

Unmised



ISSN: 1303-2550

Türk Eczacıları Birliği Yayını / Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi

MAYIS 2013 • Sayı : 29-30



**SAĞLIKTA DEĞER
SAĞLIK HERŞEYE DEĞER**

Önsöz

Ecz. Erdoğan ÇOLAK
Türk Eczacıları Birliği Başkanı



Değerli meslektaşlarım,

1948 yılında BM'nin Dünya Sağlık Örgütü kuruldu. Dünya Sağlık Örgütü'nün kurulması, sağlığın küresel bir konu olduğunun ve dünyanın her köşesindeki insanların sağlığını iyileştirmek için birlikte çalışmamız gerektiğinin göstergesi oldu. DSÖ'nün değerli çalışmalarının hak ettiği desteği görmeye devam etmesini ve her gün “daha sağlıklı ve barış içinde bir dünya” hedefimize bir adım daha yaklaşmamızı umuyorum.

2000 yılında Birleşmiş Milletler 2050 yılı için en son öngörülen nüfus rakamlarını açıkladı. Bu öngörüler bizi çok ürkütücü bir gerçekle yüz yüze bırakıyor: Şu anda 1.2 milyar insan gelişmiş dünyada, 4.9 milyar insan da gelişmekte olan dünyada yaşıyor. 2050 yılında gelişmekte olan ülkelerin nüfusunun adeta patlayarak 8.2 milyara varması bekleniyor. Bu dünyada yoksulluğun çok daha fazla artması demek. Çünkü birinci dünya, eğitim, sağlık gibi refah unsurlarını kendi hazinesi olarak saklamakta. Eğer bu gidişat değişmezse, refah içindeki ülkeler hep görmezden geldikleri fakir ülkelerin sorunlarıyla aralarına bir duvar öremeyeceklerine göre ektiklerini biçecekler.

Gelişmekte olan dünyanın ihtiyaçlarına karşı dikkatli olmamızın nedeni korku değil. Bu adalet ve insan onuru sorunudur.

Gelişmekte olan dünyadaki nüfus rakamlarını kontrol altına alabilmek ve tüm insanlara onurlu bir hayat sağlayabilmek için, sağlık hizmetlerine yatırım yapmak çok önemli. Gelişmekte olan ülkelere tıbbi teknoloji transferleri insan ömrüne hızlı bir şekilde seneler ekleyebilir ve hayat kalitesini geniş ölçüde geliştirebilir. Bu hem küresel adaletin bir ifadesi olur, hem de insanlara gelecek için umut verir.

Yaşam süresi beklentilerini arttırmak, çocuk ölüm oranlarını azaltmak, bazı hastalıkları kontrol altında tutmak, bazı aşıları ve ilaçları geliştirmek, geçmişte ölümcül sayılan hastalıklara çare bulmak gibi gelişmeler doğrudan mesleğimizin üyelerinin çalışmaları sayesinde gerçekleşti. Daha yapılması gereken çok şey var. Ama bunları yapacak da bizim gibi çok insan var. Önemli olan herkesin bunun bir parçası olması. “Bin kilometrelik bir yolun tek bir adımıyla başladığını” anladığımız zaman, küçük ya da büyük olmasının önemi olmaksızın o adımı atabiliriz.

“Çok az kişi tarihi tek başına değiştirebilecek büyüklüğe sahiptir; ama her birimiz olayların küçük birer bölümünü değiştirmek için çalışırsak, bütün bu hareketlerin sonucunda bu neslin tarihi yazılacaktır.”

Editörden

Prof. Dr. A. Ahmet BAŞARAN

TEB Eczacılık Akademisi Başkanı

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi Anabilim Dalı

abasaran@hacettepe.edu.tr



Türk Eczacıları Birliği, eczacıların sorunlarını dile getirmek, o sorunların çözüme kavuşması ve eczacıların daha iyi yarınlara ulaşması için faaliyet yürütmek üzere kanunla kurulmuş ve Anayasa ile güvence altına alınmış demokratik bir meslek örgütüdür. Bu bağlamda söz konusu hedeflere erişmek için faaliyetlerini birçok alanda sürdürmektedir.

Bilimsel Kongreler düzenlemek bu faaliyetlerin en başında gelenlerinden bir tanesidir. Bilimsel bir kongre çeşitli nedenlerle düzenlenir. Güncel konuları uzmanlarla müzakere etmek, bilimsel gelişmeleri paylaşmak, mesleki alanda ortak strateji, proje veya politikalar oluşturmak, ulusal ve uluslararası otoriteleri bir araya toplayarak mesleki alanda tanışma ve tartışma ortamı hazırlamak ve sorunlarda farkındalık ve çözüm için bir altyapı yaratmak bu nedenler arasında sayılabilir.

Türk Eczacıları Birliği ve / veya Eczacı Odaları 1980 yılından başlayarak bugüne kadar gündemde olan başlıkları içeren kongreler düzenlemiş ve bunları düzenli bir biçimde yürütmektedir. MİSED'in bu sayısında hem yapılmış Türkiye Eczacılık Kongrelerini hatırlayalım hem de Kongremizde gerçekleştirilen paneller ve bilimsel oturumlarda tartışılan başlıklarda yapılan sunumlardan bazılarını burada sizlerle paylaşmak istedik. Kongremize katılan tüm değerli bilim insanlarına ve konuşmacılara, bilgi ve deneyimlerini bizlerle paylaşarak kongremizi zenginleştirdikleri için çok teşekkür ediyoruz.

Bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle...

Türk Eczacıları Birliği Adına Sahibi

Ecz.Erdoğan Çolak (Genel Başkan)

Sorumlu Yazı İşleri Müdürü

Uzm.Ecz.Harun KIZILAY (Genel Sekreter)

Yayın Sekreteri

Gaye Sankaya, Ayşen Yalman

Yayın Kurulu

Ecz.Arman ÜNEY, Ecz.İsmail BAŞDİL, Ecz.Sertaç ÖZMEN, Ecz.Ramazan Ziya ÖRMECİ, Ecz. Ahmet ÖZÇAVUŞOĞLU, Ecz.Bülent VAREL, Ecz.Yavuz TATAR, Ecz.Mukaddes HARMANCI, Ecz.Murat Levent KOÇAK

Danışma Kurulu

Prof.Dr.I.Tayfun UZBAY, Prof.Dr.Neşe KIRIMER, Prof.Dr.Gülbin ÖZÇELİKAY, Doç.Dr. Figen TIRNAKSIZ, Prof.Dr.Maksut COŞKUN, Prof.Dr.Ahmet Oğul ARAMAN, Prof.Dr. L.Ömür DEMİREZER, Prof.Dr.M. Varol PABUÇCUOĞLU, Prof.Dr.Gülden Z. OMUR-TAG, Prof.Dr.Turhan BAYKAL, Prof.Dr.E. Yasemin YAZAN, Prof.Dr. Fatih AKÇAY, Prof.Dr.Gamze KÖKDİL, Prof.Dr.İsmail ÖZDEMİR, Prof.Dr.Hülya AKGÜN, Prof.Dr.Müberra KOŞAR, Prof.Dr.Rümeysa DEMİRDAMAR, Prof.Dr.Nurettin YAYLI, Prof.Dr.Gülaçtı TOPÇU, Prof.Dr.Şeref DEMİRAYAK, Prof.Dr. İmer OKAR, Prof.Dr.İlkay ERDOĞAN ORHAN, Prof.Dr.Turay YARDIMCI



İçindekiler

Giriş (Genel Bilgi / Tarihçe).....	4
<i>Prof.Dr. Ahmet BAŞARAN</i>	

Açılış Semineri

“Yaşam Bize Armağan ya da Sağlığın Değeri”	7
<i>Prof.Dr.A.Gürhan FİŞEK</i>	

Avrupa’da Eczacılık: Yeni Gelişmeler

İngiltere’de Eczacılık.....	13
<i>Ecz. Ali Gül ÖZBEK</i>	
Portekiz’de Eczacılık	21
<i>Mr. João SILVEIRA</i>	
İtalya’da Eczacılık	28
<i>Maximin LIEBL</i>	
K.K.T.C.’nde Eczacılık ve Eczacı Profili	32
<i>Ecz. Mertdoğan SOYALAN</i>	
Yunanistan’da Eczacılık ve Kriz	40
<i>Ecz. Aleksandros TSAPEKOS,</i>	
<i>Uzm.Ecz. Mustafa SÜLEYMAN M.,</i>	
<i>Ecz.Ercan HAFİZ ALİ,</i>	
<i>Ecz.Güliden HÜSEYİNOĞLU</i>	

Eczane Sağlık Ürünleri

Tıbbi Cihazlar ve Eczacı.....	48
<i>Doç.Dr.Suna ERDOĞAN</i>	
Yeni Kanun Değişikliği İle Eczanelerimize Gelen	
Tedavi – Homeopati	54
<i>Burcu ŞEN</i>	
Eczane Pratiğinde Zirai-Veteriner İlaçların Önemi	62
<i>Ecz.Bülent VAREL</i>	
Eczaneler ve Eczacılar İçin Cansuyu Fitoterapötikler....	67
<i>Prof.Dr. Filiz MERİÇLİ</i>	
Eczacılık Etiği Bağlamında Eczane Sağlık	
Ürünlerinin Sunumu	74
<i>Ecz.İrfan DEMİRCİ</i>	

Akılcı İlaç Kullanımı ve Klinik Eczacılık

Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı	81
<i>Dr. Akif AKBULAT</i>	
Rasyonel Antibiyotik Kullanımı	84
<i>Prof. Dr. Serhat ÜNAL</i>	

Serbest Bildiriler

Günümüzde Yeni İlaç Geliştirme, Karşılaşılan	
Sorunlar ve Prodrug (Önilaç) Çözümleri	91
<i>Prof. Dr. Mehmet TANOL</i>	
Eczacılık Hizmetlerinin Pazarlaması ve	
Meslek Hakkı	97
<i>Uzm. Ecz. Aylin ACAR SANCAR</i>	

MİSED

Sayı: 29-30 • Mayıs 2013

ISSN 1303-2550

Yayın Türü

Yaygın Süreli Yayın

TEB Haberler Eki

Türk Eczacıları Birliği Yayınıdır

Grafik Tasarım

Kadir Arslantürk

Baskı

Fersa Matbaacılık Ltd. Şti.

Tel: (0.312) 386 17 00 • www.fersaofset.com

Baskıldığı Tarih: 30 Mayıs 2013

Yazım Kuralları: MİSED’de yayınlanacak yazılar derginin amaçlarına uygun bir biçimde, yani açık ve anlaşılır bir dil ve biçimde yazılmış olmalıdır. Yazar(lar) okuyucuların belli kavram, tartışma ve kaynaklara aşina olduğunu varsaymamalıdır. Yazarlar kısa özgeçmişleriyle birlikte bir resim göndermelidir. Yazının daha önce herhangi bir yerde yayınlanıp, yayınlanmadığı başvuru sırasında mutlaka belirtilmelidir. Yazılar bir başlık ile başlamalı, yazar(lar) ının ismi ve bağlı olduğu kurumlar ile akademik unvanları mutlaka belirtilmelidir.

Tablolar ve şekiller metin içinde geçen sırayla numaralandırılmalı, metin ile ilişkilendirilmeli, bir başlığa sahip olmalı ve bir yerden alıntı ise mutlaka altında kaynağı belirtilmelidir. Dipnotlar metin içerisindeki sırayla numaralandırılmalı ve dipnotun geçtiği yerde, o kaynakçada yer almalıdır. Kısaltmalar, sadece genel olarak bilinen kısaltmalar kullanılmalıdır. Ekler ana metnin en sonunda verilmelidir. Kaynaklar, metinde satır üstünde, geçiş sırasına göre numaralandırılmalı ve metnin sonunda bu numaralar sırayla belirtilmelidir. Kaynaklar şöyle düzenlenmelidir:

Makale için: Yazarın soyadı, adının baş harfleri, makalenin tam başlığı, derginin adı (italik ve uluslararası kısaltmalara uygun olarak), cilt no, sayfa no (başlangıç ve bitiş), yıl. Birden fazla yazar adı varsa hepsi yazılmalıdır.

Stalcup AM, Chang SC, Armstrong DW, Pittha J.(s)-2 Hydroxypropyl-b-cyclodextrin, a new chiral stationary phase for reversed- phase liquid chromatography, J.Chromatogr. A, 513, 181-194, 1990.

Kitap için: Yazarın soyadı, adının baş harfleri, varsa bölüm başlığı, varsa editörün soyadı, adının baş harfleri, (ed) ibaresi, kitabın adı (italik), yayınevinin adı, şehir, varsa cilt no, sayfa no, basıldığı yıl.

Nagai T, Takayama K. A Novel Method Based on Artificial Neural Networks for Optimizing Transdermal Drug Delivery Systems, Wise DL (eds), Handbook of Pharmaceutical Controlled Release Technology, Marcel Dekker, Inc., New York, 271-285, 2000.

Yazılar aşağıda yer alan adrese e-mail ya da basılı halde posta yoluyla iletilir.

Türk Eczacıları Birliği

Cinnah Caddesi Willy Brandt Sok. No: 9 Çankaya/ANKARA

Tel: 0.312.409 81 00 • Fax: 0.312.409 81 09

e-mail: teb@teb.org.tr

Türkiye Eczacılık Kongreleri

Prof. Dr. A. Ahmet BAŞARAN

TEB Eczacılık Akademisi Başkanı

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi Anabilim Dalı

abasaran@hacettepe.edu.tr



Meslek örgütlerimiz tarafından bugüne kadar organize edilen Türkiye Eczacılık Kongreleri'nin kronolojisi ve içerikleri ile bulunan bilgiler derlenmiş ve daha sonraki çalışmalara ışık tutmak için kayıt altına alınmıştır.

I. Türkiye Eczacılık Kongresi

(11-14 Mayıs 1980 Ankara)

İstanbul, Ankara, İzmir Eczacı Odaları ve Kamu Eczacıları Derneği tarafından ortaklaşa hazırlanmış ve Ankara'da toplanmıştır. Ne yazık ki kongre tutanağı elimizde bulunmamaktadır.

II. Türkiye Eczacılık Kongresi

(14-16 Mayıs 1982 İstanbul)

İstanbul Eczacı Odası tarafından düzenlenmiş ve İstanbul'da gerçekleştirilmiştir. Bu kongre ile ilgili tutanaklar elimizde bulunmamaktadır.

III. Türkiye Eczacılık Kongresi

(11-13 Mayıs 1989 İstanbul)

Türk Eczacıları Birliği ve İstanbul Eczacı Odası tarafından düzenlenmiş ve İstanbul'da toplanmıştır.

Bu dönem, Türkiye'de Eczacılığın 150. yılı olması nedeniyle çok kapsamlı etkinlikler yapılmış. Bu Kongreyle, I. ve II. Eczacılık Kongrelerinden sonra

bu toplantıların belirli bir periyoda kavuşturulması amaçlanmıştır. Toplanacak olan kongrelerde; üniversitelerde farmasötik bilimlere ait çalışma ve gelişmelerin tüm meslektaşlara açılması ve gün geçtikçe artan sorunlarıyla ilaç, eczacılık, halk sağlığı konusundaki görüşlerin yeniden gündeme getirilip, bu aşamadan sonra belirli bir sonuca ulaşması yönünde bir adım atılması hedeflenmiştir. Ayrıca demokrasi, hak ve özgürlükler de bu kongrenin diğer önemli gündemleridir.

IV. Türkiye Eczacılık Kongresi

(10-12 Mayıs 1991 İstanbul)

İstanbul, İzmir, Bursa, Eskişehir, Antalya, Trabzon ve Sakarya Eczacı Odaları tarafından düzenlenmiş ve İstanbul'da toplanmıştır. Kongrenin ana teması "İlaç, Eczacılık-Halk Sağlığı" olarak belirlenmiştir.

V. Türkiye Eczacılık Kongresi

(21-23 Mayıs 1993 İstanbul)

İstanbul, Ankara, İzmir, Bursa, Eskişehir, Antalya, Trabzon, Afyon, Sakarya Eczacı Odaları, İstanbul Ecza Koop., Eskişehir Ecza Koop., İçel Ecza Koop., TES-Koop. ve AYEK tarafından düzenlenmiş ve İstanbul'da toplanmıştır. Kongre; ilaç, ec-

zacılık ve halk sağığı konularında yeni gelişmelerin sunulduğu, sorunların tartışıldığı, çözüm önerilerinin getirildiğı bir platforma dönüşmüştür. Bu Kongrede ayrıca farkındalık yaratabilmek amacıyla, ilkokul öğrencileri arasında “Sağılıklı Çevre, Sağılıklı Yaşam” konulu resim yarışması; lise ve dengi okul öğrencileri arasında “Demokrasi, Çağdaşlık ve Laiklik” konulu yazı yarışması; “İlaç Gibi” konulu karikatür yarışması; Güzel Sanatlar Akademisi Grafik Bölümü öğrencileri arasında “İlaç ve Yaşam” konulu afiş yarışması düzenlenmiştir.

VI. Türkiye Eczacılık Kongresi

(23-25 Mayıs 1997 İstanbul)

Türk Eczacıları Birliğı, Tüm Eczacı Kooperatifleri Birliğı ve 26 Bölge Eczacı Odasının katıldığı ve yürütmenin İstanbul Eczacı Odası tarafından yapıldığı bir organizasyonla İstanbul’da gerçekleştirilmiştir. Kongre ile ilgili tutanaklara ulaşılamamıştır. Kongrenin düzenlenmesine katılan odalar; İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Konya, Samsun, Bursa, Eskişehir, Antalya, Diyarbakır, Zonguldak, Trabzon, Tekirdağ, Manisa, Sakarya, Ordu, İçel, Kastamonu, Hatay, Balıkesir, Kocaeli, Muğla, Afyon, Çanakkale, Sivas, Van Eczacı Odası’dır.

VII. Türkiye Eczacılık Kongresi

(19-21 Haziran 2003 İstanbul)

Türk Eczacıları Birliğı, Tüm Eczacı Kooperatifleri Birliğı ve İstanbul Eczacı Odası tarafından düzenlenmiş ve İstanbul’da toplanmıştır. Bildiri özet kitabı yayınlanmıştır. Bu Kongre, eczacılık mesleğini ve toplumun eczacılık mesleğinden beklentilerini köklü bir biçimde sorgulamak ve bu sorgulama ışığında mesleği yeniden yapılandırabilmek için etkinlik üretmek amacıyla altı yıl aradan sonra tekrar düzenlenmiştir. Kongrenin ana başlıkları arasında; eczacılık eğitimi, biyoteknoloji, iyi eczacılık uygulamaları ve fitoterapi yer almıştır.

8. Türkiye Eczacılık Kongresi

(26-28 Ekim 2006 Ankara)

Türk Eczacıları Birliğı ve Ankara Eczacı Odası’nın ortak organizasyonu ile düzenlenmiş ve Ankara’da toplanmıştır. Bildiri özet kitabı ve kongre tutanak kitabı yayınlanmıştır. Kongrenin ana başlıkları; farmasötik teknoloji, eczacılık eğitimi, madde bağımlılığı ve eczacının madde bağımlılığının önlenmesindeki rolü, ilaçta geri ödeme sorunları ve çözümleri, klinik eczacılık, Avrupa hastane eczacılığı, fitoterapi ve farmakovijilans olarak belirlenmiştir.

İstanbul Eczacılık Kongresi

(8-10 Aralık 2006)

(İstanbul Eczacı Odası 50.Yıl Kongresi)

İstanbul Eczacı Odası ve İstanbul Ecza Kooperatifi tarafından düzenlenmiş ve İstanbul’da toplanmıştır. Bildiri özet kitabı ve kongre tutanak kitabı yayınlanmıştır. İstanbul Eczacı Odası’nın kuruluşunun 50. yılı olması nedeniyle düzenlenmiştir. Kongrede; hayata ve edebiyata dair, kentleşme ve kent kültürü, Türkiye’de ilaç sanayinin gelişimi ve eczacılık eğitimi, Avrupa Birliğı’nde serbest eczacılık uygulamaları, kooperatifçilik ve eczacı kooperatifleri, sağılık sektöründe etik sorunlar, 9197 sayılı kanun, sağılıkta dönüşüm gibi başlıklarda söyleşi ve sunumlar gerçekleştirilmiştir.

9. Türkiye Eczacılık Kongresi

(13-16 Kasım 2008 İstanbul)

Türk Eczacıları Birliğı, İstanbul Eczacı Odası ve İstanbul Eczacı Kooperatifi’nin organizasyonu ile İstanbul’da toplanmıştır. Kongre bilimsel programı kapsamında; aile hekimliği ve eczacılığa etkileri, bilim felsefesi, dünyada eczacılık uygulamaları, eczacı kooperatifleri, eczacılık eğitimi, eczacılık yasaları, eczacılıkta güncel uygulamalar, eczacılıkta

iletişim teknolojileri, farmakoekonomi, farmakovijilans, fitoterapi, Genel Sağlık Sigortası, homeopati, ilaç üretiminde eczacının yeri, ilaç ve patent, iyi eczacılık uygulamaları, jenerik ilaç, klinik eczacılık, madde bağımlılığı ve eczacının rolü, mesleki etik, serbest eczacılığın geleceği, Türkiye’de sosyal güvenlik sorunu konularında sunumlar yapılmıştır. Ayrıca diğer Kongrelerden farklı olarak, eczacılık fakültesi öğrencilerinin de Kongreye etkin olarak katılabilmeleri, mesleği daha yakından tanımaları ve kendi ürettikleri bilgileri paylaşmaları adına “Eğitim Sistemimiz: Beş Olsun Boş Olmasın” başlıklı bir “Gençlik Forumu” gerçekleştirilmiş ve Sonuç Bildirgesi yayınlanmıştır.

10. Türkiye Eczacılık Kongresi (30 Eylül-3 Ekim 2010 Ankara)

Türk Eczacıları Birliği, Ankara Eczacı Odası ve Tüm Eczacı Kooperatifleri Birliği’nin organizasyonu ile Ankara’da toplanmıştır. Kongrenin ana teması “Gelecek” olarak belirlenmiştir. Kongrede; sağlığın, sağlık mesleklerinin, eczacılığın ve Türkiye’nin geleceğine dair bakış açısı geliştirmek ve vizyon oluşturmak amaçlanmıştır. Türk Eczacıları Birliği Gençlik Komisyonu da bir Öğrenci Çalıştayı düzenleyerek, eczacılığın geleceğini konuşma ve tartışma fırsatı bulmuşlardır. Bildiri özet kitabı ve kongre tutanak kitabı yayınlanmıştır. Ayrıca Kongrede sunulan bildirilerden bazıları MİSED’in 25-26. Kongre Özel Sayısı’nda yayınlanmıştır.

11. Türkiye Eczacılık Kongresi (18-21 Ekim 2012 Ankara)

Türk Eczacıları Birliği’nin organizasyonu ve evsahipliğinde, Tüm Eczacı Kooperatifleri Birliği’nin desteğiyle Ankara’da gerçekleştirilmiştir. Kongrenin ana teması “Sağlıkta Değer, Sağlık Her Şeye Değer” olarak belirlenmiştir. Yine Türk Eczacıları Birliği Gençlik Komisyonu bir Öğrenci Çalıştayı

düzenlemiş; sorunlarını, beklentilerini ve mesleklerinin geleceğini tartışma olanağı yakalamışlardır. Kongre Bildiri özet kitabı yayınlanmıştır.

Bütün bu Kongreler dizisi eczacıların ve eczanelerin sorunları açısından olumlu sonuçlar doğurmuştur. Yıllardan beri değiştirilemeyen, ihtiyaçlara yanıt vermekten uzaklaşmış 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun’un yeniden düzenlenmesi hızlandırılmıştır. Meslek hakkı, eczacılar dışındaki otoriteler tarafından da kabul görmüştür. Sağlık Bakanlığı klinik eczacı istihdamına sıcak bakmış ve hastanelerde kadro tahsis edilmiştir. Farmakovijilans konusunda eczacıların geri bildirimleri Sağlık Bakanlığı’nda dikkate alınmaya başlanmıştır. Medyada yer alan ilaç ve bitkisel ürünlere ait reklamların kaldırılmasına yönelik farkındalık ve hareketlilik yaratılmıştır. Bitkisel ürün/besin destekleri/gıda takviyeleri alanında daha etkin çalışmalara başlanmış, Gıda, Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ile yapıcı bir diyaloga girilmiştir. İlaç dağıtım sistemleri içerisinde eczacılar için çıkış kapısı ve bir güvenlik şemsiyesi olan kooperatifçiliğin önemi bir kez daha vurgulanmıştır. Olağanüstü durumlarda ilaç temininde eczacının rolü bir kez daha ortaya konmuştur.

Bu çıktılardan elde edilmesinde Türk Eczacıları Birliği’nin kararlılıkla bilimsel kongre düzenlemeye devam etmesinin, sorunları tartışmasının ve kongrelerdeki sunuların sonuçlarını takip etmesinin önemi yok sayılamaz. Bu nedenle 11’ncisi düzenlenen Türkiye Eczacılık Kongresi “Sağlıkta Değer, Sağlık Her Şeye Değer” başlıklı ana teması ile sağlık, ilaç ve eczacılık alanına dair birbirinden önemli konuları gündeme taşımıştır.

TEB olarak Kongrelerin düzenlenmesinde emeği geçen herkese teşekkür ederiz.

“Yaşam Bize Armağan ya da Sağlığın Değeri”

Prof. Dr. A. Gürhan FİŞEK

Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Bölümü, İş Hukuku, Sosyal Güvenlik Anabilim Dalı
agf@fisek.org / www.fisek.org.tr



1951 yılında doğdu. 1976 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ni iyi dereceyle bitirdi. 1980 yılında Hacettepe Üniversitesi'nde doktora çalışmalarını Prof.Dr.İsmail Topuzoğlu'nun danışmanlığında yürüttü. İş Sağlığı Doktora derecesi aldıktan sonra yine aynı dalda 1987 yılında Doçent ünvanını aldı. 1977 yılında Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi'nde başladığı doktora çalışmasını, Prof.Dr.Cahit Talas'ın danışmanlığında yürüttü; 1980 yılında yeterlik sınavını geçtikten sonra, 1985 yılında tez savunmasını vererek, sosyal politika konusunda doktora derecesini aldı. 1999 yılında Profesör ünvanını aldı.

1982 yılında hazırlıklarına başlanan Fisek Enstitüsü'nün kurucuları arasında yer aldı. Bugün genel yönetmenliğini yapmakta ve Vakfın yayını olan hakemli Çalışma Ortamı dergisinin de editörlüğünü yürütmektedir. 1986-90 yılları arasında Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi'nde, işyeri hekimliği sertifikası programını başlatan "İş Sağlığı Kolu"nun başkanlığını ve kurslarda eğiticiğini yaptı. 1990 yılında Gazi Üniversitesi İş Kazalarını Önleme ve Araştırma Enstitüsü'nde iş sağlığı ve güvenliği alanında ders vermeye başladı. 1994 yılında A.Ü.S.B.F. Tarafından açılan kadroya başvurmuş; seçici kurul incelemesinden sonra İş Hukuku ve Sosyal Güvenlik Doçenti olarak göreve başlamıştır. Sosyal güvenlik, iş sağlığı güvenliği, iş sağlığı güvenliği denetimi, hükümet dışı kuruluşlar, sosyal hekimlik politikaları, sosyal dışlanma başlıklı dersler verdi. Yüksek Öğretim Kurumu'nu SSK Genel Kurulu, İş-KUR Genel Kurulu'nda temsil etti. Fisek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı'nı, Ulusal İş Sağlığı Güvenliği Konseyi'nde temsil etti.

1. Middle East Awards (MEAWARDS) (1984),

2. T.C. Cumhurbaşkanlığı Takdir Belgesi (1997), ödülleri sahibidir.

1976-77 İşyeri Hekimi (MKEK Marangoz Fab.); 1977-78 İşyeri Hekimi (Ankara Belediyesi Elektrik, Havagazi ve Otobüs İşletmesi); 1978-1981 İş Güvenliği Müfettişi (Çalışma Bakanlığı, 24.5.1981'de Baş İş Müfettişliğine atanma); 1981-82 İşçi Sağlığı Müfettişi (Askerlik hizmeti - Milli Savunma Bak.); 1982-94 İşyeri Hekimi (Kutuluş Makina Sanayii ve Çelik İmalat A.Ş.); 1986 Dünya Sağlık Örgütü Danışmanlığı/Child Labour; 1986'dan itibaren Fisek Sağlık Hizmetleri ve Araştırma Enstitüsü'nde kurucu, araştırmacı ve katılımcı olarak çalışmalar; 1986-1991 Türk Tabipleri Birliği İşçi Sağlığı Kolu Kurucu Başkanlığı, Ankara; 1988-1991 Türk Tabipleri Birliği Yönetim Kurulu Üyeliği (2 kez seçilme); 1990-1993 Gazi Üniversitesi Kazaları Önleme ve Araştırma Enstitüsü'nde Öğretim Görevliliği (İşçi Sağlığı İş Güvenliği); 1993-2005 Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Öğretim Görevliliği (İşçi Sağlığı İş Güvenliği); 1992'den itibaren Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü'nde Öğretim Görevliliği (Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri); 1994'ten itibaren Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi'nde Öğretim Üyeliği (Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri); 1997-2005 Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Fakülte Kurulu Üyeliği (Önce Doçent temsilcisi, sonra Profesör temsilcisi); 1997'den itibaren Fisek Enstitüsü Çalışan Çocuklar Bilim ve Eylem Merkezi Vakfı kuruculuğu ve genel yönetmenliği; 2001 Devlet Planlama Teşkilatı 8.Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu "İş Sağlığı Güvenliği" Çalışma Grubu Başkanlığı; 2001 Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu Araştırma Danışma Kurulu Üyeliği; 2002-2006 Ankara Üniversitesi ATAUM Yönetim Kurulu Üyeliği; 2002 EU/OSH/Türkiye: "Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının ve İş Sağlığı Güvenliği Merkezi'nin Desteklenmesi" (ISAG) Projesinin Hazırlanması ve Değer Bilgisi Çalışmasında Uzman; 2004 EU/LO/Türkiye: Tekstil Sektörü Sosyal Taraflar Eğitim Projesi'nde Uzman; 2004-2007 SSK Genel Kurul Üyesi (Üniversite Temsilcisi); 2004-. İş-KUR Genel Kurul Üyesi (Üniversite Temsilcisi - devam ediyor); 2005-2008 Ulusal İş Sağlığı Güvenliği Konseyi üyesi (STK Temsilcisi) olarak çeşitli görevler yaptı.

Alanıyla ilgili kitap yazarlığı; kitaplarda bölüm yazarlığı; akademik olarak bilimsel dergilerde yayımlanmış pek çok makalesi, ulusal ve uluslararası kongrelere sunduğu çok sayıda bildiri ve posterleri mevcuttur. Ayrıca alanıyla ilgili pek çok yaratıcı çalışma ve projesi vardır.

İlgili Alanlar: İş Sağlığı Güvenliği, Sosyal Güvenlik, Sosyal Hekimlik Politikaları, Çocuk Emeli, Küçük ve Orta Boy İşletmelere (KOBİ) Sağlık ve Sosyal Hizmet Sunumu, Toplum Örgütleri (Katılım, Üretkenlik ve Yönetim)

Öncelikle, ne konuşacağımı merak edip geldiğiniz için size teşekkür ediyorum. Ardından böyle bir olanağı bana sunan Düzenleme Kurulu'na teşekkür ediyorum.

Yaşamın gerçekten bir armağan olduğunu düşünüyorum. Çok küçük, küçücük bir spermin, küçücük bir yumurta hücresini bulabilmek için gösterdiği gayreti, döllenen yumurta hücresinden çocuğun meydana gelişini, gelişmesini, olgunlaşmasını düşündüğümüz zaman, gerçekten bu çok büyük bir armağan. Ama bu armağanın acaba değerini biliyor muyuz? Bunu sadece bireysel olarak görmeyin. Kendinize, kendi sağlığınıza

bakıp bakmamanızla ilgili değil; size nasıl baktıklarınızla ilgili bu. Acaba gerçekten bu armağanı iyi koruyor muyuz, iyi değerlendiriyor muyuz? Bu bir tartışma konusu.

Şimdi, değer konusunu düşünmeye başladığımız zaman, üstüne çok söylenecek şey var. Çünkü "değer", başlı başına teorilere konu olmuş bir konu. Biz burada sağlığın değeri dediğimiz zaman, sağlık alanına bir göz atmamız gerekiyor. Sağlık alanına baktığımda, hep benim gözümün önünde bir buzdağı oluşmakta. Buzdağının bir görünen kısmı var, bir de suyun altındaki kısmı var. Düşünün, suyun üstündeki kesim kim? Su-

yun üstünde kalan, az miktardaki kesim hastalar. Genellikle toplum sağlık deyince hastaları görüyor. Buzdağının en tepesinde kim var? En hastalar var. En hastalar en çok ilgi bekleyenler.

Dolayısıyla, sağlık dediğimiz zaman, karşımızda sanki hastalardan oluşan bir alan varmış gibi geliyor. Buna karşın buzdağının bir de alt tarafı var. Kendini sağlıklı sananlar da onun içinde. Belki hastadır, ama kendisini sağlıklı sanıyor. Dolayısıyla, sağlık alanındaki çalışmalar dediğimiz zaman, sadece hastalara yönelik çalışmaları kastetmiyoruz. O suyun dibindeki çalışmaları kastediyoruz.

Şimdi, biz nasıl bir çalışma izleyelim? Buzdağının tepesine doğru mu tırmanalım, yoksa suyun dibine dalıp, buzdağının dibini mi araştıralım? İkisini de yapmamız gerekiyor, ama ikisine de aynı değeri vererek yapmamız gerekiyor. Sağlık bir bütün; onun için suyun altındaki çalışmalara indikçe, o bütünlüğü daha iyi kavramaya başlıyoruz. Ekip çalışmasını daha iyi görmeye başlıyoruz. Halbuki buzdağının tepesine doğru gittikçe, karşımızda yıldızlaşan bir doktorla karşılaşıyoruz. Buna karşın aşağıya doğru indikçe, daha geniş bir ekip çalışması karşımıza çıkıyor.

“Sağlık bir bütün” dedik. Burada Sayın Prof. MeKin Tanker’i ve Sayın Prof. Nusret Fişek’i anımsamak istiyorum. 1988 yılında Sağlık Meslek Birlikleri Danışma Kurulu’nda sağlık alanında çalışan meslek odalarını bir araya getirerek, bize sağlığın bütünlüğü konusunda çok önemli bir ivme verdiler, ders verdiler.

Sağlık alanına baktığımız zaman, bırakın, yaşamımıza baktığımız zaman, bir öngörüsüzlükle karşılaşıyoruz. “Boş ver, hasta olunca çaresine bakarız” denilen anlayış, işte bizim sağlık alanındaki çıkmazlarımızın başında geliyor. O gününbirlik yaşama gayeti, o gününbirlik yaşama düşüncesi sağlık alanının baş düşmanlarından.

İş kazaları tamamen önlenabilir nitelikte olaylardır. Meydana gelmiş olmaları bir ihmalin göstergesidir. Elimde, 1998’den 2010’a kadar ölümlü iş kazalarının dökümü var. (Tablo-1) Tabii, SSK

istatistiklerine göre, işçi sayılmış olanların ölümlü iş kazaları. Türkiye’de iş kazası istatistikleri sıkça konuşuluyor. İstatistiklere inanmayın. İstatistikler kayıt dışının da etkisiyle, çeşitli nedenlerle maalesef gerçeği yansıtmıyor; ama ölümlü kazalar öyle değil. Ölümü saklayamazsınız, ölümü kayıt altına almak zorundasınız. Onun için en sağlıklı iş kazası istatistikleri ölümlü iş kazalarıdır.

Görüyoruz ki, 1998’de 1094 kişi, uzatmıyorum 2010’a geliyorum 1434 kişi ölmüş. Atatürk Barajı’na gittiyse, Şanlıurfa’da orada bir tane parkın ortasında bir anıt yapmışlar. Baraj inşaatında ölenlerin anısına dikilmiş bir anıt. Bir sivri yeri var, etekleri var, eteklerinde yapraklar şeklinde plakalar var. Her plakada o inşaat sırasında ölen bir işçinin adı var. Hepsinin üstüne şöyle yazmışlar; “İş kazalarında öldük, keşke ölmeseydik”. Bu, beni hatırladıkça hüzünlendiren bir konu, keşke ölmeselerdi de ve ölmemeleri de mümkündü. Ama öngörüsüzlük onları öldürdü. Önlemlerin alınmayışı onları öldürdü. Şimdi devam ediyoruz. Tersane ölümleri hepimizin yüreğini burktu. Kocaeli Üniversitesi’nden Prof. Aziz Çelik geçen gün bir açikoturumda şöyle bir örnek verdi; “o kazaların en yoğun olduğu dönemde, o özel tersanelerin hemen yanı başında bir askeri tersane vardı. Orada da gemi yapılıyordu, ama iş kazalarından ölen sayısı özel tersanelerden 30 kat düşüktü. Çünkü önlem alınıyordu.” Yine de

Tablo-1 - Ölümlü İş Kazalarının On Yıllık Dökümü

YILLAR	ÖLÜM NEDENİ		TOPLAM
	İş Kazası	Meslek Hastalığı	
1998	1.094	158	1.252
1999	1.165	168	1.333
2000	1.160	13	1.173
2001	1.002	6	1.008
2002	872	6	878
2003	810	1	811
2004	841	2	843
2005	1.072	24	1.096
2006	1.592	9	1.601
2007	1.043	1	1.044
2008	885	1	886
2009	1.171	0	1.171
2010	1.434	10	1.444



yeterli alınamamış olabilir, üç kişi olduğuna göre. Ama önlem alırsanız iş kazalarını önlersiniz, işte öngörüsüzlük dediğimiz alan buradan başlıyor. Bunu yaygınlaştırabiliriz, birçok alana da yayabiliriz ve oradan koruyucu hekimlik çalışmalarına atlayabiliriz.

Şimdi, hastalanıncaya kadar bekleyip, ondan sonra müdahale etmek bir yaklaşım. Bu yaklaşım bize Bismarck'tan yadigar. Sosyal güvenlik derslerini anlatırken biz ikiye ayırıyoruz. Diyoruz ki, sosyal güvenlikte iki tane yaklaşım vardır. Bunlardan bir tanesi Bismarck'ın yaklaşımı, tazminci yaklaşım; yani hasta ol, kazaya uğra, gel, kaç paraysa ödeyeyim. Tazminci yaklaşım bu. Bismarck 1884'te sigorta uygulamasını başlatırken böyle demiş; "hastalanırsan haberim olsun, ödeyeyim".

Ondan sonra gelişmeler, gelişmeler ve o gelişmenin ne olduğunu hatırlayacaksınız. 1942'lerde de Beveridge çağdaş sosyal güvenlik yaklaşımı olarak ve onun öncülleri sosyal politikayı getirmişler ve önlemek ön plana geçmiş. Tedbirleri alacaksınız, ondan sonra eğer ona rağmen hastalanan, yaralanan olursa, gelir kaybına uğrayan olursa telafi edeceksin.

Şimdi geldik 2012 yılına, biz hâlâ Bismarck'ın yolundan gidiyoruz. Çağdışı bir yaklaşım. Şundan

dolayı, bu Bismarck'ın kusuru değil; Bismarck 1884'te hastalık sigortasını ortaya attığı sırada mikroplar bilinmiyordu. Mikrop çoktu da, mikrobi bilen yoktu. Robert Koch 1882 yılında tüberküloz basili bulmuştu ve 1892 yılında bu uygulamaya geçti. Dolayısıyla, Bismarck'ın hastalıklar karşısındaki bu tutumunu anlamak mümkün. Mesela, bizde 1869 yılında Maden Nizamnamesi diye Zonguldak'ta bir nizamname çıkarmıştık, Zonguldak işçileri için. Şöyle yazar: "İşveren hastalanan işçiler için doktor bulundurmak ve revir kurmak zorundadır. Hafif hastalar revire, ağır hastalar köyüne". Niye? Sebebinin bilmiyorlar ki, doktor ne yapsın? Hafif hastaysa, herhalde birtakım ilaçlarla acısını, sancısını alacak, ama ağırısa ne yapsın, gitsin ölsün köyünde.

İşte tazminci yaklaşım ta o zamanlardan kalmış köhne bir yaklaşım. Ayrıca şimdi baktığımız zaman, insanlık dışı bir yaklaşım. Onun yerine biz sağlık alanına baktığımız zaman, sağlık alanında koruyucu hekimlik meselesini gündeme aldığımız zaman, iki tane sağlıkta yaklaşım ortaya çıkıyor. Bir tanesi geleneksel görüş, bir tanesi de çağdaş görüş. Bunlar hizmetin kapsamı, hizmet sunulan kişi, bu kişinin değerlendirilmesi, hastalıkların nedeni, teşhis ve tedavi hizmeti, hizmet sunma gibi çeşitli şeylerle farklılıklar gösteriyor.

Ben size birkaç örnek vererek geçmek istiyorum. Mesela, hastalıklardan korunma, toplum hekimliği görüşünde öncelik alıyor. Buna karşın geleneksel görüşte ancak özel hallerde ve sınırlı bir kullanıma sahip. Hizmetin kapsamında geleneksel görüşte tedavi ve rehabilitasyon, çok sınırlı koruma önlemleri var. Buna karşın, çağdaş hekimlik anlayışında koruma, tedavi, rehabilitasyon ön plana geçiyor.

Şimdi, bu yaklaşımları çoğalttığımız zaman, örgütlenmesinden, toplumsallık kavramına kadar şu karşımıza çıkıyor. Bu insan gücü planlamasında tıp eğitime kadar birçok konuyu yakından etkiliyor. Ülkemizde sosyalizasyon uygulamasıyla bu çağdaş sağlık görüşü gündeme getirildi, uygulamaya geçti.

Kuru kuruya bir şeyi savunmanın bir anlamı yok. Rakamlarla konuşmak lazım. Sosyalizasyonun başladığı 1960'lı yıllarda bir araştırma var, 1963 Hıfzıssıhha Okulu'nda yapılan araştırmaya göre bebek ölüm hızı binde 170, kaba doğum hızı binde 35. 2008'e geldiğimiz zaman, bebek ölüm hızı 17, 170'ten 17'ye düşmüş, onda 1'e kadar inmiş, kaba doğum hızı da yarıya düşmüş, 17,8'dir.

Bu bize şunu gösteriyor. Bütün budama gayretlerine rağmen, sosyalizasyonu başarıyla uygulayan ülkemizde bu plan çerçevesinde sağlık göstergelerinde önemli gelişmeler elde edilmiş. O zaman, koruyucu hizmetleri 5 bin kişiye bir sağlık ocağı örgütlenmesiyle götürüyorduk. Şimdi, bugün sağlıkta dönüşümde koruyucu hizmetler 50 bin kişiye bir toplum sağlığı merkeziyle yürütülüyor. Dolayısıyla, maalesef sağlık göstergelerinde olumsuz doğru bir dönüş bekliyoruz. Sadece beklemiyoruz, şöyle bir öngörümüz de var; "Parayla güzellik olmaz" diyorlar. Şimdi, sağlıkta siz parası olana daha çok hizmet sunmaya başladığınız andan itibaren, seçeneklerini artırdığınız zaman, ödeme olanağı sınırlı olanların bu hizmetlerden yararlanmasını azalttığınız zaman, çok farklı tablolar ortaya çıkacak.

Şimdi size soruyorum sağlıklı parayla alınır satılır bir hale getirdiğiniz zaman, en çok kim para öder? Demin baktığımız buzağı vardı ya, buz-

dağının en tepesindekiler öder. En zorda olan en çok parayı ödeme gayreti içerisine girer. Olsa da olmasa da buluşturup, bir yolunu bulup ödeme gayreti içerisine girer. Ama bize tıp fakültesinde toplum hekimliği dersinde ilk öğrettikleri şey şuydu; herkes için kendi hastalığı önemlidir; ister ağır olsun, ister hafif olsun, en önemlisi kendi hastalığıdır. Dolayısıyla, hasta bir kişi için siz bir değerlendire yapamazsınız. Senin hastalığın önemli, senin hastalığın önemsiz diye. Karşımızda hastalığından yakın bir kişi var ve hastalığının tedavisini bulmak istiyor. Onun için bizim hedefimizin herkese sağlık olması gerekiyor; ama böyle demekle de bitmiyor. Sağlık bir bütün ve bunun bileşenleri var.

Sağlık bir bütün, hep sağlık üzerine konuştuk, şimdi onun bileşenlerine bakalım. Yaşam bize bir armağan dedik. O zaman yaşama değer vermemiz gerekiyor. Ama nasıl göstereceğiz yaşama değer verdiğimizizi? Bunun için önerimiz bir bileşik gösterge. **(Şekil-1)** Demek ki yaşam sadece sağlığa değer vermekle değerli kılınmıyor. Bu birçok bileşke kavramdan oluşuyor. Sözgelimi sosyal güvenlik ya da güvence olmadan, insana değer verdiğinizizi gösteremezsiniz. Çalışma hakkı ve işsizliğin önlenmesini sağlamadığınız sürece insana insanlığını hissettiremezsiniz. Belirli, insanca, yaşanabilir bir gelir düzeyi sağlamadığınız sürece, insana insanlığını duyuramazsınız, yaşamına değer verdiğinizizi anlatamazsınız.

Bilme hakkı ya da eğitim hakkını vermediğiniz sürece, insan bütün bunları nasıl değerlendireceğini de bilemez, dünyadaki yerini de kavrayamaz. Ama bunlar içerisinde en önemlisi şu; eğer insana hak arama ve örgütlenme özgürlüğünü vermezseniz, o bütün bunları sağlayacak olan mücadeleyi veremez. Zaman zaman öğrencilerime takılıyorum. Diyorum ki: "Şu hak arama örgütlenme özgürlüğünü ortadan kaldırsak, ortadan demokrasiyi çeksek, bir diktatör gelse, şunların hepsini verse iyi olmaz mı?" İyi olur da, yarın sabah ne yapacağı belli olmaz; şimdi verdi, yarın alır.

Dolayısıyla, bütün bu hakların güvencesi hak arama ve örgütlenme özgürlüğünden geçiyor. Şimdi,



Şekil-1 – Yaşama Verilen Değerin Bileşik Göstergesi

bunları bir başka şekilde de ifade edebilirdik. En başta insan hakları derdik, doğru. Şimdi, şu anda zaman zaman öğrencilerimize araştırma yaptırıyoruz. Şöyle bir araştırma düşünün, hayal edin. Bilimsel değil de, sadece bir gözlem düzeyinde yaptığımız araştırma bu. Ankara'nın merkezinden üç dört tane ok çıkartın ve o oku da üç parçaya bölün. Ankara'dan uzaklaştıkça, üç ayrı yerleşim yerinde bu göstergeler konusundaki toplumun durumunu öğrencilere gözlemlemelerini istiyoruz. Bu gözlemler çeşitli şeyleri ele veriyorlar.

Birincisi; hak arama, örgütlenme özgürlüğü konusunda en düşük değerlerin görüldüğünü ortaya çıkartıyor. İkinci olarak; bütün göstergelerin aşağı yukarı birbiriyle orantılı olduğunu görüyorsunuz. Bu bize şunu anlatıyor. Hiçbir zaman bir tanesinde olağanüstü başarı sağlamanıza imkân yok. Yani desek ki, sağlık alanında dünyada mükemmeli yakalamak istiyoruz. İşsizlik olduğu sürece, gelir düzeyi sınırlılığı olduğu sürece, eğitim yetersiz olduğu sürece bunu sağlayamazsınız. Onun için bütün bunlara yönelik bir politika geliştirmemiz lazım. Biz buna sosyal politika diyoruz. Ama size bir açıdan daha konuya yaklaşayım, sağlığın tanımı. Dünya Sağlık Örgütü Anayasası, bizim Sosyalleştirme Yasamız sağlığı şöyle tarif ediyor: "Yalnızca hastalığın ya da sakatlığın olmayışı değil, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali". Bedensel ve sosyal anlamda, ama sosyal ne demek, bir de sosyal hastalık mı var? Bana bir sosyal hastalık söyleyin. "Sosyal hastalık" tanımını da 1942 yılında İngiliz Lord Beveridge yapmış. "Dünyanın başında beş tane bela vardır. İşte bunlar sosyal hastalıklar; yoksulluk, hastalık

Yoksulluk Nedir?

UNDP Tarafından Getirilen İnsani Yoksulluk Ölçütü:

- Yaşam süresi yoksunluğu (40 yaş altında ölüm)
- Bilgi yoksunluğu (okur-yazar olamamak)
- Onurlu yaşam standardından yoksun olmak
- Güvenli su kaynaklarına ulaşamama
- Düşük ağırlıklı çocuk (beş yaş öncesi)

hali, bilgisizlik, sefalet, yani yaşam ve çalışma koşullarının kötülüğü ve işsizlik ya da tembellik" işte beş sosyal hastalık bu.

Demek ki biz, bedensel, ruhsal ve sosyal yönden iyilik hali derken, kişinin çevresiyle bir bütün olduğunu ve çevresinde bu hastalıklar olduğu sürece, onun sağlıklı kalabilmesine olanak olmadığını söylemeye çalışıyoruz. Beveridge'in bunları dile getirdiği dönem 1942. Çok enteresan, hani öngörüsüzlükten söz ettik. Beveridge Birinci Dünya Savaşında da görevdeymiş. Birinci Dünya Savaşı'nda İngiltere'de ona verdikleri görev şu. Şimdi savaştayız, ama yarın barışta olacağız. Barışta nasıl sosyal politikalar geliştirmemiz gerektiğini bugünden düşünmeye başlar mısın? Şu öngörüye bakın; savaşıyorlar, kıyasıya bir savaş sürüyor ve barış döneminde neler yapılması gerektiğini düşünmeye başlıyorlar.

İşte 1942 yine savaşın ortası, yine kıyasıya bir savaş var ve Beveridge sosyal hastalıklar ve buna karşı ne tedbirler alınması gerektiğini ifade eden Beveridge Raporunu ortaya koyuyor.

Burada çakışan konular var. Deminki altıgenle, buna bakın ve bundan sonra şuna bakın. Yoksulluk nedir? Dünya Bankası'na sorarsak yoksulluğu gelir olarak tarif ediyor. İşte geliri yıllık şu kadar Doların altında olan, üstünde olan gibi

tarif ediyor. Hayır, Birleşmiş Milletler Kalkınma Programı'nın yoksulluk tanımı son derece ilginç. Bakın şimdi "yoksulluk nedir?"in cevabı olarak insani yoksulluk ölçütü geliştirmişler. Yaşam süresi yoksunluğu, yani 40 yaşına erişmeden ölenler. Bilgi yoksunluğu, yani okuryazar olamayanlar. Onurlu yaşam standardından yoksun olanlar, güvenli su kaynaklarına ulaşamayanlar, düşük ağırlıklı çocuklar. Ne oldu, yoksulluğu nasıl tarif etti? Bundan önce de başka göstergelerinden de çıkartarak, size bir ek yaparak sunacağım.

Bir "sağlık" dedi, bir "eğitim" dedi, bir de öbür göstergeleriyle birlikte "gelir" dedi. Demek ki, yoksulluğu biz sağlık, eğitim ve gelir ölçütleriyle değerlendirmek zorundayız. O zaman, tek başına yaşam süresi yoksunluğunu açıklayamıyoruz. Çünkü neye ihtiyacımız var. Okuryazar olmadığını bilmeye ihtiyacımız var. Onurlu yaşam standardına ulaşip ulaşmadığını anlamamız lazım. Güvenlik su kaynaklarına ulaşıyor mu, ulaşmıyor mu bilmemiz lazım. Çocukların beş yaş öncesi ağırlıklarını bilmemiz lazım. Önemli mi? Çok önemli.

Çıraklar üzerinde yapılan bir araştırmada gelişme gerilikleri saptanıyor. Vücut oranlarında ve vücut endekslerinde farklılıklar görülüyor. Neye bağlı? Çalışma koşullarına bağlı, beslenmeye bağlı, yetiştirilmeye bağlı. O zaman, değerden söz ettiğiniz zaman, şunu düşünmemiz gerekiyor; acaba bunları sağlayamayan insanların yaşamına değer vermiş oluyor muyuz? Değer verilmiş midir bu insanlara? Bu soruyu sormamız gerekiyor.

Peki, bunun için nasıl çözümler üretmek zorundayız? Hiç kuşkusuz önce herkesi hedef almamız gerekiyor. Yani bu toplumda istisnasız herkesin bundan yararlanması gerekiyor. Halbuki buna baktığımız zaman, Birleşmiş Milletler o kadar aptal değil. Bununla yetinmiyor, bir de aklıma geldi şuna bakalım diyor. Acaba kadın erkek farkı var mı? Yani cinsiyet tablonun içine girdiği zaman, mesela Türkiye'ye bakıyoruz. Türkiye ekonomik gelişmesiyle hiç bağdaşmayan bir ayıp içerisinde, ama orta sıralarda, 41. sıralarda falan. Halbuki şimdi biliyorsunuz biz dünya liderliğine oynuyoruz, yani çok

önlerde olmamız lazım, ama sosyal göstergelerde kadınlar devreye girince, 91. sıraya düşüyoruz.

