini, iş bulma bürolarına başvuran genç doktorlara ayırmaya başlamışlardır.

2. DOKTOR SEÇİMİ VE HASTANE SİSTEMLERİ

Avrupa'daki çeşitli sağlık sistemlerinin temel niteliği, doktorlara, özellikle de sistemin ana direği olan pratisyen hekimlere özgü statünün bulunmasıdır. Sistem ülkelere göre şöyle çalışmaktadır :

ALMANYA FEDERAL CUMHURİYETİ :

Hastalık çeki

Masraflarınızın Alman hastalık sigortası kurumunca karşılanmasını istiyorsanız, mutlaka «Hastalık Sigortası Sandığı Doktorları Birliği»ne kayıtlı bir doktora başvurmanız gerekir. Ücretinizi de, sandığınızdan karne olarak alacağınız bir «hastalık çeki» ile ödeyeceksiniz. Pratisyen hekim, çeki yaptığı işlere göre doldurur. Hastalık Sigortası Sandığı da, her üç ayda bir, yaptığı işlerin bedelini doktora öder. Ne eczaneye, ne de hastaneye bir

ödemede bulunmanıza gerek yoktur; herşeyi sandıklar üstlenmiştir

Deniyor ki, bu sistem, doktorları daha az zamanda daha çok hastaya bakmaya ve en çok para getiren muayeneleri yapmaya teşvik etmektedir. Fransız sisteminde de aynı yola başvurulmaktadır.

Fransız doktorlar gibi Alman doktorlara da, bir eşit test uygulanmaktadır. Gerçekten, reçetelerine eşit etkinlikte olmak kaydıyla en ucuz ilaçları yazmak zorundadırlar. Doktor, hastalık gruplarına göre saptanan ödemelerin ortalamasını büyük ölçüde aştığı takdirde, tasarruflu davranmadığı kabul edilir ve fark kendisinden geri istenir.

İTALYA : Bir doktora kaydolmak zorunludur.

Burası, listeye kaydolmada egemen olduğunuz bir ülkedir. Hastalık sigortasından yararlanmak ve parasız tedavi olmak için, yardım sandığınızın kabul ettiği bir pratisyen hekime kaydolmak zorundasınız. Hem de, doktorunuzu iyi seçmeye bakın; çünkü hoşunuza gitmezse, değiştirmek için bir hayli uğraşmanız gerekir. Yoksa, bu doktora, ölümüne dek ya da siz ölmeye kadar gitmek zorunda kalırsınız.

Her doktorun listesinde kayıtlı, ortalama 1.000 hasta vardır; bunun azami sınırı 1.500'dür. Doktor hastadan ücret almaz. Ücretini doğrudan doğruya sandıktan ve şu iki sisteme göre alır :

● Doktorların yarısı, götürü olarak sözleşmelidir, yani listelerinde kayıtlı hasta sayısı ile orantılı olmak üzere her yıl sabit bir para alırlar;

● Diğerleri ise, muayene başına para alırlar. Uzman doktorların ücretleri pratisyen hekimlerinkinden genellikle % 50 fazladır; vizite tarifeleri de konsültasyon tarifesi- nin iki katıdır.

Hastalık Sigortası Sandıklarının açıkları giderek büyümektedir. Sigortadan yararlananlar da, sistemden pek memnun görünmemektedirler.

İNGİLTERE : Ulusal sağlık servisi

Sağlık hizmetlerinin hemen tümü, Ulusal Sağlık Servisi'nin gözetiminde yürütülmektedir. Doktora başvuran hastaların % 90'ı bu çerçevede içinde muayene olmaktadır.

Parasız bakımdan yararlanmak istiyorsanız, İtalya'da olduğu gibi, seçeceğiniz bir doktora kaydolmak zorundasınız. Doktorunuzu değiştirmek istediğinizde, Bölge Sağlık Kurulu'ndan izin almanız gerekir. Bir doktorun listesinde, ortalama 2.500 hasta bulunur. Bunun azami sınırı, tek başına çalışan doktorlar için 3.500, grup olarak çalışanlar için 4.500'dür.

Ulusal Sağlık Servisi, doktorun ücretini, yapacağı muayenelerin niteliğini ve ücret koşullarını belirleyen bir sözleşmeye göre öder. Bu ücret içinde, götürü bir yıllık ücret,

kayıtlı hasta başına bir ek ödenek (bu ödenek hastanın yaşına göre değişebilir), mahrumiyet bölgesi tazminatı ve kıdem tazminatı bulunur.

Uzman doktorlar genellikle hastanelerde çalışacakları için, bu yöntem, özellikle pratisyen hekimlere uygulanır. İngiliz pratisyen hekimlerinin muayenehaneleri kendilerine aittir ve yönetiminden de kendileri sorumludur.

BELÇİKA : Doktor seçimi serbesttir ve ülke çapında bir tarife uygulanır

Belçika sistemi, Fransız sistemine daha yakındır. Sigortalıysanız, sözleşmeli olsun - olmasın, her doktora başvurabilirsiniz. Ödeme belirli bir tarifeye göre yapıldığından, doktorun statüsü, ne olursa olsun değişmez. Ücret, muayene başına olmak üzere, gerek hasta, gerekse sigortalar tarafından ülke çapında bir anlaşmada saptanan tarifeye göre ödenir. Öte yandan, eğer isterseniz, Fransa'da olduğu gibi doğrudan doğruya bir uzman hekime gidebilirsiniz. Fakat uzman hekimin vizite ücreti, ancak pratisyen hekimin konsültasyona çağırılması üzerine ödenir. Pratisyen hekim, hastalarının bazı tedavileri (küçük çapta anestezi, ameliyat yardımı, (doğum alçıya alma) için hastaneye girme hakkına sahiptir.

DANİMARKA : Bir doktora kaydolmakta ya da olmamakta serbestsiniz

Bu ülkede, bir doktorun listesine kaydolma ve muayene başına

ödeme yapma gibi iki yöntemi birleştiren karma bir sistem vardır. Sistem, 1976'dan bu yana, iki kategori sosyal sigortalılık düzeninin konmasıyla, daha da karmaşık hâle gelmiştir.

Sigortalı olarak, şu iki kategoriden birini seçme durumundasınız:

1. Kategori: Bir pratisyen hekimin listesine kaydolmak zorundasınız. Doktor, ücretini doğrudan doğruya Sandık'tan alır; sizin açınızdan, sağlık hizmeti parasızdır.

2. kategori: İstedığınız pratisyen hekimi seçebilir, doğrudan doğruya bir uzman hekime gidebilirsiniz; fakat ücreti sizin ödemeniz gerekir.

Birinci kategori, en kalabalık grubu oluşturmaktadır (nüfusun % 75'i).

Kopenhag'daki pratisyen hekimlerin ücreti, her türlü durumda listeye göre ödenir. Diğerlerine gelince, bir kısmı muayene başına, bir kısmı da listeye göre para alır.

HOLLANDA : Karma sistem

Bu ülkede de, abonman sistemi egemendir. Gelirleri belirli bir tavanın altında olan sigortalılar, Hastalık Sigortası Sandığı'nın kabul ettiği bir pratisyen hekimin listesine kaydolurlar. Nüfusun % 70'i bu durumdadır. Pratisyen hekimler, listelerine 1800'ü sigortalı, 800'de «serbest» hasta (yani % 70 ve % 30) kaydedilebilirler. Birinci kategoriden olanlar için tedavi ücretsizdir;

doktorun ücreti, elindeki listeye göre ödenir. Sigortalı olmayan hastalarsa, ücretlerini kendileri öderler ve sonradan özel sigortalarından bu parayı geri alırlar; bu nedenle, Hollanda'da özel sigortalar çok güçlüdür.

Uzman hekime muayene olma, pratisyen hekimin yazılı rızasına bağlıdır; uzman hekimlerin ücreti, muayene başına olmak üzere, pratisyen hekim tarafından verilen kartlarla aylık olarak ödenir.

YUNANİSTAN : Serbest hekimlik pek yok

Doktorların büyük bir bölümü hastanelerde çalışırken, aynı zamanda bir hastalık sigortası sandığından da ücret alırlar (ülkede, nüfusun % 90'ını kapsayan belli başlı üç hastalık sigortası sandığı vardır). Mesleğinize göre, şu ya da bu sandığa bağlı olabilirsiniz. Fransa'da maden ya da demiryolları işçilerinin durumunda olduğu gibi, size gösterilen bir doktora gitme koşuluyla, parasız tedaviye hakkınız vardır. Serbest doktor sayısı azdır; fakat buna karşılık, ücretli ve ücretsiz etkinliğini bir arada yürüten çok doktor vardır.

LÜKSEMBURG : Gelirinize göre...

Doktorlar sözleşmeli, tarifelerse, hastaların gelirine bağlıdır. Vizite ücreti doğrudan doğruya muayene başına ödenir ve daha sonra sandıktan geri alınır.

İRLANDA : Doktorlar sözleşmelidir

Sigortalıysanız, sözleşmeli bir hekime başvurmanız gerekir; belirli bir sınırın altında gelirinizi varsa (nüfusun % 30'u), bir doktorun listesine kaydolma koşuluyla, tedavi giderlerinizin % 100'ü ödenir.

HASTANELER : Gelir artırma yolları...

Tüm sağlık sistemlerinin öteki büyük kutbu, kuşkusuz hastane sektörüdür. Bu alanda da, son yıllarda bütün Avrupa ülkelerinde büyük ilerlemeler kaydedilmiş, ancak kaçınılmaz bir sonuç olarak da maliyetler ağırlaşmıştır.

1000 kişi başına yatak sayısı, yalnız İngiltere ve İrlanda'da % 10 dolayında azalmış, buna karşılık, Belçika, Almanya ve İtalya'da % 10 artmıştır.

Aynı şekilde, hastanelere kabul edilen hasta sayısının her ülkede arttığı, ortalama hastanede kalma süresinin her ülkede azaldığı ve dolayısıyla, yatak başına tedavi edilen olay sayısının her yıl arttığı görülmektedir. Bu, iki anlam ifade etmektedir :

● Ücret artış isteklerinin desteğiyle, sağlık personeli, eskiye göre daha az çalışarak, daha iyi ücret almaktadır. Örneğin, Almanya'da haftalık çalışma süresi 1955'de 60 saatken, 1975'de 40 saate inmiştir.

● Otomatik tahlil araçları gibi yeni cihazlar maliyetleri düşürmekte, buna karşılık talebi artırmaktadır. «Tarayıcı» aletler gibi diğer yeni araçlar, emeği artırmaktadır. Öte yandan, daha etkili, ama buna karşılık daha pahalı ilaçlar ortaya çıkmıştır.

● Yukarıda gördüğümüz gibi, doktor sayısının artması, talebi şişirme eğilimi göstermektedir. Ayrıca, öyle görünüyor ki, doktorlar, ilaç ücretlerinin sigortalıca öndiği ülkelerde, reçetelerine daha çok ilaç yazmaktadırlar.

● Söylenenlere bakılırsa, Almanya'da «koruyucu hekimlik», maliyet artış nedenlerinden biridir. Çünkü doktorlar, herhangi bir itiraz halinde uğrayacakları kayıpları karşılamak üzere, muayene sayısını artırmaktadırlar.

● Nihayet, ilaç sanayiinin baskısı her ülkede aynıdır; Hastane hekimliği de giderek ağır basmaktadır.

