

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE'DE SERBEST ÇALIŞAN ECZACILARIN
SORUNLARI

Seda KOCABACAK

Sağlık Kurumları Yönetimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

ANKARA
2010

T.C.
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

TÜRKİYE'DE SERBEST ÇALIŞAN ECZACILARIN
SORUNLARI

Seda KOCABACAK

Sağlık Kurumları Yönetimi Programı
YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Mehtap TATAR

ANKARA
2010

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Bu çalışma jürimiz tarafından Sağlık Kurumları Yönetimi Programında Yüksek Lisans Tezi olarak Kabul edilmiştir.

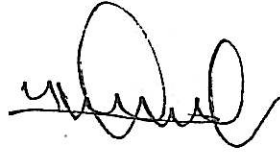
Jüri Başkanı: Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi




Danışman: Prof. Dr. Mehtap TATAR
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Prof. Dr. Yusuf ÇELİK
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Doç. Dr. Bayram ŞAHİN
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM
Hacettepe Üniversitesi



Üye: Yrd. Doç. Dr. Yasemin AKBULUT
Ankara Üniversitesi



ONAY:

Bu tez Hacettepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'nin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.



Prof. Dr. Hakan ORER
Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans Tez çalışmam sürecinde bilgi ve deneyimleri ile desteğini esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Mehtap TATAR'a teşekkürlerimi sunarım. Tezin özellikle anketin uygulanması aşamasında çeşitli imkanlar sunan Türk Eczacıları Birliği'ne ve bu süreçte desteğini esirgemeyen Türk Eczacıları Birliği mensubu Sayın Rida ŞİMŞEKEL'e,

Tezin değerlendirilmesi aşamasında yer alan değerli hocalarım Sayın Prof. Dr. Yusuf ÇELİK'e, Sayın Doç. Dr. Bayram ŞAHİN'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Hasan Hüseyin YILDIRIM'a ve Sayın Yrd. Doç. Dr. Yasemin AKBULUT'a,

Yüksek Lisans eğitimim sırasında bursiyeri olduğum TÜBİTAK Bilim İnsanı Destekleme Daire Başkanlığı'na,

Eğitim hayatım boyunca her zaman yanımda olan, başarabileceğime olan inançlarıyla desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili anneme ve babama, bu çalışmam da sağladıkları katkılarından dolayı sevgili dostuma teşekkür ederim.

ÖZET

Kocabacak, S. “Türkiye’de Serbest Eczacıların Sorunları” , Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Kurumları Yönetimi Ana Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, Ankara 2010.

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’deki serbest eczacıların sorunlarının incelenmesidir. Türkiye’de 2008 verilerine göre toplam çalışan 24119 eczacı serbest eczacı olarak hizmet sunmaktadır. Çalışmada Türkiye’deki tüm serbest eczacıların kapsanması amaçlanmış ve TEB web sayfası üzerinden uygulanan anketlerle eczacılara ulaşılmaya çalışılmıştır. Çalışma sonunda toplam 856 anket cevaplanmış, ancak analize uygun olmaması nedeniyle 55 anket analiz dışı bırakılarak analizler 832 anket üzerinden yapılmıştır. Bu analizler sonucunda elde edilen bulgularda, araştırmacı tarafından belirlenen olası sorunlar arasından eczacıların en çok katılım gösterdikleri sorunun sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi ($4,7\pm 0,7$) olduğu görülmektedir. En az katılım gösterilen sorun ise nitelikli yardımcı eleman bulmaktır ($3,4\pm 1,1$). Bu olası sorunlar arasında önem derecesine göre ilk üç sırayı alan sorunlar ise sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi (%24,1); SGK provizyon sisteminin çok sık kullanım dışı kalması (16,5) ve SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, ödemesi yapılan tutarın hangi döneme ait olduğunun belirtilmemesi (%12,0) olarak belirlenmiştir. Eczacıların olası sorunları algılamalarında cinsiyete göre farklılıkların olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Farklılıkların olduğu diğer özellikler ise eczacıların anlaşma yaptığı kurumlar, kullandıkları finansman yöntemi ve finansal sorun yaşama durumudur ($p<0,05$). Eczacıların finansal sorun yaşamalarındaki belirleyicilere bakıldığında eczanelerin anlaşmalı oldukları kurumların finansal sorun yaşama durumlarını anlamlı şekilde etkilemediği ($p>0,05$), bununla birlikte eczanelerin finansman şeklinin finansal sorun yaşama durumunu anlamlı şekilde etkilediği görülmektedir ($p<0,05$). Araştırmada eczacıların %94,8’i ilaçların halka tanıtımının serbest bırakılmasını doğru bulmadığını, %85’i de eczane dışında ilaç satışına karşı olduğunu belirtmiştir.

Anahtar Kelimeler: serbest eczacılar, eczacıların sorunları

ABSTRACT

Kocabacak, s. “The Problems of Community Pharmacists in Turkey”, Institute of Health Sciences, Health Institutions Administrations, Master Thesis, Ankara, 2010.

The aim of this study is to examine the problems of community pharmacists in Turkey. In 2008 24119 pharmacists were working as community pharmacist. The study aimed at covering all community pharmacists and a questionnaire was applied through the web site of the Turkish Pharmacists Association At the end of the survey 856 pharmacists replied the questionnaire but 55 of these were not included in the analysis as they were found inappropriate. The problem that pharmacists agreed the least was related with finding competent assistant personnel. The problems perceived by pharmacists with highest scores were frequently changing health policies and practice (%24,1), problems related with the use of the Social Security Institution’s provision web site (%16,5) and not mentioning the payment period in the payments (%12,0). The agreement level of problems have changed according to gender. Other features that creates difference in agreement level of problems were the type of the protocols made between the pharmacy and the organization, the financing method used and degree of financial problems ($p < 0,05$). The study found that there was no difference between pharmacists’ contract status and their financial problems but there was a significant relationship between the type of finance and financial problems ($p > 0,05$). The research results showed that 94,8% of the respondents were against the advertisement of drugs and 85% were against marketing drugs outside pharmacies.

Key Words: Community pharmacists, problems of pharmacists

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI	iii
TEŞEKKÜR	iv
ÖZET	v
ABSTRACT	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ.....	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	ix
TABLolar DİZİNİ	x
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Dünyada Eczacılığın Gelişimi	3
2.2. Türkiye’de Eczacılığın Gelişimi	9
2.3. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Eczacılığın Yeri	11
2.4. Türkiye’de Eczacılık Hizmetleri	18
2.4.1. Türkiye’de Eczacılık Hizmetlerinde Sayısal Durum	19
2.4.2. Türkiye’de Eczacılık Hizmetleri ile ilgili Düzenlemeler	22
2.5. Diğer Ülkelerde Eczacılık	35
2.5.1. İspanya.....	36
2.5.2. Fransa	37
2.5.3. Yunanistan	39
2.5.4. Portekiz.....	40
2.5.5. Birleşik Krallık.....	41
2.5.6. İtalya.....	42
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	44
3.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı	44
3.2. Problem Cümlesi.....	44
3.3. Hipotezler	44
3.4. Varsayımlar.....	45
3.4. Kısıtlılıklar	45
3.5. Evren ve Örneklem.....	46

3.6.	Veri Toplama Aracı, Yöntemi ve Verilerin Analizi.....	47
4.	BULGULAR.....	55
4.1.	Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Kişisel Özellikleri ve İş İle İlgili Özellikleri	55
4.2.	Eczacıların Özelliklerine Göre Finansal Sorun Yaşama Durumu	58
4.3.	Eczacıların Belirtilen Faaliyetlere Yönelik Değerlendirmeleri	60
4.4.	Eczacıların Karşılaştıkları Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri	82
4.5.	Eczacıların Eczacılık Mesleğine Yönelik Olası Uygulamalar İle İlgili Değerlendirmeleri	98
4.6.	Eczacıların TEB ve Uygulamalarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	101
5.	TARTIŞMA	105
5.1.	Resmi Kurumlarla Anlaşma Durumu	105
5.2.	Eczane Finansman Yapısı Değerlendirmesi	106
5.3.	Eczacıların Faaliyetlerine İlişkin Değerlendirmeler	106
5.4.	Eczacıların Sorunları İle İlgili Değerlendirmeler.....	109
5.5.	Eczacılık Hizmetleri Politika Değişiklikleri.....	113
5.6.	Eczacılar Meslek Birliği (TEB)	114
6.	SONUÇ	115

KAYNAKLAR

Ek:

Ek 1: Araştırmada Kullanılan Anket Formu

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

BUT: Bütçe Uygulama Talimatı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

ES: Emekli Sandığı

FIP: International Pharmaceutical Federation

İTS: İlaç Takip Sistemi

MB: Maliye Bakanlığı

OTC: Tezgâh Üstü İlaçlar

SDP: Sağlıkta Dönüşüm Programı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SSK: Sosyal Sigortalar Kurumu

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

TEB: Türk Eczacıları Birliği

WHO: World Health Organization

ŞEKİLLER

Şekil 2.1. 2006 yılı Ülkelere Göre Eczacı Başına Düşen Nüfus	35
--	----

TABLOLAR

Tablo 2.1.	Farklı Çalışma Alanlarında Yer Alan Eczacıların Sayıları ve Toplam İçindeki Oranları	20
Tablo 2.2.	Bölgelere Göre Eczacı Sayısı ve Toplam İçindeki Yüzdeleri (2008) ...	20
Tablo 2.3.	Bölgelere Göre Eczane Sayısı ve Eczane Başına Düşen Kişi Sayısı (2000, 2006, 2008)	21
Tablo 2.4.	Eczacı İndirim Oranları	30
Tablo 2.5.	Eczacı ve Depocu Kâr Oranları.....	33
Tablo 2.6.	İlaç Fiyat Sınırlılıklarına Göre Eczane Kârı	37
Tablo 2.7.	Fransa'da Fiyat Sınırlılıklarına Göre Kâr Oranları	39
Tablo 4.1.	Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Kişisel Özelliklerine İlişkin Temel Bulgular.....	55
Tablo 4.2.	Araştırma Kapsamındaki Eczacıların İş İle İlgili Özelliklerine İlişkin Temel Bulgular	56
Tablo 4.3.	Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Finansman Sorununa Sahip Olma Durumu	57
Tablo 4.4.	Eczacıların Finansman Sorunu Yaşama Nedenleri	57
Tablo 4.5.	Eczacıların Çalışma Süresine Göre Finansal Sorun Yaşama Durumu ..	59
Tablo 4.6.	Eczacıların Çalıştıkları Bölgeye Göre Finansal Sorun Yaşama Durumları.....	59
Tablo 4.7.	Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Belirtilen Faaliyetlere İlişkin Değerlendirmeleri.....	61
Tablo 4.8.	Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Belirtilen Faaliyetlerle İlgilenme Sıklıklarına İlişkin Değerlendirmeleri.....	63
Tablo 4.9.	Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalışma Sürelerine Göre Görevleri Arasındaki Olası Faaliyetlere İlişkin Değerlendirmeleri	69
Tablo 4.10.	Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalışma Sürelerine Göre Belirtilen Faaliyetlere Ayırdıkları Zamana İlişkin Değerlendirmeleri ..	69
Tablo 4.11.	Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Görevleri Arasındaki Olası Faaliyetlere İlişkin Değerlendirmeleri	72

Tablo 4.12. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Faaliyetlere Ayırdıkları Zamana İlişkin Değerlendirmeleri .	77
Tablo 4.13. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların İşlerini Yaparken Karşı Karşıya Kaldıkları Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımları ..	82
Tablo 4.14. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların İşlerini Yaparken Karşı Karşıya Kaldıkları Sorunlar Arasında Belirttikleri İlk Üç Soruna İlişkin Dağılımlar	85
Tablo 4.15. Araştırmaya Katılan Eczacıların Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştıkları Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri	87
Tablo 4.16. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri	91
Tablo 4.17. Eczacıların İlaçların Halka Tanıtımının Serbest Bırakılması İle İlgili Değerlendirmelerinin Dağılımları.....	99
Tablo 4.18. İlaçların Halka Tanıtımının Bırakılmasının Doğru Olmadığını Düşünen Eczacıların Belirttikleri Nedenler.....	99
Tablo 4.19. Eczacıların İlaçların Eczane Dışında İlaç Satışına İzin Verilmesi İle İlgili Değerlendirmelerinin Dağılımları.....	100
Tablo 4.20. Eczane Dışında İlaç Satışına İzin Verilmesini Uygun Görmeyen Eczacıların Belirttikleri Nedenler	100
Tablo 4.19. Eczacıların TEB'in, Eczacılığın Sorunlarının Çözümündeki Rolü İle İlgili Değerlendirmelerinin Dağılımları	95
Tablo 4.21. TEB'in, Eczacılığın Sorunlarının Çözümünde Aktif Rol Aldığını Düşünenlerin TEB ile İlgili Görüşleri	101
Tablo 4.22. TEB'in, Eczacılığın Sorunlarının Çözümünde Aktif Rol Almadığını Düşünenlerin TEB ile İlgili Görüşleri	102
Tablo 4.23. Eczacıların SGK İle TEB Arasında Yapılan Sözleşmelerde Geri Ödeme İle İlgili Önerileri	97
Tablo 4.24. Eczacıların SGK İle TEB Arasında Yapılan Sözleşmelerde Reçete İle İlgili Önerileri	104

1. GİRİŞ

Sağlık hizmetleri koruyucu sağlık hizmetleri, ayakta tedavi hizmetleri ve yataklı tedavi hizmetleri olarak sunulmakta ve eczacılar, her üç hizmet düzeyinde de hizmet vermektedir. Eczane, sağlık hizmeti sunan ve eczacı tarafından idare edilmek zorunda olan bir işletmedir. Bu ifadede yer alan temel niteliklerden biri eczanelerin sağlık hizmeti sunucuları olmaları, diğeri ise bir işletme olmalarıdır. Sağlık hizmeti sunumundaki rollerinde değişimin yaşandığı süreç içerisinde eczacılar ilaç hazırlayan konumundan, ilaç endüstrisinin gelişimiyle ilaç satan konumuna gelmiş ve günümüzde ise birçok sağlık sisteminde sağlık danışmanı olarak tanımlanmaya başlamışlardır. Türkiye’de de bu anlayış kabul görmeye başlamış ve son dönemde yapılan bir düzenleme ile eczaneler birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu olarak tanımlanmıştır (Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 27125 sayılı Resmi Gazete, 2009).

Avrupa ülkelerinde, sağlık danışmanı tanımı doğrultusunda, eczacılık hizmetlerinin geliştirilmesine yönelik çeşitli uygulamalar yapılmaktadır. Özellikle eczacıların ilaç yönetimi, ilaçların doğru kullanımı ile ilaç kaynaklı problemlerin önlenmesindeki rolleri üzerinde durulmakla birlikte, çeşitli bakım hizmetleri, tedaviye uyumun artırılması, hastaların eğitimi, ilaç kullanımına ait veri toplanması gibi hizmetlerindeki katkıları da önemsenmektedir. Örneğin, Avusturya’da sigara bırakma, HIV/AIDS farkındalığı, çocuk aşıları; Fransa’da sigara bırakma, jenerik ilaç; Almanya’da astım ve diyabet bakımı, kilo kontrolü, sigarayı bırakma gibi konulardaki eğitim programları eczacılar tarafından uygulanmaktadır. İtalya, İngiltere, Portekiz ülkelerinde de benzer hizmetler eczaneler tarafından sunulmaktadır. Ayrıca eczaneler ilaç harcamalarının kontrolünde de önemli işleve sahiptirler. Ülke ekonomisi açısından önemli olan ve yüksek harcamalara neden olan ilaçla tedavi ile ilgili olarak özellikle eşdeğer ilaç uygulaması, ilaç fiyatlandırma ve indirim politikaları gibi uygulamalarla eczaneler aracılığıyla maliyet kontrolü yapılabilmektedir.

Eczacıların sağlık danışmanı olarak kabul edilmeleri ile birlikte ilaçların eczacıların kontrolü dışında dağıtımına yönelik çeşitli uygulamalar da gerçekleştirilebilmektedir. Bazı ülkelerde özellikle OTC (over the counter) olarak adlandırılan tezgâh üstü ilaçların eczane dışında satışına izin verilebilmekte

(Almanya, İngiltere gibi) ya da internet aracılığıyla bu ilaçlara ulaşılabilir (Almanya, İngiltere gibi). Türkiye’de de son dönemlerde bu konu sıklıkla gündeme gelmektedir.

Yukarıda ifade edilen tüm özellikleri ve sağlık hizmetlerindeki rolleri, eczacıların toplumun sağlığını geliştirmedeki önemini ortaya koymaktadır. Bu önemli rollerin ve istenilen eczacılık hizmetlerinin sunulabilmesi eczacılık mesleğinde ve eczacılık hizmetlerinin sunumundaki mevcut uygulamalarla ve yaşanan sorunlarla ilgilidir. Bu nedenle, Türkiye’deki eczacılık hizmetlerinin değerlendirilebilmesi için öncelikle eczacılık mesleğinin sorunlarının irdelenmesi gerektiği düşünülerek, bu çalışmada Türkiye’deki eczacılık mesleğinin sorunlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Türkiye’de hastane eczaneleri kural olarak sadece hastanede yataklı tedavi hizmeti alan hastalara hizmet sunmakta ve diğer bireyler de serbest eczanelerden hizmet almaktadır. Bu çalışmanın kapsamı da serbest eczacılar olup, bu çalışmada eczacı terimi ile serbest eczacılar kastedilmektedir. Çalışmanın ikinci bölümünde konu ile ilgili literatür çalışmasının sonuçlarının sunulduğu genel bilgiler yer almakta, bu bölümde eczacılığın Türkiye ve dünyadaki gelişimi ve mevcut durumu irdelenmektedir. Üçüncü bölümde Türkiye’de eczacıların sorunlarını irdelemeye yönelik olarak yapılan bir araştırmanın metodolojisi, dördüncü bölümünde bulgular, beşinci bölümünde ise sonuç ve öneriler sunulmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

Giriş bölümünde ifade edildiği üzere eczane, sağlık hizmeti sunan ve eczacı tarafından idare edilmek zorunda olan bir işletmedir. Bu ifadeden de anlaşılacağı üzere eczanelerin temel nitelikleri sağlık hizmeti sunucusu olmaları ve bir işletme olmalarıdır. Diğer özellikleri ile birlikte eczacılığın daha iyi anlaşılabilmesi için bu bölümde öncelikle eczacılığın tarihsel sürecine değinilecektir. Geçmişten günümüze eczacılık mesleğindeki değişimlerden bahsedildikten sonra Türkiye'deki eczacılık hizmetleri ele alınacak ve daha sonra seçilmiş ülke örnekleri ile eczacılık hizmetlerinin çerçevesi sunulmaya çalışılacaktır.

2.1 Dünyada Eczacılığın Gelişimi

Literatürde eczacılığın ne zaman ortaya çıktığı ile ilgili kesin bilgilerin olmadığı belirtilmekle birlikte eczacılık mesleğinin ilk defa Yakın Doğu (Mezopotamya, Anadolu ve Mısır) coğrafyasında ortaya çıktığı kabul edilmektedir. İlaçların özünün bitkilerden oluştuğu eskiçağ döneminde eczacılık, bitkilerin tanınması ve bunlardan basit yöntemlerle ilaçların üretilmesi ile ilgilenmiştir. Ortaçağ dönemine gelindiğinde, İslam ülkeleri eskiçağ eserlerinden de yararlanarak özellikle anatomi, kimya, eczacılık, botanik gibi alanlarda önemli ilerleme sağlamışlardır (Baytop, 1985). Bu dönemde Avrupa ülkelerine bakıldığında ise 1240 yılında Almanya'da yapılan ve Almanya'nın politik kültürünün etkisinde olan diğer Avrupa ülkelerini de etkileyen, eczacılıkla ilgili aşağıdaki düzenlemelerden bahsedilebilir (Sonnedecker, 1963).

- Farmasötik uzmanlığının tıp uzmanlığından farklı bir uzmanlık alanı olarak kabul edilmesi,
- Eczanelerin halk sağlığı açısından önemli sağlık hizmeti merkezleri olarak kabul görmeleri ve devlet birimleri tarafından denetlenmesi,
- İlaçların tek bir biçimde ve uygun kalitede hazırlanması zorunluluğunun getirilmesi

Bu dönemde yukarıdaki düzenlemeler içinde yer aldığı ancak uygulanma konusunda kısıtlı olduğu ifade edilen iki düzenleme daha yapılmıştır. Bunlar, ilaç sayılarının sınırlandırılması ve ilaçlar için yönetim tarafından sabit fiyatların belirlenmesidir (Sonnedecker, 1963).

Yukarıda ifade edilen bu düzenlemeler 13. yüzyılın başlarında Avrupa’da eczacılığının gelişiminde önemli olarak kabul edilmektedir. Bu dönemde kişilere ait eczanelerin yanında manastır eczanelerinin de varlıklarını sürdürdükleri görülmektedir. 1528 yılında yapılan bir reformla manastır eczaneleri kaldırılırken, bu eczaneler bazı ülkelerde varlıklarını 19. yüzyılın başlarına kadar devam ettirmişlerdir (Sonnedecker, 1963). Eczacılık alanındaki asıl önemli gelişmelerin başlangıcı olarak ise XV. yüzyılda Rönesans Hareketi esas alınmaktadır. Baytop (1985) tarafından yapılan çalışmada bu dönemde eczacılığın, tıp alanından ayrılarak kimya alanına yöneldiği ve bu alanda önemli yeni düzenlemelerin yapıldığı ifade edilmiştir. Bu düzenlemeler ilaçların sadece eczacılar tarafından yapılması, eczanelerin sadece eczacılar tarafından açılması ve işletilmesi, hastane eczanelerinin sadece hastanede yatan hastalara hizmet vermesi olarak sıralanmıştır. Diğer bir düzenleme de 1777 yılında eczanelerin baharat satması ve baharatçıların da ilaç olarak kullanılan ürünleri hazırlamaları ve satmalarının tamamen yasaklanmasıdır. Bu gelişmelere paralel olarak aynı yıl Fransa’da eczacılık okulları açıldığı toplu eğitime geçildiği ve daha sonra bu okulların 1840 yılında eczacılık yüksek okulu ve 1920’de eczacılık fakültesine dönüştürüldüğü ifade edilmiştir (Baytop, 1985).

1900’lü yılların başına gelindiğinde ise karışıklı ilaçların hazırlanması görevi ile eczacıların hastaların tedavisinde vazgeçilemez bir konuma sahip oldukları görülmektedir. Bu rollerinden dolayı eczacılar bu dönemde doktorlar ile yakın ilişki içinde olmuşlardır. 2. Dünya Savaşı’ndan sonra sanayileşme hareketlerinin başlamasıyla ilaçların fabrikalarda toplu üretimine geçilmiş ve eczacılar ilaç üreticisi olma rollerini yitirmeye başlamışlardır. İlaç üretiminde yaşanan bu gelişme eczacıların tedavide etkinliğinin azalmasına ve doktorlar ile olan yakın ilişkilerinin yok olmasına yol açmıştır. Bu dönemde eczacıların hizmet alanını sınırlandıran başka zorunlu uygulamalar da söz konusu olmuştur. Örneğin; Amerika’da 1922 ile 1952 yılları arasında uygulanan Etik Yasası (Codes of Ethics) eczacıların hastalar ile reçetelerin içeriğini, tedavi edici etkilerini tartışmalarını ya da reçete yazmalarını yasaklamıştır. Yasa eczacıların tedavideki rolünü sadece, hastaları doğru uzmana yönlendirmeleri olarak sınırlandırmıştır (White ve Latif, 2006).

Bu bölüme kadar eczacıların “ilaç hazırlayan uzman” olma rolü, yani geleneksel eczacılık rolü üzerinde durulmuştur. 1950 yılına kadar doktorlar

tarafından reçete edilen ilaçların hazırlanması ve insanlara sunulması olarak tanımlanan eczacılık, bu alanda yaşanan değişimin sonucunda burada ifade edilen geleneksel rolden ayrılarak modern eczacılık olarak ifade edebileceğimiz niteliklere bürünmüştür (Buurma, 2006). Eczacılığın geleneksel rolü ilaçların birleştirilmesi ve dağıtılmasından oluşan sınırlı bir kapsama sahipken, son 40 yıl içinde eczacılık uygulamaları, ilaç sunumundan hasta bakımına doğru bir değişim yaşamıştır. Bu süreçle birlikte ilacın hazırlanmasına ve sunulmasına odaklanmış olan eczacılık faaliyetleri hasta bakımını kapsayacak şekilde genişlemiştir. Bu yeni rolün odağı hasta için ulaşılabilir olan en uygun, etkili, güvenilir ilaç tedavisinin sağlanması olmuştur. Eczacılık hizmetlerinde bu değişimi ortaya çıkaran önemli nedenlerden biri 1970 ve 1980’li yıllarda klinik eczacılık kavramının önemli bir yaklaşım olarak kabul edilmesidir. Önem kazanan klinik eczacılık yaklaşımı, hastalarla ve diğer sağlık profesyonelleri ile iletişim, hastanın değerlendirilmesi, hastaya özel danışmanlık sağlama, tedavinin etkililiğinin izlenmesi gibi faaliyetleri içermektedir. Eczacılık alanında yaşanan bu gelişmeler, ilaçların kaliteli şekilde sağlanması ve akılcı kullanımı gibi konuların da önem kazanmasıyla sağlık sistemlerinde küresel düzeyde bir değişim dönemini ortaya çıkarmıştır. Bu devam eden değişim süreci ile birlikte eczacılık rolünün tekrar tanımlanma ve düzenlenme ihtiyacı ortaya çıkmış ve farmasötik bakım kavramı gündeme gelmiştir (Wiedenmayer ve diğerleri, 2006). Farmasötik bakım, Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nin sağlık sisteminde ekonomik kriz kaynaklı büyük değişimin bir sonucu olarak 18. yüzyılda başlamıştır. Farmasötik bakım İyi Eczacılık Uygulamalarından (Good Pharmacy Practice) türemiştir ve hem hasta bakımını hem de ekonomik göstergeleri dikkate almaktadır. Burada amaç bireyler ve toplum için akılcı ve kanıta dayalı ilaç tedavisinin sağlanmasıdır (Berenguer ve diğerleri, 2004). Bireysel olarak hasta düzeyinde sunulan farmasötik bakım, ilk olarak Mikeal ve diğerleri (1975) tarafından “akılcı ve güvenli ilaç kullanımının sağlanması için ihtiyacı olan hastalara sunulan bakımdır” şeklinde tanımlanmıştır. Sonraki süreçte bu tanımda değişiklikler olmuştur. Hepler ve Strand (1990) tarafından farmasötik bakım, “Hastanın yaşam kalitesinin yükseltilmesi için hedeflenen sonuçlara ulaşılması için ilaç tedavisinin sağlanması sorumluluğudur.” şeklinde tanımlanmıştır. Uluslar arası İlaç Federasyonu (International Pharmaceutical Federation-FIP) bu tanıma yaşam kalitesinin

geliştirilmesi ve devamının sağlanmasını da eklemiştir (Wiedenmayer ve diğerleri, 2006).

Yukarıda tanımlanan, klinik eczacılık ve farmasötik bakım kavramları yakından ilişkilidir. Ancak bu iki kavramın kullanışı ülkeden ülkeye farklılık göstermekte olup ifade ettikleri sınırlar konusunda belirsizlikler vardır. Bir örnek olarak Pharmacy World Science (2005) dergisinin kabul ettiği tanımlar aşağıda verilmiştir (Franklin, 2005).

“Klinik eczacılık; hasta bakımına ve ilaç ürünlerinin akılcı ve uygun kullanımına doğrudan katkı sağlayan eczacılık uygulamalarının bir parçasıdır.”

“Farmasötik bakım; tedavi sonucunun iyileştirilmesini hedefleyen eczacı ya da eczacı ekibi tarafından sağlanan hasta odaklı ilaçla ilgili tedavidir.”

