

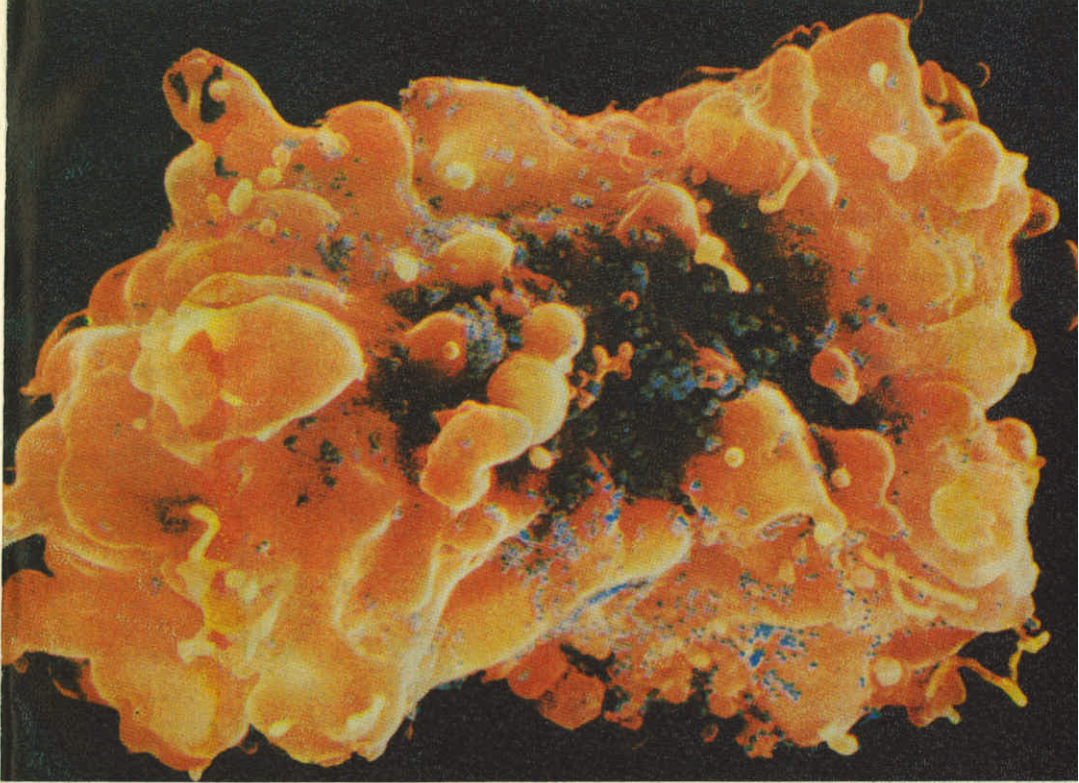
ANKARA

ECZACI ODASI

BÜLTENİ



CİLT: 9 • Şubat 1987 • SAYI: 1



Bulletin of Ankara Chamber of Pharmacists

ANKARA ECZACI ODASI
SOSYAL ECZACILIK İNCELEME YAZI YARIŞMASI

14 Mayıs Eczacılık Günü nedeniyle Ankara Eczacı Odası, Ankara'da bulunan Eczacılık Fakültesi öğrencileri arasında, öğrencilerin mesleğimize ilgilerini sağlamak, öğrencilik ile mesleki yaşamları arasında bir bağın oluşmasına katkıda bulunmak düşüncesiyle inceleme yazı yarışması düzenlemiştir.

KONULAR

- * YARININ ECZACISININ GÜNÜMÜZ MESLEK SORUNLARINA YAKLAŞIMI
- * Ü.S.S.'DE ECZACILIĞI SEÇME NEDENLERİNİZ VE BU KONUDA ŞİMDİKİ GÖRÜŞLERİNİZ
- * CUMHURİYET'TEN BUGÜNE ECZACILIK MESLEĞİNİN GELİŞİMİ
- * BULUNDUĞUNUZ BÖLGELERDEKİ ECZANELERİN SAĞLIK HİZMETİ DIŞINDA SOSYAL KATKI VE KONUMU

KATILMA KOŞULLARI

- * YARIŞMA, ANKARA'DAKİ ECZACILIK FAKÜLTELERİNDE ÖĞRENİM GÖRMekte OLAN ÖĞRENCİLERE AÇIKTIR.
- * YAPITLAR BİR KİŞİ TARAFINDAN HAZIRLANABİLECEĞİ GİBİ, TÜMÜNÜN ECZACILIK FAKÜLTESİ ÖĞRENCİSİ OLMASI KOŞULU İLE EKİP ÜRÜNÜ DE OLABİLİR.
- * YAPITLAR DAKTİLO İLE ÇİFT ARALIKLI SATIRLARA VE İKİ KOPYE OLARAK YAZILMALIDIR.
- * YARIŞMACILAR, YAPITLARINI BİR RUMUZ ADI İLE GÖNDERECEK AYRICA YARIŞMACI ÖĞRENCİ VEYA ÖĞRENCİLER RUMUZUN YAZILI BULUNDUĞU KAPALI BİR ZARF İÇERİSİNE YARIŞMACININ ADI SOYADI, ÖĞRENCİLİĞİNİ BELGELEYEN KİMLİK FOTOKOPİSİ, KISA ÖZGEÇMİŞİNİ İÇEREN BİLGİLERİ VERECEKLERDİR.
- * YAPITLAR ELDEN VEYA POSTA İLE (TAAHHÜTLÜ) 4 MAYIS 1987 GÜNÜ SAAT:18.00' E KADAR "T.E.B.II.BÖLGE ANKARA ECZACI ODASI KONUR SOKAK NO:13/2 YENİŞEHİR-ANKARA" ADRESİNE İLETİLECEKTİR.
- * KAZANANLARA ÖDÜLLERİ 14 MAYIS ECZACILIK GÜNÜ NEDENİYLE DÜZENLENECEK TÖRENDE VERİLECEKTİR.
- * YAPITLARIN KULLANMA HAKKI ANKARA ECZACI ODASI'NA AİTTİR.

ÖDÜLLER

1.ÖDÜL	100.000.-TL
2.ÖDÜL	75.000.-TL
3.ÖDÜL	50.000.-TL

SON KATILMA TARİHİ : 4-MAYIS-1987 SAAT:18.00
YAPITLARIN GÖNDERİLECEĞİ ADRES : ANKARA ECZACI ODASI
KONUR SOKAK 13/2 YENİŞEHİR-ANKARA

ECZACI ODASI BÜLTENİ



İKİ AYDA BİR YAYINLANIR

TEB II. Bölge
Ankara Eczacı Odası
adına Sahibi ve
Yazı İşleri Sorumlusu:
Dr. Akın Çabukçu

Yönetim Yeri:
Konur Sokak 13/2
Yenışehir/Ankara
Telefonlar:
25 42 96-25 08 07

Ankara Eczacı Odası'nın
bu Bülten'i **ARA PRESS**
(Necatibey Cad. 9/6-Ankara
Tel: 301 305) tarafından
hazırlanmıştır.

REKLAM FİYATLARI:

- Arka Kapak: 180.000 TL.
- Önç Kapak: 160.000 TL.
- Arkaç Kapak: 140.000 TL.
- İç sayfalar: 80.000 TL.
- Fiyatlara KDV dahildir.
- Reklam için başvuru:
301 305-ARA PRESS

NOTLAR :

- 1- Bülteindeki yazılar, bülten adı gösterilerek yayınlanabilir.
- 2- Yazılardaki görüşlerden yazan sorumlu olup, AEOb'ni bağlamaz.
- 3- Bülten 2.500 adet basılır ve AEOb üyeleri ile yurtiçi tüm sağlık kuruluşlarına ücretsiz posta ile dağıtılır.

KAPAK FOTOĞRAFI:

Vücudun koruyucu hücrelerinden olan bir adet T lenfosit ve bu hücrenin üzerindeki mavi renkli AIDS virüsü görülmektedir. Bir adet AIDS virüsü T lenfositinin içine girdikten sonra, binlerce AIDS virüsünün üremesine yol açmaktadır.

BU SAYIDA

3 SOSYAL ECZACILIK

Söyleşi (Tamer Baykara), Yeni Sağlık Yasa Tasarısı Üzerine, Bizde ve Bazı Avrupa Ülkelerinde, Sağlık Hizmetlerinin Gelişimi ve Genel Sağlık Sigortası Konusunda Bir Yaklaşım, İsveç'te Şirketleşmiş Eczaneler: APOTEK (Berk İmer), Primum Non Nocere, Mesleki Eğitim Programları (Doç.Dr. Tamer Baykara)

30 KLİNİK FORUM

AIDS (AIDS Epidemiyolojisi ve hastalık etkeni - Dr. Nejat Uçartürk), (AIDS) hastalığının bulaşma yolları ve hastalıkta görülen klinik bulgular - Doç.Dr. Ahmet Akın), (AIDS'de teşhis, tedavi ve korunma - Ecz. Rıza Ommaty)

46 DERLEME - MAKALE

İlaçlarda Mikrobiyolojik Kontaminasyon Nedenleri ve İncelenmesi, (Doç.Dr. Kandemir Canefe - Ecz. Rıza Ommaty)

51 BİLİM HABERLERİ

Spor Faaliyetlerinde Performans Artırıcı İlaçların Kullanımı (Berk İmer), Stres, Herpes'i Nasıl Etkiliyor? (Nil Tokdemir)

56 ODA HABERLERİ

Odamız Bölge Temsilcileri Toplantısı Yapıldı, Eczanelerin Açılış ve Kapanışları, Belediye İşyeri Açma Harcı Yatırılmayacak. Psikotrop Reçetelerden Kimlik Almadığı İçin Mahkemeye verilen Meslektaşlarımız Beraat Etiler.

61 AEOb'YE MEKTUPLAR

Kamu Eczacıları Mektubu - A.Kazım Süer'in mektubuna cevap.

63 BASINDAN HABERLER

İlaç Hammaddede Fiyatlarının Hükümetçe Denetlenmesi İstendi (Dünya), Hipokrat Andı Değiştiriliyor (Milliyet)

Barış Yılı olarak kutladığımız 1986 yılı geride kaldı. Ama barış bu yıl içinde kendisinden fazla bir şekilde söz ettirmedi. Başlayan savaşlar bitmediği gibi, mavi dünyamız savaşın her türlüüne açık bir alan durumuna gelmiştir. Gerçek bir barışın sağlıklı düşünen insanların varlığı ile kurulup korunabileceği düşüncesiyle, sağlık hizmetinin büyük bir yükünü omuzlayan Dış Hekimi, Eczacı ve Tabiplerin Ankara'daki Odaları ortak bir davranışta bulunarak "Barış ve Sağlık" adı ile bir yarışma düzenlendi.

Barış ve Sağlık adlı şiir, karikatür ve fotoğraf dalında yapılan yarışmamız, büyük bir ilgi gördü. Umduğumuzun üzerinde bir katılımın olması da bizi sevindirdi. Asıl kıvanç duymamıza başka bir neden ise yarışmaya çok sayıda sağlık emekçisinin de ürünlerini göndermeleridir.

Bir sonraki bültenimiz içinde bu yarışma ve ödül kazanan eserler sizlere sunulacak ve bu ürünlerin sergilendiği kitapçık sunuyoruz ki ilgi ile değerlendirilecektir.

Ülkemiz sağlık alanında büyük değişiklik getireceği söylenen Temel Sağlık Yasa Tasarısı güncelliğini korumakta, tüm sağlık personeli ve halkımız tarafından yakından izlenmektedir. Bu bültenimiz içinde bulunan bu yasa tasarısına ışık tutabilecek yazı sanınız ilgi çekecektir. Ayrıca dünyamızı büyük bir korku ve kuşku içinde bırakan AIDS hastalığı konusundaki araştırma, derleme içeren yazı da meslektaşlarımızı bilgilendirme açısından olumlu karşılanacağı düşüncesindeyiz.

Bültenimizin bu yıl bu sayısı ile 9. cildine ve yaşına başlamasının kıvancını da yaşıyoruz. Zaman zaman karşılaştığımız güçlükler nedeniyle, bültenimizin sizlere ulaşmasındaki aksaklıklar, inanıyoruz ki hoşgörü ile karşılanmaktadır. Bültenimizin bu yıl 9 yıl içinde hedeflenmiş olan sayıya ulaşmış olması ise bizler için övünç olmaktadır. Sizlerin desteği ve ilgisi bizlere güç katmakta, bu katkılarla da bültenimizin nice uzun yıllara ulaşacağı inancı ile Barış, Sağlık ve Esenlikler dileriz.

A.E.O.B.

Sosyal Eczacılık

SÖYLEŞİ

(Doç.Dr. Tamer Baykara)



YENİ SAĞLIK YASA TASARISI ÜZERİNE



BİZDE VE BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KONUSUNDA BİR YAKLAŞIM



İSVEÇ'TE ŞİRKETLEŞMİŞ ECZANELER: APOTEK

(Berk İmer)



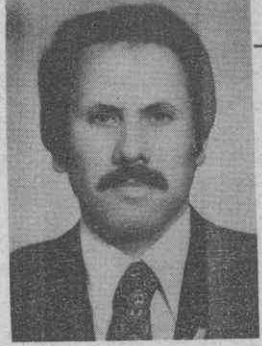
PRIMUM NON NOCERE



MESLEKİÇİ EĞİTİM PROGRAMLARI

(Doç.Dr. Tamer Baykara)

TAMER BAYKARA, 1943 yılında İstanbul'da doğdu. Orta ve lise öğrenimini İstanbul ve Ankara'da bitirdikten sonra, 1963 yılında A.Ü. Eczacılık Fakültesi'ne girdi. 1967'de lisans eğitimini tamamlayan Baykara, 1975'de "doğal Kökenli Hidrokolloidlerin Farmasötik Teknoloji Açısından Değerlendirilmesi" teziyle edoktorasını verdi. 1983'de "Furosemid Tabletlerinin Biyoyararlılığının Formülasyon ile İyileştirilmesi" adlı tezi ile doçent oldu. Halen A.Ü. Eczacılık Fakültesi Farmasötik Teknoloji Ana Bilim Dalında öğretim üyesi olarak görev yapan Sayın Baykara, evli ve bir çocuk babasıdır.



SÖYLEŞİ...

AEOB: Geçtiğimiz kasım ayında, Antalya'da yapılan son Bölgeler Arası Toplantısında, "Eczanelerde Üretim" konusu büyük ilgi topladı. Burada yapmış olduğunuz konuşma ve demonstrasyon meslektaşlar arasında gerçekten büyük bir ilgi uyandırdı. Eczanelerde üretim konusunu biraz daha okurlarımıza anlatır mısınız?

Doç. Dr. BAYKARA: Eczanelerde üretim konusu, 14 Mayıs 1986'da Türk Eczacıları Birliği Genel Başkanı Sayın Prof. Dr. Mekin Tanker tarafından ilk kez gündeme getirildi. Eczanelerin çağdaş teknolojiyi ve bilgiyi kullanarak kendi laboratuvarlarında üretim yöntemlerini geliştirmeleri amacı söz konusudur. Size bir örnek vereyim: Bugün tüketimdeki ilaçların yaklaşık % 7'si kapsül şeklindedir. Hazırlanmaları basittir, kullanımları kolaydır. Bu yüzden bugün eczanelerimizde yapılmakta olan kaşelerin yerini almaya hazır farmasötik biçimlerdir. Şunu da ekleyeyim; bugün Almanya'da eczanelerde üretim; Ekim 1986 yılında alınan bir kararla, kapsül alanında başlayacaktır. Biz bu işi Mayıs 1986'da düşündüğümüze göre, hiç de geç kalmış sayılmayız. Bugün ülkemizde hekimlerimiz istediği ilaçları, istediği dozda ve miktarda bulamıyor. Böyle olunca, kapsülün ve kapsülü hazırlayacak eczacının önemi ortaya çıkmış bulunuyor.

AEOB: Sn. Baykara, kapsül gerçekten ilginç bir konu. İleride bu konuya değineceğiz. Kapsülün başka eczaneler üretiminde hangi farmasötik biçimlere ağırlık vermelidir?

Doç. Dr. BAYKARA: Bugün bir eczanede tablet, draje yapımı düşünülemez. Zaten biraz önce de değindim: Bugün tüketilen ilaçların %50'si katı preparatlardır ve bunların %7.3 ü de kapsüldür. Bunların yapılabirliği ortada. Bunların yanısıra düşünülecek ikinci preparat kolirlerdir. Bugün Türkiye genelinde göz preparatları da tüketilen önemli ilaçlardır. Steril şişe kullanmak koşuluyla, bugün basit bir alet kullanarak, eczanelerde steril kolir hazırlamak son derece kolaydır.

AEOB: Nasıl?

Doç. Dr. BAYKARA: Bugün membran filtreler sterilite sorununu çözmüş durumdadır. Hazırlanan, örneğin 10 ml'lik bir kolir, steril şırıngaya çekilir. Şırınganın iğnesinin yerine uyacak biçimde membran filtre takılır. Enjektör membran filtre sisteminden, steril şişeye boşaltılan çözelti, eski tabiri ile her türlü "muallak escam"dan kurtarılabilir gibi, steril de olacaktır.

AEOB: Sayın Baykara, bugün ilk etapta düşünülen kapsüllerin önemi açıklığa kavuştu. Sanıyorum, meslektaşlarımızı bu konuda ilgilendiren bazı açıklanması gereken noktalar olacak. Kapsüller nasıl doldurulacak? Gerekli araç ve kapsülleri meslektaşlarımız nasıl edinecektir?

Doç. Dr. BAYKARA: Bugün Avrupa ülkelerinin çoğunda kapsül doldurma araçları yapılmaktadır. Araç deyince öyle akla büyük, elektrikli, karmaşık aletler gelmesin. Üzerinde kapsüllerin tam ölçüsüne uyan 30-60 delikli plegsiglostan yapılmış, birkaç levhadan ibarettir bunlar. Bir levhaya kap-

süller, üsttekinde kapakları konur. Basit bir hareketle kapsüller kapanırlar. Bütün bu aletin eczanede kapsayacağı alan yarım m'yi geçmez. Bu aletlerin doldurabilecekleri kapsül büyüklüklerine göre değişkenlik göstermektedir. Bugün dünyada kapsül üreten 9'a yakın firma vardır. Bütün bu firmaların ürettiği kapsüller aynı standartları taşırlar. Büyükten küçüğe 8 boy kapsül bulunur ve bunların çapları tüm firmalarca aynı büyüklükte üretilir. Kapsüller ve kapsül doldurma makinelerinin T.E.B.'nin Vakfına bağlı EGAŞ şirketince getirileceğini duyuyorum. Olumlu bir girişim olarak niteliyorum. Bu şirket sadece kapsül ve alet değil aynı zamanda gerekli bilgiyi, yöntemi de verirse (ki dileğimiz odur) eczacı üretimini kolaylıkla yapar.

AEOB: Gerekli bilgiler nedir Sayın Baykara?

Doç.Dr.BAYKARA: Kapsüllere doldurulan tozlar genelde iki tiptir. Bunlardan birincisi etken madde, diğeri de yardımcı maddelerdir. Kapsül boyutları ml olarak belirlenir. Bir kapsülün hacminin alacağı maddenin g olarak miktarı, her madde için ayrıdır. Bu fark her toz maddenin partikül iriliği ve dağılımına bağlı olarak farklı küme dansitesi göstermesinden ileri gelmektedir. İşte, biz kullanılacak etken ve hammadde için hesaplanmış küme dansitelerini, eczacıya bildirirsek veya EGAŞ bunu yaparsa, kapsül hazırlama olayı son derece basite indirgenecektir. Bir başka deyişle, eczacı, tozun küme dansitesini bilirse; hangi numara kapsülün kaç mg madde alacağını kolaylıkla hesaplayabilecektir.

AEOB: Bu bilgiler eczacıya nasıl ulaştırılacak?

Doç.Dr.BAYKARA: Bu gerekli bilgiler eczacı-mıza, EGAŞ yayınlarıyla yapılabilir. Ben bu bilgilerin görsel yolla yapılmasında fayda görüyorum. Örneğin, 35 dakikalık bir video film ile şu anlatıklarımın hepsi kolaylıkla anlatılabilir. Büyük illerimiz dışında kalan eczacı odalarına gönderilerek meslektaşlarımıza gösterilebilir. Ayrıca gönderilecek bilgi paketçikleri de son derece yararlı olacaktır. Bunun için de EGAŞ'ın üniversitelerce de desteklenmesi gereken bir Bilgi Merkezi-ne ve yayınlarına ihtiyaç olacaktır.

AEOB: Sayın Baykara, "Eczanelerde Üretim" kavramı, bugün eczanelerde uygulanan "Yapma ve Majistral" ilaçla aynı kapsam altında toplanabilir mi?

Doç.Dr.BAYKARA: Kesinlikle toplanamaz. Majistral ilaç ayrı bir konudur. Eczanelerde üretim ise ayrı bir kavramdır. Majistral ilaç da hekim bağımlılık vardır. Oysa eczanelerde üretim de ise hekime bağımlılık olmayacak, eczacı üretmeyi istediği basit formülasyonları üretim biçiminde kendi üretecektir. Sorun da zaten budur.

AEOB: Sayın Baykara, verdiğiniz bilgiler gerçekten çok ilginç. Sanıyoruz bu röportajımızı okuyan bir çok meslektaşımız, kapsüllere ilişkin bir de uygulama görmek ister. Böyle bir demonstrasyon için acaba vaktiniz olur mu?

Doç.Dr.BAYKARA: Elbette.

AEOB: Teşekkür ederim.

Doç.Dr.BAYKARA: Asıl ben teşekkür ederim.

(Doç.Dr.Tamer Baykara'nın kapsüller üzerine yapacağı sohbet toplantısı sizlere duyurulacaktır.)

YENİ SAĞLIK YASA TASARISI ÜZERİNE

11 Ocak 1987 tarihinde Başbakan Turgut Özal yaptığı basın toplantısında yeni bir sağlık yasa tasarısı hazırlandığını açıklayarak tasarı hakkında çeşitli bilgiler vermiştir. "Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu Tasarısı" adıyla açıklanan tasarı Başbakan'ın açıklamasından sonra basın-yayın organlarında sürekli yer almıştır. Bu konuyla ilgili olarak Türk Eczacıları Birliği, Türk Tabipleri Birliği, Türk Dişhekimleri Birliği, Türk Veteriner Hekimleri Birliği ve Türkiye Barolar Birliği ortaklaşa bir panel düzenlemişlerdir. 7 Şubat 1987 tarihinde Türk Eczacıları Birliği Salonu'nda yapılan paneli Barolar Birliği Başkanı Teoman Evren yönetmiş, konuşmacı olarak da Prof. Dr. Nusret Fişek, Prof. Dr. Mekin Tanker, Doç. Dr. Yücel Akıncı ve Dt. Yılmaz Bilgin katılmıştır. Kalabalık bir izleyici topluğunun dinlediği panelde ilk sözü Prof. Dr. Nusret Fişek alarak kanun tasarısı hakkındaki görüşlerini anlatmıştır. Özetle 3 maddeye görüşlerini toparlayan Fişek, ilk olarak tasarının ekonomik yönüne değindi. Yeni yasanın ek olarak bütçeye 300 milyarlık yük getireceğini, parası olanın şimdi de sağlık hizmetinden istediği gibi yararlandığını, finansman sorununun nasıl çözüleceğinin açık olmadığını vurguladı. İkinci olarak hekimlerin hükümete güven duymaları gerektiğine değinen Fişek, şimdiye kadar Sağlık Kanununun birkaç kez değiştiğini, yeni tasarıda da güvenenin olmadığını, her şeyin yönetmeliklere bağlı olduğunu söyledi. Son olarak da sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğunu söyleşen Prof. Dr. Nusret Fişek, nasıl bir yönetici kadrosu oluşturulacağını belli olmadığını söyledi.

Prof. Dr. Nusret Fişek'ten sonra Türk Eczacıları Birliği Başkanı Prof. Dr. Mekin Tanker söz aldı. Prof. Dr. Mekin Tanker Türk Eczacıları Birliği'nin tesbit ettiği 12 maddenin 10'nun yeni tasarıda bulunduğunu söyledi. Sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğunu söyleyen Prof. Dr. Mekin Tanker yeni yasada sağlık personelinin tamamının gözönüne alınması gerektiğini söyledi. Meslek kuruluşlarının görüşlerinin alınmadığını belirten Tanker, Sağlık Örgütü'nün siyasal düşüncelerin dışında olması gerektiğini belirtti. Türk Eczacıları Birliği'nin sağlık hizmetlerinin tek elden yönetilmesine karşı olmadığını söyleyen Prof. Dr. Mekin Tanker, yeni tasarıyla bir kısım hastanelerin sağlık işletmeleri haline getirileceğini, bir kısmının ise özel sektöre satılacağını vurguladı. Yeni tasarıda Hastane Eczacılığının pek yer almadığına değinen Tanker, tasarının bir takım reformlar içermesinin gerektiğine dikkat çekti. Daha sonra Türk Eczacıları Birliği adına Dt. Yılmaz Bilgin'e söz verildi. Daha önceki konuşmacılara katılan Bilgin, sağlık hizmetinin çok ucuz hatta parasız olmasını, sağlık personelinin de güvenliğinin olması gerektiğini söyledi. Bugün Türkiye'de 8000 dişhekiminin olduğunu söyleyen Bilgin bunların % 25'i olan 2000 kişiyle sağlık hizmeti verilmesinin çok zor olduğunu söyledi. Yeni tasarıda özel dişhekimleri ile ilgili bir maddeye rastlanılmadığına dikkati çeken Dt. Yılmaz Bilgin ayrıca yeni yasayla dar gelirliilere ek bir yük getirileceğini belirtti. İlk turun son konuşmasını Türk Veteriner Hekimleri Birliği adına Doç. Dr. Yücel Akıncı yaptı. Yeni tasarının Bedelli Askerlik Kanunu ile çağrışım

yaptığını söyledi. Yeni yasa ile sağlık personelinin sözleşmeli personel haline getirileceğini, bu uygulamanın ise YÖK ile başlayıp KİT'lerde sürdürüldüğünü anlatan **Yücel Akıncı**, yeni tasarı ile hastanelerin özelleşebileceği endişesi taşıdığını belirtti. Tasarıda koruyucu hekimlik konusunda açıklığın alınmadığını söyleyen **Yücel Akıncı** tasarıya "Sağlık Hizmetlerinin Vergilendirilmesi" denmesinin daha iyi olacağını söyledi. Panelde daha sonra 2. tur konuşmalara geçildi. 2. turda görüşlerini açıklamaya devam eden **Prof.Dr.Nusret Fişek**, tasarinin sağlık hizmetlerini tek elde toplamak gibi bir yönü olduğunu ve bunu desteklediklerini belirtti. Sağlık personelinin güvencesi olmadığını söyleyen **Fişek**, yönetici kadroda yerel Tabip Odası temsilcisinin de olmasını istediklerini söyledi. **Prof.Dr.Nusret Fişek**'ten sonra söz alan **Doç.Dr.Yücel Akıncı** sosyal devlette en önemli hakkın sağlıklı yaşam hakkı olduğunu, bunun da devletin görevi olduğunu ve bu hakkın bir takım fonlara bırakılmayacağını söyledi. Yeni tasarinin ekip çalışması niteliği olmadığını söyleyen **Yücel Akıncı** amaç sağlık hizmetini yaygınlaştırmak ise 224 sayılı yasadan yararlanılabileceğini söyleyerek sözlerini bitirdi. **Doç.Dr.Yücel Akıncı**'dan

sonra konuşan **Prof.Dr.Mekin Tanker** bugünkü hastane eczacılığının ilaç depolamaktan öteye geçmediğini ilaç kullanımının gelişigüzel halde olduğunu ve ilaç yapımının terk edildiğini belirtti. Hastanelerde kullanılan Tabeli Sisteminin Osmanlılardan kaldığını bugün ise ileri ülkelerde terk edildiğine değinen **Mekin Tanker** ilaç hakkında yeni bilgilerin sağlık personeline aktarımının ihmal edildiğini söyledi. 2. turun son konuşmasını yapan **Dt.Yılmaz Bilgin** yasa tasarısında sahte dişhekimleri konusunun ele alınmadığından söz etti. Diş ve ağız sağlığı için koruyucu hekimliğin önemli olduğunu söyleyen **Yılmaz Bilgin** bu konunun yasa tasarısında yer almadığını belirtti. Ayrıca tasarıda kırsal kesim için bir şey olmadığını söyleyen **Bilgin** sağlık reformu yapılmasını istedi.

Paneli yöneten Türkiye Barolar Birliği Başkanı **Teoman Evren** 4 konuşmacının konuşmalarını özetledi. Daha sonra Yeni Sağlık Yasa Tasarısı ile ilgili dinleyicilerin sorularını cevaplandırarak toplantıya son verildi. Yine aynı gün Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti adına Genel Başkan **Prof.Dr.Mekin Tanker** Sağlık Hizmetleri Temel Kanun Tasarısı hakkında aşağıdaki basın açıklamasını yaptı:

**TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ MERKEZ
HEYETİ ADINA GENEL BAŞKAN
Prof.Dr.MEKİN TANKER'İN SAĞLIK
HİZMETLERİ TEMEL KANUN TASARISI
HAKKINDA BASIN AÇIKLAMASI**

11.Ocak.1987 tarihinde Sayın Başbakan'ca basına yapılan açıklamada sağlık hizmetlerinin düzenlenmesine ilişkin yeni bir yasa tasarısı gündeme getirilmiştir.

Bir reform olarak sunulan Tasarı temel olarak şu noktaları kapsamaktadır:

1. Genel Sağlık Sigortasına aşamalı geçiş,
2. Sağlık personelinin sözleşmeli statüye getirilmesi,
3. Hastane işletmeciliği konusundaki düzenlemeler,
4. Sağlık hizmetlerinin Bakanlık yetkisi içerisinde gereğinde özelleştirilebilmesi, gereğinde de devletleştirilebilmesi,
5. Çerçeve maddelerin birden çok yönetmeliklerle düzenlenmesi.

Bu noktalar irdelenecek olursa;

• Genel Sağlık Sigortası bir sağlık hizmeti örgütlenme modeli olmayıp ancak bir finans kaynağı yaratma biçimidir. Toplumun beklentisi sağlığının sigortalanması, sağlık hizmetlerinin en iyisi

ile sunulması ve en önemlisi de sağlık hizmetlerini sürekli edinebilmenin garantisini temindir. Oysa dünyadaki uygulamalar ancak, sağlık hizmetlerinde kullanılan ilaç başta olmak üzere tedavi araç ve gereçlerini üretenlerin ürettikleri malın fiyatının kendilerine sürekli ödenmesi garantisini sağlamalarından öteye geçmemiştir. Tasarı içerisinde yer aldığı biçimiyle hem Devlet eliyle ve hem de **Özel Kuruluşlar** vasıtasıyla yapılacak olan sağlık sigortacılığı vatandaşa getirilen yeni bir vergi yükümlülüğünden başka bir şey olmayacaktır. Bu da Anayasasında Sosyal Devlet felsefesini benimsemiş bir devlet anlayışı ile çelişir gibi görünmektedir.

• Sağlık personelinin sözleşmeli statüye geçirilmesi ve bunun için özendirilmesi fiili kadrolar ile sözleşmeli kadrolar arasında sonuçta bir ayırım doğurabilir. Daha ötesi sözleşmeli statüye geçmiş olanların kişi çalışma hak ve sürekliliğini koruyacak yasal düzenlemelerin dışına subjektif değerlendirmelerle taşınması sonucu bü-

yük haksızlık ve huzursuzluklar doğabilir.

• Sağlık işletmeciliği mantığı yeni bir boyuta erişmiş görünüyor. Sağlık işletmeleri bir taraftan kaliteli hizmet üretebilecek bunuda sürekli olarak sağlayabilecek alt yapı, teçhizat ve personel kapsamı içinde Devlet eliyle örgütleniyor. Diğer yandan üstün özellikleri bu biçimde belirginleşenlerin Bakanlar Kurulu kararı ile özel kuruluşlar haline dönüştürülebileceği bildiriliyor. Halkın vergileri ile tesis edilmiş olan tedavi kurumlarının kişi ve özel kuruluşlara devredilmesi ve buralarda sağlığın bir ticaret işlemine dönüştürülmesinde Devletin birincil rolü oynaması kabul edilebilir gibi değildir. Diğer taraftan da Tasarı da "sağlık işletmeleri"nin gelir ve giderleri belirlendiği halde nerede, ne şekilde kurulacağı ve nasıl yönetileceği, işletileceği belli edilmemiştir.

Tasarı bir taraftan SSSYB teklif ve yetkileri ile sağlık hizmetlerinin çeşitli alanlarda Devlet elinde bulunması ve düzenlenmesini, diğer taraftan özelleştirmeyi birbirine sürekli bağlı olarak işletilecek bir sistem haline getiriyor. Örneğin, tasarının 3-K maddesinde Bakanlık ilaç ham ve yardımcı maddeleri ile müstahzarları üretmeye yetkili kınıyor. Bu mantık tan yürünürse bir sağlık tedavi aracı özelliğini de taşıyan ilacın üretim işletmesinin Devlet eliyle kurulabileceği anlayışı yanında yine Tasarının 5. maddesine göre kurum özel ellere devredilebilir anlayışı ortaya çıkıyor.