Maliyet başı boşluğunun önlenmesi

Her ülke, bir yandan iyi bir sağlık sistemi bulundurmaya çalışırken, bir yandan da, elinden geldiği kadar, bu «dipsiz» fıçıya bir «dip» geçirmeye çaba göstermektedir. Çabaların ana hatları şunlardır :

BELÇİKA

Hükümet, hastanelere yapılan harcamaları sınırlandırmak üzere,

hastane yatak sayısını ve «ağır» tıbbi malzemeyi denetleme politikası izlemekte ve günlük yatak ücret tarifelerindeki artışları sınırlandırmaktadır. Ayrıca, hastane bakımının yerini alabilecek sistemlerin geliştirilmesi teşvik edilmektedir. Yine hükümet, eczane sayısını sınırlandırmaya, ilaç fiyatlarını düzenlemeye ve koruyucu etkinlikleri teşvik etmeye çalışmaktadır. Doktorlar, bu politikanın oldukça dışında bırakılmıştır. Mümkün olduğu kadar çok doktorun sözleşme kapsamına girmesine ve bu sözleşmeye uymasına özen göstermekle yetinilmektedir.

ALMANYA FEDERAL CUMHURİYETİ

Hükümet, bir federal yasa uyarınca, hastanelere ayrılan giderleri denetlemeye, hastanelerin günlük yatak ücretlerinin artışını kısıtlamaya, doktorların ve dişçilerin ücretlerini sınırlandırmaya ve doktorları daha ekonomik reçete yazmaya teşvik etmeye çaba göstermektedir. Tedavi giderlerinde hastalık sigortası payının sınırlandırılmasına çalışılmakta ve aynı doktorun hastane içinde ve dışında yapılan tedaviden sorumlu olması yolunda bir sistem teşvik edilmektedir. Nihayet, hastaneden daha az masraflı olan kliniklerin yapımı ve koruyucu hekimlik çalışmaları teşvik edilmektedir.

İRLANDA

Bu ülkede, bir yandan yapılan harcamalara titizlik gösterilirken,

bir yandan da, sağlık hizmetlerini geliştirmeye ve hastane sisteminin rasyonel hale getirilmesine çalışılmaktadır.

İTALYA

İtalya Hükümeti de, hastane harcamalarını denetlemeye, bütçelerini sınırlandırmaya ve hastaneleri, ortak bir yönetimi olan hastane toplulukları halinde örgütlemeye çalışmaktadır.

● Son on yılda, tüm Avrupa Topluluğu ülkeleri, hastane yapım ve işletimiyle ilgili resmi denetim düzenleri koymuşlardır. Yatırımları daha rasyonel hale getirmeye, daha çok hasta muayene etmeye, hastaneye yatmış olanları başka kurumlara, örneğin «nekahat» evlerine daha hızlı yönlendirerek yatakların azami ölçüde kullanılmasına çalışılmaktadır.

● Bu politika, maliyetlerin ağırlaşmasına yolaçmaktadır. Çünkü bir hastanın hastanedeki ilk günleri, tahliller, çeşitli muayeneler ya da cerrahi müdahale nedeniyle daha sonraki günlere göre daha pahalıya mal olmaktadır. Bu nedenle, hastanede yatma süresine göre ücret alan hastaneler, yataklarının rantabilitesini en yüksek düzeye çıkarmak için yatma süresini uzatmayı tercih etmektedirler.

3. SAĞLIK HİZMETLERİ MALİYETİ

Tüm Topluluk ülkelerinde, son yıllarda sağlık hizmetlerinin mali-

yeti, GSMH'dan daha hızlı artmıştır. Olayın en belirgin olarak ortaya çıktığı ülke İrlanda'dır; burada, oran, 1966'dan 1975'e hemen iki kat artarak GSMH'nın % 3,6'sından % 7'sine yükselmiştir. En düşük artış oranlarıysa Danimarka ve İngiltere'de görülmektedir.

Acaba maliyet patlaması ne gibi faktörlere bağlanabilir?

● Önce, her ülkede, sağlık giderlerinin hastalık sigortalarının karşılanmasında bir yaygınlaşma görülmüştür. Nitekim, İngiltere'de, 1974 yılında parasız aile planlaması hizmeti getirilmiştir: Hollanda'da herkes, hastaneler ve diğer kuruluşlardaki uzun süreli tedaviler için sigortalanmıştır. İtalya'da, 1972'den bu yana, bağımsız çalışanlar da ilaç yardımı almaktadırlar; oysa, daha önceleri bu giderler karşılanmıyordu. Bu, belki de, resmi sigortaların özel sigortaların yerini almasıyla, sorunun özel sektörden kamu sektörüne kaydırılması sonucu olmuştur.

● Her ülkede doğum oranında bir düşme görülmektedir (dolayısıyla, doğum ve çocuk bakımı harcamalarında bir azalma olmaktadır). Ama buna karşılık, İrlanda dışındaki tüm ülkelerde yaşlı kişilerin sayısında büyük bir artış olmuştur. Almanya'da emekliler, hastalık sigortası sandıklarına, orta yaşlardaki nüfustan 1,7 kez daha pahalıya mal olmaktadır; rakam, Fransa için de aynıdır; İngilizler, 75 yaşın üstünde bir kişinin, Ulusal Sağlık Servisi'ne 16-64 yaş ara-

sındakilere oranla altı kat pahalıya mal olduğunu hesaplamışlardır. Fakat hiç kimse, AET içinde sağlık hizmetlerine ayrılan GSMH yüzdesiyle 65 yaşın üzerindeki nüfus arasında bir bağlantı kuramamıştır.

● Bulaşıcı hastalıklar azalırken, alkol, sigara tiryakiliği ve trafik kazaları büyük tahribat yapmaktadır.

İlaç giderleri, sağlık harcama larının üçte birini oluşturduğundan, aşırı derecede pahalı reçetelerin frenlenmesi için girişim başlamıştır. Aynı zamanda, bazı yönetim giderlerinin kaldırılmasına (yaklaşık 200 farklı sigorta kurumu vardır) ve doktorların ücretlerini ödeme yönteminin değiştirilmesine çalışılmaktadır.

LÜKSEMBURG

Lüksemburglular, özellikle hastaneler üzerinde durarak, yatak sayısını ve «ağır» tıbbi malzemeyi denetlemeye çalışmakta, hastane tedavilerine seçenek oluşturabilecek sistemlerin gelişmesini teşvik etmektedirler. Koruyucu hekimliğe de önem veren Lüksemburglular, bedeli hastalık sigortası kurumunca ödenen ilaçlar için sınırlı bir liste getirmek istemektedirler.

HOLLANDA

Bu ülke de, hastanelere ayrılan ödenekleri kısmak ve günlük yatak ücretlerini denetlemek istemektedir. Amacı, hastane yatak sayısını azaltmak ve hastane dışında yapı-

lan tedavilere ağırlık vermektir. Hollandalılar, doktorlara, belirli bir listede yer alan ilaçları seçmelerini tavsiye etmekte, dolayısıyla, kolayca hekimliğe önem vermektedirler. Ayrıca, hastaların ödemesi gereken payların artırılmasına da çalışılmaktadır.

İNGİLTERE

İngilizler de, hastanelere ayrılan ödenekleri kıstmakta, hastane sistemlerini rasyonelleştirmekte, hastanelere alternatif olacak sistemleri teşvik etmekte ve cari harcamalardaki büyüme hızını azaltmaktadırlar. İngiliz, sırasıyla, akıl hastalarına, yaşlı kişilere, hastalara ve çocuklara öncelikler getirmişlerdir. Diş ve göz tedavisinde hastanın ödeyeceği payı artırmışlar ve eczanelerle ilaç firmalarının kâr hadlerini düzenlemişlerdir.

Görülüyor ki, ister güdümlü, ister liberal olsunlar, sağlık hizmetleri de ister devletleştirilmiş olsun, isterse özel sektörün elinde bulunsun, Avrupa ülkelerinin hemen tümü, sağlık sistemleri yönünden, finansman sorunları içinde çarpınıp durmaktadırlar. Buldukları ve uygulamaya koydukları çözüm yolları da, çoğu kez, aynı fikirlerin çevresinde dönüp durmaktadır.

«DOKTORLAR» AVRUPASI

Dört yıldan bu yana Avrupalı doktorlar, Topluluk ülkelerinde istedikleri yerde yerleşme hakkına sahiptir. Diplomaların karşılıklı olarak tanınması da artık gerçek-

leşmiştir. Bu «doktorlar» Avrupası şimdi ne durumdadır :

Topluluğun diğer ülkelerinde yerleşen Avrupalı doktor sayısı, 1.333 olarak tahmin edilmektedir. (haziran 1980). «Dokuzlar» Avrupası'ndaki yaklaşık 500.000 doktorluk bir toplam içinde, bu rakam gerçekten çok küçüktür; hele daha önceden başka bir ülkeye yerleşmiş olan (örneğin, evlenme yoluyla) ve o zamana kadar ancak ikili anlaşmalarla çalışabilen doktorların durumlarının yasallaştırıldığı düşünülecek olursa, bu rakamın azlığı daha bir belirginleşmektedir.

En çok doktor «ithal» eden ülkeler, doktorların meslek gelirlerinin en yüksek olduğu ülkelerdir. Bu gerçekten bir raslantı mıdır? Şurası bir gerçek ki, Hollanda'da 295, İngiltere'de 259 ve Almanya'da 251 AET çıkışlı doktor bulunmaktadır. Bu doktorların en az bulunduğu ülkeler, İrlanda (5), Danimarka (25) ve İtalya'dır (26).

Doktor «ihraç» eden ülkeler, İngiltere (296), İtalya (215) ve Belçika'dır (215). En az doktor çıkışı da, Danimarka (30) ve Lüksemburg'dan (43) olmaktadır.

Rakamlar, tüm dünyaya yaygınlaştırılacak olursa, bu rakamların, gerçekten çok az olduğu görülmektedir. İngiltere, yabancı doktorları her zaman kendine çekmiştir. Bu ülkede, her uyruktan, 16.600 yabancı doktor vardır. Bu konuda, Almanya da bir hayli ileri durumdadır; ülkede 9.600 yabancı doktor

bulunmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün bir incelemesine göre, 1970 yılında, 10.800'ü ABD'de olmak üzere, 19.600 Topluluk doktoru yabancı ülkelerde çalışmaktay-

dı. Bunların çoğu, İngiliz ve İrlanda (12.600), Alman (4.600) ve İtalyan (2.400) asıllıydı. Fransa ise, bütün bu göç hareketlerinin dışında kalmaktadır.

Avrupa'da Sağlık Harcamaları

	Kişi başına hastalık yardımı (frank olarak)		GSMH yüzdesi olarak sağlık hizmetleri maliyet tahmini	
	1970	1979-1980	1966	1975-1976
Almanya	952	4.176	4,8	8
Fransa	756	3.248	5,1	6,7
İtalya	—	1.160	3,2	4,9
Hollanda	784	4.292	—	8,6
Belçika	560	2.755	—	6,2
Lüksemburg	476	3.132	2,1 (1)	3,6 (1)
İngiltere	504	1.537	4,3	5,4
İrlanda	263	1.216	3,6	6,1
Danimarka	1.002	3.944	3,8	6,4

(1) Yalnız hastalık sigortası

Kaynak : Eurostat ve AET.

* Bu yazı Avrupa Topluluğu Komisyonu'nun «Avrupa» Ekim 1982 sayılı aylık dergisinden iktibas edilmiştir.

ARAŞTIRMA, İNCELEME

Parfümler ve Oluşturdukları Allerjik Sorunlar

Dr. Nilüfer TARIMCI

Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Farmasötik Teknoloji Ana Bilim Dalı

Hemen her tür kozmetik yapımın bileşimine giren koku verici maddeler aynı zamanda tek başlarına da kullanılan kozmetik preparatlarıdır. Hazırlanan bir kozmetik yapımın tüketici tarafından ilk değerlendirilmesi uygun bir renkte ve kokuda olup olmaması yönündendir. Ancak bu preparatların kendileri ve bileşimlerine giren hammaddelerin çeşitli deri reaksiyonlarına neden oldukları da bilinmektedir. Hacettepe Üniversitesi Hastahanesi Dosya Arşivinde yapılan bir incelemede, Kontakt Dermatitisi tanısı konan 924 hastadan %2.8 inde kozmetik kullanımının neden olabileceği dermatit olasılığı saptanmıştır (1). Yapılan çalışmalar incelendiği zaman parfümlerinde azınsanmıyacak ölçüde deri reaksiyonlarına sebep oldukları görülmektedir (2).