Farmasötik bakım, eczacının ilaç tedavisine karar vermede temel olan en güvenilir, basit ve ucuz ilaç tedavisinin sağlanmasıdır. Ancak geleneksel rol olan ilaçların dağıtım rolü bunların sağlanması için yeterli değildir. Farmasötik bakımda ilacın sağlanması kadar hasta ile doğru iletişimin kurulması da önemlidir. İlaçları birleştiren ve dağıtan kişi olarak algılanan eczacı bu değişim süreciyle beraber “ilaç tedavi yöneticisi (drug therapy manager) konumunu almıştır. Bu yeni anlayış, hastanın sağlığına katkıda bulunacak ve zarar vermeyecek şekilde kaliteli ürünün seçilmesi, tedarik edilmesi, depolanması, dağıtılması, hazırlanması ve yönetilmesini kapsamaktadır. Bu değişen rolün odağı hasta bakımındır. İlaç arzının sağlanması kadar danışmanlık, ilaç bilgisi sağlama ve tedavinin devamlılığının sağlanması da temel alınmıştır. Farmasötik bakım, tüm sağlık profesyonellerinin uygulanan ilaç tedavisinden sorumlu olduklarını varsayar. İlaç tedavisi diğer sağlık hizmetlerinden izole edilmiş değildir. Hastalar, doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık profesyonelleriyle beraber işbirliği içinde sağlanmalıdır. Sağlık hizmetleri sunumunda gerçekleşen bu değişim, bu hizmeti sağlayanlar arasındaki mevcut iletişimde de değişime yol açmıştır. Doktorun reçeteyi yazan, eczacının da reçeteyi hazırlayan taraf olarak kurulan ilişkilerindeki değişim bunun bir sonucudur. Farmasötik bakım ile eczacı sunulan sağlık hizmetinden sorumlu hale gelmiştir. Eczacı öncelikle hastanın ilaçla ilgili ihtiyacını tespit eder, var olan probleme ilişkin bir ya da daha fazla tedavi seçeneği oluşturur, hasta ve diğer sağlık

profesyonelleriyle birlikte çalışarak bir tedavi planı düzenler ve bu planı izler. Bu tedavi planı mümkün olduğunca basit, kanıta dayalı ve uygun şekilde var olan tedavi problemini çözmeye ve olası ilaç tedavi problemini önlemeye yönelik olmalıdır (Wiedenmayer ve diğerleri, 2006).

Toplumun sağlık düzeyinin iyileştirilmesinde sağladığı tüm faydaların yanında eczacıların uygulamalarında düzenli olarak farmasötik bakım sağlamalarının önünde bazı engeller vardır. Bu engeller arasında zaman kısıtlılığı, danışmanlık hizmetinin karşılığının ödenmesindeki sorunlar, toplum ve diğer sağlık profesyonelleri ile olan yetersiz iletişim sayılabilir (Bell ve diğerleri, 1999).

Yapılan çalışmalarda eczacıların vakitlerinin büyük bir kısmını farmasötik hizmetler dışındaki rutin faaliyetlere ayırdıkları tespit edilmiştir. Fisher ve diğerleri tarafından yapılan çalışmada Birleşik Krallıkta eczacıların zamanlarının büyük bir bölümünü ürün düzeltme ve etiketleme ile harcadıklarını ortaya konulmuştur. Bunun nedeni olarak da ülkedeki sistemin reçete hacmini ödüllendirmeye odaklı olup hasta odaklı hizmetin yeterince önemsenmemesi gösterilmiştir. Yine bu çalışmada eczacıların vakitlerinin %22'sini mesleki ve üretken olmayan aktiviteler için harcadıkları yer almaktadır (Bell ve diğerleri, 1999). Eczacıların örnekte de belirtilen hasta bakımı dışındaki faaliyetlerle daha fazla uğraşmalarına rağmen Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) eczacıların temel faaliyetleri olarak reçetelerin uygunluğunun, yasallığının ve güvenilirliğinin doğrulanması ve reçetenin hastanın tıbbi kayıtlarına uygunluğunun değerlendirilmesi olarak sıralamıştır (World Health Organization, 1994). Bu tanımda yer alan faaliyetler ile birlikte eczacı, ilaç tedavi yönetimini sağlar hale gelmiştir. İstenmeyen ilaç etkileşimlerinin ve ilaçla ilgili problemlerin önlenmesinde rol alan eczacı, reçetesiz ilaçlar, jenerik ve tedavi edici eşdeğer ilaçlar ile geleneksel, alternatif, tamamlayıcı ürünler, kan ürünleri, aşılar, tıbbi ürünler hakkında da bilgi kaynağıdır (International Pharmaceutical Federation, 2006). Birçok ülkede hastanın geçmiş ve son durumuna ilişkin tıbbi kayıtlarına ulaşabilen eczacı, elindeki veriler ile ilaç tedavi yönetiminde etkili olabilmektedir (World Health Organization, 1994). Örneğin, ABD'de eczacılar Medicaid kapsamındaki hastalar için astım, diyabet gibi hastalıkların tedavilerinin yönetimini sağlamaktadır. Avustralya'da astım ve diyabet için eczacılar tarafından uygulanan hastalık yönetimi hizmetleri geri ödeme kapsamındadır ve Portekiz'de

diyabet, astım ve hipertansiyon için eczacılar tarafından uygulanan programlar vardır. İsveç'te bütün eczaneler ilaçla ilgili problemlerin belgelendiği sistem bilgisine ve yeni ulusal ilaçla ilgili problem veri tabanı bilgisine sahiptirler (Farris ve diğerleri, 2005).

Toplum sağlığında taşıdığı önemden dolayı eczacılık mesleği ile ilgili olarak, DSÖ bünyesinde eczacılık ile ilgili bir danışma grubu oluşturulmuştur. DSÖ Eczacılık Rollerini Danışma Grubu (WHO Consultative Groups on the Role of the Pharmacist) ilk olarak 1988 yılında Yeni Delhi'de ve sonra 1993 yılında Tokyo'da toplanmıştır. 1994 yılında 47. Dünya Sağlık Kongresi ilaçların akılcı kullanımını ve ulaşılabilirliğini geliştirmeyi hedefleyen, ulusal ilaç politikalarının uygulanması ve geliştirilmesinin talep edildiği bu toplantıda, 100'ün üzerinde DSÖ üye ülkesinde geliştirilen ulusal ilaç politikaları ve iyi ilaç uygulamaları için bir çerçeve oluşturulmuştur. Eczacıların rolleriyle ilişkili olan DSÖ'nün yenilenen ilaç stratejisi (The WHO Revised Drug Strategy) 1994 yılında Dünya Sağlık Meclisinin (World Health Assembly) önergesinde yer almıştır. Bu önergede, eczacıların ilaç kullanımını kapsayan toplum sağlığındaki anahtar rolü kabul edilmiş ve bu rol ilaçların amaçları ve kullanımı hakkında bilgi sağlamak, farmasötik bakım kavramını geliştirmek ve aktif olarak hastalıkların önlenmesine ve sağlığın yükseltilmesine katılım sağlanması olarak özetlenmiştir. 3. ve 4. DSÖ Eczacılık Rollerini Danışma grupları 1997 yılında Vancouver ve 1998 de Hague şehirlerinde toplanmışlardır. İyi ilaç uygulamalarına ilişkin diğer dokümanlar "Eczanelerde ve Hastane Eczanelerinde İyi Eczacılık Uygulamaları" (Good Pharmacy Practice in Community and Hospital Pharmacy Settings) ve 1997 yılında yeniden düzenlenen 1993 yılı FIP dokümanı "İyi Eczacılık Uygulamaları Rehberi" (Guidelines for Good Pharmacy Practice) ve "Gelişmekte Olan Ülkelerde İyi Eczacılık Uygulamaları" raporu (Good Pharmacy Practice in Developing Countries) olarak sıralanabilir (Wiedenmayer ve diğerleri, 2006). Gelişmekte Olan Ülkelerde İyi Eczacılık Uygulamaları raporunda eczacılığın öncelikle hastanın refahına odaklanmaya ihtiyacı olduğu tespiti yapılmıştır. Eczacılığın başlıca faaliyetleri ise iyi eczacılığın geliştirilmesi, ilaçların dağıtımını ile ilgili faaliyetler, kendi kendine tedavi ile ilgili faaliyetler ve reçeteme ile ilaçların kullanımını kapsayan faaliyetler olarak ifade edilmiştir Gelişmekte Olan Ülkelerde İyi Eczacılık Uygulamaları raporu temel olarak dört konu üzerinde durmuştur.

Bunlar eczane çalışanları, eğitim, standartlar ile yasalar ve ulusal ilaç politikası olarak ifade edilmiştir. Standartlar başlığı altında öncelikle ilaç dağıtımında yapılan açıklamalar, ilaçların dağıtımı, ürünün içeriği, etiketleme, ürünün kullanımını gösteren tanıtıcılar (prospektüs), kayıt ve sağlık bilgisi, hasta danışmanlığı ve farmasötik bakım hizmetleri, kendi kendine tedavi ve ürünler hakkında uygulamalara yer verilmiştir (International Pharmaceutical Federation, 1997; International Pharmaceutical Federation, 1998). Dünyadaki bu gelişmelerden sonra 25 Kasım 1999 tarih ve 23887 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmeliğin 4. Maddesinin Ek 1. Maddesine göre Türkiye’de İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu yayınlanmıştır. Bu kılavuzda personel, ilaç ambalajı ve etiketleme, eczanelerde bulunan ilaçların ve tıbbi malzemelerin saklanma koşulları, ilaç sunumu hastaya yönelik talimatlar, eğitim, eczane olarak kullanılacak yerin özellikleri, eczanelerin laboratuvar bölümü ve kayıtlar olarak sıralanabilen başlıklar altında uygulamalara yer verilmiştir (Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelik, 23887 sayılı Resmi Gazete, 1999; Türkiye’de İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu, 1999).

2.2. Türkiye’de Eczacılığın Gelişimi

Dünyada eczacılık mesleği yukarıda ele alındığı şekilde gelişirken Türkiye’deki gelişmelere bakıldığında Anadolu’daki ilk eczanelerin Selçuklular dönemi hastanelerinde yer aldığı görülmektedir. Bu eczanelerden ilki 1206 yılında Kayseri’de kurulan Gevher Nesibe Sultan Şifahanesi’nde açılmıştır. İstanbul’da Avrupa’dakilere benzer ilk özel eczanenin açılması ise 18. yüzyılın ortalarına denk gelmektedir (Baytop, 1985). Eczacılık açısından Osmanlı İmparatorluğu dönemi incelendiğinde ise, eczacılığın genellikle usta-çırak ilişkisiyle yetişen eczacılar tarafından yapıldığı görülmektedir. Bununla birlikte bu dönemde, sayıları az olmakla birlikte, Paris’te ya da Pisa’da (İtalya) eczacılık eğitimi alan diplomalı eczacılar da bulunmuştur. Osmanlı İmparatorluğu’nda ilk eczacılık eğitimi ise 1839 yılında açılan “Mekteb-i Tıbbiye-i Adliye-i Şahane” içerisinde yer alan eczacı sınıfı ile başlamıştır. Burada diplomalı eczacılar yetiştirilmiştir. Ancak burada eğitim alan eczacılar sadece ordunun ihtiyacını karşılayabilmiş ve 1850 yılına kadar genellikle şehir eczaneleri

hekimler ya da usta-çırak ilişkisiyle yetişmiş eczacılar tarafından idare edilmiştir. Bu dönemde uygulanan eczacılık uygulamaları ve eczacılık eğitim sistemi Fransa'nın etkisi altında kalmıştır. Eczacılık alanında yayınlanan dergiler dahi Fransızca olarak yayınlanmış, ilaç hazırlama ve kontrol işlemlerinde Fransız Kodeksi kullanılmış ve 1861 yıllarında kabul edilen iki eczacılık nizamnamesinin hazırlanmasında 1803 yılında yürürlüğe giren Fransız Eczacılık Kanunu'ndan yararlanılmıştır. Bu nizamnamelerden 2 Şubat 1861 tarihinde yürürlüğe giren "Belediye İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname" ile eczacılık mesleğine ilişkin düzenlemeler getirilmiş, eczacılık bağımsız bir meslek olarak kabul edilmiş ve eczanelerin Avrupa düzeyine getirilmesi hedeflenmiştir. Bu amaçların gerçekleştirilebilmesi için Cumhuriyet Dönemi'nde eczacılık alanında yapılan düzenlemeler aşağıda sıralanmıştır (Baytop, 1985).

- Türk Kodeks Kanunu (no:767, tarih:03.03.1926)
- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun (no:964, tarih:24.02.1927)
- Ecza Ticarethaneleriyle Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkânlara Mahsus Kanun (no:984, 24.02.1927)
- İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar Kanunu (no:1262, tarih:14.05.1928)

1927 yılında 964 sayılı "Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun" ile eczanelerin büyük şehirlere yoğunlaşmasının önlenmesi ve eczanelerin olmadığı diğer il ve ilçelerde eczanelerin açılması, o eczanelerin mali yönden daha güçlü hale getirilmesi ve halk sağlığında etkili sağlık merkezleri haline getirilmesi hedeflenmiştir. Diğer bir düzenleme olan, 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San'atlarının tarzı İcrası Hakkında Kanun ile de Osmanlı İmparatorluğu döneminde kan, balgam ve diğer analizlerin de yapıldığı eczanelerde hasta muayene ve tedavisi ile analiz yapılması yasaklanmıştır (Baytop, 1985). 1930 yılında da 1593 sayılı Umumi Hıfzıssıhha Kanunu ile eczane bulunmayan yerlerde belediyelere eczane açıp işletme görev ve yetkisi verilmiştir (Er, 2008). Bu düzenlemelerin yapıldığı Cumhuriyet Dönemi'nde eczacılıkta Fransız etkisi azalmaya başlamıştır ve 1933 yılına gelindiğinde Alman bilim adamlarının İstanbul Üniversitesi'nde görev yapmaya başlamasıyla eczacılıkta Alman etkisi başlamıştır. Ancak Alman etkisi

dönemi çok uzun sürmemiş ve eczacılık sisteminde 1950 sonrası Anglo-Amerikan etkisi yer almıştır (Baytop, 2000).

1953 yılında halen yürürlükte olan 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun kabul edilmiştir. 1956 yılında ise eczacıların meslek birliği olarak 6643 sayılı kanunla tüzel kişiliğe sahip kamu kurumu niteliğinde Türk Eczacıları Birliği (TEB) kurulmuştur.

Türk eczacılık eğitim sistemine bakıldığında ise, Cumhuriyet Dönemi'nde eczacılık eğitimi veren tek okulun İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde yer alan Eczacı Yüksek Okulu olduğu görülür. Bu okuldan toplumun gereksinimine cevap verecek sayıda mezun verilemediği için bir dönem özel eczacılık yüksek okulları açılmış ancak daha sonra bu okullar Anayasa'ya uygun olmadığı gerekçesiyle 1971'de devletleştirilmişlerdir (Baytop, 1985). Fakülte düzeyinde ilk eczacılık eğitime ise 1961 yılında Ankara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi'nde başlanmıştır (Baytop, 2000).

2.3. Sağlık Hizmetleri Sunumunda Eczacılığın Yeri

Birçok ülkede sağlık hizmetlerinde profesyonel danışman olarak algılanan eczacılar, özellikle uzun süreli bakımda ve genel semptomların yönetiminde danışmanlık sağlayabilecek en uygun sağlık profesyoneli olarak kabul edilmektedirler. DSÖ, sağlık eğitiminde ve sağlığın iyileştirilmesinde etkili olabilen eczacıların, özellikle sağlık ihtiyacı büyük, kamu hizmeti ise sınırlı olan ülkelerde daha kapsamlı faaliyetlerde bulunabileceklerini ifade etmiştir (Smith, 1993). Bugün eczacıların sağlık hizmetlerinin sunumunda birinci sorumluluğu, istenilen ilaç tedavisi sonucuna ulaşabilmek için en uygun ilaç kullanımının sağlanması olarak ifade edilmektedir (Bentley ve diğerleri, 1998). Sahip olduğu bu sorumluluk ile eczacının sunduğu hizmetler ülkelere göre farklılık göstermekle birlikte genel olarak, hastanın ilaç öyküsünün alınması, ilaç kullanımının izlenmesi, olası ilaç etkileşimlerinin tespiti ve hekimin bilgilendirilmesi, hastaların ve diğer sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesi olarak sıralanabilir (Eraslan ve Şar, 2005). Ükelere göre değişiklik gösteren bu hizmetlerin dünya genelinde kullanılabilir ortak bir sınıflandırmasının oluşturulması için Amerika Eczacılar Birliği (American Pharmacists Association/APhA) Eczacılık Uygulamalarının Sınıflandırılması (The

Pharmacy Practice Activity Classification/PPAC) çalışmasını yayınlamıştır. Bu çalışmada göre eczacılık uygulamaları aşağıdaki şekilde sınıflandırılmıştır (Wiedenmayer ve diğerleri, 2006):

- Uygun tedavinin sağlanması ve istenilen sağlık sonucunun elde edilmesi
 - Uygun ilaç tedavisi
 - Hastanın ilaç tedavi planını anlamasını sağlamak
 - Tedavi sonuçlarını izlemek ve raporlamak
- İlaç ve diğer sağlık ürünlerinin arzını sağlamak
 - Reçeteleme ve ilaç talimatları süreci
 - İlaç ürünlerini hazırlamak
 - İlaç ve diğer sağlık ürünlerini dağıtmak
- Sağlık durumunun iyileştirilmesi ve hastalıkların önlenmesi
 - Klinik önleyici hizmetler sunmak
 - Sağlıkla ilgili konuların incelenmesi ve raporlanması
 - Toplumda güvenli ilaç kullanımının sağlanması
- Sağlık sistemi yönetimi
 - Uygulamaların yönetilmesi
 - Sağlık sisteminde ilaçların yönetimi
 - Sağlık sisteminde ilaçların kullanımının yönetimi
 - Araştırma çalışmalarına katılım
 - Disiplinler arası işbirliği sağlama

Yukarıdaki sınıflandırmadan da anlaşılacağı üzere eczacı, hastalar ve tüm sağlık profesyonellerinden oluşan sağlık ekibinin bir üyesi olarak elde edilen sağlık sonucunda sorumluluğa sahiptir. Bu nedenle eczacı, bilgisini, becerisini ve davranışını artan bu sorumluluğa uyarlamalı ve bu becerisini geleneksel farmasötik bilim ile bütünleştirmelidir (Wiedenmayer ve diğerleri, 2006). Bu bütünleşmeyi gerçekleştiren eczacı, sahip olduğu bilgiyi hastasına aktararak hastaların, tedavide kullanılan etkili modern ilaçlardan en yüksek faydanın sağlanmasını ve tedavi kaynaklı istenmeyen olayların önlenmesini sağlar. Ayrıca, bu eczacı müdahaleleri ile ilaç komplikasyonları ya da tedavi başarısızlıklarının ortaya

çıkarılmasında doktorlara gerekli bilgileri sunarak gerektiğinde tedavide değişiklik yapılmasını sağlar (Berenguer ve diğeri, 2004). Eczacının farmasötik bakım süreciyle kazandığı bu rollerinin bireylerin yaşam kalitesinin geliştirilmesi ve ilaç tedavisinden en iyi sonucun elde edilmesi için kullanabilmesi için bazı nitelikler gereklidir. Bu niteliklere ilişkin olarak DSÖ tarafından “seven-star pharmacist” olarak ifade edilen yedi özellik belirlenmiştir. Bu yedi özellik 2000 yılında FIP tarafından İyi Eczacılık Eğitimi Uygulaması (Good Pharmacy Education Practice) raporunda da yer almıştır. Bu kavram, bakım sağlayan, iletişim kuran, karar alıcı, öğretici, yaşam boyu öğrenen, lider ve yönetici olma özelliklerini kapsamaktadır. İyi Eczacılık Uygulamaları raporunda bu özelliklere araştırmacı olma rolü de eklenmiştir. Aşağıda bu yedi özellik özet olarak sunulmaktadır (Wiedenmayer ve diğeri, 2006):

Bakım Sağlayan (Caregiver): Eczacılar en yüksek kalitede bakım sağlamayı amaçlayan hizmet sunuculardır. Sağladıkları hizmetler, diğer sağlık profesyonelleri ve sağlık bakım sistemiyle devamlı ve bütünleşmiş olarak algılanmalıdır.

Karar Alıcı (Decision-Maker): Eczacılık faaliyetlerinin temeli personel, ilaç, kimyasal ürünler, donanım gibi kaynakların en uygun, etkili, güvenli, maliyet etkili kullanımını sağlamak olmalıdır. Bölgesel ve ulusal düzeyde ilaç politikalarının belirlenmesinde önemli rol oynarlar.

İletişim Sağlayan: Eczacı hasta ile doktor (reçeteyi yazan) arasında iletişim sağlamak için en uygun pozisyonadadır. Yeterli ve güvenilir bilgisi ile eczacı toplum ve diğer sağlık personeli için ilaçla ilgili gerekli bilgilendirmeyi sağlar. İletişim sözlü, sözlü olmayan, yazma, dinleme vb. şekillerde sağlanabilir.

Yönetici (Manager): Eczacı, kaynakları ve bilgiyi etkili olarak yönetebilmelidir.

Yaşam Boyu Öğrenen (Life- Longer Learner): Eczacının mesleki yaşamı boyunca ihtiyaç duyacağı deneyim ve bilgiyi okulda sağlamak mümkün değildir. Eczacılar bilgi ve becerilerini nasıl güncel tutabileceklerini öğrenmelidirler.

Öğretici (Teacher): Topluma ve mesleğe yeni başlayan eczacılara bilgi aktarımını sağlamakla sorumludurlar.

Lider (Leader): Eczacı vizyon ve liderlik becerisine sahip olmalıdır.

Araştırmacı (Researcher): Araştırmacı bir eczacı sağlık hizmetinin hatasız olarak sunulması için toplumun ve diğer sağlık profesyonellerinin bilgilendirilmesini sağlar.

Yukarıda ifade edilen bu özelliklerle tanımlanan eczacılar, hastanın ilgilenilen hastalığı dışındaki diğer tıbbi durumları, kullandıkları diğer ilaçlar, yaş gibi kişisel özelliklerini de dikkate alarak reçetenin uygunluğunu değerlendirirler. Hasta ile iletişimin devamlılığını sağlayarak tedavinin etkililiğini, olası yan etkileri ortaya çıkarırlar, gerektiğinde sonuçları doktorlara bildirirler ve böylece hastaların iyileşmelerinde etkili olurlar (Berenguer ve diğerleri, 2004). Yapılan araştırmalarda eczacının sunduğu danışmanlık hizmeti ve hasta ile kurduğu iletişim sayesinde en uygun ilaç tedavisi ile klinik çıktılarda iyileşme sağlandığı ortaya konulmuştur. Ayrıca eczacının doktorla da iletişim kurarak, tedavide ilaç ve doz uygunluğu, daha az pahalı ilaç tedavi planlarının hazırlanması, klinik göstergelerin takibi gibi gelişmeleri de sağlayacağı ifade edilmektedir (Altavela ve diğerleri, 2008). Örneğin, Amerika'da 89 eczane ile yapılan bir çalışmada, 33011 yeni reçetenin 623'üne (%1,9) müdahalede bulunduğu ve yapılan 176 (%0,53) müdahalenin hastaların zarar görme olasılığını engellediği ifade edilmiştir. Benzer çalışmalar Avustralya, Kanada, Yeni Zelanda, Güney Afrika ülkelerinde de yapılarak eczanelerde verilen hizmetin önemi vurgulanmıştır (Hawksworth, 1999). Ayrıca eczacılar sundukları danışmanlık hizmeti ile sağladıkları diğer bir yarar ise, sağlık hizmeti maliyetlerinin kontrolüne ve azalmasına da katkıda bulunmalarıdır. Bunu, hastaların ilaç tedavisine uyumunu artırarak, ilaçla ilgili oluşan hastalıkları ve hastane yatışlarından kaynaklanan gereksiz harcamaları azaltarak gerçekleştirmektedirler (Siganga, 1992). Eczacılar sağladıkları danışmanlık hizmeti ile reçete ile ilgili maddi israf, aşırı doz, ilaç nedenli hastalık, ölüm gibi istenmeyen olayların ve bunların sonucunda oluşacak maddi kayıpların azaltılmasında da etkili olabilirler (Resnik ve diğerleri, 2000). Ayrıca, eczacılar jenerik ikame yapabildiklerinde ve finansal teşvikler ile bu

faaliyetleri desteklediğinde ilaç harcamalarında tasarruf elde edilmesini de sağlayabilirler (Kanavos ve diğerleri, 2005). Eczacılık hizmetleri ile bu tasarrufların sağlanmasında eczacıların hizmet karşılıklarının ödenmesi de çok önemlidir. Örneğin; Avustralya'da klinik müdahalelerin ekonomik etkileri üzerine yapılan bir çalışmada klinik müdahaleler için yeterli eğitimi almış ve sağladığı klinik hizmetlerin karşılığı ödenen bir grup eczacı ile bu konuda eğitim almamış ve hizmet karşılığında bir ödeme yapılmayan bir grup eczacının etkililiği değerlendirilmiştir. Bu çalışmada ilk grubun diğer gruba göre altı kez daha fazla (15 milyon Avustralya doları) tasarruf sağladığı ifade edilmiştir. Benzer bir çalışma sonucunda da ABD'de 100 milyon dolar (ABD \$) tasarruf sağlandığı sonucuna ulaşılmıştır. Eczacılık hizmetleri, sağlanan bu tasarruflar yanında daha fazla kaynağa gerek duyulmadan sağlık hizmetlerinde kalite artışı da sağlayabilir. Böylece daha iyi sağlık sonucuna ulaşılmasının yanında, israfın azalması, daha önce yapılan faaliyetlerin tekrarlanmasının ve gereksiz çalışmaların önlenmesi, maliyetlerin azalması gibi faydalar da elde edilebilir (Wiedenmayer ve diğerleri, 2006).

Eczacının toplum sağlığında önemli olmasının diğer bir nedeni de, hastaların en kolay ulaşabildikleri ve ilaç tedavisine başlamadan önce iletişime geçtikleri son sağlık hizmeti sunucusu olmalarıdır. Eczacılar ilaçla ilgili problemlerin oluşmasının önlenmesi, problemin tanımlanması ve çözülmesini sağlayarak istenilen sağlık sonucunun elde edilmesine katkı sağlarlar (Planas ve diğerleri, 2005). Eczacılar bireylere uzman olmayan kişiler tarafından anlaşılacak sadelikte, teknik olmayan düzeyde bilgi sağlarlar. Bu danışmanlık hizmeti ile hastanın ilaç tedavisine uyumu artırılabilir (Chandra ve diğerleri, 2003). Profesyonel eczacılık uygulamaları hasta merkezli yaklaşımı ile ekonomik göstergelerin ve sağlık göstergelerinin gelişimini, yaşam kalitesinin geliştirilmesini sağlar, ilaçla ilgili istenmeyen olayların, ilaç kaynaklı hastalık ve ölümlerin azalmasına katkıda bulunur (Wiedenmayer ve diğerleri, 2006). Eczacılar hastalar tarafından ilaç tedavisine uyumunun, tedavi değerlerinin ve kısıtlılıklarının anlaşılmasını sağlayarak onların yaşam kalitesini geliştirirler. Eczacının yaşam kalitesinin geliştirilmesindeki rolleri; kendilerinin ve diğer eczane çalışanlarının eğitiminin sağlanması, hasta tarafından fark edilmeyen semptomların tespiti, hasta şikâyetleriyle ilgili olarak diğer sağlık profesyonelleri ile

iletişimin sağlanması ve bu konuda önerilerde bulunma, hastanın ilacın etkisi konusunda bilinçlendirilmesi olarak sıralanabilir (Smith, 1993).

Teorik olarak eczacıların danışmanlık rolleriyle sağladığı bu yararlar bilinmesine rağmen uygulamada bu rollerini yeterince gerçekleştirmediklerine dair bulgular vardır. Örneğin; McElnay (1993) eczanelerin hastalar tarafından sadece reçeteli veya reçetesiz ilaçların temini amacıyla kullanıldığını ifade etmektedir. Bunun temel nedenlerinden biri eczanelerin ilaç ve ilaç olmayan diğer tıbbi ürünleri satan ticari bir işletme olma niteliğinin hasta odaklı eczacılık hizmetleri kavramı ile farklılıklar taşıması olarak ifade edilmiştir (Harris ve diğerleri, 1997). Uygulamada bu durum, eczacıların etik davranış ile ticari yaklaşımları arasında çatışmaları gündeme getirmektedir. Bu ve benzeri durumlara karşı Amerika Farmasötik Birliği tarafından eczacıların profesyonel sorumluluklarını öne çıkaran Amerika Farmasötik Birliği Etik Yasası (The American Pharmaceutical Association's Code of Ethics) yürürlüğe konulmuştur. Yasaya göre: (Resnik ve diğerleri, 2000).