Demek ki, herkesten söz edemiyoruz. Çok anekdotlar var da, ara sıra yutkunarak konuşuyorum. Ama beni etkileyen bir tane şeyden örnek vereyim size. Doktor arkadaşlarımızdan biri doğunun ücra kasabalarından bir tanesine gidiyor, doktorluk yapacak. Ara sıra kahveye çıkıyor, oturuyor ya da her akşam çıkıyor oturuyor. Camdan bakıyor, dışarıda bir adam çömelmiş kaldırımda, sürekli kendisini gözlüyor. Rahatsız oluyor, ama adam yanaşmıyor. Bir gün, iki gün, üç gün, beşinci günde arkasında ayak seslerini duyuyor. Eyvah diyor, ensem kurşunu yapıştıracak. Adam yanaşıyor, "doktor gidelim" diyor. Eyvah, gitsem mi gitmesem mi? "doktor gidelim, hasta var" diyor. Şimdi, doktor iki şey arasında kalıyor, bir hasta var dedi gitmesi lazım, bir de can kaygısı içerisinde. Fakat, artık boş bulunuyor gidiyor adamla birlikte. Diyor ki: "Böyle son derece karanlık, kötü bir kulübenin içine girdik, göz gözü görmüyor, ama pis bir koku. Gözüm ışığa alıştı bir baktım, oradaki ke-revitin üstünde bir kadın yatıyor. Biraz yaklaşıncan kanlar içinde olduğunu gördüm. 'bu ne dedim' diyor". "Doktor hasta var dedik ya" demiş. O an doktor anlıyor ki, o kadına bakması için getiriyor. "Bu, kaç gündür hasta?" demiş. "Var bir on gün" demiş. "Sen beş gündür benim peşimdesin, niye bana söylemedin?" "Doktor, biz hanımı öyle herkese teslim etmeyiz, seni önce bir izlemeliydim, nasıl bir adamsın, eve sokmaya değer bir insan mısın, öğrenmek zorundaydım, ondan sonra seni içeri alacaktım" diyor.

Maalesef sağlıktan önce gelen şeyler var bu toplumda. Onların da faturası kadınlara ve çocuklara çıkıyor. Şimdi, yaşam bize bir armağansa, bizim buna değer verilmesini istememiz gerekiyor. Onun için mücadele etmemiz gerekiyor. Yaşamımıza değer verilmesi için örgütlenmemiz gerekiyor. Örgütlerimizle insana değer verilmesi için devlete baskı yapmamız gerekiyor. Sosyal hukuk devletini savunmamız gerekiyor. Bu bizim görevimiz, bundan başka da çözüm yok.

İngiltere’de Eczacılık

Ecz. Ali Gül ÖZBEK
Kimyager / Eczacı, İngiltere
ozbek65@yahoo.com



1965 yılında Elbistan’da doğdu. 1990 yılında İnönü Üniversitesi Kimya Bölümü’nden mezun oldu. Bir süre İstanbul’da özel sektörde kimyager olarak çalıştı. 1992 yılında İngiltere’ye gitti ve 1995 yılında kayıt olduğu University of Portsmouth Eczacılık Fakültesi’nden 1999 yılında mezun oldu. İngiltere’de farklı kurumlarda eczane eczacısı olarak görev yaptı. 1999-2001 yılları arasında Bedford Hospital’de stajyer olarak ve eczacı olarak; 2001-2004 yılları arasında Boots eczaneler zincirinde mağaza sorumlusu eczacı ve NHS’de nöbetçi eczacı olarak çalıştı. Daha sonra Napclan bağımsız eczacılık firmasında eczacı olarak görev yaptı. 2006’dan itibaren Med Chem Eczanesi Özel Sağlık Kurumu Eczacısı olarak çalışmaktadır.

Eczacılıkla ilgili, hastaları bilgilendirme ve ilaçlar hakkında eğitime konusunda çalışmaları devam etmektedir. Eğitimde son deneyimi ve başarılı olduğu konulardan biri de hastalarının sigarayı bırakmaları konusunda vermiş olduğu destektir. Son yıllarda viral ya da allerjik kökenli öksürük ve solunum sistemi hastalıkları konusunda çeşitli eğitimlere katılıp sertifikalar aldı. Özellikle Eczacılık ve ilaçla ilgili her türlü araştırma çalışması içinde bulunmak ilgi alanları içerisinde yer almaktadır.

Ayrıca, İngiltere’de yaşayan Türk ve Türkçe konuşan toplumun sorunlarına faydalı olabilmek amacıyla “İngiltere Türkiyeli Sağlık Elemanları Birliği (İTSEB)” adı altında dernek kurma çalışmalarında yer aldı. Halen bu derneğin başkanlığını yürütmektedir.

12 yıldır Londra’da Eczacı olarak çalışmakta ve ileri seviyede İngilizce bilmektedir.

Burada kısaca İngiltere’de eczacılık sistemini anlatacağım. İngiltere’de bir kişinin eczacılık yapabilmesi için önce eczacılık fakültesinden mezun olması, sonra bir yıl staj yapması gerekmektedir. Bir yıllık süre bittikten sonra, staj danışmanı (stajdan sorumlu eczacı) size “evet bu kişi eczacılık yapabilir, yeterlidir” diye bir belge vermekte ve o belgeyle İngiltere Eczacılar Birliği’ne başvurulmaktadır. Başvuru Kabul edildiği takdirde bir sonraki kademe İngiltere Eczacılar Birliği’nin ya da İngiltere Eczacılar Konseyi’nin açmış olduğu yeterlik sınavını başarmaktır. Bu mesleki bilgilerinizi ölçen bir sınavdır bu sınav başarıldığı takdirde Eczacılar Birliğine üye olunmakta ve serbest eczacılık yapma hakkı kazanılmaktadır. Eczacı

olarak hastanelerde, özel bir şirkette çalışırsınız veya bir eczane zincirinde eczacılık mesleğini icra etme hakkına sahip olunmaktadır. İngiltere’de kayıtlı eczacı sayısı 47.873 olup 19.336’sı erkek, 28.537’si ise kadındır.

İngiltere’de ilaçlar üç kategoriye ayrılır;

1- Genel Satış Listesindekiler (GSL): Bu ilaçlar basit analjezikler, vitaminler, kozmetik ürünler gibi ilaçlardır. Bunlar eczanelerin dışında marketlerde, bakkallarda ve benzin istasyonlarında satılabilmektedir. İngiltere Eczacılar Birliği’ne göre ilaç sadece ve sadece eczanede ve eczacının gözetiminde satılmalıdır. Ancak, “halkın daha kolay ulaşabileceği merkezlerde satılması lazım” sa-

vından hareketle sadece GSL sınıfı ilaçlar eczane dışına çıkmıştır. Onun dışındaki ilaçlar eczanenin dışında bulundurulamamaktadır.

2- Eczanede Satılanlar (P): Sadece eczanede ve eczacının gözetiminde satılan ilaçlardır. Bu ilaçların terapötik etkisi daha çoktur ve eczacı kontrolünde verilme zorunluluğu vardır. Sadece eczacı varlığında bu grup ilaçlar eczanede satılabilir ya da hastaya verilebilir. Bu ilaçlar verilirken, bir doktor reçetesine ihtiyaç yoktur ve kutularının üzerinde **P** ibaresi bulunur.

3- Reçeteli İlaçlar (POM): Bu kategorideki ilaçlar, sadece doktor reçetesiyle verilebilecek ilaçlardır. Bu ilaçlar yine eczanede ve eczacının gözetiminde verilen ilaçlardır. Yani, eczacı bulunmadığında doktor reçetesi de olsa, bu ilacı siz hastaya verilemez. Paketlerinin üzerinde **POM** ibaresi bulunur. Bu ilaçlar hazır paket halinde verilmek zorunda değildirler, doktorun yazdığı sayı kadar verilir. Örneğin; doktor reçeteye 60 parasetamol yazdı, oysa parasetamol (POM) paketleri 100 tablet halinde gelir, eczacı bu paketin içinden 60 tableti çıkarıp yeni bir pakete koyar, üzerine de etiketini yapıştırıp hastaya öyle verir. Boş paketin ücretini de devlet öder.

İngiltere’de eczaneler ikiye ayrılır;

1- Hastanelerdeki Eczaneler (Hospital Pharmacy): Hastaneye gelen hastaya, günlük hastalara ya da yatan hastalara hizmet vermek amacıyla hastanenin içerisinde bulunan eczanelerdir. Burada çalışan eczacılar sadece hastaya ilaç vermekle yükümlü değildir; doktor servisi dolaşır, doktordan sonra da eczacı gider doktorun yazmış olduğu reçeteyi kontrol eder. Yani eczacı doktor gibi serviste de çalışır. Bir hata varsa doktora bildirip gerekli düzeltmeleri yaptırır, reçeteleri servisten alıp eczaneye götürür ve ilaçları hazırlayıp hasta yatağının başucundaki ilaç dolabına yerleştirir. Servislerde farklı disiplinlerden gelen doktorlar hastaya değişik ilaçlar reçete edebilir-

ler. Bunların etkileşme ve doz ayarlarından eczacı sorumludur.

2- Serbest Eczaneler (Community Pharmacy):

İngiltere’de bir eczanenin açık tutulabilmesi için eczanede sorumlu eczacı bulunmak zorundadır. Eczacı yemek molası verdiğinde hiçbir reçeteli ilaç satılamaz. Eğer eczacı eczaneye gelmediyse, nöbetçi bazı şirketler telefonla aranarak acil bir eczacı talep edilmelidir. Bu şirketlerde birçok eczacının kayıtları vardır ve geçici eczacı istihdam edilebilir. Kısaca eczanede sorumlu eczacı olmadığı takdirde eczacının kontrolündeki ilaçların satışı yasaktır.

İngiltere’de 14.042 tane serbest eczane vardır. İngiltere’de Ulusal Sağlık Servisinin (NHS) bütçesi 90 milyar Sterlindir. Bunun yaklaşık olarak 3 milyarı eczane hizmetlerinde harcanır. Bu da yaklaşık olarak toplam bütçenin % 3’üne tekabül eder.

İngilterede bir eczane açıldığında ve verilen kurallara uyarak çalıştırıldığı sürece, Sağlık Bakanlığı’ndan eczane hizmeti olarak 50 bin Sterlin alınmaktadır. Bu emek parası olarak verilmektedir. Maalesef bizim ülkemizde bu yok. Ama emek bana göre değerlerin en yücесidir. Siz kendi emeğinize sahip çıktığınızda, kendi kurumlarınıza sahip çıkarsanız, kendi birliklerinize sahip çıkarsanız, bence Sağlık Bakanlığı da Eczacılar Birliği’ni dinler. 25 kuruş bir hizmet karşılığı değildir, bunu siz hak etmiyorsunuz; siz buna layık değilsiniz. Siz binlere, on binlere layıksınız.

Şimdi, size bir reçete geldi. Eczacılık hizmetinden bahsediyoruz. Bu reçetede siz ilaçta kâr edemezsiniz. Ulusal Sağlık Servisi reçetesinden bahsediyorum, özel reçete değil. Yani, bunu biraz sonra göreceğiz. Aile hekimi tarafından yazılan reçetede siz o ilacın kârını alamazsınız, orada kâr yok. Çünkü o ilacın bedelini devlet size ödüyor. Zaten fiyatı devletin kendisi belirliyor. Sizin orada bir kâr etme şansınız yok. Ne yapıyorsunuz? Verdiğiniz her ilaç başına devletten 90 kuruş alıyorsunuz, yani 0.9 Sterlin, yaklaşık 1 lira alıyorsunuz. Eğer

hasta reçeteye katılım payı ödemekten muaf ise; yani hasta kronik bir hasta ise, hamile ise, 16 yaşın altında ise, 60 yaşın üstündeyse, işte 16-17-18 yaşlarında ve full-time eğitim yapıyorsa, o kişi de bu reçete katılım payından muaftır. Bir hastanız geldi, reçeteyi verdi. Eğer, reçetenin arkasındaki şekilde kutucuklar vardır, orayı işaretler, işte ben hastayım ya da ben şuyum, ben şu yardımı alıyorum, bir sosyal yardım alıyorsa o kişi muaftır demektir ve o kişiden hiçbir para almadan ilaçlarını verirsiniz. Eğer hasta çalışıyorsa, yani muaf değilse, bu katılım payından bahsediyorum; muaf değilse her ilaç başına, reçete değil, ilaç başına 7 lira 65 kuruş öder.

Özel reçetelerde eczacının kârı vardır. Özel reçeteler, özel doktorlar tarafından yazılan reçetelerdir. Burada da sizin %40-50 civarında kâr etme hakkınız vardır. Reçeteler değişik renklerde olabilir. Yeşil renkte olanı aile hekimi tarafından, sarı olanı diş hekimince, gri olan ilaç bağımlılık merkezi tarafından yazılan ve beyaz reçete de bir özel reçetenin simgesidir. **(Resim 1)** Burada bir örnek reçete var; üzerinde beş tane ilaç yazılmış. Bu kişi “ekonomik durumum iyi değil, çalışmıyorum” demiş, bundan dolayı kendini muaf göstermiş. Burada o seçeneği işaretlemiş, onun için bu

kişi hiçbir şey ödemedi, beş tane ilacını alır, siz de her ilaç başına devletten 90 kuruş talep edip, emeğinizin karşılığını alırsınız.

Bu sadece verdiğiniz ilaç parası, bu servis değildir; serviste 50 bin lira ayrı alıyorsunuz, bu ayrı. 50 bin lira yıllık alıyorsunuz. Eczaneyi verilen kurallar çerçevesinde açık tuttuğunuz için, çünkü o bir hizmettir, siz devlete hizmet ediyorsunuz; insanlara hizmet ediyorsunuz. Beş yıl okul okudunuz, emek verdiniz. Onun karşılığı olarak eczanenizi açık tuttuğunuz için o 50 bin lirayı alıyorsunuz. Burada bahsedilen ise farklı, bu günlük yaptığınız bir işin karşılığını 50 bin lira olarak alıyorsunuz.

Bu reçeteler, aile hekimi tarafından yazılan reçetelerdir. **(Resim 2)** Bu reçetelerde yazılan her ilaç başına devlet eczacıya 90-0.90 kuruş-lira öder. Bu arada hasta sosyal yardım aldığı için katkı payı ödememektedir. Eğer bu hasta çalışıyor olsaydı, işte 7,65x5 tane ilaç olduğu için 38,25 lira ödeyecekti. O para sizin paranız değildir. O parayı siz devlete ödüyorsunuz. Devlet size ay sonunda ödeyeceği faturanın üzerinde gösteriyor. Orada şu kadar katkı payı aldınız, bu katkı payının parasını kesiyorum. Siz devlet adına orada bir aracı oluyorsunuz. Vatandaştan parayı alıyorsunuz, devlete, yani Sağlık Bakanlığı'na veriyorsunuz.



Resim 1- Örnek Reçeteler

Resim 2- GP (Aile Hekimi) Tarafından Yazılan Reçeteler

Eğer o hasta, beş tane ilacı olan hasta çalışıyor olsaydı, işte 38,25 lira olsaydı ve bir yıl boyunca almış olsaydı, devlete katkı payı olarak 400 küsur lira ödemiş olacaktı. Bunun için de nasıl bir kolaylık getirilir? Önceden Ödeme Sertifikası adında bir sertifika çıkartıyorsunuz. Eğer çalışıyorsanız ve çok ilaç alıyorsanız sertifika bedeli olarak bir yılda 108 lira ödüyorsunuz. Tek seferde ödenen bu ücretten başka bir ücret ne kadar ilaç alırsanız alın ödenmiyor. Farklı da olabilir kişinin tercihi ve sağlığına bağlı olarak yılda örneğin 108 liralık ilaç almıyor da, beş sefer ödeme yapıyor.

Diş hekimleri tarafından yazılan reçeteler, bu reçeteler NHS (Ulusal Sağlık Sigortası Ruhsatı) ile çalışan diş hekimleri tarafından yazılıyor. **(Resim 3)**

Resim 3- Diş Hekimi Tarafından Yazılan Reçeteler

Bu diş hekimi de Ulusal Sağlık Sigortası ruhsatıyla çalışan bir diş hekimi, serbest diş hekimi değil, yani yine sosyal sigortalarla, Türkçe karşılığı ya da Sağlık Bakanlığıyla ruhsatı olan diş hekimi bunu yazabiliyor ve bunda da aynı aile hekiminin yazmış olduğu reçeteyle aynı işlemi görür.

Uyuşturucu bağımlılığı servisi tarafından verilen reçetelerde doktor, “lütfen eczacının gözetiminde ilacı alın” diye belirtmektedir. Bu yüzden hasta ilacı eczacının gözetiminde almaktadır. Hasta eczacının yanında yazılan ilacı alacaktır ve her verilen ilaç kayıt altında olmalıdır. O zaman 90 kuruş yerine, 2 lira alıyorsunuz, çünkü zaman harcıyor-sun, emek veriyorsun.

Resim 4- İlaç veya Uyuşturucu Bağımlılığı Merkezlerince Verilen Reçeteler

Burada da yine hasta reçetelerin arkasında beyan etmiş, ben çalışmıyorum, sosyal yardım alıyorum demiş. Onun için hiçbir ödeme yapmaz. (Resim 4)

Burada da reçete yine uyuşturucu bağımlılığı tarafından verilmiş (Resim 5) ve danışman yok ise, hasta ilacını alıp, evinde kullanıyor, eczacının gözetiminde değil. Bunun için de 1 lira alıyorsunuz. Çünkü burada da zaman harcıyorsunuz ve kayıt altına alıyorsunuz. Her verdiğiniz şeyin karşısına yazılmış. Metadon denmiş, 1 mg 90 ml verilmiş, bu kaydı yaptığınız için 1 lira alıyorsunuz. Her verdiğiniz, ilaç için ücret alınacaktır, yani bu reçeteyi tamamlayıp, 14 gün bu ilacı hastaya verdiniz takdirde, 14 lira almanız gerekecektir. Bu arada da yine reçetenin arkasında hasta “sosyal yardım” aldığını beyan etmiş ise hasta hiçbir ücret ödemeden ilacını almaktadır.



Resim 5- İlaç veya Uyuşturucu Bağımlılığı Merkezlerince Verilen Reçeteler

Özel reçeteler özel bir doktor tarafından yazılan reçetelerdir. (Resim 6) Turistler ya da NHS ile bağlantısı olmayanlar ya da özel sigortası olanlar, veya NHS doktorlarını beğenmeyen kişiler özel doktora gidebilirler, ilaçlarını alırlar ve farkını da öderler. Bu reçetelerdeki ilaçların parasını hasta kendisi öder. Bu tür reçetelerdeki ilaçlardan eczacının kârı % 40-50 civarındadır.



Resim 6- Özel Reçeteler

Temel Servisler

İlaç Hazırlanma Servisleri: Doktorlarca düzenlenen reçetelerde yer alan hazır ilaçları hastaya vermek veya hazırlanması gerekli ilaçları hazırlamak amacıyla çalışmaktadır. Reçeteyi doktor yazdı, hastaya verdi, reçete size geldi, siz de o ilacı hazırladınız. Verilen bu hizmet karşılığı olarak 50 bin lira alınmaktadır.

Tekrar Hazırlama (Düzenli İlaçların Hazırlanması): Kronik hastalarda doktor sürekli hastayı görmek yerine, bir yıllık ilacı yazar. Düzenli ilaç kullanan ve hastalığı kontrol altında olan hastaların 6 aylık yada 1 yıllık reçeteleri önceden yazılıp eczacıya verilir. Eczacı yıllık reçeteleri her ay yada her 2 ayda bir hazırlanmasından sorumludur. Hastalar ihtiyacı olduğunda eczacıya gider ve ilacını alır. Hastanın yılda bir kez doktoruna görünmesi şarttır. Eczacı bu hizmeti de vermek zorundadır.

Atık İlaçların Toplanması: Kullanılmayan ilaçların hastanın evde biriktirmesini önlemek, çevreye zararını önlemek amacıyla toplanmasıdır. Kullanılmayan ilaçlarını hastaya söylersiniz, çünkü o ilaçları siz geri topluyorsunuz. Yani bu biriken ilaçlar yok edilmek üzere eczaneden toplanır. Bölge sağlık müdürlüğünün size sunduğu özel kutular ya da çöp kutuları vardır. Onlar içerisine koyuyorsunuz, ayda bir veya iki ayda bir toplayıcılar gelir onları alır götürür ve kurallar çerçevesi içerisinde

imha edilir. Toplanan ilaçlar tekrar kullanılamaz. Eczacı hastaya yeniden ilaç vermeden, hastanın ihtiyacının olup olmadığını kontrol etmesi gerekir.

Diğer Görevler

Halk Sağlığı (Halkı Sağlıklı Yaşama Yönlendirmek): Reçetesini alan hastalara sağlıklı yaşam için önerilerde bulunmak. eczaneyi ziyaret eden insanlara sağlıklı yaşam bilgileri vermek; şeker hastalığı, kalp hastalığı, sigaranın zararı, obezite vb. Bu servisi vereceksiniz.

Yönlendirmek: Eczaneyi ziyaret eden insanlara eczanede yardımcı olunamıyorsa, yardımcı olacak bir kuruma yönlendirmek.

Kişisel Bakıma Destek Vermek: Eczacılar hastaların kendi bakımlarını üstlenmelerinde yardımcı olurlar. Gerektiğinde genel problemlerde önerilerde bulunmak yada yardımcı olunamıyorsa diğer profesyonellere yönlendirmek.

Clinical Governance (NHS Tarafından Sunulan Bütün Servislerin Eczanelerde Hastalara Sunulması)

- a- Hastalara yıllık servis memnuniyet anketi yapılarak eczanelerindeki eksiklikleri düzelterek eczanenin hizmetini geliştirmek.
- b- İlaç hazırlama sürecinde yapılan hataları kaydetmek, olan ve olması muhtemel hataların engellenmesi için önlemler almak.
 - Temiz ve hijyenik bir eczane olmak. Hasta ve çalışanların sağlığını korumak için SOP denilen standardı uygulamak gerekiyor. Bu da Eczacılar Birliğinin koyduğu kurallar çerçevesinde yapılmalıdır.
 - Eczane profesyonel bir sağlık ortamı yaratmalıdır, özel hasta odalarının olması şarttır.

Temel Servislerin Bedeli

Bu servisi yapmak için 50 bin lira ikiye ayrılıyor. Birincisi her ay belli bir reçete yapmak zorundasınız. Her ay belirtilen sayıda yani ayda en az 2.430 veya daha fazla ilacı hastaya veren

her eczane yıllık 23.278 lira devletten alır. 3060 reçetenin üzerinde yaparsanız, yıllık 25.100 lira alıyorsunuz, daha fazlası için de başka bir para alamıyorsunuz.

NUMBER OF ITEMS PER MONTH (AYLIK İLAÇ SAYISI)	ESTABLISHMENT PAYMENT FOR SERVICES KURUMA (ECZANEYE) ÖDENEN ÜCRET
2.430-2749	£23.278
2.750-3059	24.190
3.060+	25.100

Uygulama Ödeneği

Burada da yapılan ödeme, yine temel servisler içerisinde olup aylık olarak eczanenin uygulamalı servisleri için yapılan ödemedir. Örneğin; bir varis çorabının ölçüsünün alınıp verilmesi, şeker ölçüm aletinin kullanımının anlatılması, evde bir medikal aletin nasıl kullanılacağı anlatılması gibi zaman alacak servis için ödenen ücrettir. Bu da diğer kalan 25 bin lirayı da bu servis verildiği için alınır. Ayrıca bu ödeme hesaplanırken eczanenin çalışma saatleri ve ilaç hazırlamada çalışan eczacı ve yardımcılarının toplam saati de dikkate alınarak yapılır.

NUMBER OF ITEMS PER MONTH (AYLIK İLAÇ SAYISI)	PRACTICE PAYMENT PER MONTH (AYLIK UYGULAMA ÖDENEĞİ)
1.099	£300
1.100-1.599	600
1.600-2.359	750
2360+	6.6p adet başına

Geliştirilmiş Servisler

"The Medicines Use Review and Prescription Intervention Service"

İlaçlarının eczacı tarafından yapıldığı bu servisin amacı hastanın ilacını gerektiği gibi kullanıp kullanmadığını tespit etmektir. Özellikle uzun dönemli hastaların ilaç kullanımının, eczacı tarafından kontrol ve teşvik edilmesidir. Hasta ecza-

cıdan ilacı neden kullandığını öğrenir, yan etkisi hakkında bilgi edinir, hastalığıyla başa çıkması için sağlıklı yaşam bilgileri edinir, herhangi bir problem yaşıyorsa, eczacıyla çözüme ulaştırılır, gerektiğinde aile doktoruna haber verilir.

Bunlar için de ayrı para alınmaktadır. Kronik bir hastanız var. Bunun için ilacın nasıl kullanıldığını; bir ay, üç ay ya da altı ay arasında çağırıp özel bir odada izliyorsunuz, daha sonra ilaçtakip ve farmakovigilans formunu dolduruyorsunuz. Gerekli açıklamaları hastaya aktarılıp görüştüktan sonra gerekli bilgileri de doktora iletirsiniz. Bunun için 28 lira alıyorsunuz. Bu servis daha önce açıklanan 50 binin dışındadır.

“Appliance Use Review (AUR)”

Eczacı tarafından eczanede ya da evde yapılan bir servistir. Burada aletlerin doğru kullanılmasını göstermek, saklanması ve atılması konusunda bilgi verilir. Bunun için de aynı şekilde 28 lira alıyorsunuz.

“New Medicine Service (NMS)”

Bu da çok önemli bir hizmettir. Uzun dönemli hastaların yeni bir ilaca başlamasında eczacının hastaya destek olması ve tavsiyelerde bulunması şarttır. Burada siz hastayı takip etmek zorundasınız. Hasta kronik bir hastadır, size geldi, yeni bir ilaç yazılmış. Siz hastanın detaylarını alıp, formu imzalatırsınız. Dört hafta boyunca eczacı hastanın ilacı kullanıp kullanmadığından ve etkilerinden haberdar olmalıdır; telefon ya da yüz yüze görüşme yapılması gereklidir. Hastanın kendi sağlığı hakkında bilgi sahibi olması, kararlarında yardımcı olunması ve doğru ilaç kullanımının desteklenmesidir.

Buradaki amaç riski azaltmak; risk gruplarının hastaneye kaldırılmasını önlemek amaçlıdır. Hastaların ilacı kullandığından emin olmak içindir. Yan etkilerin eczacı tarafından belirlenip bildirilmesi içindir, ilaç israfını önlemek amaçlıdır. Bu hizmeti kayıt altına alarak vermek zorundadır ve bedeli eczacıya **20-28 lira** ödenir.

İleri Düzeydeki Servisler

Supervised Administration (Eczacı Gözetiminde İlaç Kullanımı): Hasta günlük olarak eczaneye gelir ve eczacının gözetiminde ilacını tüketir. Böylece ilacın kullanıldığından emin olunur. Bunlar genellikle uyuşturucu veya alkol bağımlıdır. Bu hizmet için eczacılara verilen ilacın maliyetine + **2 lira** şeklinde ücret ödenir.

Needle & Syringe Exchange (İğne Değişimi): Uyuşturucu bağımlısı hastaların eczaneye gelip temiz iğne alması ve kullanılmış iğnelerin toplanmasıdır. Uyuşturucu bağımlılarının veyahut da diğer iğne kullanıcılarının daha fazla toplumu kirletmemeleri, daha fazla kişiye hastalık bulaştırmamasını sağlamak için ve buna yardımcı olmak için kişi iğneyi getiriyor size veriyor, siz de ona temiz iğne veriyorsunuz. Servis ücreti olarak, her üç ayda bir 100 lira alıyorsunuz, ayrıca her verdiğiniz paket başına 1 lira alıyorsunuz.

Stop Smoking (Sigara Bırakılması): Burada amaç, sigarayı bırakması için hastaya destek olmak, tavsiyede bulunmak ve ilaç vermek. Bu servis için de dört hafta içerisinde sigarayı bırakıyorsunuz ve 45 lira alıyorsunuz. Ama bunu da kayıt altında yapmak zorundasınız. Her seferinde monitörle hastayı ölçeceksiniz, oraya yazacaksınız. Neler yapıldı, kaç sigara içti, hiç sigara içti mi, içmedi mi, bunların hepsini kontrol edilecek ve eğer bıraktırdıysanız dört hafta sonunda bu hizmetin karşılığında da 45 lira artı, verilen ilacın parasını alıyorsunuz. Sadece benim burada anlattıklarım hizmet bedelidir.

Minor Ailment Service: Ciddi olmayan ve doktora gidilmesi gerekmeyen hastalıkların eczacı tarafından tespit edilmesi ve ilaç verilmesi hizmetidir. Burada amaç, hastanın kendine bakımını desteklemek ve aile hekimine gitmesini azaltmaktır. Ciddi bir hastalığı olmayan hastalar, özellikle ekonomik durumu iyi olmayanlar ve devletten yardım alanlar için hastanın doktora gitmesini önlemek için, form dolduruyorsunuz, kişinin ilacını veriyorsunuz. Beş pound bu servis için alıyorsunuz, artı verdiğiniz ilacın maliyetini alıyorsunuz.

Emergency Hormonal Contraception (Ertesi Günü Hapı): Bu hap, reçetesiz hastalara sadece eczacı tarafından satılabilir. Yalnız bunu verirken siz kişiyi sorgudan geçiriyorsunuz, 16-17 tane soru soruyorsunuz. Bu soruların karşılığında aldığınız cevaba göre bu tableti veriyorsunuz. verilen ilacın ücretine ilaveten **10.78 lira** hizmet bedeli alıyorsunuz.

Flu Jab (Grip Aşısı): Eczacı tarafından yapılır. Servis ücreti olarak, verilen ilacın ücretine ek olarak **7.51** lira alınır.

Vascular Healthcheck (Sağlık Testi): Eczacı hastanın kolesterol, şeker ve kilosunu ölçer. Burada amaç, olabilecek şeker, böbrek, kalp risklerini 40-74 yaş arasında tespit etmektir. Ayrıca enfeksiyonu önlemek ve tespit etmek, başkalarına yayılmasını önlemek. Bunun için de kişi başına 7.50 kuruş servis ücreti alıyorsunuz.

Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC) Eczacılık Hizmetleri Müzakere Komitesi

Bu komite İngiltere'deki tüm serbet eczanelerin çıkarlarını destekler ve eczaneler adına verilen hizmetlerin ücretini Sağlık Bakanlığı ile müzakere eder. Bu Türkiye'de eksik olan bir şey. Eczacılar Birliği ancak sizin mesleki gelişiminizle ilgilenmelidir. Tüm eczacılar odasının, kooperatiflerin, ilaç dağıtım şirketlerinin beraber içerisinde yer aldığı bir kurum gidecek, ben bu servisi hastaya vereceğim, sen bana bu kadar para vereceksin kardeşim, benim emeğim boşa değildir, ben boşa okumadım diyecektir. Bu komite 32 üyeden oluşur. Üyelerden 13 tanesi İngiltere'den seçilir. Oradaki LPC Komite tarafından seçiliyor. Bir üye Galler bölgesinden, iki üyesi Eczacılar Birliği'nden 12 üyesi de zincir eczanelerin atadığı kişilerden seçiliyor. Bir üye sadece danışma servisi veren Ulusal Eczacılık Derneği'nden seçiliyor. Üç üye de bağımsız firmalardan alınıyor ve bu komite oluşuyor.

İngiltere'de İlaçların Fiyatlandırılması

Farmasötik (ilaç) fiyatlarını düzenleme kurulu diye bir kurul vardır. Bu Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen kişiler tarafından; içerisinde eczacılar, doktor da vardır, bu kurul tarafından belirleniyor. Bunu belirlerken de aşağıdaki kurallara dikkat ediliyor;

- a- İlacın formülasyonu ve sağlığa uygunluk amacı,
- b- Benzer veya aynı tedaviyi verecek piyasadaki ilacın fiyatı,
- c- Benzer veya aynı tedaviyi verecek dünyanın başka bir yerinde kullanılan ilacın fiyatı, yani referans ilaç,
- d- Bu ilacın ücreti, üretici firmaya maliyeti,
- e- Bu ilacın üretimden önceki araştırma ve geliştirme maliyeti,
- f- Bu ilacın içinde yeni bir aktif maddenin bulunup bulunmaması.

Ödeme metoduna ilişkin burada örnek bir aylık bir eczaneye yapılan ödeme var. (**Resim 7**)

83.103 Lira bize ödeme yapılmış. Bunun 68.671,59 lirası ilaç maliyeti, 19.792 lirası da demin saydığımız servislerin ücret karşılığı olarak alınmıştır. Bu Sağlık Bakanlığından her ay bize gelen yaptığımız hizmet bedelinin karşılığıdır.

Prescription Pricing Division (PPD)		Business Services Authority
Schedule of Payments		
For: MED-CHEM UK LIMITED	73 GRAND PARADE	
T/A: MED-CHEM UK LTD	GREEN LANES	
OCB code: FFW02	HARROGATE	
	LONDON	
	N4 1DU	
Dispensing month: May 2012		
Net Payment made by PPD on 01 Aug 2012 by BACS		83,103.86
IMPORTANT MESSAGE		
In line with Drug Tariff Part VIC - Advanced Services (Pharmacy and Appliance Contractors)(England), NMS Loyalty Payments have been made where appropriate, in recognition of the activity undertaken between October 2011 and April 2012 (inclusive), linked to the number of full service interventions provided during that period. The payment will be shown under 'Details of local amounts authorised by PCT - New medicine service adjustment'.		
SUMMARY OF PAYMENT AMOUNTS		£
Total of drug and appliance costs		68,671.59
Total of all fees		19,792.76
Total of drug and appliance costs plus fees		88,464.35
Total of charges (including FPS7 refunds)		-4,658.95
Total of account		83,805.36
Recovery of advance payment		-63,623.00
Recovery of advance payment in respect of a late registered batch		0.00
Balance due in respect of May 2012		20,181.81
Payment on account for Jun (8208 items less 558 charges)		61,368.73
Advance payment in respect of a late registered batch		0.00
Total amount authorised by PPD		81,578.24
Total amount authorised by PCT		1,533.82
Total of other amounts authorised		0.00
Net payment made by PPD		83,103.86
DRUG AND APPLIANCE COSTS		£
Total of basic prices at standard discount rate		56,508.97
Discount		-5,760.79
Total of basic prices at zero discount		15,569.98
Sub total of basic prices		68,200.10
Out of Pocket expenses		89.16
Container allowance	8743 @ 3.24 p	283.27
Total of drug and appliance costs		68,671.59

Resim 7- Ödeme Metodu Örneği

Portekiz’de Eczacılık

Mr. João Godinho da SILVEIRA

Portekiz Ulusal Eczacılar Birliği (ANF) Yönetim Kurulu Üyesi



Lizbon Üniversitesi Eczacılık Fakültesi’nde eczacılık eğitimi aldı ve 1997 yılında mezun oldu. 1992-1993 yılları arasında Lizbon Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Öğrenci Birliği Yönetim Kurulu üyeliği görevinde bulundu. 2002’den bu yana Lizbon Cascais’deki Rosário Eczanesi’nin ortağıdır. 2004’te Portekiz Katolik Üniversitesi İşletme ve Ekonomik Bilimler Fakültesi’nden MBA (İşletme Yüksek Lisans) derecesi aldı. 2005’ten itibaren Portekiz Ulusal Eczacılar Birliği (ANF) Üst Kurulunda delegedir. 2010’dan bu yana Udifar Mali Denetçiler Komisyonu Üyesidir. Mart 1998-Eylül 2004 tarihleri arasında Merck Sharp&Dohme Firması’nda İlaç Satış Temsilciliği, Ürün Yöneticiliği ve RMT yöneticiliği yapmış, Halkla İlişkiler Yetkilisi olarak görev almıştır.

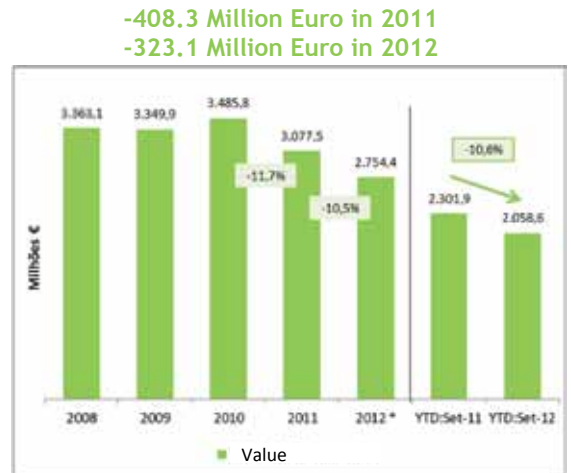
Öncelikle, beni bu buraya davet ettikleri için Türk Eczacıları Birliği’ne teşekkür ediyorum.

Bugün sizlere Portekiz’deki eczacılıktan bahsedeceğim ve kavram olarak toplum eczacılığından bahsedeceğim. Öncelikle Portekiz’deki eczacılık piyasasından bahsedeceğim, ardından eczanelerden ve eczacılık hizmetlerinden bahsedeceğim.

Portekiz piyasasından bahsedecek olursak, ayakta tedavi edilen hastalar konusunda, eczacılık konusunda 2010 yılı ile 2011 yılları arasında piyasa % 11,7 oranında bir düşüş yaşadı. Biz bu sene için, yani 2012 yılı için % 10,5’lik bir azalma öngörüyoruz. İki yıl içerisinde % 22’den fazla bir azalma yaşandı. Dolayısıyla, ayakta tedavi edilen hastalar sektöründe 731 milyon Euro’luk bir azalma yaşandı. Kamu harcamalarından bahsederken, bizim gördüğümüz şey şu; biz 2010-2011 yılları arasında % 23,5 bir azalma yaşadık. Bu sene için bu oranın yaklaşık % 10,6 olmasını ön-

görüyoruz. Bu da % 24’ten fazla bir azalış gösteriyor iki yıl içerisinde ve 602 milyon Euro’luk bir azalma var, ayakta tedavi edilen hastalar konusunda, bu sektörde, ilaç sektöründeki azalmayı görüyoruz. **(Tablo 1-2)**

Tablo 1



-243,4 Million Euro Jan-Sep/2012

Tablo 2

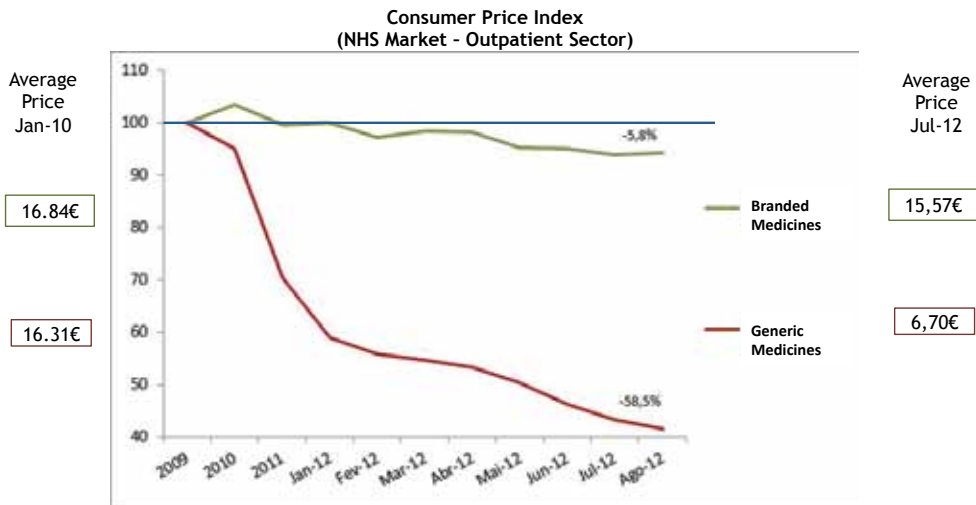


Neden peki 2012 yılında? 2011 ve 2010 yıllarında da aynı hacme sahiptik. Neden? Fiyat erozyonu dediğimiz şey yüzünden bu ortaya çıktı. 2010 Ocak ayına baktığımızda, ilaçların ortalama fiyatı 16,84'tü. Temmuz 2012'ye baktığımızda, gene aynı fiyat 15,57 yani yaklaşık % 6 oranında bir azalma olduğunu görüyoruz. Diğer taraftan da bunlar markalı ilaçlar. Biz jenerik ilaçlara baktığımızda, Ocak 2010'daki fiyat 16,31'ken, şu anda yani 2,5 yıl sonra, ortalama fiyat 6,7 Euro. Dolayısıyla, 10 Euro'luk bir azalma var ortalama fiyatta

ve % 57 oranında bir azalma görüyoruz jenerik ilaçların fiyatında. (Tablo 3)

Yine bir sayılandırma sistemimiz var, bu sene başından beri uyguladığımız. Bir marj durumu var. İlacın fiyatı ne kadar yüksek olursa marjımız o kadar düşük oluyor. Toptan satış ve eczacılık oranı % 27 marjdan, % 24,6'ya düştü. Dolayısıyla, % 3-4 oranında marj kaybımız oldu. Portekiz'deki eczacılık piyasasını Avrupa'yla karşılaştırsak, şu anda Portekiz'de marj % 17,5 Avrupa'da da ortalama marjlar % 16 civarındadır.

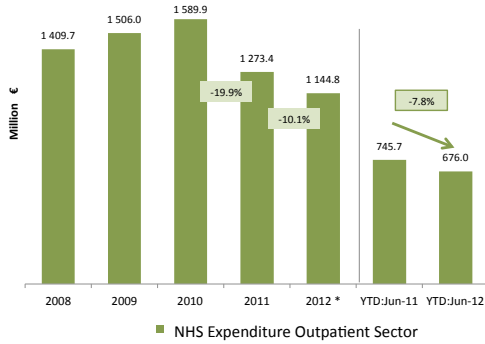
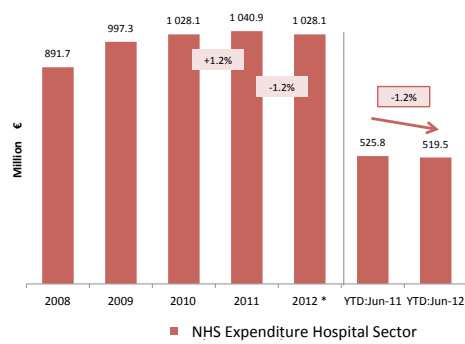
Tablo 3



Tablo 4

	Average Margin Europe	Average Margin Portugal	
Pharmacy	21.6%	17.5%	-19,0%
Pharmaceutical Industry	72.1%	75.4%	+4.6%

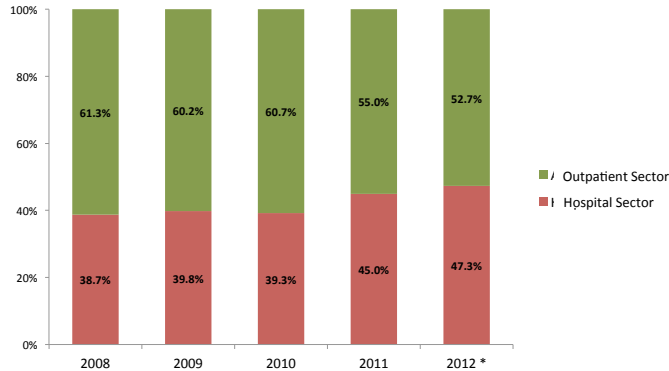
Base 100; Retail price excluding VAT

Tablo 5 NHS Expenditure in the Outpatient Sector
-316.4 Million Euro in 2011
- 128.6 Million Euro in 2012NHS Expenditure in the Hospital Sector
+12.8 Million Euro in 2011
-12.8 Million Euro in 2012

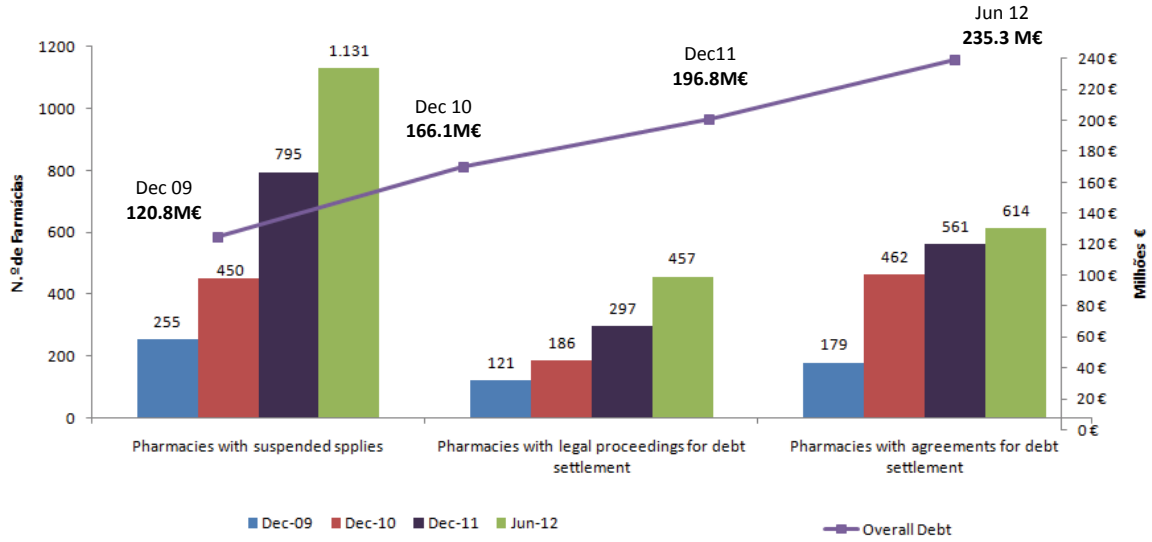
Portekiz'deki duruma baktığımızda, % 75.4'ü görüyoruz (Tablo 4-5). Dolayısıyla, Avrupa'daki eczacılık sektörüne baktığımızda, bundan daha az bir marj olduğunu görüyoruz. Ama bu tabii ki özel sektör, ayakta tedavi eden özel sektör, peki kamu sektörü ne olacak; hastane sektöründeki durum nasıl? Buraya baktığımızda, 2011 yılında piyasada % 1,2 oranında bir azalış görülmüş. 2012 yılında yine % 1,2 oranında bir düşüş görüyoruz. Dolayısıyla, hastane piyasasının düz oranda gittiğini görüyoruz. Toplam satılan ilaçlara baktığımızda, hastane sektöründe hemen hemen toplam piyasanın % 50'sini temsil ediyor bu.

Dolayısıyla, Avrupa'daki en büyük yüzdelere birisini temsil ediyor bizdeki hastane sektörü. Yani devlet özel sektörden, yani ayakta tedavi edilen sektörden kesinti yapabiliyor, ama Portekiz'deki hastane sektöründen kesinti yapamıyor. Finansal ilişkiye bakacak olursak, eczaneler ve toptancılar arasındaki ilişkiye bakacak olursak, iki rakam vereceğim size. Birinci rakam; eczanelerin % 40'ı 1140 eczane en az bir toptancıyla çalışıyor. Bu tabii ki 2012 Haziran ayındaydı, şimdi Eylül, Ekim'de % 50 civarına geldi. Size vereceğim ikinci rakam genel borç, 2012 Haziran ayındaki genel borç 235 milyon Euro iken, Ekimde şu anda 30 milyondan fazla. Dolayısıyla, Portekiz'deki durum çok kötüye gidiyor; her ay da kötüye gitmeye devam ediyor. (Tablo 6-7)

Tablo 6



Tablo 7



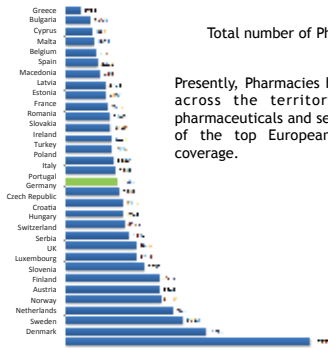
Portekiz'deki iki üniversiteden iki çalışma yapmalarını istedik. Birincisi Albea Üniversitesi; eczacılık sektörünün ekonomik, mali değerlendirmesini istedik ve bu çalışmanın sonucunda şu çıktı. Bütün eczaneler, bütün cirolara sahip, yani küçük eczane olsun, orta düzeyli büyük eczane olsun bunların hepsi 2012 yılında negatif gelire sahip, bu çalışmanın sonucu bu olmuş; yani zarar etmekte. Bu tabii ki, eczacılar belki eczanelerini iyi yönetmiyorlar. Bunun nedeni olabilir. Yeni bir çalışma yapılmasını istedik, başka bir okuldan. Yine bu çalışmanın da ekonomik yaşayabilirliği üzerine; eczanelerin finansal maliyetleri konusunda bir çalışma yapılmasını istedik. 2011 yılında hemen hemen bir negatif marjımız varken, 2012 yılında net bir negatif marjımız var. Dolayısıyla, gördüğümüz gibi gelirler bu reçetelerin sabit maliyetlerini karşılamıyor ve Portekiz'deki durum bu şekilde diye düşünebiliriz.

"Portekiz'de eczacı olmak nasıl" diye düşündüğümüzde, gerçekten çok kötü diyebiliriz. Piyasa şu anda yıkılmaya çok yakın. Tabii ki, hükümette çok fazla öneriler sunmaya çalışıyoruz. 2013 yılının başında acil tedbirler alınması gerektiğini söylüyoruz hükümete. Aksi takdirde sektör batacak diyoruz. Şu anda Portekiz IMF'nin, Avrupa Merkez Bankası'nın ve Avrupa Topluluğunun

gözetimi altında biliyorsunuz ve hükümete dedik ki, biz bunun farkındayız, biz bu konuda yardımcı olmaya çalışıyoruz. Kamu bütçesini konsolide etmeye çalışıyoruz, bunlara destek olmaya çalışıyoruz. Dolayısıyla, hükümetle istişare içindeyiz, tekliflerimizi sunuyoruz. Bizim toplumlarımız da bu kısma odaklanıyor.

İkinci kısım Portekiz'deki eczanelerle ilgili. Portekiz'deki eczaneler toplumun bir parçasıdır. Yakınlık önemli, çünkü ülkenin her tarafında eczanelerimiz var. İnsanlar bize güveniyorlar. Bir araştırma yaptık, Portekiz'de itfaiyecilerden sonra en çok güvenilen meslek sahibi eczacılar. ANF'nin çatısı altında çalışıyoruz. Bu, bizim Ulusal Eczacılar Birliğimiz. Bizim yetkinliklerimizi artırabilmemiz açısından çok fazla, sürekli eğitim programları düzenliyoruz, sürekli kampanyalar düzenliyoruz. Teknolojik ağıımız var tabii ki, eczanelerin hemen hemen yüzde 100'ü bir yazılıma sahip. Bilgi teknolojilerini kullanıyorlar. Dolayısıyla, son on yıl içerisinde teknolojik çalışmalarımız çok iyi gelişti ve diğer bir önemli konu; bütün eczacılar insanları çok iyi bir şekilde karşılayacak, kollarımız açık onları karşılıyor. Hem bir eczacı olarak, hem de onlara danışmanlık sağlayarak hizmet sunmaya çalışıyoruz.

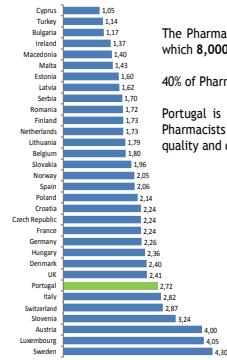
Tablo 8



Total number of Pharmacies in Portugal - 2,909

Presently, Pharmacies have an homogeneous distribution across the territory, ensuring equal access to pharmaceuticals and services, positioning Portugal as one of the top European countries regarding Pharmacy coverage.

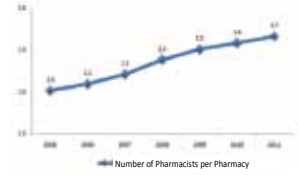
Tablo 9



The Pharmacy Sector in Portugal employs more than 20,000 workers, of which 8,000 are Pharmacists.

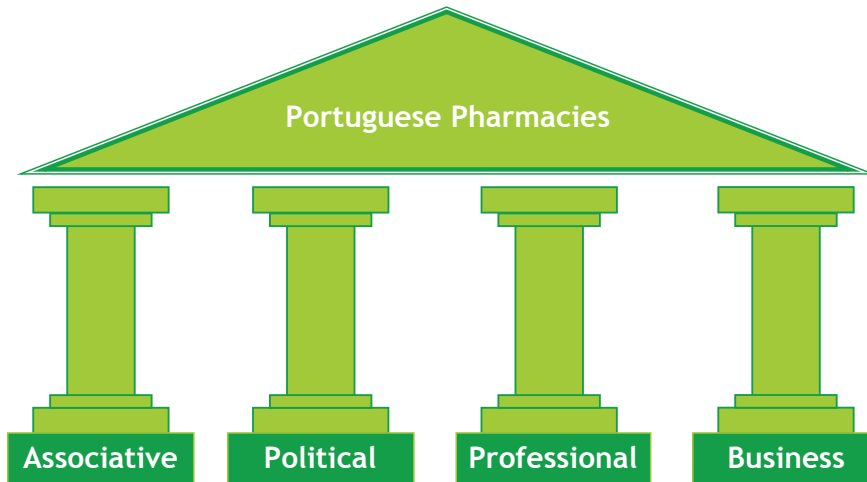
40% of Pharmacists are less than 35 years old.