Satılan bir ticari parfüm en az 20-30, bazen daha fazla madde içerir. Bu maddeler temelde 3 grupta toplanırlar (3).

a) Bitkisel kaynaklılar (bitkilerin kök, yaprak, çiçek gibi değişik kısımları ve zamklar)

b) Hayvansal kaynaklılar (hayvansal ürünler ve bunların ekstraktları)

c) Sentetik kimyasal maddeler (genellikle bir parfüm bileşiminin %90 nını oluştururlar.)

Asıl koku verici maddenin yanısıra bir parfümün bileşimine karıştırıcı maddeler ve fiksatorlerde katılmaktadır. Karıştırıcı maddeler bileşimdeki maddelerin en iyi şekilde birbirleri ile karışmalarını sağlamak, koku fiksatorleri ise parfümün tatbik edildiği zaman çabuk buharlaşarak uçmasını önlemek amacıyla formüle ilave edilirler. Esas maddeden olabildiği gibi yardımcı maddelerden ileri gelen allerjik reaksiyonlarda söz konusuudur.

Çeşitli kozmetik yapımların içerdikleri parfüm miktarı Tablo. 1 de görülmektedir.

Tablo 1 : Değişik Kozmetik Yapımların Ortalama Parfüm Konsantrasyonları

«Masking» Parfümler	% 0.1 veya daha az
Kozmetikler	% 0.5
Kolonyalar	% 4
Tuvalet Suları	% 5
Parfümler	% 20

Parfümler ile oluşan deri reaksiyonları başlıca iki şekilde görülür.

1 — Allerjik Kontakt Dermatit : Duyarlı kişilerin allergenler veya duyarlandırıcılar ile direk teması sonucu oluşan geç aşırı duyarlılık reaksiyonudur (4).

2 — Işığa Duyarlılık Reaksiyonları (Photosensibilite) : Bazı kimyasal maddelerin ışık karşısında özellikle U.V. ve kısa dalga boyu ışınlar ile duyarlandırıcı etki göstermeleridir. Reaksiyon ışığa bağlı olarak ortaya çıkar.

Parfümlerin oluşturdukları dermatozların klinik görünümü :

Dermatozun yaygınlığı parfümün uygulamasına bağlıdır. Olay krem ve yüz tozları gibi bileşiminde parfüm içeren bir preparattan ise daha geniş bir bölgede görülmektedir. Eğer bir parfüm veya tuvalet suyundan dolayı ise belli bir yerde (kulak arkası gibi) ve bir çizgi görünümündedir. Ön kol bölgesindeki parfüm dermatitleri

atopik dermatite benzerler. Genel olarak parfüm dermatozları eritematöz bir tablo göstermektedirler Bununla birlikte papüler ve vesiküller eripsiyonlar hatta ürtiker reaksiyonlarda olabilmektedir. Ayrıca hem foto-toksik hemde foto allerjik ışık dermatozlarına sık olarak rastlanmaktadır (5). Parfümlerle oluşan pigmentasyon reaksiyonları genellikle üç şekilde görülür. En çok görülen tip Berloque Dermatitidir. Bu, bergamot esansının içerdiği 5 metoksi psorolenin ışık karşısında oluşturduğu dermatittir. Olay eritem ile başlar ve değ me yerinde pigmentasyon görülür Oluşan renklenme genellikle üç ayda geçer (6). İkinci tip pigmentasyon parfüm içeren yüz kremlerinin uygulandığı yüz ve boyun bölgesinin melanosis difüzyonudur (2) Ayrıca üçüncü bir tip olarak yüzde benekli bir pigmentasyon olabilir. Parfümlendirilmiş krem ve el losyonları kullanan 70 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada parfüme bağlı allerjik dermatoz saptanmıştır(7).

Geraniol, jasmin, lavanta, ne roli, bergamot ve lime esansları en çok duyarlılık yapan esanslar olarak bilinirler (8, 9).

Parfümlerin yanısıra bunların formüllerine giren koku fiksatörlerinin de dermatoz yaptığı daha önce belirtilmişti. Bu fiksatörler balsamlar, benzil benzoat, benzil salisilat ve sentetik musklardır. Bunlardan peru ve tolu balsamı ile benzil benzoat, benzil salisilat ve sinnamik asidin yaptıkları dermatitler literatürde belirtilmektedir (9, 10).

Yama Testi ve Parfüm Hassasiyetindeki Önemi :

Kullanılan herhangi bir kozmetik yapım yada maddenin allerji

yapma özelliğini saptamada en sık başvurulan yöntem yama testidir (11). Parfümlerde de bu test büyük önem taşır. Ancak daha öncede belirtildiği gibi parfümler hem alerjik duyarlılık hemde ışık duyarlılığı yaptıkları için kapalı yama testlerinin yanısıra ışığa maruz bırakılmak üzere açık yama testlerinde yapılması gerekir. Bir çok araştırmacı tarafından parfümlerin bileşimine giren ve hassasiyete neden olabilecek maddelerin yama testlerini yapmak üzere, uygun taşıyıcı ve konsantrasyonlarını gösteren listeler hazırlanmıştır (12, 13, 14). Tablo 2. de North American Contact Dermatitis Research Group (NACDRG) tarafından önerilen parfüm tarama listesi görülmektedir.

Tablo 2 : NACDRG nin parfüm tarama listesi

Benzil Benzoat %2
Benzil Salisilat %2
Sinnamik Aldehit %2
Kumarin %5*
Eugenol %5
İsoeugenol %5
Jasmin Absolute %10
Jasmin Sentetik %10
Metil Salisilat %2
Musk Ambrette %5 (ALKOL)*
Saf Geraniol %5
Alfa Amil Sinnamik Alkol %5
Alfa Amil Sinnamik Alkol % 5
Alfa Amil Sinnamalaldehit %5
Anisil Alkol %5
Sandal ağacı yağı %2

*: Işık duyarlılığı

Listedeki maddeler gösterilen konsantrasyonlarda vazelin içinde hazırlanarak teste tabi tutulmaktadır.

Hollanda'nın değişik bölgelerindeki 14 dermatoloğun oluşturduğu bir grup tarafından gerçekleştirilen diğer bir çalışmada ise parfümlerde kullanılan kokulu bileşenlerin allerjik reaksiyonları incelenmiş ve enteresan sonuçlar saptanmıştır (2). Şöyleki; test kapsamına alınan 82 kişi bu bileşenlerin bir veya daha fazlasına pozitif reaksiyon gösterirken; kumarin hidrokisisitronella, sinamik alkol ve eugenol kişilerin ortalama %10 nunda pozitif reaksiyonlara neden olmaktadır.

SONUÇ :

Kozmetik yapımlarda kullanılan pek çok madde de olduğu gibi parfümlerinde özellikle duyarlı kişilerde allerjik reaksiyonlar oluşturduğu bilinmektedir. Yurdumuzda kozmetik yapımlar oldukça yaygın kullanılmakta olmalarına rağmen bu konuda yeterli bir kontrol yoktur. Bu nedenle sorunun sadece tüketicinin oto kontrolüne bırakılmayıp, yapımların deri uygunlukları yönünden araştırılması gerektiği kanısındayız (15).

KAYNAKLAR :

- 1 — Kışlalıoğlu, S., «Kozmetiklerin Deri Reaksiyonları I», *Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni*, 12, 64 - 77, 1979
- 2 — Alexander, A.F., «Perfum Dermatitis Part I General Consideration and Testing Procedures», *Cutis*, 26 (No : 5), 458, 1980
- 3 — Bayraktar - Alpman, G., «Kozmetik Preparatlar», İstanbul, Nurettin Uycan Matbaası AŞ 141, 142, 1978
- 4 — Lâv, O., **Allerjik Kontakt Dermatitler ve Yama Testi Çalışmaları**, İstanbul, 18 - 25, 1976
- 5 — Gutman, S.G. and Somow B.A., «Allergic Reactions Caused by Components of Perfumery», *Vestn. Derm. Vener.*, 42, 62, 1968
- 6 — Harber, L.C. et. al., «Berloque Dermatitis», *Arch. Dermatol* 90, 572, 1964
- 7 — Schoor, F.W., «Cosmetic Allergy», *Dermatology and Allergy*, 4, (2), 36, 1981
- 8 — Meneghini, C.L., Rantuccio F. and Lomuto, M., «Additives, Vehicles and Active Drugs of Topical Medicaments as Causes of Delayed Type Allergic Dermatitis», *Dermatologica*, 143, 137, 1971
- 9 — Hjort, N. and Fregert, S., «Contact in Dermatitis», (*Textbook of Dermatology. Vol. I* eds. A. Rook, D.S. Wilkinson and F.J.G. Ebling, Blackwell Scientific Publications, Oxford, 238, 1969

- 10 — Epstein, E., «Perfum Dermatitis in Men», *J. Amer. Med. Ass.*, 209, 911, 1969
- 11 — Fisher, A.A., «Patch Testing with Perfum Ingredients», *Contact Dermatitis*, 1, 166, 1975
- 12 — Sagarin, E., «Cosmetics, Science and Technology», New York Interscience Publishers, Inc. 1957
- 13 — Schoor, W.F., «Allergic Skin Reactions from Cosmetic Preservatives», *Am. Perfumery Cosmet.*, 23, 64, 1970
- 14 — Wells, F.V., Lubowe, I.I., «Cosmetics and the Skin» New York, Reinhold Publishing, 1964
- 15 — Tarımcı, N., Akan, T., «Kozmetik Hammadde ve Yapımlarının Neden Olduğu Dermatozlar», 9. Ulusal Dermatoloji Kongresi, 20-24 Eylül, 1982 Marmaris (Tebliğ)

Bilgimizi Tazeleyelim

Kanser Kemoterapisi

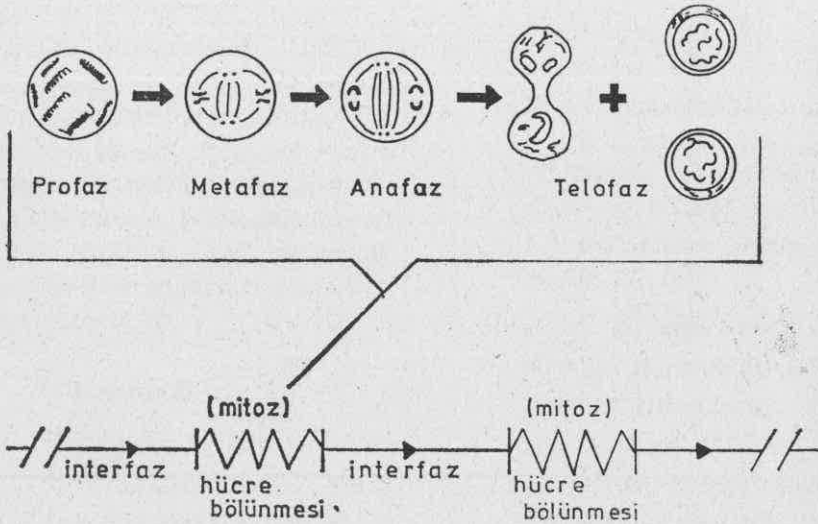
Dr. Ass. Neşe TUNCEL

A.Ü. Ecz. Fak. Fizyoloji Bilim Dalı

Kanser hücresinin gelişimi ve kanserin ilaçla tedavisinin anlaşılması için bölünebilen bir hücrenin gelişiminin bilinmesi gerekir. Bir tümör dokusundaki hücreler, aşağıda anlatılacak olan hücre siklusunun farklı evrelerinde bulunurlar. Kemoterapideki tedavi ilkesi de buna dayanmaktadır.