- Bir eczacı hasta ile eczacı arasındaki sözleşmeli ilişkiden sorumludur.
- Eczacı her hastanın haysiyetinden ve özerkliğinden sorumludur.
- Eczacı merhametli ve güvenli bakımla her hastanın iyiliğini yükseltir.

Yukarıda ifade edildiği gibi eczacıların sağlık uzmanı olmaları yanında ilaç ve ilaç olmayan diğer ürünleri satan ticari bir işletme sahibi olma özellikleri ve sundukları hizmetlerin kapsamının ülkelere göre farklılık göstermesi nedeniyle hangi sağlık hizmeti sınıfında yer aldığına ilişkin fikir birliği yoktur. Bazı ülkelerde eczacıların yer aldığı sağlık hizmeti sınıfı açıkça belirtilmezken, İngiltere gibi bazı ülkelerde eczacılar birinci basamak sağlık hizmetleri içinde yer almaktadırlar (Wiedenmayer ve diğerleri, 2006). Türkiye’de de eczaneler birinci basamak sağlık kuruluşları olarak tanımlanmıştır (Sağlık Uygulama Tebliği, 27012 sayılı Resmi Gazete, 2008). Eczacıların sundukları hizmet kapsamına bakıldığında birinci basamak sağlık hizmeti olarak sınıflandırılacak hizmetler bulunmaktadır. Eczacılar hastalar kadar sağlıklı insanlarla iletişim kuran profesyoneller oldukları için hastalıkların önlenmesi ve sağlığın iyileştirilmesinde önemli bir yere sahiptirler. Örneğin eczaneler, sigara bırakma programlarının uygulanmasında ideal merkezlerdir (Sinclair ve diğerleri, 2004). Bu hizmetlerin yanında doğrudan tedaviye yaptıkları müdahaleler de bulunmaktadır. 1995 yılında Chin, Muller ve Lucarelli

tarafından eczacıların müdahalelerinin %18'inin reçetelerin hastaya açıklanması ve değiştirilmesi, %16'sının ilacın vücutta etkisinin anlatılması, %13'ünün hastanın özellikleri hakkında değerlendirmelerde bulunulması şeklinde gerçekleştiği ifade edilmiştir. Bu müdahaleler sonucunda ilaç zehirlenmelerinde %41, ilaç etkileşimlerinde %16 azalma sağlandığı ve hastaların tedaviye uyumunda %8 oranında artış sağlandığı belirtilmiştir (Chandra ve diğerleri, 2003).

Örnekte de görüldüğü gibi günümüzde eczacılık uygulamaları önemli ölçüde danışmanlık hizmetini de kapsamaktadır. Buradaki temel amaçlardan biri de ilaçların güvenli kullanımını sağlamaktır. Bunu sağlayabilmek için eczacı (Baydar, yy);

- İlaç tedavisi hakkında hastanın anlayabileceği şekilde bilgi sağlamalıdır,
- Hastayı ilaç kullanımı hakkında bilinçli davranmaya yönlendirmelidir,
- İlaç dozu ve kullanım süresinin doğruluğunu değerlendirmelidir,
- İlaç etkileşimlerini gözlemlemelidir,
- İlaç kullanım talimatlarını gözen geçirmelidir ve bu talimatların okunaklı olarak yazılı ve sözlü açıklamaları yapılmalıdır,
- İlaç tedavisindeki karışıklıkları açıklamalıdır,
- Hastayı gerektiği düzeyde bilgilendirmeli ve onu gözlemlemelidir,
- Gerektiğinde, ilaç kullanımını açıklayıcı unsurlar (örn. Takvim işaretleme gibi) kullanılmalıdır, Kontrolsüz ilaç kullanımı ile mücadele edilmelidir.

Eczacıların güvenli ilaç kullanımındaki bu görevlerini yerine getirmeleri çok önemlidir. İlaç hataları, hem manevi hem de maddi açıdan önemli kayıplara yol açabilmektedir. Yaygın olarak görülen ve maliyetli olan bu kayıplara yol açan problemler önlenmez ya da çözülmez ise hastalık ya da ölümlerle sonuçlanabilir. ABD'de 2000 yılında ilaç kaynaklı sağlık problemleri için ayakta bakım merkezlerinde yapılan harcama yaklaşık 177,4 milyon \$ olarak tahmin edilmiştir. Bu maliyetlerin en büyük yüzdesini yaklaşık %70'lik oranla hastane başvuruları oluşturmaktadır. 1996 ile 1999 arasında dünya genelinde yayınlanan çalışmalarda yaklaşık olarak hastane başvurularının %7,1'inin ilaç tedavisi ile ilgili olduğu yer almaktadır (Planas ve diğerleri, 2005). Ayrıca günümüzde yaşlı nüfusun artması ile birlikte yaşlıların genellikle aynı anda birden fazla ilaç kullandıkları için ilaç hataları riski de artmaktadır. Bu ilaç hataları çoğu zaman, eczacılar tarafından uygulanan farmasötik bakım hizmetleri ile önenebilir niteliktedir (Sturgess ve diğerleri, 2003).

Çok sayıda çalışmada hastane yatışlarının %4 ile %6 arasında ilaçla ilgili problemlerden kaynaklandığı ifade edilmektedir. İlaçla ilgili bu problemlerin 1/3'ü reçete yazım sürecinden ve ilaç verme sürecinden kaynaklanmakta olup önlenabilir düzeydedir. Bu problemlerin önlenmesi için doktor, hemşire ve eczacıların birlikte çalışmaları gerekmektedir (Chamba ve diğerleri, 1999). Burada eczacının sorumluluğu reçetelenen yeni ilaçların güvenli ve uygun şekilde sunumunu sağlamaktır. Kaliteli farmasötik bakımın sorumluluğunu alan eczacı, ilaçların dağıtımını ve kullanımındaki pozisyonları ile uygun olmayan ilaç tedavileri sonucu oluşabilecek istenmeyen durumları engeller. Sonuç olarak, oluşabilecek ilaç hatalarını önlemek için reçetelerin gözden geçirilmesi ve gerektiğinde müdahale edilmesi eczacının profesyonellik ve etik açıdan yasal sorumluluğudur. Eczacının reçeteleri gözden geçirme sürecinde 4 mesleki rolü bulunmaktadır. İlki; reçetede bulunan talimatların yasallığının ve eksiksizliğinin kontrol edilmesidir. İkincisi, ilaç tedavisinin devamlı yönetimi, bilgi sağlama ve uygun doz sağlamadır. Üçüncüsü, hastanın tükettiği yiyecek ve içeceklerle ilaç tedavisini fiziksel ve kimyasal uygunluğunun değerlendirilmesidir. Son rolü ise, hastanın daha önce kullandığı ilaçlar ve devam eden ilaç tedavileri ile reçetede bulunan ilaçların uygunluğunun sağlanması sorumluluğudur (Rupp ve diğerleri, 1992).

Yukarıda da ifade edildiği gibi eczacılık mesleğinin asıl odağı sağlık hizmetlerinin sunumudur. Bu bölümde genel olarak eczacılık hizmetlerinin kapsamı ve içeriğinden bahsedilmiş ve sağlık hizmeti sunumundaki rolleri ortaya konulmuştur. Bir sonraki bölümde bu bilgiler çerçevesinde Türkiye'deki eczacılık hizmetleri ele alınacaktır.

2.4. Türkiye'de Eczacılık Hizmetleri

Bir önceki bölümde eczacılığın Türkiye'deki gelişme süreci anlatıldıktan sonra bu başlık altında önce bazı sayısal verilerden de yararlanılarak günümüzdeki eczacılığa ilişkin genel bazı bilgiler verilecek, daha sonra eczacılıkla ilgili düzenlemelerden bahsedilecektir.

2.4.1. Türkiye’de Eczacılık Hizmetlerinde Sayısal Durum

Eczacılık hizmetleri, her geçen gün sağlık hizmetleri sunumunda kazandıkları önemle birlikte bir uzmanlık alanı olarak algılanmaya başlanmış ve gerekli eğitimi alan kişilerce sağlanması gereken bir hizmet halini almıştır. Bu nedenle, ilk dönemlerde usta çırak ilişkisi içinde öğrenilen eczacılık, günümüzde eczacılık fakültelerinde verilen eğitimleri tamamlayarak diplomalarını alan eczacılar tarafından gerçekleştirilmektedir. Türkiye’de eczacılık eğitiminin taşınması gereken özellikler Doktorluk, Hemşirelik, Ebelik, Diş Hekimliği, Veterinerlik, Eczacılık ve Mimarlık Eğitim Programlarının Asgari Eğitim Koşullarının Belirlenmesine Dair Yönetmelikte belirlenmiştir. Bu yönetmelikte eczacılık eğitiminin bir üniversitede tam gün üzerinden en az dört yıllık teorik ve 6 aylık pratik eğitimden oluştuğu belirtilmiştir. Ayrıca bu eğitimin içermesi gereken asgari dersler de ek bir liste ile yönetmelikte belirtilmiştir. Türkiye’de eczacılık eğitimi bu yönetmelik doğrultusunda 13 üniversite bünyesinde yer alan eczacılık fakülteleri tarafından verilmektedir. Eğitim süresi ilk önce 3, daha sonra 4 yıl olarak belirlenmiştir ve günümüzde Avrupa Birliği ile uyum programı çerçevesinde 5 yıl (2005 yılından itibaren) olarak uygulanmaktadır.

Eczacılık eğitimini başarıyla tamamlayarak mesleki unvanlarını kazanan eczacılar mesleklerini kamu hastane eczanelerinde, ilaç firmalarında, ecza depolarında, akademisyen olarak ya da kendi açtıkları eczanelerde icra etmektedirler. Çalışma alanlarına bakıldığında ise eczacılar arasında eczane açma eğiliminin yüksek olduğu görülmektedir. Oransal olarak bakıldığında da Türkiye’de eczacılık, diş hekimliği ile birlikte sağlık hizmetleri sunumunda özel sektörde çalışma oranı en yüksek olan mesleklerden biridir. 2002 yılına ilişkin Sağlık Bakanlığı’nın Türkiye’de kurumlara göre sağlık insan gücü dağılımı istatistiklerine göre eczacıların özel sektörde çalışma oranı %89’dur. Kamu sektöründe çalışma oranı ise %11’dir. Eczacıların özel sektörde çalışmayı tercih etmelerinin çeşitli sebepleri bulunmaktadır. TEB tarafından 2002 içinde yayına hazırlanan “Sağlık, Eczacılık, İlaç, TEB” adlı yayında eczacıların mesleklerini açtıkları eczanelerde icra etmelerinin nedenleri; eczane açılmasını sınırlayan yasa hükümlerinin olmaması, TEB ve bazı bankaların kredilerinin elverişli olması, ilaç alımlarında ecza depolarının sağladığı avantajlar, eczanelerin küçük sermaye ile kurulabilmeleri

olarak sıralanmıştır. Bu yayında eczacıların kamu sektöründe çalışmayı tercih etmemesinin nedeni olarak da kamuda çalışan eczacıların özlük haklarında gerileme gerçekleşmesi gösterilmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2002). Tablo 2.1’de 2008 TEB verilerine göre eczacıların çalıştıkları sektörlerle ait rakamlar yer almaktadır.

Tablo 2.1. Farklı Çalışma Alanlarında Yer Alan Eczacıların Sayıları ve Toplam İçindeki Oranları

Çalışma Alanı	Eczacı Sayısı	Yüzde
Depoda Çalışan	196	0,64
Kamuda Çalışan	3.558	11,58
İlaç Sanayide Çalışan	95	0,31
Mesleğini Yapmayan	2.757	8,97
Serbest Eczacı	24119	78,50
Toplam	30.725	100

Kaynak: Türk Eczacıları Birliği, 2008

Tabloya 2.1’de yer alan verilere göre 2008 yılı itibariyle toplam eczacı sayısı 30725’dir. Çalışma alanlarına ve yüzdelere bakıldığında ise eczacıların büyük bir oranının (%78,50) serbest olarak çalıştığı ve ikinci çalışma alanlarının ise kamu sektörü (%11,58) olduğu görülmektedir. Serbest olarak çalışan eczacıların bölgelere göre dağılımına ait veriler Tablo 2.2’de verilmiştir.

Tablo 2.2. Bölgelere Göre Eczacı Sayısı ve Toplam İçindeki Yüzdeleri (2008)

Bölge	Eczane Sayısı	Yüzde
Marmara	7.754	32,0
İç Anadolu	4.381	18,0
Ege	4.046	17,0
Karadeniz	2.295	10,0
Doğu Anadolu	1.033	4,0
Güneydoğu A.	1.408	6,0
Akdeniz	3.202	13,0
Toplam	24.119	100

Kaynak: Türk Eczacıları Birliği, 2009 (Bu veriler Türk Eczacılar Birliği’nden alınmıştır.)

TEB'den sağlanan verilerle hazırlanmış Tablo 2.2'e bakıldığında görüldüğü üzere 2008 yılı itibarıyla Türkiye'de toplam 24119 eczane bulunmaktadır. Bu eczanelerin bölgesel dağılımına bakıldığında ise nüfusla orantılı olarak eczanelerin Marmara bölgesinde yoğunlaştığı görülmektedir. Eczanelerin en çok bulunduğu ilk üç şehir sıralandığında; birinci sırada 5.065 eczane ile İstanbul, ikinci sırada 2.095 eczane ile Ankara ve son olarak da 1.820 eczane ile İzmir yer almaktadır. Bu illerde eczacı başına düşen kişi sayısı ise İstanbul'da 2.507, Ankara'da 2.171 ve İzmir'de 2.086'dır. En az eczanenin bulunduğu şehirler arasında ise Tunceli (16 eczane), Ardahan (17 eczane) ve Bayburt (18 eczane) yer almaktadır. Bu illerdeki eczacı başına düşen kişi sayısı da Tunceli'de 5.403, Ardahan'da 6.602 ve Bayburt'ta 4.204'dır. Bu verilerden eczanelerin nüfusun kalabalık olduğu şehirlerde yoğunlaştığı görülmekle birlikte bölgeler arasında hizmet ulaşımındaki eşitliğin ortaya konulabilmesi için Tablo 2.3'de bölgelere göre eczane başına düşen nüfus verilerine yer verilmiştir.

Tablo 2.3. Bölgelere Göre Eczane Sayısı ve Eczane Başına Düşen Kişi Sayısı

Bölgeler	2000 ¹		2006 ²		2008 Yılı ³	
	Eczane Sayısı	Eczane Başına Düşen Kişi Sayısı	Eczane Sayısı	Eczane Başına Düşen Kişi Sayısı	Eczane Sayısı	Eczane Başına Düşen Kişi Sayısı
Ege	3.390	2.460	3758	3423	4.046	2.320
Karadeniz	1.860	4.537	2123	4080	2.295	3.260
Marmara	7.198	2.411	7105	2884	7.754	2.714
İç Anadolu	3.644	3.193	4101	3117	4.381	2.616
Akdeniz	2.419	3.604	2904	3423	3.202	2.864
Güneydoğu A.	1.148	5.761	1298	5918	1.408	4.830
Doğu A.	763	8.050	863	7778	1.033	5976
Toplam	20.422	3.500	22152	3.422	24.119	2.943

¹: Türk Eczacıları Birliği, 2002

²: Türk Eczacıları Birliği, 2007

³: Türk Eczacıları Birliği, 2008 (Eczane başına düşen nüfusun hesaplanmasında 2007 yılı adrese göre kayıt sistemine göre nüfus sayımı verileri kullanılmıştır.).

Yukarıdaki tabloda yer alan verilere göre 2000 yılından 2008 yılına kadar eczane sayısında %18 civarında artış yaşanmıştır. Türkiye’de 2000 yılı verilerine göre yaklaşık olarak bir eczaneye 3.500, 2006 ise 3.422 kişilik bir nüfus düşerken, 2008 yılında bir eczaneye yaklaşık 2.943 kişi düşmektedir. Eczane başına düşen kişi sayısı yıllara göre azalış eğilimi göstermekle birlikte, bölgeler arasındaki eczane başına düşen nüfus farklılıkları devam etmektedir. Eczaneler özellikle büyük şehirlerde yoğunlaşmakta, 2000 yılı verilerine göre eczanelerin %35’i ve 2008 yılı verilerine eczanelerin % 37’si üç büyük ilde (İstanbul, Ankara, İzmir) bulunmaktadır (Türk Eczacıları Birliği, 2002; Türk Eczacıları Birliği, 2007).

2.4.2. Türkiye’de Eczacılık Hizmetleri ile ilgili Düzenlemeler

Ülkelerin sağlık hizmetlerinin üretimi, sunumu ve finansmanı uygulamalar açısından farklılıklar göstermektedir. Sağlık hizmetleri sunumu açısından Türkiye’nin merkeziyetçi bir yapısının olduğu söylenebilir. Ülkenin bütünündeki sağlık hizmetlerinin sunumuna yönelik uygulamalar ve düzenlemeler Sağlık Bakanlığı’nın sorumluluğundadır. Bakanlık, sağlık hizmetlerinin koordinasyonunu bünyesindeki birimlerle ve uygulamadaki düzenlemelerle sağlamaktadır. Bu birimlerden biri de sunduğu hizmetin niteliği açısından koruyucu ve tedavi edici hizmetleri bünyesinde taşıyan eczacılık hizmetlerine yönelik uygulamalarını yerine getiren İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü’dür. Müdürlüğün görevleri, ilaçların üretiminden dağıtımına kadar olan sürecin düzenlenmesi ve denetlenmesi olarak belirlenmiştir (Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, 18251 sayılı Resmi Gazete, 1983).

Sağlık hizmetlerinin bir parçası olan ilaç, toplum sağlığının önemli girdilerinden biridir. Bu nedenle sağlık sistemlerine olan müdahalelerle uyumlu olarak ilaç ve eczacılık hizmetlerine ilişkin düzenlemeler de yapılmaktadır. Bu düzenlemelere göre, ilaç dağıtımı, ayakta hastalar için serbest olarak çalışan eczaneler, yatan hastalar için ise hastane eczaneleri tarafından yapılmaktadır (Devlet Planlama Teşkilatı, 2007). Eczaneler ve hastane eczaneleri, hastalara ulaştırdıkları ilaçları ecza depoları aracılığıyla ya da firmalardan doğrudan satın alarak temin ederler ve bu ilaçların uygun şekilde dağıtımını sağlamaktadırlar (Özcan, 2007).

İlaç dağıtımında en etkin taraf olan eczanelerin açılabilmesi için öncelikle belirlenen belgelerle yetkili kurumdan izin alınması gerekmektedir. Eczanelerin açılış, nakil, devir ve ruhsat iptali işlemleri 2008 yılında yapılan değişiklik ile İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'nden, Valilikler/İl Sağlık Müdürlükleri'ne devredilmiştir (2009/27 sayılı Eczanelere İlişkin İşlemler Hakkında Genelge, 2009).

Eczanelerin çalışma usul ve esaslarına yönelik detaylar mevzuatla kurallara bağlanmıştır. Bu amaçla çıkarılan temel düzenlemelerden biri 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun'dur. Bu kanunda eczacılık tanımı yapılarak, eczacılar ve eczaneler ile ilgili genel kurallar, ne şekilde denetim yapılacağı ve hükümlere uyulmadığı takdirde uygulanacak cezalar tespit edilmiştir. Kanunda, ilaç dağıtımına ilişkin sınırlar da belirlenmiştir. İlaç dağıtım görevi asıl olarak eczanelere ve hastane eczanelerine ait olmakla birlikte, 6197 sayılı kanunda bazı özel şartlarda bölgedeki sağlık müdürlüğü tarafından izin verilebilecek ilaç dağıtım usullerine yer verilmiştir (14. ve 15. maddeler). Burada hangi koşullarda belediye, hayır cemiyetleri, çeşitli işletmeler, doktor ve veterinerler tarafından ilaç dağıtımına izin verileceğine ilişkin hususlar sıralanmıştır. Ancak bu tür uygulamalara zorunluluk durumunda izin verilebilmektedir. Kanunda özel şartın ortadan kalkması durumunda uygulamanın kendiliğinden sona ereceği belirtilmiştir. 6197 sayılı yasaya dayanılarak hazırlanan Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte de eczanelerin açılmasına yönelik sınırlamalar getirilmiştir ve kanunda belirtilen kurumlar dışında hiçbir kurumun eczane açamayacağı ifade edilmiştir (6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, 8591 sayılı Resmi Gazete, 1953).

Yukarıda bahsedilen hükümlerden anlaşılacağı üzere eczacılık hizmetlerinin bir eczacı idaresindeki eczane tarafından sunulması esastır. Çoğunlukla bütün ülkelerde bu esas temel olmakla birlikte eczanelerin hizmet alanları ülkelere göre farklılıklar göstermektedir. İngiltere'de eczacılık hizmetleri birinci basamak sağlık hizmeti olarak sınıflandırılmaktadırlar. Türkiye'de 2008 Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) 29.01.2009 tarihinde yapılan değişiklik ile eczaneler birinci basamak sağlık kuruluşu olarak tanımlanmıştır (2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 27125 sayılı Resmi Gazete, 2009). Eczanelerin kimlerin sorumluluğunda idare edileceği konusunda da farklılıklar yaşanmaktadır. Bazı ülkelerde (Hollanda, Norveç, İngiltere

vb.) eczane sahibi olmak için her hangi bir eğitim ya da meslek ölçütü getirilmezken bazı ülkelerde (Fransa, Almanya, Yunanistan, İtalya vb.) sadece eczacılık eğitimi alanların eczane sahibi olmasına izin verilmektedir (Türk Eczacıları Birliği, 2006). Türkiye’de eczacıların mesul müdürlük hakkı yasayla sadece eczacılık eğitimini tamamlayanlara verilmiştir. Eczane açılmasına yönelik kurallar, 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanunun 5. maddesi ile Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte düzenlenmiştir. Öncelikle 6197 sayılı kanunun 5. maddesi ile Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğin Eczane Açmanın Usul ve Esasları bölümünde eczane açılabilmesi için onaylı diplomanın olması zorunluluğu getirilmiştir. Ayrıca yönetmeliğe göre eczane açılabilmesi için Bölge Eczacı Odası tarafından eczacılık ile ilgili kanunlara uygun olduğu ve muvazaalı olmadığı hususunda verilmiş değerlendirme raporu da sağlanmalıdır. Kanunun cezalar bölümünde ise, yasada belirtilen şartlara uyun olarak ruhsat alınmadan eczane açıldığında hapis ve para cezasına çarptırılacakları ve bu fiillerin eczacı olmayan kişilerce gerçekleştirilmesi durumunda cezaların yarı oranında artırılacağı ve bu eczanelerin derhal kapatılacağı belirtilmiştir (6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, 8591 sayılı Resmi Gazete, 1953; Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, 21374 sayılı Resmi Gazete, 1992). Ancak yukarıda ifade edilen tüm bu düzenlemelere rağmen uygulamada muvazaalı eczane olarak adlandırılan ve diploma kiralama yöntemi ile gerekli eğitimi almayan kişilerce idare edilen eczaneler de bulunmaktadır. Bu uygulamanın engellenmesine yönelik, TEB kanununda da çeşitli düzenlemeler yer almaktadır. 6643 sayılı kanunun 20. maddesinde (a bendi) eczacı odalarında bulunan idare heyetinin görevleri arasında kanun haricinde menfaat temin etmek maksadıyla gerek aza ve gerek meslek mensupları ile başka şahıslar arasında gizli anlaşmalar yapılmasına ve muvazaa yoluyla müesseseler kurulmasına mani olmak ve (m bendi) eczacılık ile ilgili kanunlar ve yönetmelikler ile Deontoloji Tüzüğü hükümlerinin ve Oda ve Birlikçe alınmış mesleki kararların gerektiği şekilde uygulanıp uygulanmadığını belirlemek için, eczacıların çalışmalarını ve iş yerlerini denetlemek yer almaktadır. Bu denetimlerde de esas alınmak üzere, eczacılık hizmetlerinin yerine getirilmesinde uyulması gereken kuralların belirlenmesi için 6643 sayılı kanuna dayanılarak Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü çıkarılmıştır (6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanun,

9223 sayılı Resmi Gazete, 1956; Türk Eczacıları Deontoloji Tüzüğü, 12961 sayılı Resmi Gazete, 1968)

6197 sayılı yasaya göre her bir eczacı sadece bir eczane sahibi olabilmekte ya da mesul müdürlük sorumluluğunu alabilmektedir (18. madde). Hükümlerle, bazı ülkelerde görülen eczacı-eczacı ortaklıkları ya da zincir eczane yapılanması da engellenmiştir. Ayrıca eczane dışındaki satış merkezlerinde de ilaç satışına izin verilmemektedir. 6197 sayılı kanunun 43. maddesinde “Zehirli veya kimyevi maddelerle tıbbî ecza ve müstahzarların müsaadesiz satılması yasaktır. Bunları müsaadesiz satan veya satmak üzere dükkânında bulunduranların Türk Ceza Kanununun 193. maddesine göre cezalandırılacaktır.” hükmü yer almaktadır (6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun, 8591 sayılı Resmi Gazete, 1953).

Eczanelerin çalışma usullerinde belirleyici olan diğer bir unsur da meslek birliğidir. Farklı şehirlerde birbirlerinden bağımsız olarak hizmet veren eczanelerin temsilcisi olarak, 1956 yılında 6643 sayılı Türk Eczacıları Birliği Kanunu ile TEB kurulmuştur. TEB web sayfasında bu birlik, “...müşterek ihtiyaçları karşılamak, mesleki faaliyetlerini kolaylaştırmak, mesleğin genel menfaatlerine uygun olarak gelişmesini sağlamak, meslek mensuplarının birbirleri ile halk ile olan ilişkilerinde dürüstlüğü ve güveni hakim kılmak üzere meslek disiplini ve ahlakını korumak maksadı ile kanunla kurulan ve organları kendi üyeleri tarafından kanunda gösterilen usullere göre yargı gözetimi altında, gizli oyla seçilen kamu tüzel kişiliğidir.” şeklinde tanımlanmıştır. Merkezi Ankara’da bulunan bu kuruluş çeşitli illerde bulunan 51 Eczacı Odası ile üyelerine hizmet vermektedir. TEB kuruluşunun ve bünyesindeki eczacı odalarının teşkilat yapıları ve vazifelerine ilişkin hükümler 6643 sayılı kanunla düzenlenmiştir. Kanunda belirtildiği üzere, mesleğini olarak icra eden veya özel kuruluşlarda eczacılıkla ilgili hizmetlerde çalışacak eczacıların işe başlamadan önce buldukları ilin eczacı odasına kaydolmaları ve üyelik ödevlerini yerine getirmeleri zorunludur (6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanun, 9223 sayılı Resmi Gazete, 1956; Türk Eczacıları Birliği, 2009) .

Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile 2003 yılı itibariyle Türkiye’de sağlık sisteminde önemli değişimlerin uygulamaya koyulduğu bir süreç başlamıştır. Reform döneminde yapılan bu değişikliklerinin anlaşılabilmesi için öncelikle 2003 öncesi dönemde sağlık sistemi unsurlarının incelenmesinde fayda vardır. Bu dönemdeki

sağlık sistemi incelendiğinde, sağlık hizmetleri sunumunun ve finansmanının farklı kesimler için çeşitli kurumlar tarafından sağlandığı görülmektedir. Bu yapıda, ücretli, maaşlı ve serbest çalışanlar ile emeklileri kapsayan Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Emekli Sandığı (ES) ve Bağ-Kur olmak üzere üç temel sigorta kurumu tarafından hizmet sağlanmıştır. Bu sigorta kurumlarının kapsamında olanlar farklı oranlarda prim ödemeleri yapmışlardır. Prim ödemesi yapacak geliri olmayanlar için ise hükümet tarafından finanse edilen Yeşil Kart sistemi oluşturulmuştur. Hizmet sunumunda koruyucu hizmetler ve birinci basamak sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından sunulurken, bir sigorta kuruluşu olan SSK sahip olduğu hastaneler ve eczaneler ile hizmet sağlamıştır. Ancak bu parçalı yapıda hem hizmet sunumunda hem de finansmanda eşitsizlikler söz konusu olmuştur. Bu nedenle bu parçalı yapının tek bir kurum altında birleştirilmesi de SDP'nin amaçları arasında yer almıştır. SDP çerçevesinde gerçekleştirilen ve eczacılık hizmetlerini ilgilendiren reformlara bakıldığında bu reformların temelde eczanelerin hizmet kapsamını genişleten uygulamalar olduğu görülmektedir. Bunu uygulamalar arasında iki çok önemli gelişme, Yeşil Kartlıların ayakta tedavilerinde kullandıkları ilaçların 2005 yılı itibariyle geri ödeme kapsamına alınması ve SSK eczanelerinin kapatılarak mensuplarına ilaçlarını eczanelerden almalarının yolunun açılmasıdır (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008).