•Tasarının hukuki bir metin olarak en büyük özelliği birden çok yönetmeliğe ihtiyaç göstermesidir. Neredeyse her madde ile ilgili bir yönetmelik çalışması yapılması zarureti bulunmaktadır. Ayrıca Tasarıda, halen yürürlükte olan yasaların bu yasaya aykırı hükümlerinin yürürlükten kaldıracağı hükümü de bulunmaktadır. Buda büyük sakıncalar taşımaktadır. Örneğin, Tasarının 3-K maddesi Sağlık Bakanlığının yetkileri içinde ilaçların fiyat kontrolü bulunduğundan bahsetmektedir. Ancak halen yürürlükte bulunan 1262 sayılı yasa böyle bir düzenleme yapmıştır. Bu mantığa göre tasarı yasalaştığı takdirde 1262 nin ilgili hükmü yürürlükten kalkacağından Türkiye'de ilaç fiyatlarını denetleyecek bir mekanizmada ortadan kaldırılmış olacaktır.

Tasarı hakkında diğer görüşlerimiz şöylece sıralanabilir:

1. Uygulamalar konusunda kesin hüküm yoktur. Bakanlığa tanınmış yetkiler çerçevesinde değişen her Bakana göre değişik uygulama biçimleri gündeme gelebilir.

2. "Fon" işletmesi ile "Kütük" kayıtları ve buna bağlı prim toplama sistemi hem yeterince para toplanabilmesi konumundan uzak ve hemde sağlık hizmetinden yararlanacak kişileri zorlama konumuna sokacak biçimdedir.

3. Korumacı sağlık hizmetleri Dünya ölçeğinde olmayan bir uygulama biçimine dönüştürülerek 5. madde son paragrafına göre paralı hale sokulmuştur.

4. Tasarı, sağlık hizmetlerini gerçek bir ekip hizmeti anlayışına getirmekten uzak bir düzenleme içindedir. Örneğin sağlık harcamalarının rasyonalizasyonu ve düşürülmesinde önemli katkı ve payı olan eczacılık hizmetleri hiçbir biçimde ele alınmış değildir.

5. Tasarının 3-K maddesi insan haklarına aykırı ve subjektif değerlendirmeler getirmektedir. "Sağlık ve Yardımcı Sağlık personelinin aranacak genel ve özel şartlar ile bu şartlardan herhangi birini taşımadığının sonradan anlaşılması"ilahl.... gibi ifadelerle bağlı meslekten geçici ve daimi çıkarma gibi Bakanlığa verilmiş aşırı zorlayıcı hükümler taşımak ve herşeyden önce Anayasada kişinin temel ve çalışma haklarını düzenleyen ana hükümlere aykırı düşmektedir.

Sonuç olarak,

• Türkiye'nin son derece reformist ve ancak yeniden düzenlemelerle işletilmeye ihtiyacı olan ve ulusal boyuttaki sağlık politika ve örgütlenmesini belirleyen 224 sayılı yasası vardır. Yürürlükte olan bu yasanın hayata tam olarak anlamıyla geçirilmesi mutlak sağlanmalıdır.

• Sağlık hizmetleri mutlak bir kamu hizmeti olarak değerlendirilmeli ve ticaret sahası içine sokulmamalıdır. Tasarı insanlar üzerinde, tedavi dışı araştırmaları düzenleme altına alma ve bazı belirsizliklere karşın başta kamu kurumu niteliğindeki meslek kuruluşları olmak üzere kurumlar arası eşgüdümlü çalışmayı önermekte ise de genelikle büyük olumsuzluk ve çelişkiler taşımaktadır.

Başta beri sayılan genel ve özel noktaları itibarı ile Tasarının yeni baştan gözden geçirilmesi, ilgili kurum, kuruluş ve kişilerden görüş alınarak baştan kaleme alınması ve böylece Yüce Meclis'in onayına sunulması en büyük dilek ve 6643 sayılı yasanın ilgili hükümlerince bize verilmiş görevler çerçevesinde talebimizdir.

Prof.Dr.Mekin TANKER
Genel Başkan

BİZDE VE BAZI AVRUPA ÜLKELERİNDE, SAĞLIK HİZMETLERİNİN GELİŞİMİ VE GENEL SAĞLIK SİGORTASI KONUSUNDA BİR YAKLAŞIM

Sağlıkla ilgili sorunlar, hepimizi yakından ilgilendiren, zaman zaman bizleri çözümsüzlüğe iten, sık sık üzerinde düşündüğümüz, yorumlar yaptığımız en temel sorunlarımızdan biri.

İnsanı hayvandan ayıran en belirgin özellik, doğanın sunduğu ile yetinmeyip, onları şekillendirmesi ve doğaya egemen olmaya çalışmasıdır.

İnsanın, ilk varoluşundan bu yana yarattığı ve sürekli geliştirdiği uygarlıkla birlikte, daha sağlıklı yaşama şansı da artmıştır. Yaşamın doğa koşullarınca sınırlandırıldığı ilkel toplumlara göre, bugünün insanı oldukça şanslı. En azından dünyaya geldiği andan başlayarak, çeşitli kurumların güvencesi altındadır ya da güvencesi altında olmalıdır. Genelde ve ülke özgülünde gelişen bilim, teknik, ekonomi kuralları ve buna bağlı olarak sosyal yapılanma insanın daha sağlıklı ve uzun yaşamını mümkün kılmaktadır. Bu durum ülkeden ülkeye farklılık gösterdiği gibi aynı ülkeden insanları açısından da farklılık gösterebilmek-

tedir.

Sağlıklı bir yaşam, dünyaya gelen her bireyin en doğal ve tartışılmaz hakkıdır. Bu hakkın hangi kurumlar tarafından ve ne şekilde yerine getirileceği tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemizde de tartışılmaktadır. Şu bir gerçek ki ancak sağlıklı insanlar, toplum ve ülkenin dengeli kalkınmasında üzerine düşen görevleri, tam olarak yerine getirebilirler.

Sağlık hizmetleri Hipokrattan bu yana büyük değişimler geçirmiştir. Sanayi devrimiyle birlikte ortaya çıkan insan hakları, eşitlik, sosyal devlet gibi kavramlar hekimliği ve sağlık hizmetlerini kamu hizmeti haline getirmiştir.

19. Yüzyıla kadar başışlar ve yardım kurumları ile yürütülen bu hizmet süreç içinde ilk kez 1883 yılında Almanya'da Bismark tarafından hastalık sigortası şeklinde sistemleştirilmiştir.

İkinci Dünya savaşından sonra Sosyal Sigorta sistemleri yerine, finansmanın büyük ölçüde

devletin genel bütçesinden sağlandığı, hizmetin devlet kuruluşları eli ile verildiği "Ulusal Sağlık Hizmeti Modeli" ortaya çıktı.

Sağlık sorunu tarihin değişik dönemlerinde toplumsal, bilimsel ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak değişik biçimler almıştır.

Tıp biliminin sosyal bilimlerle olan bağıntısı daha 1847 lerde Alman Bilgini S. Neuman tarafından "Tıp aslında sosyal bir bilimdir, bu sanatı icra ederken, tıbbın sosyal bir bilim olduğunu göz önüne almazsak, gayretlerimizden bekleneni elde edemeyiz." şeklinde ifade edilmiştir. A. Grotjahn ise hastalıkların oluşum ve yayılmasında biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal koşullarında rol aldığını ve biyolojik faktörlerin aslında sosyal koşulların sonucu olabileceğini, dolayısıyla sosyal koşulların düzeltilerek, hastalıklar üzerine etki yapılabileceğini belirtmiştir. Ayrıca bir kimsenin hasta oluşunun sadece o ferdi ilgilendirmediğine, hastalıkların aile ve toplum üzerindeki olumsuz etkilerine değinerek sosyal tıp, halk sağlığı ve koruyucu hekimlik konularına bir yaklaşım getirmiştir.

Sosyal tıp, tıp bilimideki gelişmenin bir sonucudur. Toplumdaki tüm bireyleri sosyal ve ekonomik çevreleri ile birlikte ele alır. Ve ana rahminden başlayarak, tüm yaşamları boyunca sağlıklı bir şekilde yeteneklerini artırıp, en üst düzeyde sürdürmelerini sağlamaya çalışarak yalnızca hastalıkta değil, sağlıkta da sorumluluk yüklenir.

Çağımızın sağlık politikası İnsan Hakları Evrensel Bildirgesinde ve Dünya Sağlık Örgütü Anayasasında "İrk, din, politik inanç ve ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın, herkesin olabilen en yüksek düzeyde sağlık hizmetinden yararlanma hakkıdır" biçiminde açıklanmıştır.

1978 yılında Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF in SSCB de Alma Ata kentinde ortaklaşa düzenledikleri toplantı sonunda yayınladıkları "Bildirge" de temel sağlık hizmetlerinin ilkeleri ortaya konmuştur. Bildirgede ülkelerin kendi sağlık örgütlerini, kendi gelenekleri ve gereksinimlerine uygun olarak kurmaları gerektiği belirtilmiştir. Bu iş yapılırken uyulması gereken temel ilkeler Alma-Ata Bildirgesinin önerilerini oluşturmaktadır.

Bildirgeden çıkarılacak sonuca göre temel sağlık hizmetleri; çağdaş sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak, toplumun gelenek ve gereksinimlerine uygun olarak, her basamakta birey ve toplulukların katılımı sağlanarak ve uygun teknolojik düzeyde ve etkin olarak halka sunulması gereken hizmetlerdir.

Bildirgenin 5. önerisi uluslara "verilmesinde

zorunluluk bulunan en az sağlık hizmetlerini örgütlemeleri" önerisinde bulunmaktadır. Bu sağlık hizmetinin örgütlenme ve uygulama düzeyi o ülkenin gelişmişliğinin, çağdaşlığının da bir göstergesidir. "verilmesi zorunlu olan en az sağlık hizmeti, sağlık gereksinimi" terimleri daha çok gelişmekte olan ve yoksul ülkeler için kullanılmaktadır. Bu ülkeler çağdaş anlamda bir sağlık hizmeti sunabilmek için yeterli kaynak ayıramamaktadırlar. Sağlık hizmetlerinin sağlanabilmesi için ulusal ve diğer bütçelerden para, zaman, insan gücü ve malzeme kaynakları ayrılmalıdır.

Alma Ata Bildirgesi'nin önerileri:

1- Hükümetler, sağlık düzeyini geliştirip, yükseltecek plan ve programları, genel kalkınma planları içine almalıdır.

2- Kişilerin kendi sağlıklarını geliştirmek ve sürdürmek hakları olduğu gibi bu alanda yapılan çalışmalara katılmaları da hem görevleri hem de toplumun gereksinimidir. Bunlar hükümet tarafından göz önüne alınmalıdır.

3- Temel sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde üst düzeyde Bakanlıklararası eşgüdüm sağlanmalı ve temel sağlık hizmetleri için yeterli parasal ve diğer kaynaklar sağlanmalıdır.

4- Ulusal sağlık politikası ve planlarının, sağlık ile uzak yakın ilişkisi olan sektörlerin katkılarından tam olarak yararlanması ve sağlığın gelişmesine yardım eden tüm diğer çalışmalarla eşgüdümlenmesi gerekir.

5- Temel sağlık hizmetleri, toplum içindeki ana sağlık sorunlarını içermekle birlikte bu sorunlar ülke ve toplumlara göre ayırım gösterdiğinden en azından;

- Sağlık sorunlarını çözmek için eğitim yapılmasını,
- Doğru bir beslenme sağlanmasını
- Aile planlaması ve ana-çocuk sağlığı ile doğum hizmetlerinin karşılanmasını,
- Ateşli ve bulaşıcı hastalıklara karşı bağışıklık kazandırılmasını,
- Yeterli ve temiz içme, kullanma suyunun sağlanmasını,
- Yerel salgın ve genel hastalıklardan korunma ve denetim sağlanmasını ve gerekli ilaçların sağlanmasını içermelidir.

6- Temel sağlık hizmetlerinin geniş kapsamlı olması için tüm gelişme ve çabalar iyi değerlendirilmelidir.

7- Temel sağlık hizmetleri ulusal sağlık örgütü içinde denetlenmelidir.

8- Sağlık hizmetlerine gereksinimi olup da coğrafik, toplumsal ya da parasal nedenlerden dolayı bu hizmetlerden en az yararlananlara özel bakım sağlanması gereğine inanılmış ve toplum

çinde kadın, çocuk ve çalışan insanların gereksinimlerine öncelik verilmelidir.

9- Temel sağlık hizmetlerinin gelişmesi tüm sağlık örgütünün yapısına bağlıdır.

10- Temel sağlık hizmetlerinin verilebilmesi için yeterli sayıda eğitim görmüş personel yetiştirilmelidir. Tüm hükümetlerce öncelikle doktor ve hemşirelerin topluma hizmet edecek biçimde toplumsal ve teknik yönden eğitilmeli ve tüm sağlık görevlileri hizmet getirilmemiş yerlerde, kendi uzmanlık alanlarında çalıştırılmalı ve denetlenmelidir. Zorunlu hizmet yasası özendirici tedbirlerle desteklenmelidir.

11- Uzak ve ihmal edilmiş bölgelerdeki hizmetlerin kalkındırılmasında, özendirici önlemler yerel koşullara uygun olmalı ve daha sürekli bir eğitimi sağlamak için, daha iyi yaşama ve çalışma koşullarına dönüşecek sistemler oluşturulmalıdır.

12- Sağlık hizmetlerinin yürütülebilmesi için bu konudaki teknolojinin belirlenmesi, geliştirilmesi ve yapıya uydurulması gerekmektedir. Bu konuda üniversite, araştırma kurumları ve Sağlık Bakanlığına görev düşmektedir.

13- Temel sağlık hizmetlerinden elde edilecek başarı uygun, sürekli ve yeterli lojistik desteğe bağlıdır. Hükümetler, halk düzeyindeki tüm sağlık çalışmalarına yeterli yönetim, dağıtım ve bakım örgütleri kurmalı, sağlık örgütü içerisindeki tüm kademelere her an uygun ve yeterli malzeme ve gereçlerin erişmesini sağlamalıdır.

14- Temel sağlık hizmetleri, ilaçların kullanılışında büyük artışa neden olmaktadır. Bu nedenle hükümetler ilaç ve biyolojik maddelerin yerel yapım, satış ve dağıtımı için gerekli politikayı belirlemeli ve ilaçların gereğinden fazla kullanılmasını önleyici tedbirler almalıdır.

15- Hükümetler yönetsel bir çalışma taslağı hazırlamalı ve geliştirmek için gereken eğitim, teknik, kaynak ve bilgiyi toplayarak eldeki programları denetlemelidir.

16- Temel sağlık hizmeti veren kurumlarda, hizmetlere ilişkin araştırma ve değerlendirmeler yapabilmek için gereken ödenek ayrılmalı, araştırma ve geliştirme birimleri kurulmalıdır. Eğitim ve araştırma kurumlarına sorumluluk verilerek sağlık örgütü ile işbirliği yapılması sağlanmalıdır.

17- Sağlık ile her biçimde ilgisi olan tüm kaynaklar kullanılmalıdır. Bu nedenle hükümetler, sağlık hizmetlerine ayırdıkları ödenekleri her yıl arttırmalıdır.

18- Sosyo-ekonomik kalkınma içinde bulunan ulusal sağlık sisteminin gereklerini yerine getirerek herkes için iyi bir sağlık durumu sağlanmalıdır. Yasalar uygulanarak, halk özendirilmelidir.

19- En kısa zamanda ulusal stratejiler iyi be-

lirlenmeli ve öncelik çok az hizmet alan bölge veya gruplara verilerek temel sağlık hizmetleri tüm topluma yayılmalıdır.

20- Tüm ülkeler, temel sağlık hizmetlerinin geliştirilmesinde bilgi, deneyim, uzmanlık alışverişi yapmalıdır.

21- Hizmetlerin geliştirilmesi, sürdürülmesi ve yürürlüğe konulmasından doğan engelleri ortadan kaldırmak için, uluslararası birlik ve destek sağlanarak, uluslararası örgütlerin, çok ortaklı kuruluşların resmi olmayan sermaye kuruluşlarının temel sağlık hizmetlerine karşı olan yükümlülükleri desteklemeleri artan teknik ve parasal desteği bu alana yönlentmeleri önerilmiştir.

22- Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF'in ulusal kuruluşlarını kullanarak kendi strateji ve planlarına dayanan temel sağlık hizmetlerini en kısa zamanda geliştirmek isteyen ülkeler karşılıklı destek sağlamalıdır.

AVRUPA ÜLKELERİNDE SAĞLIK HİZMETLERİ

BELÇİKA: Milli Sağlık Sigortası 19 yy. da yardım cemiyetlerinin geliştirilmesiyle oluşturulmuştur. Bu cemiyetler düşünürler cemiyeti, politik ya da dini cemiyetlerdir. Sağlık sigortası bu tip cemiyetlerin faaliyetlerinden yalnızca birisidir. Bunlar ayrıca çalışma teminatı, emekli maaşı gibi diğer sosyal hizmetleri de yapmaktadırlar.

Ocak 1945 de hükümet sağlık sigortasını, işçiler, maaşlı memurlar, madenciler ve ticaret filosu çalışanları için zorunlu kıldı. 1963 de Milli Sağlık Sigortası programı yeniden düzenlenerek zorunlu sigorta tüm kademelerdeki devlet memurlarına, özel durumlardaki "büyük riskler" için (kanser, verem gibi hastalıklar, ameliyat masrafları ve hastane bakımı) kendi işinde çalışan kişilere tanıdı.

Belçika'dan her sigortalı kişi bölgesel düzeyde oluşturulan karşılıklı yardım cemiyetlerinden birine üye olmak zorundadır.

Sağlık programı Milli Sosyal Güvenlik Ofisi'ne işveren ve işçilerin ödediği primlerle genel vergi gelirinden yapılan ödemelerle finanse edilir. Milli Sosyal Güvenlik Ofisi daha sonra ilaç ve tıbbi masrafları ödemeleri için yardım cemiyetlerine fon tahsisı yapar. Sigorta primleri hükümet tarafından tesbit edilmiş maximum bir gelirin altında gelir elde eden kişiler için tayin edilir. Bu miktarlar periyodik olarak yeniden düzenlenir. İşçiler %2.65, işveren %3.1 oranında katkıda bulunurlar. Primler ve işçi/işveren ödemeleri programın tüm maliyetini karşılamamaktadır. Aradaki fark hükümetin genel vergi geliri ile kapatılmaktadır.

İşçi ödemeleri kendilerini ve aile bireylerini de yardım kapsamı içine almaktadır. İşsizler de yardım kapsamındadır. Bunların primleri kendilerine ödenen işsizlik sigortası ücretlerinden kesilmektedir.

Belçika nüfusunun yaklaşık %95'i sigortalıdır. Çoğu kimse yalnızca minimum seviyede bir sağlık bakımını sağlayan Millî Sigorta programını takviye için, özel sigorta yaptırmaktadır.

Hastalık sigortası genel olarak, toplam sağlık giderlerinin ancak bir kısmını kapsar. Bu miktar hastalık masrafının % 75 ini nadiren geçer. Hastane masrafları, sinirsel hastalıklar ve cilt tedavisi, fizik tedavi, laboratuvar testleri, röntgen muayeneleri ve diş tedavisi kapsam dahilindedir. Nakahat devresi bakımı, bakımevleri, protezler, gözlükler kısmen kapsam içindedir.

Doktorlarca yazılan ilaçlardan yalnızca listeye dahil olan ilaçlar Millî Sağlık programlarına ödenir. Liste harici ilaçlar hasta tarafından ödenir. Sigortalıların çoğu majistral ilaçlar ve önceden hazırlanmış, spesialiteler için ek bir ödeme yapmak zorundadırlar.

Sigortalı kişilerin dul eşleri, maluller ve emeklilere hazırlanan ilaçlar içinde belirli bir yükümlülük vardır. Majistral ilaçlar için bu durum söz konusu değildir.

İlaçlar normalde bir tedavi dozuna yetecek miktarda temin edilir. Daha büyük miktarlar için hastanın, temel yükümlünün katları kadar bir ek ödeme yapması gerekmektedir.

Kronik hastalıklarda sembolik bir reçete ücreti ödenir. Verem gibi sosyal bir hastalıkta bir ücret ödeme zorunluluğu yoktur.

Ekonomik İşler Bakanlığı listesinde bulunan ve sigorta fonunca ödeme yapılacak ilaçların fiatlarını liste halinde yayınlar. Bu listede 18.000 dolayında kalem mevcuttur. Fiaatlar 2 ayda bir gözden geçirilir. Fiaatlar açık olarak her dağıtım seviyesinde kontrol edilir. Bakanlık dünya ilaç fiatlarını yakından izleyerek orjin ülkede her hangi bir fiat indirimi söz konusu olduğunda Belçika'da da indirilmesi için endüstri üzerine baskı yapmaktadır.

Eczaneler orjinal reçeteleri hastanın kayıtlı olduğu yardım cemiyetlerine gönderir. Spesiyalitelere eczacıya perakende fiatı üzerinden % 30 oranında gayrisafi kâr bırakılmaktadır. Majistral ilaçlarda hammadde maliyetinin % 20'si oranındadır. Ayrıca ilaç hazırlama için de belirli bir oran ödenir.

İmalatçının hastanelere uyguladığı fiatlar hakkında hükümete bilgi verme zorunluluğu vardır. Bu bilgilerle hükümet hastanelere ödeme yapmak için bir ünite fiatı tesbit eder ve ayrıca bu fiata hastalara uygulama bedelini ilave eder.

DANİMARKA: Avrupa'daki en eski sağlık programıdır. 1982 yılından bu yana hükümet kontrolü altında bulunmaktadır. Sağlık programına üye olmak zorunludur. Yarı özerk nitelikteki bölgesel hastalık fonları, ülkede bulunan ve Sigorta Fonları Merkez Birliğini meydana getiren 18 federasyondan oluşmaktadır.

Hükümet, kabul edilen hastalık fonlarına programın maliyetini başabaş karşılayacak oranda genel vergi giderlerinden katkıda bulunur. Hükümet ayrıca veremlilerin, akıl hastalarının bakımını okul dışı sağlığı servisini ve hastane servislerinin çoğunu finanse eder.

16 yaşın altındakiler hariç olmak üzere her üye geliri ne olursa olsun muayyen bir prim öder. Emekli kişiler de 16 yaşın üzerindeki üyelerle aynı primi öderler. Sigortalıların primleri hastalık fonlarının toplam giderlerinin % 77'sini karşılamaktadır. İşveren iştirakleri yoktur.

Halkın % 90'ı hastalık sigorta fonlarına üyedir. % 5'i "Hükümet kontrollü Hastalık Yardımı Cemiyeti" üyeleri olarak kayıtlıdır. Geriye kalan % 5 "Pasif" üye durumunda olup çok az yardım alırlar. Hastalık sigorta fonlarına kayıtlı bütün kişiler ilaç yardımı kapsamına girerler.

Hükümetçe onaylı Hastalık Yardımı Cemiyetlerinin asil üyeleri gelirlerine göre A ve B üyeleri olmak üzere iki gruba ayrılmakta ve bu iki grup arasında hastane dışı yardımlar açısından küçük de olsa farklılıklar bulunmaktadır.

A grubu üyeleri kendi mahalli pratisyen doktorlarını bir yıllık sürelerle seçerler. Fon, doktora yaptığı ziyaret sayısına bakmaksızın, bir ücret sistemi dahilinde ödemede bulunur. A grubu üyeleri ancak tavsiye durumunda bir müteahhassisa görünebilirler. Aynı primi ödeyen ama A grubundan daha yüksek ücret alan B grubu üyeleri kendi seçtikleri pratisyen ya da müteahhassıs hekimini her istedikleri zamanda görebilirler. Ve doktorlarını da değiştirebilirler. B üyelerinin doktor ücretleri bir ücret tarifesine göre kısmen ödenir.

Kurum hükümete aitse bütün hastane bakımı parasızdır.

Kapsamın sınırı, hastalığa ve kullanılan ilaçlara göre değişmekle birlikte genellikle % 75'i fon tarafından karşılanır. Gözlük, ortopedik protez, diş bakımı vb. kısmen karşılanır.

İlaç giderleri 3 grupta tescil edilmektedir. Birinci grupta Epilepsi kanser, diabet, pernisiyöz anemi, jinekolojik düzensizlikler, ödem (belirli hallerde), ülseratif kolit, osteoporoz gibi hastalıklarda kullanılan ilaçlar yer almaktadır. İkinci grupta belirli hastalıkların gösterilmediği 600 kadar ilave müstahzar bulunmaktadır. Bu iki grup için normal ek ödeme % 25'tir. Üçüncü grupta uyku ve-

rici ilaçlar, analjezikler, dermatolojik ilaçlar vb. bulunmaktadırlar. Ve bu gruptaki ilaçlar hekim tarafından gerekli görüldüğü takdirde hastalık fonlarından kısmen karşılanır. Hasta % 25'lik bir yan ödeme, reçeteyi karşıladığı anda direkt olarak eczacıya öder. Geriye kalan % 75'ten %5'i hastalık sigorta fonuna zorunlu iskontodur. % 70'i de hastanın sağlık fonuna fatura edilir.

Majistral ilaçların fiyatları her kademede sıkı bir şekilde kontrol edilir. İlacın halka satış fiyatı, eczanelerde ilaç tarifnamesine uygun olarak imal edilen benzerlerinin fiyatının üstünde olmamalıdır. Eczane ayrıca hastanelere %10 iskonto vermek zorundadır.

Danimarka, diğer İskandinav ülkeleri içinde yıldı kişi başına en çok reçete yazılan ülkedir. Ve yılda kişi başına ortalama 5 reçete yazılmaktadır. Bu rakam Finlandiya'da 3, Norveç'de 2, İsveç için 4'tür.

Danimarka'da da Milli Sağlık Sigortası Programının maliyetleri ve primleri yıllar geçtikçe artmaktadır. Yıllık reçete sayısının yüksek olması birinci olarak hastadan istenilen yan ödemenin düşük seviyede olup ödemenin esas kısmının fonlarca ödenmesine, ikinci olarak "A üyeleri" için bütün hastane dışı doktor hizmeti giderlerinin sigorta primlerine dahil olması ve hastanın doktora yaptığı her ilave ziyaret maliyetinin düşük olması nedeniyle extra ziyaretlerin teşvik edilmesine dayanmaktadır.

FRANSA: Sağlık programının geçmişi 18. ve 19. yüzyıllara dek uzanmaktadır.

Reçeteli ilaç yardımlarını düzenleyen kanun 1930 yılında uygulamaya konuldu. Böylece bu tarihte sekiz milyon Fransız Sağlık Sigortası, emeklilik ödemeleri, işsizlik tazminatları ve diğer sosyal yardımlar sağlayan sosyal güvenlik gruplarına kavuştu. 1967 yılında sistem bütünüyle yeniden düzenlendi. Kuvvetli bir devlet denetimi ile sağlık hizmeti için ayrı bir fon düzenlendi.

Sistem lokal, bölgesel ve milli hastalık sigorta fonları olmak üzere üç kademeli hiyerarşik bir yapıdadır.

Sağlık sigorta sistemi son yıllarda büyük açıklar vermiştir. Buna rağmen kamu genel fonları kullanılmayıp ilave sigorta iştirakleri getirilmiştir. Yaşlılık emekliliği vb. hizmetler için çalışan kişinin temel ücretinden %15-19 arasında toplam maaş kesintisi yapılmaktadır. Bu fark maaşlı memurlar, ücretliler ve endüstriler arasındaki farktan kaynaklanmaktadır. Hastalık sigorta programı için yapılan ücretli/işveren iştiraklerinde bir beraberlik mevcuttur.

Eczaneler sigortalı müşterilere satışın % 2.5 luk bir kısmını sağlık sigorta fonlarına taviz ola-

rak verirler. Her sigortalı toplam tıbbi masrafını %15 ini kendisi ödemek zorundadır.

Nüfusun yaklaşık %98'i sağlık sigorta fonlarından kapsanmıştır. Ücretliler, çiftçiler, temel olmak üzere kendi işinde çalışanlar ve bakmak zorunda oldukları kişiler de programın tam iştirakçileridir.

Nüfusun % 98'i Milli Sağlık Programının ilaç yardımına sahiptir. Fakirler, henüz işe girmemiş okul mezunları, bir kapsam grubundan diğerine geçme durumunda olanlar bu kapsamın dışındadır.

Kamu hastanelerinde kronik hastalıklar haricindeki ameliyatlarda yan ödemeler kaldırılmıştır.

Sağlık sigorta limitini aşan operatör ücretleri normal % 20 yan ödemeye ek olarak hasta tarafından ödenir.

Hastane dışı bakımın % 80'i normal yardım kapsamındadır.

Genel olarak aşı, serum gibi koruyucu tedavi ilaçları sistem haricinde bırakılmıştır.

Dış tababetinin % 75'i, doktorun arzu ettiği hallerde hemşire bakımının % 75'i, annelik bakımı, doktor gerekli görüyorsa bakımevleri ve akıl hastaneleri bakımının % 100'ü kapsam dahilindedir.

Yeni bir müstahzar sigorta programına alınmaya dek ortalama bir yıl geçmektedir. Hastalar ilaca göre değişmekle birlikte % 10-30'luk bir yan ödeme yaparlar. Bu oran antibiyotiklerde % 10, uzun süre kullanılması gereken (örn: trankilizanlar) ilaçlar için % 30'dur. İlaç tastikli listede ise fakir kimseler herhangi bir ödeme yazmazlar.

Yararlanan kişi önce doktora, dış hekimine, eczacıya ödeme yapar, sonra yaptığı ödeme geri tahsil edebilmek için gereken başvuruyu yapar.

Sigorta fonlarının yönetiminde işçilerin payı, işçi ve işveren ödemelerinin oranı, yardımların sınırı, işçilerin ödediği sigorta primlerinin oranları, ödemelerin yüzdeleri, sistemin borçlarının finansmanı gibi anlaşmazlık sorunları vardır.

İTALYA: Sistem meslek kategorilerine göre çeşitli sektörlerle ayrılmıştır. Bunların en büyüğü Milli Sağlık Sigorta Enstitüsü (INAM)dir. 1943'te ziraat, ticaret, bankacılık ve sigorta mensuplarına sağlık yardımı yapabilmek için oluşturuldu. Sigortalıların % 60 ını kapsar.

Ayrıca devlet sektörü mensuplarına yardım sağlayan ENPAS, bünyesinde sivil ve askeri personele sosyal yardımlar yapan Devlet Sigorta Enstitüsü ile yalnızca devlet hizmetindeki memurlara direkt sağlık yardımı sağlayan Umberto I Enstitüsünü bulundurmaktadır.

Hastalık fonları kendi kendine yetecek şekilde düzenlenmişlerdir. INAM tarafından sigorta edilenler gelirlerinin % 0.5'i oranında katılırlar.

İşverenler ödedikleri ücretin % 9,28-%12,61 i oranında katılırlar. İştirakler işverenler için de zorunlu.

Nüfusun % 88'i Milli Sağlık Programınca kapsanmıştır. Ziraatçılara, sanatçılara, serbest meslek sahiplerine hastalık yardım fonlarından ilaç yardımı yapılmaz. İtalya nüfusunun % 66 sı ilaç yardımı kapsamındadır.

İtalya'da yaşayan ve çalışan yabancılar da programa iştirak ederler. Milli Sağlık Programına iştirak bazı gruplar için (özellikle İNAM tarafından kapsanan) mecburi olup diğerleri için isteğe bağlıdır.

Genel Sağlık Programındaki 46 milyon insandan 36 milyon kişi ilaç yardımı kapsamındadır. Sosyal sigorta fonlarınınastastikli kliniklerde tedavi sağlık programının yardımı dahilidir. Akıl hastaneleri ve diğer hastane servisleri de tam kapsamlı sağlık yardımı içinde. Doğum kontrol hapları, trankilizanlar, afrodiyakler, bazı galenik bileşikler, sakarin, diyet müstahzarları kapsam dışıdır. Ortopedik protezler, gözlükler, diş bakımı kısmı kapsamlıdır. Hemşire bakımı ve bakım evleri kapsam dışı bırakılmıştır.

Yan ödemeler "direkt" ve "endirekt" sağlık yardımları sistemleri çerçevesinde yapılır. İNAM tarafından öncelikle kullanılan "direkt" sağlık yardımı sistemi Prontouariou Therapeutica ile sınırlandırılmıştır. Ve İtalya piyasasındaki 22.000 müstahzarın 17.000'ini kapsar. "Endirekt" şekilde ise ilaç masrafı hasta ilacı aldıktan sonra ödenir. Prontouariou Therapeutica dahilindeki 17.000 müstahzarın 2600 ü için hasta bir miktar yan ödeme yapmak zorundadır.

ALMANYA: Milli Sağlık Programı 1883 yılında Bismark zamanında düzenlenmiştir. 1923 de madenciler, 1956 da sosyal sigorta emeklileri için "Sağlık Sigortası Kanunu", 1952 de "Gebelik bakımı Kanunu" mevzuata dahil edilmiştir.