Hücre Siklusu :

Bölünebilen hücrelerin, bir bölünme sonundan ikinci bölünme sonuna kadar geçen hayatına hücre siklusu (cell cycle) denir. Hücre siklusunda başlıca iki evre vardır; bunlardan biri hücre bölünmesi (mitoz) diğeri mitozla oranla süresi daha uzun olan interfaz evresidir (Şekil 1).



Şekil. 1

Mitotik hücre bölünmesi; profaz, metafaz, anafaz ve telofaz şeklinde 4 ayrı fazdan oluşur. Mitoz sonunda bir hücreden iki oğul hücre oluşur ve hücre materyeli bu hücreler arasında eşit olarak dağıtılır. Bölünme olayının esası, hücrenin potansiyellerini ve karakterlerini muhafaza etmek için kalıtım materyelinin yani DNA'nın duplikasyonudur (iki katına çıkarılması).

Hücre siklusunun interfaz evresi 4 alt evreye ayrılır. Bu alt evrelerde birbirini izleyen farklı sentez olayları ve hücre bölünmesi için kalıtım materyelinin iki katına çıkarılması şeklinde özel hazırlık yapılmaktadır. İnterfazdaki bu dört alt evre G_1 , S, G_2 , G_0 şeklinde gösterilmektedir.

G_1 : Mitozdan sonraki evredir. Bu evrede hücre DNA duplikasyonu için gereken bir çok enzimi sentezlemektedir.

S : İnterfazın S evresinde DNA sentezlenmekte ve böylece hücredeki genetik materyel iki katına çıkarılmaktadır. Bir hücre bölünmeyecek ise DNA sentezi başlamaz. DNA sentezi başlamış ise kural olarak olay sonuna kadar tamamlanır ve sentez tamamlandıktan sonra hücre mutlaka bölünür.

G_2 : Kısa süren ve mitoz öncesi bir evredir. Bu evrede hücrede özel protein ve RNA sentezi yapılmaktadır.

G_0 : Hücrenin tam istirahatte olduğu bir evredir. Kanseri hücreleri bu evrede iken genellikle bir çok antikanser ilaca duyarlı değildirler. Ancak mustard tipi alkille-yiciler ve nitrozoüreler hariç tutulabilir. Bu nedenle, bu evredeki kanserli hücreleri tedavi etmek oldukça güçtür.

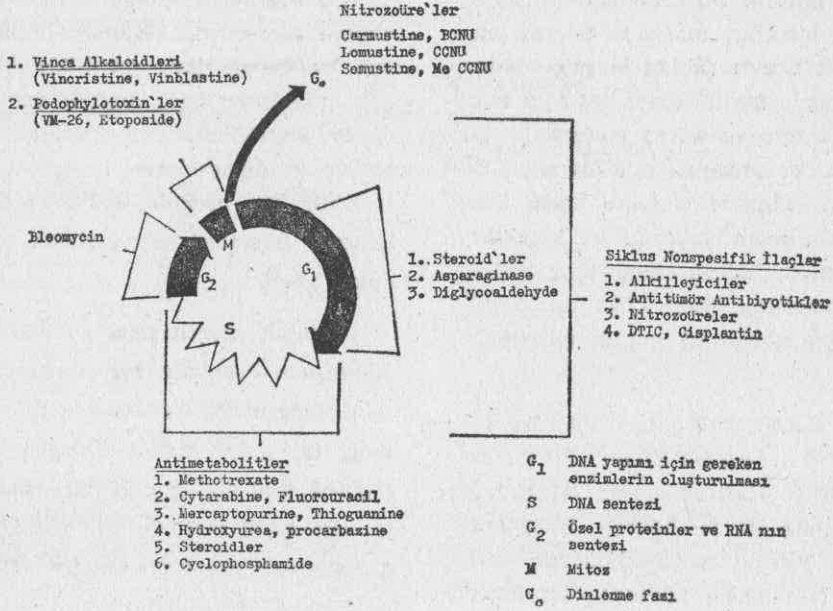
Yapılan araştırmalarla hücre siklusunda her bir evreye harcanan zamanın; M (mitoz) için 1/2-1 saat, G_1 için oldukça değişken S (DNA sentezi) için 10-20 saat G_2 için 2-10 saat, G_0 için oldukça değişken olduğu saptanmıştır. Çeşitli tümör türlerinde her bir dönemin devam süresi değişiklikler gösterir.

Kanserli hücrelerin farklı gelişim devrelerinde bulunmaları nedeni ile sitostatik tedavide ilaçlar özel olarak ya hücre siklusunun farklı evre veya evrelerine etki gösterirler yada böyle bir seçicilik göstermezler.

Buna göre antikanser ilaçları iki temel grupta toplamak olasıdır.

1. Siklus - spesifik ilaçlar
2. Siklus - nonspesifik ilaçlar

Şekil 2 hücre siklusunun evrelerini bu evrelere etki gösteren siklus - spesifik ilaçları ve siklus - nonspesifik ilaçları göstermektedir.



Şekil. 2

Siklus - Spesifik İlaçlar :

Bu gruptaki antikanser ilaçların en büyük sitotoksik aktiviteleri hücre siklusunun belirli bir evresinde görülür. Böyle ilaçlar hücre siklusunda etkilerini gösterdikleri evrelere göre tablo 1 de verilmektedir.

Tablo 1. Siklus Spesifik ilaçlar

S — evresine etki gösterenler

- Antimetabolitler
Cytarabine (ARA - C)
Fluorouracil (5 - FU)
Mercaptopurine (6 - MP)
Methotrexate (MTX)
Thioguanine (6 - TG)
Hydroxyurea
Prodnisone
Procabazine
Diglycoaldehide

M — evresine etki gösterenler

- Vinca alkaloidleri
Vincristine
Vinblastine
Colchicine deriveleri
TMCA
Podophyllotoxin'ler
Etoposide (VP - 16)
Teniposide (VM - 26)

G₂ — evresine etki gösterenler

- Bleomycin

G₁ — evresine etki gösterenler

- Asparaginase
Diglycoaldehide
Corticosteroid'ler

Siklus - spesifik ilaçlar, normal hücrelere göre aktif bölünebilen hücre sayısı yüksek olan tümörler

de daha fazla etkilidirler. Bu tümörlerde hücreler hızla çoğalırlar ve tümör hacmi küçüktür. Örnek olarak, lösemi, bazı lenfoma çeşitleri, melanoma verilebilir.

Bu gruptaki ilaçlarla daha fazla hücre ölümü, ilaçları tek büyük bir doz yerine bölerek ve tekrar edilir şekilde uygulamakla sağlanmaktadır.

Siklus - nonspesifik İlaçlar :

Bu gruptaki ilaçlar normal hücrelere göre mitoz süresinin ve gelişmenin yavaş olduğu büyük tümörlere etkilidirler. Bu tümörlerde istirahat halindeki hücrelerin sayısı bölünmekte olanlara oranla yüksektir. Bunlara solid tümörler adı verilir (akciğer, kalın barsak, bazı cilt kanserlerinde olduğu gibi) ve solid tümörlerde oğul hücreler uzun bir süre G_0 da kalırlar.

Bu gruptaki ilaçlar, siklus - spesifik ilaçların tersine, doza bağımlıdır. Hücre öldürme dereceleri doğrudan verilen doz ile orantılıdır. Bir defada verilen yüksek bir doz ile öldürülen hücre miktarı aynı dozun bölünerek verilmesiyle genellikle değişmez. Tablo 2 de siklus-nonspesifik ilaçlar verilmektedir.

Tablo 2. Siklus - Nonspesifik İlaçlar

Alkilleyiciler

- Busulfan
- Chlorambucil
- Cyclophosphamide
- Melphalan (L - PAM)
- Mechlorethamine (Nitrogen mustard)

Antitümör antibiyotikler

- Dactinomycin (Actinomycin D)
- Doxorubicine
- Daunorubicine (Daunorubicine)
- Rubidazone

Nitrozoüre'ler

- Semustine (Metil - CCNU)
- Carmustine (BCNU)
- Lomustine (CCNU)

Diğerleri

- Dacarbazine (DTIC)
- Diannhydrogalactitol
- Cisplatin

Siklus - nonspesifik ilaçlar hücre siklusunun gerek mitoz gerekse interfaz devresinde sitotoksik aktivite göstermektedirler. Mechlorethamine ve nitrozoüreler gibi bu sınıflandırmaya giren az miktardaki ilaç, tümör hücrelerine olduğu kadar normal hücrelere de etki göstermektedirler.

Antikanser İlaçların Tümör Hücrelerine Karşı Seçiciliği :

Genellikle kanser kemoterapisinde kanserli dokuya olduğu kadar normal dokulara karşı da seçici olmayan (nonselektif) bir hücre öldürmesinin olduğu düşünülür. Bu durum mechlorethamine ve carmustine gibi ilaçlar için bir ölçüde doğru olmasına karşın antikanser ilaçların çoğu normal dokulardan daha çok tümörlere karşı etkili olmaktadır.

Hormonal olanlar gerçek seçici antikanser ilaçlar için en iyi örneklerdir. Sitotoksik ilaçların seçicilik özelliği siklus - spesifik olan-

larda gözlenmektedir. Siklus - non spesifik olanlar daha az seçici olma eğilimindedirler. Bu nedenle mechlorethamine, carmustine ve diğer nitrozoüreler gibi siklus - nonspesifik olanlar normal kemik iliğinde daha fazla toksisite oluşturmaktadırlar.

Hormonlara ek olarak belirli bazı antikanser ilaçlar da tek bir biyokimyasal farklılıktan kaynaklanan seçicilik özellikleri ile yalnızca kanserli hücreleri öldürürler

Methotrexate yüksek konsantrasyonda kanser hücreleri tarafından belirgin bir şekilde seçici olarak tutulmaktadır. Methotrexate'ın bu seçici tutulması deneysel olarak vincristine veya asparaginase tarafından artırılmakta, aminoglycoside'ler ve cephalosporine antibiyotikleri tarafından inhibe edilmektedir.

Pek çok araştırma normal ve kanserli hücreler arasında biyokimyasal olarak tek bir farklılığa dayanarak etkisini gösteren ilaçların bulunması için yapılmaktadır.

Bazı antikanser ilaçlar için dokü tipine bağlı olan bir seçicilik belirtilmektedir. Antimetabolitlerden fluorouracil, gastrointestinal sistem ve göğüs kanserlerine daha etkili olmaktadır. Dacarbazine'in (DTK) melanoma hücrelerine karşı bir miktar seçici etkisi vardır. Bleomycin epiteliyal tümörlere karşı daha etkindir.

Bu gün kanserin ilaçla tedavisinde, bazı kanser tiplerine tek tip ilaç uygulanıyorsa da sıklıkla sik-

lus - spesifik ve siklus - nonspesifik ilaçlar kombine olarak kullanılmaktadır. Bir tümör dokusunda hücreler farklı gelişim devrelerinde buldukları için kombine kemoterapi ile hücre siklusunun değişik dönemleri bloke edilerek tedavide daha iyi sonuçlar alınabilmektedir.

Aşağıda kanser tiplerine göre tek veya kombine şekilde uygulanan bazı ilaçların listesi, etki derecelerine göre sıralanarak verilmektedir.