Portugal is one of the European Countries with the highest number of Pharmacists per Pharmacy. This demonstrates a strong commitment to quality and differentiation of services.



Avrupa'da eczane başına düşen nüfusa baktığımızda, 3650 kişiye bir eczane düşerken Avrupa'da, bizde 2900 nüfusa bir eczane düşüyor. Bakacak olursak, ortalamadayız (Tablo 8). Ülkenin her tarafında eczaneler bulunuyor. Dolayısıyla, herkesin eczanelere eşit erişimini sağlamaya çalışıyoruz. Gördüğümüz gibi Portekiz'de eczanelerin kapsama alanı konusunda Avrupa'daki en iyi yerlerden birinde. İnsan kaynaklarına baktığımızda, Portekiz'de eczanelerde 2,72 eczacı var, eczane başına. Bu grafikte gördüğümüz gibi, son on yılda sayımız çok arttı. Dolayısıyla, son üç yılda çabamız arttı. Eczacı sayısını artırma konusunda ve yetkinliklerimizi artırma konusunda büyük çabalarımız oldu (Tablo 9). Eczanelerde 20.000'den fazla çalışanımız var. Bunların % 40'ı eczacılar ve eczacıların çoğu 35 yaşın altında. Dolayısıyla, biz geleceğe odaklanıyoruz; hizmet kalitesine odaklanıyoruz.

Benim birliğimden bahsedecek olursak; ANF bir çatı birlik, yani bizim çatı birliğimiz. ANF; bizi, eczanelerin yasal sahiplerini koruyan, eczacılığı koruyan bir birlik. (Şekil 1) Dört tane sütunumuz var, bunlar eczane stratejimiz. Birincisi ortaklık, birlikte daha güçlüyüz diye düşünüyoruz. Hem endüstriye, hem dağıtıcılara, hem de hükümete karşı birlikte olmak çok önemli. Tabii ki, ANF hükümete kanun önerilerinde bulunuyor. Eczaneler ve devlet arasında, hükümet arasında bu işler gerçekleştiriliyor. Profesyonellik konusunda tabii, ANF bize profesyonelliğimizi geliştirmemizi sağlıyor; sürekli eğitimler ve kampanyalar sayesinde yetkinliklerimizi geliştiriyor. ANF, ilaç dağıtım sisteminin % 49'una sahiptir. eczanelerimizin yazılımlarını yapan bir teknolojik firma olan Bilint firmasının % 49'una, Bilint de Biz aynı zamanda Portekiz'deki hastaneler ve özel klinikleri kapsayan juzet mesot ta eczacı payı % 35 tir.



(Şekil 1)

Profesyonel konularda, yani mesleki konularda üç alanda girişimimiz var. Birincisi sağlık. Bu alanda tabii ki önlemeye odaklanıyoruz, “önleme tedavi etmekten daha ucuzdur” diyoruz. İkinci olan sadece teşhis, tarama. Yani astım gibi, değişik hastalıkların taraması. Tabii ki burada gelir dağılımı da var ve tedavi yönetimi, terapi yönetimi dediğimiz bir nokta da var. Portekiz’deki hastalar şu anda kamu hastanelerine ve kamu sağlık merkezlerine gitmeyi daha güç buluyorlar. Neden, çünkü para ödemek zorundalar. Konsültasyon isterlerse iki hafta sonraya tarih veriliyor veya gelecek aya tarih veriliyor. Şu anda eczaneler sağlık sisteminin açık kapıları, hasta her zaman ortada olmuyor. Biz kendi paydaşlarımızın hastanelere, hemşirelere, sağlık merkezlerine erişimini sağlıyoruz. Bizim odağımız her zaman hasta.

Portekiz’deki eczacılık hizmetlerine bakacak olursak; iki tür eczane servis hizmeti var. **İleri hizmetler** ve **temel hizmetler**. İleri hizmetler eczacılar tarafından yapılıyor. Tabii ki özel bir eğitim gerektiriyor ve aynı zamanda onları eczanede bulmak istiyorsanız, önceden randevu almanız gerekiyor. Diğer taraftan temel hizmetler, herhangi bir eczanedeki, herhangi bir eczane çalışanı tarafından verilebiliyor. Tabii ki eğitime ihtiyaçları var ve bu hizmetleri almak için önceden randevu almaya ihtiyacınız yok. Kapıdan girdiğinizde verilen bir hizmet. Temel sağlık bilgileri, sağlık kampanyaları, sigara içme kampanyaları, iğne değişimi ve bunun gibi noktalarda temel hizmetler veriyoruz. İleri hizmetlere bakacak olursak, terapötik hizmetler var, ilk yardım var, ilaç verilimi var ve hastalık yönetim programları gibi daha ayrıntılı konular var.

Portekiz’de çok başarılı olduğumuz konulardan birincisi ileri sağlık hizmetleridir. Tabii ki bunların hepsi sağlık görevlileri tarafından yapılıyor. En önemli şey insan, bunu düşünüyoruz. Tabii ki burada özel eğitimlere sahibiz, özel eğitimler sunulmak durumunda. İleri hizmetlerin sağlanabilmesi için sürekli eğitim sağlıyor ve tabii ki ekipmana ve tesislere erişim sağlıyor. Son

on yıldır Portekiz’de eczanelerimizde çok önemli ilerlemeler kaydettik. Sonunda tabii ki yaptığımız her şeyi ölçmeliyiz. Değerlendirme bizim için çok önemli. Her şeyi değerlendiriyoruz ve dünyanın her tarafını gezenlerle birlikte çalışmaya çalışıyoruz. Colorado’da, Amerika’da bir eczane birliği var, onlarla işbirliği yapmaya çalışıyoruz.

Diğer konulardan bahsetmek gerekirse, gene hizmetlerimizden birisi iğne değişim hizmeti. Bu, Portekiz’de son 25 yıldır verdiğimiz bir hizmet. 1993 ve 2010 yılları arasında, yani 17 yıl içerisinde biz 47 milyondan fazla iğne değişimi yaptık, şırınga değişimi yaptık. Bunların % 67’si eczanelerde oldu. Buna ekonomi açısından bakacak olursak, şu anlama geliyor; 7 binden fazla AIDS hastası ve 10 binden fazla şırıngalı ilaç kullanan insan, eczanelerden hizmet almış. Bu da 400 milyon Euro gibi bir tasarruf yapılmasına neden olmuş.

İkinci hizmet, özellikle bilgi vermek istediğim konulardan birisi; bağışıklık kazandırma hizmeti. Portekiz’deki önemli hizmetlerden birisidir bu. Tabii ki, eczacıların özel bir eğitim alması gerekiyor ve tabii ki prosedürlerin gerçekleştirilmesi için ekipmanımız gerekiyor. İki tane rakam vereceğim size. Birincisi; 2008-2009 yılları arasında % 27’den % 43’e çıkmış, yani eczanelerde aşılanan insanların sayısı; % 27’den % 43’e bir artış oldu. Yine daha yaşlı insanlar konusunda, yani 65 yaşın üstündeki insanlar konusunda bu aşılama sayısını % 50’den % 54’e çıkardık, bir sene içerisinde. Hastalara sorduğumuzda; “eczanede aşılama hizmetinden memnun kaldınız mı?” dediğimizde, hemen hemen yüzde 100’ü “evet, bu hizmetlerden memnun kaldık” dedi. Bu hastaların % 13’ü eczanenin dışında aşılanmamış, % 91’i aşılama için herhangi bir randevu almamış, eczaneye girmişler ve çok rahat bir şekilde aşılarını olup çıkmışlar.

Erken teşhis konusunda, tabii ki insanların semptomları oluyor. Hastalıklarının ne olduğunu bilmi-

yorlar. Eczaneye giriyorlar, mesela diyabetlerinin ölçülmesi için, bunun gibi ölçümlerin yapılması için veya tavsiyeler verilmesi için, sağlık ve yaşam tarzı konusunda eczanelere de başvurabiliyorlar. Dolayısıyla bu, tabii ki verilmesi gereken bir hizmet. Tedavi hizmetlerine baktığınızda, hasta insanlar eczaneye gidiyorlar ve biliyorlar ki hastalar hastalıklarının farkındalar. Ölçüm yapıyoruz, aynı zamanda kesekağıdı dediğimiz, kahverengi kesekağıdı dediğimiz bir hizmetimiz var. İlaç yönetimi yapıyoruz ve hastalık yönetimi yapıyoruz. Aynı zamanda astım ve buna benzer hastalıkların takibini de gerçekleştiriyoruz. Aynı zamanda ilaç verme, mesela antibiyotikler ve antienflamatuarlar konusunda eczanelerde verdiğimiz hizmetler var. Terapistlerle ilgili, mesela beslenme, gıda konusunda bunun gibi hizmetlerle, izlenim hizmetleri de sağlıyoruz.

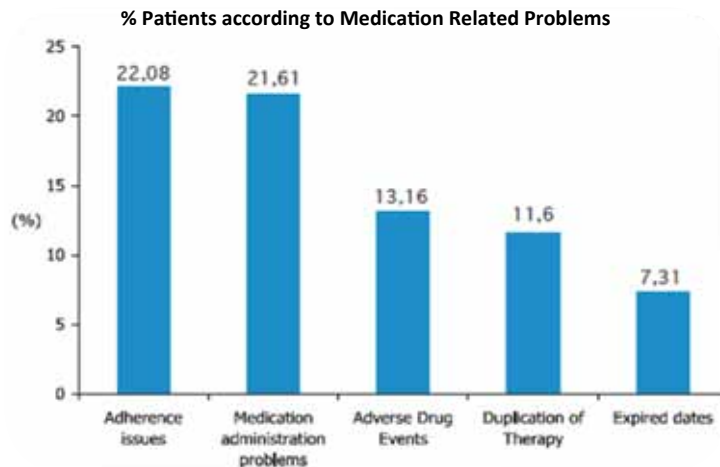
Bir kampanyamızdan bahsetmek istiyorum. 1500 eczanenin katıldığı ve 65 yaşın üstündeki hastaları içeren bir kampanya bu. Dört veya daha fazla ilaçla ilgili yapılan bir araştırmanın sonucunda 100 kişinin içerisinde 22 kişi farklı sorunlar yaşamış. % 22'si ilacın verilmesiyle ilgili sorunlar yaşamış, % 13'ü yan etkiler nedeniyle sorunlar yaşamış, % 11'i terapinin çift yapılmasıyla ilgili sorunlar yaşamış, % 7'si faydaların süresinin geçmesiyle ilgili

sorunlar yaşamış. Dolayısıyla, Portekiz'de yaptığımız önemli kampanyalardan, araştırmalardan birincisi bu. **(Tablo 10)**

Bir diğer önemli kampanyamız ise diyabet kampanyası 2007 yılında bir haftalık bir kampanya yaptık. Yaklaşık 8 bin yetişkin diyabet hastası değerlendirildi ve bu 8 bin kişinin içerisinde bu hastaların % 24'ü doktorlara yönlendirildi. Çünkü % 72'sinde glisemi (kan şekeri) endeksi ya da düzeyi, hedeflenen değerlerin üzerinde çıktı. Bütün diyabet hastalarını 2010 yılında incelediğimizde, bu kampanyayla birlikte gördüğümüz kadarıyla, bir yılda 400 milyon Euro'dan fazla bir tasarruf yapılmış. Dolayısıyla bu da başarılı bir kampanya olduğunu gösteriyor.

Yine Portekiz'deki bir üniversiteden eczacılık hizmetleri konusunda ekonomik bir değerlendirme yapmasını istedik. 2008 yılında Katolik Üniversitesi yaptı bunu. 2008 yılında 40 milyon Euro tutarında ücretsiz hizmet yapılmış. Tüm eczane çalışanlarının % 13'ü, zamanlarını bu hizmetlere harcamış. Yani bunun sonucu olarak işçi maliyetlerinin % 58,3'ü bu konulara harcanmış, ücretsiz hizmetlere harcanmış. Tabii ki, biz hükümete söylerken bunu da belirtiyoruz. Bu değerlendirmeler bize çok yardımcı oluyor. Türkiye'de de umarım bu değerlendirmeleri yaparsınız.

Tablo 10



İtalya'da Eczacılık

Maximin LIEBL

İtalya Eczacılar Federasyonu Yönetim Kurulu Üyesi



1984-1990 yılları arasında İtalya Floransa Üniversitesi'nde eczacılık eğitimi aldı. 1990 yılının bir kaç ayında Londra'da eğitimine ilişkin çalışmalar yürüttü. 1990 yılı boyunca aralıklı olarak Bozen'de Farmacia Madonna Apotheke'de (Madonna Apotheke Eczanesi) eczacı olarak çalıştı. 1991 Ocak-Ağustos ayları arasında Almanya Münih'te Leonrod Apotheke'de staj yaptı. 1993-1994 arasında Paris Pharmacie Bailly'de staj yaptı. 1994-1995 arasında İspanya Madrid'de 6 ay eğitime ilişkin çalışmalar yaptı. 1997-1999 yılları arasında Bozen-Bolzano bölge eczacı odası başkan yardımcısı olarak görev yaptı. 1998-2000 yılları arasında AGIFAR (Trentino- Alto Adige- Südtirol Genç Eczacılar Birliği) başkanlığını yürüttü. 1990-91 yılları arasında FENAGIFAR (Genç Eczacı Birlikleri Federasyonu) yönetim kurulu üyeliği yapmıştır. 1999 Kasım'dan itibaren Bolzano (Bolzen) bölgesel eczacı odası başkanlığını yürütmektedir. 2006'dan bu yana Bolzano'daki (Bozen) Farmacia Madonna Apotheke'in sahibidir. 2011'den bu yana PGEU FOFI delegesidir. 2012'den itibaren FOFI (İtalya Eczacılar Federasyonu) yönetim kurulu üyeliğinde bulunmaktadır.

Öncelikle, beni buraya, Türkiye'ye davet ettikleri için Türk Eczacılar Birliği'ne çok teşekkür ediyorum. Ankara'da bugün bizimle birlikte olan Türk meslektaşlarıma, İtalyan meslektaşlarımdan selamını iletirim.

İtalya'daki eczacılık sisteminden ve son yıllarda yaşadığımız ve önümüzdeki aylarda yaşayacağımız değişikliklerden bahsedeceğim. İtalya'da yaklaşık 60 milyon kişi var ve 17.500 tane eczanemiz var.

Eczacılık hizmetlerinin dağılımı konusunda iki tane kriterimiz var. Birincisi, demografik parametremiz; yerel nüfus nedeniyle, yani her bölümünün yerel nüfusa, her ilçenin ya da ilin yerel nüfusuna göre bir demografik kriterimiz var. Bir de yerel sağlık otoritesinden almamız gereken yetki var.

Demografik parametreler değişiyor. Eski parametrelerimiz vardı; şu anda hala yürürlükte olan

bir sistem bu. Her beş bin nüfusa bir eczane düşmek durumunda, şu anda her 4 bin nüfusa bir eczane düşüyor. Eğer nüfus % 15'in üzerinde artarsa, bir ilçede veya bir yerde, bir eczane daha açılabilir. Ama bu sene her şey değişecek. Tabii ki, eski şehirlerde ya da illerde her üç bin, beş bin nüfusa bir eczane açılabilirdi. Önceki gibi eğer nüfus gene % 15'in üstüne çıkarsa, bir eczane daha açabiliyorsunuz. Bu şu anlama geliyor; gelecek sene zannediyorum, çünkü henüz başlamadı bu uygulamaya; gelecek sene yaklaşık iki bin veya dört bin civarında yeni eczane olacak İtalya'da, gerçekten çok büyük bir rakam. Yeni eczaneleri düşündüğümüzde, çok önemli bir sayı.

İkinci olarak minimum uzaklık kriterimiz var. Her eczane bir diğerinden 200 metreden fazla uzaklığa sahip. Yerel nüfusun ihtiyaçlarını karşılayabilmek için bu kritere uyulmak durumunda. Eğer bir

eczane taşınmak istiyorsa, yerel sağlık makamından ya da otoritesinden izin almak zorunda. Ama tabii ki gene bir sonraki eczanenin 200 metreden daha yakınına gelemiyor. Bu yakını dediğimiz, tabii ki eczaneler arasındaki en yakın yaya uzaklığı olarak düşünülüyor. Bu uzaklık da yeni kanunda değişmeyecek. Daha fazla sayıda eczaneniz olacak, ama bu uzaklık kuralı değişmeyecek.

Daha fazla sayıda eczane açabiliyorsunuz tabii ki kanun temelinde. Eğer önemli topografik nedenlerden dolayı; yol koşullarından dolayı, mesela dağlardan bahsediyor olursak, daha az nüfusu olan özel durumlu yerlerden bahsedecek olursak, buralarda yeni eczaneler açılabilir. Burada da eczaneler arasında en az 3.000 metre gibi bir uzaklık kuralımız var. Mevcut eczanenin 3.000 metre civarında uzağında olmalı ve şehirde ya da ilçede beş binden fazla nüfus olmamalı. Tabii ki, bu gene 12.500 nüfusun altındaki küçük şehirler için geçerli olan bir kural.

Yeni kanunumuzla birlikte, yeni açılacak eczanelerin ve demografik parametreyle açılacak yeni eczanelerin yanı sıra toplam eczanelerin % 5'iyle sınırlı olmak üzere, tüm bölgelerde ve özerk illerde yerel, gene otoriteyle birlikte ek bir eczane açılabilir. Nerelerde açılabilir? Tren istasyonlarında, havaalanlarında, limanlarda ve çok fazla trafik yoğunluğu olan otoyollarda açılabilir. Burada var olan bir eczanenin 400 metre yakınına açılmıyor tabii ki, gene uzaklık 400 metre oluyor. Alışveriş merkezlerinde ise, 10.000 m²'nin üzerinde bir alana sahip olan alışveriş merkezlerinde eczaneler açılabilir. İki eczane açılırsa, iki eczane arasında 1.500 metre uzaklık olması gerekiyor.

Yeni satış noktalarından bakacak olursak, dışarıda satılan ilaçlara bakacak olursak, maalesef dışarıda diyorum; yani 2006 yılından bu yana eczanelerin dışında da ilaçlar satılıyor. Personel Kanunuyla birlikte reçetesiz ilaçlar ve raftan alınan ilaçların da sadece eczanelerde satılması ge-

rekmiyor. Bunları marketlerden alabiliyorsunuz, İtalya'da "Parafarmacie" dediğimiz yerlerden ve süpermarket köşelerinden alabiliyorsunuz. Biz bunlara köşe diyoruz. Tabii yine açık olduğu saatler içerisinde alabiliyorsunuz; ama bunları sadece bir eczacının gözetimi altında alabiliyorsunuz. Eğer bir eczacı yoksa dükkanda, onlar size ilaç satamıyorlar. Yani bu şu anlama geliyor; yine iş saatleri içerisinde eğer eczacı orada yoksa, o bölümü kapatıyorsunuz, yani o ilaç sattıkları köşeyi kapatıyor dükkanlar ve eczacı geri geldiğinde dükkana, tekrar o köşeyi açıyorlar.

Bu sene Salva-İtalya Kanunuyla (Salva-Italia Act) birlikte, biliyorsunuz İtalya'da Monti ile birlikte büyük bir krizimiz var; birçok değişiklik oldu ve Mario Monti yeni Başbakanımız. Şu anda çok fazla kanunda değişiklik yapıyor. Aynı zamanda, tıp ve sağlık sektörü konusundaki kanunlarda da değişiklikler yapıyor. Bir tanesi Salva-İtalya Kanunu. Bu kanun çerçevesinde şu anda "C Sınıfı"ndaki ilaçların satılması ya da reçetesiz olarak satılan ilaçlar da aynı zamanda eczanenin dışında "Parafarmacie" dediğimiz yerlerde satılabilecek.



"Parafarmacie" dediğimiz bu dükkanlar da tabii ki gerekliliği karşılamak zorundalar. Bu ilaçları satmaya yönelik gereklilikleri karşılamak zorundalar. Yerine getirmeleri gereken yapısal bazı şartlar var; organizasyonel ve teknolojik şartlar var. Aslında eczanelerde olanlarla aynı. Yani havalandırma sistemi olması gerekiyor, bir dondurucu ya da bir soğuk hava sisteminin olması gerekiyor. Eczacı ve eczacının dışındaki eczane çalışanları gibi, meslek çalışanları gibi çalışanlar da bulunmak durumunda. Aynı zamanda, yine bu sene, bu dükkanlarda veterinerlik ilaçları da satılabilir. Tabii ki, reçeteli de olsa bunlar satılabilir. Ayrıca yine reçetesiz ilaçlar için, ilaç hazırlaması da yapabiliyorlar, biz bu konudan hiç memnun değiliz.

Fiyatlardan ve indirimlerden bahsedecek olursak, ilk indirim 2004 yılında yaşandı; % 20'ye kadar indirim yapabiliyorduk, yapabilmeye başladık. Dolayısıyla, eczanelerde bu raf ilaçları konusunda "Parafarmacie"ler yoktu o zamanlarda; bu ilaç satan dükkanlar yoktu. Şu anda, 2012 yılında biz tüm ilaçlar için, reçeteli ilaçlar da dahil olmak üzere, tüm ilaçlar için indirim yapabiliyoruz. Dolayısıyla, büyük bir değişiklik oldu. Çünkü önceden bütün İtalya çapında reçeteli ilaçların sabit bir fiyatı vardı. Ama şu anda maksimum fiyat aynı, taban fiyat aynı, ama bu fiyat üzerinden indirim yapabiliyorsunuz. Yani, daha fazla fiyata satamıyorsunuz, ancak bu fiyat üzerinden indirim yapabiliyorsunuz. Ancak şu yasak; örneğin; "Fidelity Cards" dediğimiz, yani bu promosyonel kartlar gibi şeyler veya üzerinden indirim yapmak yasak veya iki ilaç alana bir ilaç bedava gibi kampanyalar yasak. Yani, müşteri için bir indirim yaparsanız, diğer müşteri için de aynı oranda indirim yapmak durumundasınız. Yani herkes için aynı fiyatı uygulamak durumundasınız ve ilacın fiyatını da herkesin görebileceği şekilde, açık bir şekilde yazmak durumundasınız.

Bizim federasyonumuz 2006 yılından bu yana bir süreç başlattı; eczanelerin gelişmesi sürecini başlattı. Biz yeni ve daha modern, profesyonel işlemlere başladık ve bazı hizmetler sağlamaya başladık İtalyan eczanelerinde. Entegre ev hizmetleri dediğimiz bir şey var; birincil ve ikincil bakım düzeyleri var; bakım analizi var; sağlık raporları gibi konularda verilen hizmetler var.



Entegre ev hizmetlerine (evde bakım) bakacak olursak; biz evlere ilaç veya tıbbi cihaz götürebiliyoruz. Ağrı kesiciler veya suni beslenme için mamalar götürebiliyoruz veya hemşire, fizyoterapist gibi hizmetler sunabiliyoruz evde. Aile doktoru gibi hizmetler sunuluyor tabii ki. İkinci seviye bakım hizmetleri olarak söylenen; yani rehabilitasyon hizmetleri, fiziksel psikomotor hizmetleri veya bazı yetersizlikler, engellere yönelik hizmetler sunulabiliyor. Aynı zamanda evde, kas içi intervasküler enjeksiyonlar konusunda da hizmet sunabiliyoruz.

Birinci seviye bakım konusunda, tabii zaten bunu önceden de yapıyorduk. Hastalara genel bilgi verme konusunda, sağlık ve ilaçlarla ilgili genel bilgiler verme konusunda hizmet veriyoruz. Sağlık eğitim kampanyaları düzenleniyor, eskiden de düzenleniyordu. Sağlık Bakanlığı çerçevesinde yapılan şeyler veya bizim örgütlerimiz çerçevesinde yapılan kampanyalar veya eğitimler de oluyor.

Daha öncede söylediğim gibi, ikinci seviye bakımda sadece eczanede değil, aynı zamanda hastanın evinde de yapıyoruz. Burada hemşireler, fizyoterapistler, profesyonel hizmet sunabiliyorlar. Eczanelerde de bunu yapabiliyorlar. Yani, bir eczacı olarak bizim yapamadığımız hizmetleri hemşire veya fizyoterapist aracılığıyla sağlayabiliyoruz. Gene Sağlık Bakanlığımızın belirlediği kurallar çerçevesinde, nerede yapabileceğimiz veya nerede yapamayacağımız belli oluyor.



Aynı zamanda, ikinci seviye bakım düzeyinde verdiğimiz hizmetler var demiştik. Bir de ilk seviye bakım analizi var, bunu eskiden de yapıyorduk ama resmi değildi; şu anda resmi olarak verdiğimiz bir hizmet. Yani şöyle diyebiliriz; elektronik test cihazlarımız oluyor, buna özel ayrılan bir alan oluyor. Her zaman eczacının denetiminde yapılıyor ve eczacının sorumluluğu altında yapılıyor ve eczacı bu hizmetleri, cihazlarla verilen hizmetleri sağlayabilmek için eğitim alıyor. Yani bu testlerin yapılabilmesine yönelik eğitimler alıyor. Bakanlık yönetmeliğiyle yine periyodik bir şekilde güncellenen bir yönetmelik bu. Glikoz, kolesterol, hemoglobin, keratinin gibi analizler yapıyoruz, ovulasyon testi yapabiliyoruz. Electrocardiogram yapabiliyoruz, kardiolojiyle ilgili hizmetler, tansiyon ölçebiliyoruz. Bunun gibi hizmetler sağlanabiliyor. Şu anda Sağlık Bakanlığı tarafından yapabileceğimiz söylenen ve yapabildiğimiz resmi hizmetler bunlar.

Aynı zamanda bu testler Bakanlık yönetmeliğiyle de her zaman güncel tutuluyor. Düzenli olarak güncellemeler yapılıyor. Daha önceden bu kamu sağlık hizmetleri ve hastaneler gibi yerler için şöyle hizmetler de sağlıyoruz; hasta eczaneye geliyor mesela, “ben hastanede muayene istiyorum ya da analiz istiyorum” diyor ve biz onlar için hastaneden randevu alabiliyoruz. muayeneyi ne zaman yapacakları konusunda tarih belirleyebiliyoruz. Bir iki hafta bekliyorlar raporlar için. Eczaneye geri geliyorlar, raporu bizden alıyorlar ve ödemeleri gereken ücreti de bize ödüyorlar.

Bu eczacılık hizmetleri konusunda tabii ki Ulusal Eczacılık Anlaşması var. Bölgesel anlaşmalarımız da var. Bu hizmetten bunlar ayrıca da yürütülüyor, ama bu faaliyetler tabii ki ulusal veya bölgesel sağlık hizmetlerine daha fazla bir maliyet getirmemeli deniliyor. Aynı zamanda bu faaliyetler, yani ulusal sağlık hizmetlerinin dışında olan hizmetler, hastalar tarafından ödenen hizmetlerdir. Şimdiye kadar problem olan bir sistemdi bu. Çünkü bütün bu hizmetler ulusal sağlık birimi tarafından ödenmiyor; çünkü şu anda bir bütçe yok. Bütün bu faaliyetler, yani eczanede alınan

bu sağlık dışı faaliyetler, hastalar tarafından ücreti ödenen faaliyetlerdir.

Eczacılık hizmetleri sektörüne baktığımızda, tabii ki bu durumda da değişiklikler olacak, geri ödemelerde değişiklikler olacak. Şu anda geri ödeme sistemi yüzde üzerinde belirlenen bir sistem; ilaçlar üzerinden ya da fabrika dışı, fabrika fiyatları üzerinden uygulanan bir sistem. % 66,65 oranında eczacılık endüstrisi, % 3 toptancılar ve % 30 eczaneler denilebiliyor. Yani buradaki, tabii ki indirimlerin en büyük yüzdesi geçen sene değişti, tabii ki teorik marjların uygulandığı bir sistem. Örneğin; 150 Euro’nun üzerinde bir ücrete sahip ilaçlarda % 90 indirim yapabiliyoruz. Yani % 30’u çıkarsak, % 11 kalıyor eczanelere, yani % 9 oranında indirim yapılırsa ya da % 19 oranında indirim yapılırsa, % 30 yani, bütün diğer sektörlerle giden marjları gördüğümüzde eczacıya % 11 geliyor.

Aynı Portekiz gibi bizde de fiyatlar oldukça düşmekte. Yaklaşık altı yıl önce bir reçetenin ortalama değeri bugünkü değerinin iki katı kadardı. Dolayısıyla, reçetelerin değerinde çok büyük bir düşüş yaşandı. Sene sonuna kadar kanun temelinde bu ücret sistemi değiştirilecek, bizim tıp endüstrimiz bu sistemlerde bir değişiklik yapacak. Dolayısıyla, sabit bir ücret, artı fiyat referans fiyat olacak. Buraya bir şey yazmadım, çünkü biz bu konuyu hâlâ tartışma halindeyiz ve her gün bu tartışma yön değiştiriyor. Ama bir sabit ücret olacak, paket başına iki Euro gibi ve yaklaşık % 3 gibi bir yüzdemiz olacak. Belki bir ekstra 0,10-0,20 Euro/sent gibi bir ücret alınabilecek jenerik ilaçlar için.

Bugünkü durum böyle, ama belki yarın tamamen farklı bir yöne gidebilir tartışma. Ama yine de sabit bir ücretle birlikte eğer fiyatlar düşerse, o zaman artık eczacılar için bir sorun olmaz, sağlık sektörü için bir sorun olabilir. Aynı zamanda ilaç maliyetlerinin sorumluluğu eczacılarda olmaz, sadece endüstrinin üstünde olur, böyle bir sabit ücretle.

Evet, İtalya’daki değişiklikler bu şekildeydi son yıllardaki gelecek aylardaki değişiklikler de böyle olacak.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Eczacılık ve Eczacı Profili

Ecz. Mertdoğan Soyalan¹, Doç. Dr. Hale Zerrin Toklu², Ecz. Fatma Azgın³, Prof. Dr. Rümeyza Demirdamar²

¹ KKTC Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Dairesi

² Yakın Doğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

³ KTEB Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği

Ecz. Mertdoğan SOYALAN

KKTC Sağlık Bakanlığı

Yakın Doğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi

mertdogansoyalan@hotmail.com



18 Mayıs 1957 yılında Lefkoşa'da doğdu. 1981 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. Bir süre Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği Genel Sekreterliği görevinde bulundu. Kamu görevine 18 Mayıs 1987 yılında Sağlık Bakanlığı Tıp ve Sağlık Dairesi'nde başladı. Daha sonra ilaç ve Eczacılık Dairesi'nin kuruluşuna müteakip bu dairede görevlendirildi. Kamu görevi esnasında yurt dışında kapsül ve tablet tipi preparatların imalatı konusunda kursa katıldı. Kısa bir süre Dr. Burhan Nalbantoğlu Devlet Hastanesi eczanesinde sorumlu eczacılık görevinde bulundu. 14 Şubat 2000 tarihinde Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Dairesine Müdür olarak atandı, 2005 yılına kadar bu görevi yürüttü. 22 Haziran 2005 tarihinde yine Sağlık Bakanlığı'na bağlı İlaç ve Eczacılık Dairesi'ne Müdür olarak atandı. 15 Şubat 2010 tarihine kadar bu görevi yürüttü. KKTC Sağlık Bakanlığı Eczacılık ve Zehirler Kurulu, İlaç Ruhsatlandırma Kurulu ve İlaç Üretim Yeri Ruhsatlandırma Kurulu Başkanlıkları ile Tarımsal İlaçlar Denetim Kurulu Üyeliği yaptı. Halen Sağlık Bakanlığı'nda Müşavir olarak görev yapmaktadır. Ayrıca Yakın Doğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde ilaç ve eczacılık mevzuatı ve deontolojisi dersi vermektedir.

Öncelikle burada, bu sunumu yapma imkânı veren Türk Eczacıları Birliği Yönetimine teşekkür ediyorum.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki eczacık ve eczacı profiliyle ilgili çalışmayı burada sizlere sunacağım. Ada'da eczacılığın yaklaşık 100 yıllık bir geçmişi olmasına rağmen, eczacılık ve eczacı profiliyle ilgili bugüne değin herhangi bir çalışma yapılmamıştır. Bu eksikliği gidermek için ben ve arkadaşlarım; Sayın Prof. Dr. Rümeyza Demirdamar, Sayın Doç. Dr. Hale Zerrin Toklu ve Sayın Ecz. Fatma Azgın ile birlikte bu eksikliği gidermek için bu çalışmayı başlattık. Bu çalışmayı yaparken, yöntem olarak Kuzey Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği verileri ve Sağlık Bakanlığı İlaç Eczacılık Dairesi verilerine dayanarak bu profil çıkartılmıştır.

KKTC'deki Eczacılığın Tarihçesi

KKTC'deki eczacılığın tarihçesine bakacak olursak, 1900'lü yılların başına dek Ada'da Türklerde eczacı ve hekim bulunmamaktaydı. Ancak Türk hastalar, hastalığın tedavisi için aktarlara veya diğer kimlik gurubundaki kişilere müracaat etmek zorunda kalmaktaydı. Ada'da eczacılığın yaklaşık yüz yıldan uzun bir geçmişi olmakla birlikte, Türklerde eczacılığın şekillenmesi ancak Beyrut Tıp Fakültesi'nden mezun olup bir süre İstanbul'da kaldıktan sonra, 1905 yılında Ada'ya gelen Dr. Hafız Cemal'in (Lokman Hekim) girişimleri sonucu şekillenmeye başlamıştır.

Türk toplumunun ilk eczanesi 27 Mayıs 1912 tarihinde Lefkoşa'da Ecz. Mehmet Şevket tarafından açılan "İstanbul Eczanesi"dir. Yine aynı yılın Ağustos ayında Baf'ta ikinci bir eczane olarak da "Baf İslam Eczanesi" açılmıştır.

İlk hükümet eczacısı; 1912 yılında Kıbrıs hükümeti özel eczacılık eğitimi mezunu Ecz. Mustafa Zeyit Hüsnü olmuştur. İlk kadın eczacılarımız; 1944 yılında yine Kıbrıs hükümeti özel eczacılık eğitimi mezunu Ecz. Kamran Aziz ve Ecz. Ayşe Dana'dır. İlk eczane açan kadın eczacımız ise 1945 yılında aynı eczacılık eğitiminden mezun olan Ecz. Kamer Yusufhan'dır.

Eczacılık fakültesi mezunu olan; ilk erkek eczacımız 1912 yılında İstanbul Darülfünun Tıp Medresesi mezunu Ecz. Mustafa İrfan; ilk kadın eczacımız da 1964 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi mezunu Ecz. Tokay Erbilen'dir.

KKTC'deki ilk eczacılık fakültesi mezunu olan eczacılar; 2007 yılında ilk eczacılık fakültesi olarak açılmış olan Yakınoğlu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi mezunu kişiler olup, 2012 yılında Ecz. Ömrüm Akı ve Ecz. Sadiye Taşar kadın eczacı olarak mezun olmuştur. Erkek eczacı olarak mezunlar ise 2013 yılında mezun olması beklenen Necmi Alpdoğan ve Tahir Kıpçak'tır.

Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği'nin Kuruluşu

1959 yılına kadar eczacı olarak Türklerin sayısı 12 olmuştur. Bu tarihte Rumlarla müşterek olarak Eczacılar Birliği'nde görev yapan eczacılar kendilerine yakın meslek gruplarındaki kişileri de içine alarak, ki bunlar özellikle kimyacılar, 9 Ağustos 1959 yılında dernek olarak kurulmuş ve ilk Başkanlığını Ecz. Macit Tefik İleri yapmıştır. Dernekler Yasası altında kurulan bu Birlik, 1999 yılında Cumhuriyet Meclisi'nde kabul olunan ve Resmi Gazetede yayınlanan 18/1999 sayılı "Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği Yasası"yla bir meslek örgütü olarak kurulmuş ve ilk başkanı Ecz. Fatma Azgın olmuştur.

Eğer bir eczacı KKTC'de serbest olarak mesleğini icra etmek isterse, Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği'ne üye olma zorunluluğu getirilmiştir. Ancak kamuda görev yapacak eczacılar için böyle bir zorunluluk yoktur.

KKTC'deki eczacılıkla ilgili yasal mevzuatlar;

- * Fasl 254 Eczacılık ve Zehirler Yasası
- * 4/1972 Sayılı Uyuşturucu Maddeler Yasası
- * Fasl 261 Gıdaların ve İlaçların Satışı Yasası
- * 23/2001 Sayılı Kozmetik Ürünleri Yasası
- * 18/1999 Sayılı K.T.Eczacılar Birliği Yasası
- * 58/1987 Sayılı İlaç ve Eczacılık Dairesi (Kuruluş, Görev ve Çalışma Esasları) Yasası

Şu anda KKTC'de ilaç ve eczacılıkla ilgili mevzuat 1947 yılında çıkartılmış olan, İngiliz sömürge döneminde çıkartılmış olan, Eczacılık ve Zehirler Yasasıdır ve bu yasa kapsamında çıkartılan 4 tüzüklü bu hizmetler yürütülmektedir. Ancak, eczacılığın bugünkü gelişen şeklinde bu yasalarla hizmeti yeterince götürmek mümkün değildir. Günün şartlarına uygun olarak bu yasaların yeniden revize edilerek güncelleşmesi gerekmektedir.

KKTC'de serbest eczacılık veya kamu eczacılığı yapabilmek için; ilk olarak KKTC'de eczane açabilmek için yürürlükteki yasaya göre sicile eczacı olarak kayıt yaptırmanız gerekiyor. Sicile eczacı olarak kayıt yapılabilmesi için 21 yaşına gelmiş olması gerekir. Türkiye, Yunanistan veya Birleşik Krallık'tan mezun olanlar direkt, bu ülkeler dışındaki üniversitelerdeki fakültelerden mezun olanlar ise Bakanlar Kurulu onayından sonra açılacak olan eczacılık sınavına girip, başarılı olmaları halinde ancak sicile eczacı olarak kayıt yapabilirler ve bu kişiler eczane açabilir.

Kişilerin eczane açabileceği gibi, yine KKTC'de şirketler de eczane açabilir. Ancak şirketlerin eczane açabilmeleri için % 51 hisselerinin bir eczacıda olması gerekir. Yine şirketler bir eczacının gözetimi ve sorumluluğunda şube eczaneleri de açabilir. Bununla ilgili herhangi bir sınırlama yoktur. Ayrıca, civarında veya içerisinde hiçbir eczane bulunmayan köylerde görev yapan doktorların da hastalara ilaç vermesi için ecza dolabı açmasına müsaade edilir. Bu bölgelerde eczane açılması durumunda verilen bu izin iptal edilir.

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde faaliyet gösteren özel eczanelerin nöbet sistemiyle açılış ve kapanış saatleri; 1946 yılında yayınlanmış olan Eczacılık ve Zehirler Tüzüğü'nün 20. maddesinin Eczacılar Birliği Yönetim Kurulu'na verdiği yetkiye dayanarak hazırlanan ve Resmi Gazetede yayınlanan bir bildiriyle düzenlenmektedir. Eczanelerin çalışma saatleri ve nöbetleriyle ilgili bildiri, yaz ve kış ayları devresi olmak üzere, yılda iki kez yayınlanmaktadır.

Kış devresinde nöbetçi olmayan her eczacı, hafta içi sabah 08.00'den akşam 18:30'a kadar eczanesini açık bulundurur. Cumartesi günleri ise saat 08.00'den öğlen 13:30 arasında eczanesini açık tutar. Bunun dışındaki saatlerde eczanesini kapatmak zorundadır. Kış devresinde nöbetçi olan her eczacı eczanesini sabah 08.00 ile 23.00 saatlerinde açık bulundurur; gece 23.00 ertesi günü saat 08.00'e kadar içabacı (on-call) olarak nöbet tutar ve bu saatlerde reçetede yazılı ilaçları eczanesini açıp vermekle yükümlü olur. İki eczanenin nöbetçi olduğu bölgelerde on-call hizmeti dönüşümlü olarak yerine getirilir.

Yaz devresinde nöbetçi olmayan her eczacı; hafta içi her gün eczanesini sabah 08.00'den akşam 19:30 saatleri arasında açık bulundurur. Buna ilave olarak 28 Mayıs-30 Eylül arasındaysa, 13:00-15:30 saatleri arasında eczanesini kapalı tutmak zorundadır. Cumartesi günü ise nöbetçi olmayan her eczane saat 08:00-13:30 saatleri arasında eczanesini açık tutar. Yaz devresinde nöbetçi olan her eczacı sabah 08:00'den akşam 24:00'e kadar eczanesini açık bulundurmak zorundadır.

Saat 24:00'ten sabah 8:00'e kadar içabacı (on-call) olarak nöbet tutar ve bu saatlerde kendisine gelen reçetede yazılı ilaçları eczanesini açıp vermekle yükümlüdür. Yine iki eczanenin nöbetçi olduğu bölgelerde on-call hizmeti dönüşümlü olarak yerine getirilir.

KKTC'de idari olarak yapılanma; Lefkoşa, Güzelyurt, Magosa, İskele ve Girne ilçeleri olmak üzere beş bölgeye ayrılmıştır. Sadece bu bölgelerin dört bölgesinin nöbet hizmeti yerine getirilmektedir. Bunlar da Lefkoşa, Girne, Güzelyurt ve Magosa. İskele bölgesindeki eczaneler nöbet hizmetini yerine getirmez. Bunlar istediği saatte eczanesini kapatabilir.

KKTC'de Eczacı/Eczane Profili

Bu çalışmada yöntem olarak Kıbrıs Türk Eczacılar Birliği ve Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Daıresi verilerine dayanarak, eczacı ve eczacı profili incelenmiştir. Bu çalışma sonuçlarına göre Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde 2006-2011 yılları arasında ithal edilen ilaçların kamu ve özel harcamaların toplam miktarı yaklaşık 30 milyon dolar civarındadır. Bunlar çok büyük bir artış, değişiklik göstermemiştir. Ancak, özel ilaç harcamalarında son üç yılda; 2009-2010-2011 yıllarında cepten ilaç harcamalarındaki rakamlarda bir artış görölmektedir. Sağlık Bakanlığı ilaç harcamalarında bir azalma görölmektedir. Bunun nedeni de bence sağlık bütçesi, genel bütçeden sağlığa ayrılan %6,5'lik oranın yetersizliğinden kaynaklandığı görüşündeyim. (Tablo-1)

Tablo-1: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ne 2006-2011 yılları arasında ithal edilen ilaçların kamu ve özel harcamaları

YIL	SAĞLIK BAKANLIĞI İLAÇ HARCAMASI	ÖZEL İLAÇ HARCAMASI	TOPLAM İLAÇ HARCAMASI (TL)	TOPLAM İLAÇ HARCAMASI (USD)
2006	14,763,714.-	15,563,210.-	30,326,924.00	20,929,661.00
2007	19,246,567.-	15,549,039.-	34,795,606.00	26,745,386.00
2008	21,500,000.-	18,436,250.-	39,936,250.00	31,133,195.00
2009	17,200,000.-	27,975,751.-	45,175,751.00	29,086,914.00
2010	18,720,336.58	30,717,868.42	49,438,205.00	32,828,277.00
2011	14,058,793.16	35,192,213.84	49,251,007.00	29,970,692.00

Şu anda Türkiye ve KKTC'deki eczacılık fakülte-
sindeki okuyan öğrenci sayılarına baktığımız za-
man da, 80 civarında bir öğrenci olduğu görül-
mektedir. Diğer ülkelerde okuyan öğrenci sayısı
tespit edilememiştir. Daha önce KKTC'nin eczacı
ihtiyacı Türkiye'deki veya yurtdışındaki diğer üni-
versitelerdeki mezunlar tarafından veya 1962 yılına
kadar Cumhuriyetin açmış olduğu Özel Eczacılık
Eğitimi başarıyla tamamlayan, sicile kaydını ec-
zacı olarak yapılanlar tarafından giderilmektedir.
2007 yılında ilk açılan eczacılık fakültesi Yakındo-
ğu Üniversitesi Eczacılık Fakültesi öğrenci olarak
eğitime başlamış. Onun akabinde 2011 yılındaysa
Doğu Akdeniz Üniversitesi Eczacılık Fakültesi ve
Uluslararası Kıbrıs Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
öğrenci olarak eğitimlerine başlamıştır. (Tablo-2)

Tablo-2: Türkiye ve KKTC'deki eczacılık fakültelerinde
okuyan K.K.T.C. uyruklu öğrenci sayıları

FAKÜLTE ADI	ÖĞRENCİ SAYISI
YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ	28
DOĞU AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ	26
ULUSLARARASI KIBRIS ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ	11
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ	7
EGE ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ	3
YEDİTEPE ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ	1
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ	1
ANKARA ÜNİVERSİTESİ ECZACILIK FAKÜLTESİ	3
TOPLAM	80

Kaynak: KKTC Milli Eğitim Bakanlığı Yüksek Öğrenim ve Dış
İlişkiler Dairesi, YDÜ Eczacılık fakültesi

Not: Diğer ülkelerde okuyan öğrenci sayısı tespit edilememiştir

Alınan bu öğrenci sayılarına bakıldığı zaman, ileri-
de radikal olarak eczacı sayısında bir artış kaçınıl-
mazdır. 2006-2012 yılı nüfus artışını karşılaştırdı-
ğımız zaman % 11,21 artış görülmesine rağmen,
aynı devrelerde eczacı sayısı ve eczane sayısının
artışı karşılaştırıldığı zaman, eczacı sayısına %
21,34 eczane sayısında % 22,31 oranında bir
artış görülmekte. Bu da yaklaşık nüfus artışının
iki katına tekabül etmektedir. Bu da gösteriyor
ki, ileride eczane sayısında bir artış görülecektir.

(Tablo-3)

Tablo 3: Eczacı ve eczane sayısındaki artışın karşılaştı-
rılması

	2006	2012	2006-2012 % değişim
KKTC Nüfusu	265,100	294,906	+11.20
Eczacı sayısı	164	199	+21.34
Eczane sayısı	121	148	+22.31
Eczacı başına düşen kişi sayısı	1617	1482	-8.35
Eczane başına düşen kişi sayısı	2191	1993	-9.04

Tablo-4'te de ülkemizdeki sağlık personeli başına
düşen kişi sayısı görülmektedir. Sağlık personeli
başına düşen kişi sayıları Türkiye ile karşılaştırıldığın-
da, pratisyen hekime düşen hasta sayısı KKTC'de
çok fazla. Onun dışındakiler de Türkiye'den daha
geride olduğumuz görülmektedir. Eczacıya düşen
hasta sayısı Türkiye'ye göre az.

Yıllar itibariyle baktığımız zaman; 1999 yılında
kamuda görevli eczacı oranı % 13 iken bugün
bu oran % 7'ye inmiştir. Kamuda görevli eczacı
sayısının azaldığı, özelde görevli eczacı sayısının
ve özel eczane sayısının arttığı görülmektedir.
Bunun nedeni de kamuda görevli eczacıların ma-
aşlarının düşük olmasından kaynaklanmaktadır.
(Şekil-1) Kamu da görevli eczacıların yaş orta-
lamasına bakıldığı zaman %30.76'sının 46-50
yaş grubunda, %15.38'nin 51-55 yaş grubunda,
%23.07'sini ise 56-60 yaş grubunda olduğu gö-
rülmemektedir. **(Tablo-6)** Eğer erken zamanda ge-

Tablo 4: 2012 yılında KKTC'deki eczacı, dişhekim, hemşire, hekim (uzman/pratisyen) sayılarının karşılaştırılması ve sağlık personeli başına düşen kişi sayısı

	Eczacı	Hemşire	Dişhekim	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim
Sağlık personeli sayısı	199	1050	191	568	61
Sağlık personeli başına düşen kişi sayısı	1482	281	1544	519	4835

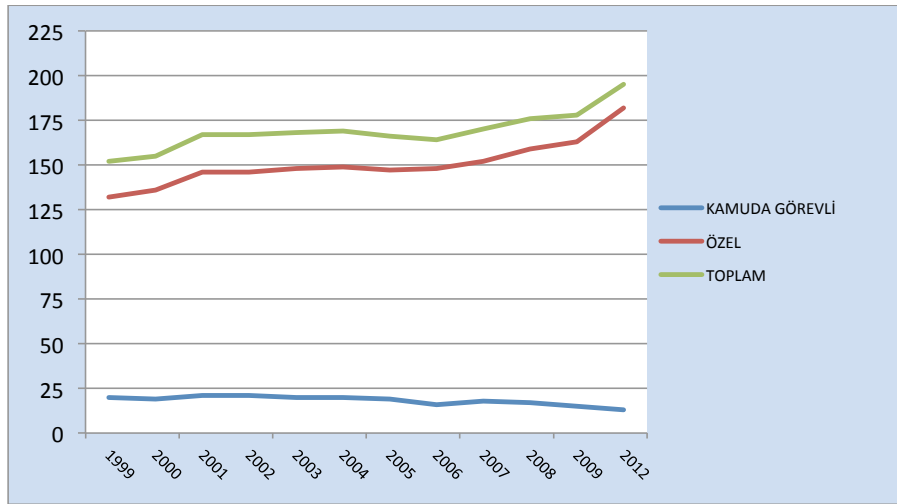
TÜRKİYE

Sağlık Personelinin Kurumlara Göre Dağılımı ve Personel Başına Düşen Nüfus (2007)

	TOPLAM	BİR PERSONELE DÜŞEN NÜFUS	SAĞLIK BAKANLIĞI	ÜNİVERSİTE	DİĞER KAMU	ÖZEL
Hekim	114.583	637	64.021	23.798	3.559	20.667
- Uzman Hekim	57.882	1.261	36.583	11.380	1.447	16.893
- Pratisyen Hekim	56.701	1.287	37.438	12.418	2.112	3.774
Diş Hekimi	18.213	4.007	4.292	969	529	12.138
Eczacı*	30.725	2.328	1.355	1.643	1.280	24.119
Sağlık Memuru	67.649	1.079	49.514	607	1.4995	13.303
Hemşire	87.327	836	62.488	11.480	2.588	10.167
Ebe	43.301	1.685	40.493	288	101	2.416

Kaynak: TÜİK, Türkiye İstatistik Yıllığı, 2008

* Türk Eczacıları Birliği Veri Tabanı



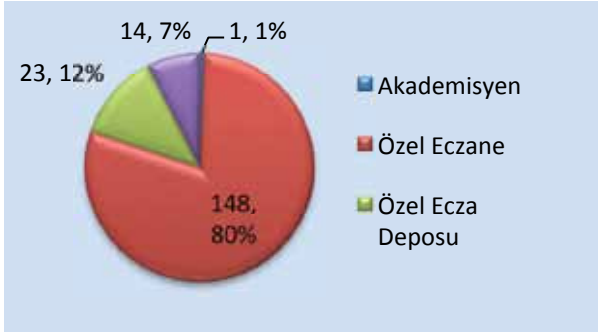
Şekil 1: Kamuda görevli ve özel eczacıların yıllara göre dağılımı

rekli düzenlemeler yapılarak eczacıların kamuda çalışmaları özendirilmez ise önümüzdeki 10 yıl içinde kamuda çalışan eczacı sayısının çok aşağılara inmesi kaçınılmazdır.