2006 yılında farklı kuruluşlar tarafından sunulan sigorta hizmetinde uyumun sağlanması amacıyla 5502 sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu ile SSK, Bağ-Kur, ES kurumlarının bütünleştirilmesine başlanmıştır. Bu dönemde Yeşil Kart üyeleri de dahil olmak üzere tüm sağlık sigortası sistemlerindeki pozitif ilaç listeleri bütünleştirilmiştir (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2008). Bu düzenlemelerde Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) kapsamındaki kişilere reçete edilen ilaçların geri ödemelerine ilişkin esaslar da yer almaktadır. Bu tebliğde ifade edildiği gibi TEB ile SGK arasında protokol imzalanmakta ve bu protokole uygun bir biçimde her eczane ile SGK arasında sözleşme yapılmakta ve kural olarak sözleşme yapılan eczanelerden alınan ilaçların geri ödemesi yapılmaktadır. SGK kapsamı dışında kalan, kamu görevlileri, konsolide bütçeli kurum ve kuruluş mensupları ile ödeme gücü olmayanlara sağlanan Yeşil Kart sahiplerinin tedavilerine ilişkin hükümler de Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğ'de düzenlenmiştir.

Bu tebliğde ifade edildiği gibi TEB ile Maliye Bakanlığı arasında protokol imzalanmakta ve protokole uygun olarak bu tebliğ kapsamındaki kurum ve kuruluşlar ile eczaneler arasında sözleşmeler imzalanmakta ve kural olarak sözleşme yapılan eczanelerden alınan ilaçların geri ödemesi yapılmaktadır. Burada da ifade edildiği gibi Maliye Bakanlığı ile SGK tarafından yapılan geri ödemeler için iki farklı düzenleme yer almaktadır. Bu tebliğler arasında benzerliklerin yanında farklılıklar da mevcuttur. Bu nedenle önce SUT ve daha sonra Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği olmak üzere her iki tebliğe de değinilecektir (Sağlık Uygulama Tebliği, 27012 sayılı Resmi Gazete, 2008; Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, 27033 sayılı Resmi Gazete, 2008)

İlk olarak, 2007 yılında yayınlanan ve uygulamadaki etkilerine göre gerekli değişikliklerin yapıldığı SUT, 29.09.2008 tarihli gazetede 2008 yılı Sağlık Uygulama Tebliği olarak tekrar yayınlanmıştır. Tebliğin yayınlanmasından sonra çeşitli değişikliklerle düzenleme yoluna gidilmiştir. Bu tebliğin eczacılık hizmetleri ile ilgili kısmı değerlendirmeye alındığında, bu tebliğin SGK kapsamındaki kişilere hizmet verebilmek için kurumla anlaşmalı olan eczanelerle ilgili hükümlerin yer aldığı görülmektedir. Bu tebliğde yer alan önemli hükümlerden biri eczacılık hizmetlerinin sınıflandırılması ile ilgilidir. Bu tebliğde, daha önce sınıflandırılmayan sağlık hizmetleri içinde değerlendirilen eczaneler 29.01.2009 tarihinde yapılan değişiklik ile birinci basamak sağlık kuruluşları olarak ifade edilmiştir. SGK ile sözleşmeli eczacı, SGK kapsamındaki bir hastaya hizmet verilmesi esnasında ilk olarak, özel koşullar saklı kalmak kaydıyla, müracaat eden kişinin sağlık yardımlarından yararlanma hakkının olup olmadığının tespiti için provizyon sistemini kullanarak provizyon almalıdır. Bireyin sağlık yardımından yararlanma hakkının olduğunun onaylanmasından sonra reçetesinde bulunan ilaçlar verilir ve katılım payı alınması gereken hastalardan katılım payı alınır. Bu katılım payı emekliler ve bakmakla yükümlü olduğu kişiler için %10 ve aktif çalışanlar için %20 olarak uygulanmaktadır. Bu ilaç katılım payları, emeklilerin gelir ve aylıklarından alınmakta, diğer kişilerden ise eczane tarafından tahsil edilmektedir. Ayrıca son yapılan düzenlemelere göre ayakta muayene ücretlerinin tamamı veya bir kısmı eczanede tahsil edilmektedir. Tahsil edilecek muayene ücreti tutarı, SUT'ta yer alan hükümlere göre, sağlık hizmetinin hangi basamak sağlık kuruluşu tarafından

sağlandığına ve sağlık kuruluşunun kamu veya özel nitelikte olmasına göre değişmektedir. Genel olarak bakıldığında hastalardan alınan muayene katılım payı birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerinde 2 TL olmakla birlikte bu miktar eczanelerde tahsil edilmektedir. İkinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumlarında geçerli muayene katılım payı ise 8 TL'dir. Bu miktar emekliler ile bakmakla yükümlü kişiler için gelir ve aylıklarından 5 TL ve eczanelerde kişilerden 3 TL alınarak tahsil edilmektedir. Aktif çalışanların muayene katılım payı tamamı olan 8 TL ise eczanede tahsil edilmektedir. Özel sağlık kurumlarında da 15 TL katılım payı alınmaktadır. Bu miktar emekliler ile bakmakla yükümlü kişiler için gelir ve aylıklarından 12 TL ve eczanelerde kişilerden 3 TL alınarak tahsil edilmektedir. Aktif çalışanların muayene katılım payının tamamı olan 15 TL'nin 12 TL'lik kısmı sağlık hizmeti sunucusu tarafından, 3 TL'lik kısmı ise eczanelerde tahsil edilmektedir (Sağlık Uygulama Tebliği, 27012 sayılı Resmi Gazete, 2008; 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 27125 sayılı Resmi Gazete, 2009).

Eczanelerden SUT'da belirlenen kurallara uyularak sağlanan ilaçların ve hizmetlerin geri ödemesinde ise temel belirleyici reçete ve raporların usulüne uygun düzenlenmesidir. Bu konuda uyulması gerekli usuller SUT ve SGK ile TEB arasında imzalanan protokolde ayrıntılı olarak belirtilmiştir. Ayakta tedavi gören ve yatarak tedavi gören hasta reçetelerinin düzenlenmesi için gerekli koşullar da ayrı ayrı sıralanmıştır. Yatan hastaların ilaçlarının sağlık kurumu tarafından temini esas olmakla birlikte, bunun mümkün olmadığı durumlarda sözleşmeli eczanelerden ilaç temin edilebilmektedir. Bu şekilde ilaç temininin sağlanabilmesi için sağlık kurumunda "eczanemizde yoktur, yatan hasta" kaşesinin ve başhekimlik onayının yer aldığı bir reçete düzenlenir. Hasta düzenlenen bu reçete ile eczanelerden ilaç temin edebilir. Bazı hastalık durumlarının hakları saklı kalmak kaydıyla bu reçetelerin beş günlük doz bedelleri SGK tarafından karşılanır. Tedavinin devam etmesi durumunda bu şekilde ilaç teminine devam edilebilir. Günübirlik tedavilerde ise, ilaçların hastaneler tarafından temini zorunlu olmayıp; hekim tarafından reçetede günübirlik tedavi kapsamında olduğunun belirtilmesi kaydıyla ilaçlar sözleşmeli eczanelerden temin edilebilir. Özel sağlık kuruluşlarında ise günübirlik tedavilerde kullanılan ve tanıya dayalı işleme dahil olmayan ilaçların eczanelerden temini esastır

Reçetelerde yazılabilecek ilaç sayısı ve miktarına ilişkin de kısıtlamalar söz konusudur. Ayakta tedavilerde yazılabilecek ilaç sayısı dört kalem ile sınırlandırılmış ve ilaçların reçete edildikten sonra dört gün içinde alınması koşulu getirilmiştir. Her kalem ilaçtan sadece bir kutunun geri ödemesi yapılmaktadır. Ancak parenteral formlar ve majistrallerin reçeteye yazılmasında en fazla 10 günlük tedavi bedeli ödenebilir. Yatarak tedavilerde yazılan reçetelerin geri ödenmesinde ise bu tür kısıtlamalar yoktur (Sağlık Uygulama Tebliği, 27012 sayılı Resmi Gazete, 2008; 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, 27125 sayılı Resmi Gazete, 2009)..

Türkiye’de eşdeğer ilaç politikası uygulamaktadır. Bu uygulamada aynı endikasyon için kullanabilecek aynı etken maddeyi içeren ürünler arasında fiyat karşılaştırması yapılmaktadır. Eşdeğer ilaç bedellerinin en ucuz eşdeğer ilaç fiyatının en fazla %15 kadar fazlası geri ödenmektedir. En ucuz bedelli ilacın esas alınabilmesi için bu ilacın en az 5 aydır piyasada bulunuyor olması, pazar payının en az %1’ine sahip olması ve eczaneler tarafından ulaşılabilir olması gerekmektedir. Geri ödeme miktarının hesaplanması için eşdeğer ilaç gruplarında yer alan ilaçlar için kamu kurumu indirimi, imalatçı/ithalatçı indirimi, eczacı indirimi gibi indirimler (SUT’ta açıklanan rakamlar ile) yapılarak ilaçlar için indirimli kutu fiyatı bulunur. Bu fiyat üzerinden ilaçlar için ortak en küçük birim başına düşen “indirimli birim bedel” hesaplanır ve eşdeğer ürün grubu için geçerli en ucuz birim bedel hesaplanır. En ucuz fiyata %15 eklenerek geri ödemede esas alınabilecek en yüksek bedel hesaplanır. İlaçların ambalaj formuna göre o ilaca özgü kutu bedeli hesaplanmakta ve bu bedeli aşan kısmın geri ödemesi yapılmamaktadır. Hasta pahalı olan ilacı almak istediğinde eczacı geri ödenen tutarın üstündeki tutarı kişiden talep etmektedir (Sağlık Uygulama Tebliği, 27012 sayılı Resmi Gazete, 2008).

Eczanelerin karşıladıkları reçetelerin geri ödemesi Fatura Bedellerinin Ödenmesi Hakkında Genelgeye uygun olarak gerçekleştirilmektedir. Bu genelgede fatura dönemi her ayın ilk günü ile son günü arasındaki dönem olarak tanımlanmıştır. Eczaneler bu süre boyunca karşıladıkları reçetelere ait faturaları düzenleyerek SUT’ta ve sözleşmelerde belirtilen belgeleri eklemekle yükümlüdürler. Geri ödeme kurumu bu faturaların tamamı inceleyebilir ya da hizmet sunucusunun kabulü ile genelgede yer alan usule uygun olarak örnekleme yöntemi kullanılır. Bu incelemeler

sonucunda geri ödeme işlemleri SUT, protokol ve sözleşme hükümlerine göre yapılır (Sağlık Uygulama Tebliği, 27012 sayılı Resmi Gazete, 2008).

SGK ile TEB arasında eczanelerin SGK ile yapacakları sözleşmelere esas oluşturmak üzere Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol imzalanmaktadır. En son imzalanan protokol 3 yıl geçerli olmak üzere 01.02.2009¹ tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu protokole reçetelerin geri ödenmesi için taşınması gereken özellikler sıralanmıştır. Protokolde fatura düzenleme ve ödenmesine ilişkin esaslar da bulunmaktadır. Ayrıca muvazaalı eczanelere ilişkin de hüküm yer almaktadır. Buna göre, herhangi bir dönemde muvazaalı olarak eczane işlettiği tespit edilen eczacı ile sözleşmenin iptal edileceği ve bu eczacı ile bir daha sözleşme yapılmayacağı ifade edilmiştir. Protokolde eczacılar tarafından geri ödeme kurumuna uygulanacak indirimler de düzenlenmiştir. Buna göre eczacı indirim oranları, protokol tarihinden itibaren bir önceki yıl satış hasılatı (KDV hariç) üzerinden Tablo 2.4'te belirtildiği şekilde uygulanmaktadır. Bu indirim, imalatçı veya ithalatçı indirimi yapılan tutardan depocu ve eczacı kar oranları uygulandıktan sonra kalan tutar üzerinden yapılmaktadır (Sağlık Uygulama Tebliği, 27012 sayılı Resmi Gazete, 2008).

Tablo 2.4. Eczacı İndirim Oranları

Bir Önceki Yıl Satış Hasılatı (TL)	İndirim Oranı (%)
<350000 TL	0
350000 ile 600000 TL arasında	1
600000 TL ile 900000 TL arasında	1,5
900000 TL üzerinde	2,5

Kaynak: Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol, 2009

TEB ile SGK arasındaki uygulamalar yukarıda açıklanan SUT'a göre düzenlenirken, TEB ile MB (Maliye Bakanlığı) arasındaki uygulamalar Tedavi

¹ : Tezin yazıldığı dönemde SGK bu protokolü tek taraflı feshetmiş ve bundan sonra TEB ile değil eczacılar ile tek tek sözleşme yapacağını ilan etmiştir. Bu aşamada görüşmeler halen devam etmektedir.

Yardıma İlişkin Uygulama Tebliği'ne göre düzenlenmektedir. Kamu görevlileri, konsolide bütçeli kurum ve kuruluş mensupları ile ödeme gücü olmayan Yeşil Kart sahiplerinin ilaç da dahil sağlık harcamaları Maliye Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır. Bununla birlikte, aktif çalışan devlet memurları 15 Ocak 2010 tarihinde SGK'ya devredilmiştir. Yeşil Kart mensuplarının da 2011 yılının sonuna kadar SGK'ya devredilmesi ve böylece bu bireylerin sağlık ile ilgili geri ödeme düzenlemelerinin de SGK tarafından yapılması planlanmaktadır. Tedavi Yardıma İlişkin Uygulama Tebliği Maliye Bakanlığı tarafından 23.09.2008 tarihinde yayınlanmıştır. Bu Tebliğin amacı; tebliğde belirtilen kapsama dâhil hak sahiplerinin sağlık kurum ve kuruluşlarında yapılan tedavilerine ait ücretler ile tedavi yardımına ilişkin işlemlerde, kurumlararası uygulama birliğinin sağlanması, sağlık hizmetlerinin ödeme kriterlerinin ve bunlara ilişkin esas ve usullerin tespit edilmesidir. Bu tebliğde Maliye Bakanlığı ile TEB arasında bir protokol imzalanacağı belirtilmiştir. Bu tebliğ kapsamındaki hastalara ait reçeteleri karşılamak isteyen eczacılar bu protokole uygun bir şekilde ilgili kurum ve kuruluşlar ile sözleşme yaparlar. Tebliğde, kurumların, reçeteler üzerinde gerekli incelemeyi yaptıktan sonra, bedellerini reçetelerin kuruma veriliş tarihinden itibaren en geç 18 iş günü içinde ödemek üzere gerekli işlemleri tamamlamak zorunda olduğu belirtilmiştir. Bu tebliğ kapsamında ayakta tedavilere ilişkin ilaç bedellerinin geri ödenmesi için reçete ve raporlarda yer alması gereken özellikler sıralanmıştır ve bu ilaçların sözleşmeli eczanelerden temin edilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Ayrıca ayakta tedavilerde reçetelenebilecek ilaç sayısı 4 kalem ile sınırlandırılmış ve her ilaçtan bir kutunun geri ödemesinin yapılacağı belirtilmiştir. İlaçların parenteral ve topikal formları, lavman, majistraller bu kural dışında tutulup, bunların 10 günlük tedavileri için yeterli olan dozlarının geri ödemesinin yapılacağı belirtilmiştir. Yatarak tedavilerde ise ilaçların hizmet alınan sağlık kurumu tarafından temini esas olmakla birlikte ancak zorunlu durumlarda serbest eczanelerden ilaç temin edilmesine izin verilmiştir. Günübürlük tedavilerde ise ilaçların sağlık kurumu tarafından temini zorunlu değildir, bu ilaçlar eczanelerden de temin edilebilir (Tedavi Yardıma İlişkin Uygulama Tebliği, 27033 sayılı Resmi Gazete, 2008).

İlaçların geri ödenebilmesi için öncelikle ilacın sözleşmeli eczanelerden temin edilmesi zorunludur. Geri ödenecek tutarın belirlenmesinde önce

imalatçı/ithalatçı indirim, eczacı indirim gibi indirimler uygulandıktan sonra, hastadan alınacak katılım payı belirlenecektir. Burada uygulanan hasta katılım payı %20'dir. Bu orana göre hesaplanan katılım payı tutarı Maliye Bakanlığı tarafından çalışanın maaşından kesilmektedir. Ayrıca SUT'ta yer alan tutarlara eşit olarak belirlenen miktarlarda hastalardan muayene katılım payı da alınmaktadır (Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, 27033 sayılı Resmi Gazete, 2008)..

17.07.2009 tarihinde yayınlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliğinde (Sıra no: 10) eşdeğer ilaç uygulamasına ait düzenlemeye göre ise eşdeğer ilaç bedellerinin ödenmesinde en ucuz ürünün % 15 fazlasına kadarının dikkate alınacağı ifade edilmiştir. Burada en ucuz ilacın esas alınabilmesi için SUT'ta olduğu gibi ürünün en 5 aydır piyasada olması, pazarın en az %1'ine sahip olması ve eczacılar tarafından ulaşılabilir olması gerekmektedir (Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, 27033 sayılı Resmi Gazete, 2008)..

Tebliğde TEB ile Maliye Bakanlığı arasında imzalanacağı ifade edilen en son protokol 3 yıl geçerlilik süresi ile 31.01.2009'da imzalanmıştır. Bu protokole uygulanacak eczane indirimleri belirlenmiştir. Fiyattan İmalatçı/ithalatçı indirim yapılr ve depocu ve eczacı kâr oranları uygulandıktan sonra kalan tutardan SUT'ta yer alan oranlarla aynı olan miktarlarda indirim yapılr (Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, 27033 sayılı Resmi Gazete, 2008)..

SUT ve Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği arasında ilk uygulamalarda daha fazla farklılıklar mevcut iken yapılan değişikliklerle bu iki düzenleme arasında uyumlaştırmalar yapılmaktadır. Yukarıda ifade edildiği üzere muayene ücretleri, eşdeğer ilaç uygulaması, eczacı indirim oranları gibi birçok uygulama birbiri ile benzerlik göstermektedir.

İfade edilen her iki tebliğ de geri ödeme kurallarını belirlediğinden eczacıların gelirleri üzerinde önemli etkilere sahip düzenlemelerdir. Türkiye'de eczacıların gelirleri, geri ödemelerden elde ettikleri kazançlar ve bireylerin cepten yaptığı harcamalardan oluşmaktadır. Bu tür geri ödemelerle birlikte bazı ülkelerde eczacılık hizmeti başına meslek hakkı denilen bir tutar da ödenmektedir. Ancak Türkiye'de böyle bir uygulama yoktur. SUT'ta birinci basamak sağlık kuruluşlarına her başvuruda ödenecek tutar belirtilmiş, ancak eczanelerde böyle bir uygulamanın olmadığına yer verilmiştir. Eczacının kar oranları ise üretici fiyat aralıklarına göre

belirlenmektedir ve geçerli kar oranları Tablo 2.5'te verilmiştir (Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ). Burada yer alan kar oranları Fiyat Değerlendirme Komisyonu tarafından Türkiye İstatistik Kurumunun bir önceki yılın yıllık kimyevi ürünler toptan eşya fiyat endeksi verileri ve tıbbi ürünlerin son 3 yıllık toplam satışlarının dağılımına ait veriler dikkate alınarak yeniden belirlenebilmektedir. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği'nde Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair 12/6/2007 tarihli ve 2007/12325 sayılı Bakanlar Kurulu Kararının 4 üncü maddesi ile SGK ve MB geri ödemelerinde geçerli olmak üzere ortak düzenlemeleri yapmak üzere SGK koordinatörlüğünde Geri Ödeme Komisyonu oluşturulduğu ifade edilmiştir (Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, 27033 sayılı Resmi Gazete, 2008; Sağlık Uygulama Tebliği, 27012 sayılı Resmi Gazete, 2008).

Tablo 2.5. Eczacı ve Depocu Kar Oranları

Üretici Fiyatı	Depocu Kar Payı (%)	Eczacı Kar Payı (%)
< 10 TL (10 TL dahil)	9	25
10-50 TL (50 TL dahil)	8	25
50-100 TL (100 TL dahil)	7	25
100-200 TL (200 TL dahil)	4	16
> 200 TL	2	12

Kaynak: 27120 Sayılı Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ, 2009

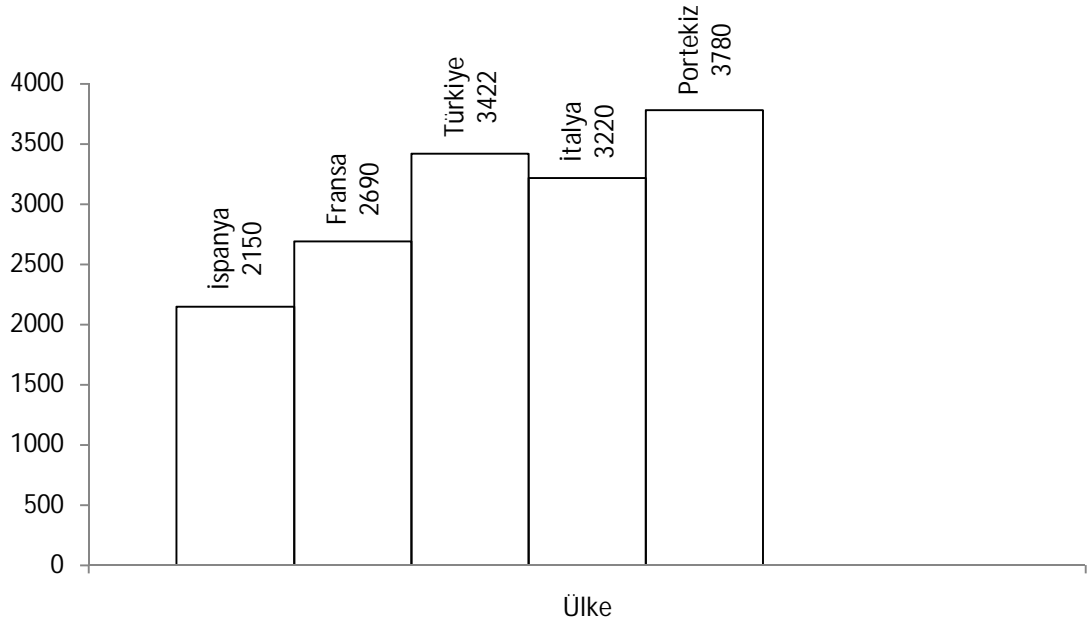
Buraya kadar özetlenen uygulamaların yanında, SDP çerçevesinde yapılan diğer bir yenilik ise sağlık harcamaları içinde önemli bir paya sahip olan ilaç harcamalarının kontrolünü de sağlayacak olan İlaç Takip Sisteminin (İTS) oluşturulmasıdır. İTS'nin amaçları farmakovijilans, sahte ilaçlardan ve sahte ambalajlardan korunma ve politika oluşturmaya esas olarak veri oluşturmaktır. Bu sistemle ilgili olarak 30.12.2005 tarihinde yürürlüğe girmek üzere Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte beşeri tıbbi ürünlerin tanınması ve doğru kullanımının sağlanabilmesi için etiket ve

ambalajında bulunması gereken bilgilere ilişkin usul ve esaslara yer verilmiştir. Bu yönetmelikte 02.02.2008 tarihinde yürürlüğe giren Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği değişikliği ile karekod uygulaması getirilmiştir. Karekod uygulaması, ilaçlar üzerinde ikinci bir barkod uygulaması şeklinde olup, ilaçlarla ilgili bilgilere ulaşılması sağlanmaktadır. Ancak sistemin hazır olmaması nedeniyle karekod uygulamasına başlanamamış ve uygulama ertelenmiştir. Yönetmelikte 01.01.2010 tarihinden itibaren tüm ürünlerde karekod kullanılacağını ve bu tarihten önce üretilmiş ürünlerin de 01.01.2011 yılına kadar piyasada satılabileceği belirtilmiştir. Uygulama için öncelikle pilot eczaneler belirlenmiş ve 01.07.2009 tarihi itibarıyla bu eczanelerde karekodlu ilaç satışına başlanmıştır. Bu eczaneler karekodlu ilaçların İTS'den onay alarak, geri ödeme kuruluşlarına satış yapacaklardır. İTS hakkında bilgilendirme için Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Müdürlüğü tarafından İşletme Klavuzu yayınlanmıştır. Bu klavuzda İTS, karekodla izlenebilirliği sağlanmış ilaçların üretim veya ithalattan başlayarak geçtiği her noktadan alınacak bildirimlerle takibini sağlamak üzere kurulmuş bilgisayarlar, veritabanı, bu veri tabanını işletmeye yarayan bilgisayar yazılımları ve iletişim altyapılarını içeren bir sistem olarak tanımlanmıştır. İTS ilaçların sahteciliğe karşı korunması ve güvenlik amacıyla takip edilmesini sağlar. Bu sistemle üretici, ithalatçı, ecza deposu ve eczanelerden alınan bildirimler, geri ödeme kurumlarından alınan satış onayları ile bir ilacın bir kez satılmasını ve kontrolünü sağlayacaktır. İlaç Takip Sistemi'nin mali bir yönü yoktur (Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği, 25904 sayılı Resmi Gazete, 2005; Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj Ve Etiketleme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, 26775 sayılı Resmi Gazete, 2008).

Bu bölümde eczacılık mesleği ve hizmetleri ile ilgili temel mevzuattan bahsedilerek, bu mevzuatın bazı düzenlemelerine değinilmiş ve daha sonra 2003 yılı itibarıyla uygulamaya konulan SDP programının eczacılık hizmetleri ile ilgili getirdikleri yenilikler ve uygulamalardan bahsedilerek eczacılık hizmetlerinin çerçevesi çizilmeye çalışılmıştır. Sonraki bölümde ise seçilen ülke örneklerindeki eczacılık uygulamalarından bahsedilecektir.

2.5. Diğer Ülkelerde Eczacılık

Avrupa Birliği ülkelerinde ilaçların dağıtımını ulusal ve uluslararası düzeyde uygulanan düzenlemelere göre gerçekleşmektedir. Bu düzenlemeler detayları açısından ülkeler arasında farklılıklar göstermekte ve çoğunlukla eczacılık sistemleri arasında büyük farklılıklar bulunmaktadır. Örneğin bazı ülkelerde eczane yerinin belirlenmesinde nüfus ve coğrafi kıstaslar uygulanmaktadır. Bazı ülkelerde ise geri ödeme için eczanelerin sigorta şirketleri ile ya da sosyal güvenlik kurumu ile anlaşma yapma zorunluluğu vardır (Türk Eczacıları Birliği, 2006). Eczaneler çoğu ülkede ilaç satışında monopoli statüsündedir ve ilaç harcamalarının önemli bir bölümü eczanelerde gerçekleşmektedir. Bununla birlikte bazı ülkelerde ilaçların süpermarkette satılması (ABD, İngiltere gibi) üretici, depocu ve eczacı arasındaki ayırımı ortadan kaldıran dikey birleşmeler, zincir eczaneler, internet ile ilaç dağıtımı gibi farklılık gösteren uygulamalar da bulunmaktadır. Bu tür farklı uygulamalarla birlikte eczacı başına düşen nüfusta da farklılıklar görülmektedir (Karakoç, 2005). Şekil 2.1'de seçilen bazı ülkelerde eczacı başına düşen nüfusla ilgili verilere yer verilmiştir.



