



HİNDİSTAN'DA
HASTANE ECZACILIĞI
UYGULAMALARINDA
DEĞİŞEN DURUM

P.K. LAKASHMI, G.P. MOHANTA, S.G. BASAK,
P.K. MANNA, R. MANAVAN, K.G. REVIKUMAR

Bu makale, Hindistan'daki hastane eczacılığı ile ilgili iki ayrı makalenin editör tarafından birleştirilmesi ile ortaya çıkmıştır. Bu makalelerden birincisi Lakshmi ve Basak, diğeri ise Mohanta, Manna, Manavalan ve Revikumar tarafından kaleme alınmıştır.

Giriş

Hindistan, bir milyardan fazla insanın yaşadığı geniş bir ülke olup, toplam dünya nüfusunun yaklaşık altıda birini oluşturmaktadır. 2000 yılı Birleşmiş Milletler (BM) tahminlerine göre, Hindistan'daki ortalama nüfus yoğunluğu km² başına 305 kişidir. Dünyanın başka bölgelerinde nüfus yoğunluğu daha fazla olan ülkeler vardır; ancak, ekonomik kaynakları düşünüldüğünde Hindistan, aşırı nüfusu olan bir ülke olarak kabul edilmektedir. Hindistan, 28 eyaletten ve toplam yüzölçümleri 32.87.263 km² ya da toplam dünya arazisinin %2.2'sine eşit olan yedi birlik toprağından oluşan demokratik sosyalist bir cumhuriyettir. Coğrafi açıdan Hindistan, farklı özelliklere sahip bir ülkedir. Himalaya'nın yüksek bölgelerinden çay çiftliklerine, büyük nehirlerin verimli kıldığı ovalardan Deccan Platosuna, Indo-ganjtik ovasından kalabalık insanlardan oluşan delta biçimindeki arı kovanına ve kalp atışı gibi çalışan endüstrilerine kadar, tarım ve maden kaynakları ana gelir kaynakları olmakla birlikte, endüstriyel üretim de ulusun kazancına önemli ölçüde etki etmektedir. Hindistan'da resmi olarak kabul edilmiş olan 18 dil, 280'in üzerinde konuşulan ana dil ve yaklaşık 1.652 lehçe bulunmaktadır. 2000 yılı içerisinde, Hindistan'da kişi başına düşen ortalama gelir 460 Amerikan dolarıdır. Hindistan, GSMH'sinin %0.7'sinden daha azını sağlık hizmetlerine harcamaktadır ve 2000 yılı itibariyle ortalama insan ömrü 64.6 yıldır.

Sosyalist bir ülke olduğundan, Hindistan'daki sağlık hizmeti devlet tarafından karşılanmaktadır. Devlet tarafından finanse edilen sağlık hizmeti herkese parasız olarak verilmektedir. Hindistan'da toplam 503.900 hekim ve 737.000 hemşire bulunmaktadır; ancak eczacıların sayısı bilinmemektedir. Yakın geçmişte, birçok özel ve şirket hastanesi kurulmuştur.

Fakat buradaki tedavinin masraflarının yüksek olması sıradan insanların bu hizmetlerden faydalanmasını imkansız hale getirmiştir. Sağlık hizmetleri modeli, birinci, ikinci ve üçüncü düzeyde örgütlenmiştir. Alma-Ata deklarasyonunu imzalayan taraflardan biri olan Hindistan, herkes için sağlık hedefine ulaşmak için birinci basamak sağlık hizmetlerine daha fazla önem vermektedir. Sağlık sisteminin performansına ilişkin bir Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tahmini, Hindistan'ı 112. sıraya koymuştur.

İlaç Endüstrisi ve Eczacılar

İlaç endüstrisi iyi gelişmiş durumdadır. 1947 yılında bağımsızlık zamanında Rs.10 crores düzeyinde farmasötik üretim ile başlayan Hindistan bugün, Rs.15, 346 crores düzeyinde ilaç ve farmasötik madde üretimi gerçekleştirmektedir. İlaç ve farmasötik madde üretimi ile uğraşan 23.790 kadar ilaç şirketi bulunmaktadır.

Hükümet, sosyal amaçlarını gerçekleştirebilmek için maliyet kontrolünü samimi bir şekilde istemektedir. Hindistan Ulusal İlaç Sektör Endüstrisi ilaç fiyatlarının en düşük olduğu yerin kendi ülkesi olduğunu iddia etmektedir. İlaçlar gerçekten de gelişmiş ülkelere kıyasla oldukça ucuzdur. Ancak, Hindistan'daki ilaçlar birçok ülkedekine kıyasla ucuz olsa da, en ucuz değildir. Örneğin, fiyatlar Bangladeş ya da Sri Lanka gibi komşu ülkelerden daha ucuz değildir.