LÖSEMİLER

- a) Akut lenfoblastik lösemi
 1. Vincristine (LCR, Oncovin)
 2. Prednisone
 3. Thioguanine
- b) Akut myeloblastik lösemi
 1. Asparaginase
 2. Cytosar (ARA - C, Cytosine arabinoside)
 3. Thioguanine
 4. Methotrexate
- c) Kronik lenfositik lösemi
 1. Leukeran (Chlorambucil)
 2. Endoxan (Cytosan, Cyclophosphamide)
- d) Kronik myelositik lösemi
 1. Busulfan (Myleran)
 2. Hydroxyurea (Hydrea, HU, HUR)
- e) Multiple myeloma
 1. Alkeran (Melphalan)
 2. BCNU (carmustine)
- f) Lenfomalar
 1. COP protokolu (kombinasyonu)
Cytosar (endoxan) + Oncovin + Prednisone

2. P - COP - B kombinasyonu
Platinum - COP - Bleomycin
3. CHOP kombinasyonu
Cytoxan + Adriamycin (doxorubicine) + Oncovin + Prednisone

SQUAMO CELL KARSİNOMA :

Epitelial hücreli karsinoma, her organdan menşey alabilir.

1. Cisplatin
2. Methotrexate
3. Vinblastine

ADENOKARSİNOMA (Meme, gastrointestinal sistem, prostat ve tiroid gibi)

1. 5 - FU (Fluorouracil)
2. Metil - CCNU (Semustine)
3. Mytomycin - C (Mutamycin)

MİDE KARSİNOMASI

FAM kombinasyonu

Fluorouracil + Adriamycin + Mitomycin - C

MEME KARSİNOMASI

5 - FU + Endoxan + Methotrexate (Adriamycin ile yer değiştirilebilir) + Tamoksifen

Tamoxifen : Klomifen'in nonsteroidal antiöstrojenik bir analogu

PROSTAT KARSİNOMASI

Honvan (Dietilstilbesterol)

AKCİĞER KARSİNOMASI

BACOP kombinasyonu
Bleomycin + Adriamycin + Endoxan + Oncovin + Platinum

DERİ KARSİNOMU

5 - FU

KOLON KARSİNOMU

Metil - CCNU + 5 - FU

BÖBREK KARSİNOMU

Depo provera + Vinblastin + Adriamycin

BÖBREKTE WILMS TÜMÖRÜ

Actinomycin D

HODGKİN

MOPP kombinasyonu
Mustargen + Oncovin + Procarbozine (Matulane) + Prednisone

SARKOMLAR

Actinomy D + Adriamycin

KORİOKARSİNOMA (Rahim kanseri)

Methotrexate %100 iyileşme elde edilmektedir.

BURKİTT LENFOMASI

Cyclophosphamide

MELANOMA

Dacarbazine (DIC, DTIC)

NÖROBLASTOMA

Cyclophosphamide

Kemoterapiye Duyarlılıkları Yönünden Tümörlerin Sınıflandırılması :

1. Grup

Bazı hastalarda kemoterapi ile

tam bir iyileşmenin sağlandığı kanserler :

Çocuklarda akut lösemi
Hodgkin
Histiositik lenfoma
Deri kanseri
Testis karsinomu
Ewing sarkomu
Wilms tümörü
Burkitt lenfoması
Retinoblastoma
Koriokarsinoma

2. Grup

Kemoterapi ile yaşamın bir ölçüde uzatıldığı kanserler

Kemoterapi ile yaşamın bir ölçüde uzatıldığı kanserler

Ovaryum karsinoması
Meme karsinoması
Yetişkinlerde akut lösemi
Multiple myeloma
Endometrial karsinom
Prostat kanseri
Lenfositik lenfoma
Nöroblastoma
Adrenal korteks karsinomu
Mide kanseri
Akciğerin oat hücreli kanseri

3. Grup

Kemoterapiye cevap veren ancak klinikte yaşamın uzatılması yönünden henüz bir ilerleme elde

Baş ve boyun kanserleri
Gastrointestinal kanserler
M.S.S. kanserleri
Endokrin bez tümörleri
Melanoma
Östrojenik sarkom

4. Grup

Kemoterapiye çok az veya hiç cevap vermeyen kanserler :

Hipernefroma
Mesane karsinomu
Özofagus kanseri
Pankreas karsinomu
Tiroid karsinomu
Akciğerin epidermoid kanseri

KAYNAKLAR :

1. Dorr, R.T., Fritz, L.W. : Cancer Chemotherapy Handbook. Elsevier New York (1981).
2. Krupp, A.M., Chatton, J.M. : Current Medical Diagnosis Treatment. Lange Medical Publications Los Altos California (1977).
3. Derman, U. : Kanser kemoterapisinin ilkeleri Türkiye Klinikleri Cilt : 2 sayı : 1 Mart (1982)
4. Clark, R.L. : Pharmacological Basis of Cancer Chemotherapy. A collection of papers presented at the twenty - seventh annual symposium on fundamental cancer research. Williams and Wilkins Company Baltimoro (1975).
5. Kayaalp, O. : Tıbbi Farmakoloji Cilt : 1 Garanti Basımevi Ankara (1978).
6. De Robertis, E.D.P., Saez, A.F., De Robertis Jr., E.M.F. : Cell Biology 6 th Ed. W.B. Saunders London (1975).

YENİ İLAÇLAR

FLEKSİN Damla ve şurup
(Tems)

Etken Madde : Chlorpromazine HCL... 60 mg. (damla), Chlorpromazine HCL... 100 mg. (şurup)

Endikasyon : Antiemetik, sedatif, tranquilizan

Kontrendikasyon : Kardiyovasküler hastalıklar, hipotansiyon ve sarılıkta kullanılmaktadır. SSS depresanları, barbitüratlar, narkotikler, alkol ve alkollü maddelerle birlikte kullanılmamalıdır. Koma halindeki hastalarda ve kemik iliği depresyonu olanlarda da kontrendikedir.

Yan etkileri : Uyuşukluk, ağız kuruluğu, ciltte solgunluk, postural hipotansiyon, zafiyet, vücut sıcaklığında düşme, taşikardi, aritmi, ajitasyon, uykusuzluk, depresyon veya bazan ajitasyon, fotoduyarlılık ve ciltte kızarıklık görülebilir. Bu maddeyi kullanan hastalarda obstruktif sarılık görülmüştür. Bu, doza bağlı olmayıp, genellikle reversibldir. Kronik kabızlık ortaya çıkabilir. Agranulositosis, leukopenia, leukositosis, hemolitik anemi gibi çeşitli hematolojik rahatsızlıklar görülebilir. Klorpromazin

ve diğer fenothiazinler, endokrin sisteme ait fonksiyonları değiştirirler. Buna bağlı olarak amenore, galaktorea, ginekomastia, kilo alma ve diabetes mellitus görülmüştür. Serum - Kolesterol konsantrasyonunda da artma bildirilmiştir. Duyarlı kişilerde ciddi dermatidlere neden olabilir.

Uyarı : Ciddi aşırı dozajda, mide aspirasyon ve lavaajla boşaltılmalı, emetik kullanılmamalıdır. Konvülsiyonlara yol açan stimülanlardan kaçınılmalıdır. Klorpromazin hemodializle mobilize olmaz. Fenilbutazon ve Thiovracil türevleri gibi leucouperiye yol açabilen ilaçlarla birlikte kullanılmamalıdır. Parkinsonlularda dikkatli kullanılmalıdır. SSS depresanlarının aktivitelerinde artma yapacağı gözönünde tutulmalıdır. Bununla birlikte Barbütüratların antikonvülzan özelliklerinin Klorpromazinle artmadığı kabul edilir. Guaretidinin antihipertansif etkisini azaltır. Hastalardaki cilt pikmentasyonları ve göz değişiklikleri periyodik olarak izlenmelidir. Duruma göre ilacın kesilmesi gerekebilir. Yaşlılarda ve güçten düşmüş hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Uyuşukluk

yaptığından, taşıt ve makine kullanılmasına engel olunmalıdır.

TARDYFERON Draje (Müderisöglü ilaç Sanayi ve Tic. A.Ş.)

Etken Madde :

Demir Sülfat ...270 mg.

Mucoproteose ...80 mg.

Endikasyon : Demir yetersizliğine bağlı anemilerde kullanılır.

Kontrendikasyon : Kan kaybı olmayan anemilerde, hemolitik anemilerde demir tedavisine olumlu cevap alınmaz.

Yan Tesirler : Demirden dolayı feçesin rengi koyulaşır.

Uyarı : 12 yaşından küçük çocuklara verilmez. Demir iyonları oral yolla alınan tetrasiklinlerin absorpsiyonunu önlediğinden birlikte verilmemelidir. Antiasitler de demir absorpsiyonunu azaltırlar.

ROHYPNOL Tablet 2 mg. (Roche)

Rohypnol Ampul 2 mg. (Roche)

Etken Madde : Flunitrazepam
... 2 mg.

Endikasyon : Hipnotiktir.

Kontrendikasyon : Myesthenia gravis

Yan Tesirler : Daha çok yüksek dozlarda ve özellikle hassas ve yaşlı hastalarda görülür. Bazan hipnotik durumun bir sonucu olarak sistolik kan basıncında hafif bir düşme görülebilir. Çok hızlı enjeksiyonlarda yaşlı hastalarda geçici solunum zorluğu meydana getirebilir.

Uyarı : Nöroleptikler, tranquilizanlar, antidepresanlar, hipnotikler, analjezikler, santral etkili diğer ilaçlarla kombine edildiğinde bunların etkisini potansiyalize edebilir. Sürekli dikkat ve ani reaksiyon gerektiren işlerde çalışan hastalar uyarılmalıdır. Alkolle potansiyalize olmasının derecesi kestirilemeyeceğinden dikkatli olunmalıdır. Gebeliğin ilk aylarında, zorunlu durumlar dışında kullanılmamalıdır. Anne sütüne ne derecede geçtiği bilinmemektedir. Enjeksiyonluk solüsyon, kullanılmadan hemen önce hazırlanmak şartıyla nöroleptik, sedatif, analjezik, adale gevşetici veya otonom sinir sistemine etkili ilaçlarla kombine edilebilir. Elde edilen kombinasyon berrak olmalıdır. Alışkanlık yapacağı bilinmelidir.

**ODAMIZIN SOSYAL
ÇALIŞMALARI SÜRÜYOR**

Meslekdaşlarımızı biraraya getirmek amacıyla 26 Kasım 1982 tarihinde TOLON Restaurant'da Akşam Yemeği düzenlenmiştir. Odamız tarafından düzenlenen akşam yemeği, üyelerimizin büyük ilgi ve katılımlarıyla gerçekleşmiştir. T.E.B. Merkez Heyeti Başkanı Sayın Ecz. İbrahim Çetinkaya'nın da katıldığı bu yemek sırasında değerli meslekdaşlarımız; Ecz. Aydın Bensen, Ecz. Arif Tağmaç ve Ecz. Hikmet Orun'a Bağ-Kur'un I. Genel Kuruluna katılmaları nedeniyle Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından kendilerine verilmek üzere Odamıza gönderilen Onur Belgeleri de takdir edildi.

**ECZANELERİN NÖBET ÇİZELGE
KARTLARI ODAMIZCA
DÜZENLENECEK**

Nöbet çizelgelerine takılan eczane kartları Odamızca düzenlenerek, matbaada bastırılması düşünülmektedir. Eczanelerin nöbet çizelge kartları tek tip olarak bastırılacak ve nöbet çizelgesi bölgelerine göre

takım halinde eczanelere maliyetine verilecektir.

Bu nedenle; eczanelerin adres ve telefonlarında değişiklik olan meslekdaşlarımızın en kısa sürede bu değişiklikleri Odamıza bildirmeleri gerekmektedir.

**TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ
20. BÜYÜK KONGRESİ
ERTELENDİ**

Yeni Anayasa'nın 135. Maddesinin «Kamu Kurumu Niteliğindeki Meslek Kuruluşlarının Seçimlerinin yargı gözetiminde yapılması» hükmünü getirmesi ve Anayasa'nın 11. Maddesi gereğince hemen yürürlüğe giren bu hüküm nedeniyle Kamu Kurumu niteliğindeki meslek kuruluşlarının seçimleri 30.11.1982 tarihinde kabul edilen, 1.12.1982 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan 2719 sayılı kanunla ertelenmiştir.