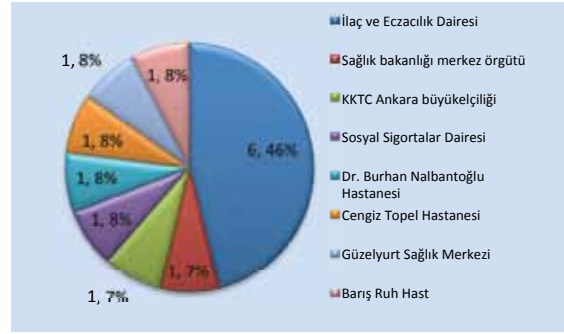
Eczacıların görev yerlerine baktığımız zaman, özelde görevli eczacıların % 80'i eczanede çalışmaktadır. Üç üretim tesisi olmasına rağmen ül-

kemizde ilaç sanayinde çalışan eczacı görülmemektedir. Yine ülkemizde üç eczacılık fakültesi olmasına rağmen, akademisyen olarak sadece bir eczacı görev yapmaktadır. Kamuda görevli eczacıların görev yerlerine göre dağılımına bakıldığı zaman, en büyük istihdam İlaç ve Eczacılık Dairesi'nde görülmektedir. (Şekil-2-3)

Eczacıların Görev Yerlerine Göre Dağılımı



Şekil 2: Özel sektörde çalışan eczacıların görev yerlerine göre dağılımı



Şekil 3: Kamuda çalışan eczacıların görev yerlerine göre dağılımı

Eczacıların cinsiyete göre dağılımına baktığımız zaman, % 67'si kadın olarak görülmektedir. Hem kamuda, hem de özeldeki kadın sayısının fazla olduğu görülmektedir. Eczacıların yaşa göre dağılımına baktığımız zaman; % 70 civarındaki eczacının yaş ortalaması 46 ve üzerinde görülmektedir. Bu da gösteriyor ki, ilerleyen günlerde kısa bir dönem dahi olsa bir eczacı sıkıntısı olabilir. (Tablo 5-6)

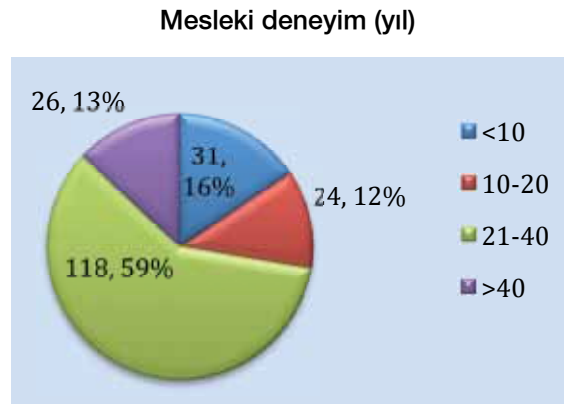
Tablo 5: Eczacıların cinsiyete göre dağılımı

	ÇALIŞTIĞI YER	KADIN N(%)	ERKEK N(%)	TOPLAM N(%)
Kamu	Kamu	11 (85)	2 (15)	13 (6.5)
Özel	Akademisyen	1 (100)	0 (0)	1 (0.5)
	Özel Eczane	101 (68)	47 (32)	148 (74)
	Özel Eczacı Deposu	12 (52)	11 (48)	23 (12)
	Diğer	9 (64)	5 (36)	14 (7)
Toplam		134 (67)	65 (33)	199 (100)

Tablo 6: Eczacıların yaşa göre dağılımı

YAŞ GRUBU	KAMU N (%)	SERBEST ECZACI N (%)	TOPLAM N (%)
<25	0 (0)	7 (5)	7 (4)
26-35	1 (8)	24 (16)	25 (16)
36-45	3 (23)	17 (11)	20 (12)
46-55	6 (46)	31 (21)	37 (23)
>55	3 (23)	69 (47)	72 (45)
Toplam	13 (100)	148 (100)	161 (100)

Halen mevcut eczacıların meslek deneyimlerine bakıldığı zaman %13'nün 40 yıl üzeri, % 59'unun 21-40 yıl, % 12'sinin 10-20 yıl arası, % 16'sının ise 10 yılın altında mesleki deneyiminin olduğu tespit edilmiştir. Genel olarak KKTC'deki eczacıların yaşı ve dolayısıyla mesleki deneyimi fazladır. Eczacılarımızın mezun oldukları okullara göre dağılımı ise % 95'i Türkiye Cumhuriyeti'ndeki üniversitelerden mezun olan eczacıların % 5'i de diğer ülkelerden ve KKTC'den mezun olan eczacılardır ki, KKTC'de bu yıl iki eczacı mezun olmuştur. (Şekil 4; Tablo 7)



Şekil 4- Eczacıların mesleki deneyim süresine göre dağılımı

Türkiye'den mezun olan eczacıların dağılımlarına baktığımız zaman; ilk üç sırayı İstanbul Üniversitesi, Ankara Üniversitesi ve Ege Üniversitesi almaktadır.

Tablo 7: Eczacıların Mezun Oldukları Okullara Göre Dağılımı

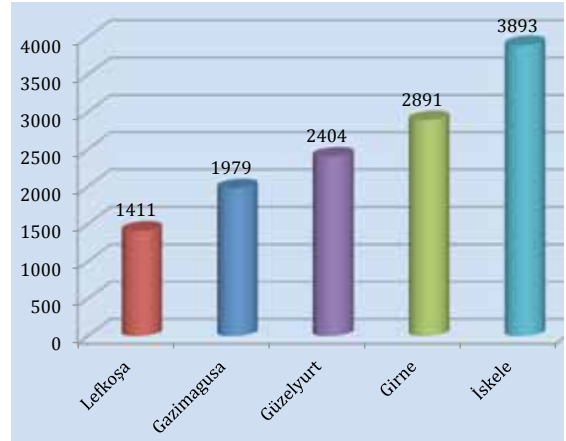
	OKUL	N	%
Türkiye	İstanbul Üniversitesi	67	34
	Ankara Üniversitesi	47	24
	Ege Üniversitesi	31	15,5
	Hacettepe Üniversitesi	17	8,5
	Gazi Üniversitesi	16	8
	Marmara Üniversitesi	8	4
	Yeditepe Üniversitesi	2	1
	Anadolu Üniversitesi	1	0,5
KKTC	Yakındoğu Üniversitesi	2	1
Diğer	Birleşik Krallık	5	2,5
	ABD	1	0,5
	Lübnan	1	0,5

Eczanelerin bölgelere göre dağılımına baktığımız zaman, en büyük eczane olan yerleşim yeri Lefkoşa ve onu Magosa takip etmektedir. Bunun nedeni de ülkemizde eczane açmakta, coğrafi veya nüfusa bağlı bir kriter olmaması nedeniyle isteyen istediği yerde eczanesini açabilir. Genellikle büyük şehirler, nüfusun yoğun olduğu yerler tercih edilmiştir. 148 özel eczanenin faaliyet gösterdiği Kuzey Kıbrıs'ta eczanelerin % 47'sinin Lefkoşa'da; %23'ünün Gazimağusa'da; %17'sinin Girne'de; %9'nün Güzelyurt'ta; %4'nün ise İskele ilçesinde bulunduğu görülmektedir. (Şekil 5)

Kuzey Kıbrıs genelinde eczane başına düşen kişi sayısı 1.992,60 iken Lefkoşa ilçesinde bu sayı 1.411, Gazimağusa ilçesinde 1.979, Girne ilçesinde 2.891, Güzelyurt ilçesinde 2.404 ve İskele ilçesinde ise 3.893 kişi olduğu tespit edilmiştir. Bu tespite göre Lefkoşa ve Gazimağusa ilçelerinde Eczane başına düşen kişi sayısının 2.000 kişinin altında olduğu görülmektedir. (Şekil 6)



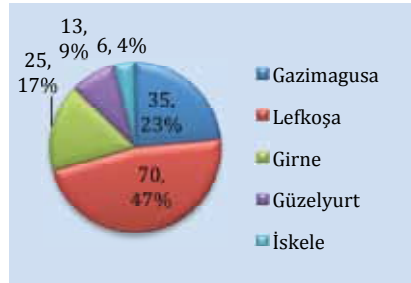
Şekil 5: Eczanelerin bölgelere göre dağılımı

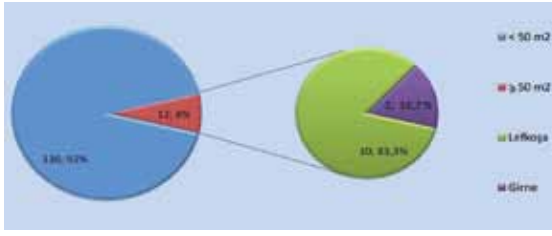


Şekil 6: Eczane başına düşen kişi sayısının bölgelere göre dağılımı

Yine 2008 verilerine göre Bulgaristan'da eczane başına 1.736 kişi, Kıbrıs Rum Kesimi'nde 1.733 kişi, Yunanistan'da 1.210 kişi, Belçika'da 2.020 kişi ve Kuzey Kıbrıs'ta ise 1.992,60 kişi düştüğü, Kuzey Kıbrıs'ın eczane başına düşen kişi sayısı olarak Türkiye ve diğer Avrupa ülkelerinin gerisinde olduğu bir gerçektir.

Eczanelerin Fiziki yapı olarak sadece % 8'inin 50 metre karenin üzerinde olduğu geri kalanın ise 50 metre karenin altındaki yerlerde faaliyetlerini sürdürdüğü; dolayısıyla eczacıların danışmanlık hizmetini sürdürebileceği özel görüşme alanlarına olarak verebilecek büyüklükteki eczane sayısının kısıtlı olduğu görülmektedir. (Şekil 7) Bunun nedeni de özellikle ana caddeler, doktorlar ve hastanenin yakın olduğu yerlerde eczane açmaya herkes meyil ediyor. Buradaki büyük dükkânların da kiralari çok yüksek olduğu için, daha küçük dükkanları tercih ediyorlar. Eczane açarken, dükkanın büyüklüğüyle ilgili herhangi bir kriter yasaımızda olmadığı için, bu kabul edilebiliyor.





Şekil 7: Eczanelerin fiziksel büyüklüğü

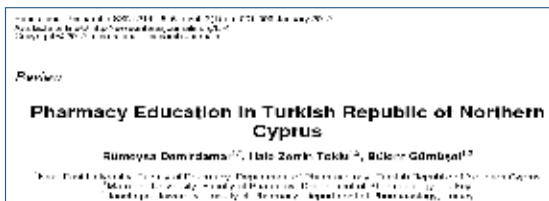
Kuzey Kıbrıs'taki Eczanelerin açılış yerine bakıldığında; % 13,5'inin hastane ve sağlık merkezi civarında olduğu, ilçe merkezlerindeki geri kalan eczanelerin de ana caddelerde veya tek doktorun faaliyet gösterdiği özel muayenehane civarında yoğunlaştığı görülmektedir. Ayrıca Lefkoşa ilçesinde eczanelerin % 84' ü, Gazimağusa ilçesinde eczanelerin %84'ü, Girne ilçesinde eczanelerin %60'ı, Güzelyurt ilçesinde eczanelerin %83'ü ve İskele ilçesinde eczanelerin %29'ü ilçe merkezlerinde bulunmaktadır.

Tablo 8: Hastane ve sağlık merkezi civarındaki eczane sayıları

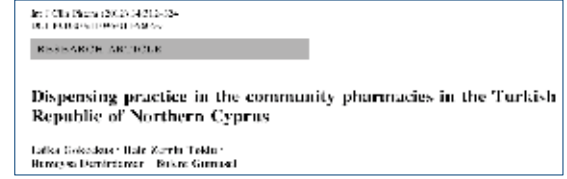
İLÇE	TOPLAM ECZANE SAYISI	HASTANE VE SAĞLIK MERKEZİNE YAKIN ECZANE SAYISI	
	N	N	%
LEFKOŞA	68	9	13.2
GİRNE	26	5	19.2
GAZİMAĞUSA	35	6	17.1
GÜZELYURT	12	-	-
İSKELE	7	-	-
TOPLAM	148	20	% 13.5

Kıbrıs'ta eczacılık ve eczacılarla ilgili yapılan çalışmalar

Bu eczacılık eğitimiyle ilgili bir çalışma.



Kıbrıs'taki eczanelerde akılcı ilaçla ilgili bir çalışma ve 2008 yılında kurulmuş olan Farmakovijilans Merkeziyle ilgili bir çalışma bitmiştir.



Tez olarak devam eden çalışmalar ise sağlık çalışanlarının, özellikle eczacı, hemşire ve hekime etki bildirimine bakışlarını içermektedir. Bu çalışma henüz tamamlanmamıştır.



Kitabımızın 2013 yılının başında yayınlanmasını bekliyoruz. Sonuç olarak; Adada eczacılığın yaklaşık 100 yıldan uzun bir geçmişi olmakla birlikte, Adadaki eczacılığın ve eczacı profilinin sosyodemografik özellikleri daha önce hiç incelenmemiştir. Bu nedenle bu bulgular Adadaki eczacılığın ve eczacı profilini değerlendiren ilk sistematik veridir. Bu sonuçların eczacılıkla ilgili sağlık politikalarının oluşturulmasında katkı sağlaması açısından önemlidir.

Özellikle, bu çalışmanın hazırlanmasında emeği geçen Prof. Dr. Rumeysa Demirdamar, Doç. Dr. Hale Zerrin Toklu ve Fatma Azgın'a huzurunuzda teşekkür eder, saygılar sunarım.

Yunanistan'da Eczacılık ve Kriz

Ecz. Aleksandros TSAPEKOS

Yunanistan Eczacılar Birliği Rodop İli Temsilcisi



Rodop Eczacı Odası'nda 12 yıl süresince Başkanlık görevini sürdürdü. Halen Rodop İli Eczacı Odası'nın Yunanistan Eczacılar Birliği'nin de temsilcisi olarak görev yapmaktadır. Her zaman ilaçların geri dönüşümü için büyük çaba gösterdi. Bütün çabası, yaşam boyu eczacılığın, bütün eczacılık sektörüne yayılmasıdır. Evli ve iki çocuk sahibidir.

Bugün bu güzel Ankara'da ve Türk Eczacıları Birliği'nin 11. Kongresi'nde bulunmaktan çok memnunuz. Bu davetiniz bizi onore etmiştir.

Öncelikle Türk Eczacılar Birliği Başkanı ve Merkez Heyeti Kurulu üyelerine ve Sayın Edirne Eczacı Odası Başkanı Sayın Cenk Kes'e teşekkür etmek istiyorum. Çünkü üç yıl önceden iki eczacı odası arasında dostluk bağları başlamıştır. Burada Rodop İli'nden üç eczacı meslektaşımınla birlikte bulunmaktayım ve hepimiz Türkiye'deki eczacılar olsun, Yunanistan'daki eczacılar olsun, bir

aracın üzerinde olup, sonsuzluğa doğru yolculuk yapmaktayız.

Şu anda Yunanistan'daki eczacılar çok büyük bir krizle karşı karşıya bulunmaktadır. Kanımızca şu anda Yunanistan, pilot olarak denek bir ülke durumundadır. Bütün amacımız eczacılar arasında birlik ve beraberliği pekiştirip, bu zor şartlara karşı davranmaya, karşı koymaya çalışmaktır. Çünkü alınan her yeni önlemlerle, yeni kanunlarla bütün elimizdeki haklar alınmak isteniyor. Hepinize çok teşekkür ediyorum ve sözü Sayın Mustafa Süleyman'a bırakıyorum.

Uzm. Ecz. Mustafa SÜLEYMAN M.
Rodop İli Eczacı Odası Asbaşkanı



1957 yılında Gümülcine’de doğdu. Lisans öğrenimini İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde tamamladı. Bilim İlaç Fabrikası’ndaki staj çalışması esnasında 1982 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık Fakültesi’nde yüksek lisans eğitimine başladı. Daha sonra aynı fakültede öğretim elemanı olarak doktora eğitimiyle beraber 1987 yılına kadar görev yaptı.

Yüksek lisans döneminde TÜBİTAK’tan kazandığı bilimsel destek, (Yunanistan’a dönmek üzere) doktorasını yarıda bırakıp, fakülteden ayrılıncaya kadar devam etti. Sonra da yerleştiği Gümülcine’de eczane açtı. Türkçe, Yunanca ve İngilizce sağlık konuları başta olmak üzere muhtelif konularda birçok bilimsel etkinliklerde bulundu. Ankara’da 2. ve 3. uluslararası farmasotik teknoloji sempozyumlarında tebliğler sundu. Yunanistan’da daha çok Avrupa destekli, Milli Produktivite Merkezi bünyesindeki bazı çalışmalara katıldı.

1976 yılından itibaren çeşitli derneklerde daima bulundu. Batı Trakya Azınlığı Yüksek Tahsilliler Derneği’nde tüm görevlerden geçerek, başkanlığını da yaptı. Halen Rodop İli Eczacı Odası Asbaşkanlığı görevini yürütmektedir. Evli ve bir çocuk sahibidir.

Müsaadenizle ben de kısa bir giriş yapmak istiyorum. Gerçi arkadaş hepimiz adına bu girişi yaptım. Yine de Ankara’nın bu dörtlünün beraberliğinde ayrı bir anlamı var. Başkanlığımızı da yaptı Aleko. Diğer üç arkadaşın da ayrı bir özelliği, üçümüzde yaklaşık beşer yılımızı Ankara’da geçirdik. Onun için buna vesile olan arkadaşlara ben de tekrar teşekkür ediyorum. Ayrıca, benim çok mutlu olduğum, beraber olduğum yüksek lisans Hocam İlbey Ağaoğlu’nun da burada bulunması beni ayrıca mutlu etmiştir. Yaklaşık 25 yıl kadar önce buradan ayrıldım. O süreden itibaren Hocamla yaklaşık üç görüşmemiz oldu.

Konuya başlarken, tekrar saygıdeğer meslektaşlarımı ve konukları saygıyla selamlıyorum.

Konumuz bildiğiniz gibi “Yunanistan’daki Ekonomik Kriz” evet, “ekonomik krizdeki Yunanistan’da eczane ve eczacılar.” Bugün Yunanistan’da 12.000 serbest eczane bulunmaktadır. Yunanistan mevzuatına göre nüfus oranları ve mesafeler vardır. Bu oran 1.000 kişiye bir eczane, uygulamada 900 kişiye bir eczane şeklindedir. Bu oranlar diğer ülkelerde, Almanya’da 9.500

nüfusa bir eczane; Avusturya’da 8.500 nüfusa bir eczane; Belçika’da 3.000 nüfusa bir eczane şeklindedir. Bugün 8.500 nüfuslu Avusturya’daki eczane sayısı, 1.200.000 nüfusa sahip Selanik’in eczane sayısı ile aynıdır. Yani, Avusturya’da bugün 7 bin eczane vardır ve bizdeki oranla karşılaştırsak, yaklaşık yedi katı bir pozisyon ortaya çıkmaktadır.

Yunanistan’da eczaneler arasındaki mesafeler; nüfusun 5.000’e kadar olduğu köylerde 100 metre, nüfusun 50.000’e kadar olduğu kasabalarda 180 metre, nüfusun 50.000’den fazla olduğu büyük şehirlerde ise 250 metre olarak uygulanmaktadır.

Eğitim durumuna gelince; Atina, Selanik ve Patra olmak üzere, beş yıllık eğitim veren üç eczacılık fakültesi vardır. Fakültelerde eğitim ve araştırma seviyesi iyi derecededir. Eczacılık fakültesi mezunlarının % 95’i serbest eczane eczacısı olarak, % 5’i ise devlet hastaneleri ve sigorta kurumlarında eczacı olarak çalışmayı tercih ediyorlar. Serbest eczane açmalarının temel nedeni olarak, iki tane ana sebep sayabiliriz. Birincisi; üç yıl ön-

cesine kadar abartılan şişirilmiş bir eczane pazarı vardı. Onun için ilaç piyasası tüketim ve fiyatlarda tavan yapmış pozisyondaydı. İkinci neden ise; klinik eczacılık, endüstriyel eczacılık ve Ar-Ge'de çalışan eczacı uzmanlıklarının gelişmemiş olması. Kişileri daha çok serbest eczaneye itmiştir.

Yunanistan'da eczacı olarak çalışabilmek için eğitim yılının sonunda, yani dört yıllık eğitiminin sonunda bir yıl süreyle serbest eczane ve hastane eczanesinde staj olarak görev yapıp, beş yılı tamamlamak gerekiyor. Ayrıca, bu arada onu da ilave edeyim, belli bir süre sanayi stajı da yapılabilir. Mezuniyet sonrasında Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı yazılı ve sözlü sınavlardan sonra da eczacı ruhsatının alınması gerekmektedir.

Günümüzde serbest eczaneler, şahsi işletme olarak veya mesleki ve/veya ticari ortaklı eczaneler şeklinde çalışmaktadırlar. Üç şekilde olabiliyor; iki meslektaş, Türkiye'de uygulanmayan bir pozisyon açısından söylüyorum. İki meslektaş bir araya gelip tek eczane pozisyonunda çalışabilirler. Standart alan olarak zemin kat 30m², artı diğer bölmelerle 47,5 m² olmakta; her eczacı ortak girerse artı 5m² şeklinde yerin daha büyük olması gerekmekte, yani öyle bir standart mevcut. Ticari ortaklıklarda daha çok aile bağları dikkate alınabiliyor.

Yunanistan'da nüfus eczane oranlarının yüksek olması, 1993 yılı sonrası nüfus ve mesafe kısıtlamalarına rağmen, geçen yıllarda polifarmasinin artmasına neden oldu. Abartılmış, kredi çekilmiş ve fiyatları azami biçimde artırılmış ilaç piyasası, yeni eczanelerin oluşmasına neden oldu. (Şu an için sadece uygulamada nüfusu 400'ün altındaki köylerde eczane yok) Bugün geline nokta ise eczacılar, asgari fiyatlarla sıkışmış durumda. İlaç harcamaları her gün daha geriye doğru gitmektedir.

2009'da 5,5 milyar € olan harcamalar sırasıyla, 2010'da 4,6 milyar €, 2011'de 3,8 milyar €, 2012'de 2,9 milyar € ve bugün 2013'e doğru da 2,1 milyar € hesap ediliyor. Bunlar tabii sağlık harcamalarının yaklaşık % 20'si eczanelerden (ilaçlara ait) geçmiş oluyor. Bu oranı da o şekil-

de değerlendirirsek daha anlamlı olur. İlaç, depo ve kooperatiflerin sayıları Yunanistan'da birazcık fazla 150, Almanya'da 16, Fransa'da ise 9'dur.

Polifarmasinin muhtelif sebepleri var. Bunlar; yüksek fiyatlar, aşırı ilaç reçetelemesi, elektronik reçeteleme sisteminin yokluğu, denenmiş eski ucuz ilaçların yeni pahalı ilaçlarla değiştirilmesi ve dünya piyasasındaki ilaç fiyatlarının takip edilememesidir.

Bugün eczanelerin yaşamlarını etkileyen çok yönlü önlemler alındı:

- İlaç fiyatları Avrupa'nın en düşük 3 ülkesinin ortalaması alınarak belirleniyor,
- Şu anda uygulamada olan negatif ilaç listesi-reçetelenmeyen ilaçlar,
- Pozitif ilaç listesi,
- Taban fiyatı uygulaması,
- Tedavi protokollerinin uygulanması,
- Sigorta kurumlarına %0-8'e varan iskonto uygulanması (Rebate),
- Belli bir standarttan sonra kâr payının düşürülmesi,
- 200 €'nın üzerindeki ilaçlar için 30 € ücret, yani kâr payı alınması,
- Jenerik ilaçların tercih edilmesi,
- Yüksek maliyetli ilaçların kamu eczanelerine veya kurum eczanelerine verilmesi ile eczacının serbest pazara verilmek istenilmesi
- Yüksek vergilendirme
- Anaparanın ani fiyat düşüşleriyle değer kaybetmesi ile ilaç sanayinin ödeme politikalarını sertleştirmesi
- Bankalar tarafından kredi finansının kesilmesi
- Bebe sütlerinin eczanelerden alınıp serbest pazara verilmek istenmesi.

En son geline nokta maalesef bu. Eczaneler, bankalar tarafından kredi verilmek üzere aranan kurumlardı, işletmelerdi; belki bu bir iki yıl öncesine kadar. Ancak bugün için bankaların bize güvenmediği gibi, biz de geleceğimize daha endişeyle bakıyoruz. İnşallah bundan sonra hepimiz için daha iyi olur.

Teşekkür ederim.

Ecz. Gülden HÜSEYİNOĞLU
Rodop İli Eczacı Odası Yönetim Kurulu Üyesi



1979 yılında Gümülcine’de doğdu. İlk, orta ve lise eğitimini azınlık okullarında tamamladı. 2000 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi’nden mezun oldu. 2007 yılında kendi eczanesini açtı. Öğrencilik yıllarında EPSA (European Pharmaceutical Students Association) ve IPSF (International Pharmaceutical Students Federation)’de aktif üye olarak bulundu. Halen FIP ve YANK Farmasist Grup üyesidir. 2011 yılından beri Rodop İli Eczacı Odası Yönetim Kurulu Üyeliği görevini yürütmektedir.

Ben Yunanistan’da yapılan reformlar ve -sizi de ilgilendiren bir konu- fiyatlandırma üzerinde duracağım. Patentli ilaçlarda 22 Avrupa Birliği ülkesindeki en düşük 3 ülkenin fiyat ortalaması alınıyor. Patent süresi sona eren ilaçların fiyatlarında % 40 indirim uygulaması var. Jenerik ilaçlarda ise patent süresi sona eren ilaçların % 50’si kadar fiyat verilmektedir. 2010’dan, 2012’ye kadar tüm ilaçların fiyatları yeniden düzenlendi. Tabii, bu düzenleme fiyatların da aşağıya çekilmesi şeklinde gerçekleşti. Reçetelenmeyen bazı ilaçlarda ise, reçetelenmenin dışına çıkıldığı andan itibaren fiyatlarında bir yükselme gözlemlendi.

2011 yılında Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu (EOPIİ) kuruldu. Dört büyük sigortanın bir çatı altında toplanmasıyla bu gerçekleşti. Sigortalı vatandaşların % 90’ının sigortalandığı bir kurum olarak da devam ediyor. Fakat bazı yaşam zorlukları mevcut; ekonomik kriz, işsizlik ve devlet finansmanının yetersizliği bu kurumun aksak adımlarla yürütmesine sebebiyet veriyor.

Jenerik ilaç kullanımı tüm dünyada olduğu gibi Yunanistan’da da teşvik ediliyor. Bunun için doktorlara etken maddeyle, elektronik reçete yazmaları için teşvik var. Reçetelere yazılan jenerik ilaçlar için düşük katılım payı arz ediliyor. Aynı etken maddeye sahip jenerik ilaçlara patentli olanların % 50’si kadar fiyat uygulanıyor. Bu önlemlere rağmen, halen jenerik ilaçların reçetelere çoğunlukla yazılmaları başarıya ulaşmış değil.

Avrupa kararlarıyla bazı kazanımlarımız var. En önemlisi eczane mülkiyeti; sabit perakende fiyat,

nüfus oranları ve eczaneler arası mesafe oranları koruma altındadır. Eczane mülkiyeti hepimizi ilgilendiriyor; Türkiye’deki meslektaşlarımızı da ilgilendiriyor. Korktuğumuz bir konu, ülkelerin Avrupa kararlarına zıt kararlar almayacağını düşünüyoruz.

Meslek içi problemlerimiz var. Henüz tamamlanmamış olan bir elektronik reçeteleme sistemimiz mevcut. Bürokratik işlemler (kaşe-imza-doktor raporu) her yerde olduğu gibi bizim de peşimizi bırakmıyor. İlaç eksiklikleri. Mesuliyetimiz hariçi konularda reçete kesintileriyle cezalandırılma var, asıl sorumlular bu konuda cezasız kalıyor. Eşdeğer ilaçların fazlalığı; şöyle bir örnek vermek gerekirse, şu anda Yunanistan piyasasında yanılmıyorsam, yani tahminimce 65 tane *omeprazol* preparatı mevcut. Bunların hepsini eczanelerimizde bulundurmak çok zor. Etken maddeyle bu reçetelenme uygulanmadığı gibi, bu kadar çok preparatı aynı anda bulundurmak maddi külfet de veriyor bize. Sigorta kurumlarının ödemeleri geciktirmesi ve hala geçen yıllardan kalan alacaklarımız var. Şirketlerin ödemelerde kısa vade uygulaması gün geçtikçe artıyor. Çek mühürlenmesinden muaf olmama (protesto) durumlarımız var. Devlete olan vergi borcuyla, sigortadan alacaklarımızın eşitlenmemesi var. Hastaların katkı payı, artı taban fiyat farkı ödeme güçlükleri mevcut. Çalışma saatlerinin serbestleştirilmesi, nöbetçi eczane sayısında artış ve geleceğimizin belirsizliği yaşadığımız en büyük problemler.

Yeni eczacılarda durum ise; yeni eczanelerin açılması için yukarıda belirttiğimiz kısıtlamalar var. Fakat emeklilik ve/veya sağlık nedeniyle kapa-

nan her eczane yeni bir eczacıya devredilebilir. 1993 sonrası üç defa nüfus ve mesafe kriterleri iyileştirilerek değiştirilmiştir. Son değiştirilmeyle; 3.000 nüfusa bir eczane şeklinde olan uygulama 1000 nüfusa çekildi ve eczaneler arası mesafeler var (100 m, 180 m, 250 m şeklinde). Eczanesi olan her eczacı kriter gözetmeksizin, ticari ortak olarak bir eczacıyı eczanesine alabilir. Bu sizde olmayan bir uygulama. İki eczacı kalfası çalışan eczanelerde, üçüncü alınacak çalışanın eczacı olması zorunluluğu 2011'de eklendi.

“Kamu yararı” kavramı, anayasanın vatandaşların rekabet ürünü kabul edilemeyecek nimet sayılan temel ihtiyaçlara ulaşılması için gereken tüm aktivitelerin korunması ve eşit erişimin sağlanmasını talep eder. Devlet, sosyal bir nimet olan ilacı, rekabet tehlikesinden korumalı ve ihtiyacı olan herkese ulaşımını sağlamalıdır. Biz eczacılar, eczanelerin halk sağlığı sunulan temel birimler olarak, kamu yararını hastaya sunulan hizmetlerin iyileşmesi için uğraşmalı, aynı zamanda iyi anlamıyla kamu harcamalarının sabit tutulmasına katkı sağlamalıyız.

Kendi sosyal güvencemiz var. Eczacılar, diğer sağlık çalışanları, hukukçular ve mühendisleri de kapsayan Sosyal Sigorta Kurumu “ETAA” diye isimlendiriliyor. Bağımsız işverenler de döner sermayeye sahip olmasına rağmen mecburi olarak rezervlerini devlet tahvillerine yatırdığından, son tıraşlamayla % 50'ye varan bir değer kaybına uğradı. Bugün sağlıklı bir kurumken, gelecekte emekli maaşı almamız ve gerektiğinde sağlık hizmeti alabileceğimiz konusu soru işaretleriyle doludur.

Ekonomik kriz sağlık alanında da krizi getirdi. İşsizlik oranı % 25'e varmak üzere, bu oran

gençler arasında % 50. Sigortasız çalışmalarda artış var ve gelir düzeyinde büyük düşüş yaşıyoruz. Bu üç veri Yunan Halk'ının sağlığına büyük etkiye bulunmaktadır. Kriz; sosyal sigorta kurumlarının ve halkın sağlık durumlarının yetersiz veya eksik ele almasını, psikolojik rahatsızlıklarda artışı, antipsikotik ve antidepresan ilaç kullanımında artışı, intiharlarda artışı, ölümlerde artışı, uyuşturucu kullanıcılarında artışı, alkol ve tütün ürünleri kullanıcılarında artışı, AIDS vakalarında artışı, düşük besin değeri olan sağlıksız beslenmelerin benimsenmesini, gönüllü sağlık kurumlarında hasta sayısında artışı getirdi.

Bazı örnekler vermek gerekirse, antipsikotik ilaç kullanımı 2006-2011 yılları kıyaslandığında % 18,5'a varan bir artış göstermiştir. **(Tablo-1)**

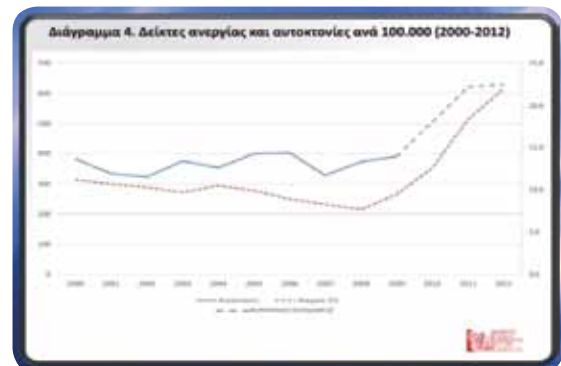
Sakinleştiricilerde aynı seviyede, antidepresanlarda ise % 34,5'a varan bir artışı getirdi. Diğer tabloda da mavi çizgilerle intihar vakalarındaki artışı görebilirsiniz. Kırmızı çizgiler işsizlik oranını belirtiyor. Krizin başlangıcından itibaren bu oranlarda büyük artışın hepinizin dikkatini çektiğini zannediyorum. **(Tablo 2)**

Bundan sonra daha kötü ne olabilir? Acaba Yunanistan, insanlık değerlerinin ve kazanılmış sosyal hakların yitirilmesinin denendiği pilot bir ülke mi? Ekonomik krizin bir insani değer krizine dönüşmesi mi? İşsizlik oranlarında % 1 artış intihar vakalarında % 0.79 artışı getirirken, trafik kazalarında % 1.39 düşüşü getiriyor. Fakat işsizlikte oran % 3'e çıkınca intihar vakalarında %4-4.5 artış, ölüm oranlarında % $\approx$ 20 artışı görebiliyorsunuz.

Tablo-1

Οικονομική κρίση και επιπτώσεις στην υγεία			
Κατανάλωση φαρμάκων για ψυχικές νόσους (καθορισμένη ημερήσια δόση DDD ανά 1000 άτομα) την περίοδο 2006-2011			
	2006	2011	Μεταβολή (%)
Αντιψυχωσικά	16,1	19,1	18,6
Ηρεμιστικά	30,7	30,9	0,5
Αντικαταθλιπτικά	40,6	54,7	34,8

Tablo-2



Ecz. Ercan HAFİZ ALİ
Rodop İli Eczacı Odası Yönetim Kurulu Üyesi



1967 yılında Yunanistan Gümülcine İli Şapçı İlçesi'nde doğdu. İlköğrenimini aynı ilçede, orta ve lise öğrenimini Gümülcine Celal Bayar Lisesi'nde tamamladı. 1992 yılında Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. 1995 yılından itibaren Şapçı İlçesi'nde serbest eczacılık yapmaktadır. 2011 yılından beri Rodop/Gümülcine İli Eczacı Odası Yönetim Kurulu Üyesidir. Evli ve bir çocuk sahibidir.

Sayın Kongre üyeleri; hepinizi saygı ve sevgiyle selamlıyorum. Sunumumuzun devamında sizlerle şu anda ekonomik krizde bulunan ülkemizde krizden nasıl çıkabilmemiz için size bazı önerilerimizi sunmak istiyorum. Bugünün şartlarına acaba dayanabilir miyiz ve eczaneler var olan düzenleri ile ne kadar yaşamsaldırlar? Eczanelerden ve sosyal kurum tarafından verilen hizmetler yeterli olabiliyor mu? Bundan sonra neler yapılmalıdır, onu da sizlere açıklamaya çalışacağım.

Bu sorulara bizim verdiğimiz cevaplar; öncelikle kamunun düzgün ve kaliteli sağlık hizmeti sunabilmesi için yapılanması gerekmektedir. Mesleğin yaşayabilir olması ve hastalara daha iyi hizmet verebilme açısından eczacıların, eczanelerin yeniden yapılanması gerekmektedir.

Eczacılarla beraber kriz durumunda kamunun da belirli sorumlulukları vardır. Onları da şöyle sıralayabiliriz. En önemli kriter, kamunun kaliteli sağlık hizmeti sunmayı garanti altına alması gerekmektedir. Kamu, harcamalarında kontrol ve dengeyi sağlayarak sigorta kurumlarının çıkarlarını korumalıdır. Farmakoeкономи uygulanması için tüm mekanizmaların harekete geçirilmesi gerekmektedir. Öncelik ve ağırlık, koruyucu hekimliğe ve daha sonra tedaviye verilmelidir. Elektronik Sağlık Kartı uygulamasını hayata geçirmelidir. Bunun yanında bazı eczacılık dallarını daha da güçlendirmelidir. Klinik eczacılığı, endüstriyel eczacılığı, Ar-Ge'de çalışan eczacıları ve bu konuları daha iyi güçlendirmesi gerekmektedir.

Eczacıların sorumluluğuna gelince; eczanelerden verilen hizmetler daha iyiye doğru gözden

geçirilmelidir. Geleceğin zor şartlarına karşı ayakta kalabilecek eczane birimleri oluşturulmalıdır. Eczacılar, topluma ve çevreye karşı sorumluluk üstlenmelidirler. Eczacılar arası işbirliği ve toplu hareketin geliştirilmesi ve menfaatlerinin nerede çakıştığı/çatıştığının iyi ayırt edilmesi gerekir.

Peki, bunları hayata nasıl geçirebiliriz? Bize göre hizmetlerin daha iyi sunulması için yaşam boyu eczacılık eğitimi zorunlu hale getirilmelidir. **Yaşam boyu eczacılık eğitiminin;** öncelikle sürekli olması, bütün eczacılık bilimine yayılması, bütün eczacılar için zorunlu olması, belgeli ve notlu olması gerekir. Eczacılık mesleğinin icrası için zorunlu hale getirmelidir. Artı internet ortamında sunularak kolay ulaşılması sağlanmalıdır. Son olarak da eczacılık fakülteleriyle daima işbirliği halinde olunmalıdır.

Görüntüde (**Resim 1**) bizim Rodop İli Eczacı Odası'nın Yunanistan genelinde ilk olarak Selanik Üniversitesi Eczacılık Fakültesiyle işbirliği halinde yapmış olduğu, yaşam boyu eğitim programının internet sayfasını görmekteyiz.

Bunları hayata geçirebilmek için öncelikle; geçmişteki uygulamaları terk edip, geleceğin güçlü eczanelerini oluşturmak zorundayız. Kamu, vatandaşlarına, harcamaları dengelemek şartıyla devamlı, yeterli ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmak arzusunda ise, eczacılar daima kamu kurumlarıyla iletişim halinde olmalıdır. Güçlü eczane birimleri öncelikle küçük eczanelerin mesleki ortaklık şeklinde birleşip şirketleşerek, sayı olarak az, fakat güçlü eczanelerin eczacılar tarafından oluşturulması gerekir.



Resim 1

Birleşmeyle neleri başarabiliriz? Eczane giderleri azaltılabilir, sermaye stokunu düşürebiliriz. Sermaye ve insan kaynakları daha iyi kullanılabilir. Hastalara eczanede birincil sağlık hizmeti verilebilir, daha iyi iletişim sağlanır. Meydana gelecek büyük eczane birimlerinde; itriyat, kozmetik, çocuk bölümü, ortopedik malzeme, bitkisel-kozmetik ürünler, veteriner ilaç üniteleri oluşturulabilir. İlaç şirketleri ve depolardan daha iyi fiyat ve vade alınabilir. 24 saat hizmet verebiliriz, güçlü bir seviyeye ulaşabiliriz. Ayrıca tekellerin rekabetine direnebiliriz ve mal sahibi daima eczacı olur.

Ülkemizde toplum ve çevreye karşı eczacıların sorumluluğu; neleri yaptığımız veya neleri yapabilmek arzusunda olduğumuzu sizlere kısaca anlatmak istiyorum. Her bir ilde ekonomik sıkıntı çeken halka hizmet vermek amacı güden sosyal eczanelerin veya büyük eczanelerin içinde “sosyal eczane” bölümlerinin oluşmasını sağlayarak, hasta hizmetlerine katkıda bulunabiliriz. Kullanılmayan ilaçları ilk etapta eczanelerde toplayarak, sosyal eczanelerden hastalara ulaşmasını sağlayabiliriz. Miadı dolmuş ilaçları geri dönüşüm amacıyla toplayarak, çevre kirliliğine neden olmaması için imha edilmesine yardımcı olabiliriz (Örn. Piroлиз vs. yöntemiyle). Halkı dengeli ve doğru ilaç kullanımı için bilgilendirebiliriz.

Görüntüde (**Resim 2**) 2010 yılında yine Yunanistan genelinde ilk defa başlattığımız; Rodop ili’nde yapılan tedavisi yarıda kesilmiş veya miadı dolmuş ilaçları topladığımız kapları görüyorsunuz. Bu kaplardan her eczanede birer tane vardır. Görüyorsunuz, vatandaşlarımız ilaçları kutulara

atıyorlar, ilaçlar burada toplandıktan sonra gönüllü eczacı arkadaşlarla birlikte miadı dolmuş veya miadı dolmamış ilaçlar olarak ayırıyoruz. Miadı dolmuş ilaçları da böyle görmüş olduğunuz büyük poşetlerde hâlen depolarda tutmaktayız. Diğer miadı dolmamış ilaçları da ihtiyacı olan hayır kuruluşlarına verip, oradan tekrar hastalara dönüşünü sağlıyoruz. Miadı dolmamış ilaçları gördüğünüz şekilde poşetlerde bekletiyoruz. Çünkü halen Yunanistan’da bunları Piroлиз yöntemiyle imha edecek bir merkez olmadığı için, devlet kuruluşları bu ilaçları nereye teslim etmemiz gerektiğini halen belirtmiş değildiler.

Hepinize teşekkür ediyorum, sağ olun.



Resim 2

Ecz. Aleksandros TSAPEKOS

Yunanistan Eczacılar Birliği Rodop İli Temsilcisi

Gördüğünüz gibi Yunanistan'da bir eczane rekoru var. Bütün dünya ülkelerinde en fazla zannediyoruz ki Yunanistan'da eczane var. Çünkü yalnız Selanik İli nüfusu şu anda 1.800.000 civarındadır, bu da 2.500 eczaneye tekabül eder. Yunan eczacısı için ekonomik şartlar bu nedenle çok zor.

Bundan böyle bilim insanları olarak ayakta kalabilmemiz için, bilimselliğimizi çok iyi bir şekilde korumamız gerekir. Şimdiye kadar gerek Avrupa Birliği mahkemelerinden, gerekse ülkemiz Yunanistan Danıştay'ından lehimize sonuçlanan davaların dayanağında, hep eczacılığın bilimselliği, tecrübesi, sorumluluğu ve vermekte olduğu güven gösterilmiştir.

2013'ten itibaren Avrupa Birliği direktifi 2001/83/EC ve Avrupa Birliği mevzuatına (726/2004) göre uygulamalarında eczacının; farmakovijilans, sahte ilaç sürümünün önüne geçilmesi için ve hasta-

ların tam olarak bilgilendirilmesi için aktif rol üstlenmesi öngörülüyor. Öncelikle bizim bilim adamı olarak kalmamız gerekiyor ve yalnız eczanede raftan ilacı alıp satacak bir tüccar olmamız gerekiyor.

Amerikalı araştırmacı eczacı ve Amerika Eczacılar Birliği Asbaşkanı John Gans'ın dediği gibi, Sayın Prof. İlbeyi Ağabeyoğlu'nun da daha iyi bildiği gibi, "eskiden eczacı yalnız ilaç yapıyordu. Bugün hastaları bilimsel olarak yönlendirerek, ilaçların daha güvenli ve daha tesirli olmaları için çaba gösteriyor."

Sayın meslektaşlarım; Akdeniz'de yalnız bu var, hastaların bilimsel olarak yönlendirilmesi. Bunu da her zaman hastaları doğru bir şekilde yönlendirerek becerebiliriz. Bundan böyle şansımızın iyi olabilmesi için meslek ile meslektaş birliği ve geli, yaşam boyu eğitim diyorum. Bundan böyle de şansımızın çok iyi olacağına inanıyorum.

Çok teşekkür ederim.

Tıbbi Cihazlar ve Eczacı

Doç. Dr. Suna ERDOĞAN

Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Radyofarmasi Anabilim Dalı
serdogan@hacettepe.edu.tr



1992 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. 1994 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde "Araştırma Görevlisi" olarak göreve başladı. 1996 yılında "Bilim Uzmanlığı", 2001 yılında "Doktora" derecelerini aldı. 2007 yılında Yardımcı Doçent olarak atandı. 2000 yılında Utrecht Üniversitesi (Hollanda), Eczacılık Fakültesi'nde bilimsel araştırmalarda bulunmuş, 2004-2006 yıllarında Northeastern Üniversitesi (Amerika Birleşik Devletleri), Eczacılık Fakültesi'nde doktora sonrası (post-doc) araştırmacı olarak görev almıştır.

Farmasötik Bilimler Ankara Derneği (FABAD) Yönetim Kurulu üyesi (2008-2010) ve Denetleme Kurulu Üyesi (2010-) ve Radyofarmasi Derneği Genel Sekreterliği (2006-) görevlerini sürdürmektedir. 16 Aralık 2008 tarihinde Doçent ünvanını aldı. Halen Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Radyofarmasi Ana Bilim Dalı'nda öğretim üyesi olarak görev yapmaktadır.

Moleküler görüntüleme ve diyagnostik görüntülemede lipozom bazlı ilaç taşıyıcı sistemlerin kullanılması, ilaç ve ilaç hammaddelerinin, ilaç taşıyıcı sistemlerin ve tıbbi cihazların gamma radyasyonuyla sterilizasyonu gibi araştırma konuları üzerinde çalışmaktadır.

İnsanda kullanıldıklarında asli fonksiyonunu farmakolojik, immünolojik veya metabolik etkiler ile sağlamayan, fakat fonksiyonunu yerine getirirken bu etkiler tarafından desteklenebilen ve insan üzerinde: hastalığın tanısı, önlenmesi, izlenmesi, tedavisi veya hafifletilmesi, yaralanma veya sakatlığın tanısı, izlenmesi, tedavisi, hafifletilmesi veya mağduriyetin giderilmesi, anatomik veya fizyolojik bir işlevin araştırılması, değiştirilmesi veya yerine başka bir şey konulması, doğum kontrolü veya sadece ilaç uygulamak amacıyla imal edilmiş, tek başına veya birlikte kullanılabilen, amaçlanan işlevini yerine getirebilmesi için gerekiyorsa bilgisayar yazılımı ile de kullanılan ve cansız hayvanların dokularından da elde edilen ürünler dahil olmak üzere, her türlü araç, alet, cihaz, aksesuar

veya diğer malzemeler **tıbbi cihaz** olarak isimlendirilmektedir.

Tamamı veya bir kısmı, tıbbi veya cerrahi bir müdahale ile insan vücuduna, doğal bir vücut girişine veya boşluğuna yerleştirilen ve yerleştirildiği yerde kalması gereken; insan vücudunun doğal olarak oluşturduğu enerji veya yerçekimi kuvvetinden doğan güç haricindeki herhangi bir enerji kaynağı veya bir elektrik enerjisi kaynağından güç alarak çalışan tıbbi cihazlar **Vücuda Yerleştirilebilir Tıbbi Aktif Cihazlar** olarak isimlendirilmektedir. Bu gruba en iyi örnek kalp pili ve beyin pilleridir. Bunlar cerrahi bir işlemle vücuda yerleştirilir ve dışarıdan bir pil yardımıyla çalıştırılırlar.



Kalp Pili



Beyin Pili

İmalatçı tarafından esas olarak; fizyolojik veya patolojik durum veya konjenital anomalilerle ilgili bilgi edinmek ya da muhtemel alıcılar için uygunluk ve güvenliği belirlemek veya tedaviyi izlemek amacıyla, tek başına veya birlikte kullanılmasına bakılmaksızın, kan ve doku bağışları da dahil olmak üzere insan vücudundan alınan numunelerin in-vitro incelenmesi için tasarlanan reaktif, reaktif ürünü, kalibratör, kontrol materyali, kit, araç, gereç, ekipman veya sistem olan bütün tıbbi cihazlar ve vakumlu özelliğe sahip olsun veya olmasın, imalatçıları tarafından özellikle, in-vitro tıbbi tanı incelemesi için insan vücudundan alınan örneklerin konulması ve muhafaza edilmesi amacıyla kullanılan numune kaplar tıbbi cihazlar **In-Vitro Tıbbi Tanı Cihazı** olarak adlandırılır. Bu gruba örnek olarak da gebelik kitleri ya da hepatit hastalığının teşhisinde kullanılan hepatit test kitleri verilebilir.



Gebelik Kitleri



Hepatit Test Kitleri

Tıbbi cihazlar için 3 farklı yönetmelik mevcuttur. **Tıbbi Cihaz Yönetmeliği** (Resmi Gazete 13.08.2002 tarih ve 24694 sayı), **Vücuda Yerleştirilebilir Aktif Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği** (Resmi Gazete 12.03.2002 tarih ve 24693 sayı) ve **In Vitro Tanı Cihazı Yönetmeliği** (Resmi Gazete 14.10.2003 tarih ve 25259 sayı). Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi ve Denetiminin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik-2007, "CE" Uygunluk İşaretinin Ürüne İliştirilmesine ve

Kullanılmasına Dair Yönetmelik-Ocak/2002, Uygunluk Değerlendirme Kuruluşları ile Onaylanmış Kuruluşlara Dair Yönetmelik-Ocak/2002 ilgili diğer yönetmeliklerdir.

Halen günlük hayatta bir alışkanlık olarak bu ürünlerin isimlendirilmesinde malzemenin özelliğine bağlı olarak medikal malzeme, tıbbi malzeme, tıbbi alet, tıbbi demirbaş, sarf malzemesi ya da tıbbi ekipman gibi farklı isimlendirmeler kullanılmaktadır. Ancak, mevcut yönetmeliklerle bu ürünler için tek bir terminolojinin yani "**Tıbbi Cihaz**" ifadesinin kullanılması önerilmektedir.

Tıbbi cihazlar dört kategoride sınıflandırılmaktadır.

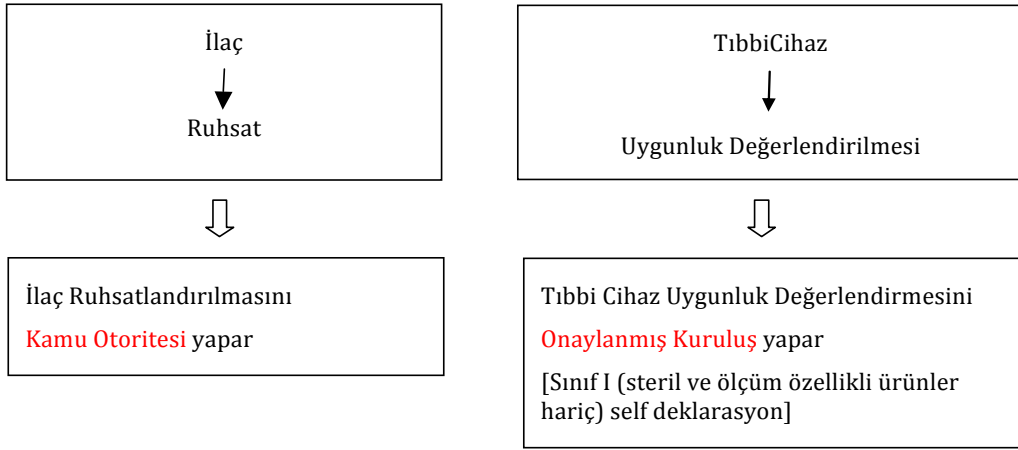
- Sınıf I
- Sınıf IIa
- Sınıf IIb
- Sınıf III

Sınıf I; risk grubu en düşük olan tıbbi cihazlardır. Bunların kullanımıyla, kullanıcı ya da bunu kullanan sağlık personeline herhangi bir risk oluşturma ihtimali çok düşüktür.

Sınıf IIa ve b orta düzeyde risk grubu oluşturan tıbbi cihazlardır. Kullanımları sırasında, kullanıcıya ya da bunu uygulayan sağlık personeline oluşturabileceği risk düzeyleri orta düzeyde olanlar bu gruba girer. Kullanımına göre 30 günden daha az ya da 60 dakikadan daha fazla olan cihazlar Sınıf IIa'da, daha uzun olanlar da Sınıf IIb'de değerlendirilir.

Sınıf III, risk grubu en yüksek olan tıbbi cihazlardır. Kullanımları sırasında, kullanıcı ya da bunu uygulayan sağlık personeline oluşturabileceği risk düzeyleri yüksektir, dolayısıyla, bunlarla ilgili alınması gereken önlemler de ona göre daha fazla olması gerekir.

Bilindiği üzere bir ilacın piyasaya çıkabilmesi için ruhsat alması gerekir. Tıbbi cihazların da piyasaya çıkabilmesi ve SGK tarafından geri ödemelerinin yapılabilmesi için CE sertifikasyonlarının ve uygunluk beyanlarının olması gerekir. İlaçta ruhsat-



Şekil 1: Tıbbi Cihazların Uygunluk Değerlendirmesi

landırma bildiğiniz gibi Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır. Tıbbi cihazda ise CE işareti onaylanmış kuruluşlar tarafından verilmektedir (Şekil 1). Türkiye’de altı tane onaylanmış kuruluş var.

Yukarda da belirtildiği gibi **Sınıf I** risk grubu düşük olanlar, eğer steril ya da ölçüm özelliği olan cihazlar değil ise, direkt üretici firmanın beyanıyla, üzerine CE işareti konularak piyasaya çıkabilir. Burada bütün sorumluluk tamamen üretici firmaya aittir. Eğer ürün, düşük risk grubuna dahil olsa bile, steril ve / veya ölçüm özelliğine sahipse, uygunluk beyanıyla birlikte tip doğrulama, üretim kalite ya da ürün kalite güvencesi gibi sertifikalardan birisini alarak, ürünün piyasaya sunulması söz konusu olabilir.

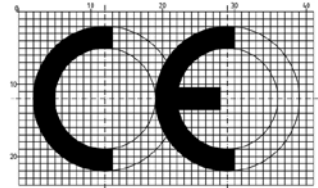
Sınıf IIa, orta düzeyde risk grubuna sahip olan tıbbi cihazlarda uygunluk beyanına ve tam kalite güvence sistemi sertifikası ya da uygunluk beyanına ve Tip Doğrulama (Type Verification), Üretim Kalite Güvencesi (Production Quality Assurance), Ürün Kalite Güvencesi (Product Quality Assurance) sertifikalarından bir tanesinin almak suretiyle üretici CE belgesini ürün üzerine koyarak, ürününü piyasaya sunabilir. **Sınıf IIb** de yine benzer sertifikalar söz konusu.