Önem düzeyi yüksek tüm ilaçların fiyatının kontrol altında tutulması, tüm ilaçların fiyatlarının ağırlıklı ortalama işlemine göre hesaplanması ve planlanması, yeni tüm ilaçların uluslararası ithalat fiyatlarının satış fiyatı belirlenmeden önce teyit edilmesi ve her düzeyde Hindistan patentinin korunması ve jenerik ilaçların kullanılması için bir komitenin oluşturulması gibi bazı önemli politik kararlar alınmıştır. Sağlık sorunlarının büyük çoğunluğunun tedavi edilmesi için hayati önem taşıyan ilaçlar, merkezi hükümete bağlı İlaç Fiyatlarının Kontrol Altında Tutulmasına İlişkin

Bölümün kapsamına tabidir. DSÖ yardımı ile ülke, hayati ilaçlar politikasını aşamalı olarak hayata geçirmektedir.

Ülke, ürün patentine izin vermemekte, yalnızca işlem patentlerine müsaade etmektedir. 2005 yılından sonra, Dünya Ticaret Örgütü'nün (DTÖ) TRIPS anlaşmasına uyum sağlamaları için yoksul ve gelişmekte olan ülkelere tanıdığı süre dolacak ve buna bağlı olarak ilaçların fiyatının artacağı tahmin edilmektedir. DTÖ'nün ürün patentinin ilacın bulunabilirliği ve kullanılabilirliği üzerindeki olumsuz etkilerinin azaltılmasına yönelik yaygın bir çaba söz konusudur. Hem devlet hem de özel sektörde ilaçlara ve ecza maddelerine yönelik araştırma ve geliştirme süreci, evrensel zorlukları göğüsleyebilmek ve evrensel bir oyuncu haline gelebilmek için daha da güçlenerek devam etmektedir.

Ülkedeki ilaç kontrol sistemi gelişmiş durumdadır. Fakat daha fazla iyileştirilmesi gerekmektedir. Hindistan piyasasında 50.000 kalem üzerinde ilaç bulunmaktadır. Bunlardan bir çoğu, hem reçeteli hem de reçetesiz kategorilerde irrasyonel ve taklittir. Gazetelerin yayınladığı raporlara göre, ilaç tertiplerinin %20'si sahtedir. Hastanelerde ve perakende pazarında mevcut bulunan ilaçların kalitesinin kontrol edilmesine yönelik ayrıntılı bir sistem bulunmamaktadır.

Eczacılar

Hindistan'da, 1948 tarihli Eczacılık Yasası çerçevesinde devlet eczacılık konseyine kayıtlı olan kişilerin hastane eczacılığı sektöründe çalışmasına izin verilmektedir. Hindistan'daki eczacılık eğitimi, üç düzeydedir: a) İki yıllık ön lisans, b) dört yıllık lisans c) iki yıllık lisans üstüdür. Eczacılık alanında ön lisans ve lisans giriş puanı 10+2 fen puanıdır. Şu anda onaylı olarak, 340 ön lisans ve 170 lisans meslek okulu bulunmaktadır ve bunların kapasitesi sırasıyla 20.000 ve 11.000'dir. Bunun yanı sıra, kapasitesi yaklaşık 1000 olan 42 adet lisans üstü kurum bulunmaktadır.

Yalnızca diploma sahibi kayıtlı eczacılar hastanelerdeki eczane hizmetlerinde yer almaktadır.

Hastane eczacısı olarak çalışan lisans diploması sahibi sayısı çok düşüktür. Lisans diploması sahibi olan eczacıların hastane eczacılığı alanında bulunmamasının temel nedenleri şunlardır:

- Hastane eczacılarının halkın gözündeki yeri pek cazip değildir
- Birçok üniversitedeki lisans müfredatı öğrenciye pratik yapma fırsatı tanımamaktadır. Açık olan şudur ki, lisans diploması sahipleri kendilerinin bu iş için gerekli eğitimi almadıklarını düşünmektedir
- Yükselme ve kariyer olanakları bulunmamaktadır
- Maaşlar çok düşüktür. Öyle ki, eczacılar mühendislik ön lisans mezunlarından bile daha az ücret almaktadır.