Şekil 2.1. 2006 yılı Ükelere Göre Eczacı Başına Düşen Nüfus

Kaynak: Pharmaceutical Group of the European Union 2007 Report

Eczacılara yapılan ödeme yöntemleri de sağlık sisteminin özellikleriyle ilişkili olarak değişiklik gösterebilir. Bu yöntemlerden biri, reçete başına ödeme yöntemi olup zaman zaman meslek hakkı olarak da adlandırılmaktadır. Bu yöntemde her bir reçete için sabit bir ücret belirlenmektedir. Hollanda, İngiltere, İrlanda ve İsveç'te bu yöntem kullanılmaktadır. Bu yöntemde eczacılar depoculardan indirim istemeye yönelirler. Eczacıların depolar tarafından yapılan indirimler sonucunda elde ettikleri kârın bir kısmına geri alma (clawback) işlemi uygulanabilir. Yine eşdeğer ürünlerin satışının teşvik edilmesi için eczane kârının azalan oranlı şekilde belirlenmesi uygulaması da yaygınlaşmıştır. Bu yöntemin kullanıldığı Almanya'da ürün fiyatı artıkça kar oranının azaldığı bir sistem kullanılmaktadır. İspanya'da da azalan kar oranı kullanılmakta ve jenerik ürünlerin teşviki için bu ilaçlarda ek bir kar oranı uygulanmaktadır. İngiltere, Hollanda ve ABD gibi ülkelerde ise eczane kârına ilişkin düzenlemeler azdır. Bu ülkelerde yaygın şekilde depocu indrimi söz konusudur (Kanavos ve diğerleri, 2005). Uygulamaları açısından ülkelere göre farklı gelişim göstermiş olan eczacılık hizmetlerine örnek olarak, izleyen bölümde seçilmiş ülkelerde eczacılık uygulamaları ele alınacaktır.

2.5.1. İspanya

İspanya'da reçeteli ve reçetesiz ilaçların satışı eczaneler tarafından yapılmaktadır. Bununla birlikte az sayıda doktor da ilaç dağıtımını yapabilmektedir (Türk Eczacıları Birliği, 2006). Eczane açabilmek için 6 aylık bir staj eğitiminin de yer aldığı 5 yıllık bir süreyi kapsayan eczacılık eğitiminin tamamlanması önkoşuldur. Diğer bir sınırlanma ise her eczacının sadece 1 (bir) eczane açabilmesidir (Vogler ve diğerleri, 2006).

Eczanelerin açılmasında bazı coğrafik ve demografik koşulların sağlanması gereken ülkede eczacıların %78'i kente yakın bölgelerde hizmet vermektedir. Bu koşullar arasında iki eczane arasında minimum 250 metre olması, eczacı başına minimum 2800 kişi düşmesi gibi koşullar vardır. Ayrıca her özerk bölge bu genel koşulların yanında kendilerine özel kurallar da belirlemektedirler. Eczane organizasyonunda dikey birleşmelere ve zincir eczanelere de izin verilmemektedir. Ayrıca internet üzerinden ilaç satışına da izin yoktur (Türk Eczacıları Birliği, 2006). Bireylerin ihtiyaç duyduklarında ilaçlara ulaşabilmelerinin sağlanmasına yönelik

düzenlemeler yapılmış ve eczanelerde stok bulundurulması zorunlu hale getirilmiştir. Uygulanan diğer bir zorunluluk da eşdeğer ilaç ikamesinin yapılmasıdır (Vogler ve diğerleri, 2006). Eczacılık hizmetlerinde diyabet, hipertansiyon gibi hastalıklara karşı farmasötik bakım hizmetleri de verilmektedir. Aynı zamanda güneşten korunma, antibiyotik kullanımı, AIDS hastalığı konusunda sağlık eğitimleri de eczacılık hizmetleri içinde verilmektedir (Türk Eczacıları Birliği, 2006).

Eczane kâr payı, azalan kâr payına (regresif sistem) göre hesaplanmaktadır. Bu yöntemde ilaç fiyatı arttıkça eczane kâr oranında düşüş yaşanmaktadır. Bu sistemde fiyat sınırlılıklarına göre eczacı kâr oranları Tablo 2.6'de özetlenmiştir.

Tablo 2.6. İlaç Fiyat Sınırlılıklarına Göre Eczane Kârı

İlaç Fiyatı	Eczane Kar Payı
Fabrika sonrası satış fiyatı $\geq 89,62\text{€}$	%27,9
Fabrika sonrası satış fiyatı $< 89,62\text{€}$	Paket başına 37,53€

Kaynak: Türk Eczacıları Birliği, 2006

İlaç geri ödemesi reçeteli ilaç cirosuna göre belirlenmektedir. İlaç cirosu, 89,62€dan daha pahalı ilaçlar dışındaki ilaçların KDV dahil satış fiyatları ile hesaplanmaktadır. Hesaplama sonunda elde edilen aylık cirosu 31627,66€-42628,59€ arasında olan eczanelere %8 oranında indirim uygulanmaktadır (Türk Eczacıları Birliği, 2006).

2.5.2. Fransa

Fransa'da ilaçlar bireylere eczaneler ve hastane eczaneleri aracılığıyla dağıtılmaktadır. Bu dağıtım ağında eczaneler en güçlü taraftır (Sandier ve diğerleri, 2004). Bununla birlikte çok az sayıda ilaç dağıtabilen doktor da bulunmaktadır (Türk Eczacıları Birliği, 2006).

Eczacıların ilaç dağıtımının yanında uyguladıkları bazı farmasötik tedaviye yönelik hizmetler de bulunmaktadır. Sigara bırakma programı bunlardan biridir. Bunun dışında güneşten korunma, eşdeğer ilaçlar, doğum kontrolü gibi konularda da eğitim programları uygulanmaktadır (Türk Eczacıları Birliği, 2006). Bu nitelikleriyle

önemli hizmetler sunan eczanelerle ilgili aşağıda sıralanan bazı koşullar belirlenmiştir.

- Sadece diplomalı eczacılar ya da eczacı ortaklardan oluşan şirketler eczane sahibi olabilirler ve bu kişiler eczane açık olduğu sürece eczanede olmayı taahhüt etmektedirler
- Eczane zincirleri yasalarla engellenmiştir (Macarthur, 2007).
- Eczane sahibi eczacı mutlaka eczane birliğine üye olmalıdır.
- Her eczacıya bir eczane açma izni verilir. Ancak 1990'dan beri diğer eczanelerle hisse paylaşımına izin verilmiştir. Eczanelerin açık olduğu saatler, çalışması gereken kişi sayısı, toptancılar tarafından ilaçların ulaşılabilirliği ve ilaç reklamları yasalarla düzenlenmiştir.
- Fransa'da internet eczacılığına izin verilmez. Ancak Fransız olmayan internet sitelerinden ilaç alımı yapılabilir (Ganse ve diğerleri, 2007).
- Eczanelerin açılması, devri ya da birleştirilmesi için coğrafik ve demografik koşullarda yerine getirilerek bölge sorumlusundan izin alınması gerekir. 2500 kişi başına bir eczane açılmasına izin verilir (Türk Eczacıları Birliği, 2006).

Ülkede 2006'nın sonunda 22561 özel teşebbüs olan eczane vardır. (Macarthur, 2007). Özel eczaneler arasında bazı sigorta birlikleri ya da madencilerin sağlık sigortaları tarafından sahip olunan eczaneler de vardır. Fransa'da bulunan 4 çeşit eczane yapılanması aşağıdaki şekildedir (Sandier ve diğerleri, 2004):

- Özel eczaneler: Eczacıların sahip oldukları eczanelerdir.
- Madencilerin sosyal sigorta programlarının bir parçası olan eczaneler; Buradan sadece madenciler hizmet alır.
- Müşterek (Mutual) eczaneler: Ortak sağlık sigorta birliklerince kapsanan bütün hastalar hizmet alır.
- Ayakta hastalar için hastane eczaneleri

Eczacılarla yapılan ödemeler, eczane kâr payı ve paket başına sabit bir ücretten oluşmaktadır. Paket başına ödenen sabit ücret 0,53€'dur. Kâr oranı ise azalan kâr payına göre hesaplanmaktadır. Fiyat sınırlılıklarına göre kâr oranları 2.7'de gösterilmiştir (Ganse ve diğerleri, 2007).

Tablo 2.7. Fransa’da Fiyat Sınırlılıklarına Göre Kâr Oranları

Eczane Çıkış Fiyatı	Eczane Kâr Payı (Fabrika Çıkış Fiyatının Yüzdesi)
<22,90€	% 26,1
22,91€- 150,00€	% 10,0
150,00€	% 6

Kaynak: Ganse ve diğerleri, 2007

2004’den beri toptancılar ya da ilaç endüstrisi tarafından eczanelere uygulanan indirimlere ilişkin düzenlemeler yapılmıştır. Düzenlemeye göre bu indirim oranı orijinal geri ödenen ilaçların %2,5’ini ve eşdeğer ürünlerin %10,74’ünü aşamaz (Ganse ve diğerleri, 2007).

2.5.3. Yunanistan

Hastaneler ve kliniklerin dışında eczaneler reçeteli ve tezgâh üstü ilaçların satışında en güçlü taraftırlar. Eczaneler genel olarak özel bağımsız eczanelerdir ve 2006 yılında eczane sayısı 8732’dir (Emmanouel ve diğerleri, 2001). Eczanelerin açılmasında 1997 yılına kadar herhangi bir kısıtlama uygulanmazken daha kaliteli hizmet sağlanması amacıyla 2000 yılında değişiklikler yapılarak eczane açılmasında coğrafik ve demografik sınırlamalar getirilmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2006). Her eczacının sadece bir eczane açabilmesi, iki eczane arasında en az 50 metre mesafe olması bu kısıtlara örnek olarak verilebilir. Zincir eczaneler ve devlet tarafından yönetilen eczaneler bulunmamaktadır. İnternet eczacılığı kanunlarla yasaklanmıştır. Ayrıca doktorlar tarafından ilaç dağıtılması da söz konusu değildir. Ülkede OTC satışı da sadece eczanelerde yapılabilmektedir (Vardica ve Kontozamanis, 2007).

Eczacı karı lineer kar oranını göre hesaplanmaktadır ve kar payı toptancı fiyatının üstüne %35 olarak hesaplanmaktadır. Lineer kar sisteminde kar oranı, ilaç fiyatıyla doğru orantılı olarak hesaplanmaktadır. Eczane perakende fiyatı eczacının satın aldığı fiyata eczacı karı ve KDV eklenerek bulunur. Bu fiyat KDV oranının farklı olduğu bazı bölgeler dışında tüm ülke için geçerli olur.

Yunanistan'da ilaç dağıtımında uygulanan indirimlerin uygulanması aşağıdaki koşullara bağlanmıştır. Depolardan eczanelere %5 indirim yapılır. Bu indirimin belgelendirilmesi koşulu vardır (Vardica ve Kontozamanis, 2007).

- Nüfusu 5000'den daha az olan yerler için eczacılara depo fiyatının %4'ü oranında indirim yapılır. Depoların eczanelere bu indrimi yapabilmesi için ilaç üreticileri depolara ilave bir %0.4'lük indirim yaparlar.
- Üreticiler tarafından hastanelere yapılacak indirimlerde bir sınırlama yoktur.

Geri ödemeler için daha önceleri pozitif liste kullanılmıştır. 2006 yılında yapılan değişiklik ile OTC ve yaşam stili belirtilerine karşı kullanılan ilaçlar dışındaki tüm ilaçların geri ödemesi yapılmaktadır. Ayrıca yapılan bu değişiklik ile geri ödemelerde referans fiyat uygulaması da getirilmiştir. Ülkede geri alım uygulaması yoktur (Vardica ve Kontozamanis, 2007).

2.5.4. Portekiz

Portekiz'de, yeni bir eczane açabilmek için Sağlık Bakanlığı tarafından denetlenen INFARMED adlı kuruluştan yetki almak gerekmektedir. Bu kuruluş sağlık otoritelerini ve yerel girişimleri kapsamaktadır (Teixeira ve Vieira, 2008).

Özellikle 2007 yılından önceki uygulamalara bakıldığında eczanelerle ilgili önemli kıstasların bulunduğu görülmektedir. Bu kıstaslar arasında eczanelerin açılmasında coğrafik ve demografik koşulların olması, zincir eczanelere izin verilmemesi sayılabilir. 2007 yılında yapılan reformla bu kıstaslarda önemli değişiklikler yapılmıştır. Reformla getirilen yeni düzenlemeye göre eczanelerin eczacı olma koşulu olmaksızın bir gerçek kişiye ya da ticari topluluğa ait olmasına, eve ilaç dağıtımına ve internetle ilaç dağıtımına olanak sağlanmıştır. Aynı zamanda bu reformla eczacıların farmasötik hizmet sunması ve bireylere sorunlarıyla ilgili yazılı kaynak sağlamaları zorunluluk haline getirilmiştir (Teixeira ve Vieira, 2008).

Eczaneler gelirlerini hastaların bağlı oldukları sigorta şirketlerinden ve ulusal sağlık sistemlerinden ya da ilişkili sigorta fonlarından yapılan artı ödemelerden sağlarlar. Eczacılar için en büyük kâr sağlayan grup geri ödeme kapsamında olmayan ve sadece eczanelerde satılabilen tezgâh üstü ilaçlardır (Barros ve Simões, 2007; Türk Eczacıları Birliği, 2006). OTC ürünlerinin fiyatlandırılması ve kâr paylarının

belirlenmesinde serbestlik vardır. Yine eczanede satılmasına izin verilen ve tıbbi olmayan (non-medicinal) ürünler de yüksek pazar payına sahiptirler (Vasco ve Silva, t.y.). Eczacı payı reçeteli ilaçlar için sabittir. Eczacı payı geri ödenmeyen reçeteli ilaçlarda eczane perakende fiyatı KDV hariç %20'si, geri ödenen ilaçlarda KDV hariç eczane perakende fiyatın %18,25'idir (Teixeira ve Vieira, 2008).

Büyük kapsama sahip olan iki eczacı birliği vardır. Bunlar: ANF (Associação Nacional das Farmácias) ve diğeri AFP'dir (Associação de Farmácias de Portugal). Burada sadece birkaç eczacı bu birliklere üye değildir (Teixeira ve Vieira, 2008).

2.5.5. İngiltere

İngiltere'de eczane sahibi olmak için herhangi bir eğitim ya da meslek ölçütü uygulanmamaktadır. Her kişi ya da ortaklık bir eczacı idareci olmak şartıyla eczane sahibi olabilir. Bu idareci eczacı eczane açık olduğu sürede eczanede bulunmalıdır (Türk Eczacıları Birliği, 2006). Ülkede 2 ile 2000 arasında eczaneden oluşan büyük ve orta ölçekli eczane ağları bulunmaktadır (Palnoch, 2007).

Yeni eczanelerin açılmasında uygulanan herhangi bir kıstas yoktur. İlaç üreticileri ve toptancılarla dikey işbirliğine izin verilmiştir. Reçetesiz ilaçların büyük bir kısmı eczanede satılmakla birlikte bazılarının süpermarket, benzin istasyonları, ilaç depoları gibi yerlerde satışına izin verilmiştir. Bununla birlikte bazı önlemler alınarak internetten ilaç satışı da yapılabilmektedir (Türk Eczacıları Birliği, 2006).

Bağımsız eczaneler gelirlerinin yaklaşık olarak %80'ini Ulusal Sağlık Hizmetleri (NHS) sisteminin geri ödemelerinden elde etmektedirler. Ancak ulusal sağlık sistemine hizmet verebilmek için eczanelerin yerine getirmesi gereken yükümlülükler bulunmaktadır (Türk Eczacıları Birliği, 2006). Geri ödeme, ilaçların özelliklerine göre farklı oranlarda yapılmaktadır. Markalı ilaçlar ulusal sağlık sistemi liste fiyatına (fabrika çıkış fiyatı artı %12,5 toptancı payı) sabit oranlı dağıtım ücretinin eklendiği fiyat üzerinden geri ödenirken eşdeğer ürünler İlaç Tarifesi (Drug Tariff) üzerinden geri ödenmektedir.

Uygulamada, eşdeğer ürünlere ve paralel ithal fiyatlara yüksek oranda indirim uygulanmakta ve böylece eczacılar ulusal sağlık sistemi fiyat listesi ya da tarifeleri ve indirim uygulanmış fiyatlar arasında farklılıktan dolayı gelir elde etmektedirler. İndirimler ile eczacılar tarafından elde edilen kâr geri alma (clawback)

yöntemi ile geri alınmaktadır. Bu geri alma yöntemi eczacılar üzerinde yapılan araştırmaların sonuçlarına göre belirlenmekte geri alım, dağıtılan reçetenin sayısına göre değişebilen ücret tarifesi üzerinden uygulanmaktadır. Eğer eczacıya verilen indirim, otoriteler tarafından tahmin edilenden çok ise, eczacı farkı alabilir. Jenerik ve ithalde eczacılar büyük indirimlerden yararlanabildikleri için bu iki kategorideki ilaçları satın almaya yönelmektedirler. Eczacılar tezgâh üstü ilaçlar üzerinden de pay alabilirler (National Centre for Pharmacoeconomics, 2005).

Ciddi olmayan bazı hastalıkların tedavisi, doğum kontrolü, sigara bırakma gibi konularda farmasötik programlar uygulanmaktadır (Türk Eczacıları Birliği, 2006). Eczacılara ayrıca kan basıncı, glikoz düzeyi izleme, sigara ile mücadele danışmanlığı ve genellikle sağlıklı yaşamın sağlanmasını kapsayan hizmetler için de ödeme yapılmaktadır (National Centre for Pharmacoeconomics, 2005).

2.5.6. İtalya

İtalya’da kamuya bağlı eczaneler ve serbest olarak çalışan eczanelerle hizmet verilmektedir. Kamu eczaneleri daha çok belediyelere ait eczanelerdir. Eczane açabilmek için eczacılık eğitimini tamamlamak ve gerekli bölge lisansını alabilmek gerekmektedir. Eczanelerin açılma lisansının verilmesinde coğrafik ve demografik ölçütler de uygulanmaktadır. Bu ölçütlere göre, iki eczane arasındaki mesafe en az 200 metre olmalıdır; nüfusu 12500’e kadar olan yerlerde eczane başına 5000 kişi, nüfusu 12500’den fazla olan yerlerde ise eczane başına 4000 kişi düşecek şekilde eczane açabilmek için lisans verilmektedir.

Eczane temsilciliği eczanenin sahipliğine göre iki kurum tarafından yapılmaktadır. Özel eczaneler birliği İtalyan Eczacılar Birliği (Italian Pharmacists Union/Federfarma), kamu eczaneleri birliği ise “Assofarm”dır (the association of public pharmacies) (Martini ve diğerleri, 2007).

Batı Avrupa’da her 1000 kişiye düşen doktor ve eczacı sayısının en fazla olduğu İtalya’da ilaçlar sadece eczanelerde satılabilir. Bununla birlikte eczanelerde sigara bırakma, kilo kontrolü, diyabet gibi hastalıklara yönelik farmasötik bakım hizmetleri de sunulmaktadır (Türk Eczacıları Birliği, 2006). Eczacıların sattıkları ürünler üzerinden kârları azalan kâr payı yöntemine göre belirlenmektedir. Maliyeti 150€e kadar olan ürünler de eczane payı %26,7’dir. 150€nun üzerinde

fiyatlandırılan ürünler için pay fiyat aralığına bağlı olarak aşama aşama azaltılır. Örneğin bir ürün 275€ ve 625€ arasında ise eczane payı %2,38 ve geri kalan üzerinden %14,5 gibi. Eczacılar ayrıca rekabet içinde bulunan toptancılardan indirim de elde edebilirler (National Centre for Pharmacoeconomics, 2005). 1997 yılından itibaren eczacılar ulusal sağlık sistemi kapsamındaki ilaçlar için bir indirim uygulamakla yükümlüdürler. Bu indirim oranları farklı fiyat aralıklarına göre değişmektedir. Fiyat 25,8€den az ise indirim %3,75, fiyat 103,3€ve daha fazla ise indirim %12,5'dir (Donatini, 2001).

Bu çalışmada bu bölüme kadar eczacılık mesleğinin sorunlarının belirlenebilmesi ve daha doğru değerlendirmelerde bulunulabilmesi amacıyla öncelikle eczacılık mesleğindeki değişimin ortaya konulabilmesi açısından Dünya'daki ve Türkiye'deki tarihsel süreç anlatılmıştır. Daha sonra eczacılık hizmetlerinin önemine vurgu yapılarak, Türkiye'deki uygulamalardan bahsedilmiştir. Son bölümde ise, Türkiye'deki eczacılık hizmetleri ile ilgili bilgi verildikten sonra Türkiye'deki mevcut durumun değerlendirmesinde yararlanılmak üzere ve farklı uygulamaların görülmesi amacıyla seçilmiş ülkelerde eczacılık hizmetleri ile ilgili bilgi verilmiştir. Bu bilgiler ışığında çalışmanın araştırma kısmı ile ilgili bilgiler ve değerlendirmeler ise bir sonraki bölümden itibaren aktarılacaktır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Kapsamı

Bu çalışmanın amacı, Türkiye’de serbest eczacı olarak görev yapan eczacıların sorunlarının incelenmesidir. Bu temel amaçla ilişkili olarak aşağıda ifade edilen bazı alt amaçlar da belirlenmiştir.

- Eczacıların çalışma saatlerinde zaman ayırdıkları faaliyetler ile ilgili değerlendirmelerini almak,
- Güncel olarak tartışılan, ilaçların halka tanıtımına ve eczane dışında ilaç satışına izin verilmesi konularında eczacıların değerlendirmelerini almak,
- Eczacıların meslek birliği olan TEB kuruluşunun faaliyetlerine ilişkin eczacıların değerlendirmelerini almak.

3.2. Problem Cümlesi

“Türkiye’de serbest eczacı olarak görev yapan eczacıların sorunları nelerdir?” sorusu araştırmanın problem cümlesini oluşturmaktadır. Bu temel problem cümlesi aşağıda sıralanan alt problem cümleleri ile desteklenerek cevaplanmaya çalışılacaktır;

- Eczacıların işlerini yaparken karşılaştıkları sorunlar nelerdir?
- Eczacının görevleri arasında yer alan/almayan faaliyetler nelerdir ve bu faaliyetlerle ilgilenme sıklığı nedir?
- Eczacıların, halka ilaç tanıtımının serbest bırakılmasıyla ilgili değerlendirmeleri nelerdir?
- Eczacıların, eczane dışında ilaç satışına izin verilmesi ile ilgili değerlendirmeleri nelerdir?
- Eczacıların, TEB kuruluşunun faaliyetlerine ilişkin değerlendirmeleri nelerdir?

3.3. Hipotezler

Hipotez 1a: Eczacıların çalışma sürelerine göre finansman sorununa sahip olma durumu anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 1b: Eczacıların çalıştıkları bölgeye göre finansman sorununa sahip olma durumu anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 2a: Eczacıların çalışma sürelerine göre belirtilen faaliyetler ile ilgili değerlendirmeleri anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 2b: Eczacıların çalışma sürelerine göre zaman ayırdıkları faaliyetler anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 3a: Eczacıların çalıştıkları bölgeye göre belirtilen faaliyetler ile ilgili değerlendirmeleri anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 3b: Eczacıların çalıştıkları bölgeye göre zaman ayırdıkları faaliyetler anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 4a: Eczacıların çalışma sürelerine göre karşılaştıkları sorunlar anlamlı farklılık göstermektedir.

Hipotez 4b: Eczacıların çalıştıkları bölgeye göre karşılaştıkları sorunlar anlamlı farklılık göstermektedir.

3.4. Varsayımlar

Araştırmada veri toplama aracı olarak anket yöntemi kullanılmış olup bu anketler yüz yüze görüşme yöntemi ile ve web üzerinden uygulanmıştır. Verilerin toplanmasında bu iki farklı aracın kullanılmasının araştırma sonuçlarını değiştirmeyeceği varsayılmaktadır.

3.5. Kısıtlılıklar

Araştırmanın web üzerinden uygulanması planlanmış ve Türkiye genelinde serbest olarak çalışan bütün eczacıların araştırmadan haberdar edilerek ankete katılım sağlamaları amaçlanmıştır. Eczacıların çalışmadan haberdar edilmesinde TEB kuruluşunun desteği ile TEB web ana sayfasında duyuru yapılmış ve TEB aracılığıyla eczacı odalarına çalışma hakkında duyuru yapılarak eczacılara ulaşılmaya çalışılmıştır. Ancak ülkedeki bütün eczacıların çalışma kapsamında olması, eczacıların bağımsız çalışıyor olmaları, sayılarının çok olması, ileti adresi gibi ulaşım bilgilerine ulaşılmasının mümkün olmaması, her eczacının anketin uygulandığı TEB web sayfasını kullanmıyor olması gibi kısıtlılıklar nedeniyle bu

çalışmanın bütün eczacılara duyurulması mümkün olmamıştır. TEB web sayfası üzerinden uygulanan anketin sadece eczacılar tarafından doldurulmasının sağlanması amacıyla sadece üyelik girişi olanların anketi görmesi sağlanmıştır. Bu uygulama aynı zamanda TEB sayfası üyeliği olmayanların anketi cevaplayamamalarına yol açmıştır.

3.6. Evren ve Örneklem

Araştırmanın evreni Türkiye genelinde serbest olarak çalışan bütün eczacılardır. TEB'den (2008) alınan verilere göre araştırmanın yapıldığı dönem içerisinde Türkiye'de serbest olarak çalışan eczacı sayısı 24119'dur. Türkiye genelindeki tüm eczacılara ulaşılması mümkün olmadığından ulaşılması gereken örneklem büyüklüğü hesaplanmıştır. Örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde Ryan'ın (1995) geliştirdiği örneklem modeli uygulanmıştır. Bu modele göre, bu araştırmanın konusu ile ilgili daha önceden herhangi bir araştırma yapılmamış olması nedeniyle olayın görünüş sıklığı 0,50 olarak alınmıştır. Örnek sayısının belirlenmesinde katlanılabilir hata oranı genellikle %3–5 arasında önerilmekte olup, bu çalışmada katlanılabilir hata oranı başlangıç olarak %3 olarak belirlenmiş ve güven aralığı %95 olarak seçilmiştir. Bu güven aralığına bağlı t değeri ise 2'dir.

$$n = \frac{N t^2 p q}{d^2(N-1) + t^2 p q}$$

$$n = \frac{24,119 (2.0)^2 0.50 * 0.50}{(0.03)^2(24,119-1) + (2.0)^2 0.50 * 0.50}$$

$$n = \frac{24,119}{22.7062} = 1.062,2$$

Yukarıdaki formüle göre araştırma bulgularımızdan %95 güven düzeyinde emin olmak için gerekli olan örneklem büyüklüğü 1.062 olarak hesaplanmış ancak bu sayıya ulaşamamıştır. Başlangıçta anketin 1 aylık süre boyunca TEB web sayfası üzerinden uygulanması planlanmıştır. Ancak 1 ay sonunda elde edilen cevaplanma sayısı yeterli olmadığından anketin web sayfası üzerinden uygulanmaya devam

edilmesine karar verilmiştir. Cevaplanma sayısının artırılması için web üzerinden anket uygulaması ile birlikte basılı olarak eczacılarla birebir anketin uygulanmasına da karar verilmiştir. 13.02.2009 ile 27.05.2009 tarihleri arasında web üzerinde uygulama süresinin iki kez uzatılması ile birlikte 2009 Farmavizyon Eczacılık Fuarı'nda, TEB hizmet içi eğitiminde ve Ankara'da birebir eczacılar ile görüşülerek anket uygulanmış ve toplam beş farklı şekilde uygulanan anketlerle cevaplanma sayısı artırılmaya çalışılmış ve 82'si yüz yüze yapılan görüşmelerle ve 805'i de web üzerinden uygulanan anketler olmak üzere geri dönen anket sayısı toplam 887 olarak gerçekleşmiştir. Ancak cevaplanmayan sorular nedeniyle eksik bırakılan anketler analiz dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak 832 anket istatistiksel analize tabi tutulmuştur. Böylece başlangıçta %3 olarak belirlenen hata oranı %3,4 olarak hesaplanmıştır. Anketin esas olarak uygulanma biçiminin web tabanlı olması hedeflenmiş olması nedeniyle her ne kadar olasılıklı örneklem yöntemi kullanılmamış olsa da %95 güven düzeyi ve \pm %3,4 hata düzeyi için gerekli olan 832 anket cevaplandığı için araştırmadan elde edilen bilgilerin Türkiye'deki eczacıların sorunlarının tespiti açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

3.7. Veri Toplama Aracı, Yöntemi ve Verilerin Analizi

Bu çalışma, verilerin anket yöntemi kullanılarak elde edildiği kesitsel bir saha araştırmasıdır. Çalışmada araştırmacı tarafından hazırlanan anket kullanılmış ve bu anketin hazırlanması aşamasında araştırmacı tarafından öncelikle ulusal ve uluslararası düzeyde bir literatür araştırması yapılmıştır. Uluslar arası incelemeler sonucunda araştırmada kullanılacak anketin oluşturulmasında yararlanılması planlanmış olan anketler ve yararlanılabileceği düşünülen bölümleri aşağıda sıralanmıştır.