Daha önce 16-17-18 Aralık tarihinde yapılacağı bildirilen Türk Eczacıları Birliğinin 20. Kongresinin de belirsiz bir süre ertelendiği T.E.B. Merkez Heyeti tarafından Odamıza bildirilmiştir.

BAĞ - KUR'LA İLGİLİ DUYURU

BAĞKUR - ESNAF VE SANAT- KARLAR VE DİĞER BAĞIMSIZ ÇALIŞMALAR SOSYAL SİGORTA- LAR KURUMU GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 10,0

Konu : Sigortalılarımızın prim
borçları ve sigortalama
işlemleri

I) 1479 sayılı BAĞ - KUR Kanununun Bazı Maddelerinin Değiştirilmesine ve Bu Kanuna Ek Geçici Maddeler Eklenmesine Dair 2654 Sayılı Kanununun 20.4.1982 tarihinde yürürlüğe girmesi üzerine; Teşkilatımıza 2654 sayılı Kanuna göre yapılacak sigortalama işlemlerinde kolaylık ve uygulama beraberliğini sağlamak üzere 243 sayılı Genelge yayınlanmış bulunmaktadır.

Bu Genelgede uygulamada karşılaşılabilecek problemlere çözüm getirmek üzere sigortalama konularında geniş açıklamalar yapılmıştır.

Teşkilatımızı da yakından ilgilendiren hususları ihtiva eden anılan Genelgenin 2 örneği ilişikte gönderilmektedir.

II) 1 — BAĞ - KUR sigortalılarının tamamına BAĞ KUR'a kaydoldukları tarihten itibaren 31 Aralık 1981 tarihine kadar olan bütün süreyi içine alan ve BAĞ - KUR Bilgi İşlem Dairesi tarafından hazırlanan; hesap durumlarını gösteren, dosyaların özetleri PTT ile gönderilmiş bulunmaktadır.

2 — BAĞ - KUR Kanununa gö-

re; o yıla ait olup da ait olduğu yıl içinde ödenen BAĞ - KUR primleri gelir vergisi uygulaması açısından gider olarak kabul edilmektedir. Ancak; 20 Nisan 1982 tarihinde yürürlüğe giren ve BAĞ - KUR Kanununda değişiklik yapan 2654 sayılı Kanunla getirilen özel af mahiyetindeki hüküm sayesinde sigortalılarımız kendilerine göndermiş olduğumuz hesap özetlerinin borç sütununda görülen 1981 ve daha önceki yıllara ait ödeyenmiş olan prim borçlarını 31 Aralık 1982 akşamına kadar kendiliğinden ödedikleri takdirde hangi yıla ait olursa olsun bu primlerin tamamını bir defaya mahsus olmak üzere 1982 yılı gelir vergisi uygulamasında gider olarak gösterebileceklerdir. Eski yıllar borçlarının 1983 ve daha sonraki yıllarda ödenmesi halinde hiçbir şekilde bu haktan yararlanılamıyacaktır.

3 — 1982 yılı sonuna kadar ödenecek geçmiş yıllara ait prim borçlarının bir defaya mahsus olmak üzere bu yıla ilişkin gelir vergisi uygulamasında gider olarak gösterilebilmesi, sigortalılarımız açısından önemli bir mali imkân getirmektedir. Şöyleki;

Bugünkü uygulamada en düşük gelir vergisi oranı % 39 ve aynı maddah üzerinden hesaplanan mali denge vergisi oranı % 2'dir. Ödenen primlerin gider olarak indirilmesi halinde, prim miktarının % 41'i oranında daha az vergi ödenmiş olacaktır, meselâ; 10.000.— lira prim ödeyen ve bunu vergi uygulamasında gider olarak gösteren bir sigorta-

lımız, 4.100.— lira daha az vergi ödeyeceğinden, gerçekte 5.900.— lira prim ödemiş ve geri kalanını sağladığı vergi avantajı ile telâfi etmiş olacaktır.

4 — Sigortalılarımız ayrıca 1982 yılına ait prim borçlarını da eski yıllarla ilgili prim borçları ile birlikte 31 Aralık 1982 akşamına kadar ödedikleri takdirde bunları da 1982 yılı ile ilgili gelir vergisi uygulamasında gider olarak gösterebileceklerdir.

5 — Borçlarını 1982 yılı içersinde ödemeyen sigortalılarımız 1983 yılı başından itibaren icra yolu ile ve sür'atle takip edileceklerdir.

Sigortalılarımızın yukarıda açıklanan vergi avantajlarını kaybetmemeleri ve gecikme zammı ile faiz ödemelerinden bir an önce kurtulmaları, ayrıca 1983 yılı başından itibaren icra yolu ile takip edilmeleri halinde ortaya çıkacak harç, icra masrafı ve vekalet ücretlerini ödemek zorunda kalmamaları için borçlarını 31 Aralık 1982 akşamına kadar ödeme konusunda hassasiyet göstermeleri kendi yararlarına olacaktır.

6 — Sigortalılarımız, prim borçlarını ve öğrenmek istedikleri diğer konuları bağlı buldukları BAĞ - KUR Bölge veya Şube Müdürlüklerinden öğrenebilecekleri gibi, Ankara ve İstanbul'da bulunan; elektronik bilgi işlem tekniği ile bizzat veren danışma merkezlerimizden doğrudan veya Yurdun her yerinden telefonla başvurmak suretiyle anında öğrenebileceklerdir. Ankara Danışma Merkezinin telefon numara-

ları 29 99 50 - 29 99 51 - 29 99 52
29 99 - 53 - 29 99 54; İstanbul Danışma Merkezimizin telefon numaraları ise 48 94 82 - 48 94 83 - 48 94 84 ve 41 05 34 - 41 05 35 dir.

Yukarıda belirtilen hususlar, bugüne kadar makul aralıklarla, muhtelif zamanlarda gerek TRT ve gerekse basın aracılığıyla sigortalılarımıza duyurulmuş bulunmaktadır. Ancak, konunun sigortalılarımız olan üyelerinize bir defa da kuruluşunuz aracılığıyla duyurulmasında fayda mülâhaza olunmaktadır.

BAĞ - KUR Genel Müdürlüğü

S.S.Y. BAKANLIĞI GENELGELERİ

SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI İLAÇ VE ECZACILIK GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

Sayı : 2441

Konu : Satıştan Men edilen
Müstahzarlar

Ankara, 10.11.1982

Aşağıda isimleri, ruhsat tarih ve numaraları ile seri numaraları yazılı bulunan ilaçların piyasa kontrolü amacıyla yaptırılan inceleme ve analizleri sonucunda, formülüne farmasi tekniğine veya Türk Farmakopesine uygun olarak imal edilmedikleri tesbit edilmiştir.

Bu sebeple ilinizde mevcut hastane, ecza deposu, eczane, ecza dolapları vesair bütün sağlık müesseselerindeki mevcutları tesbit edilerek yalnız bildirilen bu serilerin

satış ve kullanılmaktan menedilme lerinin ve yapımcıları hakkında yapılacak olan kanuni işlemin neticesine kadar mühür altında muhafaza edilmelerinin sağlanmasını rica ederim.

(GEÇİCİ GENELGE)

BAKAN ADINA

Doç Dr. Feridun GÖKIRMAK
Müsteşar

1 — İzmir'de En İlaçları Koll. Şti. Çiğdem Kanımtürk, Müşerref Erdemirbaş, Galip Okutan ve Birtan Pakyapan adına 10/4/1972 tarih, 109/85 sayı ile ruhsatlı ve İstanbul'da En İlaçları Lab. da üretilen «BEBİGUT DAMLA» Seri No: 103003 (Metamizol % 20 eksik olduğundan ve şişeler % 16.6 eksik doldurulduğundan)

2 — İstanbul'da Eczacıbaşı İlaç San. adına 6/5/1975 tarih, 121/19 sayı ile ruhsatlı «CEFAMEZİN 500 FLAKON» Seri No.: 129405 (İmal Tarihi: 10-1981; Son kullanma tarihi: 4-1984 (Flakondaki toza, milipor filtreden geçirilmiş eriticisi bulunduğu, kıl, pamuk lifi veya beyaz partiküler bulunduğundan)

3 — İstanbul'da Dr. F. Frik adına 11/11/1970 tarih, 105/99 sayı ile ruhsatlı ve Dinçel Lab. da üretilen «PANKREOFLAT DRAJE» Seri No: 800809-3 (Enzim aktivitesi düşük olduğundan)

4 — İstanbul'da Eczacıbaşı İlaç San. adına 1/4/1969 tarih, 98/63 sayı ile ruhsatlı «FRANSFUSO VAC ANTIKOAGULAN SOLÜSYONLU»

Seri No: 697 A 121 2 (Numunelerde yabancı cisimler görüldüğünden)

5 — İstanbul'da İlsan İlaç San. adına 8/12/1970 tarih, 106/51 sayı ile ruhsatlı «VENAROİD P 300 mg DRAJE» Seri No: 2043602 (Terkinde bulunmadığı halde % 8,7 NaCl bulunduğundan)

6 — İstanbul'da B. Alman İlaç Fab. adına 30/3/1967 tarih, 85/96 sayı ile ruhsatlı «İSOPTİN AMPUL» Seri No: 105013 (Ampullerde yabancı cisimler bulunduğundan)

7 — İstanbul'da Doğruluk Koll. Şti. Yavuz Orhon ve Ort. adına 20/8/1959 tarih, 50/52 sayı ile ruhsatlı «GYFUX DAMLA» Seri No: 81-1 (Şişe muhteviyatı % 40 eksik olduğundan ve damlalık TF'ne uygun bulunmadığından)

8 — İstanbul'da İ.E. Kimya Evi adına 6/8/1982 tarih, 131/34 sayı ile ruhsatlı «PENİSİLİN G POTASYUM 500.000 İ.Ü.» Seri No: 2 E 5026 (5/1982-5/1985) (Flakondaki toza milipor filtreden geçirilmiş distile suyun ilavesiyle hazırlanan solüsyonda beyaz tanecikler ve selüloz elyaf görünümünde yabancı cisimler bulunduğundan)

9 — İstanbul'da İ.E. Kimya Evi adına 6/8/1982 tarih, 131/35 sayı ile ruhsatlı «PENİSİLİN G POTASYUM 1.000.000 Ü.» Seri No: 2 E 5027 (5/1982- /1985) (Flakondaki toza milipor filtreden geçirilmiş distile suyun ilavesiyle hazırlanan solüsyonda beyaz tanecikler ve selüloz elyaf görünümünde yabancı cisimler bulunduğundan)

10 — İstanbul'da Güray İlaç San. Adına 7/1/1966 tarih, 76/66 sayı ile ruhsatlı «Dr. İhsan Sami Öksürük Şurubu» Seri No: 81 D 02 (Tıkoöl % 55 eksik olduğundan, şurup miktarı % 20 eksik olduğundan ve hafif bir tortu olduğundan)

11 — İstanbul'da İstanbul İlaç Koll. Şti. adına 3/9/1959 tarih, 50/84 sayı ile ruhsatlı «BEBEALJİN DAMLA» Seri No: 80 - E (Metamizol % 27, Kafein % 23 eksik olduğundan)

**SAGLIK VE SOSYAL YARDIM
BAKANLIĞI İLAÇ VE ECZACILIK
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**

Sayı: 2441

Tarih: 10/11/1982

12 — Gaziantep'de Anadolu, İlaç San. adına 24/3/1970 tarih, 104/35 sayı ile ruhsatlı ve İstanbul'da İlfar Lab. da üretilen «KORTAR N POMAD» Seri No.: 80 - M - 20 (Aralık/1980 - Aralık 1982) 80 - M - 15 (Aralık/1980 - Aralık/1982); 81-D-25 (Nisan - 1981 - Nisan 1983) (Terkibindeki tetrasiklin HCl % 75, % 76, % 70 eksik olduğundan ve hidrokortison asetat teşhis edilemediğinden)