Temel olarak, insanlar eczacılara sağlık hizmeti sunan kişiler olarak değil, sadece ilaç dağıtan kişiler gözüyle bakmaktadır. Hindistan sağlık sektöründeki mesleklere ilişkin işgücü geliştirme verileri dahi eczacılardan söz etmemektedir.

Kısaca Tarihi Geçmiş

Hastane eczacılığı uygulaması 1947 yılında ülkenin bağımsızlığını kazanması ile başlamıştır. Bu konudaki ilk kilometre taşı olan 1948 tarihli Eczacılık Yasası, 1930 yılında oluşturulan İlaç Araştırma Komite'sinin (Chopra Komitesi) ve 1943 yılında kurulan Geliştirme Komite'sinin (Bhore Komitesi) tavsiyeleri üzerine çıkarılmıştır.

Chopra Komitesi raporunda, diğer önerilerinin yanı sıra, eczacılık alanında eğitim verecek kurslar açılmasını ve eczacı olarak kayıtlı çalışacak kişiler için bir takım asgari niteliklerin belirlenmesini önermiştir. Bhore Komitesi ise, devletin eczacılık uygulamalarını kontrol etmesi ve ruhsatlı eczacılar için eğitimsel olanaklar sağlaması gerektiğinin altını çizmiştir. 1953 yılında

ana çerçevesi belirlenen eğitim yönetmelikleri, 1948 tarihli eczacılık yasasının kapsamı altında, eczacıların mesleğe kayıt olabilmeleri için iki yıllık bir eğitim ve 750 saatlik uygulamalı yerinde eğitimi asgari ön koşul olarak belirlemiştir. 1948 tarihli Eczacılık Yasası günümüzde, eczacılık mesleğinin icrasını kontrol altında tutmaktadır ve eczacıların mesleğe kayıt olması için aranan asgari ön koşulu sıfır eğitim düzeyinden 10+2+2 düzeyine kadar yükseltmeyi başarmıştır. Eczacılık yasasının hükümleri yürürlüğe konmadan önce,

- Hekimler ile birlikte çalışma tecrübesi olan
- Reçete okuyabilen ve ilaç hazırlama ve
- Dağıtma işlemlerinde yardım edebilen kişilerin hastane eczanelerinde çalışmasına izin verilmekte idi.

Buna ek olarak, aynı Eczacılık Yasası çerçevesinde, belirli bir eyalette eczacıların mesleğe kayıt olması ile ilgili olarak, ilaçların dağıtılması işinde beş yıldan az olmamak üzere deneyim sahibi olanların eczacı olarak kayıt olmasına ve hastane eczacısı olarak çalışmasına izin verilmekte idi. Eczacılık dalında ilk ruhsat uygulaması (eczacılık doktoru unvanına denk, D. Pharm.), 1950 yılında başlatılmıştır. 1975 yılına kadar, eczacılık eğitiminin büyümesi olgusal bir durum değildir. Son on yıl içerisinde, finansmanı kendisine ait olan kurumların mantar gibi yayılması ile devasa ölçüde büyüme gözlemlenmektedir.

Günümüzde Hastane Eczacılığı

Şu anda Hindistan tamamı devlete ait olan 14.000 adet tam donanımlı hastaneye, 810.538 adet hastane yatağına, 22.243 adet birinci basamak sağlık kurumuna ve 131.471 adet birinci basamak düzeyi altında sağlık merkezine sahiptir. Hastanelerin çoğunda, hastane eczacılığı bölümüne ayrılan yerler cezbedici değildir. Burada kullanılan donanım ve ekipman genellikle artık kullanım dışı olmuş, antika sayılabilecek ve işlevsel olmayan

tesislerdir. Eczacılık sağlık merkezinin dağıtım tezgahında bir hastane eczacısının bulunması ile yasal şartlar sağlanmış olmaktadır. Hastane eczacısının dağıtım ve konsültasyon işlemleri ile tümleştirilmesi henüz başari lamamıştır. İlaç konsültasyonu, ilaç bilgileri, etiketleme sistemleri, klinik eczacılığı ve eczacılık iyileştirici komiteleri halen büyük hastanelerde dahi bulunmamaktadır. İlaçların alınması ve envanterinin tutulması gibi işlemlerle eczacı olmayan kişiler ilgilenmektedir. Hepsinin de ötesinde, eczaneler hastanenin tıbbi görevlilerinin sorumluluğundadır.