Gireesh Vijay Gupchup tarafından yapılan "Pharmacists' job stres as a transaction and a process, (1996)" başlıklı çalışmada kullanılan anket incelenmiş ve aşağıda yer alan bazı bölümlerinden yararlanılmıştır (Gupchup, 1996).

➤ Eczacılık görevini yerine getirirken işinle mücadele edemediğini düşünüyorsun. Faaliyetlerinin çok mekanik olduğuna ve becerilerini tam anlamıyla kullanamadığına inanıyorsun. Dahası, hak ettiğin profesyonel kabulü de alamıyorsun.

➤ Mesleğini yaparken, zor hastalarla ilgilenmek durumunda kalıyorsun. Hastaların özel hastalıkları ile ilgili endişeleri ve rahatsızlıkları ile ilgili olarak beklemedikleri davranışları göstermek zorundasın. Ama sen hastaların ruhsal ihtiyaçlarına ilgi göstermekten sıkılmış durumdasın.

➤ Sıradan bir iş gününde eczacılığın sorumluluklarını yerine getirmeye çalışırken sürekli olarak telefon aramaları ve kişilerin soruları nedeniyle ara vermek zorunda kalıyorsun. Bitirilmesi gereken büyük miktarda bir iş hacmi var ve asla sana yardımcı olmak için yeterli elemanın olmuyor. Sonuç olarak her şey mükemmel olarak gerçekleşmiyor.

➤ Hastaların tıbbi durumları ile ilgili ulaşabileceğin bilgiler (tanı, laboratuvar sonuçları vb.) sık sık tamamlanmamış oluyor. Bu yüzden hastaların ihtiyaçlarını karşılamak için yeterince hazırlıklı olmuyorsun ve bazen hastalara tedavileri ya da durumları ile ilgili söyleyeceklerin hakkında belirsizlik hissediyorsun.

Ankette bu ifadeler dikkate alınarak aşağıdaki soru cümlelerinin cevaplanması istenmiştir.

➤ Benzer bir durumla ne kadar sıklıkla karşılaşıyorsunuz?

➤ Benzer bir durumla karşılaştığınızda, bu durumla baş edebileceğinize ne kadar güveniyorsunuz?

İncelenen bir diğer çalışma Sanguan Lerkiatbundit tarafından yapılan “Structural Equation Models of Burnout in Pharmacists, (1998)” başlıklı araştırmadır. Bu çalışmada kullanılan ankette yer alan aşağıdaki ifadelerden yararlanılmıştır (Lerkiatbundit, 1998).

- Birbirine uyum sağlamayan politikalar ve kurallarla çalışıyorum.
- Tamamlama gücüne sahip olmadığım görevlere maruz kalıyorum.
- Çok fazla gereksiz iş için çalışıyorum.
- Çoğu zaman gerçekleştirmek için yeterli kaynak ve materyale sahip olmadan görev alıyorum.
- Çoğu zaman belirsiz olan direktifler ve emirler altında çalışıyorum.
- Hastalarım beni doğru bir sağlık profesyoneli olarak kabul ediyorlar.
- Hastalarım onlara söylediklerime inanmıyorlar.
- Hastalarım onlar için yaptıklarına değer veriyorlar.
- Hastalarım işimi ne kadar iyi yaptığıma ilişkin geri bildirim sağlıyorlar.

➤ Hastalarla ilgili çok fazla probleme sahibim.

➤ Çok sayıda zor hastalarla ilgileniyorum.

Bu çalışmada yer alan aşağıdaki sorulardan da yararlanılmıştır.

➤ Mesleğin için öğrendiğin becerilerini ne kadar sıklıkla kullanıyorsun?

➤ Ne sıklıkla işinde eczacılık ile ilgili yeni şeyler öğreniyorsun?

➤ Ne sıklıkla işinde becerilerini tamamen kullanabiliyorsun?

➤ Ne sıklıkla hastalarla çatışma yaşıyorsun?

➤ Ne sıklıkla iş sağlık profesyonelleriyle çatışma yaşıyorsun?

Anketin hazırlanması aşamasında David Alan Ralph tarafından hazırlanan “A Study of Pharmacists and Explanations of Professional Satisfaction and Dissatisfaction, (1984)” başlıklı çalışma da incelenmiştir ve “Eczacılıkta bugün en önemli iki problem nedir?” sorusundan yararlanılabileceği düşünülmüştür (Ralph, 1984).

Abir A. Kahaleh, tarafından hazırlanan “Antecedents and Consequences of Pharmacists’ Empowerment, (2003)” çalışmasının incelenmesi sonucu bu çalışmada kullanılan ankette yer alan aşağıdaki ifadelerden yararlanılmıştır.

➤ İhtiyaç olunan donanım eksikliği,

➤ Aşırı kırtasiyecilik işleri,

➤ Yetersiz personel kaynağı ile çalışmak,

Katılımcıların yukarıda sıralanan durumlarla ne kadar sıklıkla karşılaştıklarını “hiç, bazen ve çok sık” ifadeleri ile belirtmeleri istenmiştir.

Anketin hazırlanmasında yararlanan bir diğer araştırma da Lisa R. Nadjdzia tarafından hazırlanan “The Relations Between Job-Related Stress and Irrational Beliefs Among Alberta Pharmacists, (1990)” başlıklı çalışmadır. Bu çalışma kapsamındaki anket incelenmiş ve aşağıda sıralanan ifadelerden yararlanılmıştır (Nadjdzia, 1990).

➤ Karışımli reçete hazırlamak

➤ Damar yolu ilavelerini hazırlamak

➤ İlaç isteklerini ya da reçeteleri hazırlamak/dağıtmak

➤ Hastalara danışmanlık yapmak

➤ Bilgisayar sistemini kullanmak

➤ Reçetelerle ilgili hastalar için kullanım kılavuzları hazırlamak

- Üçüncü taraf ödemelerini beklemek
- Üçüncü taraf evrakların işlenmesi
- Doktorlar tarafından reçetelenen ilaçların tedavi edici eşdeğer ürünlerini seçmek

Katılımcıların yukarıda sıralanan durumlarla ne kadar sıklıkla karşılaştıklarını “asla(0) - çok sık(4)” ve bu durumun onları ne kadar ilgilendirdiklerini “hiç(0) - aşırı derecede(4)” olmak üzere 4’lü ölçekte ifade etmeleri istenmiştir.

Son olarak incelenen çalışma ise Bruce Sunderland önderliğinde yapılan bir araştırmada kullanılan “Survey of Australia’s Community Pharmacies 2002” başlıklı ankettir (Sunderland, 2002).

- Eczacı için zaman kısıtlılığı
- Eczaneler için nitelikli çalışan kıtlığı
- Müşterilerin ilgisizliği
- Eczane çalışanlarının bilgi eksikliği
- Doktorlarla çalışma zorluğu
- Doktorlar ya da diğer sağlık çalışanları ile görüşme olasılığının azlığı

Yukarıda sıralanan kısıtlılıkların katılımcı tarafından “kesinlikle katılıyorum (1) ve kesinlikle katılmıyorum (5)” olmak üzere 5’li ölçekte belirtmeleri istenmiştir.

Yukarıda içerikleri ile birlikte ifade edilen uluslar arası araştırmaların yanında incelenen ulusal araştırmalar ise TEB tarafından yayınlan Sağlık, Eczacılık (Türk Eczacıları Birliği, 2002), Serbest Eczacıların Sağlık Sistemine Katkısı: Avrupa Deneyimi (2006), 1998-2007 Eczacı Profili Son On Bir Yıla Bakış (2007a), Türkiye’de Eczacılık İnsan Gücünün Değerlendirilmesi (2007b) çalışmalarıdır. Yukarıda ifade edilen ulusal ve uluslar arası araştırmalar incelendikten sonra literatür bilgilerinden ve araştırmalardan faydalanarak bir taslak anket oluşturulmuştur. Daha sonra çalışmanın konusu güncel mesleki sorunlar olduğundan deneyimli, halen çalışmakta olan ve görüşmeyi kabul eden üç eczacı ile birebir görüşülmüştür. Eczacılara öncelikle hastalarla yaşanan sorunlar, geri ödemelerle ilgili sorunlar, reçeteler ve dolayısıyla doktorlarla ilgili sorunlar ve yeni düzenlemelerden kaynaklanan sorunlar olarak belirlenen ana başlıklar altında sorunlarının neler olduğu sorularak görüşleri öğrenilmeye çalışılmıştır. Eczacı tarafından verilen cevaplar yazılı olarak kaydedilmiştir. Ayrıca eczacıların internet üzerindeki haberleşme

ağlarından da yararlanılarak, eczacıların mesleki uygulamalarla ilgili değerlendirmeleri incelenmiştir. Bu görüşme ve incelemeler sonucunda belirlenen sorunlar aşağıdaki sıralanmıştır.

- Bürokratik yaptırımların çok fazla değişim göstermesi, bu değişimin takip edilmesindeki zorluk ve bu iş için ayrılan zamanın eczacılık görevini yerine getirmeyi güçleştirmesi,
- Eczaneler ile SGK arasındaki bilgi sisteminin sık sık kullanım dışı kalması, bu sorunun gün içindeki yoğunlukları belirli olmayıp bu sorunun her an yaşanabiliyor olması ve bu durumun hasta ile tartışmaya neden olması,
- Doktorların sağlık raporlarını usulüne uygun olarak hazırlamamaları sonucu reçetelerin SGK tarafından ödenmemesi, bu nedenle hastaya ilacın verilmemesinin hastanın tepkisine yol açması,
- SGK tarafından en ucuz eşdeğer ilaç fiyatına göre geri ödeme yapılmaktadır. Bu nedenle reçeteye yazılan ilaç ile geri ödemesi yapılan eşdeğer ilaç arasındaki farkı ödemek istemeyen hastaların eczacıları sorumlu görmesi,
- SGK'nın ödemeleri zamanında yapmaması ve yapılan ödemelerin hangi faturaya, hangi kuruma ait olduğu, ödemenin yüzde kaç oran ile yapıldığı gibi bilgileri vermeden yapması ve bu durumun ödemelerin takibini engellemesi,
- Eksik reçetelerin, SGK tarafından eksikliklerin giderilebilmesi için eczanelere iade edilmemesi,
- SGK'nın geciktirdiği geri ödemeler için herhangi bir faiz uygulamaması,

Yukarıda sıralanan sorunlar doğrultusunda daha önce hazırlanmış olan taslak anket geliştirilmiştir. Yapılan çalışmalar ve görüşmeler sonucunda oluşturulan taslak anket hakkında anketin uygulanabilirliği için uzman görüşü alınmıştır. Daha sonra eczacılardan oluşan 7 kişilik bir gruba anket ile ilgili değerlendirmelerde bulunmaları için anket dağıtılmıştır. 3 eczacıdan bazı mesleki ifadeler ve uygulamalara yönelik değişiklikler yapılmasına yönelik tavsiyeler alınmıştır. Bu tavsiyeler sonucunda yapılan değişiklikler şu şekildedir.

- Ankette yer alan 11. Sorudaki cevaplarda “eczane kar payının azlığı” ifadesi “eczane karlılığının azlığı” olarak değiştirilmiş ve “Geri ödemelerde reçete kontrol birimleri tarafından yapılan kesintiler” ile “Yüksek işletme giderleri” seçenekleri eklenmiştir.
Eczacılık faaliyetleri ile ilgili bölümde;
- “Evde tanı testleri hakkında bireylere danışmanlık yapmak” ifadesi yanına parantez içinde “gebelik testi, şeker ölçümü vb.” ifadesi eklenmiştir.
- Reçetede ki karışımli ilaçları hazırlamak ifadesindeki “karışımli” kelimesi “majistral” kelimesi ile değiştirilmiştir.
- “Medula gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak” ifadesindeki “medula” kelimesi yerine “SGK Provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri” ifadesi eklenmiştir.
- “Stok işlemleri” ifadesi “stok takibi” ile değiştirilmiştir.
Sorunlar bölümde;
- “Hastalar eşdeğeri geri ödeme kapsamında olan, reçetelenmiş orjinal ilacı alabilmeleri için gerekli olan katkı payını ödemek istemiyorlar.” cümlesi “Hastalar reçetede yazılı ilacı alabilmek için, bu ilacın fiyatı ile devlet tarafından ödenen tutarı arasında kalan fiyat farkını ödemek istemiyorlar.” cümlesi ile değiştirilmiştir.
- “Doktorlar sağlık raporlarını usulüne uygun olarak hazırlamıyorlar.” cümlesi “Sağlık raporları usulüne uygun olarak düzenlenmiyor.” olarak değiştirilmiştir,
- “Doktorlar tarafından reçeteler SGK’nın belirlediği usullere uygun olarak doldurulmuyor.” cümlesi “Reçeteler geri ödeme kurumları tarafından uygulanan geri ödeme kurallarına uygun şekilde doldurulmuyor.” olarak değiştirilmiştir,
- “SGK’nın yaptığı ödemelerin hangi oranla ve hangi reçeteye ait olduğunu açıklamaması hesap takibini engelliyor.” cümlesi “Konsolide bütçeye tabi kurumların geri ödemelerinde, ödemenin hangi fatura dönemine ait olduğunun belirtilmemesi hesap takibini engelliyor” olarak değiştirilmiştir,

- “Bazen SGK bilgi sisteminden kaynaklanan nedenlerle geri ödeme yapılmıyor.” cümlesi “ Bazı durumlarda SGK muhasebe sisteminden kaynaklanan nedenlerle geri ödeme yapılmıyor.” Olarak değiştirilmiştir,
- “Medula çok sık kullanım dışı kalıyor.” cümlesi “SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.” olarak değiştirilmiştir.
- “SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, kaynağından kesilen hasta katılım paylarının eczanelere geç ödenmesi ve/veya ödenen tutarın hangi döneme ait olduğunun belirtilmemesi hesap takibini güçleştiriyor” ifadesi eklenmiştir.

Tüm bu değerlendirmeler dikkate alınarak bazı değişiklikler ve eklemeler yapılarak ankete son şekli verilmiştir. Anket beş bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm, eczacıların genel özelliklerine ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Bu bölümde cinsiyet, doğum yılı, görev, eğitim durumu gibi sorularla birlikte, göreve başlanılan yıl, görev yapılan şehir, yıllık kazanç, kurumsal anlaşma, finansman şekli, finans sorunu yaşayıp yaşamadıkları ve bunların nedenleri gibi mevcut işletmelerinin temel tanımlayıcıları olarak belirlenen sorular yer almaktadır. İkinci bölüm, eczacıların görevleriyle ilgili değerlendirmelerinin alındığı 16 ifadenin yer aldığı bir bölümdür. Burada eczacıların günlük çalışma sürelerinde zaman ayırma olasılıkları bulunan faaliyetler sıralanmış ve bu faaliyetleri görevleri olarak görüp görmediklerini “evet” ya da “hayır” cevaplarını kullanarak belirtmeleri istenmiştir. Yine aynı bölüm içerisinde bu faaliyetlerle ilgilenme durumlarını “hiç, bazen, her zaman” sıklık ifadeleri ile belirtmeleri istenmiştir. Üçüncü bölüm olarak eczacıların eczacılık hizmetlerini yerine getirirken karşılaşma olasılıklarının olduğu sorunlar arasında 27 sorun ifadesine yer verilmiş ve eczacıların bu ifadelere katılıp katılmadıklarını 5’li Likert ölçeğine göre hazırlanan ölçekte yer alan “kesinlikle katılmıyorum, katılmıyorum, kısmen katılıyorum, katılıyorum, kesinlikle katılıyorum” derecelerini seçerek cevaplamaları istenmiştir. Dördüncü bölümde açık uçlu sorular yer almaktadır. Bu bölümde, eczacıların ilaçların halka tanıtımının yapılmasına, ilaçların eczane dışında satışına izin verilmesine ve TEB’in eczacılık mesleğinin sorunlarının çözümünde aktif rol oynadığına katılıp katılmadıklarını “evet” ve “hayır” cevaplarını kullanarak yanıtlamaları ve nedenlerini yazılı olarak belirtmeleri istenmiştir. Anketin son bölümü olan 5. Bölümde ise eczacılara TEB ile SGK arasında yapılan

sözleşmelere ilişkin önerileri sorulmuştur. Anketin güvenilirlik testi yapılmış ve cronbach alfa içsel tutarlılık katsayısı 0,94 olarak bulunmuştur.

Yukarıda ifade edilen sürecin tamamlanması ile elde edilen anketin uygulanmasında daha doğru sonuçlar alınabilmesine yönelik bazı tedbirler uygulanmıştır. Anketin uygulanmasında, anketin sadece eczacılar tarafından ve bir kez olmak üzere doldurulmasını sağlamak için bazı önlemler alınmıştır. Bunun sağlanabilmesi için web üzerinden uygulanan anketlere ulaşılabilirlik, TEB web sayfasında sadece eczacıların üye olabildiği bir üyelik girişi ile sınırlandırılmıştır. Basılı anketlerle uygulanan anketlerde de bire bir eczacı ile görüşülerek anketin doldurulması sağlanmıştır. Diğer önemli bir konu da her eczacının sadece bir kez anket doldürmüş olmasıdır. Bunun sağlanabilmesi için TEB web sayfasındaki uygulamada eczacıların TC kimlik numaralarından yararlanılmıştır. Birebir olarak eczacı ile görüşülerek doldurulan anketlerde eczacıya hem daha önce anketi uyguladı ise tekrar uygulamaması gerektiği anket üzerindeki uyarı ile hatırlatılmış hem de sözlü olarak anketi daha önce cevaplayıp cevaplamadığı sorulmuştur.

Uygulanan anketler sonucunda elde edilen verilerin analizinde SPSS 13.0 kullanılmıştır. Web üzerinden uygulanan anketler Excel ortamında toplanmış ve daha sonra bu veriler analize uygun hale getirilerek SPSS programına aktarılmıştır. Basılı halde doldurulan anketler ise araştırmacı tarafından Excel ortamında kayıt edilmiş ve daha sonra analizleri yapılmak üzere bu veriler SPSS programına aktarılmıştır. Araştırmada verilerin değerlendirilmesi aşamasında çeşitli analizler kullanılmıştır. Nitelik verilerde ikiden fazla grup arasındaki farkın belirlenmesi için Çok Gözlü Ki-Kare Testi uygulanmış ve beklenen değerın 5'ten az olması nedeniyle bazı hesaplamalarda Ki-Kare Testi yerine Kolmogorov-Smirnov Testi uygulanmıştır. Sürekli sayısal verilerde ikiden fazla grup arasındaki farkın belirlenmesi için kullanılan Tek Yönlü Varyans Analizi uygulanmıştır. Gruplar arasında homojenliğin olmaması nedeniyle bazı hesaplamalarda Kruskal- Wallis Varyans Analizi yapılmıştır. Kullanılan diğer bir analiz ise iki ortalama arasındaki farklılığın belirlenmesi için kullanılan İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi'dir.

4. BULGULAR

4. 1. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Kişisel ve İş İle İlgili Özellikleri

Çalışmanın genel çerçevesinin çizilebilmesi için öncelikle araştırma kapsamında yer alan 832 katılımcının cinsiyet, yaş, eğitim durumu gibi kişisel özellikleri ve çalışma süreleri, çalıştıkları bölge, hangi kurumlarla anlaşmalı olarak çalıştıkları ve finansman durumları gibi işleri ile ilgili bilgileri Tablo 4.1. ve Tablo 4.2’de özetlenmiştir.

Tablo 4.1. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Kişisel Özelliklerine İlişkin Temel Bulgular

Cinsiyet	Sayı	Yüzde
Kadın	333	40,0
Erkek	495	59,5
Belirtilmemiş	4	0,5
Yaş Grupları	Sayı	Yüzde
22-30	235	28,2
31-40	264	31,7
41-50	179	21,5
51-69	152	18,3
Belirtilmemiş	2	0,2
Eğitim Durumu	Sayı	Yüzde
Lisans	720	86,5
Yüksek lisans & Doktora	89	10,7
Belirtilmemiş	23	2,8

Araştırmaya katılan eczacıların %59,5’i (495) erkek, %40’ı (333) ise kadınlardan oluşmaktadır. Yaş sınırları açısından yoğunluk 31-40 yaş grubunda (%31,7) olup yoğunluğun olduğu ikinci grup 22-30 yaş grubudur (%28,2). Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında 720 (%86,5) kişinin lisans mezunu olduğu görülmektedir.

Tablo 4.2’de eczacıların çalışma süreleri, çalışma bölgesi, kurumsal anlaşma durumu, eczane finansman kaynağı, finansmanda sorun yaşama durumları ve nedenlerine ilişkin bilgileri sunulmuştur.

Tablo 4.2. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların İş İle İlgili Özelliklerine İlişkin Temel Bulgular

Çalışma Süresi (Yıl)	Sayı	Yüzde
1-10	390	46,9
11-20	199	23,9
21-45	221	26,6
Belirtilmemiş	22	2,6
Çalışma Bölgesi	Sayı	Yüzde
Karadeniz	109	13,1
Akdeniz	116	13,9
İç Anadolu	180	21,6
Doğu Anadolu	38	4,6
Güneydoğu A.	46	5,5
Ege	109	13,1
Marmara	227	27,3
Belirtilmemiş	7	0,8
Kurumsal Anlaşma Durumu	Sayı	Yüzde
Sadece SGK	112	13,5
Tüm Kurumlar ¹	714	85,8
Belirtilmemiş	6	0,7
Eczane Finansman Kaynağı	Sayı	Yüzde
Eczane gelirleri	568	68,3
Diğer ²	320	38,5

Çalışma süreleri açısından bir sınıflandırma yapıldığında katılımcıların büyük bir çoğunluğunun (%46,9) 1-10 yıl süreyle çalıştığı ve 11-20 yıl ve 21-45 yıl çalışanların oranlarının ise sırasıyla %23,9 ve %26,6 olduğu görülmektedir. Anketin

cevaplanma oranları bölgesel olarak karşılaştırıldığında ise bölge nüfusunun ve buna paralel olarak eczacı sayısının en fazla olduğu Marmara Bölgesi %27,3 ile en yüksek cevaplanma oranına sahiptir. Bölgelere göre cevaplanma oranları ise sırasıyla %21,6 ile İç Anadolu, %13,9 ile Akdeniz, %13,1 ile Ege ve Karadeniz, %5,5 ile Güneydoğu Anadolu, %4,6 ile Doğu Anadolu olarak elde edilmiştir. Eczanenin finansmanının nasıl sağlandığı ile ilgili soruya eczacıların %68,3 (568)'ü eczane gelirleri ile %38,5 (302)'i ise diğer başlığı altında toplanmış olan sahip olunan diğer varlıklar, borçlanma, kredi gibi diğer finansman yöntemleri ile cevabını vermişlerdir. Diğer finansman kaynakları içinde yer alan unsurların yüzdelere bakıldığında %38,5 oranının içindeki en büyük payı %29,4 ile borçlanma, kredi alma kaynaklarının oluşturduğu görülmektedir.

Tablo 4.3. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Finansman Sorununa Sahip Olma Durumu

Eczanenin Finansmanında Sorun Yaşama Durumu	Sayı	Yüzde
Finansmanda sorun yaşayanlar	629	75,6
Finansmanda sorun yaşamayanlar	190	22,8
Belirtilmemiş	13	1,6

Tablo 4.4. Eczacıların Finansman Sorunu Yaşama Nedenleri

Finansmanda Sorun Yaşama Nedenleri	Sayı	Yüzde
Eczacı karlılığının azlığı	324	38,9
Yüksek işletme giderleri	214	25,7
İlaç fiyatlarındaki düşüşler	195	23,4
Çalışılan bölgede çok sayıda eczane olması	147	17,7
Vergi uygulamaları	145	17,4
Geri ödemelerde reçete kontrol birimleri tarafından yapılan kesintiler	145	17,4
Diğer ³	53	6,4

- 1: SGK, Konsolide Bütçe, Özel Kuruluşlar
- 2: Sahip olunan diğer varlıklar, borçlanma, kredi vb.
- 3: Diğer olarak belirtilen sorunlara ilişkin açıklama aşağıda yapılmıştır.

Katılımcıların %76 (629 kişi) gibi büyük bir çoğunluğu finansmanda sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Bu sorunların nedenlerinin ortaya konulabilmesi için ankette eczacıların finansmanda sorun yaşamalarının olası altı nedeni sıralanmış, ayrıca bu nedenler dışında eczacıların kendilerinin belirtmek istedikleri nedenleri yazabilmeleri için bir yer ayrılmıştır. Tablo 4.4’de sıralanan olası altı neden arasında en önemli finansman sorunu olarak eczacı karlılığının az olması (%38,9) gösterilmiştir. Diğer nedenler ise en yüksek yüzde sırasına göre yüksek işletme giderleri (%25,7), ilaç fiyatlarındaki düşüşler (%23,4), çalışılan bölgede çok sayıda eczane olması (%17,7), vergi uygulamaları ve eczane kontrollerinde yapılan kesintiler (%17,4) şeklinde sıralanmıştır. Bunların dışında eczacıların belirtmek istedikleri nedenleri yazabilecekleri bölümde toplam 53 eczacı belirtilen altı neden dışında farklı nedenler yazmışlardır. Bu nedenler arasında %46,55 (27 eczacı) ile ilk sırada geri ödemelerdeki gecikmeler yer almaktadır. Diğer nedenler de firmalara yapılan ilaç ödeme vadelerinin geri ödeme vadelerinden kısa olması (%6,90), bazı eczacıların meslek etiğine uygun olmayan davranışları (%5,17), eşdeğer ilaç uygulaması (%5,17), artan kamu kurumu indirimi (%3,45), yönetimin yetersizliği (%3,45), banka ticari kredi faiz yüksekliği (%3,45), peşin satışların olmaması (%3,45), borçlar (%3,45), mevzuat değişikliği (%3,45), aktarlarda OTC satışı (%1,72), SGK uygulamaları (%1,72), mevsimsel değişim (%1,72), provizyon sistem hataları (%1,72), yanlış sağlık politikaları (%1,72), yeni ilaç takibi (%1,72), haksız rekabet (%1,72), en büyük alıcının devlet olması (%1,72), eczacı odasına ödenen tutarlar (%1,72) olarak belirtilmiştir.

4.2. Eczacıların Özelliklerine Göre Finansal Sorun Yaşama Durumu

Eczacıların iş ile ilgili özelliklerine ilişkin bulguların değerlendirilmesinde ifade edildiği gibi (Tablo 4.2) araştırmaya katılan eczacıların %76’sı finansmanda sorun yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Eczacıların çalışma süresi, çalışılan bölge gibi özelliklerinin finansmanda sorun yaşama durumlarını anlamlı şekilde etkileyip etkilemediğini belirlenebilmesi amacıyla analizler yapılmış ve sonuçları tablolar ile aşağıda sunulmuştur.

Tablo 4.5. Eczacıların Çalışma Süresine Göre Finansal Sorun Yaşama Durumu

Finansal Sorun Yaşıyor musunuz?	Evet		Hayır		χ^2	p
	n	%	n	%		
Çalışma Süresi (yıl)						
1-10	297	76,7	90	23,3	1,021	0,600
11-20	146	73,7	52	26,3		
21-45	168	77,8	48	22,2		
Toplam	611	76,3	190	23,7		

Anketin cevaplanmasında çalışma süresini belirten 801 eczacı “Finansmanda sorun yaşıyor musunuz?” sorusuna yanıt vermiş ve toplamda bu eczacıların %76,3’ü (611 katılımcı) finansmanda sorun yaşadığını belirtmiştir. Eczacıların çalışma sürelerine göre finansal sorun yaşama durumları arasındaki farkın belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda çalışma süresinin finansal sorun yaşanmasında anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Çalışma süresi 1-10 yıl olanların %76,7’si, 11-20 yıl olanların %73,7’si ve 21- 45 yıl olanların %77,8’i finansal sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Sonuç olarak “Eczacıların çalışma sürelerine göre finansman sorununa sahip olma durumu anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklinde kurulan Hipotez 1a reddedilmiştir.