Alman Sosyal Sağlık Programı bağımsız olarak lokal hastalık fonları, tenha bölgeler hastalık fonları, madenci hastalık fonları gibi hastalık fonlarınınca yürütülür.

İşçi ve işveren iştirakleri ile finanse edilir. İşsizler için de gerekli sağlık sigortası hükümet tarafından finanse edilmiştir.

Sigortalı kişi, istediği servis hastalık fonlarınınca tesbit edilen kalite standartlarını aşarsa yan ödemelerde bulunmak zorundadır.

İşçi/işveren iştirakleri programda yarı yarıya yer almıştır. Kendi işinde çalışanlar tüm iştiraki öder.

Nüfusun % 87 den fazlası genel sağlık sisteminde kapsamaktadır. % 10'u özel sigortalı olup % 3 lük bir kısım sağlık sigortasının tamamıyla dışında kalmıştır.

Ücretliler için geliri ne olursa olsun sosyal sağlık sistemine üye olmak zorunluluğu vardır. Bu üst limitten fazla ücret alan maaşlı personelin plana katılma zorunluluğu yoktur. Bu kimseler, daha önce ücretleri, kanuni tavanın altında iken 5 yıl süre ile programa katılıp işçi/işveren katılımının tamamını ödemeyi isterlerse gönüllü üye durumuna geçebilirler.

Hastane bakım hizmeti olarak hastane servisi hizmeti aynı hastalıktan 3 yıl süre ile müstariplik durumunda 78 haftalık süre ile sınırlıdır.

Doktorlar ve hastalık fonları müşterek komitesince hazırlanan klavuzda tasarruf ön plandadır. Ve terapötik değere fiat üzerinde öncelik tanınmaktadır. Doktorlar reçeteye, en ekonomik fiat ile en yüksek terapötik etkiyi sağlayan müstahzarları yazmak gibi vicdani bir sorumluluk taşımaktadır.

Eczanede reçetesini karşılayan her hasta maksimum bir üst sınır gözönüne alınmak suretiyle % 20'lik bir yan ödemede bulunur. Emekliler ve çocuklar bundan muaftır.

İSPANYA: İlk sağlık yardımı "annelik yardım programı" şeklinde 1919 yılında düzenlenmiştir. Sonraki yıllarda yaşlılara yardım, hastalık sigorta fonu, maluliyet yardımı kazazede yardım programları düzenlenmiş ve 1963'te bütün programlar Çalışma Bakanlığı bünyesinde birleştirilmiştir.

Yılda, belirlenen bir düzeyden az ücret alan tüm çalışanlar hastalık sigorta fonuna üye olmak zorundadırlar. Hastalık sigorta fonuna katılmak doktorlar için zorunlu değildir.

Finansman işveren/işçi katkıları ile sağlanır. Ortaya çıkan bütçe açığı genel vergi gelirlerinden hükümetçe sağlanır.

Devlet Sigorta Fonu (SOE) İspanya nüfusunun % 46'sı için zorunludur. Çeşitli programların kapsadığı toplam nüfus gözönüne alınırsa, nüfusun % 80'i sigortalıdır. Yılda belirli bir gelirin üstünde ücret alanların devlet sigorta fonuna katılma zorunluluğu yoktur. Bazı göçmen ziraat işçileri de henüz hastalık sigorta sistemine dahil edilmemiştir.

Devlet Sigorta Fonu hastanedeki tedaviyi klinik ve ev ziyaretlerini, protezler dahil dış bakımı, göz servisi (gözlükler için kısmi ödeme sözü konusu) ve bütün reçeteli ilaçlar için tüm masrafları öder. Fon evde yada bakımevindeki hemşire masrafları için ödeme yapmaz. Akli rahatsızlıkların tedavisinde masrafların tümü karşılanır. Pahalı tedavi yöntemlerinin sağlık servisi otoriteince onaylanması gerekmektedir.

Hastanede yatan hastaların bütün tedavileri ücretsizdir. Hastane dışı tedavisi için tedaviye gö-

re değişen bir yan ödeme söz konusudur. Yapılan ödeme ilacın fiyatına göre azalan bir yüzde ile yükseilir. Hastalar doktora hiçbir şekilde ödeme yapmazlar. Milli Sağlık Sigortası programında kayıtlı doktorların ücretleri fon tarafından ödenir. Bu ödeme her hasta için sabit bir ücret üzerinden hesaplanır.

Eczacılar reçetelerini her ay Milli Sosyal Yardımlar Enstitüsüne verirler. Enstitü ödenecek miktarı hesaplayarak ödemeyi yapar.

Batı Avrupa'nın kişi başına en düşük milli gelire sahip ve gelir dağılımının eşit olmadığı İspanya'da zorunlu devlet sigortası fonu iç savaşın sonra halk sağlığını gözle görülür şekilde düzeltmiştir.

İSVEÇ: 1955'e kadar varlığını koruyan bölgesel özel sağlık programları bu tarihte yerini zorunlu sağlık sigortasını içeren İsveç Sağlık Programı'na bırakmıştır.

Hükümet sağlık programının % 20 kadarını genel fonlardan karşılar. Hastane masraflarının çoğunu, fakir, emekli ve 16 yaşın altındakilerin sağlık giderlerini de karşılamaktadır.

Sigortalılar tıbbi bakım için standart prime ek olarak temel günlük yardımlar ve ilave günlük yardımlar için iki ayrı prim ödeme durumundadırlar. Kişisel prim gelire ve yaşanan bölgeye göre değişmektedir. Yıllık geliri belirli bir düzeyin altında olanlar, 16 yaşın altındakiler ve 67 yaşın üzerindeki bu ödemedemeden muafırlar. Kendi içinde çalışanlar, istatistiksel olarak hesaplanmış yardımların tam maliyetine iştirak etmek zorundadırlar. İşverenler her işçinin maaşının % 2.6 sı oranında ve maximum bir maaş düzeyine kadar katkıda bulunurlar.

Hastanelerin hemen hepsi kamu malı konumunda olup, eczaneler hastanelere iskonto yaparlar.

Sağlık programı sabit ücret tarifesinin % 75'ini usulen ödemektedir. Bu nedenle kişi toplam tıbbi masraflarının dörtte birini kendisi ödemek durumundadır.

Bütün vatandaşlarla birlikte İsveç'te yaşayan yabancı uyruklular da Milli Sağlık Programının kapsamı içindedirler. Aynı zamanda ilaç yardımının da.

Hastane koşu hizmetleri 67 yaşın üzerindeki hastalar için 180 gün ile sınırlandırılmıştır. Bundan sonra hasta ya bir bakımevine gönderilir. Ya da sabit ücret tarifesi üzerinden bütün ücret hastadan alınır.

Hastane dışı bakımda bütün masrafların %100'ü, doktor ziyaretlerinin % 75'i sabit ücret tarifesi üzerinden karşılanır. Ortopedik cihazlar kısmen karşılanır. 16 yaşın altındaki çocuklar, ha-

mile veya emziren annelerin protezleri, dişçilik giderleri karşılanır.

Doğum masraflarının % 100'ü lohusalık öncesi devanı ve sonrası bakım hizmetleri karşılanır. Akıl hastanesi giderlerinin % 100'ü karşılanır.

Diabetes Insipidus, Diabetes Mellitus, Pernisöz anemi, Hemofili, Hipoparatiroidizm, Miksödem, Addison sendromu, göğüs, yumurtalık, prostat ve testis kanseri, myastenia gravis, hypogonadizm, glokom, verem, bronşial astma, kalp yetmezliği, şizofreni, parkinson, gut gibi hastalıklarda ilaçlar ücretsiz olarak temin edilir.

Hastanede ücretsiz olarak verilen ilaçlar veya liste dışı ilaçlar için hasta belirlenen minimum ve maximum sınırlar içinde %50 oranında bir ödeme yapmak zorundadır.

İNGİLTERE: İlk olarak Loyd George'un çabası ile Milli Sağlık Sigortası Kanun'un yürürlüğe konulması ile çalışan halka ve ailelerine minimum bir sağlık hizmeti sağlanmış oldu. Çalışanların haftada 4 peni ile katkıda bulunmaları öngörülmüştü. İşveren 3, hükümet 2 peni ile katılmaktaydılar. Böylece çalışanlara hastalık tazminatı, doktor bakımı ve bazı ilaç yardımları sağlanıyordu. Önceleri "onaylanmış cemiyetler"ce yürütülen bu sistem 1911 yılında doktorların bu cemiyetler adına görev yapmaya başlamasıyla biçim değiştirdi.

Hastaneler sigorta sisteminin dışında bırakılmışlardı. Hastaneler gönüllü ve halk hastaneleri olmak üzere iki gruptu. Gönüllü hastanelerde akut hastalıklar tedavi ediliyordu. Hastalar ekonomik durumlarına göre ücret ödüyorlardı. Halk hastanelerinde genellikle kronik hastalıklar, doğum vakaları ve akıl hastalıkları tedavi ediliyordu.

Beveridge Raporu II. Dünya Savaşı sırasında hazırlandı. Bu rapora göre hedef herkese parasız tıbbi bakım sağlayan ayrıntılı bir sosyal güvenliği sağlayabilecek bir Milli Sağlık Servisi yürürlüğe konulacaktı. Milli Sağlık Servisi 1946'da kabul edildi ve 5 Temmuz 1948 de yürürlüğe konuldu. Bütün gönüllü ve mahalli hastaneler devletleştirildi.

Milli Sağlık Servisi önceleri parasızdı. Fakat kısa zamanda maddi zorluklar ortaya çıktı. Ve hastalardan tedavi giderlerinin bir kısmını yüklenmeleri istendi. Dış tedavisi, gözlükler ve hastanelerce sağlanan bazı hizmetler için hastalara ek yükümlülükler getirildi. Yine de giderlerin büyük kısmı genel vergilerden karşılanmaktadır. % 9 kadarı Milli Sağlık Sigortası katılmalarından sağlanmaktadır.

Milli Sağlık Sigortası Servisi Büyük Britanya ve Kuzey İrlanda'nın bütün halkının gerekli görülen her çeşit tedavilerini kapsar. Geçici olarak yer-

leşmiş olan kişiler acil durumlarda ücretsiz olarak tedavi edilirler. Acil olmayan durumlarda ise ücret ödemek durumundadırlar.

Hastanede yatan hastaların dışında Milli Sağlık Servisi dahilinde reçete ile ilaç alanlar her kalem ilaç için bir taban ücret ödemek zorundadırlar. 15 yaşından küçükler, 65 yaşın üzerindeki kişiler, hamileler, bir yaşından küçük çocuğa bakan anneler, harp malulleri, harp sakatları ve bazı belirli tıbbi durumlardan muztarip olanların tedavisi, sosyal yardım gören kişiler ödemeden muafırlar.

İngiltere teşkilatlı bir tıbbi yardım sağlamaktadır. Buna rağmen diğer gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında tüm toplam kaynaklarının ancak küçük bir parçasını sağlık hizmetlerine ayırmaktadır.

Tablo: 1 Genel Bütçeden Sağlık Bütçesine ayrılan oran:

İsveç	% 20.4
Suriye	% 17
Seylan	% 15,5
İsrail	% 7
Cezayir	% 9
Türkiye	% 4

Tablo: 2 Milli Sağlık Programı ve gayrisafi milli hasıla yıllık yüzde artışlarının karşılaştırılması (1964-1967 periyodu dahil)

	MSP %	GMH %
Belçika	20.4	7.7
İtalya	17.2	8.2
Danimarka	16.0	10.4
Fransa	11.8	7.3
Almanya	11.8	5.3
İngiltere	10.4	5.4
İsveç	9.2	9.2
İspanya	bilinmiyor	bilinmiyor

MSP: Milli Sağlık Programı

GMH: Gayrisafi Milli Hasıla

Görüldüğü gibi Avrupa'da sosyal güvenlik kurumlarının temel gelir kaynağını kurum hizmetinden yararlananlar sağlamaktadır. İkincisi ise işverenlerin çalıştırdıkları her kişi için ödemek zorunda oldukları pay oluşturmaktadır. Ama ne varki son yıllarda yaygınlaşan işsizlik, bu ülkelerde temel iki kaynaktan sağlanan gelirleri artırma olanağını yok etmiştir. Ortaya çıkan kaynak yetersizliği sağlık alanında gerçekleştirilen yeniliklerin yaygınlaştırılmasını engellemektedir. Sağlık hizmetlerinden tam anlamıyla, ancak gelir düzeyi yüksek olanlar yararlanabilmektedirler.

Sağlık hizmetlerinin uygulama ve denetim işleri ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir. Gelir düzeylerinin yüksek ve gelir dağılımının az çok dengeli olması, tüm sigorta dallarının varlığı, eğitim düzeyinin yüksek olması gibi özelliklerine bağlı olarak asgari ve nispeten etkin bir sağlık hizmeti sunabilmelerine rağmen, genelde sağlık alanındaki tekelleşmenin getirdiği israfla sağlık hizmetlerinin maliyetleri yükselmektedir. Sonuçta tüm bunların getirdiği yük tüketicinin sırtına yüklenmektedir. Bu konuda tüketicinin seçim hakkı olmadığı, sağlığına yeniden kavuşmak, devamını sağlamak için hekim, hastane yönetimi ve eczacıya mutlak bağımlılığı düşünülürse bu yük gerçekten acımasız bir yük olmaktadır.

Tüm bunların ışığında görülen odur ki, sağlık sigortası esas olarak sağlık hizmetinin bedelinin bu hizmeti kullananlar tarafından ödenebilmesinin bir güvencesidir. Diğer bir deyişle sağlık hizmetini sunan kesime (hastaneler, özel hekimler, kamu kurumları) hizmet karşılığında bedel ödenebilmesini garantiye almaktadır. Hastanın bulunduğu yerde sağlık hizmetlerinin daha iyi sunulacağı anlamına gelmiyor. O halde sigortalanan, gerçekte kurumlar ve yurttaşlardan toplanan primlerle ödenen bedeli paylaşılanlardır.

Genel sağlık sigortası bir sağlık örgütlenmesi modeli değil, bir finansman aracıdır. Ve anlaşıldığı kadarıyla, uygulandığı ülkelerde, İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde belirtilen temel nitelikleri tam anlamıyla sağlayamamıştır. Sistem çeşitli yönlerden eksiklikleri ve olumsuzlukları taşımaktadır. Belçika'da ilaç giderlerinin ancak bir tedavilik kısmının karşılanması ve daha büyük miktarlar için ek ödeme getirilmesi, verilen sağlık hizmetinin, bütünüyle sağlık hizmetlerini kapsamaması, ortopedik cihazların, protezlerin, gözlük vb. gibi tedavilerin kısmen karşılanması, Danimarka'da olduğu gibi finansmana işverenlerin katılmaması ve emeklilerin de prim ödemesi bu olumsuzluklardan bir kaçı. Yine farklı gelir gruplarına sahip insanların eşit olarak yararlanamamaları, İspanya'da olduğu gibi göçmenleri kapsamaması, Fransa'da görüldüğü gibi sigorta sisteminin açıklarının sigortaya getirilen ek ödemelerle karşılanmaya çalışılması, aşı, serum vb. koruyucu tedavi hizmetlerinin sistem dışı bırakılması, sistemin gözlenebilen diğer eksikliklerinden. Fransa'da liste harici ilaçların bedelinin hasta tarafından karşılanması ve Genel Sağlık Sigortası sistemi uygulanan ülkelerde Temel Sağlık Sigortasının yetersizliği nedeniyle yapılan özel sağlık sigortalanan sağlık giderlerine getirdiği yük, ayrıca İtalya'da görüldüğü gibi sanatçıların, ziraat-

TABLO : 3 • PROGRAM İSMİ, TİPİ VE KAPSADIĞI NÜFUS

Ülke	Başlıca Program	Finansman		Kapsadığı Nüfus
		Tipi	İdare Eden Otorite	
İngiltere	Milli Sağlık Servisi	A	Sağlık Bakanlığı	% 100
İsveç	Milli Sağlık ve Sosyal Yardım Kurumu	AB	Sosyal Hizmetler Bakanlığı	% 100
Danimarka	Hastalık Fonları Birliği (18 Vilayet Federasyonundan Kurulu)	AB	Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Fonlar: Milli Sağlık Politikası Kurumu)	% 90
Belçika	Milli Sağlık Sigortası Enstitüsü	AB	Sosyal Hizmetler Bakanlığı	% 95
Fransa	Milli Sağlık Sigortası Fonu (Hastalık Sigortası için lokal, bölgesel ve milli ofis hiyerarşisi)	B	Özel fonların idare meclisleri Sosyal Hizmetler Bakanlığı	% 100
İtalya	Milli Sağlık Sigortası Enstitüsü ve diğer fon kurulları (Endüstri işçi ve Hükümet temsilcileri)	B	Milli Sağlık Sigortası Enstitüsü, diğer resmi ve özel hastalık fonları, Sosyal Yardım Bakanlığı	% 83
İspanya	Mecburi Hastalık Sigortası ve gönüllü programlar	AB	Mecburi Hastalık Sigortası ve gönüllü programlar,, Çalışma Bakanlığı Bürosu	% 80-90
Almanya	Muhtelif sayıda özel ve yarı resmi Hastalık Sigortası Fonları	C	8 Milli Sigorta Birliği, 1800 sigorta acentası, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın Sigorta ofisi	% 98

çılarının, serbest meslek sahiplerinin ilaç yardım fonlarından yararlanamaması, Almanya'da 3 yıl aynı hastalıktan muztarip olanlara hastane servisinin sınırlı olması ve kapsam içi nüfusun hemen bütün genel sağlık sigortası uygulanan Avrupa ülkelerinde olduğu gibi iştiraklerin dışında ek bir ödeme yükümlülüğü de sayılabilecek diğer olumsuzlar.

Bunların yanı sıra işsizlik de dahil olmak üzere, herkese minimum bir sağlık hizmetinin verilebilmesi, Belçika'da uygulandığı gibi ilaç fiatlarının sıkı denetimi ve orjin ülkedeki fiat düşüşlerinin ülkeğe yansıtılabilmesi ve tedavi edici hekimlikle birlikte koruyucu hekimliğin de yaşama geçirilebilmesi ise olumlu görülebilecek yönleri.

Devlet ve halk kavramları bir bütünü oluşturmaktadır. Ve karşılıklı hak ve görevlere sahiptirler. "Biz hizmet halkın hakkı olunca, bu hizmetten yoksun olanlara hizmet götürmek de devletin görevi olur" Bu nedenle günümüzde sağlık hizmeti bir devlet hizmeti olarak görülmekte ve genel eğilim sağlık hizmeti finansmanının gider vergilerle karşılanması yönündedir.

SAĞLIK HİZMETLERİNİN TÜRKİYE'DE GELİŞİMİ

Ülkemizde Selçuklulardan günümüze kadar, uygulanan sağlık hizmetlerinde, iniş çıkışlar gözlenmektedir.

Selçuklular döneminde, Anadolu'nun bir çok yerinde büyük hastaneler, rehabilitasyon kurumları, cüzzamlı yurtları, körtler yurtları gibi çeşitli sağlık tesisleri kurulmuştu. Melikşah ordusunda askeri savaşlar sırasında çeşitli salgın hastalıkların ortaya çıkmasını engellemek için kırık deve ile taşınabilecek bir seyyar hastane mevcuttu.

Osmanlılar Avrupa uluslarından çok önce 1421 de Edirne'de bir cüzzam yurdunu inşa etmişlerdir. Ayrıca içme suları, besin maddelerinin kontrolü, kanalizasyon sistemleri, ölü gömülmesi gibi sağlık konularıyla yakından ilgilenmişlerdir. Hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi tarafından düzenlenen bulaşıcı hastalıklarla ilgili karantina idaresi Anadolu'nun her köşesinde örgütlenmişti. Çiçek aşısı o yıllarda ilk kez Anadolu'da uygulanmıştı. 19. yüzyılda Osmanlılar batıdaki standartlara uygun tıp okulları açmışlardır. Fakat bu gelişme bu şekilde devam etmeyip sonraları gerilemiştir.

Osmanlı İmparatorluğu'nda çağdaş hekimlik orduyu yenileştirme çabaları içinde, askeri hekimlikle girmiştir. Sivil alanda ise ilk olarak 1870 lerde "Memleket Tabiplikleri" kurulmasını öngören tüzükle başlamıştır. Ayrıca çok az sayıda da ol-

sa vakit yardımları ve başışlarla kurulan "Guraba Hastaneleri" bulunmaktaydı.

Cumhuriyet döneminde ilk olarak 2 Mayıs 1920'de "Sihhat ve İçtimai Muavenet Vekaleti" kurulmuştur. Ancak sağlık alanında olanaklar son derece kısıtlıdır. 1921-1946 döneminde Hükümet Tabipliği-Sağlık Müdürlüğü sistemi kurulmuştur. 1921-1937 yılları koruyucu hekimliğe önem verildiği yıllardır. Sıtma, trahom, vb. ile savaş için ayrı örgütler kurulmuştur. Beş ilde Sağlık Bakanlığı'na bağlı Numune hastaneleri kurulmuştur. 1923 yılında hekimlere zorunlu hizmet yasa çıkarılmış ve dokuz yıl uygulanmıştır. Koruyucu sağlık hizmetlerinde tam gün çalışan hekimlere yüksek maaş (dönemin milletvekili maaşının 3 katı) uygulanmıştır. 1925 de ilk Kızılay Hemşire Okulu açılmıştır.

Türkiye'de koruyucu ve tedavi edici bir sağlık hizmeti planlaması ilk kez 1946 yılında o zamanın Sağlık Bakanı Dr. Behçet Uz döneminde yapılmıştır. "Birinci On Yıllık Millî Sağlık Planı" denilen bu plan iyi bir koruyucu hekimlik örgütü ile birlikte, tedavi edici sağlık hizmetlerini gerçekleştirmek, bu hizmetlerin finansmanı için de bir Sağlık Bankası ile Sağlık Sandıkları kurmak gibi çok ilginç ve yurdumuz ölçüsünde çağını aşan bir programı öngörmekteydi. Zamanın para değerine ve mali olanaklarına göre hayli yüksek görülecek bu masrafin tümünün genel bütçeden karşılanamayacağı gözönünde bulundurularak, özel idareler, belediyeler, kolektiviteler, hatta fertler tarafından sağlık için harcanan bütün paraların bir elde toplanması, bunun için bir sağlık bankası ve sağlık sandıkları kurulması ve yurttaki batakıkların kurulmasına göreviyle, kurutulan araziden elde edilecek gelirin bu banka hesabına geçirilmesi gibi ilginç öneriler yer almaktaydı. Sağlık merkezleri, bölge hastaneleri kurmak yeni tıp fakülteleri açmak, yardımcı sağlık personeli eğitimi de planın kapsamı içinde idi.

1946-1950 döneminde kırsal bölgelere de sağlık hizmeti götürülmesi planlanmıştır. 1946'da SSK, Sağlık Bakanlığı'nın, hizmetin tek elden yürütülmesini öngören 3017 sayılı yasaya rağmen kendi sigortalılarına hizmet vermek için kendi sağlık örgütlenmesini kurma yoluna gitmiştir.

1950 den sonra ağırlık tedavi edici hizmetlere verilmiş, koruyucu sağlık hizmetleri geri plana itilmiştir.

1960-1978 döneminde, 1961 Anayasası Cumhuriyet döneminde sağlık hizmetleri bakımından en temel ve önemli ilkeleri getirmiştir. 1961'de "Sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi" yasa (224 sayılı) kabul edilmişti. Buna göre koruyucu

ve tedavi edici hizmetler beraber yürütülecektir.

“Sosyalleştirilmiş Sağlık Hizmetleri Modeli.”

1- Koruyucu ve tedavi edici hekimliğin içiçe yürütülmesi

2- Hizmetin nüfus birimlerine göre düzenlenmesi

3- Kademeli hizmet verilmesi

4- Sağlık hizmetlerinin tek elde toplanması

5- Tam gün çalışma

6- Sağlık hizmetlerinin bir ekip çalışması olarak görülmesi

7- Hizmetin vatandaşla ek, parasal yük getirmeden devlet görevi sayılması

8- Olanaklardan eşit olarak yararlanması gibi çağdaş ilkeleri kapsıyordu.

Görüldüğü gibi Alma-Ata Bildirgesi'nde belirtilen 22 önerinin tümü de 224 sayılı yasa 154 sayılı yönergede ve ilgili mevzuatta bu bildirden 17 yıl önce ülkemizde düşünülmüş ve yasalarla yönetmeliklere konulmuştur. 1962 yılından bu yana birinci, ikinci, üçüncü ve dördüncü sosyal ve ekonomik kalkınma planları da aynı esasları kabul etmişlerdir.

Genel Sağlık Sigortası programı 1965 lerde ele alınmış fakat çalışmalar sürdürülmemiştir. 1968'de Başbakanlık Müsteşar Yardımcısı başkanlığındaki bir komitenin hazırladığı bir raporda, sağlık harcamalarının günden güne artacağı, sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi projesinin tüm yurdu kapsamı halinde devlet bütçesinin büyük bir yük altına gireceği, bu nedenle bir “Genel Sağlık Sigortası” kurulmasının hayati bir önem taşıdığı belirtilmiştir. Raporda Genel Sağlık Sigortasının kapsamı; endüstri sektöründeki işçileri, Emekli Sandığı'na tabi memur ve hizmetlileri, tarım sektöründeki işçileri, kendi hesabına çalışanları ve gayri faal nüfusu kapsamaktaydı.

Tasarı subay ve astsubayları, askeri memurlarla bunların emekli dul ve yetimlerini, silah altında bulunanları, bir hükümden dolayı cezalarını çekmekte olanları, yabancıları ve Türkiye'de dâimi ikametgahı olmayanları kapsam dışına bırakılmıştı.

Finansmanın esas olarak sigortalılardan alınacak % 3 prime dayanacağı, sigortalının bağlı bulunduğu kuruluş, mensuplarına tedavi yardımlarını öngörmüşse, sigortalıdan ayrıca prim alınmayacağı bu primin kuruluş tarafından ödeneceği belirtilmişti. Ayakta tedavi görenler ilaç masraflarının % 20 sine katılacaklardı. Ödeme gücüne sahip olmayanların primlerinin Sağlık Bakanlığı bütçesine konacak özel ödenekten karşılanacağı da programda yer almıştı. Bu tasarıya göre genel

sağlık sigortası, sigortalılara hekim ve her tür laboratuvar muayenelerini, gerektiğinde sigortalının bir sağlık tesisine yatırılması, ilaç ve diğer tedavi araçlarının verilmesini, gereken hallerde sigortalının bir başka yere gönderilmesi için kendisine ve refakatçisine yıllık ve zorunlu masrafların ödenmesi gibi yardımlar belirtilmişti.

Genel Sağlık Sigortası uygulanan Avrupa ülkelerinin bazı ortak özellikleri bulunmaktadır. Kişi başına düşen gelirin yüksek olması, az çok dengeli bir gelir dağılımı, işsizlik dahil tüm sigorta dallarının varlığı, eğitim düzeylerinin yüksek olması, altyapılarının yeterli olması nedeniyle koruyucu tedavi ve çevre sağlığı fazla sorun oluşturmayıp, tedavi edici hekimliğe ağırlık vermeleri bu özellikler arasında sayılabilir. Ayrıca personel ve yatak sayılarının yeterli olması kişiden alınan primlere devletin katkıda bulunması (Örn: İsveç'te kişiden alınan %1, sağlık hizmeti harcamaları %23; Türkiye 1945'de %3.1, 1965 de %4.1, 1975'de %3.5, 1983'de %2.9, 1985 bütçesinde %2.4'tür) bütçesinde %2.4 tür) nüfusun %80 inin şehirde yaşaması ve hizmetlerin yapılmasının kolay olması, çoğunda ilaç hammaddelerinin yeterli olup ihrac edilebilmeleri (bizde % 80 ithal ediliyor), adaleli vergi sistemlerinin mevcudiyeti de ortak özelliklerindendir. Ayrıca bu ülkelerde hekim dağılımı da dengeli. (Oysa bizde %60'ı üç büyük şehirde, 2000'i Ankara'da) işsizlik oranı % 3-8 arasında. (Bizde 1984 istatistiklerine göre % 19.8) toplam vergi giderlerinin Gayrisafi Milli Hasıladaki yeri Türkiye'de %23.7, Yunanistan'da %31.8, Portekiz'de % 33, Almanya'da %37, İtalya'da %39.9, Avusturya'da %41, Fransa'da %44, İsveç'te %50.7.

Alma-Ata Bildirgesi'nde “hükümetler halkın sağlığından sorumludur, hükümetlerin temel sosyal hedefi insanların sosyal ve ekonomik olarak üretken bir yaşam sürdürebilmelerine olanak sağlayacak koşulların sağlanması olmalıdır” deniyordu.

Bu ülkelerin, tüm olanaklarına rağmen Alma-Ata Bildirgesi ve çağdaş sağlık hizmetleri açısından önerilerin tam anlamıyla uygulanabildiği söylenemez. Ülkemiz ve genel sağlık sigortası uygulanan Avrupa ülkelerinin ekonomik ve sosyal yapıları oldukça farklı. Ve benzer sistemleri ülkemizde uygulanması varolan olumsuzlukları daha da arttıracak ve derinleştirecektir.

Toplumun sosyo-ekonomik açıdan sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi için her şeyden önce koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini birlikte yürütebilecek bir örgütlenme modeli ve bunu yaşatacak finansman kaynakları gereklidir.

Bugünkü ekonomik yapımızla genel sağlık sigortasının ülkemizde de uygulanmasının ortaya çıkarabileceği olumsuzluklar şunlar olacaktır:

1- Tedavi edici ve koruyucu hizmetin bütün olarak yürütülmesi ilkesi zedelenektir. Tedavi edici hizmete öncelik verilecektir. Oysa çağdaş devletin temel sağlık politikasında, insan sağlığının korunması ve hastalıkların tedavi edilmesi temel haklardan en önemlisi olup bir kamu görevidir.

2- Bu sistemde hekimlerin kamu hizmetinden özel hekimliğe kaymaları kolaylaşır.

3- Hekimler toplumun gelir düzeyi yüksek kesimlerinin yaşadığı bölgeleri tercih edeceklerinden hekim dağılımındaki dengesizlik artar.

4- Pratisyen-Uzman hekim dengesizliği artar. Hekimlerin serbest hekimliğin daha verimli olduğu uzmanlık dallarına yönelmeleri artar.

5- Zorunlu genel sağlık sigortası uygulanan ülkelerde aile hekimi, köy hekimi, genel pratisyen hekimlik gibi bir kaç yüz yıllık bir birikim vardır. Oysa ülkemizde serbest hekimlik dah açok uzmanlık alanlarındadır. Özel muayenehanelerin sağlık örgütlerinde ilk başvuru yeri olarak görev yapması olanaksızdır.

6- İnsangücü ve tesislerin yetersiz olduğu yerlerde sağlık sigortası kurmak bir kısım halkın sorununu çözsede, büyük kitle prim ödemesine karşın az ve yetersiz hizmetle karşılaşabilir.

7- Hastalanan sigortalı parasını ödemiş olmanın verdiği hak ve tedavi masraflarının sigorta tarafından ödeneceği düşüncesiyle, sigorta olanaklarını israftan kaçınmaz. Sonuçta sağlık hizmeti maliyeti yükselir ve bu artış gelişmekte olan ülkelerin ekonomisine büyük bir yük getirir.

8- Bizimki gibi, bireylerin sağlık konusundaki eğitiminin yetersiz olduğu ülkelerde genel sağlık sigortasının doğuracağı kaynak israfı önemli boyutlara varabilir. İlaç tüketimi hızla artabilir ve sonuçta ekonomiye zarar verebilir.

9- Şehirlerde tedavi hizmeti vermekte olan, önemli ve pahalı cihazlara sahip özel klinik sahipleri zamanla hastanelerini genişletip büyük tedavi kurumlarına dönüştüreceği ve bu kurumlardan ancak maddi olanağa sahip olanlar yararlanabilecektir.

Tüm bunlar gözönüne alındığında, ülkemiz özgülünde, sağlık hizmetlerinden amaçlanan ne olmalıdır ve nasıl gerçekleştirilecektir? Mademki sağlıklı yaşam her bireyin hakkı o halde, sağlık hizmetlerinin ücretsiz, tüm vatandaşlara eşit ve yeterli bir şekilde bir devlet yükümlülüğü olarak, süreklilik arz edecek şekilde ve dünyadaki tüm yenilikleri izleyerek uygulayabilecek bir yapıda olmasıdır. Önemli olan anlık geçici çözümler de-

ğil, kalıcı sistemlerin oluşturulmasıdır. Sağlıklı yaşama hakkı ancak bu şekilde hayata geçirilebilir.

Bizde ve diğer gelişmekte olan ülkelere sağlık hizmetlerine ayrılacak yeterli kaynaklar yaratılana dek, eldeki sınırlı kaynaklar "önem ve önceliği olanlara" yönelmelidir. Uluslararası sağlık örgütü bunu "Herkes biraz, gereksinimi olanlara daha çok" şeklinde formüle etmiştir. Öncelik saptanırken kuşkusuz din, dil, ırk, zenginlik yoksulluk, bölge gibi toplumsal konulardan kaynaklanan özellikler değil, hastalanmaya ve ölüme en çok eğilimi olanlara verilir. Diğer bir kural "En çok hastalanmaya, en çok sakat kalmaya en çok işgücü yitirilmesine ve en çok ölüme neden olan" hastalık ve durumlara öncelik verilmelidir. Buna göre öncelik 0-14 yaş grubundaki bebek ve çocuklarla doğurganlık çağındaki kadınlara verilmelidir. Bu öncelikler Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca saptanmıştır.