Bugünün hastane eczacılarındaki motivasyon eksikliği, eğitim yetersizliği ve hasta sayısının çok fazla olması, ilaç sunumu ve dağıtım uygulamalarının sorunlarında etkili olan belli başlı faktörlerdir. Gelişmiş durumdaki devlet hastanelerinden birine ilişkin olarak yapılan tahminler, ortalama dağıtım süresinin 34.9 saniye olduğunu ve hastaların sahip olduğu doz bilgisinin yalnızca %68.2 olduğunu ortaya koymuştur. Diğer bir araştırmada, eczanedeki müdahalenin dağıtım süresini 25.4 saniyeden 114.4 saniyeye çıkardığını ve bu sayede hastaların ilaçların doğru kullanımı hakkındaki bilgilerinin %56.66'dan %90'a çıktığını ortaya koymuştur.

CMC, Vellore; Ramakrishna Misyon Hastanesi, Kalküta; St. Stephen Hastanesi, Yeni Delhi; Manipal Tıbbi Meslek Okulu Hastanesi ve Karnataka eyaletindeki Devlet ilçe hastaneleri gibi özel sektöre ait hastanelerdeki durum daha iyidir. Bu hastaneler, sağlam temellere sahip olan ve gelişmiş ülkelerdekiler ile rekabet edebilecek hastane eczacılığı bölümlerini bünyelerinde barındırmaktadır. Trivandrum'daki Tıbbi Meslek Okulu hastanesinin hastane ve klinik eczacılık hizmetleri bölümü, tüm ülke çapında devlet sektöründe mevcut 150 eczacının görev yaptığı tam donanımlı ilk eczacılık uygulama merkezidir. Batı'nın aksine, Hindistan'da eczacının rolü şimdiye kadar gereken şekilde kullanılmamıştır. Hindistan'da 1999 yılından bu yana DSÖ gibi kuruluşların ve diğer devlet dairelerinin yardımı ile hastane ve klinik eczacılık alanında bir takım eğitim kursları düzen-

lenmiştir. Yine de, bu gelişmeler ülkemizin büyüklüğü göz önünde bulundurulduğunda önemsiz gibi görünmektedir.

Hindistan'da Hastane Eczacılığının Geleceğine Bakış

Hathi Komitesi (1975) ve Bajaj Komitesi (1980) gibi çeşitli komiteler, hastane eczacılığının kurulmasını tavsiye etmiştir. Maalesef devlet, bu tavsiyeleri hayata geçirmemiş ve hastane eczacılığı uygulamasının zayıf bir yapılanmaya sahip olmasına neden olmuştur. Geçtiğimiz yıllarda (1999), Ulusal İnsan Hakları Komisyonu (NHRC) Hindistan devletinin aşağıdaki tedbirleri almasını önermiştir:

- Büyük hastanelerde hastane eczacılığı bölümlerinin kurulması ve bunların başına en az yardımcı doçent unvanına sahip eczacılık yüksek lisans mezunlarının getirilmesi ve bu kişilerin diğer bölüm başkanları gibi doğrudan başhekimle bağlı olması,
- Çok kaynaklı tıbbi malzemelerin tedariki ve envanter kontrolü, alındı muamelesi, depolama, kalite kontrolü, dağıtım ve ilaç verme konularına ilişkin politikaların ve prosedürlerin geliştirilmesi,
- Hastane tertibinin geliştirilmesi,
- Bilgisayarlı ilaç bilgi servisinin kurulması,
- Eczacılık hizmetleri için merkez hükümette bir müdürlük ve eyalet yönetiminde ise müdür yardımcılığı makamının tesis edilmesi.

NHRC tavsiyesinin doğası gereği kanuni bir niteliğe sahip olması nedeniyle, DSÖ ve FIP kuralları esas alınarak hastane eczacılığı uygulamaları için ulaşılabilir standartların geliştirilmesi gerekmektedir. Hindistan Hastane Eczacıları Birliği (IHPA) gibi mesleki birlikler ve FIP'in yan kuruluşlarından olan Hindistan Eczacılar Birliği'nin hastane ve klinik eczacılık bölümü, hastane eczacılığı uygulamasının sağlamlaştırılmasına ve iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yürütmektedir.

Ulusal çaptaki bu gelişmenin yanısıra, Karnaka Eyaleti girişimi de bu mesleğinin kendi gelişimini daha ileriye götürmesine imkan tanıyacaktır.

Hindistan'daki Hastane Eczacıları Birliği, Hindistan Hastane Eczacılığı Dergisi adında iki aylık bir yayın çıkarmaktadır. Bu yayın, meslekte ya da hastane eczanelerinde gelecekte yaşanacak olan gelişmeleri kesinlikle destekler niteliktedir.