Sınıf III yukarıda da belirtildiği üzere risk grubu en yüksek olan tıbbi cihazlardır. Özellikle nörolo-

jik sistemle ya da kalple direkt temasta bulunan tıbbi cihazlar bu grup altında sınıflandırılırlar. Bunlarda uygunluk beyanı ve tam kalite güvencesi sistemine ilave olarak tasarım inceleme sertifikası veya ikinci bir yol olarak da uygunluk beyanı ve tip incelemesine ilave olarak tip doğrulama ya da üretim kalite güvencesi sertifikalarından birisini almak suretiyle üretici bu ürünlerini piyasaya sunabilir.

In vitro tıbbi tanı cihazlarında farklı bir sınıflandırma kullanılmaktadır; Liste A, Liste B ve Diğer olmak üzere. Bunlarda da yine benzer sertifikalar almak suretiyle piyasaya sunumları söz konusudur.

Gerek serbest eczanelerde gerekse hastane eczanelerinde CE sertifikalı ürünlerin kullanılması



ve satılması, bu ürünlerin güvenliği konusunda eczacıya yol gösterici olabilir. CE sertifikası ürünün gerekli Avrupa Birliği standartlarına göre kalite kontrol işlemlerinin yapıldığını ve onaylanmış kuruluş tarafından sertifikalandırıldığını göstermektedir. CE işareti aşağıda gösterildiği gibidir. Bu işaret ürünün boyutuna göre oranına değişmemek suretiyle istenildiği kadar küçültebilir. Ancak, dikey boyutunun da 5 milimetreden daha küçük olmaması gerekir.

Eczacılara yol gösterebilecek bir diğer doküman da cihazla sunulan etiket ve kullanım kılavuzudur. Her cihazın beraberinde mutlaka kullanıcıların eğitim ve bilgi düzeyi göz önüne alınarak, güvenli kullanımlarını sağlayan ve üreticiyi belirleyen bir takım bilgilerin yer alması gerekir ve bu bilgilerin kılavuz ve etiket üzerinde detaylı olarak verilmesi lazımdır.

Sınıf I ya da **Sınıf IIa**'ya giren cihazlarda eğer kılavuz olmadan da güvenli kullanımı mümkünse, bu tür cihazlarda kullanım kılavuzu olmadan da piyasaya sunulması mümkün olabilir. Bu bilgiler yazılı veya gerektiğinde sembol şeklinde de ifade edilebilir. Sembol kullanılacaksa, eğer varsa uluslararası standartlar tarafından kabul edilmiş sembollerin tercih edilmesi gerekir. Şayet farklı bir sembol kullanılmışsa da, mutlaka bunlar için açıklayıcı bilgilerin cihazla birlikte sunulan broşür içerisinde yer alması gerekir.

Bunun dışında, eğer cihaz steril ise, son kullanım tarihi varsa, tek kullanımlıksa ya da özel depolama ya da kullanım şartı gerektiriyorsa, mutlaka etiket veya kullanım kılavuzu üzerinde bu bilgilerin de yer alması gerekir. Yine sterilizasyon metodunun neyle yapıldığı; yeniden sterilize edilebilecekse hangi yöntemle sterilize edilebileceği; tekrar kullanılacaksa bu ürünün kaç defa tekrar kullanılabileceği; temizlenmesi işlemi sırasında ne tür işlemler yapılacağıyla ilgili bilgilerin de mutlaka kılavuzda yer alması gerekir.

Ayrıca özellikle, elektronik aksamı olan cihazlarda, cihazın iyi yerleştirilip yerleştirilmediğine bağlı olarak, güvenli bir şekilde çalışıp çalışmadığını doğrulamak ve de hastanın güvenli bir şekilde cihazı kullanabilmesi için yapması gereken ayarlama ve bakımların sıklık ve niteliğini ilgilendiren bilgilerin de mutlaka kılavuz içerisinde yer alması gerekir.

Tıbbi cihaz, ilaçtan biraz daha az olmakla birlikte oldukça büyük bir pazar payına sahiptir (**Tablo 1**) ve piyasada çok farklı özellikte ve çok sayıda tıbbi

bi cihaz mevcuttur. Bunlardan bazıları daha basit yapıya sahip iken bazıları çok daha kompleks cihazlardır. Şekil 2'de bazı tıbbi cihaz örnekleri görülmektedir.

Tablo 1: Türkiye'de Sağlık Ürünleri Pazarı

İlaçlar	15 milyar \$
Kozmetikler	6-7 milyar \$
Tıbbi cihazlar	2-3 milyar \$

Bazı tıbbi cihazlar ilaç içermektedirler; ilaçlı stentler veya antibiyotik içeren kemik çimentosu gibi. Bu tür ürünler tıbbi cihaz olarak mı ilaç olarak mı sınıflandırılmalıdır? Eğer bu tür ürünlerde ilaç tıbbi cihazın yanında tedaviye yardımcı olarak kullanılıyorsa ve ürün asli fonksiyonunu ilaç değil tıbbi cihaz üzerinden gösteriyorsa bu ürünler tıbbi cihaz olarak sınıflandırılır.

Farklı bir örnek olarak; oral alınmasına rağmen, zayıflama ürünleri olarak kullanılan ürünlerin bazıları da tıbbi cihaz olarak değerlendirilebilir. Örneğin piyasaya da bulunan bir ürün **Sınıf IIa** kapsamında değerlendirilmektedir. Ve bu ürün yağ moleküllerine bağlanarak, yağ molekülünün boyutunu artırıp, kalın bağırsaklardan emilimini azaltarak zayıflamaya yardımcı olmaktadır. Dolayısıyla, farmakolojik bir etki göstermeden işlevini gördüğü için tıbbi cihaz olarak değerlendirilmektedir.

Eczacının Rolü

Eczacının tıbbi cihazdaki ne tür bir rolü vardır? Her şeyden önce bu ürünler sağlıkla ilgili durumlarda kullanıldığı bunların kullanımı, satışı, gerekirse kontrolleri uygun eğitim almış sağlık personeli tarafından yapılmalıdır. Aldığı eğitim ve sunduğu hizmet göz önüne alındığında eczacılar bunun için en uygun sağlık personelidir.

Dünyadaki örneklere bakacak olursak benzer uygulamaların olduğunu görmekteyiz. Örneğin; İngiltere İlaç Eczacılık Kurumu'nun web sayfasında yer alan bilgide, eczacının ilaç ve tıbbi cihazların kullanım ve idaresinden sorumlu kişi olduğu açıkça belirtilmektedir (1).



Şekil 2: Tıbbi cihaz örnekleri

Avrupa Birliği'nde üye 2 ülkede tıbbi cihazların yasal sorumlusunun eczacı olduğu diğer üye ülkelerde ise özellikle ilacın kullanımına bağlı olarak kullanılacak tıbbi cihazlarda olmak üzere sorumluluğun daha büyük oranda eczacıda olduğu belirtilmiştir (2).

Yine FDA'nın sayfasında, ilaç, biyolojikler ve tıbbi cihazları içeren toplum sağlığı konularında FDA'nın multidisipliner çalışmalarını öğrenmek için eczacılık öğrencilerine staj programları önerilmiş durumdadır (3).

Dünya Sağlık Örgütü de "Sağlık Sisteminde Eczacının Rolü" başlıklı raporunda farklı alanlarda çalışan eczacıların ilaçlar, biyolojikler ve tıbbi cihazlar konusundaki sorumluluk ve görevlerini açıkça belirtmiştir (4).

Ayrıca palyatif tedavide, özellikle kanser hastalarında ve/veya çok uzun süre yatarak tedavi gören hastalarda da hastaya olduğu kadar, doktora da gerekli tıbbi cihazların sağlanması, özellikle, sterilizasyonun devamının sağlanması gereken koşullarda ve birtakım ekipmanların sağlanmasında eczacıların rol oynayabileceği belirtilmiştir (5).

Yine, İngiltere İlaç Eczacılık Kurumu'nun eczacılar için hazırladığı bilgilendirme broşürlerinde tıbbi cihazın ne olduğu, eczanelerinde satılabilecekleri tıbbi cihazların içerikleri ve de bunları satarken dikkat etmesi gerektiği ile ilgili bilgiler sunulmaktadır.

Avrupa Eczacılık Grubu, tıbbi cihazlarla ilgili direktiflerin yeniden düzenlenmesi konularında Avrupa Birliği'ne görüş bildirmektedirler, bu da eczacıların tıbbi cihazlardan sorumlu meslek grubu olduğunu göstermektedir.

Eczacıların tıbbi cihazlarla ilgili olarak görev ve sorumluluklarının dört ana başlık altında toplamak mümkündür; bilgilendirme, özellikle bir ilacın uygulaması ile birlikte kullanılan tıbbi cihazlarda (örneğin nebulizatörler) yanlış kullanıma bağlı olarak tedavideki başarısızlığın önlenmesine yardımcı olmak, hasta güvenliğini sağlamak ve tıbbi cihazların kullanıma bağlı görülen yan etkilerin veya istenmeyen etkilerin ilgili birimlere rapor edilmesi ni sağlamak.

Bilgilendirme ile ilgili olarak eczacılar hasta ve/veya hasta yakınlarına veya diğer sağlık personeline tıbbi cihazın etkin bir şekilde nasıl kullanılması gerektiğini, kullanım sırasında dikkat etmesi gereken konuları, varsa cihazın etkin çalışması için yapılması gereken kontrolleri, yapıma sıklığını ve nasıl yapılacağını, özellikle steril kullanılan ürünlerin sterilitesinin devamının nasıl sağlanabileceğini, tekrar kullanılan cihazlarda temizlik işleminin nasıl yapılması gerektiği gibi konularda gerekli bilgileri sağlamalıdır.

Tedavide başarısızlığın önlenmesine yardımcı olmak konusunda nebulizatörler veya aerocamberların kullanımı örnek verilebilir. Hasta bu cihazları doğru kullanmaz ise bu cihazlarla birlikte uyguladığı ilacı eksik dozda alacak, bu durumda tedaviden beklenen sonuç alınamayacaktır.

Hasta güvenliği konusunda örneğin bir kan glukoz ölçüm cihazlarının yanlış kullanımına bağlı olarak, hasta kendisine yanlış insülin dozlaması yapabilir. Dolayısıyla, hastanın tedavi sırasında herhangi bir zarar görmemesi için de bu tür kritik cihazların kullanımıyla ilgili bilgilerin de mutlaka eczacı tarafından hastaya anlatılması ve bununla ilgili bilgilerin verilmesi gerekir.

Ayrıca yine ilaçta bildiğimiz farmakovijilans uygulamalarının tıbbi cihaz için de uygulanması gerekmektedir. Hastayla birebir temasta olan kişi ve geri dönüşleri en iyi alabilecek kişi eczacı olduğu için, tıbbi cihaz kullanımına bağlı yan etkilerin rapor edilmesinde de yine eczacı aktif rol oynayabilir.

Eczacıların tüm bunları etkin bir şekilde yapabilmesi için özellikle mezuniyet sonrası eğitimlere önem vererek kendilerini bu konuda eğitmeleri, eksikliklerini tamamlamaları gerekmektedir. Eczacılar zaten mevcut olan eczacı-hasta güveni çerçevesinde gerek hastalar gerek ise doktorlar tarafından tıbbi cihazlarla ilgili olarak başvuru ilk adres olacaktır.

Kaynaklar

- 1- <http://www.mhra.gov.uk/Safetyinformation/Healthcareproviders/Pharmacy/index.htm>
- 2- Fenton-May V, Rambourg P. Medical Devices: The introduction of EEC directives to control the quality of medical devices is discussed and it is suggested that there is a role for the pharmacist in dealing with the controls, EHP, 2(3), 117- 119, 1996.
- 3- <http://www.fda.gov/AboutFDA/WorkingatFDA/FellowshipInternshipGraduateFacultyPrograms/PharmacyStudentExperientialProgramCDER/default.htm>
- 4- <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2995e/2.3.html>
- 5- <http://www.europharmforum.org/file/13610>

Yeni Kanun Değişikliği İle Eczanelerimize Gelen Tedavi – Homeopati

Uzm. Ecz. Burcu ŞEN¹, Uzm. Ecz. Bahar GÜRDAL², Ecz. Işın DEMİR³, Uzm. Ecz. Özlem AKBAL⁴

¹İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Botanik Anabilim Dalı

³İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmasötik Teknoloji Anabilim Dalı



Uzm. Ecz. Burcu ŞEN

İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi Anabilim Dalı

bircusn@googlemail.com / bircusn@gmail.com

1985 yılında İstanbul'da doğdu. 2008 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. Aynı yıl başladığı farmakognozi yüksek lisans çalışmasını 2011 yılında tamamladı. Halen aynı üniversitede araştırma görevlisi olarak çalışmakta ve farmakognozi doktora çalışmasını sürdürmektedir.

2007-2010 yılları arasında üç ayrı ilaç firması ve iki eczanede stajyer olarak görev yaptı. "Marmara Bölgesi'nde Bulunan Bazı *Verbascum* Türleri Üzerine Farmakognozik Araştırmalar" başlıklı tamamlanan projenin yürütücüsü olarak görev yaptı. Halen, "*Salvia cilicica* Boiss. & Kotschy Bitkisinin Terpenoit Bileşiklerinin İzolasyonu, Yapı Tayini ve Aktivite Açısından Değerlendirilmesi" projesinde yardımcı araştırmacı olarak görev yapmaktadır.

Yabancı dili Almanca ve İngilizcedir.

Öncelikle burada bu güzel topluluğun önünde konuşma yapma fırsatı verdikleri için Türk Eczacıları Birliğine çok teşekkür ediyorum.

Değerli hocalarım ve değerli katılımcılar; "Yeni Kanun Değişikliğiyle Eczanelerimize Gelen Tedavi-Homeopati"yi bugün sizler ile paylaşacağım. Homeopatinin temelini herkes mutlaka biliyordu. Benzeri benzerle tedavi söz konusu ve gördüğünüz gibi, bu, tüplerin içerisinde bulunan preparatlar aslında neredeyse havada uçuyor gibi gözüküyor bazıları. Çünkü çok fazla seyreltildiği için, içerisinde hiçbir etken maddesi bile artık yok. Acaba etkinliği tartışılabilir mi, etkinliği var mıdır, yok mudur diye söylenceler günümüzde hâlâ devam etmektedir.

Bitki materyali: kök, gövde, yaprak, çiçek, kabuk, polen, liken, yosun, eğreltiotu, alg.



Homeopatide Materyal Kaynakları (WHO)

Hayvan materyali: Tüm hayvanlar, organ, doku, sekresyon, hücre kültürü, toksin, nozod*, kan ürünü.

Mikroorganizma: mantar, bakteri, virüs, bitki parazidi.

İnsan materyali: doku, sekresyon, hücre kültürü, endojen moleküller (hormon vb.)

Mineraller ve kimyasallar

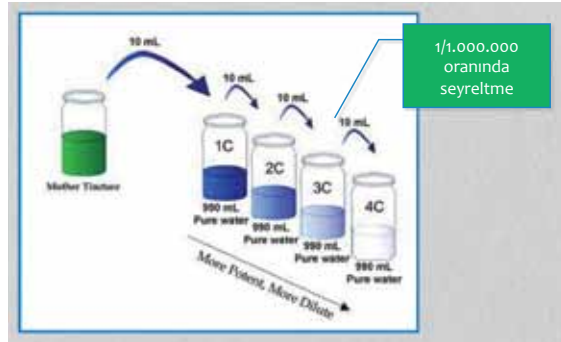
Genel olarak bakıldığı zaman homeopatide materyal kaynakları olarak kullanılan; bitki, hayvan, mikroorganizma, insan dokuları, sekresyonları ve diğer materyalleri, mineraller ve kimyasallar olmak üzere, bu kaynaklar WHO tarafından kabul edilmiş durumda. Bu slayta baktığımız zaman, aslında benzeri benzerle tedavi daha da açmak gerekirse bir materyali sağlıklı bir insana verdiğinizde oluşturduğu semptomlar gözünüzün önüne gelsin. Örnek olarak bir sarımsak veya *Aconitum* da verilebilir. *Aconitum* vücuda verildiğinde damarlarda buz akma hissi vererek soğuk algınlığı semptomlarını ortaya çıkartır. Fakat *Aconitum*'dan hazırlanmış homeopatik bir preparat, soğuk algınlığı olan hastaya verildiğinde hastanın bu hastalığı yenmesi için gerekli olan "yaşamsal gücü" harekete geçirdiğinden hastalığın tedavisinde kullanılır. Halbuki biz modern tıpta tam tersine bu semptomların artmasını bekliyoruz, ama bunda tam tersi bir durum gözleniyor.



Gördüğünüz üzere, bitki materyalleri kullanıldığı gibi, arılardan, hatta minerallerden, kimyasallardan da yararlanıyoruz.

Her şey bir damlayla başladı ve gördüğünüz gibi "ana tentür" hazırlanıyor, sol tarafta bulunan bu ana tentürden

alınan 1 kısma, 9 kısım oranında veya bir kısma 99 kısım oranında seyreltmeler yapılarak, işlem gerçekleştiriliyor. Mesela, burada üç tane seyreltme yapılmış ve 1/1.000.000 oranında seyreltme elde edilmiş durumda ve kaldı ki günümüzde bu çok küçük bir seyreltme; daha da ileri safhalara gidilerek, çok daha yüksek oranlarda seyreltme gerçekleştiriliyor.



Homeopatide bakıldığı zaman, tek tip bir tedavi yok. Akut ve kronik tedavi söz konusu. Benzeri benzerle tedavi sloganını en rahat akutta görüyoruz. Hızlı bir etki beklendiğinde, mesela bir ayak burkulmasında Arnica'nın kullanılabileceği gibi, ama kronik rahatsızlıklarda pek fazla aynı remedi herkeş için kullanamıyoruz. Burada daha çok hasta karakterizasyonu ön planda olması gerekiyor ve ayrıntılı anamnez alınıyor; yani kişiye özel remedi belirlenmesi yapılıyor.

Yurtdışında bakıldığı zaman, klasik homeopati yakın zamana kadar en fazla yer tutan bir tedavi tarzıydı ve orada globüller ele alınırdı.

Uygulama Formları

Klasik homeopatide tercih- globül

Form adı	Teknik adı	Kısaltması	Ekiyalan tek doz miktarı
Damla, sıvı	Dilutio	Dil.	5 damla
İnce toz	Trituratio	Trit.	1 bıçak ucu
Tablet	Tablet	Tabl.	1 tablet
Globül	Globuli	Glob.	5 globül
Enjeksiyon çözeltisi	Ampulle	Amp.	1 enjeksiyon çözeltisi

Küçük çocuk ve çocuklarda tek seferde verilmesi gereken doz 3 damla (gerekirse suda) ve aynı şekilde 3 globül olmalı !!!

Ama artık damla, ince toz, tablet, globül, enjeksiyon çözeltisi olmak üzere değişik formlarda da dünyada bulunuyor. Hatta, Amerika’da o kadar detaylandırılmış durumda ki, oral preparatlar ve topikal preparatlar kendi aralarında da sınıflara ayrılarak değişik yöntemlerle üretiliyor. Akut, subakut ve kronik durumlarda her birisi için farklı kullanım sıklığı ve dozaj aralıkları belirlenmiş durumdadır. Kullanımıyla ilgili bilgiler de mutlaka veriliyor.

Türkiye’de homeopati eğitiminin verildiği iki merkez var. Böyle iki merkez deniliyor, ama aslında üniversitemizde lisans eğitimi sırasında homeopati preparat eğitimiyle ilgili yeterli ve gerekli bilgi veriliyor. Fakat, bunu daha da detaylandırmak isteyince, insanlar şu an için iki seçeneğe sahipler. Birisi İstanbul’da (Homeopati Derneği), birisi de İzmir’de (Klasik Homeopati Derneği) olmak üzere, iki tane merkez var. Ben bunlardan İstanbul’da olan merkeze daha ayrıntılı homeopati eğitimi almak için devam ediyorum.

Yurtdışından gelen homeopat hocaların verdiği derslerde, bu dersleri alan kişilere baktığınız zaman; sadece doktor, eczacı, hemşire veya diğer sağlık çalışanlarından görmüyorsunuz. Reklamcılar, ev hanımları, hobi için buraya gelenleri de görüyorsunuz ve ne yazık ki, yeni remediler öğrendikçe, insanların “Aaa bu remediye ben geçen ay şu kişiye vermiştim. Bak gördünüz mü, yanlış vermişim” diye çok da rahatlıkla bunu söylediğini, “Bir daha dikkat edeyim, vermeyeyim” şeklindeki söylemlere ben dahil diğer sağlık çalışanları meslektaşlarımız da şahit olduk. Homeopatinin yan etkisiz olduğu söyleniliyor; fakat yan etkisiz değil. Homeopatide yapılan tedavinin bir tür bilgisayar gibi formatlama veya resetleme işlemi olduğunun söylenmesi bence akıllarda daha kolay canlanmasına yardımcı olacaktır. İşte vücudun bu formatlanması/resetlenmesi gerçekleştiği için, buna dikkat etmek gerekiyor ki, insanlar düzgün bir şekilde tedavi edilebilsin.

Yurtdışında homeopati eğitimi ve yasal düzenlemelerine bakıldığında, Avrupa Birliği’nden 2001 yılında direktiflerin (2001/83/EG direktifi) yayınlandığını görüyoruz. Bu direktiflerde yer alan ilaçların içerisinde homeopatik ilaçlar da bulunuyor; oral ve haricen kullanım için seyreltme oranını belirlemiş durumdadır. Aynı zamanda, şöyle bir ibare var: “Etkinliği kanıt gerektirmiyor”. Fakat, üye olan ülkeler eğer kendileri uygun görürlerse, kendi ulusal kurallarını da belirleyebilirler. Durum böyle olunca, Avrupa Birliği üye ülkelerinden 13 tanesi kendi ulusal kurallarını belirliyor. Beş tanesi ulusal kuralları belirlememize gerek yok, direktifi kabul ediyoruz diyor ve dokuz tanesi yine bu direktifleri, yani tüzüğü kabul ederek, sadece ve sadece tüzükte bulunmayan durumlar için ulusal kurallar belirliyor.

Almanya’daki duruma bakıldığında, ülkede tabii ki homeopatik ilaçlar çok popüler olduğunu görüyoruz. Hekimlerin % 20’sinin homeopatik ilaçları tercih ettiği görülüyor ve homeopatik ilaçlar için “kayıtlı homeopatik ilaçlar” ibaresini, direktifte yer alan bu ibareyi özellikle vurguluyorlar ve direktiflerin tam tersine, klinik çalışmalar veya diğer analizlerle kanıt istiyorlar.

Avusturya ve İsviçre’de ise yine endikasyon belirlenmesi istenerek ve potens sınırlaması olmadan -yani daha önce bir standart belirlenmişti demiştik; burada öyle bir sınırlama olmadan- her çeşit dozaj formunda kabul ediyorlar. Bunun dışında, Heilmittelgesetz’e (HMG) göre üç farmakope de esas alınabiliyor: Alman Homeopatik Farmakopesi, Fransız Farmakopesi, İngiliz Homeopatik Farmakopesi.

Fransa’da ise halkın % 40’ı homeopatik ilaç kullanmakta ve hekimlerin % 39’u da homeopatik ürünleri reçetelendirmektedir. Homeopati eğitimi ne bakıldığında ise, altı tane Fransız tıp okulunda ve dört veteriner fakültesinde ve tüm eczacılık fakültelerinde eğitim mümkün.

İngiltere’de homeopati çok popüler değil. Buna

- The British Homoeopathic Pharmacopoeia
- The German Homoeopathic Pharmacopoeia
- The Homoeopathic Pharmacopoeia of the United States
- French Pharmacopoeia'da bulunan homeopatik monograflar

• Homoeopathic Directive (92/73/EEC) ve the Pharmaceutical Directives (65/65/EEC ve 75/319/EEC) doğrultusunda –

UK Homeopathic Registration Scheme Guidance Notes

Temmuz 2003

- ✓ Homeopatik ürünler için dozaj formlarının üretimi ve kontrolü
- ✓ Homeopatik stokların kontrol ve kalitesi
- ✓ Üreticiler ve tedarikçiler için yönlendirici kılavuz



rağmen çıkan makalelerle bazı istatistikler belirlenmiş durumda. Burada en dikkat çekici şey, mezun olan hekimlerin artık % 80'inin homeopati, akupunktur ve hipnoz öğrenmek istedikleri yapılan çalışmalarla kanıtlanması ve kaynaklarda belirtilmiş durumda olmasıdır. İskoçlarda ise, 1985-1990 yılları arasında homeopatiyi tercih edenlerin sayısının % 5'ten % 11'e çıkmıştır. Onun dışında homeopatların da çok yüksek oranlarda homeopatiyi kullanacak şekilde tercih ettiği görülmektedir.

Londra'da "The Royal London Homoeopathic Hospital"de 1849'dan itibaren bu yönde hizmet veriliyor. Fakat İngiltere'de durum biraz daha farklı. 1971'de endikasyona sahip olması isteniyor. 1992'de endikasyona gerek yok, 'Biz öyle de kabul ediyoruz.' diyorlar ve 2006'da rahatlatıcı veya orta derece durumların tedavisinde endikasyon olması gerekiyor diye karar veriliyor. En son açılan "Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency" ajansı ile de firmaların klinik çalışmalarını yürütebilmesi için gerekli olan standardizasyona bu ajans aracılığı ile eriştiği görülmektedir. Bu şekilde pazarlama otorizasyonu hızlı ve mümkün hale gelmektedir.

Yukarıda görmüş olduğunuz slaytlarda İngiltere'de kabul edilen direktifler, farmokopeler ve Avrupa Birliği direktiflerinin devamı olarak yer alan kılavuzlar bulunmaktadır. Bu kılavuzlar da gördüğünüz gibi formülasyon master dos-

yası, formülasyon, stabilite çalışmaları, dilüsyon gibi birçok başlıklar atılarak, yeterli açıklamalar detaylandırılmış durumdadır. Minör semptom ve durumların tedavisi veya dindirilmesi için çok kesin endikasyon ve klinik verilere gerek duyulmamakta; yani semptomlar veya durumlar normal ve makul güvenliğe sahip olarak bir doktorun kontrolü veya müdahalesi olmadan tedavi edilebilmektedir. Bu nedenle doktora gidilmeden birinci basamakta sağlık hizmetinin sunulduğu eczanelerde bulunan homeopatik ilaçlara erişimi sırasında eczacıların yönlendirmesi önem kazanmaktadır. Tabii ki, böyle bir şey olduğu zaman, eczaneler ön plana gelmektedir. Doktora gitmeden minör bir semptomu bile geçirmek için, eczaneye başvuruyor kişi. Dolayısıyla, eczacının yeterli bilgiye ve donanıma sahip olması gerekmektedir.

Amerika'da FDA düzenlemeleri esas almaktadır. Preparatın HPUS'a (The Homeopathic Pharmacopoeia of United States); uyması istenmektedir. Belirli bir ambalaj standardına sahip olmalı ve tanımlayıcı işaret taşıması gerekmektedir. HPUS içerisinde 1350 monografin bulunduğu; homeopatik formların hazırlanmasına ilişkin metotlar ve onların özellikleriyle kalitelerinin nasıl olması gerektiğinin detaylı anlatıldığı homeopati farmakopesidir.

Amerika'da 100'ün üzerinde homeopati hastanesi bulunurken, 1000'in üzerinde de homeo-

pati eczanesi bulunmaktadır. FDA'ya göre homeopatik ilaçların satışları 1970-1980 yılları arasında on katına çıkmış yani % 1000 artmıştır. FDA 1962'de homeopatik ürünleri geleneksel kullanışlarıyla kabul etmiş; 1988'de ise endikasyon temel alınarak sınıflandırma yapılmaya başlanıyor ve bu araştırmalar ve düzenlemelerle birlikte, en sonunda homeopati farmakopesi de endüstri temsilcileri ve homeopati uzmanlarından oluşan, resmi olmayan, kâr amacı gütmeyen bir organizasyon tarafından çıkartılmış ve içerisinde sadece eski remediler değil, yeni remediler de provizyonları ve klinik etkinlikleri ile birlikte yer almaktadır.

Karakteristik	Fransız Farmakopesi	Alman Homeopatik Farmakopesi	Birleşik Devletler Homeopatik Farmakopesi	Hint Homeopatik Farmakopesi
Ana tentürde akonitin ile ifade edilen alkaloid içeriği	% 0,02-0,05	% 0,08-0,16	% 0,025-0,075	Tanımlanmamış (% 0,03)
Ana tentürden dilüe oranı - 1X=1DH	1:9	1:4	1:1	Ana tentür = 1X
1DH dilüsyonunda ana tentürünün yüzdesi	% 10	% 20	% 100	% 100
1X=1DH'de akonitin ile ifade edilen alkaloid içeriği	% 0,002-0,005	% 0,016-0,032	% 0,025-0,075	N/A

WHO'nun yayınladığı bir tabloda Fransız farmakopesi, Alman homeopatik farmakopesi, Amerika ve Hindistan'da bulunan farmakopelerin aslında ne kadar farklı değerlerle bu hazırlanışları kabul ettiğini görüyoruz. Bu da ne demek oluyor aslında? Farklı metotlar veriyor hepsi. Dolayısıyla, proses teknikleri farklı olduğu için, ürünler içerisindeki de farklılık dikkat çekiyor ve böylelikle homeopatik ürünlerde GMP kurallarının da ne kadar önemli bir yer arz ettiği görülmektedir.

Kanada'da homeopatik preparatlar doğal sağlık ürünü olarak isimlendirilerek, bu ürünler için Doğal Sağlık Ürünleri Yönetmeliği yürürlüktedir. Her bir ilaç kayıt numarası taşımak zorundadır.

Hep Batı tarafına baktık, biraz da Doğu tarafına bakalım. Hindistan'a baktığımız zaman, ülkede üçüncü en popüler tedavi metodu homeopati. Ülkede homeopati, uygulamaları oldukça eskiye

dayanıyor. Nitekim 1881'de ilk Homeopatik Tıp Koleji, 1948'de Homeopati İnceleme Komisyonu, 1962'de Homeopatik Farmakope Komisyonunun oluşturulmasıyla ülkede homeopati ilerlemiş durumda ve en son olarak ulaşılan bir durum var ki, 2003'te yeni bir isim alarak AYUSH (Ayurveda, Yoga & Naturopati, Unani, Siddha ve Homeopati) eğitim standartları ve ilaçların kalite kontrolü ve standardizasyonu için devamlı çalışmaların yapıldığı, yani kendilerini geliştiren departmanlar grubuna sahip bir kuruluş olarak hizmetine devam etmektedir.

Hindistan'da homeopatinin bu kadar ilgi görmesinin nedeni, homeopati doktorunun, yani homeopatların tıp doktorlarının ücretlerinden daha az miktarda ücret almaları olarak gösterilmektedir. Bu nedenle tabii ki yoğun ilgi var. 100'ün üzerinde dört veya 5 yıllık homeopati okulları var ve 100 bin homeopat hekim bulunmaktadır.

Avustralya'da	• Ürün ismi veya sağlığa yararlı ürünlerin içinde yer alan aktif maddelerin isimleri • Homeopatik etkinlik • Dozaj form ismi • Ürün miktar tayinleri • Varsa uyarı açıklamaları • Batch numarası • Son kullanma tarihi ve saklama koşulları • Kullanım talimatı • Sponsor veya üreticinin ismi ve adresi • Kullanım önerileri • «homeopatik ürün»
---------------	--

Bütün bu düzenlemelerle birlikte tabii ki her ülke kendi etiket ve ambalajlama standartlarını da belirtmektedir. Çok detaylandırılmış şekilde olan bilgilerin içerisinde ben belli başlı dikkat çekenleri göstereceğim. Gördüğünüz gibi Avustralya'da "homeopatik ürün" ibaresini mutlaka sekonder ambalajda yer almasını istiyorlar.

Kanada diğer ülkelerden farklı olarak görünür kısımda sekiz rakamlı bir kodun olmasını, steril ürünler için de "steril" ibaresinin kullanılmasını mutlaka şart koşturmaktadır. Buna ek olarak ürün ambalajının üzerinde ürüne ait özelliklerin detaylı

Kanada'da	•Marka ismi •«DIN-HM»nin 8 rakamlı sayının başına eklenerek oluşturulan kod •Dozaj formu •Steril ürünler için sadece – «steril» ibaresi •«homeopathic medicine», «homeopathic preparation», «homeopathic remedy» veya «homeopathic drug» •Gerçek ve halk arasındaki isimleri dahil olmak üzere tüm tıbbi içerikte bulunanların listesi •Ağırlık, ölçümü veya sayısıyla ambalaj (ör: 5 ampul) net değerlerinin belirtilmesi •Ürün lisansına sahibinin bilgileri •İthalatçının bilgileri •Her içerik maddesi için homeopatik potens (ör: 5CH) •Her dilüsyon için ölçülen değer (ör: 5g). •Tavsiye edilen kullanılış ve amaç (spesifik iddialar kanıtlarla desteklenmeli)
-----------	---

Kanada'da	•Tavsiye edilen doz, uygulama yolu, uygulama süreci, dozaj formu, kullanım talimatı, sıklık, subpopülasyon ve risk bilgileri dahil olmak üzere tavsiye edilen koşullar •The Product Licence Application form'a göre her tıbbi bileşen için kaynak materyalinin tanınımının yapılması •Tavsiye edilen saklama koşulları ve gerekliyse uyarı eklenmesi – <u>The Homeopathic Pharmacopoeia of United States (HPUS) isteklerine uygun</u> olarak oftalmik/nazal solüsyonlar için - ışıktan uzak tutunuz! •<u>Lot numarası</u> ve son kullanma tarihi
-----------	---

İsviçre'de	•Ürün ismi •«homeopathic medicinal product» eklenmesi •Dozaj formu •Parekende paketlerin içeriği •Tüm aktif bileşenlerin kalitatif ve kantitatif deklarasyonları ve yardımcı maddelerin deklarasyonları •Kayıt sahiplerinin bilgileri •Batch ve otorizasyon numaraları •«homeopati uzmanlarının tavsiyelerine göre bireysel tedavi, kullanım ve dozaj için» ibaresi •Özel risk bilgileri (uyanlar, tedbirler, kontrendikasyonlar- gerekli ise) •Son kullanma tarihi •Saklama koşulları
------------	--

Hindistan'da	•<u>Primer ambalaj - «homeopathic medicine»</u> •İlaç ismi •Homeopatik ilacın etkinliği •Birden fazla bileşen söz konusu olduğunda – her bileşenin ismi •Üreticinin bilgileri •<u>Ambalajda homeopatik ilacın total miktarının 30 ml veya daha az olduğu durumlarda - % alkol içeriği</u> •Ana tentür olması durumunda – batch ve üretici lisans numaraları •Eğer tek bileşen mevcutsa – <u>patentli isim gösterilmez.</u>
--------------	---

yer alması; yani ambalajın boyutunun, ağırlığının, her türlü sayısal değerinin mutlaka belirtilmesi zorunlu kılınmaktadır. Homeopatik ürünlerin tavsiye edilen kullanılışları, amaçları ve onlar hakkında spesifik iddialar kanıtlarla desteklenmesi beklenmektedir. Kanada'da yine Amerika'da olduğu gibi ürünler; tavsiye edilen saklama koşulları; gerekli ise uyarı eklenmesi dahil olmak üzere ürünle ilgili detaylar için HPUS bir kıstas oluyor. Avrupa Birliğindeyse, “homeopathic product without approved therapeutic indications” ibaresi kullanılması istenmektedir. Bunun yanında tabii ki tıbbi ürün kullanımı sırasında semptomların devam etmesi halinde mutlaka doktora da danışılması gerektiğinin de ambalajların üzerine eklenmesi şart koşulmaktadır.

İsviçre'de ise “homeopati uzmanlarının tavsiyelerine göre bireysel tedavi kullanım ve dozaj için” cümlesinin geçmesi istenmektedir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde yine HPUS'a kayıtlı olması istenmektedir. Fakat HPUS'a kayıtlı olmaması durumunda da bahsedilen etkinliğin endikasyonun desteklenmesini sağlayıcı dokümantasyon beklenmektedir.

Hindistan'da biraz daha farklı bir durum görülmektedir. Buraya kadar bahsi geçen ülkelerde ürünle ilgili ibarelerin sekonder ambalajın görünür kısmında olması istenmekteyken Hindistan'da primer ambalaj Primer ambalajda, diğerlerinde görünür kısımda olması isteniyordu. Hindistan'da primer ambalajda “homeopatik ilaç” ibaresi istenmektedir. Nedeniyle ilgili çok da fazla bir kaynağa ulaşamama rağmen ambalajda alkol içeriğinin yer alması istenmesi oldukça dikkat çekici bir durumdur. Çünkü bu seyreilmeler yapılırken zaten ya suyla yapılıyor veya su-alkol karışımıyla yapılıyor. Belli oranlar, belli yüzdeler dahilinde olduğunda alkol içeriğinin belirtilmesi şart koşulması

WHO tarafından yapılması uygun görülen teşhis ve kontroller

Bitki materyali	Kullanılan bitki kısmı Mikroskopik karakteristiği Teşhis testleri Saflik kontrolleri Nem içeriği Toksik bileşen içeriğinin saptanması Ana tentür hazırlama metodu	İnsan kaynaklı materyal	Elde edilen kaynağın teşhisi Anatomik ve histolojik tanımı Teşhis testleri Saflik kontrolleri Nem içeriği Başlangıç homeopatik preparasyonu hazırlama metodu
Hayvan materyali	Hayvan materyalinin kaynak teşhisi Kullanılan hayvan kısmı Hayvan kısmının anatomik ve histolojik tanımı Teşhis testleri Saflik kontrolleri Nem içeriği Toksik bileşen içeriğinin saptanması Başlangıç homeopatik preparasyonu hazırlama metodu	Mineral ve kimyasal materyal	Hazırlama metodu Tanımlar ve karakteristikler Teşhis testleri Saflik kontrolleri İçerik saptanması Toksik bileşen içeriğinin saptanması

yonlarının dilüsyonlarıyla homeopatik preparatlar hazırlanmaktadır. Yani, aslında hasta sekresyonundan yapılmış materyallerden bahsediyoruz. WHO bu nedenle bazı testlerle kontrollerin yapılması gerektiği yolunda tavsiyede bulunuyor. Aynı şekilde, ana tentür ve bitmiş üründe de tavsiye ettiği testler var.

FDA'in konuyla ilgili yaptığı yayında 2 durum dikkati çekmektedir: İlki remedi kullanımıyla ilgili hastalıklara ilişkin çok az sayıda rapor bulunmaktadır; bunlarla ilgili olarak da FDA çok yüksek dilüsyondan dolayı remedilerin buna sebep olamayacağı görüşündedir. İkincisi ise hastaların agravasyonu yan etki olarak rapor etmeleridir. Fakat agravasyon şu şekilde açıklanır: Homeopatik tedavide önce remedi verirsiniz, hastanın semptomları belli bir süre pik yapar, yani artar ve sonrasında birdenbire düşüşe geçerek, hasta sağlığına kavuşur. İşte bu pik yapma anında hasta semptomlar daha da artınca bunu bir yan etki

Ana Tentür; Hazırlama metodu Görünüş ve tanımı Teşhis Saflik kontrolleri Stabilite testleri prosedürü İçerik saptanması Toksik içeriğin saptanması	Bitmiş Ürün; Teşhis ve içerik Dozaj formu kalitesi Artık solvan ve reaktif ile veya tesadüfi kirlenme stabilite
---	--

olduğunu zannetmektedir. Dolayısıyla, yan etki olarak düşündüğünden hemen "ilaç dokundu" şeklinde geri bildirimde gitmektedir. Bu nedenle agravasyon ve yan etkiyi çok iyi birbirinden ayırmamız gerekiyor. Tabii ki doktor ve eczacıların kendilerini yetiştirerek, bu konuda da hastalara yol göstermesi gerekmektedir.

Her daim desteklerini hissettiğimiz değerli hocalarımız Prof. Dr. Ahmet Oğul Araman ve Prof. Dr. Afife Mat'a teşekkürlerimizi bir borç biliyoruz.

Eczane Pratiğinde Zirai ve Veteriner İlaçların Önemi

Ecz. Bülent VAREL

TEB 38. Dönem Merkez Heyeti Üyesi

bulentvarel@ttmail.com



24 Ocak 1964 tarihinde Edirne Musulça Köyü'nde doğdu. 1987 yılında Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. 05.08.1989 tarihinde Edirne Merkez İlçe'de Varel Eczanesi'ni açtı. 1994-1999 yılları arasında Edirne Belediyesi Meclis ve Daimi Encümen Üyesi olarak görev aldı. 1997 yılında kurulan 39. Bölge Edirne Eczacı Odası'nın kurucu üyesi olup 1997-2003 yılları arasında yönetim kurulunda Genel Sekreterlik görevinde bulundu. 2003-2009 yılları arasında Edirne Eczacı Odası Yönetim Kurulu Başkanlığı'nı yaptı. TEB 37. Dönem Merkez Heyeti Denetleme Kurulu Üyesi olarak görev yaptı. Evli ve iki çocuk sahibidir.

Eczane kuşkusuz beşeri ilaç odaklı bir yapıdır ve öyle kalmaya da devam etmek durumundadır. Ancak, tüm dünyada olduğu gibi, ülkemizde de nüfusun yaşlanması, ilaçların çeşitlenmesi, biyoteknoloji ürünü ilaçların fiyatlarının yüksek olması gibi nedenlerle ilaç fiyatları baskı altına alınmakta, bu da eczacıyı farklı eczane ürünlerine yöneltmektedir. Dermokozmetikler, homeopatikler, bitkisel ürünler, zirai veteriner ilaçlar gibi kategoriler bu son dönemde dikkat çekmiş ve ilgi odağı olmuştur.

Bu yazıda zirai-veteriner ilaçlarla ilgili eczacı yaklaşımının ne olması gerektiği, konuyla ilgili var olan yasa ve yönetmelikler gibi başlıklar incelenecek, katılımcıların zirai-veteriner ilaçlar konusunda genel bir bilgi sahibi olmaları ve bu konuya ilişkin bakış açısı oluşturmalarına katkıda bulunmak hedeflenecektir.

Zirai-Veteriner İlaçlar Eczane İlişkisi

Eczacılık alanının temel ilkesi; ilaç ve zehir arasındaki ince bir çizgi olduğu gerçeğidir. İlacı zehirden ayıran dozdur. Bu nedenle, ilacın ister beşeri, ister zirai/tarımsal ve veteriner olsun, üretimi ve tüketimi mutlaka doğru planlanmalı ve denetlenmelidir. Beşeri ilaçların olduğu kadar, zirai ilaçlar ve veteriner ilaçların üretim, dağıtım, tüketim ve denetimi, gıda destek ürünlerinin halka arzı; eczacıları, gerek bilimsel altyapıları gereği, gerekse mesleki pratikleri açısından doğrudan ilgilendiren konulardır.

Hepimizin bildiği gibi, 1953 yılında çıkarılan Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun'un 28. Maddesi: "Eczanelerde eczacılık ve ziraatte kullanılan kimyevi maddelerle sıhhi malzeme, alet tıbbiye ve tuvalet eşyasından maada eşyanın müşteriye satılmak maksadıyla bulundurulması yasaktır"

şeklinde düzenlenmişti. Bu yasa, 17 Mayıs 2012 tarihinde 6308 Sayılı Kanun'un 6. maddesiyle aşağıdaki şekilde değiştirilmiştir.

"İlgili bakanlıktan izin ruhsat veya fiyat alınarak üretilen veya **ithal edilen gıda takviyeleri, eczacılık ve ziraatta kullanılan ilaç, kimyevi madde ve diğer sağlık ürünleri, veteriner biyolojik ürünler hariç veteriner tıbbi ürünleri, kozmetik ürünler, kapsamı Sağlık Bakanlığınca belirlenen tıbbi malzemeler, anne sütü ve beslenme yetersizliğinde kullanılan çocuk mamalarıyla, erişkinlerin metabolizma bozukluklarında kullanılan tüm destekleyici ürünler ve Türk Eczacıları Birliği tarafından çıkarılan bilimsel yayınlar eczanelerde satılabilir.**"

Bitki Koruma Nedir?

Kültür bitkileri ve onlardan elde edilen tarımsal ürünleri hastalık ve zararlılardan korumak, tedavi etmek ya da bunlardan doğacak zararı en aza indirmek için alınan tüm teknik, ekonomik ve yasal önlemlere **Bitki Koruma** adı verilmektedir. Ülkemizde bitki koruma teşkilatı Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyetlerini sürdürmektedir.

Ülkemizde son yıllarda sanayileşmeye ağırlık verilmesine rağmen, tarım hâlâ önemini sürdürmektedir. Eskiden % 60-65'lere varan tarımla uğraşan oranı, günümüzde % 40'ların altına düşmüştür. Buna karşın dış satım gelirlerinin büyük bir kısmı tarım kesimine aittir. Bunun da çoğunu bitkisel ürünlerden sağlanan gelir oluşturmaktadır. Bu da gösteriyor ki, tarımda bitkisel üretiminin önemli oldukça fazladır.

Bitki hastalıkları ekonomiyi ve sosyal yaşamı;

- * Bitkileri zayıflatarak ya da tamamen öldürerek, ürünü azaltır ya da yok eder.
- * Bitkilerin çeşitli organlarını etkileyerek ürünün kalitesini, daha doğrusu pazar değerini düşürür.
- * Tarımsal savaşım için alınan önlemler büyük masraf ve emek gerektirir. Ürünün maliyeti artar.
- * Tarımsal savaşımında kullanılan ilaçlar insan ve

sıcakkanlı hayvanlara, bazen de yararlı böcek ve canlılara (bal arısı, doğal dengeyi koruyan parazit ve predatörler, topraktaki yararlı mikro organizmalar vb.) zarar verebilir. Fazla ve bilinçsiz kullanım durumunda ilaç kalıntıları sulara, sulakta yaşayan canlılarda, bunlarla beslenen insan ve hayvanlarda zararlı birikim yapar. Çevre kirlenmesi tüm dünyanın gündeminde baş sırada olan önemli bir sorun durumundadır.

Bitkisel üretimde gerek hastalıkların, gerekse zararlıların oluşturduğu kayıplar ve insanların bu kayıpları önlemek için verdikleri uğraş, insanlığın varoluşundan bu yana sürüp gelmektedir. **Ünlü Entomolog Howard'ın dediği gibi "İnsanlar ektiğini değil hastalık ve zararlılardan arta kalanı toplamaktadır."** Bazı yörelerde ve yıllarda hastalık ve zararlı etmenler salgınlara yol açarak, % 100'lere varan zararlar oluşturmışlardır. 1974-75 yıllarında Çukurova'daki pamuk beyaz sineği, 1980'de Manisa'daki pamuklarda fide çürüklüğü üreticilerin ürün alamamasına neden olmuştur.

Bitkiler de insan ve hayvanlardaki gibi benzer nedenlerle hastalanırlar ve aynı hastalık evrelerini geçirirler. Bitki, normal çevre koşullarında herhangi bir hastalık nedenine maruz kalmadığı sürece, sağlıklı ve normal yaşantısını sürdürür. Ne zamanki bitkiler herhangi bir hastalık nedenine maruz kalırlarsa, normal hayat fonksiyonlarında oluşacak bir sapma veya bozulma sonucu hastalanırlar. O halde bitkilerdeki hastalığı şu şekilde tanımlayabiliriz. Bitkideki hayat olayları seyrinin bitkiye zararlı olacak derecede normalden uzaklaşması halidir.

Bitki Koruma Ürünleri Yasası

Bitki Koruma Ürünlerinin Reçeteli Satış ve Usulleri Hakkındaki Yönetmelik ve Bitki Koruma Ürünlerinin Toptan ve Perakende Satılması İle Depolanması Hakkındaki Yönetmelik 2010 tarihli 5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu'nun ilgili maddelerine dayanılarak hazırlanmıştır. Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığınca ruhsatlandırılan bitki koruma ürünleri reçeteye satılır. Bunlardan reçetesiz satılmayacak olanlar Bakanlıkça belirlenir.

Bitki koruma ürünleri bayi ve toptancı izin belgesi verilecek kişilerde aranacak şartlar:

- 1-Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı olmak,
- 2- Ziraat mühendisi veya eczacı olmak,
- 3- Yılda bir kez Bakanlıkça yapılacak veya yaptırılacak olan sınavdan 100 tam puan üzerinden 70 ve üzeri puan almaktır.

Bitki Koruma Ürünlerinin Eczanede Yeri ve Önemi

Türkiye’de tarımsal ilaç üretimi incelendiğinde, bazı tarım ilaçlarının yıllar içerisinde dalgalanmalar gösterdiği, bazılarının ise sürekli arttığı görülmektedir. Tablo incelendiğinde, insektisitlerin gerek üretim miktarı gerekse üretim değeri bakımından tüm tarım ilaçları içerisinde birinci sırada olduğu gözlenmektedir. Bunu sırasıyla fungusitler, herbisitler ve diğerleri izlemektedir.

Insektisitlerin üretim miktarları yaklaşık 10.000-16.000 ton aralığında, fungusitler yaklaşık 7.500-12.000 ton, herbisitler ise yaklaşık 6.500-8.700 ton üretilmektedir. Burada dikkat çeken durum insektisit, fungusit ve herbisit üretiminde yıllara bağlı olarak dalgalı bir üretim seyri ortaya çıkmakta, buna karşın akarisit, fumigant ve bitki gelişim düzenleyicilerin (BGD) üretimlerinde bir artış gözlenmektedir. Bu bitki koruma ürünlerinin son yıllarda örtü altı yetiştiriciliğindeki artışa

paralel olarak üretimlerinde de yükselmeye işaret etmektedir.

Ülkemizdeki BKÜ Tüketimi

Türkiye’ de BKÜ Tüketim Miktarları (2003-2007) (Anonymous,2009)

Yıllar	Üretim (ton)	İthalat (ton)	Toplam (ton/yıl)
2003	28.663,8	7.300,1	35.963,9
2004	26.481,1	8.962,9	35.443,8
2005	33.957,8	10.378,3	44.336,1
2006	36.154,6	17.705,9	53.859,5
2007	28.545,1	20.421,9	48.966,9

Türkiye’ de BKÜ Tüketim Değerleri (2003-2007) (Anonymous,2009)

Yıllar	Üretim değeri (TL/yıl)	İthalat değeri (TL/yıl)	Toplam
2003	106.944.299	104.122.995	211.067.294
2004	109.452.567	130.560.470	240.013.037
2005	234.667.832	131.879.405	366.547.237
2006	205.114.830	274.965.893	480.080.723
2007	246.495.688	351.720.519	598.216.207

Verilen tablolarda ülkemizdeki bitki koruma ürünlerinin üretim değerleri, ithalat ve üretimleri bir arada gösterilmiştir. Türkiye’deki tarım ilaçlarının pazar değeri 1999 yılında 194,5 milyon iken, 2008 yılında bu rakam yaklaşık 210 milyon Dolara çıkmıştır. Yine burada pazar payları olarak herbisitlerin toplamda 62 milyon, fungusitlerin toplamda 55 milyon, diğerlerinin de 21 milyon olmak üzere toplamda 218 milyonluk bir pazar söz konusudur.

Türkiye’ de Tarım İlaçları Üretim Değerleri (Anonymous, 2009a)

İlaçlar	Üretim (2004)		Üretim (2005)		Üretim (2006)		Üretim (2007)		Üretim (2008)	
	Ton	TL	Ton	TL	Ton	TL	Ton	TL	Ton	TL
İnsek.	11.017,1	38.743.243	13.425,8	72.037.623	15.901,9	87.793.969	13.727,2	90.587.898	10.342,0	80.140.259
Akar.	389,5	2.144.500	800,3	11.473.173	814,4	5.452.178	1.237,2	14.730.642	1.401,6	16.809.702
Fum.	250,1	1.348.358	356,2	308.931	675,4	1.307.660	220,3	1.316.211	1.695,9	10.080.048
BGD	228,5	739.835	683,5	5.021.741	635,9	6.016.686	680,2	8.496.428	798,9	12.649.071
Fung.	8.176,2	39.712.072	9.562,7	57.734.798	12.031,1	59.520.097	7.464,9	70.655.974	8.110,8	73.808.752
Herb.	6.418,8	26.764.557	8.793,0	85.063.120	8.763,0	41.010.337	7.591,2	50.600.666	8.745,0	67.643.845

İnsek.: İnsektisit, Akar.: Akarisit, Fum.: Fumigant, BGD: Bitki Gelişim Düzenleyicisi, Fung.: Fungisit, Herb.: Herbisit.]