13 — İstanbul'da Güray İlaç San. adına 30/11/1964 tarih, 74/56 sayı ile ruhsatlı «PHENİCHLORİN POMAD» Seri No: 81 K 04 (Ekim 1981 - Ekim - 1983) ve 31 B 03 (Şubat 1981 - Şubat 1983) (Tüp muhteviyatı % 11,5 ve % 18,4 eksik olduğundan) Kloromfenikol % 22 ve % 46 eksik olduğundan ve homojen olmadığından)

14 — İstanbul'da Ecz. Kimya. Nafiz Süerdem adına 29/4/1976 tarih, 123/82 sayı ile ruhsatlı «GANSOL GÖZ DAMLASI» Seri No: 8206045 ve 8205042 (Preparat ve damlalığı steril olmadığından)

15 — İstanbul'da Deva Holding adına 10/10/1962 tarih, 65/13 sayı ile ruhsatlı «NEO - KORT GÖZ DAMLASI» Seri No: 077 B2 (Şubat 1982 - Şubat 1984) (Preparat ve damlalığı steril olmadığından)

16 — İstanbul'da Şifa İlaç San. adına 16/3/1959 tarih, 48/6 sayı ile ruhsatlı «TOSİRON KOMPRİME» Seri No: 81 E 14 (Luminal % 40 eksik olduğundan, Kodein ve Dionin bulunmadığından)

17 — İstanbul'da İlsan Lab. adına 4/3/1977 tarih, 125/34 sayı ile ruhsatlı «DİLATEN DAMLA» Seri No: 56 - 42 (İmal tarihi: Mart 1981) (Terkibindeki Dihidroergotoksin metansulfonate % 17,7 eksik olduğundan ve preparatta renklenme, dekompozisyon ürünleri tespit edildiğinden)

18 — İstanbul'da İlfar Lab. da ruhsatsız olarak üretilen «SULFAGUANİDİN TABLET» Seri No: 24 K 81 (Sulfaguanidin % 66,1 eksik olduğundan)

19 — İstanbul'da İlfar Lab. da ruhsatsız olarak üretilen «DERMATOL YARA TOZU» Seri No: 24 K 81 (TF 1974'e uymadığından)

20 — İstanbul'da Güray İlaç San. Ecz. Ceyhan Çelikoğlu ve ortağı adına 19/3/1969 tarih, 98/39 sayı

ile ruhsatlı «T-DERİKOL YARA TOZU» Seri No : 82 - A - 01 (Ocak 1982 - Ocak 1984) (Tetrasiklin HCl % 85, Alüminyum Hidroksit Koll. % 98,8 eksik bulunduğundan, Dermatol teşhis edilemediğinden)

21 — İstanbul'da Güray İlaç San. Ecz. Ceyhan Çelikoğlu ve ortağı adına 19/3/1969 tarih, 98/36 sayı ile ruhsatlı «VİTACİLLİN T/A POMAD» Seri No : 82 A - 02 (Ocak 1982 - 1984); 82 - A - 04 (Ocak 1982 - Ocak 1984); 82 - C - 07 (Mart 1982 - Mart 1984) (Tetrasiklin % 66,5; % 66 ve % 51,5 eksik bulunduğundan, siyah kahverengi partiküller bulunduğundan, Seri No : 82 - C - 07 de ayrıca pantokaine % 45 eksik olduğundan)

22 — İstanbul'da Filiz Lab. da ruhsatsız olarak üretilen «SERUM GLUCOSE % 5 İZOTONİK 10 cc» Seri No : 8114 Ampullerde bol miktarda yabancı cisimler görüldüğünden)

23 — İstanbul'da Ecz. Hüsrev Akıska adına 1/11/1955 tarih, 39/41 sayı ile ruhsatlı olup, En İlaçları Lab. da üretilen «ALGOPAN TABLET» Seri No : 80106 (Tabletlerin dağılması TF 1974'e uygun olmadığından)

24 — İstanbul'da Doğu İlaç Fab. adına 4/10/1961 tarih, 61/36 sayı ile ruhsatlı «STEPTOGEL ANTİDİRETİK» Seri No : 4 A (3/1981 - 3/1983); 1 A (3/1982-3/1984); 7 A (4/1982-4/1984) (Süspansiyonda, uzun süre beklemekle sönmeyen köpük olduğundan ve şişenin dibinde tortu ha-

linde biriktiğinden ve numune PH'ı uygun bulunmadığından)

25 — İstanbul'da Ecz. Bahattin Dilmen adına 7/5/1956 tarih, 40/77 sayı ile ruhsatlı «RUTİNAL - C AMPUL» Seri No : 6 - 82 (Rutin miktarı % 69,4 eksin olduğundan, ampullerde yabancı cisimler bulunduğundan)

26 — İstanbul'da Ecz. M. Ali Yıldırım adına 1/10/1954 tarih, 36/32 sayı ile ruhsatlı «NEO JUCODİNE ŞURUP» Seri No : 22/048 (Şişede çökelti olduğundan, ve PH'ı uygun bulunmadığından)

27 — İstanbul'da Ecz. M. Ali Yıldırım adına 21/9/1948 tarih, 17/82 sayı ile ruhsatlı «EPHEDRE-MİDE DAMLA» Seri No : 82/065 (İçinde yabancı cisimler bulunduğundan).

T. C.

SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Şubesi : Gıda Beslenme

Sayı : 11434

Konu : Bambino marka biberon
emziği Hk.

Ankara, 22 Kasım 1982

ANKARA VALİLİĞİNE

İLGİ : 16/8/1982 tarih ve 3287 sayılı
yazımız :

İlgi de kayıtlı yazımızla, İstanbul - Çağaloğlu Tasvir Sokak No : 1 ve yeni adresi İstanbul - Çağlayan Zafer Sokak No : 9 adresinde faali-

yet gösteren Bambino Sağlık Gereçleri Anonim Şirket tarafından imâl edilen ve yurt düzeyinde tüketime verilen «Bambino markalı biberon emziği»nin, Gıda Maddeleri Tüzüğü'nün 695. maddesine uygun olmayıp aynı tüzüğün 698. maddesine göre göre sağlığa az veya çok zarar verecek derecede bozulmuş olduğu belirtilerek iliniz dahilinde satışının yasaklanması istenmişti.

İstanbul Valiliğine gönderilen 16/8/1982 tarih ve 8287 sayılı yazımız gereğince, bu Valilikçe alınan emzik nünunelerinin Ankara Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Müessesesinde yaptırılan analiz sonucu, Gıda Maddeleri Tüzüğüne uygun olduğu 4/11/1982 tarih ve 5270/2421 sayılı yazısı ile eki 25/10/1982 tarih ve 07.07/1594-1211 sayılı kimyasal raporda belirtilmektedir.

Ayrıca, Bambino Sağlık Gereçleri Sanayii ve Ticaret Anonim Şirketi'nden alınan 15/11/1982 tarihli yazıda da Bakanlığınızca satışı yasaklanan Bambino marka biberon emziklerinin imalât esnasındaki imalât hatalarını düzelitikleri seri numarası ve tanıtıcı işaretleri bulunan yeni emziklerini piyasaya verdikleri belirtilmektedir.

Refik Saydam Merkez Hıfzıssıhha Enstitüsü Müdürlüğü'nün 25/10/1982 gün ve 07.07/1594-1211 sayılı raporunda da belirtildiği gibi, Gıda Maddeleri Tüzüğü'nün 695 maddesine uygun olarak imâl edilen ve üzerinde seri numarası ve tanıtıcı markası kabartma olarak yazılan Bambino markalı biberon emzikle-

rinin piyasada serbestçe satılabileceğine bilgilerinizi ve gereğinin yapılmasını rica ederim.

BAKAN ADINA

Dağıtım :

Valiliklere,

İmza

Dr. Ertuğrul AKER
Müsteşar Yardımcısı

Bambino Marka Biberon emziği hakkında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınızdan alınan 22 Kasım 1982 gün ve 11434 sayılı emir sureti yukarıya çıkarılmıştır.

Bilginizi rica ederim.

Dr. Halil AYDIN

Sağlık ve Sosyal Yardım
Müdür Yardımcısı

T. C.
SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM
BAKANLIĞI

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
Sayı : 2445

Konu : Toplatılan İlaçlar

Ankara, 29/11/1982

Aşağıda isimleri, ruhsat tarih ve numaraları ile seri numaraları bulunan ilaçların piyasa kontrolü amacı ile yaptırılan inceleme ve analizleri sonucunda formülüne, Farmasi tekniğine veya Türk Farmakopesine uygun olarak imal edilmedikleri tespit edilmiştir.

Bu nedenle ilinizde mevcut hastane, Ecza deposu, Eczane, Ecza do-lapları vesair bütün sağlık messeselerindeki mevcutları tesbit edile-rek yalnız bildirilen bu serilerin satış ve kullanılmaktan men edilme-lerinin ve yapımıcıları hakkında ya-pılacak olan kanuni işlemin netice-sine kadar mühür altında muhafaza edilmelerinin sağlanmasını rica ede-rim.

(GEÇİCİ GENELGE)

BAKAN ADINA

Doç. Dr. Feridun GÖKIRMAK
Müsteşar

1 — İstanbul'da Pfizer İlaçları adını 4/9/1981 tarih, 139/83 sayı ile ruhsatlı «STREPTOMYCİN ENJ. 1 g FLAKON» Seri No: 1-002 (7/1981-1/1985) ve 1-004 (11/1981-4/1984) (LD 50 çalışmalarına dayanı-larak, İnsan sağlığı açısından kul-lanılması zararlı olduğundan),

2 — İstanbul'da İ.E. Kimya'nın ürettiği STREPTOMYCİN SO₄ KRİST. 1 g» Seri No: 11 5063 (9/1981-9/1985) (LD 50 çalışmalarına dayanılarak insan sağlığı açısından zararlı olduğundan),

3 — İstanbul'da Ecz. Kmya Na-fiz Süerdem adına 29/4/1976 tarih ve 123/82 sayı ile ruhsatlı bulunan ve İstanbul'da Abdi İbrahim İlaç San. ve Tic. A.ř. de üretilen «GAN-SOL GÖZ DAMLASI» Seri No: 8208048 (Ağustos 1982) ve Seri No: 8207047 (Temmuz 1982) (Steril bu-lunmadıklarından),

4 — İstanbul'da Hayrünisa Kut-kan ve Maçure Saliha Müfide Yat-man adına 15/12/1965 tarih ve 78/80 sayı ile ruhsatlı bulunan İstan-bul'da Keskin Laboratuvarı Sanayii ve Tic. Ltd. şti. inde üretilen «DE-FETONİN SİROP» Seri No: 1-K-14 (14 Ekim 1981) (Thiocol % 93,1, Benzoat de Soude % 58, eksik bu-lunduğundan Ephedrin HCl eser miktarda tesbit edildiğinden)

5 — İstanbul'da Bahattin Dil-men 8/12/1951 tarih, 25/66 sayı ile ruhsatlı olup, Dilmen Lab. da üre-tilen «RUTİNAL C FORTE TAB-LET» Seri No: 8/1982 (Formülüne uygun olmadığından),

6 — İstanbul'da Birleşik İlaç San. adına 27/2/1975 tarih, 120/16 sayı ile ruhsatlı ve aynı laboratu-varda üretilen «NEO-ASTHMA-DOL şURUP» Seri No: 820323 (Di-hidroksipropilteofilin yerine teofilin bulunduğundan, Dekstrometorfan HBr % 23 fazla olduğundan, ve tortu bulunduğundan),

7 — İstanbul'da Ecz. Yavuz Or-hon, Yavuz Lab. adına 11/3/1964 tarih, 72/12 sayı ile ruhsatlı «RİNO-MİSİN DAMLA» Seri No: 82-1 (Asit borik % 26,5 fazla bulundu-đundan, solüsyonda mantar redi-đinden),

8 — İstanbul'da Abdi İbrahim İlaç San. adına 25/7/1961 tarih, 60/61 sayı ile ruhsatlı «SEDALJİN DRAJE» Seri No: 8101008 ve 8103003 (Dietilbarbitrik asit % 65 ve % 35 eksik bulunduğundan),

9 — İstanbul'da Haver Lab. adına 18/7/1980 tarih 129/14 sayı ile ruhsatlı «İZOLEKS SOLÜSYON 1000 cc» Seri No: 821062 (Magnezyum iyonu % 20 fazla olduğundan ve solüsyonda yabancı cisimler bulunduğundan),

10 — İzmir'de Anka İlaçları adına 21/2/1969 tarih, 98/1 sayı ile ruhsatlı ve İstanbul'da Keskin Lab. da üretilen «BRONAL ŞURUP» Seri No: OK 16 (Numanede gliseril gayakolat, dihidroksipropil teofilin, klorfeniramin maleat bulunmadığından, KI % 77, 65 eksik olduğundan ve Seri No: 2 A-25 (Ocağ 1982) «Çözültide gliserilgayakolat olmadığından, şurupta gliseril gayakolattan oluşan çökelti bulunduğundan)

11 — İstanbul'da Abfar İlaç San. adına 12/11/1976 tarih, 124/49 sayı ile ruhsatlı «GLUCOPHYLLINE AMPUL» Seri No: 33-787-PV (İmal tarihi: 1102) (Ampullerde yabancı cisimler görüldüğünden).