Yapılması gereken, birinci olarak ülkemiz koşullarına uygun bir sağlık modeli olan ve yıllar öncesinden tasarlanmış ve bugüne dek tam anlamıyla gerçekleştirilememiş, hatta zaman içinde gerilemiş olan "sosyalleştirilmiş sağlık modeli"nin yeniden benimsenerek hayata geçirilmesi dir. Bu modelin beklenen amaca ulaşabilmesi için;

- Sağlık hizmetleri devletleştirilmelidir.

- Sağlık hizmeti tek elden yönetilmelidir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'na bağlı kuruluşların dışındaki sağlık kuruluşları bu bakanlığın bünyesinde birleştirilmelidir.

- Özel sağlık hizmetlerinin (eczane, muayenehane hekimliği gibi) model ile eşgüdümlemesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

- Tam süre çalışma ilkesi benimsenmelidir. Bu amaçla sağlık elemanlarının moral ve maddi gereksinimleri yeterince karşılanmalıdır.

- Sağlık hizmetlerinde eğitim ve ilgili mevzuat modelin gerektirdiği doğrultuda yeniden düzenlenmelidir.

- Sağlık hizmetlerinin maliyetini düşürebilmek için koruyucu hizmetlere önem verilmelidir. Böylece gereksiz bazı harcamalar da önlenecektir.

- Sağlık hizmetlerinden herkes eşit ve tedavinin tam anlamıyla sağlanabileceği oranda yararlanmalıdır.

- Sağlık hizmeti yapmak üzere yeni mesleklerin yaratılmasından sakınılmalıdır. Hekim dışındaki sağlık personeli de titizlikle seçilmeli ve eğitilmelidir.

- Tıp eğitimi; yönetici, koruyucu, iyileştirici ve adli hekimlik görevleri olmak üzere yeniden düzenlenmelidir.

- Hekimlerin uzmanlaşmalarını yavaşlatacak bir politika izlenmelidir.

- Tüm sağlık personelinin okul içi eğitimi ülke koşullarına göre yeniden düzenlenmeli ve tüm sağlık personeline belirli aralıklarla okul sonrası eğitimi uygulanmalı.

- Hekimler ve diğer sağlık personelinin çalışma koşulları gün/saat ve gün/hasta sayısı gözönüne alınarak yeniden düzenlenmeli, verilecek ücret çalıştıkları bölgenin mahrumiyet koşullarına göre düzenlenmelidir.

- Kamu sektöründe çalışan sağlık personeline adil bir rotasyon sistemi uygulanmalıdır.

- Hekimlerin hastalarına koydukları tanı, yazdıkları reçetelerin çağdaş hekimlik bilimine ve ülke koşullarına uygunluğu hekimlik bilimine ve ülke koşullarına uygunluğu meslek odalarınca denetlenmelidir.

- Çevre sağlığı, ana ve çocuk sağlığı, besin denetimi ve beslenme, okul ve işçi sağlığı hizmetleri yeniden düzenlenmelidir.

- Serbest hekimlik uygulamaları ve eczacılık hizmetleri etkin bir biçimde denetlenmelidir.

- Sağlık hizmetleri yerel düzeydeki sağlık ocaklarından başlamak üzere ve kademeli olarak tam teşkilatlı hastanelere dek uzanan zincirleme bir yapı içinde yürütülmelidir. Bu şekilde büyük hastanelere düşen gereksiz yük azaltılacaktır.

- Her türlü sağlık kurumu gerekli ve modern teçhizatla donatılmalıdır. İkinci olarak yapılması gerekirse bu modelin giderlerinin, genel vergi giderleri kullanılarak karşılanmasıdır.

Sonuç olarak söyleyebiliriz ki, Avrupa ülkelerinde, ekonominin bağımsız olarak, kendi iç di-

namizmi ile gelişmesi, yaşadıkları büyük sanayi devrimleri, bu ülkelerdeki tüm üst yapı kurumlarında olduğu gibi sağlık kurumlarının örgütlenme ve işleyişini, gelişmekte olan ülkelerle kıyaslanmayacak derecede ileri düzeye yükseltmiştir. Bu ülkelerin ekonomik yapılarının sağladığı tüm avantajlara rağmen İnsan Hakları Bildirgesi'nde belirtilen, özlenen düzeyde ve eşit bir sağlık hizmeti verilebildiği söylenemez. Kaldı ki ekonomik olarak bu ülkelerden geride ve henüz gelişmekte olan ülkemizde ve gelişmekte olan diğer ülkelerde genel sağlık sigortasının uygulanması sorunları daha da artıracaktır.

Türkiye'de sosyalleştirme modelinin gerekleri yerine getirildiğinde, yeterli finansmanın da genel vergilerle karşılanması ile hem Alma-Ata Bildirgesi'nin tüm önerileri günlük yaşam geçirecek ve böylece 224 sayılı yasa uygulanır hale gelecek hem de İnsan Hakları Bildirgesi'nde belirtilen herkese eşit düzeyde ve yeterli sağlık hizmetisatılmış olacaktır.

Hemen hepimiz, elinde bir reçete ile eczaneye gelip, reçete maliyetini karşılayamadığı için çaresizlik içinde geri dönen insanlarla karşı karşıya kalmanın üzüntüsünü yüreğimizde duymuşuzdur. Yine gazetelerde sık sık maddi olanaksızlıklar nedeniyle, hayati önem taşıyan ameliyatını, gerekli tedavisini gerçekleştiremeyen insanları okumak ve hastanelerde yaşananlar hepimizin bildiği, yabancıları olmadığı konular.

Açıklamaya çalıştığımız gibi bir sağlık örgütlenmesi modelinin uygulanması ile bunlara büyük ölçüde çözüm getirileceğine ve insanın, en doğal hakkı olan sağlıklı yaşama hakkına gerçek anlamda kavuşacağına inanmaktayız.

KAYNAKÇA-

1- Ulusal Sağlık Politikası, T.E.B. yayınları: 10

Teknik Rapor Dizisi Ankara 1986

2- ATOB- Aralık 1975 sayı-3 yıl-1

3- ATOB- Ekim 1975 sayı-1 yıl-1

4- Alma-Ata Bildirgesi ve Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Dr. Nevzat Eren H.Ü. Tıp. Hekimliği Bö-

lümü yayını No: 18 Ankara-1982

5- Sekiz Avrupa Ülkesinin Milli Sağlık Programları Üzerinde İnceleme Türkiye İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası Yayınları No: 5 (İlaç İmalatçılar Birliği 1155 fifteenth st. N.W. Washington D.C. 20005)



İSVEÇ'TE ŞİRKETLEŞMİŞ ECZANELER: "Apotek"

BERK İMER

H.Ü.Ecz.Fak.Öğrencisi

Same Facts About Apoteksbolaget'ten

Tercüme Edilmiştir.

Some Facts About Apoteksbolaget

Kısaca Apoteksbolagetin işi İsveç'te ilaç satışını ve dağıtımını idare etmektedir. 1970 Eylül'ünde Hükümet Apoteksbolaget'i 1.Ocak 1971'den itibaren olmak üzere ilaçların perakende satışını idare etmek üzere gayri umumi şekilde yetkiledirdi.

Apoteksbolaget'in faaliyet politikası hükümet ile bir anlaşma üzerine oturtulmuştur. Şirketten yapması istenen ilaç satışı ve dağıtımının yanısıra diğer hususlar şöyledir:

- Hükümetin kararlarına temel olacak ileriye dönük öneriler dahilinde ülkede iyi ilaç stoğunu temin etmek.
- Eczane ve diğer ilaç kaynaklarının nerede ve hangi kapsamda mevcut olacağına karar vermek.
- İlaç fiyatlarının tüm İsveç'te sabit olmasını sağlamak.
- Üreticilerle şirketlerin ilaç alış fiyatlarını görüşmek.
- Üretici etkisinden dolayı bağımlı olmayan ilaçlar hakkında bilgi ve istatistik tedarik etmek.
- İlaç dağıtımıyla meşgul olan personelin tüm güvenlik icaplarıyla karşı karşıya olmasını sağlamak.



Apoteksbolaget kapsamlı bir şirkettir. Üçte ikisi devletin üçte biride apotekarsoueteten (350 eski eczane sahibinin merkezi organizasyonu) tarafından kurulmuş bir kuruluştur.

Şirket nasıl Organize Edilmiştir:

Apoteksbolaget birçok kolu olan bir şirket olarak organize edilmiştir. Merkez Stokholm'de yerleştirilmiştir. Yönetim Kurulu bir başkan, sekiz normal üye ve beş yetkili üyeye sahiptir. Normal üyelerin dördü üve yetkili üyelerin ikisinin olduğu



gibi başkanda hükümet tarafından atanmıştır. İki normal üye ve bir yetkili üye Apotekarsocieten kuruluşu tarafından atanır. İşçilerde Ko-Determinasyon Kanunu (çalışmada demokrasi)'na göre yönetim kurulunda temsil edilir. İsveç Eczacılar Birliği ve Eczane İşçileri Birliği de bir sıradan üye ve bir yetkili üye atar.

Merkezi İdare ve Servis Üniteleri:

Doğrudan Yönetim kuruluna bağlı olmak üzere Merkezi İdare Başkanları ve servis üniteleridir. Bunların görevi başkanlara kararların temelini oluşturmada yardımcı olmak ve bunları kurula götürmektir. Bunun yanında bunlar eczanelere değişik alanlarda asistanlık ederek hizmet sunarlar.

Başkanın sekreterleri arasında dağıtım, kanunlar ve anonim şirket ilişkilerinde uzman memurlar bulunmaktadır. Bu personel fonksiyonları ayrıca uluslararası sekreterliğide kapsar.

Eczane Operasyonları:

Bu departman konuyla ilişkili gelişmeleri ve koordinasyonu olduğu kadar eczane operasyonlarını planlamak ve izlemekle sorumludur. Departman altı bölüme ayrılmıştır. Bölümler içerisinde eczaneler herbiri yaklaşık 10 eczane içeren gruplar halinde toplanmıştır. Grubu ortak olarak ilgilendiren sorularda işi grup idarecisi üstlenir. Diğer sorularla ilgili sorumluluk eczane idarecisine aittir. Her eyalet meclisinde eyalet meclis grubu farmasötik planlama ve koordinasyon hususundaki soruları ele alır. Örneğin ilaç komitesi enformasyon ve eğitimde çalışır.

Ekonomi

Bu departman ekonomi, maliye, finansman, idari enformasyon sistemleri ve EDP konusundaki sorularda şef sorumluluğu taşımaktadır.

Personel

İşçi Kanunu ve personel idaresi konuları personelin gelişme aktiviteleri gibi hususlar burada ele alınır.

Pazarlama

Bu departman fiyat görüşmeleri ve ilaç fiyatlandırması parafarmasötikler ve gümrüğe tabi güneş yağlarını ele alır.

Brosürler ve halk için ilaç ve parafarmasötikler hakkında dosyalar üretir. Departman ayrıca geniş kapsamlı kütüphane ve döküman aktivitelerinden sorumludur.

Planlama ve yapı

Bu departman çalışma organizasyonu ve teknik uygulama planlama ve eczane yapısını yürütmekle sorumludur.

Bütün Ülke Boyunca İyi Eczane Hizmeti

İsveç 11.700 kişiye bir eczane düşmekte olan yaklaşık 700 eczaneli bir ülke. İlgili eyalet mec-

lisleriyle yapılan özel anlaşmaların başında Apoteksbolaget ayrıca hemen hemen tüm hastane eczanelerini işletmektedir. Bunların 50'den fazlası halkada satış yapmakta olan 100 kadar eczanedir.

Seyrek Nüfuslu Bir Ülke

İsveç'te km² ye yaklaşık 19 kişi düşmektedir. daha küçük yerleşme merkezlerinde ve kırsal alanlarda iyi eczane hizmeti temsil etmek için yaklaşık 1500 adet basitleştirilmiş ilaç temin merkezi bulunmaktadır. Böyle bir kaynak eczaneden gelen paketleri sevk eden bir ara birim olan veya kendinin stoğunda bulunan az miktarda çok bilinen reçetesiz ilaçları satan sıradan bir bakkal deposu olabilir.

Apoteksbolaget Yaklaşık 12.600 İşçiye Sahiptir:

Bunların yaklaşık % 68'i part-time işçilerdir. Toplam olarak 800 eczacı, 3000 reçeteci ve 6700 eczane teknisyeni vardır. Kalan 2100 kadarı ofis işlerine bakmakta ve tahmini konuları takip etmektedir. Bir eczacının eczacılık fakültesinde dört yıllık bir öğrenimi vardır. (Uppsala Üniv.)

Reçeteciler fakültede üç dönemli bir senelik bir çalışmaya katılırlar. Eczane teknisyenleri bir üst seviyeli ortaokulda iki senelik kurs alırlar.

Daha büyük eczanelerde (%60) işletmecilerdir. Küçüklerde ise reçetecilerdir.

Üretim ve Dağıtım:

Yaklaşık 180 farklı eczacılık firması İsveç Eczanelerinde temsil edilmektedir.

İsveç ve yabancı ilaç üreticilerinden gelmekte olan mal İsveç'te üç toptancıya yollanır- ADA, KD, LD. Apoteks-bolaget'in bir alt kurumu olan ADA söz konusu malın değeri cinsinden % 70'ini elinde bulundurmaktadır. KD yaklaşık % 17 ve LES'nun bir alt kurumu olan LD ise % 13'üne sahiptir.

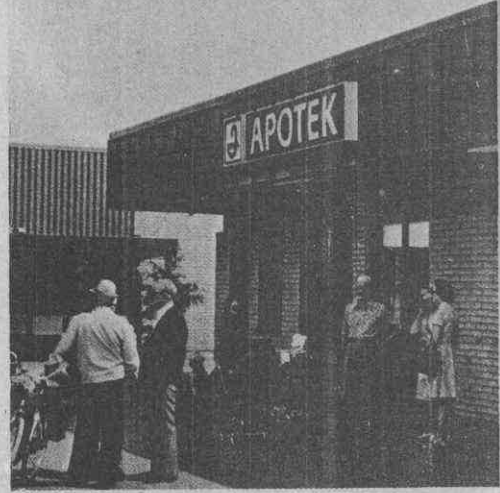
Herbir ilaç üreticisi tek kanal sistemi olarak bilinen tek bir toptancı üzerinden bağlantı dağıtımını yapar. Eczaneler mallarını telefon aracılığı ile ister ve günlük mal alımı yapılır.

Farmasötik Spesialiteler

İsveç eczanelerinde yaklaşık 2500 farmasötik specialite kayıtlıdır. Bunun % 40'ından biraz fazlası İsveç'te yapılır, geri kalanı ise ithal edilir. En büyük İsveç ilaç şirketleri Astra (Astra, Praco ve Hüssle dahil), Kabi (kabi aco ve Vitrum dahil) Pharmacia, Leo ve Ferrosan'dır. İsveç devleti Kabi grubunun sahibidir ve bundan dolayı yurt içi satışlarının % 25'inden sorumludur. İsveç'e ithal edilen ilaçlar çoğunlukla İsviçre, Batı Almanya, Büyük Britanya ve Amerika'dan gelir.

41 Milyon Reçete

1979'da Apoteksbolagetin toplam para girdisi 3.700 milyon İsveç Crown'u idi. Bu gelirin 3 te



“PRIMUM NON NOCERE”

Hippocrates'in bu sözü, tıbbın temel ilkelerinden birini belirlemektedir: “Önce, zarar verme.”

27 Şubat 1987 Cuma günü, Ankara Tabip Odası tarafından “Antibiyotiklerde Yeni Gelişmeler” konulu bir bilimsel toplantı düzenlendi. Konuya değişik açılardan yaklaşan konuşmacıların üzerinde birleştikleri nokta, “yanlış kullanım” nedeniyle Türkiye'nin “antibiyotiklere direnç kazanmış bakterilerin cenneti” durumuna getirilmiş olduğuydu.

Antibiyotiklerin ülkemizde ülkemizde “yanlış kullanımı”nın nedenlerini - en hafif deyimle - “bilgisizlik”, hatta “sorumsuzluk” başlığı altında toplamak yanlış olmaz sanırım. Bu “sorumsuzluğu” paylaşımlar - herhangi bir öncelik sırası gözetmeden sayıyorum - S.S.Y.B., ilaç endüstrisi, hekimler, eczacılar, tıp ve eczacılık fakülteleri ile tabip ve eczacı odalarıdır kanımca (hekimler / tabipler derken, doğal olarak diş hekimlerini de bu kapsamda düşünüyorum). “Sorumsuzluğu” paylaşımlarırken, bazı kurum ve kuruluşlara “haksızlık etmiş” olduğumu ileri sürebilirsiniz. Ancak, antibiyotiklerin “yanlış kullanımı” karşısında “seyirci kalmış olunması” dahi, sözkonusu “sorumsuzluğun” paylaşılması için fazlasıyla yeterli bir nedendir bence. Diğer taraftan, “boğazım ağrıyordu, kendiliğimden bir antibiyotik aldım” yaklaşımı içinde olan toplumumuzu neden “sorumlu” - daha doğrusu, “sorumsuz” - tutmamış olduğumu yadırgayabilirsiniz. Ne var ki, “ilacın doğru kullanımı” gibi tamamen “proesyonel bilgi” gerektiren bir konuda direkt olarak toplumun sorumlu tutulamayacağını düşünüyorum.

Bu kısa “uyarı” yazısında, bütün “sorumsuzluk odakları” üzerinde duracak değilim. Kaldı ki, bu konuda derinlemesine inceleme yaparak sonuçlar çıkartabilecek ve çözümler önerebilecek kadar “donanımlı” olmadığımı da itiraf etmeliyim. Yalnızca, bir eczacı olarak, meslektaşlarıma, eczacılık fakültelerine ve meslek kuruluşlarıma seslenmek istiyorum.

1981 yılı Ocak ayında, Dominik Cumhuriyeti'nin Santo Domingo kentinde “Moleküler Biyoloji, Bakteriyel Plazmidlerin Patojenitesi ve Ekolojisi” konusunda düzenlenmiş olan bir kongrede sunulan bildirilerden ve tartışmalardan hareketle, “Evrensel Antibiyotik Suistimali” hakkında bir rapor hazırlanmıştır. Bu rapor, 26 ülkeden 150 bilim adamı tarafından imzalanmıştır. Sözkonusu raporun çevirisi, FABAD Farmasötik Bilimler dergisi'nin Eylül 1981'de yayımlanan sayısında yer almıştır. (6. cilt, 2. sayı, 63. sayfa). “Gördüğüm lüzum üzerine”, raporu ekte sunmaktayım.

Lütfen bu raporu okuyunuz. Ve... tıbbın temel ilkelerinden biri olan “Primum non nocere” ışığında “yorumlayarak” “gereğini yapınız.”

Teşekkürler.

EK: Evrensel Antibiyotik Suistimali Hakkında Rapor:

Antibiyotikler, insan, hayvan ve ekimi yapılan bitkilerde mikro-organizmaların neden oldukları hastalıkların tedavisi için geliştirilmiştir. Bununla beraber, bu anti-mikrobiyal ajanlar, ilaca dirençli organizmaların yaygınlaşması ve inatçılığı nedeniyle, etkilerin yitirmektedirler. Üstelik şim-

diki duruma engel olacak önlemler alınmadıkça, böyle ajanların hastalık ile artık başedemeyecekleri bir dönem ile karşı karşıya kalabiliriz.

Evrensel bir toplum sağlığı sorunu ile karşı karşıyayız. Sorun, esas itibarıyla antibiyotiklerin - özellikle aşağıdaki biçimlerde - gelişigüzel kullanımından kaynaklanmaktadır:

- a) Antibiyotiklerin reçetesiz olarak dağıtılması,
- b) Klinikte yararlı antibiyotiklerin, hayvan yemlerinde ve tarımsal ürünlerde verim artırıcı olarak kullanılması;
- c) Antibiyotiklerin, etkisiz oldukları hastalıklarda reçeteye yazılması;
- d) Özellikle ilaç dağıtımının mevzuat ile düzenlenmemiş olduğu yerlerde, antibiyotiklerin " mucize ilaçlar" olarak reklam edilerek kullanıcıların aldatılması;
- e) Aynı ürünü dünyanın çeşitli ülkelerinde satılabilmek için değişik isim ve satış artırıcı yöntemler kullanılması.

Hiç kimse, yaygın antibiyotik kullanımının nasıl olsa sağlık koşullarını iyileştirici çabaların ve kişisel hijyenin yerini tuttuğunu sanmamalıdır. Bulaşıcı hastalıkların önlenmesi ve denetim altına

alınmasındaki bu temel hususlarla ilgili çabalar teşvik edilmeli ve desteklenmelidir. Aynı zamanda, antibiyotik suistimalinin tehlikeli sonuçlarına, kullanımın her kademesinde (kullanıcılar, reçete yazanlar dağıtanlar, üreticiler ve yasa düzenleyiciler) dikkat çekilmesi zorunludur. Ancak o zaman, bu ilaçların gereksiz yere kullanılmasını ve bariz suistimalini engelleyici önlemler almaya başlayabiliriz.

Biz, imza sahipleri, bu raporu, gittikçe artan bu evrensel soruna son vermek doğrultusunda ki faaliyeti teşvik etmek için kaleme aldık. Bu mesajın, akılcı antibiyotik kullanımı için kararların alınacağı ulusal ve uluslararası kurumların oluşturulmasına hız kazandırmasını istemekteyiz. İlk adım olarak, yeterli tıbbi bilginin halen bulunduğu yerlerde, antibiyotiklerin reçeteye yazılması ve dağıtımında tekdüze uygulamaya geçilmesini ve bu uygulamanın zorunlu kılınmasını ısrarla öneririz. Bundan başka, bu ilaçlara ilişkin satış artırıcı çabalarda ve dağıtımlarında uygun standartlar üzerinde fikir birliğine varılmasını ve bu standartlara dünyanın bütün ülkelerinde sadık kalınmasını da ısrarla öneririz.

MESLEK İÇİ EĞİTİM PROGRAMLARI

Doç.Dr.Tamer BAYKARA
A.Ü. Eczacılık Fakültesi
Öğretim Üyesi

Çağımızda bilim ve teknolojideki aşırı hız, gelişmiş ülkelerde meslek hayatlarını sürdüren meslek sahibi kişilerin (Örneğin; Eczacı, Doktor, Kim.Müh. gibi) bilgi ve eğitimlerini devamlı olarak çağın düzeyinde tutmaları gereğini ortaya çıkarmıştır. Gelişmiş ülkelerde bugün, bu ihtiyaç, akademik öğretim, yani lisans ve yüksek lisans eğitimlerinden sonra belirli sıklık ve içerikte hazırlanan meslek içi eğitim programları ile karşılanmaktadır.

Meslek hayatına atılmış olan kişiler, farklı dallarda çalışarak bu yaşamlarını sürdürmektedirler. Örneğin; hastane eczacısı, eczane eczacısı, endüstride çalışan eczacılar ve kamu eczacıları gibi. Bu durumda farklı iş kolunda çalışan kişilere, farklı konuların verilmesi gereği ortaya çıkmaktadır. Bu da standart hale getirilmiş yüksek okul ve üniversite öğretimindeki ders programlarından farklılık arz etmektedirler. Bu nedenlerle gelişmiş ülkelerde bu tür programlar, çoğunlukla meslek kuruluşları tarafından planlanmakta ve gerçekleştirilmektedir.

Ülkemizde de eczacılık alanında ilk meslek içi eğitim programı (MİEP) 17-23 Aralık 1986 tarihleri arasında, Ankara Üniversitesi, Eczacılık Fakültesi'nde düzenlenmiştir. MİEP, A.Ü. Eczacılık Fakültesi öğretim üyelerinden oluşan ve Sayın Prof.Dr.Mekin TANKER'in başkanlığını yaptığı yedi kişilik bir düzenleme komitesi tarafından hazırlanmıştır. 26 konudan oluşan programın 21'i

fakülte öğretim elemanlarından ve 5'i de üniversite dışından, konularında uzman kişiler tarafından verilmiştir.

Programa başvuran 157 meslektaşımızın içinden ancak 136'sı katılabilmektedir. Programa kayıt, konu seçimi, yığılmalı dağılımlar gibi sekreteryaaya ait DATA çalışmaları, fakültenin bilgi işlem merkezinde gerçekleştirilmiştir. Program öncesi bir anket yapılamamıştır. Program sonunda yapılan test öncesi, dağıtılan anket formlarına 102 meslektaşımız yanıt vermişlerdir.

Ankete katılan 102 meslektaşımızın çoğu, bu tür programların yılda iki kez veya en az bir kez düzenlenmesini arzu etmektedirler. Yine bu gruptan, % 33 gibi büyük bir çoğunluk, programın akademik kuruluşlarda çalışan eczacılara hitap etmekte olduğunu vurgulamışlardır. Ayrıca, teorik bilgilerin yanında, bazı pratik uygulamaların da yer alması yine katılanların ortak isteklerinden birini teşkil etmektedir.

Bir eczacının, eczanedeki çalışma süresinin % 60'ı ilaç vermek ve hazırlamakla geçmektedir. Bu süre içinde hazırlanıp verilen ilaçların üçte ikisi veya % 60'ı için eczacı, hastaya veya ilacı alana, hastalık, ilaç ve kullanılması konusunda danışmanlık yapmaktadır. Bu koşullarda çalışan eczacı, kendi gelişmesi ve yeniliklere adapte olması için, çalışma zamanının ancak % 6'sını kendisine ayırabilmektedir. Çalışma süresinin geride kalanı, sipariş fatura, kayıt ve yazışmalara sarfedil-

mektedir.

Eczane eczacısının esas görevi, hastaya gerekli danışmanlığı yaparak veya yapmadan, reçeteli veya reçetesiz olarak ilaç vermek ve ilacı hazırlamaktır. Eczane, gelecekte sağlıklı olma ve sağlığı devam ettirme konularında daha geniş bir görevi üstlenmeye mecbur olacaktır. Bugünkü temel eczacılık eğitimi, günlük çalışmada duyulan gereksinimin yalnız bir kısmını karşılamaktadır. Hele, temel eğitimin alınmasından sonra iki veya üç yıl gibi bir süre geçtiğinde yeni gelişme olanaklarının aranması zorunluluğu gündeme gelmektedir.

Gelişmiş ülkelerde bu tür programlar, rutin olarak ve belirli bir sıklıkta meslek kuruluşları-sanayi-üniversitenin işbirliği ile planlanmakta ve meslek kuruluşu tarafından da düzenlenip yürütülmektedir. Örneğin; Federal Almanya'da, MİEP ile özdeş olan programlar, APV (Arbeitsgemeinschaft für Pharmazeutische Verfahrenstechnik) tarafından yılda en az üç kez düzenlenmektedir.

Bu tür eğitim programlarında başarılı olabilmek için önceden geniş çaplı bir anket düzenlenmelidir. Bu anket dört soru kompleksinden oluşmaktadır.

• Eczane sahibi meslektaşlarımızın, mesleki eğitim ile ilgili talepleri.

• Eczacıların pratik çalışma bakımından bilgilendirilmeleri,

• Ek eğitim olanakları neler olabilir. (Broşür, video kaseti vs.) Bunların saptanması.

• Hangi dallarda ve konularda bilgilendirilme gerekliliğinin araştırılması.

Bu sorular kompleksinin sonuçlarına göre planlama çalışmalarına başlanabilir. Anket sorularının sonuçlarıyla birlikte bazı ilke ve prensiplerin de planlamada dikkate alınması gereği vardır. Bunlar,

• Konuların, yararlanacak grubun ortak önerilerine göre saptanması,

• konuların, o dalın gerçek uzmanlarına verdirilmesi.

• Konuların işlenmesinde, derinlik ve öğreticilik unsurunun ilke edinilmesi.

• Programın düzenlenme zamanı.

• Verilecek konuların hangi dalda çalışan eczacıya hitabedeceği.

• Konu seçiminde, eğitim-uygulama arasındaki dengenin korunması.

• Seçilen konuların ülke içi ve dışındaki gün-

celliği.

• Programa katılacakların sayılarının sınırlandırılması.

• Programın düzenlenme zamanı ve süresi.

• Programın içinde yer alması gereken sosyal etkinlikler ve program yerindeki konaklama olanaklarının uygunluğu.

Bu tür eğitim programları, amaca göre farklı biçimlerde hazırlanmaktadır. Örneğin;

• Kısa süreli programlar (günde, birden fazla konferans içeren hafta sonu toplantıları).

• Uzun süreli programlar (bir haftalık, MİEP gibi)

• Üniversite yaz kursları.

• Mektup veya diğer öğretici araçlarla (broşür, kitap, kaset yapılan eğitici programlar.)

Sonuç olarak şunları söyleyebiliriz; ülkemizde eczacılık alanında ilk kez düzenlenen MİEP, bu konuda bir kıvılcım yakmıştır. MİEP, meslektaşlarımızın bu tür etkinliklere ne denli arzulu ve hazır olduklarını ortaya çıkartmıştır. Aslında bir Avrupa Ülkesi olan Türkiye'de eczacılık eğitimi, gelişmiş diğer ülkelerdekinden daha geride değildir. Hatta, bazı disiplinlerde daha ileride olduğumuz temaslarımız sırasında görmekteyiz. Zaten meslektaşlarımızın bu etkinliğe karşı göstermiş oldukları aşırı ilgi de bu potansiyelin bir kanıtıdır. Bu tür programlar meslek kuruluşları tarafından, örneğin; Türk Eczacıları Birliği Merkez heyeti (TEB) ve ona bağlı Eczacı Odaları tarafından düzenlenmelidir. Hatta, bu tür etkinlikler için, TEB bünyesinde, odalarla işbirliği yapılarak, devamlı bir uzmanlar grubunun oluşturulması gerekmektedir. Bu grubun şimdiden, ileriye dönük eğitim çalışmalarını planlamasının yararlı olacağı kanısındayım.

Bu tür çağdaş etkinliklerin, ülkemiz Eczacılık Fakültelerinde halen yapılagelmekte olan lisans eğitimlerini de etkileyeceği, onlara da yeni formasyonlar kazandırabileceği göz ardı edilmemelidir. Bu etkinliklerin devamlı olarak merkezde yapılması katılanlar açısından sınırlandırıcı bir etmen olmaktadır. Halbuki, konuları verecek grup, konu araç ve gereçleriyle birlikte merkezden uzaktaki bölgelere de götürülebilirse, katılım daha yaygınlaşmış olur.

Gelecekte daha başarılı MİEP lerin gerçekleşmesi dileğiyle, tüm meslektaşlarıma saygılarımı ve sevgilerimi sunarım.

Klinik Forum

AIDS

(Dr. Nejat Uçantürk, Doç.Dr. Ahmet Akın,
Ecz. Rıza Ommatı)

AI
%
tal
de
ör
şii
la:
ni
ge
lin
B
ec
ra
te
ca
lii
b:
m
ş
lo
tı
m
K
ik

AIDS

AIDS EPİDEMİYOLOJİSİ ve HASTALIK ETKENİ

Dr. Nejat Uçartürk

(A.Ü. Ecz. Fak.

Mikrobiyoloji Bilim Dalı)

AIDS NEDİR?

AIDS ilk defa 1981 yılında farkına varılmış ve % 50 gibi yüksek bir ölüm oranına sahip bir hastalıktır. 1986 yılına kadar bütün dünyada AIDS'den ölenlerin sayısı 50.000'e ulaşmıştır. WHO önümüzdeki 5.yıl içinde 100 milyondan fazla kişinin AIDS virüsü taşıyacağını açıklamıştır. Yaklaşık ölüm oranı % 10-30 olduğu gözönüne alınırsa bu hastalıktan ölenlerin sayısı 30 milyonu geçecektir.

"Acquired Immune Deficiency Syndrome" kelimelerinin baş harfleri veya Türkçe'de "Edinsel Bağışıklık Eksikliği Sendromu (EBES)" ile ifade edilen hastalık, doğuştan veya irsi olmayıp sonradan kazanılmıştır. Kişide görülen bağışıklık yetersizliği nedeni ile fırsatçı enfeksiyonlara kolayca yakalanabilme söz konusudur. Bunlar genellikle normal kişilerde hastalık yapmayan virüs, bakteri, mantar ve parazitlerle meydana gelebilmekte ve ölümcül olmaktadır.

İlk belirtiler diğer enfeksiyon belirtileri ile karışılabilir fakat aylarca sürebileceği gibi tabloya eklenen yeni enfeksiyonlar durumu ağırlaştırabilmektedir. Hastaların hemen yarısı Pneumocystis carinii pneumonisine (PCP) ve 1/3 ü de Kaposi Sarkomu'na yakalanırlar. Bazen de her iki enfeksiyon birlikte görülürler.