Türkiye Tarım İlaçlarının Yıllara Göre Pazar Değerleri (milyon \$)
(Anonymous, 2009a)

İlaçlar	Yıllar									
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Insektisit	82,0	82,9	74,5	66,2	61,5	58,5	64,6	76,7	83,5	80,0
Fungisit	45,0	41,6	26,0	34,3	35,2	33,2	37,4	45,0	54,9	55,0
Herbisit	60,0	46,2	38,1	40,3	42,9	40,3	52,3	56,2	57,9	62,0
Diğer	7,5	11,6	12,1	17,2	16,4	17,4	15,4	16,7	13,5	21,0
Toplam	194,5	182,3	150,6	158,0	156,0	149,4	169,7	194,6	209,8	218,0

Tarım ilaçlarının en çok, Ege Bölgesi ve Akdeniz Bölgesi'nde kullanılmaktadır. İki bölgedeki tüketimin toplamı yaklaşık % 35'ler civarında olup bunun % 15'i Ege Bölgesi'nde, % 20'si de Akdeniz Bölgesi'nde gerçekleşmiştir. Bunun dışında, Doğu Anadolu'da 6, Güney ve Doğu Anadolu'da da 23 olmak üzere, toplamda % 29 pazar payına sahiptirler.

Tarım ilaçlarının daha çok Akdeniz ve Ege Bölgelerinde kullanıldığını gösteren tablo

Bölgeler	Yıllar ve bölgelerin payları (%)
Ege	15
Akdeniz	20
Egeve Akdeniz'in toplam payı	35
Doğu Anadolu	6
Güney Doğu Anadolu	23
Doğuve Güney Doğu Anadolu'nun top. payı	29

Sonuç olarak bitki koruma ürünleriyle ilgili olarak 2008 yılında Türkiye'de bitki koruma ürünlerinin üretim değeri 218 milyon Dolar olmuştur. Bu pazarda eczanelerin payı sıfır düzeyindedir. Özellikle, tarım ve örtü altı yetiştiriciliğinin yaygın olduğu illerimizde, ilçelerimizde ve beldelerimizde bulunan eczanelerimiz için bu pazardan alınacak pay gittikçe daralan eczane ekonomileri için önemli olacaktır.

Veteriner Ürünler

Veteriner ürünlere de kısaca bakmak gerekirse; Türkiye'de veteriner hekimlere ilaç depolarındaki ilaçları bulundurma ve satma yetkisi ilk defa 1927 yılında çıkarılan 964 sayılı Eczacılar ve Eczaneler

Hakkında Kanun uyarınca şartlı olarak verilmişti. Bu yetki, veteriner hekimliği mevzuatında ise ilk olarak 6343 sayılı Yasanın 5. maddesinin (e) bendinde "eczanesi bulunmayan yerlerde hayvan hastalıklarında kullanılan her nevi aşı, serum, müstahzar ve biyolojik maddeleri muhtelif bir ecza dolabı tesis eylemek ve ilaçları satabilmek" şeklinde yer almıştır.

Veteriner hekimlerin hayvan sağlığında kullanılan ilaçları muayenehanelerinde bulundurma ve satma hakları veteriner hekimliği hizmetlerine yönelik çıkarılan 904 sayılı "İslahı Hayvanat Kanunu"na eklenen 4084 sayılı Yasayla verilmiştir. Bu yasadan dayanak alınarak 1995 yılında çıkartılan "Serbest Veteriner Hekimlik Yönetmeliği"nde, "serbest veteriner hekimler teşhis, tedavi ve muayeneye ilgili olarak mesleklerini icra etmek ve hayvanlarda kullanılan ilaç, aşı, serum ve biyolojik madde gibi her türlü müstahzarı bulundurma, taşımak ve satmak için bakanlığın iznini almak şartıyla bu yönetmelikte tanımlanan bir işyerine sahip olmak zorundadırlar" ifadesi yer almış ve böylece veteriner ilaçlarını tedarik, bulundurma ve satış koşulları belirlenmiştir.

Bu durumda ülkemize baktığımızda, veteriner ilaçların perakende satışında iki kanal olduğunu görüyoruz. Birincisi; serbest eczaneler, ikincisi de veteriner hekim muayene ve poliklinikleri. Bunların dışında, dağıtım ve satış mevzuata uygun değildir. Ama Türkiye'de yetkin olmadığı halde, birçok yerde köylere hizmet götürme birlikleri, kooperatifler, zirai ilaç satış noktalarında ve ye-

tiştirici birliklerinde kanunsuz olarak veteriner ilaç satışının yapıldığını bilinmektedir.

Veteriner sağlık ürünleriyle, beşeri tıbbi ürünler pazarları arasında önemli farklar vardır. Avrupa Birliği ve Amerika Birleşik Devletleri gibi gelişmiş pazarlarda veteriner sağlık ürünleri pazarının parasal değeri, beşeri pazarın % 5'i kadarken, ülkemizde bu durum % 3'ler civarındadır. Veteriner pazarı çeşitli hayvan türleri, bölgesel farklılıklar ve hastalıklara göre de dağınık bir dağılım göstermektedir. Veteriner sağlık ürünleri sektöründe herhangi bir geri ödeme sistemi veya ulusal sağlık sigorta sistemi yoktur. Tedavinin tüm maliyeti, hayvan sahibi tarafından üstlenilir. Bu genellikle pet sahipleri için önemli bir problem teşkil etmemekle birlikte, özellikle çiftlik hayvanlarının tedavisi, sınırlı ekonomik değerlerin ölçüsünde ekonomik kriterlere dayalıdır.

Veteriner ilaçların dağıtımında ülkelere bakacak olursak; Almanya'da veteriner hekimler; Belçika, Danimarka, İtalya, Norveç ve Lüksemburg'da eczaneler tek kanal durumundadır. Fransa, Hollanda, İngiltere, İspanya, Portekiz ve Yunanistan'da veteriner hekimler ağırlıklı olarak dağıtımda yer almaktadırlar. Fransa, İrlanda, Yunanistan ve İngiltere'de de izinli satıcılar ve kooperatifler de önemli rol oynarlar. Türkiye'de ise perakende satış, veteriner klinikleri ve eczanelerden yapılmaktadır. Türkiye ve bazı ülkelerde ilaçların toptan ve perakende satış kanallarını aşağıdaki tabloda da görmemiz mümkündür.

Türkiye ve bazı ülkelerde ilaçların dağıtım kanalları.

Ülke	Toptan satış		Perakende satış			
	Beşeri depo	Vet.Ecz. deposu	Vet.Hek.	Eczane	İzinli satıcı	Satışta ağırlığı olan
Almanya	+	+	+	+	±*	Vet.Hek (~%85)
Avustralya	+	+	+	+	++	İzinli satıcı, Eczane, Vet.Hek
Belçika	+	-	+	+	±*	Eczane
Danimarka	+	?	+	+	±*	Eczane
Hollanda	+	-	+	+	±*	Vet.Hek., Eczane
İngiltere	+	-	+	+	++	Vet.Hek., İzinli satıcılar
İrlanda	+	-	+	+	++	Vet.Hek., İzinli satıcılar
İtalya	+	-	+	+	±*	Eczane
Lüksemburg	+	-	+	+	±*	Eczane
Norveç	+	-	+	+	±*	Eczane
Portekiz	+	-	+	+	±*	Vet.Hek., Eczane
Türkiye	+	-	+	+	±*	Vet.Hek., Eczane
Yunanistan	+	-	+	+	±*	Vet.Hek., Eczane

++ Reçeteye tabi olmayan bazı müstahzarlar. ±* Belirli müstahzarlar için.

Almanya'da iki kanalda da satılmasına rağmen, çok büyük oranda veteriner hekimlerde bu yetki var. Belçika ve Danimarka'da eczanelerde var. Hollanda, İngiltere, İrlanda'da veteriner hekim ve eczane ikisi bir arada devam etmektedir.

Neden Eczaneler ve Neden Eczacılar?

Hem insan hem de bitki ve hayvan sağlığı açısından, sağlığı yeniden tesis etmenin temel ilkelerinden birisi reçete eden ile reçeteyi sunanın farklı kişiler/yapılar olmasıdır. İster beşeri, ister zirai ya da veteriner olsun, her türlü ilacın tek gerçek uzmanı eczacıdır. Eczacılar, üniversitelerde botanik, farmakognozi gibi dallarda almış oldukları kapsamlı eğitimin yanı sıra toksikoloji, yani zehir bilimini de öğrenen yegâne ilaç uzmanlarıdır. Eczacılık eğitimine başladığı anda, insan hayatını kurtaran ilacın bile aslında zehir olduğunu öğrenen eczacının; insan sağlığının yanı sıra hayvan ve çevre sağlığı açısından da temel önem taşıyan sağlık ürünlerini sunuyor olması, sağlığın bütüncül korunması açısından eczacının vazgeçilmez rolünü bir kez daha ortaya koymaktadır. Bu anlamda, veteriner ilaçların arzında eczaneler en önemli merkezler olmalıdır.

Günümüzde veteriner hekimlerin ilaç satışı, veteriner hekimliğinde araç olmaktan çok amaç olmuştur. Tedavi eden hekim ile ilaç satan kişinin aynı olmasının ne kadar meslek deontolojisine uygun olduğu tartışmalıdır. İlaç satış yetkisinin bir amaca dönüştüğü düşüncesiyle, bu yetkinin klinik performansa nasıl yansıtacağı sorgulanmalıdır.

Sonuç olarak; veteriner hekimlerin hayvan hastalıklarında kullanılan ilaçları satış yetkisinin uygulamadaki haliyle, serbest eczanelere verdiği olumsuz sonuçlar çok daha belirgin olarak ortaya çıkmaktadır. Bu koşullar altında eczanelerin veteriner ilaç pazarındaki paylarının artması çok olanaklı görülmemektedir.

Eczaneler ve Eczacılar için Cansuyu Fitoterapötikler

Prof. Dr. Filiz MERİÇLİ

*Yeni Yüzyıl Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
Farmakognozi ve Fitoterapi Öğretim Üyesi
fmericli@gmail.com*



1976 yılında Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden mezun oldu. 1976-1978 yılları arasında A.İ.T.İ.A. Eczacılık Yüksekokulu'nda (Gazi Üniv. Ecz. Fak.) farmasötik botanik asistanlığı yaptı. 1980'de TÜBİTAK bursu ile Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesinde doktoraasını tamamladı ve Dr. Asistan kadrosuna alındı. 1985'te İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakognozi Anabilim Dalı'nda yardımcı doçent, 1987'de doçent, 1995'te profesör unvanını aldı ve 27 yıl çalıştı. Akademik yaşamını Mayıs 2012'den bu yana Yeni Yüzyıl Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde sürdürmektedir. İstanbul Eczacı Odası'nda 2003-2007 yıllarında Denetleme Kurulu Başkanlığı yapmış olup halen bu görevi (2011-...) yürütmektedir.

Almanya'da Berlin-TU ve Saarland Üniversitelerinde (2,5 yıl); Amerika'da The University of Georgia'da (NATO Research Grant ve Fulbright Konuk Araştırmacı Bursu ile 2 yıl) konuk bilim insanı olarak bilimsel araştırmalar yaptı.

Eylül 2007'de hekim, eczacı vb sağlık profesyonellerine yönelik bilimsel bir fitoterapi dergisi olan FİTOMED Dergisi'nin yayın hayatına başlamasını sağlamış olup halen bilimsel koordinatörlüğünü yürütmektedir.

Almanya Fitoterapi Derneği, Türkiye Farmakognozi-Fitoterapi Derneği ve Klasik Homeopati Derneği (İzmir) ve Homeopati Derneği (İstanbul) üyesidir.

Türkiye'de ve dünyada bitkilerle tedavi (fitoterapi) uygulamalarını incelemekte, Türkiye'de bitkilerle tedavinin bilimsel platforma taşınması için eczacılara, hekimlere ve halka yönelik eğitim programları organizasyonlarında proje sorumlusu ve eğitici olarak görev almaktadır. Halen Eczacı Odalarında ve Eczacı Kooperatiflerinde fitoterapi eğitimleri vermekte ve Eczanede Tıbbi Çay Hazırlama Çalıştayları yapmaktadır.

Doğal kaynaklı ilaç hammaddeleri üzerindeki bilimsel araştırmaları için Türkiye'nin en uzak köylerine gidip bitki toplarken yakından görüp saptadığı eğitim sorunlarının çözümüne destek vermek üzere, ülkenin her köşesindeki tüm çocuklara çağdaş eğitim olanakları götürmeyi ve eğitimde fırsat eşitliğini sağlamayı hedefleyen gönüllü kuruluşlarda da çalışmakta ve projeler üretmektedir. Kültür Üniversitesi tarafından yürütülen "Yılın Yürekli Kadınları Ödülü" kapsamında, 2007 yılında "Yılın Yürekli Kadını Ödülü"nü almıştır.

Evli ve bir kız çocuğu sahibidir.

Bugün sizlere eczacı ve eczaneler için can suyu fitoterapötiklerden bahsedeceğim. Neden buradayım; eczacı ve eczanelerin durumu ve geleceğini; geleceği iyileştirmek için fitoterapötiklerden nasıl yararlanacağımızı ve birlikte yapabileceklerimizi sırasıyla sizinle paylaşmak istiyorum. Neden buradayım? Çünkü çoğunuz biliyorsunuz, eczacılık eğitimi sırasında farmakognozi içerisinde; sizlere tıbbi bitkilerin tanıtımını farmasötik botanikte öğrettik. Fitokimya da etken maddelerini öğrettik. Fitofarmakolojide biyolojik aktivitelerini, dozlarını, kullanılışlarını, yan etkilerini öğrettik ve

bütün bu öğrettiklerimizi de fitoterapi, yani bitkilerle tedavi derslerinde hayata geçirmenize yönelik aktarmaya çalıştık.

Bütün bunlardan sonra, fakülteden mezun olup dışarıya çıktığınızda, eczane açtığınızda, bu bilgileri ne kadar kullandınız ya da neden kullanmadınız? Size eğitiminiz sırasında öğrettiğimiz bu bilgilerden yararlanamama nedenleriniz ne? Bunları düşünenlerdenim. Mezun ettiğim eczacının geleceğinin de iyileşmesini, iyileşmesi için bir şeyler yapılması gerektiğini düşünenlerdenim,

onun için buradayım. Çünkü bitkilerle tedavi bütün dünyada olduğu gibi Türkiye’de de çok gündemde. Tıbbi çaylarla ve ilaç formunda ürünlerle, bunda çok kafa karışıklığı var; işte fitofarmasötik diyoruz, bitkisel ilaç diyoruz, nütrosötik diyoruz, gıda desteği diyoruz, dermokozmetik diyoruz, dermofitokozmetik diyoruz, diyoruz da diyoruz.

Sonuçta bunlar, ilaç formunda bitkisel ürünler. Yukarıdaki bütün bu bilgiler ışığında bunlar konusunda en uzman kişi siz eczacılersınız. O halde, bu bilgilerinizi eczanenizi ve geleceğinizi iyileştirmek için kullanmak durumundasınız. Peki, eczacıların, eczanelerin durumu ve geleceği ne? “8 bin civarında eczane kapanma tehlikesinde Hocom”. 54 tane Eczacı Odası başkanıyla değişik şekillerde bir araya geldiğim zaman, bu söylem hep ifade ediliyor. İşte “şu kadarı da gizli iflasta ama farkında değil” söylemleri var. Peki, bu söylemler doğru mu, evet elle tutulur, gözle görülür bir hale gelmek üzere bu söylem.

İstanbul Eczacı Odası’nın Denetleme Kurulu Başkanı olarak ayda bir kez gidip, o ay yapılan bütün yönetim kurulu kararlarını inceliyoruz, denetleme bunu gerektirir. Yani başka denetleme kurulları nasıl yapıyor bilmiyorum, ama ben böyle yapıyorum. Orada 18 tane toplantı yapılmış, 9 Mayıs’tan 5 Eylül’e kadar; 18 toplantıda toplam 45 adet eczane kapanma kararı var, 17 tane devir kararı var. Kapatmadan, hani yeni mezuna devretme şansı olmuş, yoksa kapatacakmış. Şimdi, toplantı başına aşağı yukarı her toplantıda iki eczane kapanıyor, 9 toplantıda da üç eczane kapanıyor. Bu hakikaten 8 bin civarında eczanenin kapanmanın eşiğinde olmasını bir yerde doğrulayan bir bulgu.

Bir taraftan eczacılık fakültelerinin sayısı artıyor. 15 Ekim 2012 tarihi, yani şu Pazartesi günü itibarıyla Yüksek Öğretim Kurulu’nun web sayfasına baktığınızda, üniversiteleri tek tek inceledim ve eczacılık fakültesi olanları tespit ettim. Adıyaman Üniversitesi’nin Eczacılık Fakültesi var. Rektörlüğü aradım, üniversite sekreterliğini aradım, ama henüz ne dekan, ne herhangi bir şey belli değil. En

tazesi, 8 Eylül 2012’de açılma kararı verilmiş YÖK tarafından; Afyon Kocatepe Üniversitesi’nin Eczacılık Fakültesi var. Ağrı İbrahim Çeçen Üniversitesi hakeza kurulmuş yazıyor, ama tıkladığınızda herhangi bir bilgi yok. Karaelmas Üniversitesi eski adıyla, yeni adı Bülent Ecevit Üniversitesi’nde Eczacılık Fakültesi var. O da 23 Haziran 2012’de kurulmuş. Yani bunların hapsi çiçeği burnunda, ama bir kısmının dekanı bile yok.

Cumhuriyet Üniversitesi Eczacılık Fakültesi 2011’de geçen yıl Nisan’da açılmış, 7 tane öğretim elemanı var. Çukurova Üniversitesi bunların içerisinde en iyi olanı, Aralık 2011’de kurulmuş, ama eczacı kökenli bir dekanı var, dört tane öğretim üyesi ve araştırma görevlisiyle hızla yapılıyorlar. Erzincan’da Eczacılık Fakültesi açılma kararı verilmiş. Üniversitenin web sayfasında var, ama başka bir bilgi yok. Karadeniz Teknik Üniversitesi’nde var, Sayın Dekan burada sevgili Nurettin. O iyi şeyler yapıyor, öğrencileri yeni yeni başlayacak. Isparta’da Süleyman Demirel Üniversitesi Eczacılık Fakültesi kurulma kararı var. Trakya Üniversitesi’nde kurulma kararı var. Van Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eczacılık Fakültesi’nde de var. Ben doğrusu o fakülte kurulurken, çoğunuz tanıyacaksınız, Ankara Üniversitesi olanlar; Prof. Dr. Zühre Şentürk bizim sınıf arkadaşımız. O, orada sanki o işi yürütür zannetmiştim, ama dekan olarak başka bir veteriner arkadaş atamışlar.

Devlet üniversitelerine devam edersek; bunlar köklü üniversiteler, alfabetik sırayla olmasına rağmen, Ankara Üniversitesi’nin, Erciyes Üniversitesi, Gazi Üniversitesi ve Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakülteleri’nin dekanları da birer farmakognozi hocası, farmakognozi profesörü.

Vakıf üniversitelerimiz var, bunlar İstanbul’da kurulmuş üniversiteler. Bezm-i Alem Üniversitesi’nde tanıyor sunuz, Gülaçtı Topçu Hocamız aramızda. Kemerburgaz Üniversitesi çok taze, Akgül Yeşilada Hocamız Dekanlığını yürütüyor. Medipol Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, Ankara Üniversitesi ya da Eskişehir Anadolu’da eczacılıktan hatırlayacaksınız, Şeref Demirayak Hocamız Dekan.

Yeni Yüzyıl Üniversitesi bizim Mayıs'tan beri kadrolu eczacı hocası olduğumuz üniversite. Dekanımız Sayın İmer Okar da aramızda. Bir de tabii alfabetik sırayla Yeditepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi var, Hülya arkadaşımız Dekanı. Bir de Kıbrıs'taki vakıf üniversiteleri var. O da yer alıyor. Uluslararası Kıbrıs Eczacılık, Yakındoğu Eczacılık ve Doğu Akdeniz Eczacılık Fakültesi var.

Evet, özetle YÖK'ün web sayfasında 15 Ekim 2012 itibarıyla öğrenci alan, mezun eden ve mezun edecek olan 17 fakültemiz var ve öğrenci almayı bekleyen, öğrenci almaya hazırlanan da 11 fakültemiz var. Bu fakültelerdeki öğrencilerin % 80-85'i eczane açma hayali içinde, hedefi bu.

Şu anda sanayide çalışan eczacılar var. Sanayideki küçülme, sanayideki şirket evlilikleri ve eleman çıkarma süreci nedeniyle, onların da işten ayrılıp eczane açma sürecini düşünmek gerekiyor. Bu gerçeklerin ışığı altında, bir taraftan yeni eczacılık fakülteleriyle çok sayıda mezun ve yeni eczanelerin açılışı hızla geliyor. Görünen yakın ve uzak gelecek, mezun eczacı sayısı çok fazla. İlaç ve ilaçla ilgili sektördeki küçülme nedeniyle o sektörde çalışan eczacıların da eczane açması söz konusu. Ayrıca, ilaç fiyatlarındaki düşüş ve SGK geri ödemelerinde kapsamalarının sürekli daraltılması nedeniyle eczacının girdilerinin azalması söz konusu. Eczacı bu gerçekleri görmeli ve sadece şikâyet etmek değil, bu gümbür gümbür gelen tehlikeye karşı hep birlikte çözüm üretmenin yolunu bulmalı ve kendini bu gelecek günlere hazırlamalı diye düşünüyorum.

Peki, gelecek günlere hazırlanırken, geleceği iyileştirmek için neler yapılabilir? Benim alanım fitoterapi ve farmakognozi olduğu için, tabii ki geleceğinizi iyileştirmede önereceğim alan fitoterapötikler olacak. Bildiğiniz gibi tıbbi çaylar ve ilaç formundaki kapsül, draje, tablet v.s. ilaç formundaki bitkisel ürünlerde de eczacı, danışmanlık yapma hakkına da sahip, halk sağlığını korumak ve geliştirmek için, sorumluluğuna da sahip. Yani bu onun hem hakkı, hem de görevi.

30 Mayıs 2012'de yayınlanan 6308 sayılı Yasa'dan hep bahsedildi. Ben sadece beni ilgilendiren kısmı yazıyorum. İşte şunlar şunlar, "... tıbbi bitkisel ürünler, münhasıran eczanede satılır" maddesi. İşte geleceği iyileştirmek için fitoterapötikleri hayata geçirecek dayanacağımız madde bu. Çünkü eczacı, ilaç ve sağlık danışmanı. Öncelikle eczanesinde tıbbi çay hazırlamalı. Halk sağlığını korumak ve geliştirmek için, bugün aktarlarda satılan bitkilerin ve drogların yanlışlığını biraz sonra size göstereceğim. Hele de bunların bilinçsizce karıştırılıp, kişinin başka hastalığı ve kullandığı ilaçlarla etkileşeceğini de göz ardı ederek, cahil cesaretiyle satılması, halk sağlığını ciddi şekilde tehlikeye sokuyor. Bunların sadece medyaya yansıyanlarını görüyoruz, bilebiliyoruz, ama medyaya yansımayan, gerçekten halkımızı tehdit eden çok ciddi bir sağlık sorunu. O nedenle de eczacı eczanesinde tıbbi çay hazırlamalı. Eczacı aromaterapi, apiterapi gibi destekleyici ve tamamlayıcı tedaviler konusunda bilgilenmeli. Bunlar konusunda da insanlarımıza, insanların sağlığını koruma, halkın sağlığını koruma ve geliştirmede danışmanlık yapabilmeli. Çünkü iletişim kanallarının çok geniş olması, medyanın bunu çok işlemesi, internette bu ürünlerin çok şatafatlı şekilde hiç zararı yokmuş gibi sunulması sonucu, insanlar gerçekten ciddi tehlike altında.

İlaç formundaki bitkisel doğal ürünlerle ilgili de eczacı bilgilerini güncellemeli. Hatta güncellemekle kalmamalı, eczanesinde mutlaka eczane kalitesinde bitkisel ürün bulundurmalı. Bazen görüyorum, çok da üzülüyorum, anında uyarıyorum o eczacıyı; işte "lahana hapı geldi", eczanenin vitrininde bir yazı. Hayır, eczacı böyle olamaz. Eczacı nerede üretildiği, nasıl üretildiği belli olmayan lahana hapını eczanesinde bulunduramaz. Ama onun yerine gerçekten iyi tarım uygulamalarıyla yetiştirilmiş bitkilerden, etken maddesi iyi biçimde kontrol edilmiş, iyi laboratuvar uygulamalarıyla standardize edilmiş ekstraktlardan iyi üretim koşullarıyla, GMP kurallarıyla üretilmiş, bitmiş ürünleri eczane kalitesindeki ürünleri eczanesinde bulundurmalı ve onların doğru kullanımı konusunda da danışmanlık yapabilmeli.



AB ülkelerindeki eczacıları görüyorsunuz tıbbi çay hazırlıyorlar. Eczanede hazırlanmış, eczacının hazırladığı tıbbi çayları görüyorsunuz Almanya'da.



Berlin'deki eczanede sadece eczaneler için üretilmiş olan poşet, süzen poşet tıbbi çayları görüyorsunuz. Aynı eczanede ve çocuklar için üretilmiş süzen poşet, sadece eczanede bulunan, çayları görüyorsunuz.



Neden eczacı eczanesinde tıbbi çay hazırlamalı? Çünkü bugün pakete de girmiş olsa, Tarım Bakanlığından izin de almış olsa, piyasada bulunan drogaların çoğu yanlış. En zararsız bitki işte papatya.



Evet, adı doğru yazılmış, drog adı doğru yazılmış, bitki adı doğru yazılmış, Tarım Bakanlığı izin numarası da yazıyor. Ama bunun ikisi de tıbbi papatya değil. Tıbbi papatya kuruduğu zaman biliyorsunuz, parçalanır. Ama bakın, piyasadaki ürünlerde divsi çiçeklerde, tüpsü çiçeklerde duruyor.



Bunun etken maddesi farklı. Bunların sesgiderpan maddeleri çok farklı. En kötü, en basitinden bunu kaynatıp içende karın ağrısı olacaktır, taşıdığı sesgiderpanlarından dolayı.

Eczacı eczanesinde tıbbi çay hazırlamalı. Tabii, bunun sadece fakültede öğrendiği farmakognosi ve fitoterapiyle olması pek pratik değil. Çünkü bunun da birtakım ayrıntıları var. O nedenle, farmakognosi hocaları olarak üstümüze düşen

görev; sizler eczanenizde halk sağlığını koruyup geliştirmek için, tıbbi çay hazırlayabilmeniz için tıbbi çay çalıştayları yapıyoruz. Bunun için tabii eczane kalitesinde droga ihtiyaç var.



Tıbbi Çay Çalıştayı

Eczane kalitesindeki drog nasıl olacak? Tercihen organik olacak; etken maddesi kontrol edilmiş olacak; ağır metal, pestisit taşımamış olacak; mikrobiyolojik analizleri yapılmış olacak. Çünkü kurutma sırasında yapılacak hatalar mikrobiyolojik kontaminasyon, en basitinden aspercüllüsların, flavusların üremesine neden olabilir. Aflotoksin üreyebilir ve tabii içindeki küçük larvaların çatlatılması lazım, ileride kurtlanma vb., bozulma olmaması için. Bunun için de biyofumigasyona uğraması lazım.



Aromaterapi önemli. Burada Karl Apotheke'deki aromaterapi ürünlerini görüyorsunuz. Uçucu yağlar mutlaka renkli cam şişelerde saklanmalı. Piyasadaki bütün o plastik şişeler içindeki uçucu yağ tamamen tehlike taşıyor. Almanya'daki Rote Liste'den bir örnek vermek istiyorum.

Rote Liste ilaç rehberi, Almanya'da kullanılan ilaçlar rehberi. Sadece solunum yollarında kullanılan allopantik preparatlar, homeopatikleri saymadım, Allopantik preparatların içinde beş tane tıbbi çay var, 69 tane bitkisel ürün var ve diğerleri. Ama 24 tane de aromaterapötik var; yani uçucu yağlardan hazırlanmış ürünler var.

ROTE LISTE 2009

Solunum Yolları Bitkisel Allopantik Preparatlar

- ✓ 5 tane **Tıbbi Çay**
- ✓ 69 tane Bitkisel Su (Pflanzensaft), Şurup, Solusyon vb Likit Preparatlar
- ✓ 17 Tane Pastil, Draje, Çiğneme Tableti, Efervesan Tablet, Kapsül ve Yumuşak Kapsül
- ✓ 1 tane Supozituar
- ✓ 24 tane **Aromaterapötik**
- ✓ 29 tane İmmunostimulan Preparat



Fransa'da bir eczane, özellikle göstermek istiyorum.

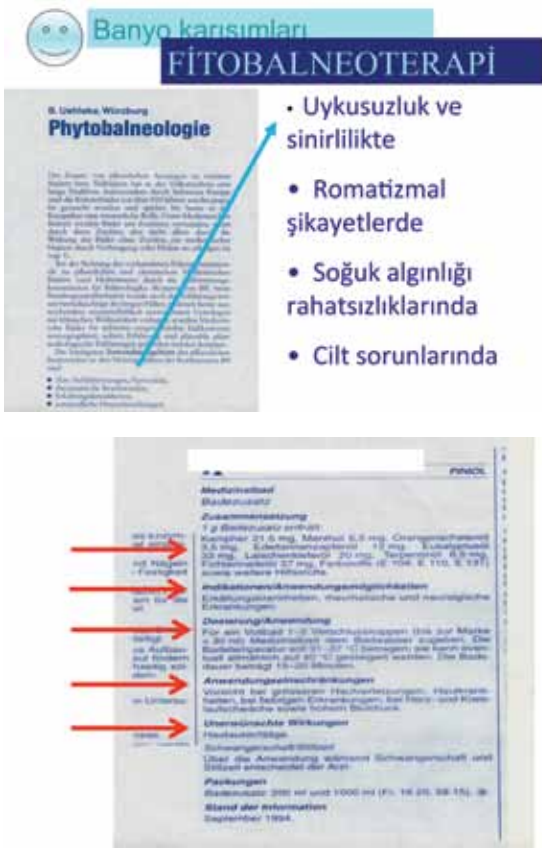
Pharmacie'nin altında; fitoterapi, homeopati ve aromaterapi yazıyor. Eczacı eczanesinde masaj yağlarını hazırlayabilir. Bu masaj yağları taşıyıcı ve uçucu yağlar olarak kombine ediliyor biliyorsunuz. Bunu uzun uzun anlatıyoruz. Burada tabii ki üretilen yer, üretici çok önemli. Ben tıbbi bitkisel ürünleri eczacıların eczane kalitesinde üretmesini yıllardır söylüyorum. Bu konuda iyi şeyler oluyor. Moralimizi düzeltelim. Mesela, eczacı kooperatiflerinin ürettiği bir ürün var (TABİA). Onu eczacı camiası olarak mutlaka desteklemeliyiz ki, daha ileri gidebilsin.

Kışa giriyoruz, böyle bir karışımı eczanenizde hazırlayabilirsiniz.

Soğuk algınlığı, grip için inhalasyon ürünü :

Menthae piperitae aetheroleum	15 ml
Eucalypti aetheroleum	15 ml
Pini aetheroleum	15 ml
Vazelin	500 g

Almanya’da şu anda bütün eczanelerde bunlar hazırlanıyor. Eczanenin küçük logolu, küçük kapları içerisine bunlar dolduruluyor. Özellikle çocuklar için yakalara ve yastığa damlatılan uçucu yağ karışımları var. Türkiye’de de eczanelerde oluştu. Oda havasını düzenleyici koku lambaları eczanenizde olabilir. Özellikle uykusuz çocuklar için, hiperaktif çocuklar için oyuncakların içerisine doldurulmuş melisa yaprakları, lavanta çiçekleri ya da gül petallerinden ürünler var Almanya’daki eczanelerde.



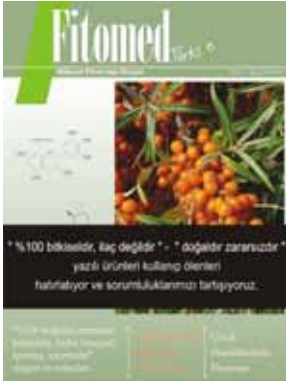
Yine Fitobalneoterapi dediğimiz, banyolarda çok önemli bir destekleyici, tamamlayıcı tedavi sistemi var. Uykusuzluk, romatizma, soğuk algınlığı ve cilt sorunlarında kullanılıyor. Bu, bir eczaneden alınmış bir karışım. İşte iç bileşiminde ne olduğu yazıyor, endikasyonu yazıyor, dozu yazıyor. Nerede kullanılmaması gerektiğini yazıyor, özel hastalardaki durumu yazıyor. Mesela işte cilt yarası olanlarda kullanılmaz deniliyor. Hamileler kullanamaz, yüksek tansiyonlular kullanamaz diyor. Eczacı, ilaç ve sağlık danışmanı olarak bütün bunları yapabilmeli.

Apiterapi de önemli. Arı ürünleri; bal, arı sütü, propolis, polen ve bunların karışımları ile yapılan koruyucu, tamamlayıcı ve destekleyici tedavi uygulamaları. Türkiye’de de bu konuda iyi şeyler oluyor. Onları ileride izleyebiliriz. Bitkilerden hazırlanan, bitkisel ilaçlar için biraz önce tarif etmişim; iyi tarım uygulamalarıyla yetiştirilmiş tıbbi bitkilerden, iyi laboratuvar uygulamalarıyla hazırlanmış, standardize ekstreler ve iyi üretim uygulamalarıyla üretilen ilaç formundaki bitkisel ürünler, eczane kalitesinde eczanede yer almalı.

Bütün bunları yaparken tabii, mesleki etik değerleri, kişisel çıkarların önünde tutmayı başarabilmemiz lazım. Diğer yandan; Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı İlçe Müdürlükleri gıda takviyesi, bebek mamaları ve benzeri gıda ürünlerinin satışını yapan eczanelerimizden 5996 sayılı Veteriner Hizmetleri, Bitki Sağlığı, Gıda ve Yem Kanunu ile bu kanununa dayanılarak yayımlanan 28145 sayılı yönetmelik gereğince; eczanelerimizden Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı’na kayıt yapmalarını talep etmektedir. Bu son durum; bütün eczacılık meslek kuruluşları üyelerine hatırlatmak istiyorum. Oysa eczanelerimiz, Mayıs 2012 tarihinde değişen 6197 sayılı, yani yeni çıkan adıyla 6308 sayılı Eczaneler ve Eczacılar Hakkındaki Kanun gereğince, artık belediyelerden işyeri ve çalışma ruhsatı zorunluluğuna tabi değildir. Ama Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı il ve ilçelerdeki müdürlükleri kanalıyla eczanelerden bunu talep etmiş.

İstanbul Eczacı Odası, “Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı ilçe müdürlüklerinin eczanelerimizden işletme kaydı talep etmeleri halinde, eczacılarımızın Odamızı bilgilendirmeleri rica olunur” diye bir çalışma yaptı. Ben acilen TEB Akademi’den TEB Merkez Heyeti’nden ve diğer eczacı odalarından bu konuda çözüm geliştirmelerini bekliyorum.

Bir de tabii Gıda ve Tarım Bakanlığı’nda bir komisyon var; bu bitkisel ilaç formundaki bitkisel ürünlerle ilgili. Orada ciddi bir sorun var. Gıda olmayan öyle tıbbi bitkiler var ki, biz “ginkgo bi-



loba” yemiyoruz, gıda değil bu. Bunlardan üretilen ürünlerin gıda takviyesi sayılması, bunların internet dahil her yerde, benzin istasyonunda bile satışına imkân tanıyor. Oysa ginkgo biloba herhangi bir kan

sulandırıcıyla birlikte alınmamalı. En basitinden aspirinle birlikte alınmamalı. İnsanlar bunu gıda takviyesi diye, hafızama iyi gelecek diye alıyor, ama yanında bir de aspirin içerse kanama oluyor ve biz bunu hiç bilmiyoruz. O nedenle, Sağlık Bakanlığının ve çoğu doktorların bunlar ilaç değil deyip dışladığı, Tarım Bakanlığı’ndan ruhsatlı gıda desteği diye internetten, özel dükkânlardan satın alınan ürünlerle hayatını kaybedenlere böyle siyah bantlı bir dergi çıkarmıştım.

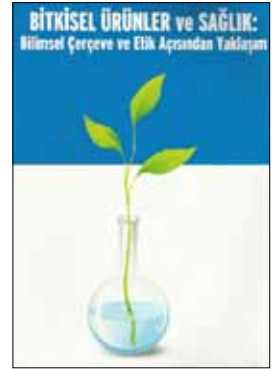
Sonuç olarak, halkımızın tıbbi bitkisel ürünlerden doğru yararlanması, daha da önemlisi zarar görmemesi için mutlaka eczanenizde tıbbi çay hazırlamalısınız ve eczane kalitesinde ilaç formunda ürünlerin eczanenizden danışmanlığını yaparak, halka sunmalısınız. Peki, büyük resimde ne yapmalıyız? Büyük resimde ise yapmamız gereken şu. Bu ürünlerin üretim, ithal izinleri mutlaka Sağlık Bakanlığı’nda oluşturulacak özel bir komisyonda yapılmalı. Bu 20 yıldır bizim hep önerdiğimiz bir şey. Ama bu Amerika’yı yeniden keşfetmek değil aslında. Bakın, EMA-Avrupa İlaç Ajansı Kurumu’nun bir alt komisyonu var. Tıbbi bitkiler, bitkisel ürünler alt komisyonu var. İşte ESCOP var ve Alman Sağlık Bakanlığı’nın “Komisyon E”si var. Biz bütün bunlara benzer bir komisyon kurabiliriz.



Evet, Eylül 1993’te Almanya sonrası böyle bir logo çizmiştim.

Logoyu çizerken de, halk sağlığını koruyup geliştirmek için tıbbi çayların ve bitkisel ilaçların, yetiştirdiğim öğrencilerin eczanelerinden, eczacı danışmanlığında halka ulaşması gibi bir hayalim vardı. 19 yıl boyunca hep bu hayalin peşinde Türkiye’yi dere tepe dolaşarak, eğitimler vermeye gayret ettik. Bilimsel toplantılar yaptık. Yetmedi, hekim ve eczacılara Türkçe bilgiyi sunabilmek için bir dergi bile çıkarttık. Tam 19 yıldır uğraşıyoruz. Ama nihayet **“tıbbi bitkisel ürünler, münhasıran eczaneden satılır”** ibaresi ortaya çıktı. Bunu çok iyi değerlendirmek gerekiyor. Birlikte yapabileceklerimiz, meslek kuruluşlarına düşenler var. Biraz önce söyledim, biz akademisyenlere düşenleri elimizden geldiği kadar yapıyoruz. Siz eczacılar da farmakognozi ve fitoterapi bilgilerinizi hayata geçirmeniz ve halk sağlığını koruyup, geliştirmek için kullanmanız lazım. Hekimlere, diğer sağlık profesyonellerine, üniversitelere, diğer meslek kuruluşlarına ve halka bunu anlatmak, bilgilendirmek, bilinçlendirmek ve de farkındalık yaratmak zorundayız.

Son iyi bir örnekle cümlemi kapatıyorum. Türk Tabipler Birliği ve İstanbul Tabip Odası’yla birlikte Bitkisel Ürünler ve Sağlık Bilim Kurulu oluşturduk. Bu kurul bir taslak rapor hazırladı, bir ön rapor hazırladı, “Bitkisel Ürünler ve Sağlık” adıyla. Üç ay boyunca çok zorlandık. Yani, hekimlere tıbbi bitkiyi, bunun etken maddesini, doğru kullanılmazsa zarar vereceğini, “nane” diye basit olmadığını, nane alerjisi olabileceğini, çok yorulduk. Ama sonunda böyle bir rapor çıkabildi. Bu rapor da ilerleyen günlerde daha da geliştirilebilecek diye düşünüyorum.



Yaklaşan kış mevsiminde sağlık için tıpkı Avrupa Birliği ülkelerinde olduğu gibi, eczanelerimizden tıbbi bitkisel ürünleri eczacı danışmanlığında ulaşmasını diliyorum.

Eczacılık Etiği Bağlamında Eczane Sağlık Ürünlerinin Sunumu

Ecz. İrfan DEMİRCİ
Gaziantep Eczacı Odası Başkanı



1964 yılında Gaziantep'te doğdu. 1982 yılında girdiği İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nden 1986 yılında mezun oldu. 1989 yılından bu yana Gaziantep'te serbest eczacılık yapmaktadır.

Gaziantep Eczacı Odasında; 1989, 1991 ve 2001 dönemlerinde Yönetim Kurulu Üyeliği; 1993 yılında Denetleme Kurulu Üyeliği; 2003 yılında Genel Sekreter; 1997, 2001, 2005, 2011 yıllarında da Büyük Kongre Delegeliği görevlerini yürütmüştür. 2007 yılından bu yana Yönetim Kurulu Başkanı olarak görevine devam etmektedir.

Evli ve 3 çocuk sahibidir.

İlaç Dışı Eczane Ürünleri ve Etik

Biz yöneticiler olarak bu kürsülerden hep meslek sorunlarını, sağlığın siyasetini ya da örgütsel sorunlarımızı konuşuruz, böyle bir ortamda sizinle birlikte olduğum için mutluyum, bu benim için gurur verici bir şey. Bunu söyleyerek başlamak istedim.

Değerli arkadaşlar; eczanede adına ilaç, ürün diyebilirsiniz, ilaç sağlık ürünü diyebilirsiniz ya da parafarmasötik ürün diyebilirsiniz; son zamanlarda ya da son yıllarda bu ürünlerin eczanede bulundurulmasıyla, tüketilmesi artmaya başladı. Biz Odamdaki arkadaşlarla beraber bu ürünlerin satışıyla, bulundurulmasıyla, etik ilişkisinin biraz tartışılması gerektiğini düşünüyoruz. O yüzden de bu konuyu kongreye taşımak istedik.

Amacımız; etik kavramı ile mesleki kimlik ilişkisini tanımlamak, meslek etiğinin doğru uygulanması için öneriler oluşturmak. Önce etik nedir, etik il-

keler neden gereklidir, sağlık etiği, mesleki kimlik, ilaç dışı sağlık ürünleri ve farklılaşan eczane yapımızdan bahsedeceğim. Sonra parafarmasötik ürünlerle ilgili sorunları ve sonuç olarak da önerilerimizi ortaya koymaya çalışacağım.

Etik Nedir?

Öncelikle etik nedir, bunu bir hatırlamaya çalışalım. Türk Dil Kurumu'nda etiği isim olarak "töre bilimi" şeklinde tanımlıyor. Kavram olarak; "çeşitli meslek kolları arasında tarafların uyması veya kaçınması gereken davranışlar bütünü" şeklinde tanımlıyor. Sıfat olarak da "ahlâki, ahlâkla ilgili" şeklinde tanımlamaktadır. Biraz daha açarsak, etik felsefenin bir alt dalıdır. "İyi", "kötü" kavramlarının ve insan davranışlarının "iyi-kötü" çerçevesinin belirlenmesidir ve bu değerlendirmelerin sorgulama ve eleştirel bir biçimde olması gerekliliği vardır.

“Etik ilkeler neden gereklidir” diye baktığımız zaman, genel kurallardan özel yargılara ulaşmak isteriz. Meslekle ilgili ortak kültürün içeriğini de oluşturmak gereklidir. Yani burada şöyle bir şey var. 6197 eczacı odalarına nöbeti yapma ve nöbet saatlerinde eczanede çalışmalarını yapma saatini verir. Ama biz eczacı odalarında bunu özel yargılara ulaşmak diye baktığımız zaman, bazı eczacılarımız Cumartesi günü tam gün kapatır, bazı eczacılarımız saat 13.00’e kadar kapatır, bazı yerlerde saat 18.00’de kapatır, bazı yerlerde 19.00-20.00’de kapatırız. Ama sonuç olarak hepimiz bir bütünsel davranış sergileriz. Bunu da bir etik uygulama çerçevesinde yapmaya çalışırız.

“Sağlık etiği nedir” diye kısaca baktığımızda; sağlık etiği sağlık alanındaki tutum ve davranışların iyi ya da kötü yönden belirlenmesidir. Bu alanda yapılan değişiklikler sonucu ortaya çıkan yeni koşullara göre uygun kuralların belirlenmesidir. Yürürlükteki mevzuatın eleştirel açıdan konularını içeren geniş bir tartışma alanıdır. Yani son zamanlarda aile hekimliğiyle beraber; önce aile hekimliğinin olduğu yerlerde eczane açamıyorduk; sonra aile hekimliği mevzuatına da, yönetmeliğine de böyle bir şey koydular. Çapraz bir biçimde eczane varsa aile hekimliği açamıyor, aile hekimliği varsa eczane açamıyor. İşte burada etik değeri, son gelişmelere göre, değişikliklere göre oluşturmaya çalıştık. Gerek Bakanlık, gerekse Tabip Odaları veya Türk Eczacılar Birliği olarak.

Sağlık Etiğinin Yararlılık İlkesi

Tıp, eczacılık, diş hekimliği, veteriner hekimlik birer yararlı etkinlik, birer teknik disiplindir. Burada temel amacımız (hekimin, eczacı, diş hekimi) hastaya yararlı olmak için çalışmak, hastaya yararlı olmaya çalışmaktır. Amaç, mümkün olduğu kadar, her durumda hastanın iyileşmesine yarayacak olanı saptamak ve uygulamaya çalışmaktır.

Meslek kimliğinin ahlaki ve profesyonel nitelikleri vardır. Meslek kimliği nitelikli bir oluş üzerinedir. Bu nitelik hem ahlâki, hem de profesyonel bir niteliktir. Meslek uygulamasının dürüstçe gerçekleşmesi, ona ticari özellik verilmemesi yanı sıra, yüksek bilgi ve beceri düzeyinde bulunması da beklenmektedir. Birçok arkadaşımız bilir, 5. Cumhurbaşkanımız Cevdet Sunay’ın eşi torunlarına şöyle bir şey söylüyor: “Bir yerde kayıp olduğunuz zaman, bir eczaneye gidin, sizi sağlıkla bize ulaştırırlar” diyor. İşte burada bahsettiğim mesleki kimlikten, kamuoyunda böyle bir algı oluşmuş. “Kaybolduğunuzda, bir ihtiyacınız için eczaneye gittiğiniz zaman, eczaneler sizi bize ulaştırır” diyor. Bunu söyleyen bir Cumhurbaşkanı’nın eşi.

Bir de dün burada Ali Poyrazoğlu çok hoş bir sunum yaptı, bizleri bilgilendirdi. Şunu söyledi “hastalarınıza ilaçlarla ilgili bilgi verin. İşte ilaçlarını şöyle böyle kullanın, bittiğini bitmediğini anlatın” dedi. Orada anlatılmak istenilen şuydu. Hastalarınızla ilgilenin, onlara danışmanlık yapın. Ama buradaki alginın, ticari özellik katılmamasından, anlatmak istediğim şu; ilacın bitti, biz senin ilacını yazdıralım, bundan da ticari bir kazanç sağlayalım. Eczacılıkta böyle bir şey yok, yani meslek kimliğinin ahlâki ve profesyonel olma niteliğinin bu biçimde olması gerekiyor. Hastaya yarar sağlamamız lazım. Şu ilaçla şu ilacı kullanamazsın, ilacın bitiyor, ilacın azaldı, bunu anlatmak istiyorsak, ama hastanın ilacı kullanma noktasında olması lazım. Ticari bir kaygıyla yapılmaması lazım.

Bizim buradaki gereksinimimiz nedir? Öncelikli olarak; meslek sınırlarının nerede bittiğini bilen, iletişim becerilerine sahip eczane çalışanlarımızla ihtiyacımız vardır. Hastasına karşı anlayışlı ve yansızlıkla onu dinleyebilen, sorunlarını açık, tutarlı bir biçimde tartışabilen bir mesleki tutuma ihtiyacımız vardır. Çok daha sağlam ve özgüveni gelişmiş bir mesleki kimliğe ihtiyacımız vardır. Son olarak da iç denetimini kendisi yapan, dayanışma duygusu yüksek mesleki örgütlenmelere gereksinimimiz vardır ki, biz Türk Eczacıları Birliği

eczacısı olarak da kendi iç denetimimizi de üyelerimizin denetiminde birçok meslek örgütünden çok daha yüksek düzeyde yapıyoruz, bunun sonuçlarını da alıyoruz.

İlaç Dışı Sağlık Ürünleri ve Farklılaşan Eczaneler

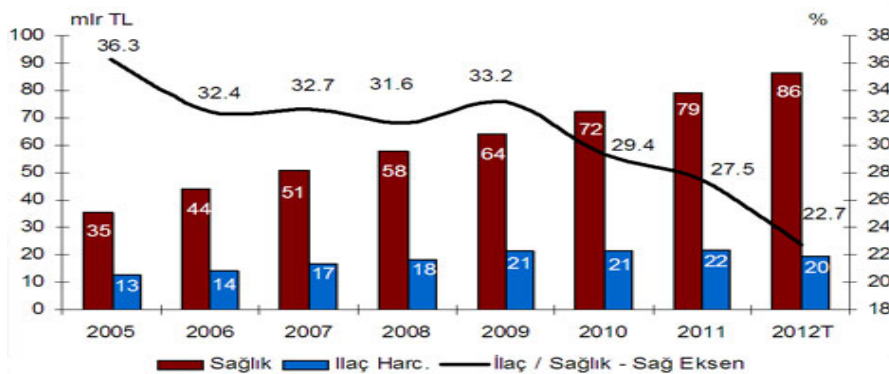
Etikle ilgili bu kısa bilgilendirmeden sonra, ilaç dışı sağlık ürünleri ve farklılaşan eczanelerden bahsedeceğim. Daha önce de belirttiğim gibi, eczanelerimizde ilaç dışı ürünler veya ilaç dışı sağlık ürünleri nasıl tanımlarsanız, artmaya başladı. Eczanelerimiz de değişmeye başladı; eczanelerimiz de farklılaşmaya başladı. Artık 35 m² alan birçok eczaneye yetmiyor, çok küçük geliyor. Yani Sağlık Bakanlığı 35 m² şartını artırmadı, ama biz kendimiz artırdık. Türk Eczacıları Birliği'nin yaptığı bir araştırmaya göre Türkiye'deki ortalama eczanelerin m²'sinin ortalaması 60 m²'nin üzerine çıkmış.

Eczanelerde ilaç dışı sağlık ürünleri neden artıyor? **Birincisi;** hastaların ilaç dışı sağlık ürünlerini eczanelerden almak istemeleri, taleplerinin artması var. Hastalar bu ürünleri eczaneden almayı kendisi istiyor. Ama baktığımız zaman da, bu ürünlerin çoğunun eczanelerden satılmadığını görüyoruz. Yani, benzin istasyonlarında bile erkekler için cinsel sağlık ürünlerinin satıldığını çok rahat bir şekilde görüyoruz.

İkincisi; Sağlık Bakanlığı'nın tıbbi bitkiler ve drogların, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun medikal malzemelerin eczanelerde satılması yönünde talepleri bulunmaktadır. Tıbbi bitkisel ürünlerin yalnızca eczanede satılması gibi Sağlık Bakanlığı'nın talebiyle çıkmıştı. Sosyal Güvenlik Kurumu da medikal malzemelerin, bir bölüm medikal malzemenin eczanede satılmasını istemektedir. Yani, ilaç sağlık ürünleriyle ilgili yalnızca bizim talebimiz yok. Kamu tarafının da böyle bir talebi var.

Üçüncüsü; ilaç dışı sağlık ürünlerini üreten, ithal eden ve satan bazı firmaların bu ürünlerini eczanede satışa sunmak gibi talepleri de giderek artmaktadır. Reklamlarda ya da gazetelerde görüyorsunuz, "yalnızca eczanede satılır" ifadesini koyan birçok firmayla da karşılaşılıyor. Uygulanan ilaç politikası sonucunda eczanelerin kârlılıkları çok azalmıştır. Hepimiz yaşıyoruz eczanelerimizde, kamu kurum iskontoları artıyor, ilaç fiyatları düşüyor, kârlılıklarımız azalıyor. Bu tabloyu birçok arkadaşımız belki görmüştür. **(Tablo 1)** Toplam sağlık harcaması 2005 yılında 35 milyar TL, rakam sürekli artmış artmış, ama toplam sağlık harcamasının içerisindeki ilaç harcamasının oranı sürekli azalıyor. Uygulanan ilaç fiyat politikası sonucunda eczanelerin kârlılıkları çok azalmıştır.

Tablo 1



TÜİK, IMS (perakende fiyatlarıyla); 2012 toplam sağlık harcamaları BMI, ilaç harcamaları İEİS tahminidir.

2005'te % 36'lardan aşağıya inmiş, % 22'lere kadar inmiş, toplam sağlık harcaması içerisinde ilaç sürekli azalıyor, niye azalıyor? Çünkü ilaç fiyatları düşüyor, kamu kurum iskontosu artıyor, ama diğer tarafta özel sağlığa ayrılan pay da ya da tedavi giderlerine ayrılan pay artmaktadır. Bu türlü kârlılık azalmalarından dolayı eczaneler başka başka arayışlara gider, kendilerini kurtarmak için başka başka alanlara doğru kaymaya çalışıyorlar. Eczanelerimizin giderleri artıyor. Hepimizin başında, bunu yaşıyoruz eczanelerimizde. Sürekli artan giderlerimiz var. Eczacılar ise ayakta kalamak için eczanelerinde yaşamlarını sürdürebilmek adına ilaç dışı sağlık ürünlerine yönelmekte ve daha çok "satar" hale gelmektedir.