T. C.

**SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM
BAKANLIĞI**

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü
Sayı : 5626
Konu : Toplatma tamimlerinin
tebliği Hk.

Ankara, 12.11.1982

İlaçların gerek tedavi etkinliği gerekse farmasötik teknoloji yönünden formülüne uygunluğu ve kendinden beklenen vasıfları haiz olarak satışa arz edilmesi, Bakanlığın

mızın üzerinde büyük bir titizlik ve ehemmiyetle durduğu bir konudur.

Bu amaçla kontrolü işlemleri ne büyük ağırlık verilmiş, pıyasa-dan daha fazla ilaç örneği alabilmek için gerekli tahsisat artırılmış ve bunların illere dağıtımları yapılmıştır.

Yurdumuzun değişik yörelerinden usulüne göre aldırılan ilaç örneklerinin analizleri sürekli ve seri bir biçimde yaptırılmakta, alınan sonuçlara göre formülüne uygun bulunmayan, farmasi tekniğine göre üretilmeyen ilaçların toplatma tamiminde belirtilen seri numaralı olanlarının satıştan men edilmesi ve üreticileri hakkındaki kanuni işlemin sonucunun alınışına kadar mühür altında muhafazasının temini, toplatma tamimlerimizle illere derhal duyurulmaktadır.

Ayrıca üretimin yapıldığı ilin Valiliğine tamimde yer alan ilaçların islah edilinceye kadar imalatın durdurulması doğrultusunda bir uygulama için emir verilmektedir.

Uygulama böyle iken zaman, zaman gönderilen toplama tamimlerinin ecza depoları ve eczaneler intikal ettirilmesinde ve bu ilaçların satışının önlenmesi ve mühür altına alınması hususunda gerekli titizliğin gösterilmediği tamimde yer alan seri nolu ilaçların satışının devam ettiği gözlenmektedir. Bu durum ise halk sağlığına yönelik bir hizmeti önemli ölçüde aksatmaktadır.

Bakanlığımızın üzerinde ehemmiyetle durduğu bir hususun teşkilatımızın uç kademelerinde de aynı titizlik ve ciddiyetle ele alınması hizmetin etkinliği ve bütünlüğü için mutlak gereklidir.

Bundan böyle hizmetin aksamaması amacı ile gönderilen tamimlerin gerektiğinde çoğaltılarak il kapsamında faaliyet gösteren Kamu ve Özel eczanelere ve ecza depolarına imza mukabilinde dağıtılması tamimde yer alan seri numaralı ilaçların satıştan menedilmesi ve mühür altına alınması temin edilecektir. Ayrıca, ilaç örneklerinin alınması sırasında analiz sonuçları alınmaya kadar usulüne uygun olarak eczanede mühür altında bırakılan numunelerin, analiz uygunluk raporları alındığında, bunların eczanelere duyurularak satışının serbest bırakılmasının temini titizlikle uygulanacaktır.

Toplatma tamimi tebliğ edildiği halde anılan ilaçların satışına devam eden eczaneler ve tamimlerin gereğinin yapılmasında ihmali görülenler hakkında gerekli kanuni işlemlerin yapılacağı hususunun bilinmesini ve gereğini rica ederim.

İmza

Prof. Dr. Kaya KILIÇTURGAY
Bakan

2. BÖLGE

ANKARA ECZACI ODASI BAŞKANLIĞINA ANKARA

İstanbul Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğünden alınan 7.12.1982 gün ve Ecz. 5400 - 82 - 5031 sayılı ACELE kayıtlı genelge örneği aşağıda belirtilmiştir.

Yalova Hükümet Tabibliğince bir eczanede tesbit edilerek sahte olduğu iddiası ile tetkik ve tahlilleri talep edilen (P.T. 1883 Kutu kapığında ayrıca 375 baskılı ve 82B 19 imal tarihli) 3 kutu Panalgin Tablet adlı müstahzarın yaptırılan inceleme ve analizleri sonucunda, Preparatın, Piramidon, Fenasetin, Kafein adlı maddeleri eser miktarda dahi içermediği Bakanlığın 19/XI/1982 gün ve 17484 sayılı yazılarından anlaşılmıştır.

Bu itibarla hiçbir etkili madde içermeyen adı geçen preparatın belirtilen seri no.lu ve imal tarihlerinin halka intikal etmemesi için araştırılarak mevcutlarının mühür altına alınması ve neticelerinden bilgi verilmesini önemle rica ederim.

Dr. Nuri ERTÜRKOĞLU

Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürü

BASIN AÇIKLAMASI

26 Kasım 1982

Ankara Eczacı Odası Başkanı Ecz. Nermin Usal basına verdiği demeçte, «yasaklanan ilaçları satan eczacılar hakkında kanuni işlem yapılacak» şeklindeki S.S.Y. Bakanlığının duyurusunu eleştirerek, bu duyuruyla eczanelerin kamuoyu karşısında güç durumda bırakıldıklarını belirtti. Başkan Nermin Usal, bu yılın sonuna dek yaklaşık 300 dolayında ilacın bozuk olması nedeniyle satıştan menedilmesinin beklendiğini; bunun her eczanede 150 bin TL'lık ilacın mühür altına alınması anlamına geldiğini vurguladı. S.S.Y. Bakanlığının ilgili yasa maddesine karşın konuya gereken önemi vermemesi nedeniyle, bu ilaçların üretici firma tarafından geri alınmadığını ve eczacıların elinde kaldığını belirten Ankara Eczacı Odası Başkanı; bu ekonomik zarara karşın, hiç bir eczacının bozuk olan ilacı satmadığını vurgulayarak, halkın bu tür anlamsız haberlere inanmamasını ve eczacısına güven duymasını istedi.

Basında son aylarda sık sık yer aldığı gibi, bozuk olması nedeniyle piyasadan toplatılan ilaç sayısında önemli artışlar gözlenmektedir. Bilindiği gibi ilaç alanında denetim S.S.Y. Bakanlığının tarafından yürütülmektedir. Ve yine bilinen bir konuda, Bakanlığın yıllardır ilaçların kalite kontrol sorununa gereken ö-

nemi vermediğidir. Nitekim piyasada 3500 dolayında ilaç bulunmasına karşın kontrolü yapılan ilaç sayısı 1980 yılında 786 ve 1981 yılında ise kontrolü yapılan ilaç sayısı 1000 gibi çok alt düzeyde gerçekleştirilmiştir. Üstelik bir yıl içerisinde her ilacın bir çok seride üretildiği göz önünde tutulursa, geçmiş yıllarda devlet denetiminin çok yetersiz kaldığı daha da somutlaşmaktadır.

Fakat şurası da bir gerçektir ki, geçen Nisan ayında S.S.Y. Bakanının değişmesiyle birlikte, Bakanlığın ilaç denetimine verdiği önem artmıştır. Yıllardır başıboş bırakılan ilaç fabrika ve laboratuvarlarının denetimleri sıklaştırılırken, öte yandan piyasa kontrolü yapılan ilaç sayısında da büyük artışlar olmuştur. Yetkililerin açıklamalarına göre, yıl sonuna dek kalitesi araştırılan ilaç sayısının 2 bini aşması beklenmektedir. Doğal olarak bozuk olan ilaç sayısı da artmakta, Bakanlık genelgesiyle de bu ilaçların satışlarının durdurulmasını istemektedir.

İlaç sorununa S.S.Y. Bakanlığının olumlu yaklaşımının Odamızca da desteklediği bu ortamda, «Sağlık Bakanlığının yasakladığı ilaçları satan Eczaneler hakkında kanuni işlem yapılacak» şeklinde basın organlarında ve Televizyonda yer alan bir haber, kamuoyu karşısında eczaneleri güç durumda bi-

rakmıştır. Şurası halkımızca bilinmelidir ki, hiç bir meslekdaşımız bozuk olduğu saptanan ilaçları, kendi ekonomik zararlarına karşın satmamaktadır. Konunun üzücü yanı ise, S.S.Y. Bakanlığının çözümleyemediği bir sorunda tüm sorumluluğu eczacılara yüklemek istemesidir. Bakanlık böyle bir duyuruya niçin gerek duymuştur? Çünkü ilacı bozuk olarak üreten firma, eczanelerden o ilacı geri almamakta ve bedelini de ödememektedir. Bunun yerine ilaç firması konuyu mahkemeye getirmekte ve bozuk olduğu Bakanlıkça saptanan ilacının kaliteli olarak üretildiğini savunmaktadır. Ve işin çarpıcı yanı; S.S.Y. Bakanlığı mahkemede konuyu takip etmemekte ve çoğunlukla da dava takipsizlik kararıyla sonuçlanmaktadır. Yani Bakanlığın ilgisizliği sonucu bozuk olduğu saptanan ilaçlar, mahkemede «kaliteli» olmaktadır.

Bu yılın sonuna dek, 3 bin dolayında ilacın piyasa kontrolünün

yapılacağı varsayılmaktadır. İlaç ve Eczacılık Genel Müdürü Sayın Okan Atay'ın açıklamalarına göre ise, bozuk ilaç oranı %17 dolayındadır. Bu verilere göre, 1982 yılı içinde çeşitli genelgeçerle yaklaşık 300 ilacın Bakanlıkça satıştan menedileceği sonucu ortaya çıkmaktadır. Her ilaçtan bir eczanede 5 kutu bulunduğunu ve bu ilaçların ortalama fiyatınının 100 TL. olduğunu varsayarsak; 1982 yılında her eczanede 150 bin TL'lik ilaç mühür altına alınacaktır. Yukarıda açıklamaya çalıştığımız nedenlerle de, bozuk olarak üretilen ilaçlar sorumlu firmalarınca alınmadığı için bu konuda hiçbir kusuru olmayan eczacıların elinde kalmaktadır. Üstelik bozuk ilaçların, üretici firma tarafından geri alınması ve bedellerinin ödenmesini hükmeden bir de yasa maddesi yürürlüktedir. S.S.Y. Bakanlığının bu yasa maddesini uygulatmayıp, bozuk üretilen ilaçların suçunu eczacılara yüklemesi kamuoyunda ilaç sanayiinin kusurunu örtbas etmektedir.