EPİDEMİYOLOJİK İNCELEME

İlk AIDS vakaları 1981 yılı başlarında yayınlan-

dı. Kalifornia Üniversitesinden Dr. GOTTLIEB ve arkadaşları 5 eşcinsel erkekte PC ile oluşan pnömoni vakası bildirdiler. Bu çok nadir pnömoni şekli genellikle bazı ilerlemiş kanser ve lösemilerde ve birde böbrek nakillerinde doku reddinin önlenmesi amacı ile immun sisteme baskı yapan ilaçların kullanımlarında görülürdü. Bu enfeksiyonun sağlam görünüşlü 5 erkekte birden görülüşü dikkat çekici idi. Aynı günlerde New York Üniversitesi'nden Dr. FREIDMAN son 30 ayda 26 Kaposi sarkomu vakası tesbit ettiğini ve bunların hepsinin eşcinsel erkeklerin oluşturduğunu bildirdi. Ayrıca bunlardan 4 ünde PCP side vardı. Kaposi sarkomu Kuzey Amerika'da özellikle nadir görülen ve genellikle etnik grupların (Yahudi ve Akdeniz orijinli) yaşlı erkeklerinde görülen bir hastalıktı. Kaposi sarkomunun klasik formu olan multifokal özellikte deri ve bazende iç organlarda gelişen kronik şekli yanında daha ziyade Ekvatorial Afrika'da görülen, genç erkekleri tutan ve çok agresif ve malign özellikte olan bir formu daha vardır. Bu form daha çok immunosupresif tedavi alanlarda görülmektedir. İşte ABD'de görülen Kaposi sarkomu vakaları bu ikinci formda idi. Yapılan immunolojik çalışmalarda hastaların hücresel bağışıklığında bilinmeyen bir sebebe bağlı olarak ağır bir gerileme olmuş ancak humoral bağışıklık yanıtı normal bulunmuştu. Gün geçtikçe bildirilen vaka sayısı da artıyordu.

Bu garip hastalık büyük çoğunlukla ABD'nin New York, Los Angeles, Miami gibi büyük şehirlerindeki eşcinsel topluluklarında görüldüğünden "Gay-Related Immune Deficiency" veya kısaca "Gay Syndrome-GRID" olarak adlandırıldı.

Bu arada "Center for Disease Control (CDC)" kuruluşu bu konu üzerinde çalışmalara başladı. Binlerce eşcinsel incelendi ve hastalık hakkında çeşitli hipotezler ileri sürüldü. Hastalığın eşcinsellerde görülme sebebi ile bunların kullandığı cinsel uyarıcıların etken olduğu veya rektal yoldan giren spermanın buradaki mikrotravmalardan kana karışarak immün depresyona neden olduğu gibi çeşitli fikirler ileri sürüldü.

Ancak sadece eşcinsellere özgü bir hastalık gibi düşünülen bu sendrom toplumun diğer kesimlerinde toksimanlar, hemofililer, kadınlar ve hatta çocuklarda da görülmesi ve klinik bulgularında çeşitlenmesi ile "Acquired Immun Deficiency Syndrome (AIDS)" olarak adlandırıldı. Hastalık ile ölüm arasında şöyle bir korrelasyon vardır;

1. yıl sonunda ölüm % 30
2. yıl sonunda ölüm % 50
3. yıl sonunda ölüm % 70
4. yıl sonunda ölüm % 88

Hastalık başta ABD olmak üzere hemen bütün dünya ülkelerinde görüldü. 1981'de ABD'de tüm hasta sayısı 336 iken 1986 da 30.000'e yükseldi ve portör sayısı 1,5 milyon kişi oldu. Gelecek 5 yıl içinde 280.000'e yükselmesi ve bu sürede ölümlerin 170.000'e ulaşacağı tahmin ediliyor. Avrupa ülkelerinde WHO istatistiklerine göre Fransa başta olmak üzere 1300 vaka ki bu gelecek 5 yıl içinde 15.000'e ulaşacak, portör sayısı 150.000; F.Almanya 675 vaka ile 2. sırada portör sayısı 100.000 den fazla; İngiltere 610 vaka, bunun 293'ü öldü. 3 yıl içinde İngiltere'de 4000 kişi ölecek ve bu sayı her sene 2'ye katlanmakta; İsviçre'de vaka sayısı 170 ama 100.000 de 2.1 ile nüfusa göre en yüksek orana sahip. Kanada'da 290 vaka; G.Amerika'da 326; Brezilya'da binde 2.5 oranında; Arjantin'de 69 AIDS vakası görülmüştür. Asya ülkelerinden bir bilgi yok ama Tayland, Japonya ve Hong-Kong'da bir patlamanın olacağı uzmanlar tarafından belirtilmekte; Avustralya'da 67 vaka bildirilmiştir. Afrika'ya gelince hastalığın buradan çıktığı düşünülmektedir. Virüs Afrika yeşil maymunlarından insanlara geçtiği sanılmaktadır. Zaire'de WHO 1985 raporlarına göre çocukların % 36'sı AIDS'li, Orta Afrika Cumhuriyeti'nde nüfusun % 4-5'i taşıyıcı, Afrika'da yayılma % 95 seksüel ilişki kaynaklıdır. Afrika'da sokak çocuklarının % 25'i taşıyıcı ve % 12'si AIDS'lidir. İki yıl içinde önlem alınmazsa 1990 larda bu rakamlar her 3 kişiden

birinin AIDS'li olmasına yol açacaktır. Afrika'da gerek seropozitif kişilerin ve gerekse virüs izole edilen kişilerin yüksek oranda oluştunda buradaki kötü hijyen şartlarının yanında uyuşturucu kullanımı ve fuhuşun çok yaygın olması ve virüsün böceklerle de taşınabilme olasılığının etken rol oynadığıdır.

Risk gruplarından olan Haitililerde 1984 yılı sonlarında 340 vaka bildirilmiştir. Bu sayı nüfus sıklığına göre ABD'den daha yüksektir. Karibeler ve Haiti'nin hastalık yönünden odak noktası olarak gösterilmesinin nedeni, Afrika ülkelerinin bağımsızlığa kavuşmasından sonra çok sayıda Afrikalı'nın Haiti'ye göç etmesi ve buradan da eşcinsel turistlerle ABD ve Dünya'ya yayılmasıdır.

Türkiye'de durum 1985 de 7, 1986 da 3 ve 1987 de 5 olmak üzere toplam 15 vaka görülmüştür. 1985 de 1 ve 1986 da da 2 vaka ölümlerle sonuçlanmıştır.

WHO'ya göre gelecek 5 yılda dünyada 5 milyon insanın AIDS virüsü ile bulaşacağı ve bunlardan 500 bin ile 3 milyon kişinin öleceğidir.

AIDS'in eşcinsellerde, toksimanlarda, hemofililerde ve Haitililerde saptanmasından sonra bu epidemiyolojik dağılımda etken ajanın; seksüel ve parenteral yolla taşındığı bilinen B tipi viral hepatite benzediği ve ajanın insanlar arasında yakın temas ve direkt inokülasyonla yayıldığı hipotezini doğurdu. Bu hipotezi hemofililerin kullandıkları kan faktörlerinin elde edildiği kişiler ile yüksek risk grubuna dahil olan veya bizzat AIDS'li olan anne ve babaların çocuklarına transplental yolla perinatal dönemde ve hatta sadece yakın temas ile hastalığı bulaştırdıklarının tesbiti ile daha kuvvetlendirdi. Hastadan sağlık personeline veya sağlık personelinde hastalara hastalığın geçişi bugüne kadar görülmemiştir.

AIDS için risk grupları 4 H ile tanımlanır.

- 1- Homoseksüeller,
- 2- Heroinmanlar,
- 3- Hemofililer,
- 4- Haitililer.

Hastalık etkenine ve biyolojisine geçmeden önce normal organizmanın bağışıklık sistemi hakkında kısaca bilgi vermek gerekirse, insan vücudu viruslar, mantarlar, bakteriler ve protozoerlerle devamlı temas halindedir. Bunlardan sadece 100 kadarı patojen olup hastalık yapar. Bir patojen, organizmaya girdiğinde immün sistem yetersiz kalırsa hastalık yapabilir.

Vücudun savunma sisteminin ilk basamağını deri, mukozalar, mukozalarda bulunan mikroskopik tüyler ve salgılar, mide asidi gibi çeşitli mekanizmalar teşkil eder. Eğer patojen amil bu bariyerleri geçip vücuda girerse o zaman bağışık

lık sistemi devreye girer.

HASTALIK ETKENİ

1981 yılında enfeksiyonun görülmesinden sonra hızla artan vaka sayısı ve çeşidi AIDS'in cinsel yolla ve kan transfüzyonu ile geçebilen bir etkeninin olması gerektirdiğini düşündürdü. Hemofili için hazırlanan kan fraksiyonlarının (Faktör 8) yapımında bakteri ve mantar tutan filtrelerin kullanılması, amilin bu filtrelerden geçebildiği göz önüne alınırsa bunun bir virus olmasını gerektiriyordu.

O güne kadar bilinen virusların ise böyle bir hastalık tablosu meydana getirmemeleri yeni bir virusun söz konusu olduğunu düşündürdü. Kabul edilen etiyo-patojenik hipoteze göre hedef hücreler, yardımcı T hücreleri olduğuna göre etken viral tipte enfeksiyöz bir ajan olması gerekirdi. Bu bakımdan önceleri disimmüniter rolü iyi bilinen Cytomegalovirus'tan şüphelenilmişti.

Bu virus bazı Kaposi sarkomlarından izole edilmiş ve hastalığın meydana gelişindeki rolü de bilinmesine rağmen AIDS'te sadece sekonder enfeksiyon amili olarak kalmıştır.

İnsan T hücrelerinin lösemisine yol açan retroviruslardan HTLV (Human T Leukemia Virus) dan şüphelenilmiştir. Buna neden, HTLV hayvanlarda kanser ve lösemi çeşitleri yapan ve immun sistem virus grubundan olmasıydı. Retroviruslar kedilerde ve bovine sistemde lösemi yapabilen ekzojen tipte olup, insanlarda enfeksiyöz özelliktedir. Viral RNA'yı çift sarmallı DNA'ya çeviren

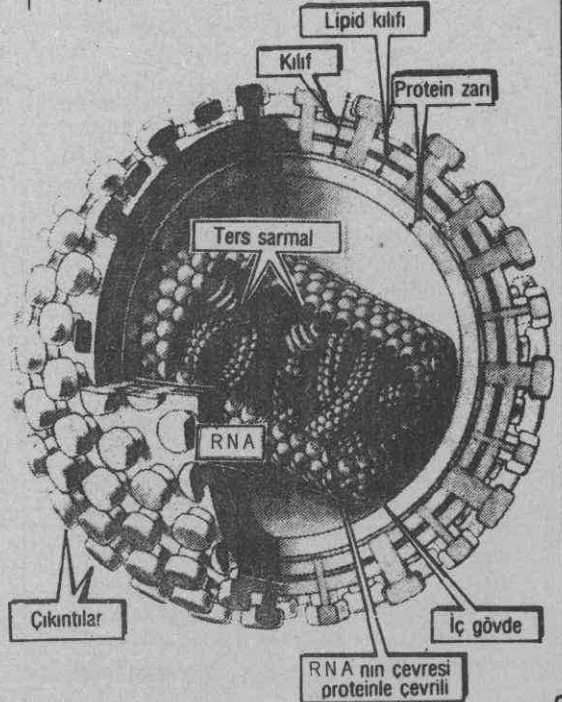
Reverse transcriptase" enzimi taşıyan bu virusların genieri ile entegre olan normal hücre genleri birlikte duplikasyona uğramakta, bu gen yeni hücrelerde de bulunmaktadır.

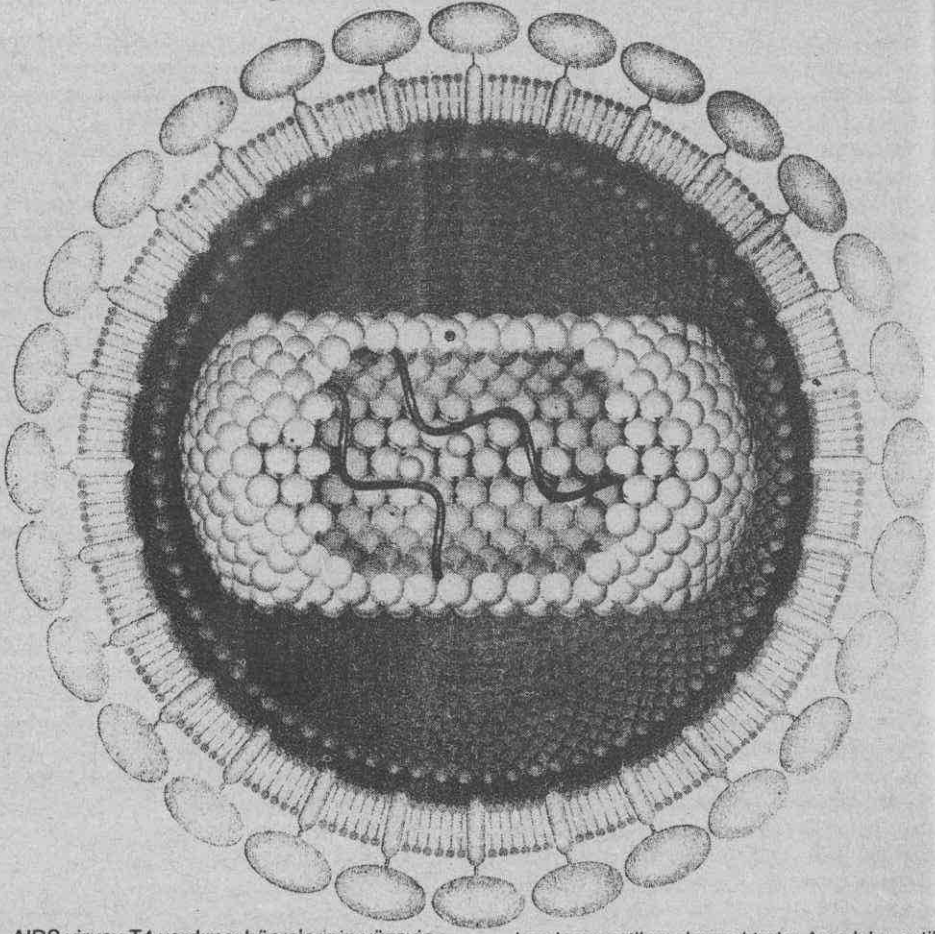
HTLV-1 diye bilinen bir virus Japonya'da çok nadir bir T lösemisi yapmakta ve sonsuz kadar T hücreyi çoğaltması olmaktadır. Ancak bu T lösemili hastaların hiç birinde AIDS klinik tablosu görülmemiştir.

Amerikalı iki araştırmacı Max ESSEX ve Robert GALLO, iki AIDS'li hastanın periferik lenfositlerinde HTLV'nin genetik materyalini saptadıklarını ve üç hastadan da virusu izole ettiklerini bildirmeleri, bütün dikkatleri HTLV üzerine çekti. HTLV ile AIDS arasında bir çok ilişki vardı. HTLV enfeksiyonlarına Karibler ve Afrika'da daha çok rastlanıyordu. AIDS'in odağını da bu bölgeler teşkil ediyordu. HTLV'nin T lenfositlerine aşırı ilgisi olup, AIDS seyirinde görülen T4 hücreyi azaltmasına neden olmaktadır. HTLV lösemi ve lenfomaları proveke etmekle kalmayıp immun yetmezliklere de neden olmaktadır.

Bütün bunlara rağmen HTLV oranının yüksek olduğu Güney Japonya'da AIDS'in görülme-

si, sendromun etkeninin HTLV olmayacağını düşündürüyordu. Aynı günlerde Paris'te Pasteur Enstitüsünde kurulan AIDS araştırma grubundan Luc MONTAIGNER ve arkadaşları 1982 yılının son aylarında AIDS'li bir hastanın lenf bezlerinden yeni bir virus izole ettiler. Bunun için hastanın lenfositleri kültüre konuldu. İçine Interleukin-2 ve Antiinterferon ilave edildi. Interleukin lenfositlerin, Antiinterferon ise virusların çoğaltmasına yardım ediyordu. 1983 yılının Ocak ayında hücre kültüründe yeni bir virus üretildi. Bu bir retrovirustu. Çünkü kültür sıvısında reverse transcriptase enzimi oluşmuştu; elektron mikroskopundaki görünümü HTLV den farklı idi ve bu virus kültüre yeni lenfositler ilave edildikçe onların içinde çoğalıyor, fakat HTLV'nin aksine bu lenfositleri çoğaltmıyordu. Ayrıca Dr. GALLO tarafından gönderilen HTLV antikorları ile de reaksiyona girmiyordu. Bu bilgiler iki virüs arasındaki farklılığı açıkça ortaya koyuyordu. Daha sonra Pasteur grubu birçok AIDS'li hastadan aynı virusu izole ettiler. Bu virusun yardımcı T hücrelerine olan ilgisilerinin T4 hücreleri üzerindeki bir reseptör ile ilgili olduğu; proteinik yapılarının tayin edilmesinden sonrada bunlara karşı oluşan antikorların varlığı saptandı. Fransızlar buldukları bu virusa LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) adını verdiler. Amerikalılar ise HTLV üzerinde ısrar ettiler. Daha sonra 1984 Mayıs'ında aynı virusu izole edip HTLV-3 adını verdiler.





AIDS virüsü T4 yardımcı hücrelerinin yüzeyinde bulunan bir reseptöre yapışıp buradan içeriye girmektedir. Daha sonra T4 hücrelerinin bölünüp çoğalmasını engellemekte ve birbirlerine yapışıp görev yapmasını önlemektedir. Monoklonal antikorlarla yapılan selektif çalışmalarda, normalde yardımcı T hücresi/supresör T hücresi (OKT4/OKT8) oranı 1.5 veya daha fazla iken, sendrom sırasında bu oran 0.5 ve daha kritik dönemlerde 0'a kadar düşmektedir. Böylece buna bağlı olarak hücresel bağışıklık işlevleri zayıflamış veya tamamen kaybolmaktadır. Bu durumda, yani yardımcı T hücre sayısının azalması veya sıfır olmasında, öldürücü T hücrelerinin yönlendirilmesi ve ortadan kaldırılması gereken yabancı maddelerin üzerine gönderilmesi mümkün olmaz. O zamanda bağışıklık mekanizması işlemez duruma geldiğinden en basit bir enfeksiyon dahi öldürücü nitelik kazanmaktadır. Ayrıca virus, monosit hücreleri ile beyne gidip beyin hücreleri içinde de çoğalabildiği tesbit edilmiştir. Virusta bulunan proteinler antijeniktir. Yani hastada bun-

lara karşı antikor oluşmaktadır. Ancak bu antikorlardan sadece teşhiste yararlanılmaktadır. Çünkü virüsde genetik yapı devamlı ve yüksek oranda değişim gösterdiğinden, bu antikorların virüs üzerinde durdurucu veya yok edici etkisi olmamaktadır. Böylece virus kendini vücudun antikorlarından ve bağışıklık sisteminden koruyabilmektedir.

Amerikalı Robert STREKER, Doğu Alman Jakob SEGAL ve İngiliz John SEALE adlı araştırmacılar, AIDS virüsünün yapay olduğu ve biyolojik savaş amacı ile laboratuvarı ürettiği iddialarını ortaya atmışlardır. Ancak buna karşı bir grubun bilim adamı da bu fikrin tersini savunmaktadır. Virüsün laboratuvar ürünü olduğunu ileri süreren görüşe göre; AIDS teriminin kullanımı yanlışır. Bu ad sadece sorunun bir bölümünü belirtmektedir. 1982 yılında birinci semptom "bağışıklık eksikliği" olarak saptanmıştır. Ama bugün bağışıklık eksikliği sadece ikinci bir semptomdur. Hastalık, beyini, bağırsakları ve akciğerleri bağışıklık sisteminden bağımsız olarak etkilemekte-

dir. Bu bakımdan bir çok bilim adamı artık AIDS'den değil HIV virusundan (Human Immunodeficiency Virus: İnsanı Bağışıklıktan Yoksunluk Virusu) yada daha doğrusu HTLV-3/LAV'dan bahsedilmektedir. Virüsün laboratuvarında üretilme fikri, HIV virüsünün koyunlarda ve atlarda görülen maedi-visna virüsüne ve atların mikrobik anemisi denilen hastalığın virüsüne çok benzemesidir. Her ikisinde Lentivirüs adı verilen az incelenmiş virüs grubuna dahildir. lentivirüslerin bir özelliği de kuluçka dönemlerinin çok uzun yıllar sürmesidir. Hastalığın ortaya çıkışından sonra en çok 2 veya 3 yıl içinde %90 oranında ölüm görülmektedir. Diğer benzerlikler örneğin Visna, progresif bir nörolojik hastalıktır ve AIDS'in neden olduğu progresif ensafolopatiye çok benzer. Maedi, bir akciğer hastalığı olup, AIDS'le birlikte görülen lenfoidal kronik pulmonoriye çok benzemektedir.

Yapılan birçok araştırmaya göre AIDS virusu, maedi-visna lentivirüsünün bir parçası ve koyun lösemisi virusunun onc/RNA'sının bir parçasının yapay olarak birleşmesinden oluşmuştur.

Yukarıdaki nedenlere dayanarak AIDS virusunun bir laboratuvar ürünü olduğunu ileri süren fikre karşı olanlardan İngiltere'de AIDS'i araştırmakla görevli komisyon üyesi Alan PINCHING'e göre ABD'nin Emory Üniversitesi'nde yapılan bir araştırma AIDS'in 1950 sonlarında Afrika'da varlığını ortaya çıkarmıştır. Bu araştırmada 1959'da Zaire'de alınıp dondurulan bir kan örneğinde AIDS antikorlarına rastlanmıştır. Eğer bu bilgi doğru ise AIDS'in yapay olarak üretilme olasılığı ortadan kalkmıştır. Ayrıca AIDS virusunun bu biçimde üretilmesini sağlayacak genetik bilgi ve biyoteknolojinin ancak 1970 lerde geliştirildiğinde bilinmektedir. Ancak AIDS antikorlarının bu virusa ne derece özgül oldukları belirlenmeden ve özellikle 1970 lerde Afrika'dan alınan kan örneklerinde AIDS antikorlarına rastlanmadığının kesin izahının yapılması ile ileri sürülen tezin geçerliliği ortaya çıkacaktır.

VİRUSUN FİZİKSEL VE KİMYASAL ETKENLERE KARŞI DUYARLILIĞI

Kapsitli virüslerin bir çoğu gibi LAV/HTLV-3'da ısıya karşı duyarlıdır. 56°C de 30 dakikada bulaşıcılığı kaybolmaktadır. Liyofilize preparatlarda bu süre daha uzun tutulmalıdır. X ışınları ve UV'ye oldukça dirençlidir. 250.000 rad gama ışınları veya 254 mm'deki UV ışınları virusu kısmen inaktive eder. Eter ve aseton virusu hemen öldürür. % 20 etanol, % 25 B-propionolactone, % 1 glutaraldehyd, % 0.2 sodyum hipoklorid ve 0.04 N Na-

OH virusu tahrip edebilmektedir. Viral hepatit B aşısı hazırlama işlemlerinin virusu yok ettiği anlaşılmıştır.

Görüldüğü gibi LAV/HTLV-3 virusu çok dayanıklı olmayan ve oldukça kolay inaktive olabilen bir virustur.

AIDS hastalarında daha genel bir deyimle LAV/HTLV-3 virusu ile temas etmiş kişilerde temel olay, hücresel bağışıklığın yada onun hücreleri olan T lenfositlerinin işlevsel bozuklukları nedeni ile bir immun yetmezlik modeline götürmektedir. Genel olarak her defasında klinik sendrom ne kadar ağır bir tablo yaratırsa immunolojik anomalilerde o derece belirgin olarak kendini göstermektedir. Hücresel bağışıklık işlevleri zayıflamış veya tamamen kaybolmuştur.

İşte yukarıda saydığımız faktörlerin ve diğer bazı faktörlerin etkisi ile kişinin bağışıklık sisteminin iflasi ile fırsatçı enfeksiyonlara çok daha kolay yakalanmasına neden olmaktadır. Bugüne kadar yapılan gözlemlerde AIDS hastalığının gidişatında rol oynayan faktör LAV/HTLV-3 virusu değil, sekonder enfeksiyonu oluşturan mikroorganizmalardır. Bu da çeşitli klinik tabloların ortaya çıkışına neden olmaktadır. Yalnız virus ile enfekte olan kişiler seropozitif olmakla beraber AIDS tablosu oluşmayabilir. Kişi, AIDS virusu ile birlikte diğer virüslerin istilasına uğradığında AIDS'in klinik tablosu ortaya çıkar.

KAYNAKLAR

- 1- WHO: *Guidlines on AIDS in Europe, Copenhagen 1985.*
- 2- Anderson, B.C.: *Cryptosporidiosis. Lab. Med., 1984, 14:55-56*
- 3- Centers for Disease Control: *Kaposi's sarcoma and pneumocystes pneumonia among homosexual men New York and California. Morbid Mortal Week Rep., 1981, 30:305-308.*
- 4- Centers for Disease Control: *Update acquired immunodeficiency syndrome United States. Morbid Mortal Week Rep., 1984, 33:66, 1-4*
- 5- Garza, D.: *Diarrhea caused by an universal coccidian parasite. Lab. Med., 1983, 14: 206-211*
- 6- Janda, W.M.: *The acquired immunodeficiency syndrome Clin. Microbiol. Newsletter, 1982, 4: 169-171.*
- 7- Marx: J.L.: *Spread of AIDS sparks new health concern. Science, 1983, 219: 42-43.*
- 8- Koneman, E.W. Allen, S.D., Dowel, V.R. and Sommers, H.M., *Diagnostic Microbiology, 2nd Ed., 1983, 619-621.*
- 9- Chandra, D. and Sarin, P.S.: *Arzneimittel Forschung, Feb. 1986, 36 (1), 163-284.*

- 10- Vogt, M. and Hirsch, M.S.: *Prospects for the prevention and therapy of infection with the humans immunodeficiency virus. rev.Infect. Dis.*, 1986, 8:991.
- 11- Gong, V.: *Understanding AIDS. Cambridge Univ. Press, London, 1983, p. 240.*

- 12- Lanci, A.S.: *AIDS. Annals of Internal. Med.*, 1985, 102:800-813.
- 13- Montagnier, L., Brunel, J.B., Klatzmann, D.: *Le sida et son virus. La Recherche*, 1985, 16: 750-760.

AIDS HASTALIĞININ BULAŞMA YOLLARI İLE HASTALIKTA GÖRÜLEN KLİNİK BULGULAR

Doç.Dr. Ahmet Akın
(A.Ü. Ecz. Fak.
Mikrobiyoloji Bilim Dalı)

AIDS (Acquired Immune Deficiency Syndrome) veya başka bir deyişle "Edinsel İmmün Yetersizlik Sendromu". 1960 yılından beri bilinen, özellikle 1970'li yıllardan sonra üzerinde çeşitli araştırmalar yapılmaya başlanmış olan bir hastalıktır. Ancak Amerikalı ünlü oyuncu Rock Hudson'un bu hastalığa yakalanması ve ölmesi, hastalığın tüm dünyada yankı uyandırmasına, konunun sansasyonel olması nedeniyle tüm dünyadaki radyo, televizyon, gazete ve dergilerde manşete çıkmasına yol açmıştır.

HASTALIĞIN BULAŞMA ŞEKLİ

Bilindiği gibi hastalık ajanının bir virus olduğu 1983 yılında Dr. Montagnier tarafından gösterilmiştir. Aynı virusun Afrika Yeşil Maymunlarından da izole edilmesi, hastalıkta ilk orijinin bu maymunların olduğunu göstermektedir. Ancak virusun bu hayvanlardan insanlara nasıl bulaştığı sorusu henüz aydınlatılamamıştır. Gerçi bir insanın böyle bir maymunla kurduğu sapıkça bir ilişki ile insanlara bulaştığı gibi hipotezlerle geçiş açıklanmaya çalışılmaktadır. Fakat yukarıda da belirtildiği gibi sorunun henüz kesin yanıtı bulunamamıştır. Ayrıca hastalığın oluşumunda; önceden var olan bir virusun, çeşitli faktörlerin etkisiyle genetiksel değişime uğramış yeni şeklinin yol açtığına ilişkin savlarda ileri sürülmektedir. Hangi düşünce tarzı benimsenirse benimsenirse kesin olan, hastalığın bir viral enfeksiyon olduğudur.

Günümüzde değişik ülkelerin radyo, televizyon, gazete ve dergilerinde "Yılın konusu, Yılın başbelası, Yılın kötüsü, Çağımızın Vebası" gibi tanımlamalarla değerlendirilen, AIDS hastalığının bulaşmasında değişik faktörler rol oynamaktadır.

Afrika kökenli olduğu ve buradan tüm dünyaya yayıldığı sanılan hastalığın önceleri sadece eşcinsel erkekler arasında görülmesi nedeniyle,

hastalıkla eşcinsellik arasında bir ilinti bulunduğu düşünülmüştür. Bu tür bir yaşam tarzı sürdüren erkekler arasında yayıldığı varsayılan ve cinsel temasla bulaştığı sanılan hastalığın daha sonraları hayat kadınları ile ilişki kuran erkeklerle, uyuşturucu müptelalarında da görülmesi, dini ve ahlaki düşüncelere dayalı tavırlar alınmasına yol açmıştır. Dini ve ahlaki olmayan bu tür davranış ve yaşam tarzının tanrının gazaba gelmesine yol açtığı ve insanlığın doğru yolu bulabilmesi için ona gönderilen bir uyarı ışığı olduğu ileri sürülmüştür. Ancak daha sonraları hastalığın eşcinsel ve uyuşturucu müptelası olmayan erkeklerde, hele hele kadın ve çocuklarda da görülmesi bulaşmada başka faktörlerinde rol oynayabileceğini göstermiştir.

Gerçektende yapılan incelemeler özellikle Afrika, Amerika ve Avrupa ülkelerinde hastalığın bulaşmasında ilk sırayı cinsel ilişkinin aldığını göstermiştir. Erkeklerin spermalarında, kadınların vaginal salgılarında virusa rastlanmıştır. Bu da virusun erkekten erkeğe, erkekten kadına ve kadından erkeğe cinsel temasla bulaşabileceğinin göstergesidir ki bu oran yaklaşık % 70 civarındadır. Rektal yoldan giren spermada bulunan ajan, burada oluşan çatlaklardan kana karışmakta, böylece devam eden uzun süreli yıpranmalar hastalığın oluşumuna yol açmaktadır. Bu gün Amerika'da 25.000 AIDS'li hasta bulunduğu, bunun önümüzdeki yıl 300.000'e ulaşmasının beklendiği, erkek hastaların kadınlara oranının 1/14 olduğu bildirilmiştir. Bu oran Afrika'da yaklaşık 1/1'dir. Bu durum Afrika'da diğer ülkelere oranla veneralen hastalıklara daha sık rastlanması, bu arada oluşan doku harabiyetine bağlı olarak ajanın buraya yerleşmesinin kolay olmasıyla izah edilmektedir.

Hastalığın bulaşımında rol oynayan ikinci ve önemli bir yol da kan transfüzyonlarıdır. Hastalığın bu şekildeki bulaşma şeklinin 1226 hasta üzerinde yapılan çalışmalar sırasında yaklaşık % 5-10 arasında değiştiği gözlenmiştir. Avrupa ve Amerika'da kan donörlerinin büyük bir çoğunluğu, geçimlerini bu yolla sürdürmek zorunda olan homoseksüellerin oluşturması, bu bulaş şeklinin önemini arttırmaktadır.

Bulaşmada rol oynayan bir diğer olgu da özel-

likle toksimanların uyuşturucu alırken kontamine enjektör kullanmalarıdır. Genellikle bu sırada aynı enjektörden yararlanılmakta, hasta bir şahsın damarına giren ve ajanla kontamine olan iğne sonraki şahısların bu yolla bulaşmasına yol açmaktadır.

Avrupa'da 1011, Afrika'da 141 hasta üzerinde yapılan çalışmalar sırasında şahısların hastalığa yakalanma risk grupları tablo 1 de verilmiştir.

TABLO: 1 • AVRUPA ve AFRIKA'da RİSK GRUPLARI

	Avrupa	Afrika	Toplam	%
Erkek Homoseksüel ve Biseksüeller	809	10	819	71
Toksimanlar	48	—	48	4
Hemofililer	38	—	38	3
Kan Alanlar	20	5	25	2
Homoseksüel + Toksiman	15	1	16	1
Risk Faktörü Bilinmeyenler	64	112	176	15

Ayrıca AIDS virusu taşıyan annelerde intra fetal devredeyken yavruya virusun geçebileceği ve yavrunun bu yolla hastalığa yakalanabileceği ileri sürülmektedir. Bu yüzdendir ki özellikle böyle hanımlara kürtaj yaptırma izni verilmekte, böylece hastalıklı ve ölüme mahkum bir canlının doğması engellenmeye çalışılmaktadır.

Yapılan incelemeler sırasında AIDS'li şahısların göz yaşları, tükürükleri ve idrarlarından virus izole edilmiştir. Ancak bu yolla hastalığın bulaşması uzak bir olasılık olarak görülmektedir. Çünkü yukarıda sözkonusu edilen kontamine maddelerin ancak vücutta bulunan yara veya doku harabiyetinin bulunduğu yerlere temas etmesi ile bulaşma mümkün görülebilmektedir. Bir başka deyişle virusun normal deriden girme olasılığı azdır.