İlaç dışı sağlık ürünleri nelerdir? Bunları bir hatırlayalım isterseniz.

Parafarmasötik Ürünler (İlaç-Dışı Sağlığa İlişkin Ürünler)

- Dermokozmetikler
- Fitoterapötikler
- Besin takviyeleri (nütrasötikler)
- Anne-bebek ürünleri ve mamalar
- Ağız ve diş sağlığı ürünleri
- Vitaminler
- Saç ve tırnak bakım ürünleri
- Ayak bakım ürünleri
- Medikal malzemeler
- Eczanemizde klasik olarak bulundurduğumuz, yıllardır bulundurduğumuz diğer itriyat ürünleri.

Eczanelerimizden hastalarımıza sunduğumuz bu ilaç dışı sağlık ürünlerinin, bugünkü eczanemizdeki durumu nedir? İlaçlar, ilaç ve eczacılıkla ilgili yasa ve yönetmeliklerin tanımlamış olduğu haklar çerçevesinde eczacı kontrolünde, yalnızca eczanede satılır. Ama ilaç dışı ürünlerin üretiminden, halka ulaştırılmasına kadar ya da kontrol sistemi yoktur ya da var olan kontrol sistemi zayıftır. Bu

radaki yasal ayırım budur. İlaçları mutlaka çok ciddi Türkiye'de yasal baskılar vardır.

Bu ilaç dışı sağlık ürünleri diye bahsettiğiniz ürünlerin çoğu gerek üretim ve ithalat, gerekse fiyatlandırma ve ürünün satış süreçlerine baktığımız zaman, standart bir durum yoktur. Şeffaf ve denetlenebilir bir yapıya sahip değildir. "Bir kasa bir masa" mantığıyla daha çok bayilik esasına göre çalışmaktadır. Bu ürünleri üreten ya da satan, bize pazarlayan firmaların çoğuna baktığınız zaman, büyük bir firma diye zannettiğimizde, üç beş tane eleman çalışmaktadır. Hastaya özel değil, ürüne özel eğitim almış kişiler bu ürünleri satmaktadır ya da sunmaktadır. Bu ürünlerin küçük bir kısmı eczanelerden halka, hastalara ulaştırılmaktadır. Hasta yoktur onlarda, yalnızca birey vardır. Alan, tüketici birey vardır.

Tüm bu ürünlerle en temel sorumuz eczacı danışmanlığı olmadan, denetimsiz olarak satılması ve bu ürünlerin bilinçsiz tüketimi sonucu insan sağlığını tehdit eden birçok riskin oluşmasıdır. Gaziantep'te Mayıs ayında "ilaç dışı ürünler ve etik" konulu bir panel yapmıştık. Bu panele farklı akademisyenleri, Sağlık Bakanlığı bürokrati, farklı alanlarda eğitim veren insanları, eczanelerde marka eğitimi veren insanları da çağırmıştık. Biz de hazırlanıyoruz bu toplantıya, Odada adına da ben konuşacağım. Bu şahsı o zamana kadar tıp doktoru zannediyordum. Sonra bir baktım, araştırdım; adam tütün eksperiyim. Bir yerden de bir çakma profesör payesi bulmuş. O kadar ileri gitti ki, bu şahsın cirosunun yıllık cirosunun 150 milyon liranın üzerinde olduğu söyleniyor. Türkiye'nin en büyük gazetelerinin birisinde insanlara şunu yiye, bunu iç, şunu yerseniz şöyle olur, bunu içerseniz böyle olur diye her gün yazıları yayınlandı bir dönem. Geçen aya kadar yazıları yayınlanmıştı.

Bu insanlar bu ürünleri halka anlatmaya çalışıyor. Takviye edici bir gıda, sağlık ürünü beyanıyla hal-

ka sunulursa, tüketici yanılabilir. Bir dönem ekinezyayı soğuk algınlığında kullanın, çok iyi geliyor dediler. Sonra da ekinezyanın soğuk algınlığıyla hiçbir alakası yokmuş dediler. Tüketicuyu yanılttılar. Ama tıbbi bitkisel bir ürünü, takviye edici bir gıda altında halka sunarsanız, tüketici ölebilir. İşte biber hapi, acı biber hapi veya altın çilek ölümleri yaşandı, daha bilmediğimiz ne kadar ölüm var?

Eczanemizde bulunan ilaç dışı ürünlerle ilgili diğer sorunlarımız nelerdir? Burada bir etik sorun vardır arkadaşlar. Bizler bugüne kadar eczanemize gelen kişileri hasta olarak tanımladık. Eczanemize giren herkes hastadır. Ben bu konuda çok çarpıcı bir örnek vereyim. Hasta eczaneye gelir, içeri girer, bir bayan bir şey ister, mesela bir orkid, biz ona çıkarken bile geçmiş olsun deriz. Bu kadar ki özümsemişiz. İçeri girerken hastadır, müşteri değildir. Ama bu ürünler arttıkça, ilaç dışı ürünlerle ilgili talepler arttıkça, son zamanlarda müşteri mantığı ilerlemeye başladı. İçeri giren hasta mıdır, müşteri midir, bu yapının içerisinde tartışılmaması; eczaneden içeriye giren hastadır, bizim öyle bakmamız lazım.

Başka sorun nedir? Alışveriş merkezlerinde yer alan eczanelerin çalışma saatlerinin değiştirilmesi için talepler ve baskılar gelmeye başladı. 6197 çok açık; eczacı odası, bölge eczacı odası nöbet saatlerini, çalışma saatlerini belirler, yayınlar ve eczaneler de buna uymak zorundadır. Ama bunlarla ilgili baskılar oluşuyor, görüyorsunuz. Bazı eczacı odalarımızda anketler bile yapıldı. Buraya doğru gidiyoruz, böyle bir baskıyla da karşı karşıyayız. Farklılaşan eczane yapılarımız bizi buraya doğru götürüyor. İnternet satışlarında ciddi artışlar var. Bazı eczanelerin baktığınız zaman, incelediğiniz zaman, internet sitesi üzerinden kendilerini tanıttıklarını ve satış yaptıklarını görüyorsunuz.

Eczanelerimize dışarıdan baktığımızda, bugünkü manzara her eczanenin vitrininin bir karmaşa içerisinde olması şeklindedir. Birkaç tane böyle örneğim var, onları göstermek istiyorum.



İşte şuraya bakın, bilmem ne kremi üç tane alırsanız iki tane ödüyorsunuz. İşte burada başka bir ürünün bir şekilde pazar gibi, Mahmutpaşa gibi, Mahmutpaşa gibi eczanenin önü.



Başka bir eczane, burada bir viagra alana bir bedava, iki alana bir bedava, bunlar hep eczane vitrini arkadaşlar. Üç alana bir tanesi bedava. Bu da yine bir eczanenin vitrini. Grip aşısı oldunuz mu arkadaşlar, Türkiye’de grip aşısı tartışılıyor. Acaba kullanılsın mı, kullanılsın mı hekimler tartışıyor.





Şurada bu kadar indirim var. Yine bu indirimden bahsediliyor. Örnekleri çoğaltabiliriz, burada farklı farklı örnekler var. İşte burada yine bir tıbbi bitkisel ürünle ilgili bilgiler var. Bunların hepsi eczanede, yukarıda yine bir alana bir bedava, bunlar hep eczane rafı, eczanelerin vitrinleri insanlar bunları görüyor.

Başka bir sorun; eczanelerimizde birçok ürün bayiik sistemiyle satışa sunulmaktadır. Bu sistemle hastanın eline ürünü gösteren basılı bir kâğıt verilmekte ve belirli eczanelerden alınabileceği biçiminde yönlendirmeler yapılmaktadır. Biz Gaziantep Eczacı Odası'nda son bir ayın içerisinde bize gelen denetim sonucu rapordan, dört tane yönlendirmeden Haysiyet Divanına verdik ve Haysiyet Divanı ceza verdi. İki tanesi de Sosyal Güvenlik Kurumu'ndan sözleşme feshi aldı. Biliyorsunuz, burada yönetici arkadaşlarım bilir; sözleşme feshiyle ilgili çok madde kalmadı, ama bir tanesi kaldı "yönlendirme". Özellikle, cildiyeçilerden eczanelere yönlendirme yapılıyor, bu konuda hiçbir şey yapılamıyor. Bu bir yönlendirmedir. Ben bayiyim, bayi olabilirsin, ama bizde böyle bir şey yok.

"Ücretsiz cilt bakım günü" ya da "cilt analizi" gibi günler düzenlenmektedir ve bu ürünlerin firmalarca pompalanmasıyla daha fazla satılmaya ça-

lışılmaktadır. Bununla ilgili de Sağlık Bakanlığı'nın bir yazısı vardı, ama buna rağmen yine devam ediyor. Eğitim verdiğini söyleyen ya da koçluk yaptığını söyleyen birçok kuruluş ortaya çıkmış, eczacılarımıza eğitimler veriyor. Marka eğitimi, eczane yönetimi eğitimi, satış eğitimi veriyor, bize ve çalışanlarımıza.

Olması Gerekenler

Bu sorunların ortadan kaldırılması için, ilaç dışı ürünlerin eczacı danışmanlığında satılması gerektiği muhakkaktır. Burada hemfikir olduğumuzu zannediyorum. Klasik eczane anlayışının değişmeye başladığı günümüzde değişimi ya kalayabilmek ve eczaneleri bekleyen ciddi temel sorunlarla mücadele eder hale gelebilmek amacıyla eğitimler düzenlemeliyiz. Yani biz kendimizi de belli bir yere taşımak zorundayız. Eczacı kimliğimizin de dışında kendi kalitemizi artırmamız gerekiyor. Bu ürünlerin satışı için yapılan eğitim, koçluk, danışmanlık gibi sistemlerin odak noktası Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi olmalıdır. Burada söylemek istediğim şey şu: Her ilde, her eczacı odasında görüyorsunuz, eczacılara son zamanlarda firmalardan, biraz öce de bahsettik, koçluk, danışmanlık eğitimleri veriliyor. Ama her çıkan da ağzına geleni söyler tavırdadır. Gaziantep'te ben bir eğitime rastladım. Bir arkadaşım eczacıymış, ben eczane koçuyum diye eczacılara eğitim veriyor. Sordum araştırdım, bu kimdir? Muvazaalı eczanesi varmış. Bu tip yapılar kendi başlarına eğitim verebilir, ama Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi'nden referans almaları gerektiğini düşünüyorum.

İnsanımızın sağığı ve geleceğı için, aldığımız eğitim ve ettiğimiz yeminin gereğı olarak halkımıza sağılıkla ilgili gerçek danışmanlık hizmetini en iyi şekilde sunmak amacıyla etik kurallar oluşturulmalı ve uyulması sağılanmalıdır. İlaç dışı sağılık ürünlerinin yerinin eczane olduğı algısını artırmak için kamuoyu oluşturmamız gerekiyor. Türk Eczacıları Birliğı Deontoloji Tüzüğü'nde bulunan ilaç dışı sağılık ürünleriyle ilgili hiçbir düzenleme yoktur. Deontoloji Tüzüğü günümüzün gereksinimlerini karşılayamaz bir konumdadır; Deontoloji Tüzüğü güncellenmelidir, hatta tamamı değışmelidir.

38. Büyük Kongre'de, TEB yönetmeliğinde değışiklik yapılmasıyla ilgili bir karar alınmıştı ve bu değışiklikle eczane standartlarını belirleme yetkisi Merkez Heyeti'ne verilmişti. TEB'in bu konuyla ilgili aldığı görevi bir an önce sonlandırması ve acilen eczane standartlarını belirleyip yürürlüğe koyması gerekliliğı vardır.

Değışen 6197 sayılı yasada, eczanelere sunulacak ürünler geniş bir biçimde yer almıştır. İlaç dışı sağılık ürünlerinin ilaç gibi satılması, yani hukuki kısıtlamalarla satılması mümkün değildir. Yani şunu söylüyoruz. Bu kadar karşımızda rakiplerimiz var; ilaç dışı ürünlerle ilgili rakiplerimiz var. Ama biz de bu ürünleri evet ilaç gibi satamayız, ama bununla ilgili de birtakım düzenlemelerin yapılması gerekmektedir. Bu nedenle, hazırlanmak-

ta olan yönetmelikte bu ürünlerin satışı, reklamı ve pazarlamasına ilişkin kurallar ve düzenlemeler yer almalıdır. Bunlar kısaca, eczanede reklamda promosyonun ne olduğı, ilaç dışı sağılık ürünleriyle aynı bir reklam yönetmeliğı hazırlanmalıdır. Avukatların bir reklam yönetmeliğı vardır. Bu tarz yönetmelikten bahsediyorum. Yani bu ürünler eczanede aynı mekânda bulunuyorsa, bunun kurall ve sınırlarının, sorumlulukların, yükümlülüklerin ne olduğı da belirlenmelidir.

Onur kurullarının çalışmalarına standart getiren ve suç türlerini belirleyen yönerge içerisinde "ilaç dışı sağılık ürünleri" için hiçbir madde yoktur. Değışen yasa ve buna bağılı hazırlanacak olan yönetmeliğın yürürlüğe girmesinden sonra, birtakım değışiklikler önerdik burada. Onur kurullarımıza ve yöneticilerimize de bu noktada birtakım meslek içi eğitimlerin verilmesi gerekmektedir.

Son söz olarak:

"Hepimizin; kendimizi paranın, ünün, gücün ve prestijin baştan çıkarıcı etkilerine karşı koruma ödevimiz vardır." (E. Pellegrino)

Biz eczacılar olarak bunu yıllardır başardığımızı zannediyorum. Bundan sonra da başaracağız diye düşünüyorum.

Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı

Dr. Akif AKBULAT

*T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
Fiyat, Mevzuat, Araştırmalar Daire Başkanı*



10.10.1972 yılında Ordu/Ünye’de doğdu. İlk-Orta ve Lise eğitimini Ünye’de tamamladı. 1995 yılında Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun oldu. Bugüne kadar; Adalet Bakanlığı (Silifke Özel Tıp, Adıyaman E Tipi Cezaevi); Deniz Kuvvetleri Tersane Komutanlığı Denizaltı Batarya Fabrikası (Yedek Subay); Ünye 112 Acil Kurtarma; Çankaya Cevizlidere Sağlık Ocağı; Ulus Devlet Hastanesi (Trafik Hastanesi-SSK Hastaneleri devir sürecinde); İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü doktor şube müdürü ve farmakoekonomi daire başkanı olarak görev yaptı.

Farmakoekonomi, Akılcı İlaç, Sağlık ve Ekonomi Politikaları, Kanıta Dayalı Tıp, Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Metodolojisi, Sağlıkta Finans Yolları, HTA Raporlarında Kanıtların Değerlendirilmesi; Maliyet Etkililik Analizlerini Nasıl Okuruz ve Hastalık Maliyeti, Fiyatlandırma ve Geri Ödemede Kanıt Temelleri ve STD’nin olası rolü, İlaçta Pazara Erişimde Yeni Yaklaşımlar gibi pek çok kurs, seminer ve çalışmaya katıldı.

Türk Eczacıları Birliği yetkililerine nazik daveti için teşekkür ediyorum.

Bugün sizlere, Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun son yapılanmayla, akılcı ilaçla ilgili geliştirdiği politikaları ve yaptığı çalışmaları kısaca özetlemeye çalışacağım.

Akılcı ilaç kullanımından; akılcı ilaç kullanımıyla ilgili faaliyetleri hekimlere, eczacılara, halka, diğer yardımcı sağlık personeline, ürün tanıtım elemanlarına, şu anda çok çok güncel tanıtım yönetmeliği nedeniyle illerdeki faaliyetlere ve ilaçların güvenli kullanımına yönelik olarak; ayrıca uluslararası faaliyetlerle yaptığımız işbirliğiyle ilgili kısa başlıklarla değinmeye çalışacağım.

Baştan başlayacak olursak, akılcı ilaç kullanımı kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine

göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımlama biliyorsunuz, Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımlamasıdır. Burada parametrelerimiz etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve son parametre de maliyettir.

Burada sorumluluk sahibi taraflar tabii ki hekimler, eczacılar, yardımcı sağlık personeli, diğer sağlık personeli, hasta, hasta yakını, üretici, düzenleyici otoriteler, medya ve akademi dâhil olmak üzere, üniversitelerimiz. Yani kısaca toplumun her kesimiyle ilişkili tarafı olan bir konu.

İdari yapılanmadan kısaca ben bahsedeyim. Bakanlıktaki, Sağlık Bakanlığı bünyesinde akılcı ilaç kullanımıyla ilgili çalışmalar aslında yaklaşık 20 yıldır devam etmekte. Fakat 12 Ekim 2010 tarih ve 6420 sayılı bakan oluruyla İlaç ve Eczacılık Genel

Müdürlüğü bünyesinde akılcı ilaç kullanımı şube müdürlüğü kuruldu. Daha sonrasında kurumsal yapıya geçiş yapılırken, 02.11.2011 tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkındaki Kanun Hükmündeki Kararnameyle, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ve Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedariki Yönetimi ve Tanıtım Dairesi Başkanlığında kuruldu.

Ne tür çalışmalar oldu? Kısaca bunları özetleyecek olursak. Birincisi; hekimlere yönelik faaliyetler. Hekimlere yönelik düzenleyici ve idari politikalarımız şunlar. Birincisi; reçete izleme ve değerlendirme sistemi mevcut bakanlıkta. DUEDES’mden alınan tanı ve tedavi rehberlerinin uyarlanma çalışmaları devam ediyor. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü’nde bu çalışma devam etmekte.

Bundan sonra reçetelerinizin bu tanı ve tedavi entegrasyonu ve entegrasyon sonrasında geri bildirim sistemi oluşturulacak. Akılcı ilaç kullanımıyla ilgili uygun parametrelerde reçete yazan hekimlere de olumlu performans sistemi oluşturulması için program oluşturuldu.

Bakteriyel enfeksiyon tanılarında doğrulayıcı ilave önlemlerin istenilmesi gibi benzeri araştırmaların yapılması da halk sağlığı müdürlüğü bünyesinde devam ediyor. Serhat Hocam bu konuya antibiyotik konusunda herhalde daha detaylı değinir. Ülkemiz için önem arz ediyor çünkü.

Uzaktan akılcı ilaç kullanımı eğitim modülü var. Aile hekimliği 1. basamakta hekimlere yönelik bu sistem çalışıyor. İl çapında en çok reçete yazan, maliyeti yüksek olan, rehberle uyumlu reçeteleme yapmayan hekimlerle yüz yüze eğitim planlaması var bakanlığın. Birinci basamak dahiliye hekimlerine yönelik reçeteleme koşullarıyla ilgili rehberle-

re uygun reçeteleme yapılıp yapılmadığını bu sistem aslında bazı parametrelerle değerlendiriyor ve şu anda izlem altında.

Tabii ki, akılcı ilaç kullanımıyla ilgili kitabın oluşması, üniversite eğitim programlarında düzenleme yapılması, özellikle eczacılık fakültelerimizde ders veren fakültelerimiz var. Bunların da yaygınlaştırılması için bakanlığın Yükseköğretim Kurumuna teklifi var.

TUS sınavında bu konularla ilgili soruların artırılması, farkındalığın da artması açısından planlandı. Türk Eczacıları Birliği tarafından hazırlanan “İlaç ve Farmasotik Bilgi Kaynağı” CD’leri var. TEB-Rp’yi dışarıda stantlarda da gördük. Bunları biz TEB’ten temin ederek, aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerimize geçen yıl içerisinde ulaştırmıştık.

Yakın zamanda biliyorsunuz, Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtımı Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik çıktı. Burada akılcı ilaç kullanımıyla ilgili, bir oturum yapılmasıyla ilgili bir şart koşumu yapıldı. Toplantıyla katılımı ilgili düzenlemeler getirildi. Numune dağıtımlarına kadar yeni düzenlemeler yapıldı.

Eczacılara yönelik neler, idari politikalar. Özellikle antibiyotik satışına yönelik düzenlemeler. Biliyorsunuz, ülkemizde eşdeğer ilaç uygulamaları devam ediyor. İlacı doğru kullanım bilgilendirilmesi için teşvik söz konusu.

Yine aynı Türk Eczacıları Birliği’nin çalışmaları burada mevcut. Uzaktan akılcı ilaç kullanımı, eğitim ve mesleki eğitim programları TEB tarafından planlanıyor ve devam ettirilen faaliyetler. Lisans ve yüksek lisans eğitim programları, klinik eczacılık programını da ülke genelinde yaygınlaştırılması ve hastanelerde etkin rol olması isteniyor.

Halka yönelik neler yapıldı? Geri ödemeye yönelik biliyorsunuz düzenlemeler var. Eşdeğer ilaç uygulamaları, halkı da ilgilendiren ve etkileyen faaliyetler. Reçetesiz ilaç alımına yönelik düzenlemeler, bitkisel ürünlerin kullanımına yönelik düzenlemeler burada biliyorsunuz ciddi problemlerle karşı karşıyayız.

Kısa filmler, el broşürleri, afişler gibi daha çok ve propagandaya yönelik faaliyetler tasarlandı. Ulusal televizyonlar ve radyo kanallarındaki sağlık programlarında halen devam eden biliyorsunuz programlar yapılıyor. İlaç formlarının kullanımı ve dikkat edilmesi gereken hususlara yönelik bilgilendirme videoları da Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü tarafından üstlenilmiş durumda.

Tanıtım ürünleri, gazete ilanları, el broşürleri, afişler, ulusal Tv. Radyo kanallarındaki sağlık programları ve bir de web sayfası kamuoyundaki duyarlılığı ve bilinci artırmaya yönelik yapılan faaliyetler.

Diğer sağlık personeline yönelik kısaca akılcı ilaç kullanımıyla ilgili illerde ekipler oluşturuldu, il temsilcileri var. Diğer sağlık personelinin de bu ekiplere dahil edilmesi için planlanmış çalışmalar var. Bu güncel bir konu biliyorsunuz. Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyeti Hakkındaki Yönetmelik. Bu yönetmeliğin getirdiği bazı yeni koşullar var. Ürün tanıtım elemanlarının nitelikleriyle ilgili belli standartlarda ürün tanıtım elemanlarının akredite edilmesi sağlanacak. Bu eğitimlerde akılcı ilaç da özellikle vurgulanacak ve geniş bir şekilde tanıtım elemanları bu alanda eğitilecek ve sonuçta bir sınav ve yeterlilik belgesi gelecek.

Hastanelerde ve illerde bahsetmiştik biraz önce ekiplerden. Şu anda 81 ilde akılcı ilaç kullanımıyla ilgili il temsilci bulunmakta. Bunlar koordinasyon faaliyetini, farkındalık ve eğitim faaliyetlerini ve il-

lerdeki faaliyetleri takip ediyorlar ve bakanlığa raporluyorlar.

Kalite Standartları Yönergesi gereğince, hastanelerde de akılcı ilaç kullanımı ekipleri oluşturuluyor. Özellikle hastane politikası ve sağlık personeli gibi buradaki halk eğitimlerine her noktada yapılmasını istiyoruz. İlaçların güvenli kullanımıyla ilgili özellikle terapötik aralığı dar olan ilaçlarda güvenli kapak faaliyeti var. Kimi ilaçlar geçti, bu geçiş devam ediyor. Özellikle kolay açıp içmemeleri için bununla ilgili çalışma sürüyor.

Soğuk zincir özellikle önemli, ilaç güvenliği açısından. Bununla ilgili yine Dünya Sağlık Örgütü'yle da paralel çalışmalar gitmekte. Özellikle uygun sıcaklıkta saklanmamış ilaçları belli indikatörlerle bozulması durumunda kolay tespiti için bakanlığın çalışmaları mevcut.

Daha öncesinde 14-18 Kasım 2011 tarihinde ISIAN Kongresi'ni Antalya'da gerçekleştirmiştik. Aslında bu Mısır'da olacaktı, ama Mısır'da malum çeşitli olaylar ve istikrarsızlık olunca, Dünya Sağlık Örgütüyle görüşüp, bunu Türkiye'ye alarak, Sağlık Bakanlığı tarafından da himaye edilmişti. Bura-ya 86 ülke ve 600 katılımcı katılmıştı.

Kurumsal olarak, yani kamu adına işbirliği içerisinde olduğumuz Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü; Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Birliği. Bunlar Sağlık Bakanlığı'nın ilgili kurumu ve genel müdürlükleridir.

Ben sabrınız için teşekkür ediyorum. Sorular olursa, hep beraber cevap vermeye çalışırız.

Teşekkür ederim.

Rasyonel (Akılcı/Bilgece) Antibiyotik Kullanımı

Prof. Dr. Serhat ÜNAL

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi

sunal@hacettepe.edu.tr



1981 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun oldu. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde İç Hastalıkları (1981-1985) ve Enfeksiyon Hastalıkları (1989-1990) uzmanlık eğitimi aldı. Amerika Birleşik Devletleri Harvard Tıp Fakültesi New England Deaconess Hastanesi İç Hastalıkları Departmanında da Enfeksiyon Hastalıkları (1990-1992) uzmanlık eğitimi aldı.

1987-1989 yılları arasında HÜTF Çubuk Sağlık Grubu Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Başhekim Yardımcısı, 1995-1998 yılları arasında Türkiye Aile Planlaması Derneği ve Avrupa Topluluğu, AIDS: Üst Düzey Politika ve Karar Organları Girişimi Projesi Danışmanlığı, 2003-2007 yılları arasında European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases "Nozokomiyal Enfeksiyonlar Çalışma Grubu" Başkanlığı, 2009 yılında EFIM Kongre Organizasyon Komite Başkanı ve Kongre Başkanı görevlerini yürütmüştür. 1996-2000 yılları arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekan Yardımcılığı görevinde bulunmuş, 2006-2011 yılları arasında da aynı üniversitede Tıp Fakültesi Dekanı olarak görev yapmıştır. 2000 yılında kurulan Türk Hastane Enfeksiyonları ve Kontrolü Derneği'nin kurucu başkanıdır. 2010 yılında da Türk İç Hastalıkları Uzmanlık Derneği'nin başkanlığına seçilmiştir. 2001 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı başkanlığına atanmıştır ve halen bu görevini sürdürmektedir.

Dr. Ünal, 1989 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı'nda doçent olarak çalışmaya başlamış ve 1995 yılında profesör unvanı almıştır. Gram-pozitif bakterilerde değişik antibiyotiklere direnç mekanizmaları, moleküler biyoloji tekniklerinin enfeksiyon hastalıkları tanısında kullanımı ve HIV enfeksiyonu araştırma ilgileri arasındadır. Kendisinin uluslararası ve ulusal dergilerde yayınlanmış 275'in üzerinde makalesi, 70 ulusal, 6 uluslararası kitap bölümü, editörlüğünü yaptığı 25 kitap, uluslararası ve ulusal kongrelerde sunulan 350'nin üzerinde bildirisi ve 3 adet patenti mevcuttur.

İhsan Doğramacı Ödülü; Royal Hospital for Sick Children, Glasgow, İskoçya (1980); Eczacıbaşı Tıp Teşvik Ödülü (1995); TÜBİTAK Tıp Teşvik Ödülü (1996); Gönüllü Kuruluşlar Kadın Sağlık Komisyonu (KASAKOM) Milenyum Gönüllüleri Üstün Hizmet Ödülü (HIV/AIDS alanında yaptığı çalışmalarından dolayı) (2002); Rotary Yılın Başarılı Adamı Ödülü (2006) ve The Centenary Medal of Polish Society of Internal Medicine, Polonya (2008) ödülleri sahibidir.

İngilizce ve Almanca bilmektedir. Evli ve iki kız çocuk sahibidir.

Antibiyotiklerin akılcı ilaç kullanımında ayrı bir yeri olduğu Bakanlık tarafından biraz önce tescil edildi. Maddeleri alt alta sayıyor, ama bakteriyel enfeksiyonlar diye ayrı bir madde koymuş. Öyle de olmak zorundadır. Çünkü yaygın yanlış kullanımının bedelini toplumca ödediğimiz bir ilaç grubudur ve ona sadece akılcı kullanmak, bilgece kullanmak falan bence yetmiyor. Hepsini beraber rasyonel, akılcı, bilgece kullanmak lazım bu dertten kurtulabilmek için.

İnfeksiyon hastalıklarıyla maceramız MÖ 2000'e kadar gidiyor. İyileştirme özelliği, ilacı kullanma

özelliği, ama enfeksiyon hastalığı dediğimizde, son yüz yıla sıkışmış durumdadır. Mikroskobun bulunmasıyla birlikte esas gelişmeler oluyor. Aşıların bulunması, tüberküloz için kemoterapi tedavinin bulunması, lateks kondomun bulunması ve bir mucize gerçekleşiyor. Pnömoninin tedavisi diye söylenen aslında penisilin tedavisi ve Amerika Birleşik Devletleri'nde dünya savaşları sırasında bir eczacı, penisilini bulundurmaktan ne kadar gururlu olduğunu söylüyor. Çünkü penisilin hakikaten bir mucize şeklinde tıba girmiş. Dünya savaşı sırasında bir savaş yaralanması, omzunda

basit bir yaralanma olabilir; oradan stafilokok enfeksiyonu, oradan sepsis, oradan ölüm. Hâlbuki bir şey yapıyorlar o insana ve ölmüyor, mucize gerçekleşiyor ve biz bu mucizeyi hepimiz çok sevdik -bu arada başta söylemeyi unuttum, “ben hekim gözüyle nerede yanlış yapıyoruz, nasıl yanlış yapıyoruz?”u irdelemeye çalışacağım- ve çok kullanmaya başladık. Ama dünyadan biraz farklı. Son on yıla gidip baksanız, bu rakamlar pek fazla değişmiyor. Dünyada dördüncü, üçüncü; dünya derken bizden daha batıdaki ülkeleri kastediyorum, yoksa bizden doğuda daha vahim olan yerler var. Ama antibiyotik kullanımı, sadece bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde kullandığımız antibiyotik kullanımı, en çok kullanılan ilaçlar listesinde. Asla birinciliği, hadi bilemediniz bazı yıllar ikinciliği, o da çok az olur, kimseye kaptırmaz.

Son yıllara baktığımızda gene %19.5, %20’lerle (2009-2010-2011-2012 çok fark etmiyor) birinciliğini kimseye kaptırdığı yok. Oral antibiyotikleri hastane dışında daha çok kullanıyoruz. Bunları hangi alanlarda kullanıyoruz diye baktığımızda, en sık rastlanan enfeksiyon alanları tabii. En çok kullanımın olduğu yer solunum yolu enfeksiyonları, üriner sistem, deri ve diğerleri yerini alıyor ve 2003 yılında biraz daha arttı bu rakamlar; ama reçete, belki bir miktar o da artmıştır. Çok fazla miktarda antibiyotik Türkiye’de kullanılıyor. Buna çok fazla miktarda da para harcanıyor. Hepsi doğru kullanılıyor mu diye baktığımızda, biraz önce %50 rakamı geçti. Hakikaten Sağlık Bakanlığı’ndaki birimde ben de danışman olarak çalışıyorum. Sağlık Bakanlığı çalışmalarında ilaçların %50’si, antibiyotik için de bu geçerlidir, gereksiz yere kullanılmakta (en azından %50’si, yanlış kullanımları falan buna katmadan).

Bununla ilgili çalışma çok fazla yok. Bir tek Karadeniz Bölgesi’nde Hakan Leblebicioğlu ve arkadaşlarının çalışması var. Bunlar bakın, solunum yolu enfeksiyonlarında, sinüzitte, tonsilide, farenjitte, otitis mediada antibiyotik bir nebze, bir

kısımında daha çok olmak üzere rasyonalize edilebilir ama soğuk algınlığında, rinitte hiç yeri yokken %30 civarında antibiyotik kullanımı olduğunu tespit etmişler, hastane dışı enfeksiyonlarda.

Hastane içinde de bundan çok farklı değil. Başka hastanelerde de çalışmalar var. Kendi hastanemden örnek vereceğim. Hacettepe’nin dedikodusunu yapıyorum zannetmeyin. İyi durumda olduğumuzu güvenerek söylüyorum burada. Biz de yatan her üç hastadan birisine mutlaka antibiyotik kullanılıyor. Hastane enfeksiyon kontrol grubu her yıl, yılda iki kere bir gün seçip, bütün hastaları dolaşıyor. Antibiyotik kullananları bulup, sonra da onların doğru kullanılıp, kullanılmadığına bakıyoruz. Üroloji servisimiz var mesela. Son yıllarda biraz daha düzeldi, bu beş altı seneliktir. Kapısından geçen iki hastadan birisi antibiyotik kullanıyor, %60. Tabii doğru kullanıyor muyuz diye baktığımızda; pek de doğru olduğunu söyleyemeyeceğiz. İç hastalıklarında ki %100 enfeksiyon hastalıklarının kontrolündedir %18’lerde, tüm hastanede %20-22’lerde bir irrasyonel kullanım var. Tabii, nerede çokluk, orada bereket. Ürolojide çok kullanılınca, çok yanlış yapılması da söz konusu.

Benim bu sene mezun oluşumun 31. senesi, 26-27 senedir de enfeksiyon hastalıklarıyla uğraşıyorum. İlk başladığımda Alfasilin 500 mg’lık kapsülleri üriner sistem enfeksiyonlarında birinci ilaçtı; gelene veriyorduk, tedavi ediyordu. Betalaktamaz da yoktu, genişlemiş spektrumlu betalaktamaz hiç yoktu. Ama bütün bu süre içerisinde Alfasilin antibakteriyel özelliğini kaybetmesinin yanı sıra, viral enfeksiyonların tedavisinde yerini hiç kaybetmedi. Akşam ateşi çıkan çocuğa aneler, evde -ki ecza dolabı olmayan, ecza dolabında antibiyotik olmayan ev yoktur- Alfasilin mutlaka vardır. Ateşi çıktı, Alfasilin verdim. Ateş düşürücü mü dersiniz artık, antiviral mi dersiniz? Ateş düşürücü olarak çok kullanılıyor. Baş ağrısı tedavisinde kullanıldığını gördüm. Bir hastam var-

di, migren krizini önden tespit ettiğinde iki Alfasilin içtiğinde geçtiğini çok güvenerek söylüyordu. Bunları da kabullendim ama iki sene önce, hoca muayenesi kaldırılmadan önce, 60-65 yaşlarında sakallı bir amcam geldi. “Otur amca” dedim. Parayı bastırılmış, özel muayene almış. “Ne şikâyetin var?” dedim. “Kabızım oğlum” dedi. “Üzerine afiyet” dedi, haşur huşur Alfasilin kapsülü çıkardı çantadan, 500’lük, “bundan iki tane attım mı, bir mülayimlik, bir rahatlık, başka hiçbir şey de iyi gelmiyor” dedi. Yani antibiyotikler böyle mucizevi ilaçlardır. Kullanıyoruz da, boşa kullanmıyoruz. Kendimize göre nedenlerimiz var. Turgut Gül gibi bakın, masör Turgut Gül; bel fıtığı, bel kayması, boyun fıtığı, kulunç fıtığı ve göbek düşüğü tedavisi yapıyor, çubukla yer altında su da arıyor. Böyle çok yetenekleri olan ilaçlar olunca, kaptırıp kendimizi fazla miktarda kullanıyoruz.

Türkiye’deki 25 senelik gözlemlerime dayanan neden, yani niye antibiyotikler çok kullanılıyor bu memlekette? Irrasyonel kullanım denilince işin başında; bu memlekette kimse irrasyonel diyabet tedavisi demez, irrasyonel hipertansiyon tedavisi demez. Çünkü onları yanlış kullanırsanız akut sonuçlarını hemen görürsünüz. Şeker komasına girer ya da beyni kanar. Bunda öyle değil tabii, uzun vadeli sonuçlarını göremediğimiz için, ama dürten bir şeyler var. Bana göre bunlar kitapların yazmadığı, benim gözlemlediğim nedenler.

Bir kere;

1) Bilgi eksikliğimiz var. Türkiye’de tıp fakültesi sayısı, gerekli-gereksiz orasını bilemem, son yedi sekiz yıl içerisinde iki üç katına çıktı. Tıp fakültelelerinde mikrobiyoloji eğitiminin tam olarak düzgün verilebildiğini söylemek mümkün değil. Kaldı ki, iyi antibiyotik kullanmak için, doğru laboratuvar desteği lazım. Buyurun size laboratuvar desteği. Türkiye’de mikrobiyoloji laboratuvarlarının sayısı azdır. Çalışanların kalitesi zaman zaman hakikaten ideal olmaktan uzaktır. Boğaz kültürü, sadece

boğazı ağrıyanlardan alınır ve iyi bir laboratuvar A grubu beta-hemolitik streptokok, beta üredi ya da normal boğaz florası diye rapor eder ve buna duyarlılık yapılmaz. Yeni yeni bazı ülkelerde makrolid direncinin kıpırdanmasıyla beraber, makrolid direnç testi yapılmaya başlandı. Penisilin diski falan konmaz. Çünkü üniversal olarak bugüne kadar penisiline dirençli beta gösterilmemiştir. Böyle bir bakteri bulsam ben, vallahi dünya çapında adam olurum. Gider herkese gösteririm, ama yok.

Şimdi bakın, kültür antibiyogram, bu gerçek. Şurada klinik mikrobiyoloji infeksiyon hastalıkları uzmanının imzası var, altını kapattım. Pneumococcus aureus, hadi de ki bunu teknisyen sehven yazdı, böyle bir bakteri yok. A grubu beta-hemolitik streptokoku koymuş. Amoksisilin-klavulanik asit dirençli; sefoperazon, sefprozil dirençli; sefuroksim dirençli. Arada duyarlılar var. Gentamisin dirençli, gentamisin kitaplarda bununla alakası yok. Kullanımında da yok, etkili antibiyotikler arasında da değil. Dirençli, dirençli... kinolonlara kadar koymuş. Geliyorsunuz bir tane sefepim çok duyarlı var. Dördüncü en son sefalosporin. Aynı arkadaşın sonra reçetesinde gördük. Maxipime (sefepim) 1 x 1, 3 g. Şimdi, yukarıdaki yanlışlığı mı düzeltceksin, bunu hastaya ispat edip, “bak sana verdiğim antibiyotik iyidir” diye mi yaptı diyeceksin. Buraların değerlendirilmesini size bırakıyorum. Ama bir yanlışlık var; bilgi eksikliğimizden, artı bu konulara çok sahip çıkamamamızdan kaynaklanan.

İkincisi; demin söylediğim “vatandaşın baskı” şeklinde tanımladığım iş var. Yani hekim bu kadar bilmeyebilir, belki laboratuvarından destek de almayabilir ama gene de hiç olmazsa soğuk algınlığında antibiyotik kullanılmaması gerektiğini hepimiz öğrendik ve buna karşı da bir mücadele var. Ama vatandaş geldiğinde öyle bir baskı kuruyor ki, antibiyotik istiyor. Türkiye’de bir de sinüzit gerçeği vardır. Bunca yılda ben sinüzit ol-

mayan hasta görmedim. Ne şikâyetin var, “sinüzit oldum, Bactrim İncidal yazdıracağım” “İyi de şikâyetin ne?” “Vallahi şuramda bir ağrı var” bu kadar yaygındır. Bunun sebebi de kız çocuklarının saçları ıslak dışarıya çıkmasıdır.

İçinizde sekiz on yaşında kız çocuğu olup, kışın ıslak saçla dışarı çıkarabilen anayiğit ya da baba-yiğitlik tasladım, benim de iki kızım var. Arabada bekliyorum küçük kızı, bu arada hepiniz götürmüşünüzdür yedi, sekiz, dokuz, on yaşına kadar piyano, keman, bale, buz pateni... sonunda hiçbir şey olmuyor. Gençlere söylüyorum; hiçbir yere götürmeyin, çocuk buluyorsa bir tanesini buluyor sonunda. Kapıda bekliyorum, buz patenine yetiştireceğiz, buzun üzerinde oynamaya gidiyor çocuk. Sekiz yaşında kızım, uzun saçları var, dışarı çıkmıyor. Bir, iki; o sinirle girdim içeri. Kayınvalidem elinde kurutma makinesi, saç kurutuyor. “Ne oldu?” dedim, “saçını kurutuyorum” dedi. “Anne bir şey olmaz, ıslak gelsin” “Evladım sinüzit olur çocuk” dedi. “Anne ben enfeksiyon profesörüym, bir şey olmaz” dedim. “Biz de halk profesörüyüz, siz bilmezsiniz” dedi. Kendi annem olsa cevap verirdim, ama cesaret edemedim, haklısınız dedim, bekledim 15 dakika daha. Yani sinüzit bu kadar yaygın, antibiyotik bu kadar biliniyorken, vatandaşın baskısına karşı koymak mümkün değil. Üstelik yazmazsanız kötü doktor olursunuz. Durduk yerde niye kötü doktor olayım.

ODTÜ’de matematik profesörü, liseden arkadaşım geldi, adam nezle. Anlattım, bakteri nedir, virüs nedir, direnç nedir. Giderken bir parasetamol yazdım. “Bırak Allah’ını seversen yahu, sanki cebinizden çıkıyor, Allah’ın Alfasilin’ini esirgirsiniz adamdan” dedi. Ne yapayım, küt kapıyı vurdu, çıktı gitti. Yarım saat sonra ODTÜ’den telefon ediyor, altını çiziyor, “burada iyi doktorlar var, bana Augmentin verdiler”. “İnşallah ishal olursun” dedim, onu da anlamadı.

Kimse kötü doktor olmak istemiyor. Peki, vatandaş nereden biliyor bu kadar antibiyotiği? Yıllarca biz öğrettik. Baş ağrısıyla geldi; bu sinüzit mi, beyin tümörü mü, nereden bulacaksın şimdi, “hele şu antibiyotiği bir kullan”. Artı, basından çok destek gördük. Biz öğrettik, basın öğrendi, öğretti. Türkiye’de basının iki önemli okunan yeri vardır; biri spor, biri magazin. Size spor ve magazinden örnekleri vereyim.

Devrim Sağıroğlu, Fenerbahçe profesörüdür kendisi, şimdilerde yazmıyor artık. Yazısında örnek veriyor: “Fenerbahçe’nin sorunu kapalı defans, hastalığın acilen kuvvetli bir antibiyotikle iyileştirilmesi şarttır”. Bir yerde denk gelsem soracağım, “yahu niye antibiyotik kardeşim? kanser de, ülser de” ama değil. Çünkü antibiyotik verirsen, doğru verirsen iyileştirir. Sonucu akuttur. Bir de kuvvetli antibiyotiği soracağım. Mesela ben bunca senedir öğrenemedim ne demek olduğunu. Geniş spektrumlu mu, pahalı mı, vurdumu öldüren mi? Nedir bu kuvvetli antibiyotik kavramı.

Azizsilin modasını biliyorsunuz. Her şeye direnç gelişti, Azizsilin’e bu memlekette direnç gelişmedi. Bir Fenerbahçeli olarak memnun muyum, değil miyim bilmiyorum ama bakın, Azizsilin; Eskişehir’deki maçta kaybeden, Fenerbahçe profesörlerinden birisi de Erman Toroğlu’dur. Anlatıyor; “aşağıya girdi, Bilica’nın ceza sahası... hemen Azizsilin olarak verildi” diyor ve Erman Toroğlu Azizsilin’in ne olduğunu anlatıyor. Penisilin gibi bir şey, Azizsilin vurmuşlar kalçadan, bir kaç kerede düzelmiş. Tabii, direnç gelişiyor, o zaman yeni grup lazım. Fenerbahçe’de Azizsilin yerine Daumbiyotik getirdiler. Ondan sonra ne gelecek, bilmiyorum. Ama vatandaş bunları gazetede okuyor. Bir sorun varsa, antibiyotik verin düzelir.

Magazin tarafına gidelim. Deniz Seki’yi hepiniz tanıyorsunuz. Uyuşturucudan içeri girdi çıktı. Deniz Seki bira içtikten sonra antibiyotik alıyor. Midesi yıkıyor, başka memleketlerde diazemple

intihar ederler, bu ülkede antibiyotikle intihar edilir. Bir şişe bira, bir kutu antibiyotik çekilip yatacaksınız. Ama o intihar etmemiş, ne olmuş? 2001 Hürriyet Gazetesi, bakın; bunu iyi tanımak lazım, Oylun Ögütken menajeri, bunun adını unutmayın. Sık sık karşılaşılan bir durumdur, ilaçla alkolü, daha önce Ajda Pekkan da yapmış bunu. Deniz Seki'nin başına geldi. Mesajlara bakın şimdi. Bir haftadır soğuk algınlığı tedavisi. Soğuk algınlığında antibiyotik alırsınız mesajı var burada. Asistanı Oylun Ögütken "önce bira içti, ardından rutin olarak kullandığı antibiyotiklerin tedavisinde" diye devam ediyor.

Şimdi, biriniz bana rutin antibiyotik ne demek, Allah'ınızı severseniz bir söyleyin. Hepimiz burada sağlık mesleğiyle uğraşıyoruz. Rutin, uzun, endokardit altı hafta, akne altı ay, hadi bir sene ver, rutin diye bir kavram yok. Nereden biliyor bu gazeteci bunu... Biliyor. Şimdi, bu böyle geçti 2001'de. 2003'te Hürriyet Gazetesi'nde, yalanım varsa namerdim, bakın gazete kupürü yok ama bunu Hürriyet Gazetesi'nin elektronik versiyonundan aldım. Bu sefer Deniz Seki Mehmet Erten'le kavga ediyor, sonra menajeriyle önce bira içiyor, sonra antibiyotik içiyor gene. Yani kadın canı sıkıldıkça, gidiyor antibiyotik içiyor, bira içiyor. Hürriyet Gazetesi de bunu yazıyor ve bunu evde bütün hanımlar okuyor. "Soğuk algınlığı olunca, antibiyotik iç. İntihar edeceksen antibiyotik iç, rutin kavramını kaçırma. Deniz Seki yapıyor, sen de yap." Bunun sonu yok.

İlaç sanayi; birinci baskı vatandaştan gelir, ikinci baskı ilaç sanayinden. Gerçi burası en az suçlanacaktır belki. Bu dönen bir çark, satacak, yenisini bulacak, yenisini getirecek. Sağlık Bakanlığı hayır tanıtamazsın diyecek. Beş kongreye gidemezsin, iki kongreye gidersin, kravatın olacak, doktor numunesi veremezsin, bir kural olması lazım. Ama kural dışına bazen çıkıyor, bu gerçek. Nataşalı promosyon, bunu bu ara çok anlatıyorum. Sağlık Bakanlığı'na şükürler olsun, "akılcı ilaç kullanımı

her kongrede olacak" dediler. Ben 30 senedir anlatıyordum kimse dinlemiyordu, şimdi herkes beni dinliyor. Çok memnunum ama ne işe, ne kadar yarayacak, orasını da bilmiyorum.

Bir gün bunu anlatıyorum böyle, İstanbul'da bir toplantıda, heyecanla birisi el kaldırdı. "Bunu yapan firma belli" demiştim konuşmamda. "Hocam kim, Allah'ını seversen söyle" dedi. "Ne yapacaksınız?" dedim. "Ben de isteyeceğim, herkes istiyor" dedi: Nataşalı promosyon. Ama onun sonucu böyle: "size on iki kutu nataşavir ile on şişe nataşanol yazıyorum" diye insanla gırgır geçiyorlar.

Bu baskılara dayanmak zor. Bundan başka problem var mı? Bir tane daha var; elden satış meselesi var eczanelerde. Bunu ben söylemiyorum, eczacılara konuşuyorum ama mor reçete mi olur, bunlar da konuşuluyor, "reçeteye bağlansın, bağlanmasın". Bir hekimin soğuk algınlığında antibiyotik yazmasıyla, bir eczacının soğuk algınlığında eczaneden antibiyotik vermesi arasında benim açımdan fark yok. Önemli olan gereksiz olarak o antibiyotiğin hastanın vücuduna girmiş olmasıdır.

Diyebilirsiniz ki, iyi de ne güzel işte, paralar dönüyor ortada. Herkes memnun, satış var, kârlar var falan ama iş öyle değil. On yıl önce antibiyotikleri sosyal ilaçlar grubuna aldılar. Çünkü bir kişinin kötü kullanımının sonucu toplumu etkiliyor. Neden? Lafı uzatmayalım, çok bilinen konu, yaygın yanlış kullandığımız zaman direnç geliyor. Direnç biyolojik bir olay. 100 milyon tane yaratılmış yaratık var orada ve her ahval ve şartta yaşamak üzere yaratılmış. Çok soğuklara dayanır, çok sıcaklara dayanır, spor formuna gelir. Bir anda telekomünikasyonu hızlıdır, bir mesajı milyarlaraya geçirebilir. Böyle üstün bir yaratığa biz diyoruz ki, "ben seni öldüreceğim kardeşim." Neden? "Sen bana zarar veriyorsun". Bir öldürüyorsun, beş on yüz bin... bir tanesi öğreniyor. Bir mutasyonla. Bir tanesi öğrendikten sonra, tüm popülasyonun öğrenmesi an meselesi.

Çok iyi bir iletişim araçları içerisinde ve bu kısır döngünün göbeğinde kendimizi buluyoruz. Bir ilaç geliyor, klinikte kullanıyoruz, direnç geliyor, yenisini veriyorlar, bu çark dönüyor; dünyanın her yerinde dönüyor. Ama kimilerinde yavaş dönüyor, kimilerinde çok hızlı dönüyor. Yavaş dönecek, çünkü kullanmak zorundayız. Hızlı dönüyor, yaygın ve yanlış kullandığımız zaman hızlı dönüyor, buna mani olabilmek lazım. Aslında direnç bu günlerde hakikaten “Freddy’nin Kâbusu” gibi toplumun üzerine çökmüş durumda. En ummadığınız antimikroorganizmalarda bile çok ciddi direnç var.

Hekimler bazen, bazen değil sıklıkla, dün büyük vizitte söyledim; bir nöroloji yoğun bakımımız var, vallahi yani, ben orada konsültanlık yapmak istemiyorum artık, içim kararıyor. Buraya gidiyorsun asinetobakter, karbapenem dirençli, kolistin dirençli, aminoglikozid dirençli. Buraya dönüyorsun MRSA, öbür tanıya dönüyorsun VRE. Yani beyinden problemi olan aspirasyon güçlüğü olan biri mutlaka infekte oluyor ve vallahi billahi, on tane den yedi tanesini de infeksiyondan kaybediyoruz. O kadar, kâbus gibi çökmüş durumda. Çıkacak bir yol şu an için, bazı mikroorganizmalar için yok. Birisinin bize yol göstermesi lazım. Doğru kullanmak için yol göstermesi lazım. Nereye gideceğiz? Antibiyotik tedavisinin ilkelerini aklımızda tutacağız. Atla deve değil.

En önemli kural, birinci kural; antibiyotik tedavisi için bir gerekçe olacak. Biz de pratik olarak ateş eşittir infeksiyon hastalığı o da eşittir antibiyotik. Külliye yalan, külliye yanlış. Ateş fizyolojik bir cevaptır. Kanseri de olur, romatizmal hastalıklarda, elinize kıymık batır, şişer, inflamasyon olur. Alır sıvıyı incellersiniz, içerisinde mikrop yoktur, oraya beyaz küreler gelmiş. İnflamasyon ateş yapar. O yüzden;

- 1) Ateş eşittir infeksiyon değil.
- 2) İnflamasyonun en sık nedeni ateştir.

Ateşin çoğunda infeksiyon çıkar, ama infeksiyonların hepsi bakteri değildir. Antibiyotikleri yanlış kullanıyoruz; antibiyozis. Yıllarca hayata karşı anlamı olmasına rağmen, bugün doğru, bizim kullandığımız anlamı bakterilerin üremesini durduran ya da öldüren, doğal yollardan ya da sentetik yollardan elde edilen maddelerdir, sadece bakteriye etkilidir. Virüse bir etkisi yoktur, parazite bir etkisi yoktur; mantara bir etkisi yoktur.

Gerekçe belirlendikten sonra, mikroorganizmayı ele geçireceğiz. Kültürü koyacağız, kültürü yapılabilecek, duyarlılığı belirlenecek. Birden fazla duyarlılığı olan antibiyotik olabilir. Buna göre doğru ilacı seçmek için uğraşacağız. Burada pek çok faktör var. Hastanın yaşı, cinsi, gebe mi, karaciğeri nasıl çalışıyor, böbreği nasıl çalışıyor. İlaç-ilaç etkileşimleri, kullandığımız antibiyotiğin tedavi başarı oranları, kullandığımız antibiyotiğin direnç gelişme olasılığı (tedavi altında direnç gelişimi kolay olabilir) ve fiyatına kadar geldik. Hastanın kullanım kolaylığına geldik.

Bütün bunları göze alarak doğru ilaç seçilecek. Bunun doğru kullanılması çok önemli; intravenözse intravenöz. Balıkesir’de askerlik yaptım. Kloramfenikol vermişler; tifo. Biz de bir de iğne merakı vardır biliyorsunuz, Akdeniz çanağının etrafında, hasta iğnesini istemiş. Köye gitmiş, damar (IV) yazıyor üzerinde, yağlı bir solüsyon. Kalçadan yapmışlar, her bir kalça tomur tomur olmuş; ama onun emilimi yok. Damardan yaptırmadığı için ateşi de düşmemiş. Onu alıp, oralini verdik, anında düştü.