Tablo 4.6. Eczacıların Çalıştıkları Bölgeye Göre Finansal Sorun Yaşama Durumları

Finansal Sorun Yaşıyor musunuz?	Evet		Hayır		χ^2	p
	n	%	n	%		
Bölge						
Karadeniz	78	72,2	30	27,8	6,317	0,389
Akdeniz	82	71,3	33	28,7		
İç Anadolu	141	79,2	37	20,8		
Doğu A.	32	86,5	5	13,5		
Güneydoğu A.	35	79,5	9	20,5		
Ege	81	75,0	27	25,0		
Marmara	175	78,1	49	21,9		
Toplam	624	76,7	190	23,3		

Anketin cevaplanmasında çalışma bölgesini belirten 814 eczacı “Finansmanda sorun yaşıyor musunuz?” sorusuna yanıt vermiş ve toplamda bu eczacıların %76,7’si (624 katılımcı) finansmanda sorun yaşadığını belirtmiştir. Eczacıların çalıştıkları bölgeye göre finansal sorun yaşama durumları arasındaki farkın belirlenmesi için yapılan analiz sonucunda çalışma bölgesinin finansal sorun yaşanmasında anlamlı bir etkisinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p>0,05$). Eczacıların Karadeniz Bölgesi’nde %72,2’si, Akdeniz Bölgesi’nde %71,3’ü, İç Anadolu Bölgesi’nde %79,2’si, Doğu Anadolu Bölgesi’nde %86,5’i, Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nde %79,5’i, Ege Bölgesi’nde %75,0’ı ve Marmara Bölgesi’nde %78,1’i finansal sorun yaşadıklarını belirtmişlerdir. Buna göre “Eczacıların çalışma bölgelerine göre finansman sorununa sahip olma durumu anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklinde kurulan Hipotez 1b reddedilmiştir.

4.3. Eczacıların Belirtilen Eczacılık Faaliyetlerine Yönelik Değerlendirmeleri

Sağlık hizmetlerinin bir parçası olarak eczacılık hizmetleri mevzuatla düzenlenmiş olmakla birlikte, eczacılar tarafından bireysel olarak sunulan hizmetlerin de olması toplumun beklentileri, hizmet sunumunda meydana gelen değişimler gibi nedenlerle farklılık gösterebilmektedir. Bu farklılıkların belirlenmesi amacıyla öncelikle eczacıların gün içinde zaman ayırdıkları olası faaliyetler belirlenmiştir. Eczacılardan bu faaliyetleri görevleri arasında görüp görmediği sorularak bu faaliyetlere ayırdıkları zamanı tanımlamaları istenmiş ve eczacıların bu değerlendirmelerinin çalışma süreleri ve çalışılan bölgeye göre farklılıkları incelenmiştir.

Tablo 4.7. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Belirtilen Faaliyetlere İlişkin Değerlendirmeleri

Belirtilen Faaliyet Eczacılık Görevi mi?	Evet		Hayır		Belirtilmemiş	
	n	%	n	%	n	%
Hastanın tanısı ile ilgili reçetelenen tıbbi tedavinin uygunluğunu doğrulamak	593	71,3	204	24,5	35	4,2
Hastanın yaş, hastalık, laboratuvar değerleri gibi ölçümlerine bağlı olarak tedavinin doz uygunluğunu doğrulamak	588	70,7	205	24,6	39	4,7
Potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek	744	89,4	44	5,3	44	5,3
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak	778	93,5	17	2,0	37	4,4
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamak	525	63,1	244	29,3	63	7,6
Orijinal ilaç, jenerik ilaç ile ikame edilebildiğinde, hasta için maliyet tasarrufu sağlamak.	607	73,0	188	22,6	37	4,4
Evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak	697	83,8	95	11,4	40	4,8
Reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak	744	89,4	44	5,3	44	5,3
İlaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak	713	85,7	80	9,6	39	4,7
Tansiyon ölçmek	458	55,0	333	40,0	41	4,9
Pansuman yapmak	199	23,9	579	69,6	54	6,5
Reçetede majistral ilaçları hazırlamak	791	95,1	7	0,8	34	4,1
SGK Provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak	663	79,7	132	15,9	37	4,4
Stok takibi	706	84,9	91	10,9	35	4,2
Muhasebe işlemleri	442	53,1	345	41,5	45	5,4

Tablo 4.7’de eczacıların görevleri arasında yer alabilecek olası faaliyetlere ilişkin veriler yer almaktadır. Araştırmaya katılan eczacıların %85’inden fazlasının bu olası faaliyetler arasından eczacıların görevleri arasında gördükleri başlıca faaliyetler reçetede majistral ilaçları hazırlamak (%95,1), reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak (%93,5), potansiyel zararlı ilaç

etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek ve reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak (%89,4) olarak sıralamışlardır. Burada dikkati çeken bir ayrıntı majistral ilaçları hazırlamak faaliyetini görevi olarak görmeyen 7 eczacının tamamının reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak faaliyetini görevleri olarak görmeleri ve 244 eczacı (%29,3) tarafından eczacılık görevi olarak görülmeyen ve ilaç danışmanlığı kapsamında olan reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamak faaliyetini bu eczacılardan 6'sının görevleri olarak ifade etmiş olmalarıdır. Bu sonuç bu eczacıların eczacılığın görevleri arasında geleneksel rol olan “majistral ilaçların hazırlanması” faaliyetinden daha çok ilaç danışmanı uzman rollerine önem verdikleri şeklinde değerlendirilebilir.

Eczacıların hangi faaliyetleri görevleri olarak görmediklerine ilişkin verilere bakıldığında, eczacılar tarafından görevleri olarak görülmeyen başlıca faaliyetlerin pansuman yapmak, muhasebe işlemleri ile uğraşmak ve tansiyon ölçmek faaliyetleri olduğu görülmektedir. Ancak bu faaliyetleri görevleri olarak görmeyen eczacıların fazlalığı yanında bu faaliyetleri görevleri olarak gören eczacı sayısı da fazladır. Bu oranlar şu şekilde gerçekleşmiştir. Pansuman yapmak faaliyetini 579 (%69,6) eczacı görevi olarak görmediğini belirtirken, 199 (%23,9) eczacı bu faaliyeti görevi olarak ifade etmiş, muhasebe işlemleri ile uğraşmayı 345 (%41,5) eczacı görevi olarak görmediğini belirtirken, 442 (%53,1) eczacı bu faaliyeti görevi olarak ifade etmiştir ve tansiyon ölçmek faaliyetini 333 (%40,0) eczacı görevi olarak görmediğini belirtirken, 458 (%55,0) eczacı görevi olarak gördüğünü ifade etmiştir.

Tablo 4.8. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Belirtilen Faaliyetlerle İlgilenme Sıklıklarına İlişkin Değerlendirmeleri

Belirtilen Faaliyetle İlgilenme Sıklığı	Hiç		Bazen		Her Zaman		Belirtilmemiş	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faaliyetler								
Hastanın tanısı ile ilgili reçetelenen tıbbi tedavinin uygunluğunu doğrulamak	24	2,9	308	37,0	361	43,4	139	16,7
Hastanın yaş, hastalık, laboratuvar değerleri gibi ölçümlerine bağlı olarak tedavinin doz uygunluğunu doğrulamak	74	8,9	331	39,8	278	33,4	149	17,9
Potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek	66	7,9	356	42,8	259	31,1	151	18,1
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak	4	0,5	126	15,1	542	65,1	160	19,2
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamak	151	18,1	282	33,9	211	25,4	188	22,6
Orijinal ilaç, jenerik ilaç ile ikame edilebildiğinde, hasta için maliyet tasarrufu sağlamak.	35	4,2	324	38,9	309	37,1	164	19,7
Evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak	35	4,2	233	28,0	397	47,7	167	20,1
Reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak	23	2,8	191	23,0	447	53,7	171	20,6
İlaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak	45	5,4	298	35,8	317	38,1	172	20,7
Tansiyon ölçmek	58	7,0	234	28,1	365	43,9	175	21,0
Pansuman yapmak	235	28,2	285	34,3	111	13,3	201	24,2
Reçetede majistral ilaçları hazırlamak	18	2,2	154	18,5	496	59,6	164	19,7

Tablo 4.8. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Belirtilen Faaliyetlerle İlgilenme Sıklıklarına İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Belirtilen Faaliyetle İlgilenme Sıklığı	Hiç		Bazen		Her Zaman		Belirtilmemiş	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Faaliyetler								
SGK Provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak	10	1,2	60	7,2	601	72,2	161	19,4
Stok takibi	37	4,4	158	19,0	473	56,9	164	19,7
Muhasebe işlemleri	76	9,1	241	29,0	340	40,9	175	21,0
Diğer* .	-	-	4	0,5	43	5,2	785	94,4

Eczacıların en çok zaman ayırdıklarını belirttikleri faaliyetlerin başında eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak (%72,2) gelmektedir. Katılımcıların %50'sinden fazlası tarafından ilgilenme sıklığı "her zaman" olarak belirtilen diğer faaliyetler ise reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak (%65,1), reçetede ki majistral ilaçları hazırlamak (%59,6), stok takibi (%56,9), reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak (%53,7) olarak sıralanabilir. İlgilenme sıklığının "hiç" olarak belirtildiği faaliyetler arasında en çok belirtilenler ise pansuman yapmak (%28,2) ve reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamaktır (%18,1).

Eczacıların hangi faaliyetleri görevleri olarak gördükleri ve hangi faaliyetlere daha çok zaman ayırdıklarını belirleyebilmek için Tablo 4.7. ve Tablo 4.8. birlikte değerlendirildiğinde eczacıların görevleri arasında görmedikleri bazı faaliyetlere hiç zaman ayırmadıkları görülürken bazı eczacıların görevleri arasında görmedikleri faaliyetlerle her zaman ilgilendikleri görülmektedir. 579 eczacı (%69,6) pansuman yapmayı görevi olarak görmediğini belirtirken, 111 eczacı (%13,3) bu faaliyetle her zaman ilgilendiğini ifade etmiştir. Yine 333 eczacı (%40,0) tansiyon ölçmeyi görevi olarak görmediğini belirtirken, 365 eczacı (%43,9) bu faaliyetle her zaman ilgilendiğini; 345 eczacı (%41,5) muhasebe işlemleri ile uğraşmayı görevi olarak görmediğini belirtirken, 340 eczacı (%40,9) bu faaliyet ile her zaman ilgilendiğini ifade etmiştir. Pansuman yapmak ve tansiyon ölçmek faaliyetleri daha çok toplumun talebi üzerine eczacılar tarafından uygulanan faaliyetler olduğundan görev olarak

görülmesi dahi çok zaman ayrılan faaliyetler haline almışlardır. Eczacılar tarafından görevleri olarak görülmeyen bir diğer faaliyet olan muhasebe işlemleri ile uğraşılması ise eczanelerin birer sağlık sunucusu olmakla birlikte birer işletme olmalarının sonucudur. Bununla birlikte eczacıların zaman ayırdıkları faaliyetlere bakıldığında ise görevleri arasında öncelikli olarak belirttikleri faaliyetler arasında yer almayan eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak her zaman ilgilendikleri faaliyetler arasında birinci sırada yer almaktadır (%72,2). Bu sonuç ise son dönemlerde geri ödeme sisteminin yapılandırılmasına yönelik geliştirilen ve eczaneler tarafından kullanılması zorunlu olan bilgisayar sistemlerinin ve uyarılma çalışmalarının tamamlanamaması nedeniyle oluşan aksaklıklarla ilişkilendirilebilir.

Ankette, belirtilen faaliyetler dışında araştırmaya katılan eczacıların zaman ayırdıkları faaliyetleri belirtebilecekleri bir bölüm ayrılmıştır. Toplam 45 eczacı bu bölümde çeşitli faaliyetler belirtmişlerdir. Bu bölümde ifade edilen faaliyetler arasında yüzdesel bir sıralama yapıldığında, en çok zaman ayırdıkları faaliyetler işletmecilik faaliyetleri, psikolojik danışmanlık, muayene ve ilaç katkı paylarını tahsil etmek olarak sıralanabilir. Bunların dışındaki faaliyetler ise kırtasiye işleri ile uğraşmak (reçete ve eklerinin kontrolü gibi), sık değişen SGK mevzuatını takip etmek ve bunları halka anlatmak, meslek içi eğitim, personel eğitimi ve yönetimi, ilacın eve teslimini sağlamak, hastayı başvurması gereken uzmanlık alanı ve doktor hakkında bilgilendirmek, hekimi ilaç konusunda bilgilendirmek, hasta bilgilerini arşivlemek, tedavi süresini takip etmek olarak ifade edilmiştir.

Tablo 4.9. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalışma Sürelerine Göre Görevleri Arasındaki Olası Faaliyetlere İlişkin Değerlendirmeleri

Faaliyetler	Çalışma Süresi (Yıl)	Evet		Hayır		χ^2 /KS	P
		n	%	n	%		
Hastanın tanısı ile ilgili reçetelenen tıbbi tedavinin uygunluğunu doğrulamak	1-10	297	78,6	81	21,4	5,346	0,069
	11-20	135	70,3	57	29,7		
	21-45	150	72,8	56	27,2		
Hastanın yaş, hastalık, laboratuvar değerleri gibi ölçümlerine bağlı olarak tedavinin doz uygunluğunu doğrulamak	1-10	281	74,5	96	25,5	3,218	0,200
	11-20	136	70,5	57	29,5		
	21-45	159	78,3	44	21,7		
Potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek	1-10	362	96,0	15	4,0	7,409	0,025
	11-20	184	95,8	8	4,2		
	21-45	180	90,9	18	9,1		
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak	1-10	371	98,9	4	1,1	1,039*	0,231
	11-20	187	96,9	6	3,1		
	21-45	199	96,6	7	3,4		
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamak	1-10	278	74,9	93	25,1	15,660	0,000
	11-20	122	65,9	63	34,1		
	21-45	114	59,1	79	40,9		
Orijinal ilaç, jenerik ilaç ile ikame edilebildiğinde, hasta için maliyet tasarrufu sağlamak.	1-10	282	75,0	94	25,0	0,931	0,628
	11-20	148	77,5	43	22,5		
	21-45	162	78,3	45	21,7		
Evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak	1-10	348	92,6	28	7,4	14,341	0,001
	11-20	162	85,7	27	14,3		
	21-45	170	82,5	36	17,5		
Reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak	1-10	356	94,9	19	5,1	1,406	0,495
	11-20	179	94,7	10	5,3		
	21-45	188	92,6	15	7,4		

Tablo 4.9. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalışma Sürelerine Göre Görevleri Arasındaki Olası Faaliyetlere İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Faaliyetler	Çalışma Süresi (Yıl)	Evet		Hayır		χ^2 /KS	p
		n	%	n	%		
İlaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak	1-10	345	91,8	31	8,2	3,457	0,178
	11-20	165	86,8	25	13,2		
	21-45	184	89,3	22	10,7		
Tansiyon ölçmek	1-10	204	54,3	172	45,7	6,872	0,032
	11-20	111	58,1	80	41,9		
	21-45	133	65,5	70	34,5		
Pansuman yapmak	1-10	92	24,5	284	75,	3,939	0,139
	11-20	41	21,9	146	78,1		
	21-45	59	30,4	135	69,6		
Reçetede majistral ilaçları hazırlamak	1-10	376	99,5	2	0,5	0,534*	0,938
	11-20	190	99,0	2	1,0		
	21-45	204	98,6	3	1,4		
SGK Provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak	1-10	295	78,2	82	21,8	16,99	0,00
	11-20	163	85,3	28	14,7		
	21-45	188	91,3	18	8,7		
Stok takibi	1-10	328	86,8	50	13,2	3,391	0,184
	11-20	177	91,7	16	8,3		
	21-45	184	89,8	21	10,2		
Muhasebe işlemleri	1-10	210	55,6	168	44,4	1,352	0,509
	11-20	113	59,8	76	40,2		
	21-45	108	54,3	91	45,7		

*: Kolmogorov-Smirnov Testi

Eczacıların çalışma sürelerine göre görevleri olarak gördükleri faaliyetler arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla Tablo 4.9. öncelikle yüzdeler açısından incelendiğinde; çalışma süresi 1-10 yıl olan eczacıların görevleri arasında en çok ifade ettikleri faaliyetin reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak (%98,9), görevleri arasında belirtmedikleri faaliyetin de pansuman yapmak

(%75,5) olduğu görülmektedir. Çalışma süresi 11-20 yıl ve 21-45 yıl olan eczacıların, görevleri arasında en çok ifade ettikleri faaliyet reçetede majistral ilaçları hazırlamak (11-20 yıl %99,0; 21-45 yıl %98,6), görevleri arasında belirtmedikleri faaliyet ise pansuman yapmaktır (11-20 yıl %78,1; 21-45 yıl %69,6). Bu sonuca göre çalışma deneyimi 11 yıl ve daha fazla olan eczacılar eczacılığın geleneksel rollerinden biri olan majistral ilaçların hazırlanmasına odaklanırken, çalışma deneyimi 10 yıl ve daha az olan eczacıların eczacılık hizmetlerinin algılanmasındaki değişim ve eczacılık eğitimindeki farklılaşmalarla ilişkilendirilebilecek şekilde ilaç danışmanlığına odaklandıkları söylenebilir. Çalışma sürelerine göre değerlendirme farklılıklarının olduğu faaliyetler de potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek, reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamak, evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak, tansiyon ölçmek, SGK provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmaktır ($p<0,05$). Bu faaliyetlerin değerlendirilmesinde hangi gruplar arasında farklılık olduğunun belirlenmesi için Ki-Kare Testi ile ikili karşılaştırmalar yapılmıştır. 1-10 yıl ile 11-20 yıl çalışma süreleri arasında farklılığın olduğu faaliyetler evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak ve SGK provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmaktır ($p<0,05$). 1-10 yıl ve 21-45 yıl çalışma süreleri arasında farklılıkların olduğu faaliyetler ise potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek, evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak, tansiyon ölçmek ve SGK provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmaktır ($p<0,05$). 11-20 yıl ile 21-45 yıl çalışma süreleri grupları arasında ise faaliyetlerin değerlendirmelerine yönelik farklılık yoktur. Elde edilen bu sonuçlara göre “Eczacıların çalışma sürelerine göre görevleri ile ilgili değerlendirmeleri anlamlı farklılık göstermektedir” şeklindeki Hipotez 2a kabul edilmiştir.

Ayrıca bu tablodaki yüzdeler incelendiğinde daha deneyimli eczacıların toplumun talepleri ile şekillenen tansiyon ölçmek, pansuman yapmak gibi faaliyetleri ve sistemden kaynaklanan “SGK Provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak” faaliyetini görevleri olarak görme yüzdelerinin

daha yüksek olduğu, bununla birlikte “Evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak, reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamak, potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek” faaliyetlerini görevleri olarak görme yüzdelerinin ise daha az olduğu görülmektedir.

Tablo 4.10. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalışma Sürelerine Göre Belirtilen Faaliyetlere Ayırdıkları Zamana İlişkin Değerlendirmeleri

Faaliyetler	Yıl	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
Hastanın tanısı ile ilgili reçetelenen tıbbi tedavinin uygunluğunu doğrulamak	1-10	352	2,46	0,57	0,644	0,526
	11-20	162	2,50	0,57		
	21- 45	162	2,51	0,56		
Hastanın yaş, hastalık, laboratuvar değerleri gibi ölçümlerine bağlı olarak tedavinin doz uygunluğunu doğrulamak	1-10	348	2,25	0,67	2,774	0,063
	11-20	156	2,28	0,65		
	21- 45	163	2,39	0,62		
Potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek	1-10	351	2,23	0,66	2,703	0,068
	11-20	160	2,30	0,59		
	21- 45	153	2,37	0,59		
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak	1-10	343	2,80	0,41	0,191	0,826
	11-20	159	2,78	0,43		
	21- 45	153	2,80	0,42		
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamak	1-10	335	2,07	0,78	5,839*	0,054
	11-20	153	2,01	0,71		
	21- 45	141	2,21	0,68		
Orijinal ilaç, jenerik ilaç ile ikame edilebildiğinde, hasta için maliyet tasarrufu sağlamak.	1-10	347	2,39	0,60	3,255	0,039
	11-20	155	2,34	0,57		
	21- 45	150	2,51	0,56		
Evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak	1-10	345	2,56	0,58	0,567	0,567
	11-20	158	2,50	0,62		
	21- 45	150	2,55	0,60		
Reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak	1-10	339	2,64	0,55	0,277	0,758
	11-20	157	2,62	0,56		
	21- 45	149	2,66	0,54		

Tablo 4.10. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalışma Sürelerine Göre Belirtilen Faaliyetlere Ayırdıkları Zamana İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Faaliyetler	Yıl	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
İlaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak	1-10	343	2,38	0,62	3,065	0,047
	11-20	158	2,37	0,64		
	21- 45	143	2,52	0,58		
Tansiyon ölçmek	1-10	339	2,48	0,64	0,448	0,639
	11-20	154	2,45	0,68		
	21- 45	148	2,43	0,67		
Pansuman yapmak	1-10	332	1,73	0,69	5,936	0,003
	11-20	146	1,76	0,69		
	21- 45	138	1,97	0,74		
Reçetede ki majistral ilaçları hazırlamak	1-10	344	2,67	0,54	5,994	0,050
	11-20	159	2,70	0,51		
	21- 45	149	2,81	0,41		
SGK Provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak	1-10	347	2,92	0,30	8,736*	0,013
	11-20	155	2,86	0,42		
	21- 45	153	2,82	0,43		
Stok takibi	1-10	348	2,65	0,58	0,174	0,841
	11-20	157	2,68	0,59		
	21- 45	147	2,64	0,57		
Muhasebe işlemleri	1-10	344	2,44	0,66	2,974	0,052
	11-20	151	2,42	0,69		
	21- 45	146	2,28	0,75		

*: Kruskal Wallis Varyans Analizi (K-W)

Tablo 4.10'da faaliyetlere ayrılan zamana ilişkin ortalamalar incelendiğinde 1-10 yıl, 11-20 yıl ve 21-45 yıl olmak üzere üç grupta da en yüksek ortalaması olan faaliyetin SGK provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanılması ve en düşük ortalamaya sahip olan faaliyetin ise her üç

grupta da pansuman yapmak olduğu sonucuna ulaşılmaktadır. Bununla birlikte çalışma sũresi arttıka “Pansuman yapmak, reçetedeki majistral ilaçları hazırlamak” faaliyetlerine ayrılan zamanın arttığı ve “SGK provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak” faaliyetine ayrılan zamanın ise azaldığı gũrũlmektedir. Çalışma sũrelerine gũre zaman ayrılan faaliyetler arasındaki farklılık incelendiğinde orijinal ilaç, jenerik ilaç ile ikame edilebildiğinde, hasta için maliyet tasarrufu sağlamak, ilaç olmayan sağlık ũrũnleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak, pansuman yapmak, SGK provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak faaliyetlerinde farklılık olduğu sonucuna ulaşılmıştır ($p < 0,05$). Hangi alışma sũreleri arasında farklılıklar olduğunu belirlemek için varyansları homojen olan gruplarda Tukey Testi ve heterojen olan gruplarda İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi yapılmıştır. Bu analizler sonucunda 1-10 yıl ile 11-20 yıl çalışma sũreleri arasında zaman ayrılan faaliyetler arasında anlamlı bir farklılık olmadığı sonucuna ulaşılmıştır ($p > 0,05$). -10 yıl ile 21-45 yıl arasında da pansuman yapmak, SGK provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak faaliyetlerinde farklılıklar bulunmuştur ($p < 0,05$). 11-20 yıl ile 21-45 yıl çalışma sũrelerinde orijinal ilaç, jenerik ilaç ile ikame edilebildiğinde, hasta için maliyet tasarrufu sağlamak, pansuman yapmak, SGK provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak faaliyetlerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuçlara gũre “Eczacıların alışma sũresine gũre zaman ayırdıkları faaliyetler anlamlı farklılık gũstermektedir.” şeklindeki Hipotez 2b kabul edilmiştir.

Tablo 4.11. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Görevleri Arasındaki Olası Faaliyetlere İlişkin Değerlendirmeleri

Olası Faaliyeti Göreviniz Olarak Görüyor Musunuz?		Evet		Hayır		χ^2 /KS	p
Faaliyetler	Bölgeler	n	%	n	%		
Hastanın tanısı ile ilgili reçetelenen tıbbi tedavinin uygunluğunu doğrulamak	Karadeniz	75	70,8	31	29,2	4,160	0,655
	Akdeniz	86	76,8	26	23,2		
	İç Anadolu	128	74,0	45	26,0		
	Doğu A.	30	83,3	6	16,7		
	Güneydoğu A.	36	81,8	8	18,2		
	Ege	75	73,5	27	26,5		
	Marmara	159	72,9	59	27,1		
Hastanın yaş, hastalık, laboratuvar değerleri gibi ölçümlerine bağlı olarak tedavinin doz uygunluğunu doğrulamak	Karadeniz	71	68,3	33	31,7	7,103	0,311
	Akdeniz	82	75,2	27	24,8		
	İç Anadolu	125	72,3	48	27,7		
	Doğu A.	25	69,4	11	30,6		
	Güneydoğu A.	31	70,5	13	29,5		
	Ege	84	82,4	18	17,6		
	Marmara	167	76,3	52	23,7		
Potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek	Karadeniz	100	94,3	6	5,7	0,761*	0,609
	Akdeniz	101	93,5	7	6,5		
	İç Anadolu	160	93,0	12	7,0		
	Doğu A.	32	91,4	3	8,6		
	Güneydoğu A.	42	97,7	1	2,3		
	Ege	99	97,1	3	2,9		
	Marmara	205	94,9	11	5,1		
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak	Karadeniz	104	99,0	1	1,0	0,645*	0,799
	Akdeniz	109	99,1	1	0,9		
	İç Anadolu	165	97,1	5	2,9		
	Doğu A.	35	97,2	1	2,8		
	Güneydoğu A.	46	100	0	0		
	Ege	99	98	2	2		
	Marmara	214	96,8	7	3,2		

Tablo 4.11. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Görevleri Arasındaki Olası Faaliyetlere İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Faaliyeti Göreviniz Olarak Görüyor Musunuz?		Evet		Hayır		χ^2 /KS	p
Faaliyetler	Bölgeler	n	%	n	%		
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamak	Karadeniz	76	73,8	27	26,2	11,466	0,075
	Akdeniz	70	64,2	39	35,8		
	İç Anadolu	105	64,4	58	35,6		
	Doğu A.	29	87,9	4	12,1		
	Güneydoğu A.	31	70,5	13	29,5		
	Ege	73	73,0	27	27		
	Marmara	137	64,9	74	35,1		
Orijinal ilaç, jenerik ilaç ile ikame edilebildiğinde, hasta için maliyet tasarrufu sağlamak.	Karadeniz	77	73,3	28	26,7	1,119	0,981
	Akdeniz	84	76,4	26	23,6		
	İç Anadolu	132	76,7	40	23,3		
	Doğu A.	28	77,8	8	22,2		
	Güneydoğu A.	35	76,1	11	23,9		
	Ege	78	75,0	26	25,0		
	Marmara	169	78,2	47	21,8		
Evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak	Karadeniz	88	83,8	17	16,2	0,861*	0,448
	Akdeniz	96	88,1	13	11,9		
	İç Anadolu	148	86,0	24	14		
	Doğu A.	32	88,9	4	11,1		
	Güneydoğu A.	45	97,8	1	2,2		
	Ege	94	92,2	8	7,8		
	Marmara	189	87,5	27	12,5		
Reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak	Karadeniz	98	92,5	8	7,5	0,828*	0,499
	Akdeniz	101	93,5	7	6,5		
	İç Anadolu	159	93,0	12	7,0		
	Doğu A.	34	94,4	2	5,6		
	Güneydoğu A.	44	95,7	2	4,3		
	Ege	98	96,1	4	3,9		
	Marmara	204	95,8	9	4,2		