AIDS virusunun şehirlerdeki yayılma tarzı aşağıdaki grafikte verilmiştir. Bu grafiğin incelenmesinden de anlaşılacağı gibi yukarıda zikredilen geçiş yolları içinde cinsel temas kentsel yayılmada ön plana çıkmaktadır.

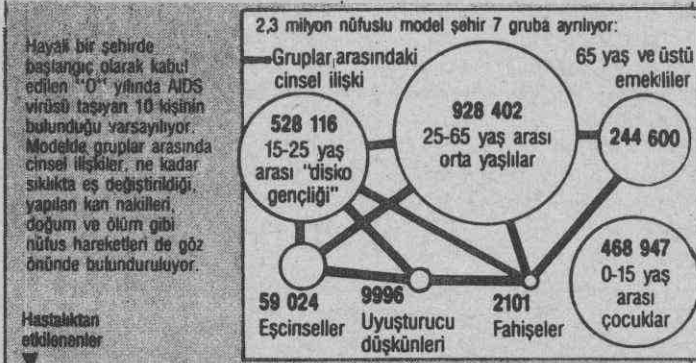
Ayrıca hasta şahısların kullandığı jilet, sünnetchilerin kullandığı ustura, lens, akapunktur ve dövme iğneleri ile bulaşmanın mümkün olabileceği ileri sürülmektedir. Bu nedenle yukarıda zikredilen araç ve gereçlerin kullanımında dikkatli olunmalıdır.

Yurdumuzda bu güne kadar 1985 yılında 7, 1986 yılında 3, 1987 yılında 5 vaka bildirilmiştir. Bunların büyük bir çoğunluğunun kan transfü-

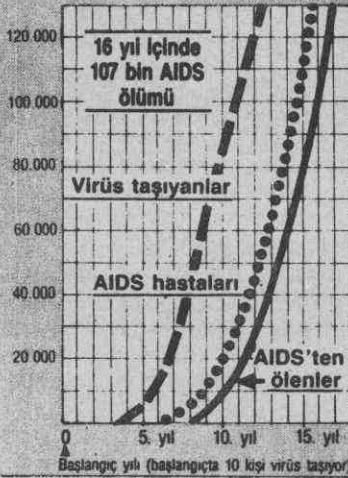
yonları sırasında kontamine kanların kullanımından ileri geldiği düşünülürse, yurdumuz açısından hangi bulaş yolunun ön plana çıktığı görülecektir. Ancak bu diğer yollarla bulaşmanın olmayacağı anlamına gelmemelidir. Çünkü hele turizm mevsiminin yaklaştığı şu günlerde; yurdumuza gelen turistler, yine yurda dönecek işçilerimiz, yurt dışında okuyan öğrencilerimiz ve işi gereği çok sık yurt dışına gidip gelenleriz, tır şoförlerimiz bulaşmada rol oynayabilecekleri unutulmamalıdır. Nitekim bu noktadan hareketle yurdumuzdaki hasta sayısının yıl sonunda 100, iki yıl sonra ise 600'e ulaşması beklenmektedir.

Günümüzde hastalık ajanının böcekler ve evcil hayvanlar ile taşınıp taşınmayacağı ve bu yolla bulaşmanın meydana gelip gelemeceğine ilişkin bilgilerimiz yeterli bulunmamaktadır. Ancak sülük, kene ve sivrisinek gibi kan emen yaratıklar aracılığıyla nakledilmesi olasılığı oldukça yüksek görülmektedir.

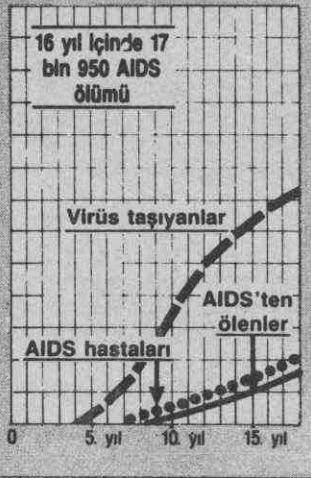
Virus taşıyan biriyle aynı yerde yaşama, aynı yemeği hatta hasta şahsın yaptığı yemeği yeme, okşama, el sıkışma ve yanağından öpme, aynı havuza girme, hasta şahsın çalıştığı lokantadan yemek yeme; otelde çarşaf, tuvalet kapağı, elektrik düğmeleri ve mobilyalar ile hastalığın bulaşmayacağı ileri sürülmektedir. Hastalığın bulunduğu yerin karantina altına alınmasının lüzumsuz olduğu, çünkü virusun organizma dışında yaşayamayı uzun süre devam ettiremediği bildirilmektedir.



1 Cinsel alışkanlıkların değiştirilmemesi, ilaç veya aşı bulunmaması durumunda AIDS'in gelişimi.



2 Cinsel alışkanlıkların değiştirilmesi, 8 yılda ilaç, 10 yılda aşı uygulamasına başlanması durumunda AIDS'in gelişimi.



HASTALIĞIN OLUŞUM MEKANİZMASI

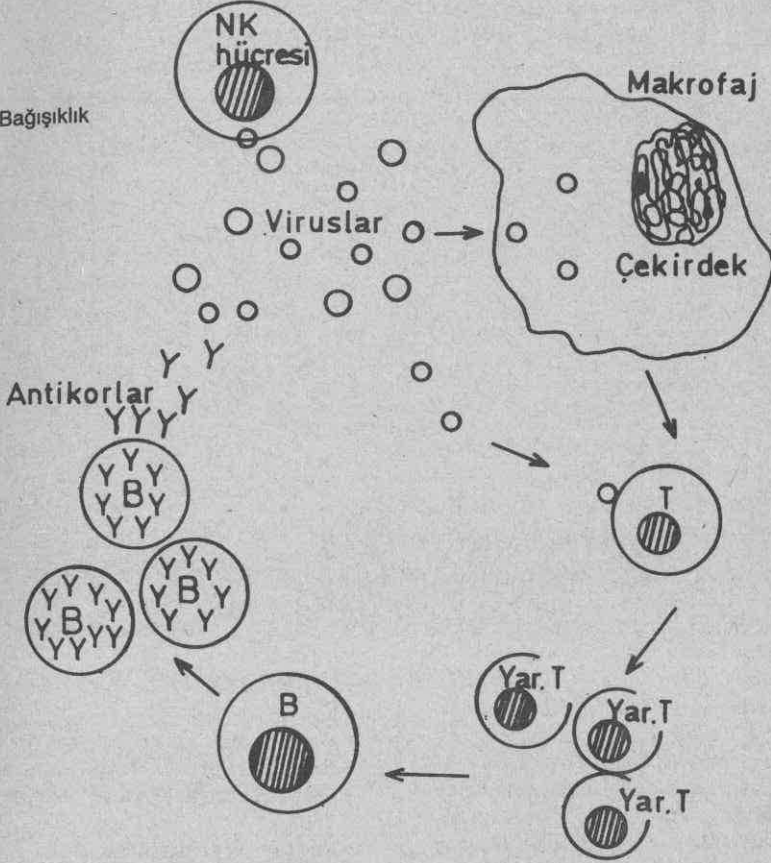
Bilindiği gibi organizmaya patojen bir ajan girildiğinde öncelikle giriş kapısı engelleri, fagositöz, ateş ve dokulardaki kimyasal maddeler yardımıyla ajan vücuttan atılmaya çalışılır ki buna spesifik olmayan direnç adı verilir. Eğer patojen ajan bu sistemi aşarsa, o taktirde immün yanıt mekanizması faaliyete geçer. B ve T lenfositleri yardımıyla oluşan Humoral ve Selüler yanıt ile ajan zararsız hale dönüştürülüp yok edilmeye çalışılır. Antikor bağışıklığıda denilen humoral bağışıklığın oluşumunda B lenfositleri rol oynar. Bu lenfositler bademcikler, Apendiks ve bağırsaklardaki peyer plaklarından kökenini almaktadır. Selüler bağışıklıkta ise; göğüs kafesinde ve kalbin biraz yukarısında bulunan Timus bezinden kökenini alan T lenfositleri rol oynamaktadır.

T Lenfositleri bağışıklığın düzenlenmesini ve kontrolünü sağlarlar. Mikroorganizmaların ve kanser hücrelerinin üzerinde bulunan ve onların ta-

nınmasını sağlayan determinant gruplardan yararlanarak, onları algılayıp hafızalarına kaydederler ve onlara cevap verecek şekilde programlanırlar. Her bir T hücresi ayrı bir antijene özgüllük taşır ve sadece ona duyarlıdır. T hücrelerinin bir kısmı yukarıda sözkonusu edilen B hücrelerinin antikor yapmalarına yardımcı olur ki bu tür T hücrelerine "Helper veya Yardımcı T Hücreleri" adı verilir. Bir kısım T hücreleri ise yardımcı T hücrelerinin aksine, B hücrelerinin antikor yapımını kontrol eder ve ancak gerektiğinde antikor yapımını aktive ederler. Bu tür T hücrelerine ise "Suppressör veya Engelleyici T Hücreleri" denir. Bunların dışında bir de katil hücreler denilen "Natural (Killer NK) Hücreleri" bulunur. Bunlar özellikle virus ve kanser hücrelerine karşı duyarlıdırlar ve onların ölümüne yol açarlar.

Bağışıklıkta rol oynayan bir başka hücre türü de Makrofajlardır. Bunlar organizmaya giren antijenleri fagosite ederek vücuttan atmaya çalışır-

Şekil 1: Bağışıklık



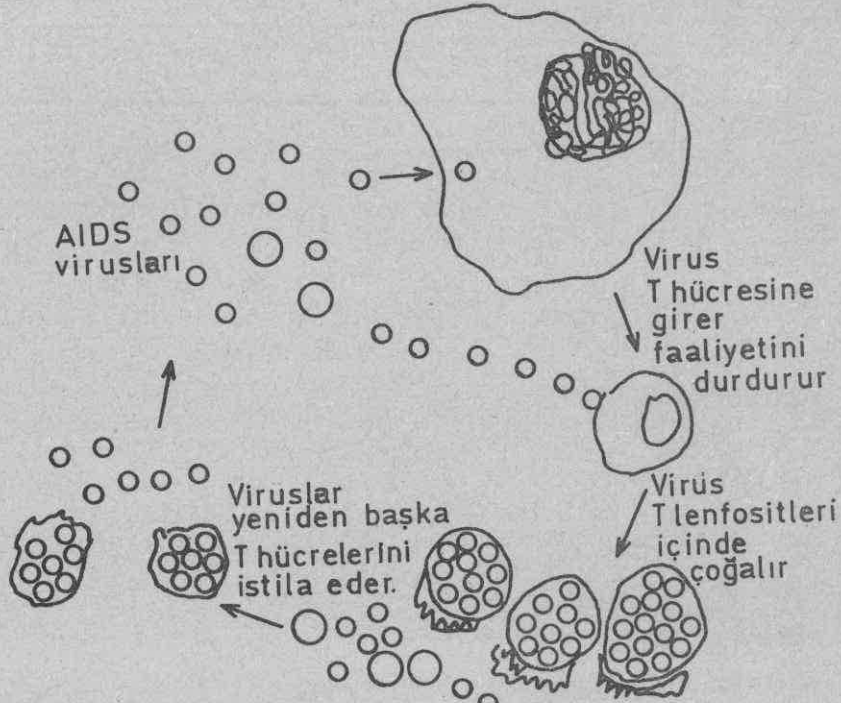
lar. Bunu tek başlarına başaramadıkları zaman, Antijen + RNA kompleksi oluşturarak immun yanıt mekanizmasını aktive ederler. (Şekil 1). O takdirde B hücrelerinden B bellek ve plazma hücreleri oluşur. Plazma hücreleri immun globulin veya antikor denilen forma dönüşür. T efektör hücreleri ise Mediator denilen bir kısım kimyasal maddelerin sentezlenmesini sağlayarak hücrel bağışıklığı oluşturur. Yukarıda söz konusu edilen B bellek ve T bellek hücreleri antijenin hafızaya kaydedildiği hücrelerdir.

İmmun yanıt mekanizması denilen ve organizmaya giren antijene karşı hücrel ve humoral bağışıklığın oluşumunu sağlayan bir mekanizma, AIDS'li hastalarda bozulur (Şekil 2.) LAV-HTL-III virusuyla temas etmiş olan hastalarda; organizmayı asıl koruyan ve hücrel bağışıklığın oluşumunu sağlayan T lenfositleri bütünlüğünü yitirir. Bu tür kişilerde T hücrelerinin ve özellikle yardımcı T hücrelerinin salgılarında belirgin bir azalma görülür. Buna karşın engelleyici T hücrelerinin sayısında ise bir artma, en azından bir değişime söz konusudur. Böylece yardımcı T hücreleri ile

engelleyici T hücreleri arasındaki oran bozulur. Bütün bu olaylara paralel olarak bağışıklık mekanizması bozulur ve kişi organizmaya giren patojenite ve virüsları en düşük bir mikroorganizmanın bile zararlı etkilerini nötralize edemez. Bu da kişinin en basit bir mikrobik hastalık sonucu ölümüne yol açar.

KLİNİK BULGULAR

LAV/HTLV-III virusu ile enfekte olan bazı kişilerde hiç bir klinik belirtiyeye rastlanmaz. Bu tür şahıslarda virus kontaminasyonu ancak serolojik testlerle gösterilebilir. Enfekte şahısların bir kısmında akut bir enfeksiyon tablosu görülür. Bu tabloda ateş ve ateşe bağlı semptomlar ile halsizlik, kırgınlık, fonalık hissi, dalgınlık, zihin bulanıklığı, eklem, kas, boğaz ve baş ağrıları görülür. Bu belirtileri lenf bezlerinde şişmeler, öksürük ve nefes darlığı, ishal ve ishale bağlı olarak dehidrasyon, derinin gerginlik ve parlaklığını kaybetmesi, aşırı kilo kaybı, vücutta nedeni belirli olmayan çeşitli ezik ve çürükler ile ağız, burun ve barsak kanamaları izler ve çoğunlukla ölümle sonuçlanırlar.



Yukarıda belirtilen semptomlar yine viral bir enfeksiyon olan "Enfeksiyöz mononükleoz" hastalığındaki belirtilere büyük benzerlikler göstermektedir. Ancak yapılan kan preparatlarında lenfosit ve monosit gibi mononükleer lökositlerin bulunması, yine Paul-Bunnell testinde olumlu sonuç alınması bu hastalığı AIDS'ten ayırır.

Hastalığın diğer bir klinik formu ise "Lenfadenopati Sendromu" ya da "AIDS Related Complex = ARC"dir. Bu klinik formda görülen semptomlar akut formda görülen semptomlara büyük benzerlik gösterir. Genellikle ateş ve ateşe bağlı semptomlar, gece terlemeleri, halsizlik, aşırı kilo kaybı görülür, bu tablo uzun süre devam edebilir.

Hastalık sırasında ensefalopati gibi nörolojik belirtiler ile enterit, böbrek yetmezliği, metabolik ve hormonal bozukluklar, hiperkalsemi ve böbrek üstü bezi yetmezliği ve allerjik semptomlara da rastlamak mümkündür.

Yukarıda da belirtildiği gibi bağışık yanıt mekanizması bozulduğu için fırsatçı enfeksiyonların kontrolü çok güç olur. Bu nedenle AIDS hastalığı sırasında bazı viral, bakteriyel, protozoer ve mantar enfeksiyonlarına rastlamak mümkündür. AIDS hastalığından ölmesi beklenen şahısta ölüm çoğu zaman sözkonusu edilen bu fırsatçı enfeksiyonlar sonucu oluşur. Bu fırsatçı enfeksiyonlara yol açan ajanlar ile oluşturdukları enfeksiyonlar tablo 2 de verilmiştir.

KAYNAKLAR

- 1- Amman, A.J. et al.: Acquired immunodeficiency in an infant: possible transmission by means of blood products. *Lancet*, 1: 958, 1983.
- 2- Anonim: Guidelines on AIDS in Europe. World Health Organization. Copenhagen, 1985.
- 3- Curran, J.W. et al: The epidemiology and prevention of the acquired immunodeficiency syndrome. *Ann. Intern. Med.* 103: 657-662, 1985.
- 4- Davis, K.C. et al.: Acquired immunodeficiency syndrome in a patient with hemophilia. *Ann. Intern. Med.* 98:284-286, 1983.
- 5- Fauchi, A.S.: AIDS, *Annals of Internal Medicine*, 102, 800-813, 1985.
- 6- Fauchi, A.S. et al.: Acquired immunodeficiency syndrome: epidemiologic clinical. Immunologic and therapeutic consideration. *Ann. Intern. Med.* 100, 92-106, 1984.
- 7- Galle, R.C. et al: Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLV-III) from patients with AIDS and at risk for AIDS. *Science*, 224, 500-503, 1984.
- 8- Gallo, R.C., et al.: Isolation of human T-cell leukemia virus in acquired immune deficiency syndrome (AIDS)., *Science*, 22:865-867, 1983.
- 9- Gold, K.D., Thomas, L., Garrett., T.J.: Aggressive Kaposi's sarcoma in a heterosexual

TABLO 2: • AIDS'İN SEYRİ SIRASINDA GÖRÜLEN ENFEKSİYONLAR VE AJANLARI

Mikroorganizma

Cytomegalovirus	Ensefalit, pnömoni, göz dibi iltihabı, Kaposi sarkomu.
Epstein - Bar Virusu	Enfeksiyöz mononukleoz, Burkitt lenfoması, nazofarenks kanseri.
Herpes simpleks ve Herpes zoster virusları	Tekrarlayan ağız, dudak, vagina enfeksiyonları, uçuk, dil kanseri; penis, vagina ve rektumda herpes lezyonları, lokal veya yaygın zona enfeksiyonları.
Papovavirus	Beyin hastalıkları.
Candida albicans	Deri ve mukoza enfeksiyonları, enterit, vaginit, pamukçuk; kalp, akciğer ve idrar yolu enfeksiyonları.
Cryptococcus	Yaygın enfeksiyonlar, menenjit, ensefalit.
Histoplasma	Yaygın enfeksiyon.
Coccidioides	Yaygın enfeksiyon.
Aspergillus	Pnömoni.
Pneumocystis carinii	Pnömoni
Toxoplasma	Ensefalit, yavru atma, çeşitli organ anomonileri.
Cryptosporidium	Enterit.
Mycobacterium'lar	Tuberkuloz
Nocardia	Pnömoni.
Legionella	Pnömoni.
Salmonella	Tifo, paratifo, barsak enfeksiyonları, yaygın enfeksiyonlar.

drug addict. *N.Engl.J.Med.*, 307-312, 1982.

10- Gong, V.: *Understanding AIDS*, Cambridge University pres, London, 1985.

11- Gwendolyn, B.S. et al.: *Acquired immunodeficiency syndrome in infants. The new England journal of medicine.* 310, 76-81, 1984.

12- Harris, C.S. et al.: *Immunodeficiency in female sexual partners of men with the acquired immunodeficiency syndrome.*, *N.Engl.J. Med.*, 308:1181-1184, 1983.

13- Montagnier, L., Brunel, J.B., Klatzmann, D.: *Le sida et son virus. La recherche*, 16, 750-760, 1985.

14- Jaffe, H.W. et al.: *The acquired immunodeficiency syndrome in a cohort of homosexual men a six-year follow-up study.* *Ann. Intern. Med.* 103: 210-214, 1985.

15- James, W.C. et al.: *Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) associated with transfusions.*, 310, 69-75, 1984.

16- Oleske, J. et al.: *Immunodeficiency syndrome in children*, *JAMA*, 249: 2345-2349, 1983.

17- Pitchenik, A.E. et al.: *Opportunistic infections and Kaposi's sarcoma among Haitians: evidence of a new acquired immunodeficiency state.* *Ann. Intern. Med.* 98: 277-284, 1983.

- 18- Poon, M., Landay, A.; Prasthofer, E.F., Stagno, S.: *Acquired immunodeficiency syndrome with Pneumocystis carinii pneumonia and Mycobacterium avium intracellulare infection in a previously healthy patient with classic hemophilia. Ann. Intern. Med.* 98:287-290, 1983.
- 19- Schooling, R.T. et al: *HTLV-III in the semen and blood of a healthy homosexual man. Science*, 226: 451-453, 1984.

- 20- Siegal, F.P. et al.: *Severs acquired immunodeficiency in male homosexuals, manifested by chronic perinal ulcerative herpes simplex lesion. N.Engl.Med.* 305: 1439-1444, 1981.
- 21- Vander Graaf, M., Diepersionnt, R.J.A.: *Transmission of human immunodeficiency virus (HIV/HTLV-III/LAV). A Review, infection*, 15:3-7, 1987.

AIDS'DE TEŞHİS TEDAVİ ve KORUNMA

Ecz. Rıza Ommatı

(A.Ü. Ecz. Fak.

Mikrobiyoloji Bilim Dah)

TEŞHİS

AIDS hastalığının teşhisinde değişik yöntemlerden yararlanılmaktadır. Bu yöntemlerin başında ELİSA ve WESTERN BLOOD yöntemleri gelmektedir.

ELİSA testinde gerçekte AIDS virüsü değil, virüse karşı vücudun ürettiği antikorlar aranmaktadır. Bu nedenle % 100 güvenilir olmayan teste, sonuç pozitif çıkarsa yani "anti HTLV-III" antikorlarının varlığı saptanırsa test edilen kişinin AIDS virüsüyle karşılaşmış olduğu belirlenir. Yalnız, AIDS testinin teşhisi için bu sonucun olumlu olması şahsın AIDS'li olduğunu göstermemektedir, çünkü vücudun bağışıklık yetersizliği sadece AIDS'ten kaynaklanmamaktadır. ELİSA testinin duyarlılığı % 99 olmasına rağmen ELİSA'dan daha güvenilir bir yöntem de WESTERN BLOOD yöntemidir. Gelişmiş ülkelerde kesin AIDS teşhisi için ELİSA testinden bir kaç kez geçmiş ve olumlu sonuç almış bir kişinin WESTERN BLOOD testinde de aynı tepkiyi vermesi koşulu aranmaktadır.

Burada güncelliği nedeniyle ELİSA testi hakkında kısa bilgi verilmesinin yararlı olacağı kanaatindeyiz.

ELİSA Yöntemi:

ELİSA testi üç ayrı formda uygulanabilmektedir.

A- Antikor Ölçümünde Kullanılan İndirek Yöntem: Bu yöntemde plastik kaplara öncelikle bilinen antijen adsorbe edilir. Sonra bilinmeyen veya hasta serumuyla muamele edilir. Özgül antikor varlığında plastik kaba adsorbe edilen antijen ile antikorlar birleşerek ve antijen-antikor kompleksinin oluşumuna yol açacaktır. Daha sonra enzimle işaretli anti-insan gama globulinik serumu bir başka deyişle "Cooms Serumu" ile iş-

leme sokulur. Bu serumdaki antikorlar virüsle kompleks teşkil etmiş olan antikorlar abaçları. Şüpheli serumda AIDS virüsüne karşı antikorların bulunmaması halinde anti-insan gama globulinik serumdaki antikorlar birleşebileceği kompleksin olmaması nedeniyle pleyt'in yıkanması sırasında giderler. Yıkama işleminden sonra Coombs serumunun işaretlenmesinde kullanılan enzime uygun bir substrat ilave edilir. Coombs serumunun işaretlenmesinde genellikle peroksidaz, alkalin fosfat ve beta galaktosidaz enzimlerinden yararlanır. Alkalin fosfat enzimi için substrat olarak 4-nitrofenil fosfat, peroksidaz enzimi için ise 5- amino salisilik'ten yararlanır. Substrat ilavesiyle açığa çıkan renk gözle veya daha iyisi spektrofotometreyle okunup, veriler incelenir.

B- Antijen veya Virüslerin Ölçümünde Kullanılan Çift Antikor (Sandviç) Yöntemi: Bu yöntemde ise plastik kaba özgül antikorlar adsorbe edilir. Daha sonra bu antikorlara özgü olan antijenin bulunduğundan şüphelenilen sıvıyla muamele edilir. Üzerine enzimle işaretlenmiş virusa veya antijene özgül antikorların bulunduğu serum ilave edilir. Yine işaretlenen enzime uygun bir substratla işleme tabi tutulduğunda renk oluşumu ile adsorbe edilen antikora özgül antijenin varlığı gösterilir.

C- İndirek ELİSA Yöntemi:

Bu yöntemde plastik kaba öncelikle antijene özgül antikorlar adsorbe edilir. Üzerine test edilecek materyal ilave edilir. Bu materyalde antikorun özgül olduğu antijen varsa ikisi birleşerek bir kompleks oluştururlar. Daha sonra enzimle işaretli Coombs serumu ve enzimin etkili olduğu substrat ilave edilir ve renk ölçülür.

Yukarıda da belirtildiği gibi AIDS'in teşhisin-

de genellikle ELISA testi kullanılmaktadır. Ancak anti LAV/HTLV-III antikorların mevcudiyetinin gösterilmesinde; İmmunofluoresans testi, Katı gaz Radyo İmmun Ölçme Testi, Radyo-İmmunopresipitasyon testi gibi yöntemlerden de yararlanılmaktadır. ELISA ve yukarıda söz konusu edilen diğer testlerin kitleri bir çok laboratuvar tarafından üretilmektedir. Ancak her üretim merkezinin standartları birbirinden farklıdır. Bir hastadan olumlu bir sonuç alınması halinde bu sonucun mutlaka teyidi gerekir. Bu amaçla aynı testin başka bir üretim merkezince üretilen kitlerden veya spesifik olan ve AIDS virüsünün bazı proteinlere karşı oluşan antikorların mevcudiyetini gösteren Radyo-İmmunopresipitasyon veya WESTERN BLOOD yöntemlerinden yararlanılır.

Yukarıda kısaca açıklanmaya çalışılan testlere ilave olarak 1987 yılı Ocak ayında Alman bilim adamı Dr. Bernd Frenzel tarafından "Biochrom HIV-ELISA" ismi verilen yeni bir yöntem açıklanmıştır. Araştırmacı testin daha güvenilir ve ucuz olduğunu vurgulamakta, testin doğrulanması için daha ileri bir tekniğe gerek bulunmadığını savunmaktadır. Bu testte antijen olarak sentetik pipetlerden yararlanılmaktadır. Test için kullanılan pleyt'in üzerinde enfekte olmuş hücre veya virus bulunmadığından bir enfeksiyon olasılığının bulunmadığı ileri sürülmektedir. Dr. Frenzel kendi testinde yalnız pozitif sonuç veren hücre materyali bulunmadığı alışımlı ELISA yöntemlerinde ise hücre kültürü virusları kullanıldığını, böylece testte her zaman biraz hücre materyalinin karıştığını, bu materyale karşı bazı kişilerde antikor oluşabileceğini bunun da yalnız pozitif reaksiyonlar ortaya çıkaracağını belirtmektedir.

TEDAVİ:

Bugün için bir viral enfeksiyon olan AIDS ajansına karşı kesin etkili ilaçların varlığından söz etmek yalnız olur. Ancak kısmi tedavi niteliği taşıyan ilaçlar ile uygulanmakta olan tedavi prensip ve ilkelerine göz atacak olursak aşağıdaki hususlar dikkatimizi çekecektir. Buna göre yapılmakta olan AIDS tedavisi üç bölümde ele alınabilir.

Birinci bölümde hastalık etkeninin yok edilmesine yönelik ilaçlar zikredilebilir. Bu amaçla virüsün çoğalmasını sağlayan Transkriptaz enzimini bloke eden ilaçlarla, virüsün T lenfositlerine girmesini engelleyen ilaçlardan yararlanılmaktadır. Genellikle deneme aşamasında olan bu tür ilaçlar arasında; Ribavirin, Suramin, Fosfonofarmat, HPA-23, Bezalkonyum klorür, Azidotimidin (AZT), Ansamisin ve Siklosporin-A zikredilebilir.

İkinci bölümde immün yanıt sistemini uyaran ilaçların kullanılması öngörülmektedir. Bu amaçla, İnterferon ve İnterleukin-II Roferon yanında

lenfosit nakli ve kemik iliği nakillerinden yararlanılmaktadır.

AIDS hastalığı sonucu meydana gelen sekonder enfeksiyonlar ile malign hastalıkların tedavisi ise üçüncü bölümü kapsamaktadır. Bakteri, virüs, protozoa ve mantar gibi opportunist mikroorganizmaların neden olduğu hastalıklarda ise Ko-trimoksazol vb. antibiyotiklerin kullanılması önerilmektedir. Ribaviri: İnfluenza B virüsünün yaptığı enfeksiyona karşı zayıf profilaktik etkinlik göstermektedir, ancak belirgin hepatotoksik etkinliğede sahiptir.

Suramin: Metalsiz ve tripan mavisi türevlerinden olan organik bir boyadır. Genellikle Afrika tripanozomiyazisinin tedavisi ve profilaksisinde kullanılmaktadır. Plazmada tamamen proteinlere bağlanır ve dolayısıyla diğer sıvı kompartmanlarına gelemmez. Etki mekanizması belli değildir. Nörotoksik ve nefrotoksik etkisinin yanı sıra kaşıntı ve ürtikere de neden olur. Ayrıca onkoserkiyaziste de kullanılır. AIDS hastalığına etkili olduğu sanılmaktadır.

Antimono tungustat (HPA-23): Viral hastalıklarda etkenin çoğalmasını önlediği bildirilmektedir.

Siklosporin-A: Bu ilacın mekanizması kesin olarak bilinmemektedir. Ancak T yardımcı lenfositlerinin seçici ve reversibl inhibisyonu ile ilişkili etkisinin olduğu sanılmaktadır. Konakçının non-spesifik savunma sistemine etkili olmadığı ve miyelosupresiv etkisinin olmadığı bildirilmektedir.

Ansamisin: Bu ilaç mikrobakterilere karşı etkilidir. Etki mekanizması transkriptazı reversibl olarak bloke etmesinden meydana gelmektedir. Ayrıca lenfositler içindeki HTLV-III virüsünün çoğalmasını inhibe ettiği de görülmüştür.

Bezalkonyum klorür: Dezenfektan özellikte olan bu maddenin de AIDS virüsüne karşı etkili olduğu düşünülmüştür. Bu ilaçla ilgili araştırmalar devam etmektedir.

İnterleukin II: Bu ilaçla ilgili detaylı açıklamalar bültenimizin 8. cilt ve 5. sayısında verilmiştir.

İnterferon: Bu ilacın da özellikleri yine bültenimizin 8. cilt ve sayısında verilmiştir.

Roferon: Piyasaya çıkan ilk ilaçtır. Rekombinant tekniğiyle üretilmiştir. Transplantasyon: Aynı bir ihtisas konusu olduğundan ve sayın meslektaşlarımızın ilgi alanı dışında bir konu olduğundan burada açıklanmamıştır.

PROFİLAKSİ:

AIDS bulaşıcı bir hastalıktır. Bu nedenle bulaşıcı hastalıklar için geçerli olan bütün kurallar AIDS için de geçerlidir. Gerekli önlemlerin alınmasıyla hastalığın yayılması önlenir. Bütün bulaşıcı hastalıklarda olduğu gibi, duyarlı birey-

lerin korunmasında bağışıklık sağlayacak aşı kullanımını en uygun çare olarak görülmektedir. Ancak böyle bir aşının hazırlanması için devam eden araştırmalar henüz sonuç vermemiştir.

Dünyada AIDS aşısı üzerine sürdürülen araştırmalarda, merkezi Paris'te bulunan Pasteur enstitüsü en ön sırada yer almaktadır. Bu enstitüde dünyaca ünlü Prof. Montagnier ve arkadaşları AIDS aşısı geliştirmek için bütün güçleriyle gecenin gündüzlü çalışmaktadırlar. Ancak üç önemli güçle karşılaşmalarını ifade etmektedirler. Birincisi AIDS virüsünün aşı olarak kullanılması halinde hastalık riski artmaktadır. İkincisi HIV virüslerinin oldukça yüksek oranda farklı karakter göstermeleridir. Çünkü iki değişik aileden olan HIV virüsleri farklı antijenik yapı göstermektedirler. Üçüncüsü ise üzerinde deneme yapılabilecek bir hayvan modelinin henüz seçilmemiş olmasıdır. Bu grubun yaptığı çalışmalara aynı zamanda genetik mühendisleri de iştirak etmektedirler.

Görüldüğü gibi mevcut zorluklar nedeniyle AIDS virüsüne karşı geliştirilecek aşının piyasaya çıkması belli bir zaman diliminin geçmesini gerektirmektedir. Dolayısıyla böyle bir aşı bulununcaya kadar alınacak önlemlerin başında toplumu hastalık ve bulaşma yolları hakkında aydınlatmak gelmektedir.

Kan nakli ve cinsel temas bulaşma yollarının başında gelmektedir. Ayrıca transplantasyon (dokü nakli) da bulaşmaya neden olduğundan, gerekli durumlarda nakil edilecek kan ve ürünlerinin veya böbrek gibi organların mikrobiyolojik kontrolleri uzman şahıs ve kurumlarca yapılmalıdır. Ülke genelinde bir kez kullanılıp atılan enjektörler önerilmelidir. Eşcinsellerin eş değiştirmeme, toplum gençlerinin özel prezervatifler kullanması gibi önlemler almaları önerilmelidir. Enfekte hamile anneden yavruya geçme ve enfekte kişilerin kullandığı traş bıçağı, lens, diş fırçası vb. aletlerle de hastalık meydana geldiğinden bu gibi eşyaların kullanılmasına özen göstermek bi-

reysel korunma faktörlerini oluşturmaktadır.