Doğru ilacı, doğru dozda, doğru sürede, doğru zamanda vermek önemli. Tonsillit, A grubu beta-hemolitik tonsillitin tedavi gerekçesi uzak komplikasyonlara mani olmaktır. Akut eklem romatizması olmasın, poststreptokokal glomerülonefrit olmasın. Antibiyotik verseniz de, vermeseniz de üç günde geçer. Veririz antibiyotiği üç günde geçer, orada bırakır, sonra romatizmal ateşle geri gelir; halbuki esas amaç oydu.

Biz de iyileşir iyileşmez, hemen ilaçtan kurtulma çabası vardır. Bunları iyi anlatmak lazım hastalara. Doğru ilacı doğru rejimde vereceğiz. Başka önleme ihtiyaç var mı? Şu kadar apsesi var. Antibiyotik fıçısına, suya sokup çıkarsan her gün, o hastanın ateşini düşüremezsin, o apse boşaltılacak. Yabancı cisimler çıkartılacak. Tedavi takip edilecek, beyaz küresi düşecek, ateşi düşecek. Neden düşmedi? Başarısızlıkta bu da ikinci derecede en sık hata yaptığımız yerdir. “A olmadı B’yi verelim, B olmadı C’yi verelim, Ayşe teyze C’yi kullanmıştı, bir de onu dene”. Hâlbuki burada, antibiyotiğin çalışmamasından dolayı ateşin düşmemesi, beş altı nedenden birisidir.

- 1) Tanı yanlıştır. Pnömonokoksik pnömoni tanısı koymuşsunuzdur, atipiktir, beta-laktam verirsiniz düşmez, illa makrolid ister, kinolon ister.
- 2) Hasta ilacını kullanmamıştır.
- 3) İlacını yanlış kullanmıştır.
- 4) İlaç ateşidir.
- 5) Komplikasyon gelişmiştir. *Clostridium difficile* toksini salgılanmaya başlayınca, antibiyotik diyare olmadan ateşi çıkarır önce.
- 6) Tedavi altında direnç gelişmiştir gibi, bir sürü faktör var.

Burada telaşlanmadan durup, yeniden değerlendirmek lazım. Bunları yapmazsak eğer başımız belada, hızla dirence doğru gidiyoruz demektir. Mikrobiyolojik olarak bakterinin ele geçirilmesi gerekir demiştik. Ele geçiremediğimiz durumlarda, hangi enfeksiyonda hangi mikroorganizma olduğunu tahmin etmek ve o mikroorganizmanın bu ülkedeki direnç durumunu bilip, ona göre antibiyotiği başlamak; ampirik antibiyotik tedavisi. Bunun da kendi içerisinde kuralları vardır.

Böyle yapmazsak bakın, işin sonuna doğru geldi artık bütün dünya. Şöyle bir düşünün, bana son 15 senede yeni bir antibiyotik grubu söyleyin.

Oksazolidinon diyebilirsiniz belki o da uzak akrabasıdır makrolidlerin; yok. Yeni antibiyotik diye gelenlerin hepsi mevcut grupların sağ, solu modifiye edilmiş şekilleridir.

İnfeksiyon tedavisi artık moleküler tedaviye doğru gidiyor. Çağ, sayfa değişecek, ama buna daha vakit var. Sayfa değişene kadar elimizdekileri doğru kullanmak zorundayız.

Tıbbın tarihine geri dönecek olursak, 2000’den önce başlamıştı demiştik. O zaman, “hele şu kökü kemir bakalım” diye başladı tedavi. Sonra, kaynatayım suyunu vereyim, bide dualar eşliğinde verelim belki daha etkili olur. Bu da pek işe yaramadı; sonuçta, poison dediği kemoterapiye kadar geldi iş. Poison (zehir), hakikaten mesela arsenik yıllarca sifiliz tedavisinde kullanılmıştır, ateşe neden olduğu için. Sonra kemoterapi ilerledi ve nihayet demin söylediğim penisilin mucizesi gerçekleşti. Ama penisilin mucizesinin olduğundan, iki yıl içerisinde kontur mucize de gerçekleşti; direnç. Bugünlerde artık öyle hale geldi ki, gece yarısı mesela, Hacettepe’ye gece 12’de bir hasta geliyor, ateşim var. Ben çıkıyorum, elimde meyan kökü var. Aslında bir sürü var, kullanılıyor bunların bir kısmı. Ne bileyim ada çayı var, meyan kökü var. “Rendeleyeyim mi istersiniz, suyunu mu kaynatayım?” Nasıl kullanılacağını sormak zorunda kalabiliriz. Böyle olmasın diye antibiyotiklerin hekim, eczacı, kullanan kullanıcı, bütün diğer komponentler tarafından bilinmesi ve doğru kullanım çabası içerisinde olmamız lazım. Yoksa böyle yapmazsak, sonuna geldik.

Teknolojiye ayak uydurmak lazım. Benimle ilgili şikâyet ve dileklerinizi buraya atın ya da e-posta gönderecekseniz de şu deliğe atın diyor. Böyle dersiniz gelmez. sunal@hacettepe.edu.tr’ye bekliyorum. Toplantının sonunda da İngilizce bilenleriniz bu taraftan, bilmeyenleriniz bu taraftan çıkacak.

Dinlediğiniz için çok teşekkür ederiz.

Günümüzde Yeni İlaç Geliştirme, Karşılaşılan Sorunlar ve Prodrug (Ön ilaç) Çözümleri

Prof. Dr. Mehmet TANOL

İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Eczacılık Fakültesi
mehmet.tanol@kemerburgaz.edu.tr



Lisans eğitimini 1973 yılında İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde tamamlayarak, aynı yıl Ege Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde Farmasötik Kimya Anabilim Dalı'nda çalışmaya başladı. 1983 yılında "bir grup lokal anestezi etkili bileşik üzerinde yapı etki çalışmaları" konusundaki doktora teziyle doktor ünvanı aldı. 1992 yılında doçentlik, 1999 yılında da profesörlük kadrosuna atandı. Akademik hayatına 2000 yılından itibaren Amerika Birleşik Devletleri Kansas Üniversitesi'ne bağlı bir araştırma merkezi olan "Biotechnology Innovation and Optimization Center" da araştırmacı profesör olarak devam etti. 2012 yılı Nisan ayından itibaren İstanbul Kemerburgaz Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nin kuruluşunda yer aldı ve halen çalışmalarına bu kurumda devam etmektedir.

Çalışma alanları; bazı farmakolojik olarak aktif doğal bileşiklerin stereoselektif total sentezleri, transdermal enhancer sentezleri, bazı kanser ilaçlarının geliştirilmesi ve sentezleri, peptid ve ProDrug sentezleridir. Bu konularda birçok proje, yayın ve patenti mevcuttur.

Sayın dekanlar, sayın katılımcılar, değerli konuklar, sevgili meslektaşlarım; öncelikle bana bu konuşma fırsatını verdiği için Türk Eczacıları Birliğine teşekkür ederek konuşmama başlamak istiyorum.

Bugünkü konuşmamı şu genel başlıkta özetleyebiliriz. Hepinizin yakından bildiği ilaç üzerine olacak konuşmam; fakat genel ilaç başlığı altında; ilacın etkiden sorumlu, aktiviteden sorumlu, ilaç etkin bileşiği üzerinde biraz konuşmak istiyorum.

Öncelikle bir ilaç geliştirme; ülkemizin bir tek yeni kayıtlı ilaç etkin bileşiği olmayışını, maalesef, bugün hâlâ konuşuyoruz ve tüm araştırmalarımızda da sürekli yeni bir etkin molekül buluruz. Bunların tabii ki kolay şeyler olmadığını hepimiz biliyoruz. Büyük uğraşları, büyük mali külfetleri gerektiren araştırmalar sonucunda ortaya çıkan şeyler bunlar.

Günümüzde yeni bir ilaç etkin maddesinin tasarlanıp, binlercesi arasından seçilmesi ve bu yeni molekülün kullanıma sunulması, bilindiği gibi 8-12 yıllara varan uzun bir süreci ve milyar dolarlara varan harcamaları gerektiren yoğun bir araştırma ve çalışmanın sonunda mümkün olabilmektedir. Önemli aktiviteye sahip bu bileşiklerin fizikokimyasal özelliklerinden kaynaklanan suda az çözünürlük, dayanıksızlık, vücutta etki yörenesine taşıma zorlukları gibi sorunlar her ne kadar formülasyon teknikleri ile aşmaya çalışılıyorsa da, bu teknikler de bazı durumlarda yetersiz kalabilmektedir. Tabii ki bunları beklemek, bunları umut etmek biraz ütöpik oluyor; biraz hayal oluyor. Ama yapılabilir birtakım şeylerin olduğunu biliyoruz ve özellikle ben bu konulara odaklanmaya çalışacağım.

Yeni bir ilaç etkin bileşiği üretmek, bir riski üstlenmek midir, bir külfet midir? Evet külfettir. Bunlar hepinizin çok iyi bildiği şeyler. Çünkü ilaç özel bir şey, ilaç etkin bileşiyor özellikle. İkinci bir kalitesi veya işe istenen % 100 nitelikte, saflıkta olmak zorunda olan bir madde ve hiçbir zaman için de ihmal edilebilen veya göz ardı edilebilen bir özelliği olmayan bir madde. Bu sebepten uzun bir süreci gerektiren araştırma, milyar dolarlara varan bir maliyet ve denenen, sentezlenen dört bine yakın bileşikten, sadece bir tanesinin markete ulaşma şansı olan bir araştırma. Geri dönüşü düşünürseniz, her markete çıkan üç yeni ilaçtan sadece belki bir tanesi kendi harcamalarını sağlama, yani kazancı yüksek olma şansına sahip. Bütün bu riskler göz önüne alınabilir mi, alınamaz mı? Tabii ki alınamadığı için, gerek bizde hiç olmayışı, gerekse dünyada da yeni ilaç etken bileşiklerinin büyük, her yılki eski rakamlara göre 20'ye yakın yeni ilaç etkin bileşiği markete sürülmekteydi. Bu rakam bir hayli, yarılara varan derecede düşme durumuna gelmiştir.

Peki, bu ilaç geliştirmede, ilaç kimyası veya farmasötik kimya, medicinal kimya diye tanımladığımız ilaç kimyasının yeri nedir? **İlaç kimyası**; yeni, tedavi edici etkin bileşiklerin keşif veya tasarımları, onların yararlı ilaçlar olarak geliştirilmesiyle ilgilenen bilim dalıdır. Farmasötik kimya veya ilaç kimyası, bildiğiniz gibi. Bu da ilaç etkin bileşiklerinin sentezleri, yapı-etki ilişkileri, vücutta reseptörlerle etkileşimleri, bileşiğin absorpsiyon dağılımı, metabolizma ve atılımını da içeren geniş bir alanı, yelpazeyi kaplar.

Bu sürecin, bu işin güçlüğünü daha iyi anlayabilmemiz için belki bunları tekrarlıyorum. Pek çoğumuzun bunları bildiğini kabul ediyorum zaten. Fakat bir göz atmakta yarar var. Örneğin, 10 bine yakın, belki eski ilaç geliştirmedeki anılan bir doğadaki modeli taklit etme şeklindeydi, daha MÖ 300 yıllarında Hipokrat, morfini izole edip ağrı kesici olarak tedaviye sunmuş. Bunun dışında, değişik bitkilerdeki alkoleitler izole edilmiş, etkiden

Yeni Bir İlaç Etkin Bileşiği Geliştirmede İzlenen Yol

- ***Keşif, buluş:*** Aday molekül 5,000-10,000 molekül arasından seçilir,
- ***Bulunan bileşiğin karakterizasyonu:*** molekülün büyüklüğü, dayanıklılığı, bioaktivitesi, biyoyararlanımı, etki mekanizması, v.s.
- ***Formülasyon, ilacın uygulaması ve dağılımı, paketlenme ve saklanma sürecindeki dayanıklılığı:*** etkin bileşiği içeren formülasyon hala etkili ve steril olmalı, hiçbir toksisite taşımamalıdır.

sorumlu gruplar tespit edilmiş, ilaç geliştirilmiş. Ama günümüzde artık biliyoruz ki, ilaç geliştirmede paralel sentezlerle, hızlı taramalarla binlerce molekül arasında taramalar yapıp, on bine varan molekül arasından ilaç modeli tespit ediliyor ve önce tespit edilen molekülün karakterizasyonu yapılıyor. Yani molekülün büyüklüğü, dayanıklılığı, bioaktivitesi, biyo yararlanımı, etki mekanizması ve sonra formülasyon ilacın uygulaması ve dağılımı inceleniyor.

Bütün bu adımlar devam ederek, uzun bir yoldan sonra, klinik öncesi toksite testleri, klinik öncesi diğer denemeler ki, bunlar da akut doz ile ilgili çalışmalar, tekrarlanan doz çalışmaları, ilaçta toksite araştırmaları, mitojenik araştırmalar, pek çok araştırmalar; gerçekten büyük emek ve maliyet gerektiren araştırmalar sonucunda bioetik testler ve klinik çalışmalara geliniyor.

Faz I klinik çalışmaları, ki küçük ölçekli sağlıklı gönüllü grubu üzerinde yapılan bu çalışmalarda; farmakokinetik çalışmalar, tolerans, tek doz, doz artırma, kısa süre tekrarlanan doz çalışmaları şeklinde yapılıyor. Daha sonra **Faz II** klinik çalışmalarında; ilacın tedavi ediciliğinin, yan etkilerinin 100-250 kişilik bir hasta grubu üzerinde denemesi ile yapılıyor ve sonra **Faz III** klinik çalışmalarda;

tedavinin ilacın etkisinin ve güvenliğinin doğrulanması çalışmaları daha geniş hasta grupları üzerinde yapılıyor. Bu arada da ilaçla ilgili müracaatlar yapılıyor ve ilacın en son olarak piyasaya çıkması ve piyasaya çıktıktan sonra da hâlâ takip edilmesi ki çoğu kimsenin **Faz IV** çalışması diye tanımladığı çalışmalar yapılıyor.

Şimdi, bütün bunlar yapılırken, ilaç araştırma geliştirmeye gereken önem veriliyor mu, veriliyor mu? Verildiği açıkça ortada. İlaç sektörü, diğer sektörlerle mukayese edildiğinde, % 20'lere varan oranda Ar-Ge'ye araştırmaya para ayırdığını görüyoruz ve yine şu anda dünyada ilaç endüstrisi 700'den fazla yeni ilaç ve aşının araştırmalarıyla, klinik aşamada araştırmalarıyla meşgul. Peki, hâlâ bu araştırmaların yapılması bir sonuç getiriyor mu? Şu anda hâlâ 30.000 hastalığın yaklaşık dörtte üçü için etkin bir tedavi, dolayısıyla bir ilaç etkin bileşiği bulunmuş değil. Avrupa'daki ilaçla ilgili patent başvurularının çarpıcı bir özelliği var. Bunların yine % 60'a yakın kısmı Amerikan şirketleri tarafından yapılıyor. Bunun da en önemli sebebi Amerika Birleşik Devletleri'ndeki patent müracaatlarının gerek süre olarak, gerekse bu safety sebebiyle uzun zaman alması, yatırımcıları bir hayli güç duruma sokuyor ve şu anda da biyolaç alanında dünyada yürütülen Ar-Ge çalışmalarının üçte ikisi Amerika Birleşik Devletleri'nde gerçekleştiriliyor.

Şimdi, bütün bu güçlükleri anlattıktan sonra, bizim hâlâ yeni bir molekülü, yeni bir etkin bileşiği ortaya çıkarma telaşında olmamız, zaten Türkiye'deki ilaç sanayinde benim bizzat tespitlerimle, böyle bir beklenti de yok. Yani, "Türkiye'de araştırmalarımızı öyle yapalım ki, bizler de yeni bir, ilk defa da olsa yeni bir ilaç etkin bileşiği bulalım" diye bir telaşın olduğunu pek tespit etmedim. Orada benim gözlemlediğim, hızlı bir şekilde jenerik ilaçları nasıl optimize ederiz, daha yüksek verimde yaparız ve ihraç ederiz telaşı gibi bir telaş var. Ama bunda haklılık payı yüksek, bahsettiğim nedenlerle. Bizler de gerek kendi çalışmalarımızı anımsıyorum,

Niçin ProDrug (Önilaç)?

Son zamanlarda piyasaya çıkan yeni ilaç sayısındaki büyük düşüşler nedeniyle, araştırmacılar hala önemini koruyan bazı ilaç etkin bileşiklerinin çözünürlük, dayanıklılık, uygulama zorlukları gibi sorunlarından kaynaklanan kullanım güçlüklerini ortadan kaldırma yoluna gitmektedirler. Bu amaçla ilaç etkin bileşiklerinde molekül üzerinde tasarlanıp yapılan geçici değişiklikler, moleküle yeni fizikokimyasal özellikler kazandırmaktadır. Böylece yeni uygulamalar ve aktiviteler, dolayısıyla eski bir ilaçtan daha düşük bir maliyet ile yeni bir ilaç ortaya çıkarma imkânı doğmaktadır.

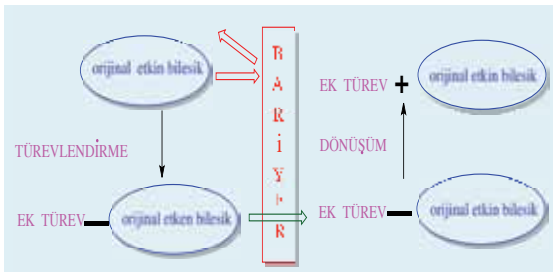
gerekse üniversitelerimizde hâlâ öğrencilerimize araştırmaya veya akademik yaşamdaki çalışmalara yönlendirirken, hep yeni bir molekül bulma peşine takmamızın, tamam, onlar için araştırma yönünden büyük, en azından araştırmayı öğrenmeleri yönünden önemli olacaktır. Fakat bunun dışında yapılabilecek daha kolay şeylerin olduğu; yapılabilir şeylerin olduğunu özellikle vurgulamak istiyorum.

Şimdi, niçin "ProDrug" veya diğer tanımıyla "Önilaç"? Bir ilaç etken bileşiği bütün bu meşakkatli yolları kat edip tedaviye sunulduğunda, aktivitesinin çok önemli olmasına rağmen, hâlâ beraberrinde birtakım sorunları taşımaktadır. Örneğin, birtakım çözünürlük sorunu vardır. Bu sebepten uygulamada güçlükleri vardır. Belki tat sorunu vardır, dayanıklılık sorunu vardır. Buna bağlı olarak raf ömrü kısadır. Bu gibi sorunlar formülasyon teknikleriyle aşılabiliyor veya aşmaya çalışılıyor olabilir. Fakat bazı durumlarda bunlar da yetersiz kalmaktadır. Bu sebepten ilacın, örneğin çözünürlüğüne bağlı absorpsiyonu veya dağılımıyla ilgili bir sorunda bizim yapabileceğimiz, en azından çözünürlüğünü artırebileceğimiz geçici bir değişiklik varsa, ilaca birtakım yeni kullanım avantajları kazandırmış oluyoruz. Böylece bura-

daki “Truva Atı” örneği, bir noktada ilacı geçici bir süre için, ufak bir tekrar orijinal haline dönüşebilen değişiklikle vücuda alınmasını sağlamış oluyoruz. (Resim 1)



Bununla ilgili şu şekilde özetlersek, orijinal ilaç etkin bileşiği, bir türevlendirmeye geçici bir süre için moleküle uygun yerinden bir türev bağlıyoruz ve daha önceden orijinal şekliyle aşamadığı bariyeri bu şekilde aşma imkânına sahip oluyor. Vücuda alındıktan sonra da vücutta belki bir enzimatik parçalanmayla, belki bir kimyasal dönüşümle tekrar orijinal haline dönüşüyor ve eklediğimiz türev, molekülden ayrılmış oluyor. İşte buna “**ProDrug, Ön ilaç**” yaklaşımı diyoruz. (Şekil 1) Burada tabii ki, bu türevlendirmede bağlanan ve sonuçta molekülden ayrılan ek türevin vücuda hiçbir şekilde zararlı olmaması gerekmektedir.



Şekil 1- İlaç Etkin Bileşiğinde Bazı Özelliklerin İyileştirilmesi İçin ProDrug (Ön ilaç) Stratejileri

Bununla ilgili yine çarpıcı bir örnek olarak size, Propofol'i verebilirim. Propofol bugün dünya çapında kullanımı bir hayli fazla olan, hatta magazinden hatırlayacaksınız, Michael Jackson'ın ölümünün de sebebi olan bir ilaç. **Ne diyoruz; doğru yerde, doğru miktarda, doğru şekilde ve doğru zamanda kullanılmayan her ilaç zehirdir.** Aynen burada da bu düşünceyle kullanımı ölümüne sebep olmuştur. Ama normalde Propofol özellikle kolonoskopide çok yaygın kullanılan, çünkü sağladığı sedasyonla son derece kolonoskopiye müsaade eden ve geriye dönüşümü, hastanın tekrar ayılması son derece hafif bir anesteziyle geçirildiği için yararlı olan bir ilaç. Fakat bu ilaç gördüğünüz şekilde (Resim 2,), basit bir fenol türevi ve son derece lipofilik bir molekül; yani suda çözünürlüğü çok az, yağda çözünen bir molekül.



Resim 2- PROPOFOL

Bu sebepten bunun mevcut preparatı soya yağında çözünmüş ve yukarıdaki enjektörün içinde görüldüğü gibi, ilacın normal hali süt kıvamında bir durumda. Tabii ki, çözünürlük çok az, bu sebepten soya yağında çözünmesi sağlanmış. %1'lik bir emülsiyon haliyle uygulamada birtakım problemler yaratıyor. Her şeyden önce ilacın içinde bakteri üreme ortamı var. Kullanılan soya yağı sebebiyle içinde Lipit-Lesitin taşıyor ve hiperlipidemiye sebep oluyor. Bütün bunların ötesinde, enjeksiyonu uygulamasında ağırlı zerke çevirir, biliyorsunuz suda çözünmeyen bu tür preparatlar ağırlı enjeksiyona sebep olurlar ve alerji riski var.

Bütün bunları ortadan kaldırmak için, moleküle bakıldığında, molekülün fenol grubundan hazırlanan bir fosfat esteriyile, metilen köprüsüyle bağlı bir fosfat esteriyile yapılan fosfat, sodyum fosfat ProDrug ön ilacı, gördüğünüz gibi tamamen bırak, suda gerçekten çok farklı derecede orijinal

moleküle göre çözünen bir formülasyon yapma imkânı veriyor. Böylece örneğin, 35 mg/ml bir çözünürlüğe ulaşıyor ve raf ömrü uzuyor, uygulama imkânı kolay, stabilite sorunu ortadan kalkıyor ve bu ilaç bu şekilde çok daha rahat kullanılabilir duruma getiriliyor. (Resim 3)



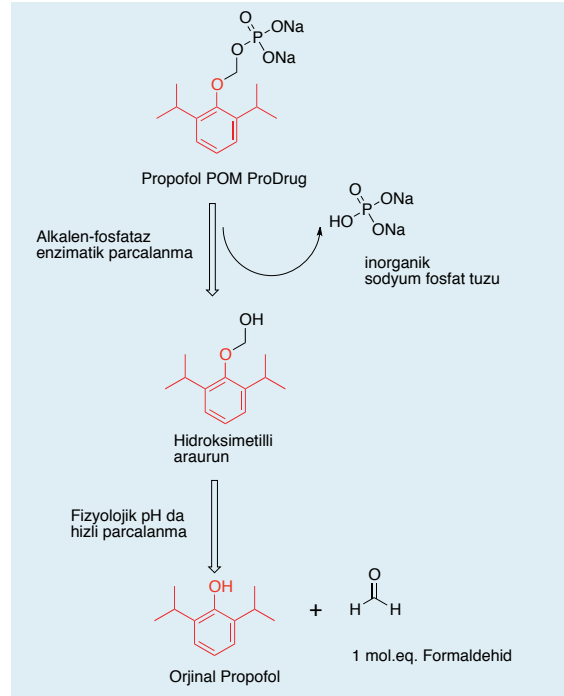
Resim 3- PROPOFOL PRODRUG

Bu çok çarpıcı bir örnektir. Bu ProDrug, benim bizzat çalıştığım, araştırma grubu tarafından teknolojisi geliştirilmiş, yine bizzat ilacı üreten firmaya teknoloji, geriye bir teknoloji olarak satılmıştır ve aynı firma bu ilacın fosfat esterini şeklinde, suda çözünen formunu üretmeye başlamıştır, şu anda piyasada çıkmıştır.

Peki, konuştum, biz ProDrug yapıyoruz, ön ilaç yapıyoruz, türevlendirmeyi de moleküle bir grup takarak bu işi yapıyoruz. Ama taktığımız grubun muhakkak, hiçbir şekilde vücuda ayrıldıktan sonra zararlı olmaması lazım ki, olduğu takdirde bu yaptığımız iş molekülde bir değişim ve parçalanmanın da hızlı bir şekilde gerçekleşmesi lazım. Örneğin, Propofol'de zaten araya koyulan fenolden sonraki metilen grubunun da en önemli sebebi bu parçalanmanın hızlandırılmasıdır; çünkü o fosfat esterini direkt olarak fenole bağlamış olsaydınız, belki ProDrug yapmıştınız, ama vücuda verdiğinizde, hızlı bir şekilde parçalanmayacaktı, etkili olmayacaktı ve önemi olmayacaktı.

Kimyaya fazla girmek istemiyorum, ama burada yapılan iş, bir ProDrug fosfat esterini vücuda alındığında, vücutta alkalin-fosfatazda enzimatik parçalanmayı da inorganik sodyum fosfat tuzu ayrılıyor, ilk aşamada hidroksetil ara ürünü oluşuyor, daha sonra da fizyolojik pH'da hızlı bir şekilde parçalanarak bu ürün, altta görülen orijinal Propofoli vererek etkili oluyor. Bütün bu işlerden sonra vücutta ortaya çıkan sadece, bir 1 mol. eg. miktarda formaldehid'tir.

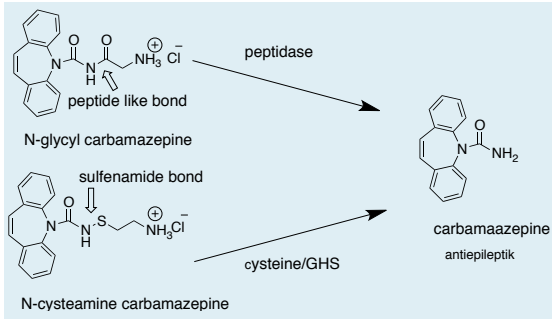
Belki bunu sorabilirsiniz, peki formaldehid zararlı değil mi? Çünkü bu bir ön ilaç bu da vücutta parçalanma sonunda ortaya çıktı. (Şekil 2)



Şekil 2- ProDrug (Ön ilaç)'ın Enzimatik Parçalanması

Evet, formaldehid şu kadar zararlı; örneğin, Vi-read isimli bir ProDrug'un parçalanma sonucu ortaya çıkardığı formaldehid 35 mg, günlük miktarda düşünülürse bir bardak kırmızı şaraptan da alındığında, ortaya çıkan metanol formaldehid miktarı 40 mg/gün. Yani bir bardak şaraptaki formaldehid ne kadar zararlıysa, Propofol'deki ortaya çıkan formaldehid de o kadar zararlı. Bu sebepten ihmal edilebiliyor.

ProDrug hazırlamanın pek çok yöntemleri var; bunlar bahsettiğim gibi en klasik ve en yaygın kullanılabilecekleri, fosfat esterini şeklinde olan ProDrug'lar. Ama yine vücuttan tanındığı, örneğin burada carbamazepine türevlerinde olduğu gibi, "peptide bond"ı yaparak, N-glycyl'de bir ProDrug yapıp, hidroklorik asit tuzu halinde çözünürlüğü artırıp, vücutta peptidase'lerle bunlar da parçalanarak, orijinal antiepileptik olarak bildiğimiz bu ilaca dönüşebilmektedir veya "sulfenamide bond"ı oluşturan N-cysteamine türevi hazırlanıp, yine parçalanma sonucu orijinal moleküle dönüşebilmektedir. (Şekil 3)

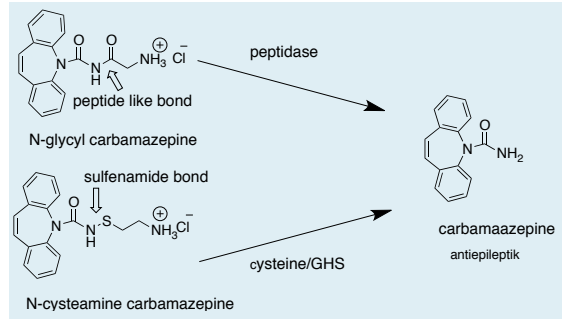


Şekil 3- Suda Çözünürlüğü Az Olan İlaç Etkin

Bileşiğinin Çözünürlüğünü, Dolayısıyla Parantral Yolla Dağılımını Arttırmak Üzere Tasarlanmış Fosfat Esteri Olmayan Bir Önilaç-eklenecek

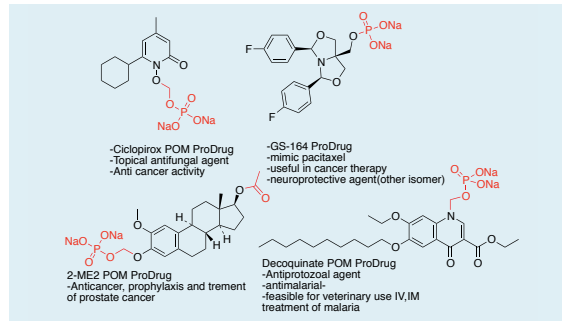
Bazı ProDrug'lar var, bu da çok enteresan olduğu için örnek olarak aldım. Sulindac da molekül orijinal molekül, ProDrug'ın kendisi inaktif, aktif değil. Burada kükürt üzerinden sülfoksit yapılarak, polerite artırılıp, dolayısıyla solventle etkileşim ve çözünürlük artırılıyor ve bu şekilde vücuda verilen inaktif ProDrug vücutta indirgenerek, aktif olan Sulindac Sulfide'i vermektedir. (Şekil 4) Bu da değişik bir ProDrug tipi. Burada gördüğünüz pek çok molekül, bunların çoğunu tanıyorsunuz, biliyorsunuz, tedavide kullanılıyor. Fosfat esterisi şeklinde hazırlanmış ProDrug'lar, sodyum tuzu olabilir, kalsiyum tuzu olabilir. Bunlar genelde çözünürlüğü önemli derecede ProDrug hazırlanmasından sonra, ön ilaç hazırlanmasından sonra artmış bileşiklerdir. Mesela, alloprenolin gut hastalığında kullanılan ProDrug yapılar.

En son yine bizzat bizim tarafımızdan yapılmış, gerçekten çözünürlükleri hemen hemen sıfıra yakın derecede olan bileşikler görüyorsunuz. (Şekil 5) Bunların ProDrug yapımlarından, şekillerinden sonra çözünürlükleri önemli derecede artmıştır. Mesela, bunlardan Decoquinat POM ProDrug'ı, en sonuncuyu söylemem gerekirse; bu ilaç antiprotozoal olarak hayvanlara, çözünürlüğünün o kadar az olduğu için, yemlerine kilolarca karıştırılarak verilen bir ilaçtır ki, ancak etkili doza ulaşabilsinler diye. Fakat bu ilacın ProDrug'unun yapılmasından sonra, görüldü ki kullanılan miktarın son derece azaldığı ve ProDrug yapımının, ön ilaç yapımının diğer önemli bir avantajı da, molekülde çözünürlüğünden dolayı,



Şekil 4- Suda Çözünürlüğü Az Olan İlaç Etkin

Bileşiğinin Çözünürlüğünü, Dolayısıyla Oral Yolla Dağılımını Arttırmak Üzere Tasarlanmış Fosfat Esteri Olamayan Bir Önilaç



Şekil 5- Patent Sahibi Olduğumuz Bazı ProDrug (Önilaç)lar

az çözünürlüğünden dolayı gözlemleyemediğiniz veya alamadığınız bazı aktivitelerin sonradan ortaya çıkmasıdır.

Şöyle sonuçlandırsak; demek ki önilaçlar, ProDrug'lar, ilaç araştırmalarının önemli bir alanı olmaya devam etmektedir. Son çalışmalarda sıklıkla görüldüğü gibi, pek çok ilaç etkin bileşiği suda az çözünürlüğü sebebiyle dağılım güçlükleri göstermektedir ve yine onaylanıp, piyasaya çıkmış pek çok ilaç etkin bileşiği de yine aynı nedenlerle dağılım ve kullanım zorluklarına sahiptir. Bu sunumda özellikle üzerinde durmaya çalıştığım konu, önemli bazı ilaç etkin bileşiklerini suda az çözünürlüklerinden kaynaklanan sorunlarının önilaç yaklaşımlarıyla üstesinden gelinebileceğidir. Bu aynı zamanda eski bir ilaçtan daha iyi bir şekilde yararlanma imkânının yanında, yeni aktivitelerde eski ilaçtan yeni bir ilaç ortaya çıkarma avantajını sağlamış olacaktır.

Dinlediğiniz için teşekkür ederim.

Eczacılık Hizmetlerinin Pazarlaması ve Meslek Hakkı

Uzm. Ecz. Aylin ACAR SANCAR

Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Uygulama Eczanesi
ecz_aylin@yahoo.com / ecz.aylin@gmail.com



1980 yılında Ankara’da doğdu. 2002 yılında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi’nden mezun oldu. 2006 yılında Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık İşletmeciliği ve Mevzuatı Yüksek Lisans Programı’ndan, “*Vankomisin ve Teikoplanin’in Maliyet-Minimizasyon Analiziyle Karşılaştırılması*” başlıklı tez çalışmasını tamamlayarak mezun oldu. 2008 yılında Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Kurumları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı’ndan, “İlaçların Fiyatlarının ve Geri Ödemelerinin Belirlenmesinde *Farmakoekonominin Rolü*” başlıklı proje çalışmasını tamamlayarak mezun olmuştur ve halen aynı ana bilim dalında doktora çalışmalarına devam etmektedir.

Aralık 2003–Şubat 2006 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Eczacılık İşletmeciliği Ana Bilim Dalı’nda araştırma görevlisi olarak çalıştı. Şubat 2006’dan bu yana Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Uygulama Eczanesi’nde eczacı olarak görev yapmaktadır.

Türk Eczacıları Birliği Eczane Teknisyeni Eğitimi Projesi’nde Halkla İlişkiler Modülü Koordinatörlüğü yapıp, aynı modülde etkin iletişim dersleri anlattı. Akılcı ilaç kullanımı, ilaç politikaları ve geri ödeme sistemleri, sağlık ekonomisi, farmakoekonomi, kişilerarası iletişim, eczanede iletişim ve sağlık kurumları yönetimi konularıyla ilgilenmektedir.

Öncelikle şunu söyleyeyim; konuya nereden baktığımız çok önemli. Sunumumu hazırlarken, açıkçası sadece sağlık kurulları yöneticisi, hatta haddimin sınırlarını da zorlayarak, Sağlık Bakanlığı perspektifinden bakarak hazırlamaya çalıştım. O nedenle, bürokrasinin işareti olan siyah ceketi giydim. Ama eczacılığı da bir yere kendimden ayıramadığım için, beyaz gömleğimi giyip geldim. O yüzden, sunumumda bazı yerlerde Sağlık Bakanlığı’nın gözünden, bazı yerlerde de eczacının gözünden bakarak “meslek hakkı nedir”, onu tartışmaya çalışacağım.

Sunum akış planına baktığımızda; ilk olarak şunu da söyleyeyim, ben klinik eczacı değilim, klinik

eczacılığın tanımını falan yaptığımda, sanki klinik eczacıymışım gibi algılanıyor. Ama olaya felsefik açıdan baktığımızda, ne demek istediğimi daha iyi anlatabileceğim.

İnteraktif bir sunum olsun isterim. Şunu konuşalım isterseniz; insanoğlu hastalık diye bir gerçeikle karşılaşmasaydı, tıp bilimleri olur muydu? Hemlik, hemşirelik, eczacılık, diğer tıp bilimleri olur muydu? Olmazdı. İnsanoğlu hastalık diye bir gerçeikle tanışıyor ve tanıştıktan sonra da eski haline dönmek için birtakım yollar arıyor. Tarihsel süreci incelediğimizde, işte önce büyüler yapılmaya başlanıyor. Papazlar ya da din adamları bahçelerde, mabetlerde çiçekler yetiştiriyorlar, onların

suyunu içiyorlar. Birtakım törenler düzenleniyor falan. Bakıyorlar ki, bu hastalıklar bu şekilde tedavi edilemiyor. Örneğin, Sümerlerde diş ağrıyan birisine, kurbağa pisliğini bir bezin içersine koyup ağzına bağlıyorlar. Ama bakıyorlar ki diş ağrısı iyileşmiyor. Bunun sonucunda ve yapılan diğer çalışmalar sonucunda, “hastalığın teşhisi birinci sırada önemli” diyorlar.

Bu adamın karnı ağrıyor, ama acaba neden ağrıyor? Pankreasında da mı bir sorun var, burada ne organlar var? Bunun teşhisi birinci sıraya geliyor ve hangi meslek üretiliyor? Tıp bilimleri. Tıp mesleği üretiliyor. Bu üretilmişleri ben tırnak işaretiyle gösteriyorum. Çünkü bu, Allah vergisi, gökten inen bir şey değil. İnsanlar kafa kafaya veriyorlar ve böyle bir şey olsun diye süreç içerisinde gerçekleşen bir şey. Sonrasında doktorlar hem teşhisi koyan, hem de tedaviyi yapmaya çalışan grup olarak karşımıza çıkıyor. Ama bakıyorlar ki, bu tedaviyi yapma işiyle teşhisi koyma işi birbirine karışmaya başlıyor ve bu çok zor bir konuma geliyor. Bunun sonucunda da bu işi başka bir grup yapsın diyorlar. Hangi meslek üretiliyor? Eczacılık mesleği. Takdir edersiniz, ben diğer mesleklere girmeyeceğim, girersem çıkamayız.

Takdir edersiniz ki, meslekler de üretildikleri şekliyle kalmıyorlar. 1940’lı yıllara kadar “**havan odaklı**” eczacılıktan bahsediyoruz. Eczacılar ilaçları havanda hazırlıyorlar, böyle bir rolleri var. Sonrasında (1940-1975) “ürün odaklı” eczacılıktan bahsediyoruz. Ürünü temin etmek çok zor; ilaç firması sayısı bugünkü kadar değil, dağıtım kanalı bugünkü kadar gelişmiş değil. O yüzden eczacının rolü ürün odaklı bir rol alıyor, ama günümüze baktığımızda, günümüzde artık “**hasta odaklı**” bir eczacılıktan bahsediyoruz.

Şimdi, deminki üretilmiştir kelimelerinin tüketilmemesi için de bir neden kalmıyor ortada. Yani, eğer siz günün gereklerini yerine getiremezseniz, bu ürettiğiniz şeyi ortadan kaldırmak için bir neden kalıyor mu? Kalmıyor. Yani ben şu an Sağlık Bakanı’nın pozisyonuna geçip, şöyle birazcık dik durarak size anlatayım. Ben eczacılara beş yıl tamam, çok zeki öğrenciler olarak ÖSS’den çok yüksek puanlar alarak gelip okumuşlar, beş yıl boyunca okudular, çok büyük emekler verdiler. “Bunun için meslek hakkı vermek istemiyorum” diyebilir miyim? Ben cebimdeki parayı düşünüyorum ve cebimdeki parayı en akılcı, en ekonomik şekilde -bugünlerde bununla kafayı bozmuş durumdayım- kullanmaya çalışıyorum. Bunun için 40 bin tane takla atıyorum, farmakoekonomi dairesi kuruyorum, şunu bunu yapıyorum. Eczacılar da kalkmışlar, “reçete başına bana para ver” diyorlar. Niye vereyim, siz olsanız verir misiniz? Niye verirsiniz? Sayın Başkanım niye verirsiniz? Niçin verirsiniz? 3x1 yazdı diye, hatta eczanesinde durmadı, onu bile yapmadı, kalfası yaptı, 3x1’i raftan alıp verdi, hastayı gönderdi. Peki, bizim imajımız nasıl?

Üniversiteyi bitirdiğim yıllarda bana “sağlık hizmetini pazarlayacaksın” deselerdi, ben derdim ki nasıl pazarlayacaksın, bu pazarlama nedir? Yani, tamamen karşı çıkacağım bir şeydi; ama şimdi size böyle bir slayt koyuyorum. Sağlık hizmeti ürününü diğer ürün ve hizmetlerden ayıran birtakım özellikler var. Bu özellikler çok önemli. Çünkü biz artık mal pazarlamıyoruz, ilaçların alım değeri artık gittikçe düşüyor, fiyatları düşüyor. Biz artık hizmet pazarlamak zorundayız ve pazarladığımız şeyi tanımak zorundayız ki, ona göre pazarlayabilelim. Yani elinizdeki ürünün, şu bardağın ölçü-

lerini bilmeden, siz bunu pazara sunarsanız, pazarda müşteri bulamazsınız.

O yüzden, sağlık hizmetlerinin bakalım ne özellikleri varmış?

Sağlık Hizmeti Ürünü Diğer Ürün ve Hizmetlerden Ayıran Özellikler

1. Güven hususunun önemli olması,
2. Müşterinin beklentileriyle gerçekte sunulan ürün arasında önemli ölçüde farklılıklar olması,
3. Talebin önceden bilinmemesi,
4. Karar verici ve müşterinin birbirine geçmesi,
5. Fiyat esnekliğinin olmaması.

Sağlık hizmetlerinde bir kere güven hususu önemli. Sonrasında müşterilerin beklentileriyle, bakın 2002 yılında hastaya “müşteri” diyeceksin deselerdi, ben onları keserdim, ama bugünkü aklımla ben müşteri demeye başladım. Müşterinin beklentileriyle gerçekte sunulan ürün arasında önemli ölçüde farklılıklar olması. Ne demek istiyor? Hasta doktora gittiği zaman, tamamen iyileşmek istiyor. Yani ilaçsız, hiçbir şey yapmadan, mümkünse doktor ona bir tane tablet versin, yut-sun, o da bütün hastalıklarından sıyrıl-sın istiyor, ama böyle bir şey ne yazık ki şu an mümkün değil. Talebin de önceden bilinmemesi; kimse hasta olacağını önceden göremiyor, bilemiyor. Karar verici ve müşterinin birbirine geçmesi sorunu var. Burada müşteri dediğimizde doktor, hasta yerine onu sahipleniyor, reçeteyi yazan doktor oluyor. O yüzden, hastayla doktor birbirine geçmiş oluyor ve fiyat esnekliği de yok.

Bunu tanımladıktan sonra, klinik eczacılık nedir? Hani ürünümüzü tanıyoruz ya, bu bardak nedir, ne yapmalıyız? Şimdi, bir kere biz artık hasta odaklı eczacılık yapmazsak, bu işten ekmek yiyemeyeceğiz gibi görünüyor. Yani, meslek hakkı alırsınız, 0,25 kuruş aldım, 25 kuruş aldım dersiniz, ama bu da biter, beş-on yıl sonra yine hasta odaklı eczacılığa geçmek zorundasınız. Çünkü meslek artık değişti, değişen bir yüzü var ve siz bunu sunmazsanız, bunu kimse satın almayacak artık, öyle görünüyor.

Klinik eczacılık nedir? Eczacının tüm eczacılık bilgilerini hasta yararına kullanması anlamına gelen bir sağlık bilimidir. Hasta odaklı eczacılık anlamına gelen klinik eczacılık sadece hastanelerde değil, serbest eczanelerde ve eczacılığın icra edildiği her yerde de uygulanması gereken bir hizmettir. Klinik eczacı; eczacılık fakültesinden mezun olmuş, uzun süre klinik staj yapmış, klinik eczacılık hizmetleri veren eczacıdır.

Şimdi, biz ne yapacağız? Beyaz gömleğimizi çıkartacağız, eczacılığı temsil eden kişiler olarak en üst düzeyde de TEB’i görüyorum ben ya da eczacı milletvekilleri aracılığıyla mı bunu yaparsınız, onu bilemiyorum, nasıl yapacağınızı siz daha iyi biliyorsunuz, ben akademisyenim, siz bürokratsınız. Bakanımıza gideceğiz; “Sayın Bakanımız klinik eczacılık diye bir şey var, biz hasta yararına bir şeyler yapacağız, klinik eczacı şu anlama geliyor. Siz buna göre bize bir yardımcı olur musunuz, bunu nasıl geliştirebiliriz ya da bundan sonraki adımlarda bize el verir misiniz, destek olur musunuz” dememiz gerekiyor.

Klinik eczacı, doktorun reçete yazarken yaptığı hatları ortaya çıkarmaya çalışan bir polis değil-

dir. Burada en büyük rakibimiz olarak doktorlar karşımıza çıkıyor çünkü. Doktorlar rakip değiller aslında, bizimle paydaşlar ya da hepimizin paydaş olması gerekiyor. Çünkü temelde aslında baktığımızda, piramidin tepe noktasında akılcı ilaç kullanımı var. Akılcı ilaç kullanımında da ilaçların akılcı seçimi, ilaç lojistiğinin akılcılığı, reçete yazma sürecinin akılcılığı, reçete yanıtlama sürecinin akılcılığı, ilaçların akılcı tüketimi, ilaç bilgisi desteğinin akılcılığı, ilaç yönetiminin akılcılığı var. Burada şunu söylemek istiyorum: Deminki felsefik yaklaşımımıza geri dönersek, amacımız neydi, en temel amacımız? Hastanın hastalığını iyileştirip, en akılcı tedaviyi ona sunmaktı. Bunu hem doktorlar, hem hemşireler, hem eczacılar, hem ebeler, sayabileceğiniz diğer sağlık profesyonelleri, hepimizin temel amacı hastanın hastalığını iyileştirmek. O zaman biz neyiz? Böyle dikdörtgen masada oturan, karşılıklı çarpışmalarda yer alan birileri değiliz. Biz yuvarlak masada oturan paydaşlar olarak yer alıyoruz; ama birbirimizi tanımadığımız için sürekli bir çarpışma halindeyiz.

Türkiye'deki doktorlar da bizi tanımadıkları için, sanki onların başında, onların işini ellerinden almaya çalışan kişiler gibi görüyor. Ama birtakım hocalarımız sayesinde, Marmara Üniversitesinde onların yaptığı uygulamalar sonucunda orada öyle görünmüyorlar. Siz klinik eczacısınız diye; yeterli ve uygun şekilde tanıtım yapıldığında, aslında onlar paydaş olmaya hazırlar.

Farmasötik bakım; eczacının, hastanın yaşam kalitesini artırmak amacıyla belirlenmiş olan terapötik sonuçlara ulaşabilmesi için doğrudan sorumluluk alması ve ilaçta bakım sağlamasıdır. Özetle, klinik eczacılığın uygulama alanıdır. Peki,

şimdi biz ürünü tanıdık, farmasötik bakım ve klinik eczacılık görünüyor hasta odaklı eczacılıkta şu an. Bu ürünümüzü nasıl pazarlayacağız? Ürünümüzü pazarlamak için "İlişkisel Pazarlama (İP)" diyor pazarlamacılar, son trend bu. Bir dolu pazarlama türü var. Ama bizimkine en uygunu bu, çünkü ilişkisel pazarlama hizmet pazarlaması olarak doğuyor. 1980'li yıllarda hizmet odaklı işletmeler için geliştiriliyor ve farmasötik bakımın da hizmet niteliği olduğu için, ilişkisel pazarlamayla çok güzel örtüştüğünü düşünüyorum.

İlişkisel pazarlama (İP) eczacılara farmasötik bakım hizmetlerinin değerini ifade edebilmeleri ve aktif hasta katılımını yüreklendirmeleri konusunda yardım edebilir. Peki, ilişkisel pazarlama nedir? **Bütün pazarlama faaliyetlerinin başarılı ilişkiler kurmak, geliştirmek ve sürdürmek üzere kullanılmasıdır.** Şimdi, biz eczacıyız, beyaz önlüklüüz, işletmecilerin kullandığı pazarlama tanımından faydalanmayalım diye bir şey var mı? Tabii ki yok. Onlar bu işin profesyoneli. Biz de eğer bu işi pazarlamak istiyorsak, bir yerlere getirmek istiyorsak, tutucu davranmak yerine, profesyonellerden destek almamız gerekiyor.

Eczacılık boyutunda ilişkisel pazarlamaya baktığımızda; eczacı ve hasta açısından karşılıklı fayda yaratmak üzere, hasta ilişkilerini cazip hale getirmek, sürdürmek ve geliştirmek anlamındadır. Örneğin kronik hastalıklar, tam böyle örtüşüyor. Hipertansiyon hastanız sürekli ilaç almaya geliyor, raporlu ilaçlarını almaya geliyor. Bu pazarlama yöntemini kullanmak için çok uygun bir hasta. Çünkü ilişkisel pazarlama bize diyor ki, pazarlamanın 5P'sini kullan. Ürünü belirle; ürünümüzü belirledik, farmasötik bakım, klinik eczacı-

lık. Sonra bu ürüne bir fiyat biç; bu fiyatı benimle paylaş. Tutundurma; bana anlat, ben neden bu ürünü alayım? Senden niye gelip bunu alayım, bana niye hipertansiyonda farmasötik bakımı anlatacaksın, benim ne işime yarayacak? Sonra dağıtım; bulunduğu yer, eczanenin yeri önemli. Dağıtım kanalı deniliyor buna, ama eczanede ilişkisel pazarlamadan bahsediyorsak yer önemli ve sonra da konumlandırma önemli. Ürün dediğimizde, farmasötik bakım, hastalık seyri yönetimi, farmakoterapi değerlendirmeleri ve hasta izlemi olarak biz bu sektörde yer alabiliriz. Buradan para kazanabiliriz diye düşünüyorum.

(İlişkisel Pazarlama) İP'nin 5P'si

- Ürün (Farmasötik bakım, Hastalık seyri yönetimi, Farmakoterapi değerlendirmeleri, Hasta izlemi)
- Fiyat (Hastaların fiyat duyarlılığı, Hastaların bir hizmet için ödemeye gönüllü oldukları ücretin değerlendirilmesi (WTP))
- Tutundurma (Hastayla birebir ilişkiler)
- Dağıtım (Doğru zamanda doğru yerde olmak)
- Konumlandırma (Positioning) (Ürün veya hizmetin hastanın gözündeki yeri, Niş tanımlanması ve değerlendirilmesi)

Fiyat; hastaların fiyat duyarlılığı önemli, Türkiye'de farmakoeconomik bir çalışma yapılabilir. Ne kadar ödemek istersiniz? Hani, tansiyonunuzu 150'ye, 90'dan 120'ye, 80'e düşürmek istersen, ilaçlarınız için size bakım hizmeti sunsam bana ne kadar ödemek istersiniz diye sorabiliriz ya da bu, tartışılabilir.

1. Hastalar aktif olarak bu hizmetten faydalanmak isterler mi?

2. Hizmetin karşılığı nasıl ödenecek?

- hasta tarafından mı?
- geri ödeme kurumu tarafından mı?

Burada ancak fiyatla ilgili şöyle bir karışıklık var. Bu bedeli kimin ödeyeceği konusunda tartışma var. Bu bedeli SGK mı ödesin, hasta mı ödesin? O da ilk önce tartışılabilir; ama bunların tartışılması kaçınılmaz diye düşünüyorum. Tutundurma; hastayla birebir ilişkiler. Dağıtım; doğru zamanda, doğru yerde olmak. Konumlandırma; ürün veya hizmetin hastanın gözündeki yeri, Niş tanımlanması ve değerlendirilmesi.

Niş pazarlamadan burada bahsetmeyeceğim. Sonuçta toparlamaya çalışacağım. İlişkisel pazarlama felsefesi ve uygulamaları, başarılı bir eczacılık icrası için yeni anlayışlar ve stratejiler sunuyor. Burası kesin bence. İP yüksek kalitede hizmetlerin sunulabilmesi için hastalar ve hekimler gibi diğer paydaşlarla sürekli ilişkiler geliştirilmesinin ve sürdürülmesinin önemine dikkat çekmektedir. İP pazar bölümlendirme ve Niş pazarlama tekniklerinin dikkatli bir şekilde kullanılmasını gerektirmektedir.

Hastalarla yaşanan her bir etkileşim, her sağlığın geliştirilmesi hem de uzun süreli profesyonel ilişki kurulması açısından planlanmalıdır. Hastaların ihtiyaçlarını karşılayan eczacılık hizmetlerinin geliştirilmesi ve vaad edilen şekilde sunulması sayesinde eczacılar, başarılı ve tatmin edici bir uygulamanın temeli olan kalıcı ilişkiler kurabilecekler ve meslek hakkı kazanabileceklerdir.







SAĞLIKTA DEĞER SAĞLIK HERŞEYE DEĞER



11. TÜRKİYE ECZACILIK KONGRESİ

18 - 21 EKİM 2012

Yer: RIXOS HOTELS - GRAND ANKARA