Toplumda alınacak önlemler arasında virüsün kan ve ürünlerinin değişimiyle bulaşma ihtimalini en düşük düzeye indirmek gelmektedir. Özellikle toplum gençlerini prezervatif kullanmaya teşvik etmek gerekir. AIDS'li hastalarla yakın temasta bulunan kişilerin alabileceği önlemler ise sarılık hastalığında alınan tedbirlerin aynısıdır. Ellerinin sabunla yıkanması, kan alımı veya verilmesi sırasında veya hastanın dışkıyla temasta bulunurken eldiven kullanmak, hastanın kan, idrarı, tükürük ve dışkısının bulunduğu kapların dezenfekte edilmesi gerekmektedir. Ayrıca hastaların iç çamaşırları ve çatal, bıçakları için özel bir dezenfeksiyon almaya gerek yoktur. Unutmamak gerekir ki AIDS virüsü grip, kabakulak yada sarılık gibi viral hastalıkların aksine kolay bulaşmamaktadır. El sıkışmakla, kapı tokmaklarını tutmakla, tuvalette oturmakla vs. AIDS bulaşmamaktadır.

Alınması gereken önlemlerden biri de hastanın şahsın çalışmasını engelleyerek toplumu kontamine etmekten korumaktır. Yüksek risk gruplarından kan alınmamalı ve alınan bütün kanlar ELISA testiyle kontrol edilmelidir. Ayrıca pozitif olarak çıkan bir kan başka bir yöntemle (WESTERN BLOOD) da kontrol edilmelidir.

Özet olarak şu anda yapılması gereken en önemli şey hastalığı tüm yönleriyle abartmadan ve hafife almadan tanıtmak ve anlatmaktır. Hastalığın bulaşmasını önlemeye çalışmak gerekmektedir. Bunun için bilinçli ve korunmalı cinsel ilişkide bulunmak, test yapılmış kan ve ürünleri kullanmak, riskli grupların denetimini yapmak ve hijyenik şartlara dikkat etmek gerekmektedir. Teşhircileri suçlu gibi teşhir etmemelidir.

Görüldüğü gibi AIDS hastalığı oldukça tehlikeli ve acımasız olmasına rağmen, korunmanın da yolları vardır. Temiz, dikkatli ve titiz yaşamak pek çok sorunda olduğu gibi AIDS sorununu da büyük ölçüde çözecektir.

KAYNAKLAR

- 1- Amman, A.J., Cowan, M.J., et al. : *Acquired immunodeficiency in an infant: possible transmission by means of blood products.* 1:956-8, 1983.
- 2- Anderson, B.C.: *Cryptosporidiosis* Lab. Med. 14:55-56, 1983.
- 3- Armstrong, D. Gold, J.W.M., Dryjanski, J., et al.: *Treatment of infections in patients with the acquired immunodeficiency syndrome.* Ann Int. Med. 103: 738-743, 1985.
- 4- Centers for disease control : *taks force on Kaposi's sarcoma and opportunistic infections Epidemiologic aspects of the current*

outbreak of Kaposi's sarcoma and opportunistic infections. N. Engl.J.Med. 306:248-52, 1982.

- 5- Curran, J.W. Evatt, B.L., Lawrence, D.N. *Acquired deficiency syndrome: the past as prologue.* Ann Intern. Md. 98:401-3, 1983.
- 6- Fuaci, A.S., *AIDS, An Uptade, Annals of Internal Medicine*, 102, 800-813, 1985.
- 7- Gong, V.: *Understanding AIDS*, Cambridge University Press, London, 1985.
- 8- Gülmezoğlu, E.: *Bağışıklığın Temelleri*, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Sevinç Matbaası, Ankara, 1983.

- 9- Hirsch, M.S., Kaplan, J.C.: Prospects of therapy for infections with human T-lymphotropic virus type III. *Ann Int. Med.* 103:750-755, 1985.
- 10- Janda, W.M.: The acquired Immunodeficiency syndrome. *Clin. Microbial. Newsletter*, 4:169-171, 1982.
- 11- Kayaalp, O.: Rasyonel tedavi yönünden tıbbi farmakoloji, Cilt 1, Ulucan Basımevi, Ankara, 1984.
- 12- Koch, H.P.: Roferon A: Human Interferon for Treatment of AIDS, *International Pharmacy Journal* 1:15-16, 1987.
- 13- Lane, H.C., Depper, J.M., Greene, W.C., et al.: Qualitative analysis of immune function in patients with the acquired immunodeficiency syndrome: evidence for a selective defect in soluble antigen recognition. *N.Engl. J. Med.* 313:79-84, 1985.
- 14- Lane, H.C., Masur, H., Edgar, L.C., et al: Abnormalities of B-cell activation and immunoregulation in patients with the acquired immunodeficiency syndrome. *N. Engl. J. Med.* 309: 453-58, 1983.
- 15- Oleske, J., Minnefor, A., Cooper, R. Jr., et al.: Immune deficiency syndrome in children. 249: 2345-9, 1983.
- 16- Petricciani, J.C.: Licensed tests for antibody to human T-lymphotropic virus type III. *Ann Int. Med.* 103: 726-729, 1985.
- 17- Possible transfusion-associated acquired immune deficiency syndrome, California, 31:653-4, 1982.
- 18- Prevention of acquired immune deficiency syndrome: report of inter-agency recommendations. 32:101-3, 1983.
- 19- USP Di, Drug information for the health care provider Volum 1, Fifth Edition, By Mack Printing Company, Easton, Pennsylvania, 1985.
- 20- Vogt, M., Hirsch, M.S.: Prospects for the prevention and therapy of infection with the human immunodeficiency virus, *Rev. Infect. Dis.* 8 (991), 1986.
- 21- Yeni Gündem, Haftalık Dergi, İletişim Yayınları, İstanbul, 49:10-20, 1987.

Derleme Makale

İLAÇLARDA MİKROBİYOLOJİK NEDENLERİ VE İNCELENMESİ

(Doç.Dr. Kandemir Canefe,
Ecz. Rıza Ommatı)

İLAÇLARDA MİKROBİYOLOJİK KONTAMİNASYON NEDENLERİ VE İNCELENMESİ

Doç.Dr. Kandemir CANEFE
(A.Ü. Ecz.Fak. Farmasötik
Teknoloji Anabilim Dalı)

Ecz. Rıza OMMATY
(A.Ü. Ecz.Fak. Mikrobiyoloji
Bilim Dalı)

1960'lı yıllara kadar ilaçların kontamine olabileceği kimsenin dikkatini çekmemişti. İlk defa 1963 yılında İsveç'te, Macaristan'dan ithal edilen troid tozu ile hazırlanan tabletlerin neden olduğu Salmonella enfeksiyonu görülmüş ve daha sonra yine İsveç'te göz merhemlerinden bulaşan Pseudomonas aeruginosa enfeksiyonu konuyla ilgili kişilerin dikkatini çekmiştir⁽⁷⁾. Daha sonra 1966 yılında Phillip adlı araştırmacı kontamine Lingokain merheminin kullanılması sonucu ortaya çıkan 4 akciğer enfeksiyonu bildirmiştir⁽⁸⁾. Ayrıca 1966 yılında ABD ve İngiltere'de kontamine karmınle boyanmış jelatin kapsüllerden kaynaklanan Salmonella cubana enfeksiyonu görülmüştür.

Böylece ilaçların kontamine olabileceğine ina-

nilip, kontaminasyon nedenleri araştırılmış ve önlem alınma yoluna gidilmiştir. Biz bu konudaki yazımızın ilk kısmında ilaçlardaki kontaminasyona neden olan faktörleri ele alarak mikrobiyolojik kontrolleri üzerinde duracağız.

İlaçların kontaminasyonu, ilacın bizzat yapısından, çalışma ortamından veya kullanılan etken ve yardımcı maddelerden meydana gelmektedir. Bu kontaminasyonlar preformülasyon, formülasyon, üretim, ambalajlama ve kullanma dönemlerinde oluşmaktadır.

Preformülasyon dönemlerinde çeşitli etken ve yardımcı maddeler üzerinde yapılan incelemelerde aşağıdaki maddelerin kontamine olduğu görülmüştür^(1,2,8,9).

Salisilik asid, Sitrik asid, Lanolin, Tannalbin,

Allil izopropil barbital, Mısır nişastası, Kakao yağı, Bulbus alba, Bendroflumetazid, Kalsiyum glukonat, Balmumu, Klorpromazin, Kodein fosfat, Kortizon asetat, Diazepam, Glukoz, Arabistan zamkı, Neprobamat, Sodyum bikarbonat, Sıvı parafin, Fanasetin, Antipirin, Prednisolon, Sakkaroz, Talk, Vazelin, Meyan kökü, Digital yaprağı, Agar, Nişasta, Jelatin, Etil sellüloz, İzopropil alkol, Limon esansı, Magnezyum sülfat, Mannit, Sodyum bikarbonat, Kitre zamkı, Amarant, Kinolin sarısı, Eritrosin, İndigotin, Tartrazin, Parafin, Silikon, Wetepsol, Yer fıstığı yağı, Badem yağı, Susam yağı, Sodyum lauril sülfat, Tween, Mentol, Sodyum benzoat, Sodyum hidroksit, Sorbitol, Bentonit, Titan dioksit ve Vanilin.

Böylece preformülasyon aşamasından itibaren başlayan ilaçların kontaminasyon olasılığı, konunun önemini vurgulayarak ilgili şahısların dikkatini çekmeye yetmiştir.

Formülasyon sırasındaki kontaminasyonlar, preformülasyonda kontrolü yapılmamış etken ve yardımcı maddeler, formülasyonun yapıldığı ortam, yapan kişi ve aletlerden meydana gelmektedir. Bu aşamada, kontaminasyon olasılığı yüksek olan faktörler göz önünde bulundurularak gerekli önlemler alınmalı ve yapılacak mikrobiyolojik kontrol ve test yöntemleri standardize edilmiştir⁽⁴⁾.

Üretim sırasında meydana gelen kontaminas-

yonlara ise, kullanılan makina ve aletler, çalışan işçilerin durumu (giyinme şekli vs.), fabrikanın bulunduğu yerin ve içindeki havanın sirkülasyonu ayrıca işçilerin sağlık durumu neden olmaktadır.

Hazırlanan preparatların taşıdıkları mikroorganizma miktarı 1970'li yıllarda çeşitli araştırmacılar tarafından incelenmiştir^(6,7,8,9). Bu arada Türkiye'de de 1974 yılında Güven ve Otük⁽⁹⁾ tarafından ilk defa öksürük şurubu, tonik ve eliksirlerde çeşitli Bacillus türleri, şampuanlarda Klebsiella, E.coli, kremlerde Staph. albus, Bacillus subtilis, göz kremlerinde P.vulgaris, Bacillus subtilis, Staph.citreus ve Penicillium aranmış ve tespit edilmiştir. Yine aynı kişiler Türkiye'de yapılan 68 tip tablet müstahzarından 5 tanesinde 106-400 adet mikroorganizma/tablet, 20 draje müstahzarından 3 tanesinde ise 100-400 adet mikroorganizma/draje tespit etmişlerdir. Warg (1973) 180 adet açılmamış merheme mikroorganizma bulaştığını ve bunların en çok Gram (+) ve diplococ tipindeki mikroorganizmalar olduklarını göstermiştir. Ayrıca antibiyotik preparatlarının da kontamine olabileceğini Bawmen ve arkadaşları (1971) ile Whit ve arkadaşları (1968) göstermiştir⁽⁹⁾.

Gaschen'in bir ilaç fabrikasındaki üretim sırasında mikroorganizma sayısı üzerinde yaptığı çalışma aşağıdaki sonucu vermiştir⁽⁹⁾.

İşlem Türü	Çeşitli Mikroorganizma	Mantar	Koli
Kapsülleme	40	2	26
Tabletleme	45	2	10
Granülleme	4	—	—
Sentez	55	2	—

Milano'da ilaç fabrikalarını çevreleyen hava üzerinde yapılan incelemede, Temmuz ayında 800 adet/m³ ve Şubat ayında 500 adet/m³ mikroorganizma miktarı bulunmuştur. (Buoga-Ratti, 1972)⁽⁹⁾.

Dony tarafından 1976 yılında yapılan diğer bir çalışmada denemeye alınan etken ve yardımcı madde ile farmasötik şekillerde elde edilen sonuçlar aşağıda gösterilmektedir⁽⁷⁾.

Kontaminasyonda önemli faktörlerden biri de insanlardır. İnsanlar normal floralarında çeşitli mikroorganizmalar taşımaktadırlar. Ayrıca şahıslardaki enfeksiyonlar da kontaminasyonda rol oy-

nayan önemli faktörlerden sayılmaktadır. İnsanlar 5 dakika konuşmayla 100, öksürükle 100 ve hapşırımayla 5000 mikroorganizmalı damlacığı etrafa yaymaktadırlar.

İlacın kontaminasyonunda ambalaj materyalinin de rolü vardır. Kağıt, mantar ve tüplerin mikroorganizma taşıdığı çeşitli araştırmacılar tarafından gösterilmiştir⁽⁴⁾.

Bir ilacın mikrobiyolojik kontaminasyonu direkt olarak onun farmasötik şekli ve bileşimi ile de yakından ilgilidir. Örneğin sıvı ve yarı katı preparatlar son derece rizikolu olmaktadır. Çünkü mikroorganizmalar beslenecekleri maddeyi erimiş halde çok daha kolay alırlar.

	HAM MADDE			FARMASÖTİK ŞEKİL			
	Organik Madde	Hayvansal Madde	Bitkisel Madde	Katı Şekil Toz, vb.	Pomat, Supp., vb.	Sıvı Şekil	Suspansiyon
Örnek Sayısı	123	129	110	505	198	1.106	121
Jerm Sayısı/g.	%	%	%	%	%	%	%
86	33	25	100	88	87	40	
100 - 10.000	10	44	34	30	8	7	25
10 ⁴ - 10 ⁶	4	23	26	12	3	5	31
10 ⁶	—	—	15	1	1	1	4
Acrob sporlu B.	87	62	54	81	99.4	73	56
Pseud., Alcalines	—	1.3	1.5	1	0.3	15	27
Enterobacteriaceae	2	11.7	24	7	0.3	7	14
D. grubu St. faecalis	5.5	18	13	8.5	—	—	—
Grn (+) coc.	1	—	1.5	1.5	—	0.5	—
Küf	4.5	7	6	1	—	4.5	3

Bazı araştırmacılar, çeşitli farmasötik formların hazırlanmasında yararlanılan suyun kontaminasyonundaki riskinin önemini vurgulamaktadırlar. Bunlar özellikle enjektabl olmayan ilaçların hazırlanmasında kullanılan ve farmakopeler tarafından önerilen deiyonize suyun bir masif kontaminasyon kaynağı olabileceğini ve numuneler üzerinde yapılan çalışmalarda 10⁵ adet/ml. bakteri bulunmasının nadir olmadığını saptandığını bildirmektedirler⁽¹⁾.

İlaçların kullanımı sırasında meydana gelen kontaminasyon belki de en çok görülen kontami-

nasyon şeklidir. Enjektabl preparat uygulamasında, enjeksiyon materyalinin, deri florasının ve ortamın aseptik olması istenir. Tablet ve draje kullanımında ambalajın geniş ağızlı olması ve tek kullanımlık olmaması kontaminasyona neden olmaktadır. Bu örnekler çoğaltılabilir.

Görüldüğü gibi pek çok etken, ilaçları kontamine etmek için adeta birbiriyle yarışmakta ve sık sık da başarıya ulaşmaktadırlar. Ancak çeşitli farmakope ve kaynak kitaplara göre farmasötik preparatlarda bulunmasına müsaade edilen veya edilmeyen mikroorganizma sınırları şöyledir^(1,2,4,6,7,9,13)

Enjektabl preparatlar	Steril olmalı	Steril olmalı
Oftalmik, yanık ve ülserli bölgeye tatbik edilen preparatlar	—	1 ml/g'da canlı mikroorganizma bulunmamalıdır.
Haricen kullanılanlar, yara, kulak, burun, boğaz preparatları	Ent., Pseud., Staph. taşımamalı	100 ml/g'da mikroorganizmaya izin verilir.
Diğer preparatlar	Pseudomonas ve Staph. aureus taşımamalı	1000 ml/g'da bakteri, 100 mg/g'da mantar ve küf

DAB 8 (DDR), tablet ve drajelerin Enterobacteriaceae ihtiva etmemesini ve bakteri sayısının

10.000/g, mantar sayısının ise 200/g'ı aşmamasını ister. Kozmetik preparatlar için sınır şöyledir;

	Saprofit	Patojen
Çocuk pudrası, ruj, makyaj temizleyicileri ve güneş yağları	100 adet mikroorganizma/g	—
Diğer kozmetik preparatlar	1000 adet mikroorganizma/g	—

Üretim merkezlerindeki alet, işçi, hava, etken madde, yardımcı madde v.s.'den meydana gelen kontaminasyonları engellemek için mümkün olduğunca steril şartlarda çalışmak ve gerektiğinde phreparatlar sterilize edilmelidir. Kullanılan sterilizasyon yöntemleri ipreparat şekline göre değişiklik arz etmelidir⁽⁴⁾.

Sekonder kontaminasyon olasılığı, ister ilaç sterilize edilmiş olsun, ister olmasın her zaman mevcuttur. Hasta tarafından kötü mahfaza (ilacı açıp, sıkı kapamama), ambalaj materyalinin kontamine olması, açık havaya maruz kalma v.s. sekonder kontaminasyon olasılığını arttırmaktadır. Bunun için steril olarak hazırlanan phreparatlara sterilizasyonun kullanım sırasında devamını sağlamak için uygun koruyucular katılabilir. Uygun koruyucu maddenin seçimine preformülasyon

aşamasında başlamalıdır. Bu amaçla preparatların içine *Pseudomonas aeruginosa*, *E. coli* gibi bakteriler ve *Aspergillus niger* gibi mantarlar ekilerek gözleme bırakılır ve 4 haftalık ön kontrolden preparatların içindeki konservan maddelerin bakterisit, fungusit ve fungustatik etkisi incelenir. Ayrıca 6 ve 12 a sonunda da uzun vadeli son kontroller yapılır. En uygun konservan sistemler daha çok birbirleriyle geçimli iki değişik maddeden oluşan sistemlerdir.

Böylece hazırlanan preparatlar, mikrobik açıdan uygun preparatlar olarak tanımlanırlar. Ancak bu uygunluk daha önce anlatılan nedenlerden dolayı bozulabilmekte ve dolayısıyla üretimin çeşitli aşamalarında kontrol etme zorunluluğu doğmaktadır.

(Devam edecek)

KAYNAKLAR:

- 1- Akin, A.: İlaçların Mikrobiyolojik Standardizasyonu. Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Mecmuası, 11 (1): 69-79, 1981.
- 2- Akin, A.: Steril Olma Zorunluluğu Olmayan Farmasötik Formların Mikrobiyolojik Saflığını İnceleme Yöntemleri, *Pharmacia*, 24: 51 (1), 46-52, 1984.
- 3- Anonim; *The United States Pharmacopeia, The National Formulary, XXI, USP Convention, Inc., Rockville, 1985.*
- 4- Canefe, K.: İlaç Formülasyonu ve Stabilité Yüksek Lisans Ders Notları.
- 5- *Comite des Laboratoires de Services Officiels de Contrôle des Medicaments et de la Section de Pharmaciens de L'industrie - F.I.P., Pureté Microbiologique des Formes Pharmaceutiques non Obligatoirement Steriles, ler Repport., J.Mod.Pharm., 15: 88-96, 1972.*
- 6- Dony, J., Akin, A., Devleeschouwer, M.J.: Sıvı Majistral Formların Mikrop Florası - Ekolojik Veriler ve Antibiyotiklere Hassasiyeti., Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Mecmuası, 10: (1-2), 30-40, 1980.
- 7- Donyl, J., Dufaux - Fauville, M. et Devleeschouwer, M.: *Microbiologie et Hygiene., Seminaires et Travaux Pratiques, Pul Presses Universitaires de Bruxelles, p:28, 1978.*
- 8- Dony, J.: *Microbiological Contamination of Medical Preparation, Report 1965 to the National Board of Health, Stockholm, 1966.*
- 9- Güven, K.C., Sel, İ.: İlaç Endüstrisi Teknolojisi., Volum III-IV, Fatih Yayınevi, İstanbul, 1981.
- 10- İzgü, E.: *Genel-Endüstriyel Farmasötik Teknolojisi-II, Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Yayınları, 1983.*
- 11- Komarmy, L.E.: Oxley, M.E.: *Hospital-Acquired Salmonellosis Traced to Carmine Dye Capsules., New Engl. J.Med., 276: 850-857, 1967.*
- 12- Mitchell, R.G., Hayward, A.C.: *Postoperative Urinary Tract Infections Caused by Contaminated Irrigative Fluid. Lancet. 1: 782-793, 1966.*
- 13- Nobel, W.C., Savin, J.A.: *Steroid Cream Contaminated With Pseudomonas aeruginosa, Lancet, 1: 347-453, 1966.*

patojen

—

—

prepa-
.coli gi-
antarlar
n kont-
ldelerin
incele-
teli son
stemler
deden

bik aç-
ar. An-
denier-
retimin
nluluđu

decek)

vleesc-
, Semi-
es Uni-

tion of
he Na-
966.
knolo-
anbul,

asötik
zacılık

spital-
rmine
276:

erati-
Con-
2-793,

Con-
nosa,

Bilim Haberleri

SPOR FAALİYETLERİNDE PERFORMANS ARTIRICI İLAÇLARIN KULLANIMI

(Berk İmer)



STRES, HERPES'İ NASIL ETKİLİYOR?

(Nil Tokdemir)

SPOR FAALİYETLERİNDE PERFORMANS ARTIRICI İLAÇLARIN KULLANIMI

BERK İMER

H.Ü. Ecz. Fak. Öğrencisi

Farmacy Dergisinden Tercüme Edilmiştir.

Sportif performansı arttırmak için ilaç kullanımı ilk kez Yunan Olimpiyatlarında kaydedildi. Bundan beri devamlı bir arama içerisinde daha fazla başarı ve devamlı katılım kapasitesi sağlamak için hastalıklar ve yaralar gözönüne alınmadan değişik maddeler yıllardır kullanılmaktadır. Bu yazının amacı performansı arttırdığına ve/veya kolaylaştırdığına inanılan, sporcularca kullanılan bağımlılık yapan maddeleri tanıtmaktır. Bu maddeler kafein, kokain ve anfetaminler gibi uyarıcılar, alkol ve haşhaşı içeren depresantlar, anabolik ve androgenik steroidler, karbonhidratlar, mineraller, vitaminler ve elektrolitleri içeren besinleri kapsarlar. Bu maddelerin kullanımıyla, spor performansı ve sağlık açısından fayda potansiyeli ve maliyetlerle ilgili araştırmalar kapsamlı bir şekilde gözden geçirilmektedir. Halk sağlığında uygunsuz ilaç kullanımının zararlarının kontrol ve önlenmesini kolaylaştıran öncelikler belirlenmiştir.

Milattan evvel 3 yüzyılda sporcular sportif performansı arttırmak için hallüsinojenik mantarlar yiyorlardı. 19 yüzyılda birçok ülkeden bisikletçiler, yüzücüler, futbolcular, aynı amaçla raporlara göre kafein, striknin, alkol ve diamorfin kullandılar. Ardından Brandy için kullanılan felemençe

kelimeden türeyen Doping terimi sportif olaylarda kullanılan ilaçları tanımlamakta genel kullanıma girdi. Dahada yakınlarda atletlerin hertürlü yarışmada kullandıkları ilaçların çeşitlerinde çok artışlar oldu. Günümüzün cazibeli sosyal, ekonomik ve hatta politik ödülleriyle karşılaştırılınca yarışma üstünlüğü kazanmak kimi atletler tarafından bunu kolaylaştıran ilaçların kullanımıyla aynı değerde görülmektedir.

Goldman kullanıcının anlayışına göre iki başlı grupta toplanmış çeşitli ilaçları tartıştı; Ergogenik ilaçlar veya yardımcımlar ve iyileştirici ilaçlar

Ergogenik Yardımlar

Ergogenik yardımcımlar yalnızca atletik performansını değil tüm fiziksel işlerde performansını artırır veya arttırdığı düşünülen maddeleri kapsar. Bunlar en iyi şekilde üç belli başlı kategoriye ayrılmışlardır. Anabolik steroidler, stimulanlar ve diğerleri.

Anabolik steroidler

Genel olarak bağımlılık yapan spor ilaçlarının en çok adı çıkmış kısmı olan anabolik steroidler, halterciler, vücut geliştiriciler, güreşçiler, futbolcular ve artan sayıda atlet tarafından alınıyor. Rapora göre bunları kuvvet, güç, vücut ölçüleri

ve ağırlık
lanımı
yasakla
atletler
spor ak
likleri g
letlerin
Bir t
lanımın
sında y
rencisi
yaralar
ayrı ep
5 veya
akip oy
kasyon
ğini ar
bulan c
olup, h
lanımın
çoğu k
lar per
durlar
ma bu
da ya
Ryan c
reman
ağırlık
sını ge
madi.
vere'd
ler. Fa
siv ağ
önemi
kett st
etkileri
bir ya
kiler ü
Ameri
dukça
idler a
mi ko
veya l
sı geli
siyel
makt
ciğer
tış, lit
ler atı
de) ve
lirtilei
pötik
lar. Ç
kullan
lel ol

ve ağırlığı arttırmak için kullanılıyorlar. Steroid kullanımını amatör karşılaşmalarda test edilmekte ve yasaklanmaktadır. Fakat gayriresmi araştırmalar ve diğer bu spor aktiviteleri ile yakından ilişkili kişilerin şahitlikleri göstermektedir ki ulusal ve uluslararası atletlerin % 80 ila 100'ü steroid kullanır.

Bir başka önemli delil varki oda bunların kullanımının kolejlerde ve hatta liselerde atletler arasında yaygın olduğudur. Mamafih 3063 lise öğrencisi futbolcu ve 251 Hokeyci arasında yapılan yapılanmalar konulu araştırmada elde edilen iki ayrı epidemiyolojik data ortaya çıkarmıştır ki % 5 veya daha azı steroid veya yaralanmayı müteakip oyuna dönmek amacıyla ağrı giderici medikasyonlar kullanmıştır. Vücut ölçülerini ve ağırlığını arttırmak için ilaçlardan yararlanmayı doğru bulan oyuncular toplam futbolcu sayısının % 0,5'i olup, Hokey oyuncularının hiçbiri bu ilaçların kullanımını doğru bulmamaktadır. Bu sporcuların birçoğu kişisel tecrübeleriyle ısrar etmekte ki, ilaçlar performansı geliştirme konusunda sorumludur fakat bu konudaki tıbbi ve bilimsel çalışma bulguları kaçamaktırlar. 1965 ile 1977 arasında yapılan 25 klinik çalışmayı gözden geçiren Ryan oldukça farklı sonuçlar elde etti. Ağırlık antrenmanlarıyla birlikte steroid kullanımının yalnız ağırlık antrenmanından daha fazla, balık kasını geliştirdiği konusunda önemli bir delil bulamadı. Ayrıca bir başka incelemede Haupt ve Rovers'de farklı araştırma bulgularından bahsettiler. Fakat yüksek protein diyeti uygulanan intensif ağırlık çalışması yapan atletlerde steroidlerin önemli kuvvet artışına yol açtığını buldular. Bekkett steroidlerin saldırganlığı artıran androgenik etkileri antrenmanlara ve yarışmalara daha etkin bir yaklaşım getirdiğine ve belkide kavranan etkiler üzerinde önemli rol oynadığına işaret etti. Amerikan spor hekimliği koleji rapor etmiştir ki oldukça yüksek dozda anabolik androgenik steroidler atletik performansa yardımcı yoksa engeli konusunda yeterli bilimsel delil yoktur. Şöyle veya böyle steroidlerin tek başlarına performansı geliştirdiği kanıtlanabilir. Ortaya yaranın potansiyel riskler edeyip deymeyeceği sorusu da çıkmaktadır. İlaç üreticileri ve araştırmacılar karaciğer hastalıkları, muhtemel kanser riskinde artış, libido ve asabi durumda değişmeler, testiküler atrofi, oligospermia, gynecomastia (erkeklerde) ve muhtemel olarak kadında ters erkeklik belirtileri gibi Advers yan etkileri çoğunlukta terapötik dozlarda steroid kullanımı sonucu saptadılar. Çoğu sporcunun bu dozların 10 ila 40 katını kullandığı göz önüne alınınca riskler buna paralel olarak artmaktadır.

Human Growth Hormone (HGH) (İnsan Büyüme Faktörü)

HGH kullanımı, anabolik steroidlere katkı veya alternatif olarak, atletler arasında yayılmaya başlamıştır. Bu ilacın sağladığı avantajlar iki yönlü olarak düşünülmektedir. HGH steroidlerin sağladığı kuvvet artışı ve vücut geliştirme hususundaki faydaları, istenmeyen etkileri olmadan sağlayabilir. HGH uluslararası müsabakalarda yasaklanmamıştır ve saptanması için genel olarak etkili bir test yoktur. HGH endojenik olarak pituitari bezinde üretilir. Erçek ergenlik çağında ortaya çıkar ve bu devrede hızlı kemik büyümesi, kas ve lif kütlesi artışı ve bağlantı dokularının kuvvetlenmesinde önemli rol oynar. Bugüne kadar HGH'ın en önemli terapötik kullanımı çocuklarda boy kısalığı tedavisi idi. Yetişkinlerde ve normal vücut ölçülerine sahip çocuklardaki etkileri çok az biliniyor. mamafih tüm vücutta, aşırı kemik uzamasından rahatsız, uzun süreli aşırı doğal HGH üretimi ile sonuçlanan Agromegali kurbanları diabet ve kalp hastaları ve kısa yaşam süresi riski altındadır. Son zamanlara kadar tek HGH kaynağı kadavraların pituitari bezi idi, bir kaynak daha Creutz feldt-jakob hastalığının transmisyonu ile ortaya çıktı; böylece bu az bulunurluk bir dereceye kadar sporcuların kullanımına uygun olan ihtiyacı kısıtladı. Şimdi birçok biyoteknoloji şirketi sentetik HGH ürünü geliştirdi.

Uyarıcılar

Raporlara göre efedrin, kokain ve kafein gibi uyarıcılar ve Amfetaminler sporcular tarafından çeşitli spor dallarında gelişmiş performansı izlemek amacıyla kullanıldılar. Bisikletçiler, koşucular ve yüzücüler hızlarını ve dayanıklılıklarını arttırmak için kullanırken jockeyler ve güreşçilerde özel karşılaşmalarda ağır yapmak için anoretik özellikleri bakımından avantaj kazandılar. Mandel Amerikan profesyonel liginde oyuncuların yaygın bir şekilde yorgunluk başlangıcını ertelemek, konsantrasyonu kolaylaştırmak, hırsta artış ve ağırlı yaralanmaların verdiği sırasız yorgunluğa karşı devam etmek amacıyla beraber yarışmacı tutumu geliştirmek için bu ilaçları aldıklarını bildirmiştir. Amfetaminler sporcular tarafından ruh halini düzenleyici ve analjezik olarak kullanılıyorlar. Kullanılmakta olanlar için, Amfetaminlerin istenmeyen yan etkilerinin çoğu, kendi özelliklerinin genişletilmiş şeklidir; Bunlar "yarışma hırsı" paranoya ve şiddetli 'post-hiegh' depresyonları içerir. Diğer yan etkileri tasikardi, hipertansiyon, gözbebeğinin büyümesi, ataksiya, koordinasyonsuzluk ve psikolojik veya fizyolojik bağımlılık riskini kapsar. Gereğinden fazla çaba harcama nedeniyle yaralanmalar ve yaraların açılmasının yarat-

tiği sinirsel rahatsızlıklarda ortaya çıkabilir. Tarihsel olarak amfetaminlerin performansı geliştirici, ruh halini zayıflatıcı yetenekleri ruh halini kuvvetlendirici olarak biliniyordu. Daha yeni deliller ispat etmiştir ki bunlar belli başlı spor dallarında yarışmacı avantajlar sağlayabilir. Laetis ve Weiss iddia etmişlerdir ki hızda, güçte ve dayanıklılıkta bir amfetamin sınırı vardır. Özelde, çok küçük yüzdeler içeren performans değişiklikleriyle kayıtları hazırlanan ve konuları belirlenen olaylarda bu önemli olabilir. Belki de ilaç kontrol programlarının ve değişik müsabakalarda bu maddeler için yapılan etkili testlerin direk bir sonucu olarak bunların potansiyel faydalarına rağmen spor faaliyetlerinde amfetamin kullanımının etkili bir şekilde azaltıldığına dair genel bir fikir birliği bulunmamaktadır.

Diğer Ergogenik Yardımlar

Diğer yardımların bir türünde ergogenik olarak sınıflandırılmıştır. Bu yardımlar kandopingi, diüretik kullanımı ve tatlandırıcı, alkol, haşhaş yatıştırıcı medikasyonlar, vitamin, karbonhidrat ve su içeren besleyici maddeleri kapsar. Daha yaygın olarak kabul edilen ısıtma rutinleri müzik hipnoz, mental pratik ve telkin gibi seçilmiş psikolojik fenomen kullanımından ibarettir. Normal eritrosit seviyesine sahip sporcularda uygulanmasına başvurulmuş kan dopingi veya kan paketlenme kama, oksijen taşıma kapasitesini, maksimum derdakgücü ve dolayısıyla dayanıklılığı arttırmak amacıyla kullanılır. Bu uygulama çoğunlukla müsabakadan üç dört hafta evvel 1/2 litre kanın alınarak, kişinin kırmızı kan hücresi seviyesi eski durumuna dönene kadar bekleyip yine müsabakadan bir iki gün evvel kanı geri vererek gerçekleştirilmektedir. Görünüşte kandopingi ile dayanıklılıkta artış sağlanabilir fakat saklama sırasında yıkımı ve kişideki eritrositlerin normale dönüş süreci gibi prosesi içerisindeki faktörlerin değişimi bu uygulamayı emniyetsiz ve muallaklı kılmaktadır. Kan dopingi hem uluslararası ve hemde Birleşik Devletler Olimpiyat Komitesi tarafından suç olarak kabul edilirken, resmi olarak yasaklanmamıştır. Diüretikler ve tatlandırıcılar sporcular tarafından kimi zaman yarışmalardan evvel başlangıç olarak kullanılmaktaydılar. Daha yakın zamanlarda bunlar anabolik steroid alan sporcular tarafından müsabaka öncesi doping testi için steroidi hızla vücuttan atmak ve ödemi azaltmak için kullanılmaktaydılar. Birçok sporcunun yaptığı sıvı fazlası ve elektrolit dengesizliği, çökme ve hatta ölüme sebep olabilir. Sporcular tansiyonu düşürmek, dinlenmek ve müsabaka öncesi uyumak için alkol, hashas ve diazepam içeren yatıştırıcılar kul-

lanırlar. Golfçüler ve atıcılar hakkında yapılan araştırmalara göre bunları performansı arttırmak için kullanırlarini kuvvetlendirmek amacıyla kullanırlar. Bekide bu maddelerin karar verme yeteneği, motor fonksiyonu ve küçük reaksiyon zamanını azaltan depresan yan etkileri nedeniyle bu ilaçlara bağımlılık önemli spor dallarıyla ilgilenebilir. Alkol ve haşhaş bağımlılığı problemlerine ayrıca Natioal Collegiate Athletic Birliği tarafından da dikkat çekilmiştir. Alkol, antrenmanları, kondüsyonu, koordinasyonu, dayanıklılığı ve performansı etkileyen ve oldukça uzun süren fizyolojik rahatsızlıklar yaratır. Haşhaş hakkında daha fazla araştırma yapmaya ihtiyaç vardır. Fakat bilinmektedir ki insan vücudunda herhangi bir dozda bir hafta sonra % 40'ı aktif formda kalmaktadır. Bundan başka ilaç birikmesi ve bununla gelen toksik etkisinin beraberinde beyin fonksiyonunda ayaygın değişiklikler meydana gelir. Bir çalışma ortaya koymuştur ki mezun olmadan evvel lise öğrencilerinin % 80'den fazlası alkol % 50'den fazlası haşhaş kullanacaklardır. Minnesota'da öğrenci sporcularının % 30'unun düzenli olarak alkol kullandıklarını söylemişlerdir. Bu total okul popülasyonununkinden farklı değildir. Mamafih bu kullanımın performans geliştirme anlayışıyla gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği bilinmemektedir. Vitamin, mineral, şifalı bitki ve diğer organik bileşiklerin kullanımında da ayrıca performans artırıcı ve kolaylaştırıcı olduğu kimi sporcular tarafından inanılmaktadır ve antreman arasında ve müsabaka öncesi değişik perhizler kullanma suretiyle yapılan diyet uygulaması yaygın olarak ortaya çıkmaktadır. Performansı arttırmak amacıyla yapılan bu uygulamaların bazıları için potansiyel bulunmakla beraber bunu destekleyici çok az araştırma delili vardır.

Restoratif İlaçlar

Dimetil Sulfoksit (DMSO) 1960 başlarında artırı ağrısını ve şişmeleri azaltmak için tanıtıldı, çok yönlü yararları sahipti. DMSO'nun kas gerilmesi, burkulma ve yumuşak doku yaraları tedavisi için kayda değer şekilde sporcular arasında kullanımı hızla yayıldı ve gıda ve ilaç bakanlığının onayının olmamasına ve etkinliği hakkında önemli dökümanlarının az bulunmasına rağmen genişlemeye devam etti. Gıda ve ilaç bakanlığına göre DMSO taksidite potansiyeli genelde etkinliği hususundaki delillerden dah ağır basan araştırmaya tabi bir ilaç olarak kalmıştır. Erythema tous deri iri tasyonu, ülser ve uzun süreli lokal kullanımı ile oftalmik toksisitenin de dahil olduğu toksik yan etkiler rapor edilmiştir.

STRES, HERPES'İ NASIL ETKİLİYOR?

Çeviren: Ecz.Öğr. Nil Tokdemir

Herpes'le enekte olan kişiler, stresten uzak bir yaşam sürdürdükleri takdirde hastalığın çok daha az tekrarladığını öteden beri arketmişlerdir.

A.B.D. Teksas Üniversitesi'nde yeni yapılan bir araştırmada, bu durumun nedenini açıklamaktadır.

Stresle ilişkili iki önemli hormon olan adrenalin ve noradrenalin, makrofajların genital herpes tarafından enfekte edilmiş hücreleri "kısırtma" ve öldürme yeteneklerini bloke eder gibi görünmektedir. Daha özgül olarak, bu nörotransmitter-

ler, makrofajların bağışıklık proteini olan gama interferon tarafından aktivasyonunu inhibe etmektedir ki; bu aktivasyon, makrofajların öldürücü gücünü stimüle etmek için şarttır.

Makrofajlar vücudun kendini herpes'e karşı savunması bakımından o derece önemlidir ki, araştırmacılar, herpes'le enfekte olmuş kişilerde hastalığın stres dönemlerinde tekrarlamasının temelinde, makrofaj aktivasyonunun bloke edilmesi- nin yatabileceğini ileri sürmektedirler.

Oda Haberleri

**ODAMIZ BÖLGE
TEMSİLCİLERİ
TOPLANTISI
YAPILDI**



**ECZANELERİN
AÇILIŞ VE
KAPANIŞLARI**



**BELEDİYEYE
İŞYERİ AÇMA
HARCI
YATIRILMAYACAK**



**PSİKOTROP
REÇETELERDEN
KİMLİK ALMADIĞI
İÇİN MAHKEMEYE
VERİLEN
MESLEKTAŞLARIMIZ
BERAAT ETTİLER**

14
yal Te
pıldı.
mind
leşme
reçet
ları ve
etkin
S6
Güm
kisiyl
nun c
olsa
uymı
cileri
na b
Baş
kuru
diği,
Bölg
tems
uym
G
kont
Oda
yeni
Oda

ODAMIZ, BÖLGE TEMSİLCİLERİ TOPLANTISI YAPILDI

14 Şubat 1987 Cumartesi günü Odamız Sosyal Tesisi'nde 3. Bölge Temsilcileri Toplantısı yapıldı. Katılımın yoğun olduğu toplantının gündeminde eczanelerin kurumlarla yaptıkları ilaç sözleşmeleri, eczanelerde muvazaa sorunu, Resmi reçetelerde alınması gereken hasta katılım payları ve Eczane Gereçleri Anonim Şirketi (EGAS)'in etkinlikleri tartışıldı.

Sözleşmeler konusunda 1987 yılında Maliye ve Gümrük Bakanlığı ile imzalanan protokol için etkiyle Odamıza bağlı bölgelerde genelde sorunun çözümlenmiş olduğu, ancak sınırlı sayıda da olsa bazı eczaneler ve kurumların bu protokole uymadıkları belirlendi. Bu konuda Bölge Temsilcileri Odanın protokole uymayan meslektaşlarına belli yaptırımları uygulaması istendi. Odamız Başkanı bu eczanelerin tesbit edildiğinde diğer kurumlarla yapacakları sözleşmelerin onaylanmadığı, protokole uymayan eczanelerin tesbiti için Bölge Temsilcilerimizin yardımını istedi. Bölge temsilcilerimiz bölgelerinde bulunan ve protokole uymayan eczaneleri bildirdiler.

Gündemin 2. maddesi eczanelerde muvazaa konusunda öncelikle bu konudaki gelişmeler ve Odamızın etkinliği anlatıldı. Tartışmalar sonunda yeni açılacak eczanelerde Bölge Temsilcisinin Oda'ya açılacak eczaneye bilgi vermesi istendi.

Daha önceden açılmış bulunan muvazaalı eczanelerin araştırılması, tesbit edilmesi, gerekli belgelerin temin edilmesinde Bölge Temsilcileri ile ortaklaşa çalışılması gerekliliği dile getirildi. Tesbit edilen muvazaalı eczanelerin kapatılması doğrultusunda gerekli girişimlerin yapılması istendi.

Gündemin diğer maddesi Resmi Reçetelerde alınması gereken hasta katılım paylarının bazı eczanelerde eksik veya tamamen alınmadığı konusu görüşüldü. Özellikle iskonto konusunun çözüme kavuşmasından sonra hasta katılım paylarının eczanelerde alınmayarak haksız rekabet yaratılmasının yaygınlaştığı, bunun çözümlenmesinde ne gibi önlemler alınabileceği tartışıldı.

Gündemin son maddesi olan EGAS'ın etkinlikleri konusunda Odamız Başkanı gelişmeler konusunda bilgi verdi. EGAS'ın kuruluş işlemlerinin tamamlandığı, çalışmasına kısa bir süre içerisinde geçeceği anlatıldı. EGAS hisse senetlerinin hazırlanmakta olduğu ve bu hisse senetlerinin 20.000.- TL karşılığında eczacılara yansıtılacağı belirtildi. Bu konuda da Bölge Temsilcilerimizin EGAS'ın tanıtımı ve çalışmalarına yardımcı olmaları istendi.

Bölge Temsilcilerimizin Gündem dışındaki diğer konularla ilgili görüş ve önerileri tartışılarak toplantıya son verildi.

ECZANELERİN AÇILIŞ VE KAPANIŞLARI

Bilindiği gibi eczanelerin çalışma düzenleri 6197 sayılı kanunumuzun 20. maddesine göre çıkarılan Talimatname gereğince mahallin Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü'nce düzenlenmektedir. Sağlık ve Sosyal Yardım Müdürlüğü Ankara İli için eczanelerin çalışma saatlerini kış ayları için 08.00-19.00, yaz ayları için 08.00-20.00 olarak tespit ve ilân etmiştir.

Yasalarla sınırlı koşullarda sağlık hizmeti veren eczanelerimizin meslek ahlâkı ve meslektaşlarına saygısı gereği bu saatlere uyması beklen-

mektedir. Fakat şuursuzca meslek ifa ettiğini sandıran bu meslektaşlarımızın halâ açılış ve kapanış saatlerine uymadıkları, Odamıza ve temsilcilerimize gelen şikayetlerin artmasından anlaşılmalıdır. Odamız bu sorunun çözümü için Bölge temsilcilerimizle tespitler yaparak Ankara Valiliği nezdinde şikayetlerini yapacaktır.

Bu nedenle, meslektaşlarımız eczanelerin açılış ve kapanış saatlerine özen göstermelerini; yasal işlem ve cezaları kabullenmeleri gereğini önemle duyurmaktadır.

BELEDİYE İŞYERİ AÇMA HARCİ YATIRILMAYACAK

Bölgemizde uzun süreden bu yana eczaneler için sorun olan Belediye İşyeri Açma Harcı konusu özellikle Çankaya Belediyesi'ne bağlı bölgedeki eczaneler için güncelleğini korumaktadır.

Daha önceki bültenlerimizde de yayınladığımız gibi, bu konuda Oda Hukuk Danışmanımız Avukat Metin Bayyar'ın başvuru ile, bir çok dava kazanılmış ve eczaneleri işyeri açma izni harcına tabi olmadıkları mahkemelerce karar altına alınmıştır.

Son günlerde meslektaşlarımız Birsan Turgay ve Sevinç Çelikel adına açılan davalara ait Bölge İdare Mahkemesi Kararını bir kez daha sunuyoruz.

ANKARA 4. İDARE MAHKEMESİ

Esas No: 1986/419 • KARAR NO: 1986/792

DAVACI: A. Birsen Turgay - Reşit Galip Cad. No: 14/18 K.Esat - ANKARA**VEKİLİ:** Av. Metin Hayyar - Şehit Adem Yavuz Sok. No: 4/4 Kızılay - ANKARA**DAVALI:** Çankaya Belediye Başkanlığı**VEKİLİ:** Av.Faika Saip (Aynı Yerde)

DAVANIN ÖZETİ: Davacıya ait eczanenin küşat ruhsatı bulunmadığından küşat ruhsatı alınincaya kadar faaliyetten men'ine ilişkin 30.12.1985 gün ve 5394/1 sayılı Çankaya Belediye Encümeni kararının; eczane açma ruhsatının 6197 sayılı yasa gereği Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığınca verileceği, belediyele-
rin ruhsat verme yetkilerinin bulunmadığı iddiasıyla iptali istenilmektedir.

SAVUNMANIN ÖZETİ: 2464 sayılı Yasanın 81 ve 82. maddeleri gereğince eczanelerin işyeri açma izin harcına tabi olduğu, evrakda matbu olarak küşat ruhsatı yazılmışsa da cezanın işyeri açma izin belgesi bulunmadığından dolayı verildiği belirtilerek davanın reddi gerektiği savunulmuştur.

TURK MİLLETİ ADINA

Karar veren Ankara 4üncü İdare Mahkemesince işin gereği görüldü.

Dava dosyasının tekemmül etmiş olduğu görülmekle yürütmenin durdurulması istemi incelenmeksi-
zin işin esasına geçildi.

Dava, davacıya ait eczanenin küşat ruhsatı alınincaya kadar faaliyetten men'ine ilişkin Çankaya Bele-
diye Encümeninin 30.12.1985 gün ve 5394/1 sayılı kararının iptali istemiyle açılmıştır.

6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanununun 5. maddesinde eczane açmak isteyen eczacı-
nın bir dilekçe ile Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığına veya alakalı sağlık ve sosyal yardım müdürlüğü-
ne veya mahalli hükümet tabipliğine müracaat edeceği, tamamlanan evrak üzerinde Sağlık ve Sosyal
Yardım Bakanlığı tarafından yapılacak inceleme sonucunda en geç 30 gün içinde ruhsatnamenin tan-
zım ve tebliğ olunacağı hükme bağlanmıştır.

Diğer taraftan 1580 sayılı Belediye Kanunu'nun 15/3. maddesinde ise, "...lokantalar, birahane, gazi-
no, kahvehane, kiraathane, meyhane, han, otel, hamam, sinema, tiyatro, bar, dansing ve emsali yer-
ler..." belediyelerden ruhsat alması gereken iş ve eğlence yerleri olarak belirlenmiştir. Görüldüğü gibi
sayılan yerler arasında eczaneler yer almamakta olup, eczanelerin açılması için 6197 sayılı yasanın yu-
karıda anılan hükmü uyarınca Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'ndan ruhsat alınması gerekmektedir.

Bu duruma göre, davacıya ait eczanenin küşat ruhsatı bulunmadığı gerekçesiyle Belediye Encüme-
nine faaliyetten menine karar verilmesinde yasalara uyarlık bulunmamaktadır.

Ayrıca, davalı idarenin, işyeri açma izni harcının yatırılmamış olması nedeniyle sözkonusu işlemin tes-
sis edildiği iddiasına gelince; 2464 sayılı Belediye Gelirleri Kanunu'nun 81. maddesinde sözü edilen iş-
yeri açma izni harcı sadece belediyenin vermiş olduğu işyeri açma iznine bağlı olarak yapılan hizmetin
karşılığı olarak alınan harç olup, bu durumda belediyenin işyeri açma izni diğer bir ifadeyle küşat ruhsatı
vermekle yetkili olmadığı bir işyeri için 2464 sayılı Yasanın 81. maddesine göre işyeri açma izni harcı
alınması da söz konusu olamayacağından faaliyetten men karar bu noktadan da yasaya aykırıdır.

Açıklanan nedenlerle, dava konusu işlemin iptaline, aşağıda dökümü gösterilen 6350.- (Altıbinüçyü-
zelli) Lira yargılama gideri ile davanın açıldığı tarihte yürürlükte olan Avukatlık Asgari Ücret Tarifesi uya-
rınca 5.500.- Lira avukatlık ücretinin davalı idareden alınarak davacıya verilmesine, artan posta gideri
ile 2. kez istenilen yürütmenin durdurulması hakkında karar verilmediğinden 2.250.- liralık harcın istenil-
mesi halinde davacıya geri verilmesine 10.12.1986 gününde oybirliğiyle karar verildi.

BAŞKAN

ÜYE

ÜYE

usu özel

vukat Me-
lmadıkları

Şiğe İdare

PSİKOTROP REÇETELERDEN KİMLİK ALMADIĞI İÇİN MAHKEMEYE VERİLEN MESLEKTAŞLARIMIZ BERAAT ETTİLER

Yeşil ve kırmızı reçetelerde suistimallerin önlenmesi düşüncesiyle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı'nca yayınlanan genelge doğrultusunda; eczanelerde istenmekte ve reçetelerin arkasına kayıt edilme zorunluluğu getirilmiştir. Bu durum eczane sahibi meslektaşlarımız ile reçete sahibi kişiler arasında tartışmalara neden olmaktadır. Bu reçeteler ile ilgili uygulamada bazı eksiklikleri olan meslektaşlarımız Sağlık Müdürlüğü'nce mahkemeye verilmiş ve mahkemelerce 16.500.- TL. para cezası verilmişti. Bu kararlara Oda Avukatımız tarafından meslektaşlarımız adına itiraz edilmiş ve mahkemeler tarafından verilen karar kaldırılarak meslektaşlarımızın beraatine karar verilmiştir. Bu konudaki mahkeme kararını aşağıda sunuyoruz:

T.C. ANKARA 9. SULH CEZA MAHKEMESİ

Esas No: 1986/885 • Karar No: 1987/35

DAVACI: K.H.

SANIK: Mete TÜRÜDÜ: Bahattin ve Fatma'dan olma, 1945 doğumlu, aslen Muğla, Merkez, Emirbeyazıd Köyü nüfusuna kayıtlı olup, halen Ankara'da Bahçelievler 23. Sokak 4/2'de mukim.

VEKİLİ: Av. Metin BAYTAR - Ş. Adem Yavuz Sokak No: 4/4 Kızılay - ANKARA

SUÇ: Emirlere muhalefet.

SUÇ TARİHİ: Temmuz 1986.

Yukarıda açık kimliği ve dayanak suçu yazılı sanık hakkında mahkememizce yapılan açık duruşması sonunda;

GEREĞİ DÜŞÜNÜLDÜ: Eczacı olan sanığın kendisine ibraz edilen reçetelerin arkasına kimlik tesbiti yapmadığı, bu şekilde Sağlık Bakanlığı emir ve tamimlerine uygun hareket etmediği ihbar olunmakla sanık hakkında TCK'nun 526. maddesi uyarınca cezalandırılması istemi ile kamu davası açılmış, mahkememizce 18.11.1986 tarih, 1986/826, E: 776 K. sayılı ceza kararı ile TCK'nun 526/1. maddesi gereğince üç ay hafif hapis ve üçbinlira hafif para cezası, hafif hapis cezası 647 sayılı yasanın 4. maddesi ile paraya çevrilerek neticeten 16.500.- Lira hafif para cezası ile tecziyesine karar verilerek ceza kararnamesi sanığa tebliğ edilmiş, sanık vekili karifeti ile sekiz günlük yasal süre içinde razda bulunmakla açılan duruşmada sadece bir tek kişi acil durumu nedeni ile ibdane ettiği reçetenin kimlik tesbitini yapmadığını esasen Sağlık Bakanlığı yayınlamış bulunduğu 10.12.1986 tarih, 09/5810 sayılı genelge ile kimlik bildirmiş tesbitini kaldırdığını, bu nedenle eylemin suç olmaktan çıktığını ileri sürmüş ve dosyada örneği bulunan fotokopiyi ibraz etmiş olmakla, gerek sanığın samimi savunması, gerekse Sağlık Bakanlığı tamimi gözönüne alınarak sanığın beraatine, yukarıda tarih ve numarası yazılı ceza kararnamesinin ortadan kaldırılmasına, karar verilerek verilen karar Yargıtay yolu açık olmak üzere sanık ve vekilinin yüzüne karşı alenen okunup usulen telhim kılındı.

KAT.P

HAKİM 18078

AEOB'YE MEKTUP

(1)

Biz Eczacılar, sanırım hep bir mücadele içinde olmak zorundayız. Öğrenim yıllarını, hayli zorlu olan eğitim basamaklarını gerilerde bıraktıktan sonra hâlâ "niye mücadele?" diye düşünülebilir. Bu sorunun yanıtını da herhalde gene en kolay biz eczacılar verebiliriz:

'Eczacılık mesleğine gereken önemin verilmesi çabası'

Eczacılar olarak yıllardır kendimizi kanıtlama çabasını sürdürmekteyiz. Zorlu fakat donanımlı bir eğitim sürecini tamamlamış olan eczacılar, meslek yaşamlarında buldukları yerden haklı olarak şikâyetçilerdir. Her ne kadar yasalarda yerimiz "Ana Sağlık Personeli" kapsamında belirtilmişse de durum pratikte öyle değildir. Çıkarılan her yeni Sağlık Tasarısında bizlerin "Biz eczacılarız ve eczacılık da fonksiyonel bir meslektir!" diye haykırarak varlığımızı hissettirmemiz gerekiyor.

Sağlık sorunlarının hayli fazla olduğu ülkemizde yazık ki eczacılık yeterince önemsenmemektedir. Bizler eczacıların sağlık alanında ne denli etkin ve verimli olduklarını; ilaç tüketiminin çok fazla olduğu ülkemizde eczacılığın oldukça önemli bir yeri olduğunu bilmekte ve bu gerçeği elimizden geldiğince vurgulamaya çabalamaktayız.

Eczacı en az doktor kadar direk olarak hastayla iletişimde bulunan kişidir. Hatta birçok yerde hasta-eczacı ilişkisi, hasta-doktor ilişkisinden önce gelmektedir. Çoğu kez hasta önce eczacıya müracaat etmekte ve eczacının yönlendirmesiyle doktora gitmektedir. Öyle ki aynı durumu Kamu Kuruluşlarında bile gözlemek mümkündür. Bir kamu eczacısı olarak, gereksiz ilaç tüketimine karşı olduğumuz içindir ki, bu gibi durumlarda hastaya ilaç almadan yapılabilecek olanı tavsiye

eder ve daha olmazsa doktora muayene olmasını öneririz. İlginçtir ki doktora muayene olan hasta bile reçetesini almadan önce gene eczacıya danışmaktadır. Kimilerine göre bu söylediklerimiz bir "megalomani" diye yorumlanabilir ancak bu gerçekleri yıllardır yaşayarak bugünlere gelmiş olan bizler bilmekteyiz ki, bu durum Hasta-eczacı arasında oluşmuş sıcak ve güvenilir bir ilişkinin doğal sonucudur. Bugün büyük kentlerimizde; hatta doktora muayene olma imkânının her an mümkün olduğu kamu kuruluşlarında bile bu durum gözlenebiliyorsa, Anadolu'nun birçok köşesindeki eczacıların etkinliklerini anlatmaya gerek yok sanırız.

Yıllardır izlenen sağlık politikalarında hükümetler tarafından eczacılara gösterilmeyen önem, eczacının kimliğini en iyi anlayanlarca verilmektedir.

Bugüne değin sağlık alanında getirilen her yenilikte eczacı, adeta doktor ve diş doktorunun gölgesi altında barındırılmaya çalışılmıştır. Çoğu kez aynı koşullar altında çalışmamıza rağmen gelir düzenlenmesinde yazık ki doktorlarla aramıza büyük mesafeler konulmuştur. Aynı risk ve güçlük söz konusu olduğu durumlarda bile eczacı, daima hak ettiğinin altında bir ilgi görmüştür. Yıllardır bu ayırımın düzeleceğini ümit ederken, bu kez de, 11.1.1987 tarihli Resmi Gazete ile yürürlüğe giren "İş Riskine ait Ek" ile yataklı tedavi kurumunda çalışan eczacılar iş riskinden yararlandırılmış, buna karşın aynı işi değişik yerlerde yapan diğer kamu eczacıları bu imkândan yoksun bırakılarak eczacılar arasında yapay bir ayırım yaratılmıştır. Oysa eczacı, yataklı tedavi kurumunda da, kamu kuruluşunda da aynı işi yapar: İlaç temin etmek (ve bunu sağlarken de en fazla in-

dirimle en büyük kâr marjını elde ederek döner sermayeyle % 30-40 oranında gelir sağlamak); majistral ilaç yapmak, ilaç dağıtımını ve günlük tüketim hesaplarını bizzat yapmak ve hiçbir mali sorumluluk tazminatı almaksızın zimmetinde bulunan en az 40-50 milyon liralık ilacın korunmasından sorumlu olmak...!

Bu işlerin yapılmasındaki güçlük, risk, mali sorumluluk nerede çalışırsanız çalışın değişmez, aynıdır.

Önümüzdeki günlerde çıkması muhtemel Yeni Sağlık Yasasında Eczacılara yaklaşımın bundan böyle değişmesini ümit ederek, yapılan işi çalışma yerine göre farklı değerlendirmek değil,

verilen hizmetin aynılığı yönünde düşünmek gerektiğini vurgulamak isteriz.

Aldığımız eğitim ve yaptığımız işin bilincinde olarak dileriz ki bundan böyle çıkarılacak yasalarda, Eczacı-Doktor ve Yataklı Tedavi Kurumunda çalışan Eczacı-Kamu Eczacısı gibi yapay farklılıklar ortadan kaldırılsın ve sektör içindeki hizmetin bütünlüğü ve aynılığına önem veren sağduyulu bir yaklaşımla sorunlar ele alınsın.

Yeni Yasanın gelir dağılımındaki farklılıkları gidererek tüm Sağlık Personeli arasında dengeli bir bütünlük oluşturmasını ümit eder, meslektaşlarımıza çalışmalarında başarılar dileriz.

Kamu Eczacıları

(2)

Sayın,
Ankara Eczacı Odası,
Yönetim Kurulu Başkanlığına,
ANKARA.

Konu: A. Kazım Süer'in yazısı hakkında

8 Ekim 1986 tarih ve 5 sayılı oda bülteninde A. Kazım Süer'in İlaç Sanayii ile ilgili bir araştırma yazısında (S.351) "Üstelik bu Firmalar İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Vekilinin kalite kontrol laboratuvarı bulunmadığı ileri sürdüğü firmalar arasında olup, kalite yatırımlarını nasıl gerçekleştirebilecekleri ortada kalan bir sorundur" ibaresine yer verdiği görülmüştür.

Lokman İlaç Sanayii 1955 yılında kurulmuş olup, 1960 yılından beri İstanbul Yeni Londra Asfaltı No. 66'da, 5000 m. kare açık saha, 2500 m. kare kapalı kullanma sahası olan müstakil ve mo-

dern binasında faaliyet göstermektedir. Firmamız 1960 yılından bu tarafa tüm çağdaş yöntem ve aletleri ile kalite kontrol laboratuvarına sahiptir. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı Yetkililerince yapılan kontrollerde Kalite Kontrol Laboratuvarımız her türlü denetimden geçmiş olup, Bakanlığın onayına sahiptir. Durum böyle iken bülteninizde Sayın Genel Müdür vekilinin açıklamasının, A. Kazım Süer tarafından yanlış bir anlama neticesinde yer aldığını ümit eder, çıkacak ilk bülteninde durumun bir tezkir yazısı ile düzeltilmesini, camiamıza doğru bilginin verilmesi için gereğini yapılmasının saygılarımızla rica ederiz.

*Genel Müdür
Ecz. B.Bayer Hacibeyoğlu*

Not: Genel Müdür Vekilinin açıklamasının kaynağını tarafımıza bildirilmesini rica ederiz.

ilaç
lenmes
Endüsi
Şirketi
ilaç ha
lenmes
Tanı
bir firm
lece ül
etme o
serbes
yoluna
madde
nu kay
hamm
vences
metin l
de etti.

Basından Seçmeler

DÜNYA

İLAÇ HAMMADDE FİYATLARININ HÜKÜMETÇE DENETLENMESİ İSTENDİ

MANİSA (DÜNYA)

İlaç hammadde fiyatlarının hükümetçe denetlenmesini istediklerini belirten Taner Benli Gıda Endüstrisi İthalat ve İhracat Pazarlama Limited Şirketi Sahibi Taner Benli, "Bizim gönderdiğimiz ilaç hammaddesi fiyatlarının hükümetçe denetlenmesini istiyoruz" dedi.

Taner Benli, ilaç hammaddesi üreten yabancı bir firmanın Türkiye mümessilliğini aldığını ve böylece ülkemize daha ucuz ilaç hammaddesi elde etme olanağının sağlandığını vurguladı. İthalatın serbest bırakılması ile ilaç hammaddesinin ithali yoluna gidildiğini belirten Benli, bunun ilaç hammadde fiyatlarının yükselmesine neden olduğunu kaydetti. İthalatın serbest bırakılması ile ilaç hammadde fiyatlarının pahalılaşarak, devlet güvencesinden çıktığını bildiren Taner Benli, hükümetin konuya tekrar eğilmesini istediklerini ifade etti. Benli, konuya ilişkin görüşlerini şöyle di-

le getirdi:

İthalatın serbest bırakılması ile isteyen firma, istediği fiyata rahatlıkla ilaç hammaddesi ithal ediyor ve fiyatları belirliyor. buna karşın biz ilaç hammaddesi üreten İsviçreli bir firmanın mümessilliğini alarak, Türkiye'de bu maddenin ucuz elde edilme olanağını yarattık. Verdiğimiz fiyatlar ise diğerlerinden ucuz. Bizim isteğimiz, ilaç hammaddesindeki yüksek fiyatların denetlenmesi ve gönderdiğimiz fiyatların hükümetçe gözden geçirilmesidir."

Taner Benli, Gıda Endüstri İthalat ve İhracat Pazarlama Limited Şirketi Sahibi Taner Benli, başkanlığın izin vermesi halinde Yunanistan'dan kan dondurucu sprey ithal edeceklerini açıkladı.

Benli, ithal edilecek kan dondurucu sprey'in dozuna dikkat edilmesi kaydıyla herkes tarafından rahatça kullanılabileceğini belirtti.

MİLLİYET

HİPOKRAT ANDI DEĞİŞTİRİLİYOR

İZMİR, MİL-HA

Türk Tabipler Konseyi, her doktorun okulu bitirdikten sonra mesleğe ilk adımını atarken içtiği "Hipokrat Andı"nın değişmesi yönünde bir tasarı hazırladı.

Önümüzdeki günlerde sonuçlandırılacak çalışma ile Hipokrat Andı" içindeki "İnsan sağlığına ana rahmine düştüğü andan başlayarak saygı duyacağım" cümlesi metinden çıkarılacak. Konuyla ilgili çevreler, bu değişikliği "Bir yandan kürtaaj özendiriliyor, bir yandan da bu cümleyle çelişki yaratılıyor, bu durum eleştirilere neden oluyordu" dediler.

Hipokrat'ı hekimliği "mabet"ten kurtarıp, mesleğe laiklik ilkesini koyan kişi olarak değerlendiren Türk Tabipler Konsey Üyeleri, "Hipokrat Andı"nın her kültür tarafından ayrı ayrı yorumlandığını vurguladılar.

Tıp ahlâkını üyeler arasında kurmak amacıyla yönelik bir tüzük tasarısı hazırlayan Türk Tabip-

ler Konseyi, tüzükte "Hipokrat Andı"nın da değiştirildi. Tüzük bu hali ile onaydan geçerse hekimliğe başlayanlar artık, "İnsan sağlığına ana rahmine düştüğü andan başlayarak saygı duyacağım" kısmını okumayacak. Tüzüğün 10. maddesi de hekimlerin uyması gereken davranışları belirliyor. bu maddede, "Doktorların kişisel fiziksel ve ruhsal direncini kırmak için yapılabilecek baskı ve işkenceye, her ne biçimde olursa olsun katılmaları ya da yardımcı olmaları, hastahanelerde tutuklu ve hükümlülere karşı Birleşmiş Milletler'in kabul ettiği kurallar dışında davranışlara katılmaları, göz yummaları, ölüm cezası uygulamalarında hazır bulunmaları, suçluların muayene bulguları ve tedavi sonuçları konusunda gerçek dışı yazılı ve sözlü açıklamalarda bulunmaları, rapor vermeleri, bu suçlar konusunda bilgisi olan hekimin tabip odasında suç duyurusu yapmaması meslek ahlâkına aykırıdır" deniliyor.