Tablo 4.11. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Görevleri Arasındaki Olası Faaliyetlere İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Faaliyeti Göreviniz Olarak Görüyor Musunuz?		Evet		Hayır		χ^2 /KS	p
Faaliyetler	Bölgeler	n	%	n	%		
İlaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak	Karadeniz	87	82,9	18	17,1	2,058*	0,00
	Akdeniz	94	85,5	16	14,5		
	İç Anadolu	148	87,1	22	12,9		
	Doğu A.	35	97,2	1	2,8		
	Güneydoğu A.	42	91,3	4	8,7		
	Ege	99	96,1	4	3,9		
	Marmara	203	93,5	14	6,5		
Tansiyon ölçmek	Karadeniz	63	61,2	40	38,8	4,157	0,655
	Akdeniz	62	56,9	47	43,1		
	İç Anadolu	93	54,4	78	45,6		
	Doğu A.	24	64,9	13	35,1		
	Güneydoğu A.	22	50,0	22	50,0		
	Ege	65	62,5	39	37,5		
	Marmara	127	58,5	90	41,5		
Pansuman yapmak	Karadeniz	31	30,1	72	69,9	7,728	0,259
	Akdeniz	20	18,7	87	81,3		
	İç Anadolu	44	26,5	122	73,5		
	Doğu A.	14	40,0	21	60,0		
	Güneydoğu A.	11	25,0	33	75,0		
	Ege	25	24,3	78	75,7		
	Marmara	54	25,2	160	74,8		
Reçetedeği majistral ilaçları hazırlamak	Karadeniz	102	96,2	4	3,8	1,168	0,131
	Akdeniz	111	99,1	1	0,9		
	İç Anadolu	172	100,0	0	0,0		

Tablo 4.11. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Görevleri Arasındaki Olası Faaliyetlere İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Faaliyeti Göreviniz Olarak Görüyor Musunuz?		Evet		Hayır		χ^2 /KS	P
Faaliyetler	Bölgeler	n	%	n	%		
Reçetede ki majistral ilaçları hazırlamak (Devam)	Doğu A.	34	97,1	1	2,9	1,168	0,131
	Güneydoğu A.	46	100,0	0	0,0		
	Ege	103	99,0	1	1,0		
	Marmara	218	100,0	0	0,0		
SGK Provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak	Karadeniz	84	82,4	18	17,6	16,006	0,014
	Akdeniz	101	91,0	10	9,0		
	İç Anadolu	136	78,6	37	21,4		
	Doğu A.	32	88,9	4	11,1		
	Güneydoğu A.	32	69,6	14	30,4		
	Ege	87	83,7	17	16,3		
Stok takibi	Karadeniz	90	86,5	14	13,5	0,556*	0,916
	Akdeniz	100	90,1	11	9,9		
	İç Anadolu	148	86,0	24	14,0		
	Doğu A.	36	97,3	1	2,7		
	Güneydoğu A.	40	88,9	5	11,1		
	Ege	93	90,3	10	9,7		
	Marmara	194	88,6	25	11,4		
Muhasebe işlemleri	Karadeniz	64	62,7	38	37,3	6,357	0,384
	Akdeniz	61	55,5	49	44,5		
	İç Anadolu	92	54,1	78	45,9		
	Doğu A.	24	70,6	10	29,4		
	Güneydoğu A.	26	57,8	19	42,2		
	Ege	52	50,5	51	49,5		
	Marmara	122	56,2	95	43,8		

*: Kolmogorov-Smirnov Testi (KS)

Tablo 4.11’de yer alan eczacıların çalıştıkları bölgelere göre görevleri olarak gördükleri faaliyetler arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla yapılan analiz sonucunda ilaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak, SGK provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak faaliyetlerinde bölgelere göre farklılık bulunmuştur ($p < 0,05$). Bu sonuca göre “Eczacıların çalıştıkları bölgeye göre belirtilen faaliyetler ile ilgili değerlendirmeleri anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki Hipotez 3a kabul edilmiştir. Faaliyetler arasındaki farklılığın hangi bölgeler arasında olduğunu belirleyebilmek için Ki-Kare Testi uygulanmıştır. Bu analiz sonucunda ilaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak faaliyetlerinde Ege ve Marmara bölgelerinin Karadeniz, Akdeniz ve İç Anadolu bölgelerinden farklılık gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır. Ege Bölgesi’nin bu üç bölgeden farklılıkları yüzdesel olarak incelendiğinde Ege Bölgesi’nde bu faaliyetin eczacılık görevi olarak görülme yüzdesi % 96,1’dir. Bu yüzde Karadeniz bölgesinde %82,9, Akdeniz bölgesinde %85,5, İç Anadolu Bölgesi’nde ise %87,1’dir. Marmara Bölgesi’nin bu üç bölgeden farklılığı incelendiğinde Marmara Bölgesi’nde bu faaliyetin eczacılık görevi olarak görülme oranı %93,5’dir. Bu oranlar sırasıyla Karadeniz Bölgesi’nde %82,9, Akdeniz Bölgesi’nde %85,5 ve İç Anadolu Bölgesi’nde ise %87,1’dir. SGK provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak faaliyetinde ise Akdeniz Bölgesi İç Anadolu Bölgesinden; Güneydoğu Anadolu Bölgesi Akdeniz, Ege, Marmara Bölgeleri’nden farklılık göstermektedir. Akdeniz Bölgesi’nde bu faaliyetin eczacılık görevi olarak görülme oranı %91,0 iken İç Anadolu Bölgesi’nde bu oran %78,6’dır. Güneydoğu Anadolu Bölgesi’nin Akdeniz, Ege ve Marmara Bölgeleri’nden farklılıkları yüzdesel olarak incelendiğinde Ege Bölgesi’nde bu faaliyetin eczacılık görevi olarak görülme oranı %69,6’dır. Bu oran Akdeniz Bölgesi’nde %91,0; Ege Bölgesi’nde % 83,7 ve Marmara Bölgesi’nde % 86,2’dir. Bölgeler arasındaki bu farklılık bölge halkının eczanelerden talepleri, eczacıların aldıkları eczacılık eğitimi ve bu bölgede uygulanan eczacılık meslek içi eğitimlerle ilişkilendirilebilir.

Tablo 4.12. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Faaliyetlere Ayırdıkları Zamana İlişkin Değerlendirmeleri

Olası Faaliyetler	Bölgeler	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
Hastanın tanısı ile ilgili reçetelenen tıbbi tedavinin uygunluğunu doğrulamak	Karadeniz	91	2,45	0,60	0,776	0,589
	Akdeniz	98	2,43	0,57		
	İç Anadolu	145	2,48	0,54		
	Doğu A.	33	2,45	0,56		
	Güneydoğu A.	41	2,44	0,55		
	Ege	91	2,47	0,60		
	Marmara	189	2,56	0,55		
Hastanın yaş, hastalık, laboratuvar değerleri gibi ölçümlerine bağlı olarak tedavinin doz uygunluğunu doğrulamak	Karadeniz	91	2,29	0,65	1,436	0,198
	Akdeniz	96	2,25	0,68		
	İç Anadolu	140	2,29	0,65		
	Doğu A.	31	2,26	0,73		
	Güneydoğu A.	40	2,08	0,69		
	Ege	91	2,37	0,61		
	Marmara	189	2,37	0,64		
Potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek	Karadeniz	91	2,23	0,60	1,001	0,423
	Akdeniz	94	2,27	0,64		
	İç Anadolu	139	2,27	0,68		
	Doğu A.	31	2,16	0,64		
	Güneydoğu A.	42	2,19	0,71		
	Ege	93	2,28	0,60		
	Marmara	186	2,37	0,59		
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak	Karadeniz	90	2,76	0,46	5,911*	0,433
	Akdeniz	91	2,81	0,39		
	İç Anadolu	143	2,83	0,40		
	Doğu A.	31	2,87	0,34		
	Güneydoğu A.	39	2,69	0,47		
	Ege	87	2,79	0,41		
	Marmara	186	2,81	0,42		

Tablo 4.12. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Faaliyetlere Ayırdıkları Zamana İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Faaliyetler	Bölgeler	n	X	SS	F/KW	p
Reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamak	Karadeniz	88	2,11	0,72	0,917	0,482
	Akdeniz	89	1,99	0,76		
	İç Anadolu	133	2,15	0,76		
	Doğu A.	26	2,23	0,71		
	Güneydoğu A.	39	1,95	0,76		
	Ege	87	2,15	0,77		
	Marmara	177	2,08	0,73		
Orijinal ilaç, jenerik ilaç ile ikame edilebildiğinde, hasta için maliyet tasarrufu sağlamak.	Karadeniz	90	2,42	0,60	0,339	0,916
	Akdeniz	93	2,38	0,61		
	İç Anadolu	140	2,43	0,60		
	Doğu A.	30	2,5	0,63		
	Güneydoğu A.	37	2,38	0,59		
	Ege	91	2,36	0,59		
	Marmara	182	2,43	0,57		
Evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak	Karadeniz	90	2,41	0,65	1,271	0,269
	Akdeniz	89	2,53	0,60		
	İç Anadolu	138	2,56	0,57		
	Doğu A.	31	2,45	0,68		
	Güneydoğu A.	39	2,56	0,55		
	Ege	90	2,62	0,55		
	Marmara	183	2,58	0,60		
Reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak	Karadeniz	88	2,57	0,60	15,495*	0,017
	Akdeniz	90	2,49	0,62		
	İç Anadolu	135	2,70	0,52		
	Doğu A.	31	2,55	0,62		
	Güneydoğu A.	38	2,58	0,55		
	Ege	89	2,75	0,48		
	Marmara	185	2,69	0,50		

Tablo 4.12. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Faaliyetlere Ayırdıkları Zamana İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Faaliyetler	Bölgeler	n	X	SS	F/KW	p
İlaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak	Karadeniz	86	2,29	0,70	2,787	0,011
	Akdeniz	90	2,23	0,65		
	İç Anadolu	136	2,43	0,62		
	Doğu A.	30	2,40	0,67		
	Güneydoğu A.	39	2,41	0,64		
	Ege	90	2,50	0,57		
	Marmara	185	2,50	0,54		
Tansiyon ölçmek	Karadeniz	88	2,49	0,64	28,345*	0,000
	Akdeniz	92	2,36	0,64		
	İç Anadolu	137	2,49	0,64		
	Doğu A.	31	2,19	0,75		
	Güneydoğu A.	36	2,08	0,81		
	Ege	88	2,68	0,54		
	Marmara	180	2,51	0,63		
Pansuman yapmak	Karadeniz	85	1,92	0,66	2,331	0,031
	Akdeniz	85	1,58	0,66		
	İç Anadolu	135	1,87	0,74		
	Doğu A.	30	1,77	0,63		
	Güneydoğu A.	35	1,71	0,75		
	Ege	84	1,89	0,74		
	Marmara	172	1,79	0,72		
Reçetedeği majistral ilaçları hazırlamak	Karadeniz	89	2,62	0,63	10,657*	0,100
	Akdeniz	94	2,61	0,57		
	İç Anadolu	140	2,73	0,49		
	Doğu A.	28	2,79	0,42		
	Güneydoğu A.	38	2,66	0,48		
	Ege	91	2,78	0,44		
	Marmara	183	2,77	0,46		

Tablo 4.12. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Faaliyetlere Ayırdıkları Zamana İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Faaliyetler	Bölgeler	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
SGK Provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak	Karadeniz	90	2,89	0,38	5,033*	0,54
	Akdeniz	93	2,94	0,25		
	İç Anadolu	140	2,87	0,39		
	Doğu A.	31	2,94	0,25		
	Güneydoğu A.	38	2,79	0,53		
	Ege	91	2,86	0,35		
	Marmara	183	2,88	0,37		
Stok takibi	Karadeniz	88	2,72	0,50	0,387	0,888
	Akdeniz	93	2,67	0,60		
	İç Anadolu	139	2,61	0,64		
	Doğu A.	31	2,71	0,59		
	Güneydoğu A.	38	2,63	0,59		
	Ege	88	2,63	0,59		
	Marmara	187	2,65	0,56		
Muhasebe işlemleri	Karadeniz	84	2,52	0,61	1,17	0,321
	Akdeniz	91	2,37	0,69		
	İç Anadolu	142	2,45	0,72		
	Doğu A.	30	2,43	0,63		
	Güneydoğu A.	37	2,49	0,65		
	Ege	85	2,39	0,69		
	Marmara	183	2,32	0,69		

*: Kruskal-Wallis Varyans Analizi (K-W)

Tablo 4.12’de yer alan analiz sonuçlarına göre çalışılan bölgeye göre ilgilenme sıklığı arasında farklılıkların bulunduğu faaliyetler reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak, ilaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak, tansiyon ölçmek ve pansuman yapmaktır ($p<0,05$). Bu sonuçlara göre “Eczacıların çalıştıkları bölgeye göre zaman

ayırdıkları faaliyetler anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklindeki Hipotez 3b kabul edilmiştir. Bu faaliyetlerde hangi bölgeler arasında farklılıklar olduğunun belirlenmesi amacıyla varyansların homojen olduğu gruplarda Tukey Testi, heterojen olduğu gruplarda da sürekli sayısal verilerde iki grup arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla kullanılan İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi uygulanmıştır.

Tukey Testine göre;

- ilaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak ve pansuman yapmak faaliyetlerinde Akdeniz ve Marmara bölgeleri farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testine göre;

- “Reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapılması” faaliyetinde Karadeniz ve Ege Bölgeleri arasında farklılık olduğu ve Akdeniz Bölgesi’nin İç Anadolu, Ege ve Marmara Bölgelerinden farklılıklar gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır ($p<0,05$).
- “Tansiyon ölçülmesi” faaliyetinde Karadeniz Bölgesi Doğu Anadolu, Ege Bölgelerinden; Akdeniz Bölgesi Güneydoğu Anadolu, Ege, Marmara Bölgelerinden; İç Anadolu Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Ege Bölgelerinden; Ege Bölgesi Doğu Anadolu, Güneydoğu Anadolu, Marmara Bölgelerinden; Doğu Anadolu Marmara Bölgesi’nden ve Marmara Bölgesi Güneydoğu Anadolu Bölgesinden farklılık göstermektedir ($p<0,05$).

Tablodaki ortalamalara bakıldığında “Reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak” faaliyetine en çok zaman ayrılan bölgenin Ege Bölgesi en az zaman ayrılan bölgenin ise Akdeniz Bölgesi olduğu; “İlaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak” faaliyetine en çok zaman ayrılan bölgelerin Ege Bölgesi ve Marmara Bölgesi en az zaman ayrılan bölgenin ise Akdeniz Bölgesi olduğu; “Tansiyon ölçmek” faaliyetine en çok zaman ayrılan bölgesinin Ege Bölgesi en az zaman ayrılan bölgenin ise Güneydoğu Anadolu Bölgesi olduğu; “Pansuman yapmak” faaliyetine en çok zaman ayrılan bölgesinin Karadeniz Bölgesi en az zaman ayrılan bölgenin ise Akdeniz Anadolu Bölgesi olduğu görülmektedir.

4.4. Eczacıların Karşılaştıkları Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri

Bu bölümde yer alan ilk tabloda eczacıların işleri ile ilgili karşılaşılabilecekleri sorunlara katılma derecelerine yer verilmiştir. Tablo 4.12’de ise bu olası sorunlardan en çok karşılaşılan üçünün sıralanmasına ait veriler sunulmaktadır.

Tablo 4.13. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların İşlerini Yaparken Karşı Karşıya Kaldığı Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımları

Katılım Derecesi	Kesinlikle Katılmıyorum						Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	SS
	1	2	3	4	5					
Olası Sorunlar	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.	14	1,7	1	0,1	15	1,8	171	20,6	609	73,2
Geri ödeme kurallarının sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.	14	1,7	3	0,4	17	2,0	194	23,3	577	69,4
Bürokratik yaptırımların sık değişmesi bunların takibini zorlaştırıyor.	13	1,6	5	0,6	19	2,3	214	25,7	550	66,1
Eczacıların yetki sorumluluklarını düzenleyen yasal çerçeve yetersizdir.	10	1,2	19	2,3	102	12,3	269	32,3	391	47,0
Çoğu zaman, geri ödeme ile ilgili belirsiz olan direktifler altında çalışıyorum.	9	1,1	8	1,0	69	8,3	245	29,4	464	55,8
Geri ödemeye ilişkin çok sayıda, zaman kaybına neden olan işlemlerle uğraşıyorum.	9	1,1	14	1,7	62	7,5	220	26,4	484	58,2

Tablo 4.13. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların İşlerini Yaparken Karşı Karşıya Kaldığı Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımları (Devam)

Katılım Derecesi	Kesinlikle Katılmıyorum						Kesinlikle Katılıyorum		Ort.	SS		
	1	2	3	4	5							
Olası Sorunlar	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Bazı durumlarda SGK muhasebe sisteminden kaynaklanan nedenlerden dolayı geri ödeme yapılmıyor.	15	1,8	78	9,4	176	21,2	232	27,9	288	34,6	3,89	1,07
SGK provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.	10	1,2	6	0,7	43	5,2	229	27,5	503	60,5	4,53	0,75
SGK tarafından fatura teslimi için belirlenen merkezlerin sayısı yetersiz.	38	4,6	134	16,1	164	19,7	200	24,0	249	29,9	3,62	1,23
Nitelikli yardımcı eleman kıtlığı yaşıyorum.	44	5,3	141	16,9	250	30	197	23,7	156	18,8	3,36	1,15
Aldığım eğitim eczane işletmeciliği için yetersiz.	67	8,1	101	12,1	210	25,2	210	25,2	208	25,0	3,49	1,24
Sahip olduğum ortalama aylık kazancım yetersiz.	32	3,8	102	12,3	218	26,2	209	25,1	231	27,8	3,64	1,15
Muayene ücretlerinin eczaneden tahsil edilmesi hasta ile eczacıyı karşı karşıya getiriyor.	16	1,9	11	1,3	33	4,0	210	25,2	524	63,0	4,53	0,81
Hastalar reçetede yazılı ilacı alabilmek için, bu ilacın fiyatı ile devlet tarafından ödenen tutar arasında kalan fiyat farkını ödemek istemiyorlar.	14	1,7	13	1,6	63	7,6	233	28	472	56,7	4,43	0,84
Reçetelerde karşılaştığım en önemli sorunlardan biri doktorların yazım hatalarıdır.	8	1,0	33	4,0	172	20,7	263	31,6	315	37,9	4,07	0,93
Reçetelerde karşılaştığım en önemli sorunlardan biri doktorların doz hatalarıdır.	5	0,6	68	8,2	261	31,4	209	25,1	241	29,0	3,78	1,00
Sağlık raporları usulüne uygun olarak düzenlenmiyor.	12	1,4	53	6,4	241	29,0	225	27	256	30,8	3,84	1,01

Tablo 4.13. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların İşlerini Yaparken Karşı Karşıya Kaldığı Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmelerinin Dağılımları (Devam)

Katılım Derecesi	Kesinlikle Katılmıyorum						Kesinlikle Katılıyorum				Ort.	SS
	1		2		3		4		5			
Olası Sorunlar	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Reçeteler geri ödeme kurumları tarafından belirlenen geri ödeme kurallarına uygun olarak doldurulmuyor.	7	0,8	32	3,8	199	23,9	265	31,9	277	33,3	3,99	0,93
Sahte ilaç takibinde sorumluluk eczanelere yüklenmiştir.	13	1,6	14	1,7	54	6,5	261	31,4	457	54,9	4,42	0,82
Reçete sorunlarının yükümlülüğü sözleşme feshi ile eczanelere bırakılmıştır.	13	1,6	5	0,6	44	5,3	262	31,5	461	55,4	4,47	0,77
SGK'nın geciktirdiği ödemeler için faiz uygulamaması eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	17	2,0	22	2,6	43	5,2	237	28,5	475	57,1	4,42	0,88
Günübirlik tedavi adı altında ilaçların özel hastanelerden temin edilebilir hale gelmesi eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	14	1,7	14	1,7	61	7,3	260	31,3	443	53,2	4,39	0,84
Yatan hasta ilaçlarını hastanelerin temin eder hale gelmesi eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	17	2,0	23	2,8	81	9,7	248	29,8	422	50,7	4,31	0,92
SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, kaynağından kesilen hasta katılım paylarının eczanelere geç ödenmesi hesap takibini güçleştiriyor.	8	1	10	1,2	32	3,8	223	26,8	518	62,3	4,56	0,72

Tablo 4.13’de yer alan eczacıların işlerini yaparken karşı karşıya kalabileceği olası sorunlara ilişkin değerlendirmelerin ortalamalarına bakıldığında değerlendirmelerin kısmen katılıyorum ile kesinlikle katılıyorum dereceleri arasında yer aldığı görülmektedir. Bu olası sorunlar arasında eczacıların en çok katılım gösterdikleri olası sorunlar ise sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi (4,7±0,7), geri ödeme kurallarının sık değişmesi (4,6±0,7), bürokratik yaptırımların sık değişmesi (4,6±0,7), ilaç fiyatlarındaki sürekli değişimler (4,6±0,7) ile SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, kaynağından kesilen hasta katılım paylarının eczanelere geç ödenmesidir (4,6±0,7). En az katılım derecesi olan sorun ise nitelikli yardımcı eleman bulmaktır (3,4±1,1). Bu sonuçlara göre eczacılar tarafından en fazla sorun olarak algılanan durum sağlık sistemindeki değişim sürecinin bir etkisiyle eczacılık uygulamalarında yaşanan değişimler ve bu sürecin getirdiği belirsizliklerdir. Özellikle geri ödemedeki ve bürokratik yaptırımlardaki sık değişimler sağlık sigortası kurumlarının SGK ile tek çatı altında birleştirilmesi çalışmaları ile ilişkilendirebilir.

Tablo 4.14. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların İşlerini Yaparken En Sık Karşılaştıklarını Belirttikleri İlk Üç Soruna İlişkin Dağılımlar

Birinci Sırada En Çok Belirtilen İlk Üç Sorun	Sayı	Yüzde
Sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.	156	24,1
SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.	142	22,0
Geri ödeme kurallarının sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.	95	14,7
Toplam	646	100,0
İkinci Sırada En Çok Belirtilen İlk Üç Sorun	Sayı	Yüzde
SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.	106	16,5
Geri ödeme kurallarının sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.	99	15,4
Hastalar reçetede yazılı ilacı alabilmek için, bu ilacın fiyatı ile devlet tarafından ödenen tutar arasında kalan fiyat farkını ödemek istemiyorlar.	46	7,2
Toplam	643	100,0

Tablo 4.14. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların İşlerini Yaparken En Sık Karşılaştıklarını Belirttikleri İlk Üç Soruna İlişkin Dağılımlar (Devam)

Üçüncü Sırada En Çok Belirtilen İlk Üç Sorun	Sayı	Yüzde
SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, ödemesi yapılan tutarın hangi döneme ait olduğunun belirtilmemesi hesap takibini güçleştiriyor.	77	12,0
SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.	64	10,0
İlaç fiyatlarındaki sürekli değişimler eczanenin maddi kaybına yol açıyor.	53	8,3
Toplam	640	100,0

Araştırmaya katılan eczacılardan ankette sıralanan olası sorunları, işlerini yaparken en sık karşılaşma durumlarına göre, ilk üçü olmak üzere sıralamaları istenmiştir. Bu sıralamalar sonucunda birinci sırada en çok ifade edilen ilk üç sorun arasında ilk sırada “Sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.” ifadesi yer almıştır. Bu sonuç Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlıkta başlatılan değişim süreci ile ilişkilendirilebilir. Yine belirtilen bir diğer sorun ise “SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.” olarak ifade edilmiştir. Bu da en kapsamlı geri ödeme kurumu olan SGK ile eczaneler arasında geri ödeme sistemi için kullanılan bilgisayar sisteminde yaşanan aksaklıkların bir sonucudur. Ayrıca halen tamamlanamamış olan sağlık sigortası kollarının tek bir çatı altında toplanmasına yönelik uygulamalardan dolayı “Geri ödeme kurallarının sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.” ifadesi de birinci sırada belirtilen ilk üç sorun arasında yer almıştır.

İkinci sırada belirtilen ilk üç soruna baktığımızda “SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.” ve “Geri ödeme kurallarının sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.” ifadeleri yer almıştır. Bir diğer sorun ise “Hastalar reçetede yazılı ilacı alabilmek için, bu ilacın fiyatı ile devlet tarafından ödenen tutar arasında kalan fiyat farkını ödemek istemiyorlar.” olarak ifade edilmiştir. Hastalar tarafından ödenmek zorunda olunan katılım payı geri ödemelerde eşdeğer ilaç fiyatlarının temel alınmasının sonucudur.

Üçüncü sırada belirtilen sorunlara baktığımızda ise ilk sırada “SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, ödemesi yapılan tutarın hangi döneme ait olduğunun belirtilmemesi hesap takibini güçleştiriyor.” ifadesinin yer aldığı ve daha sonra ise “SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.” ve “İlaç fiyatlarındaki sürekli değişimler eczanenin maddi kaybına yol açıyor.” ifadelerinin önemli yüzdelere sahip olduğu görülmektedir. Bu durum ilaç fiyatlarındaki azalmalar sonucu eczaneler tarafından fiyat düşüşü öncesinde daha yüksek fiyattan alınan ve henüz stokta bulunan ilaçlar nedeniyle yaşadıkları maddi kaybın bir sonucudur.

Yukarıda ifade edilen başlıca sorunların temelinde geri ödemelerle ilgili uygulamalar yer almaktadır. Özellikle SUT ve bu tebliğde yapılan değişiklikler ile geri ödeme kurallarının sık sık değişmesi eczacılar için sorunlara neden olmaktadır.

Tablo 4.15. Araştırmaya Katılan Eczacıların Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştıkları Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri

Olası Sorunlar	Çalışma Süresi	Sayı	Ort.	SS	F/ KW	P
Sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.	1-10	379	4,74	0,67	16,235*	0,000
	11-20	198	4,66	0,76		
	21-45	215	4,59	0,66		
Geri ödeme kurallarının sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.	1-10	376	4,69	0,73	2,554	0,078
	11-20	196	4,62	0,75		
	21-45	215	4,55	0,65		
Bürokratik yaptırımların sık değişmesi, bunların takibini zorlaştırıyor.	1-10	375	4,63	0,77	1,095	0,335
	11-20	196	4,62	0,72		
	21-45	212	4,54	0,63		
Eczacıların yetki sorumluluklarını düzenleyen yasal çerçeve yetersizdir.	1-10	374	4,28	0,89	1,134*	0,567
	11-20	193	4,26	0,96		
	21-45	207	4,27	0,76		
Çoğu zaman, geri ödeme ile ilgili belirsiz olan direktifler altında çalışıyorum.	1-10	372	4,53	0,78	5,579	0,004
	11-20	195	4,40	0,81		
	21-45	210	4,32	0,73		
Geri ödemeye ilişkin çok sayıda, zaman kaybına neden olan işlemlerle uğraşıyorum.	1-10	373	4,59	0,75	26,058*	0,000
	11-20	195	4,36	0,86		
	21-45	204	4,32	0,82		
Bazı durumlarda SGK muhasebe sisteminden kaynaklanan nedenlerden dolayı geri ödeme yapılmıyor.	1-10	372	3,87	1,12	0,111*	0,946
	11-20	194	3,89	1,05		
	21-45	205	3,88	1,00		

Tablo 4.15. Araştırmaya Katılan Eczacıların Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştıkları Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Sorunlar	Çalışma Süresi	Sayı	Ort.	SS	F/ KW	p
SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.	1-10	372	4,60	0,74	12,907*	0,002
	11-20	193	4,44	0,85		
	21-45	208	4,48	0,64		
SGK tarafından fatura teslimi için belirlenen merkezlerin sayısı yetersiz.	1-10	373	3,70	1,23	2,170	0,115
	11-20	189	3,50	1,24		
	21-45	205	3,54	1,21		
Nitelikli yardımcı eleman kıtlığı yaşıyorum.	1-10	373	3,44	1,17	5,468*	0,065
	11-20	192	3,34	1,17		
	21-45	205	3,20	1,10		
Aldığım eğitim eczane işletmeciliği için yetersiz.	1-10	374	3,68	1,23	15,856	0,000
	11-20	194	3,53	1,19		
	21-45	210	3,10	1,23		
Sahip olduğum ortalama aylık kazancım yetersiz.	1-10	370	3,58	1,20	1,138*	0,566
	11-20	193	3,70	1,08		
	21-45	211	3,65	1,12		
Muayene ücretlerinin eczaneden tahsil edilmesi hasta ile eczacıyı karşı karşıya getiriyor.	1-10	370	4,60	0,80	5,824	0,003
	11-20	194	4,57	0,73		
	21-45	212	4,37	0,87		
Hastalar, ilacın fiyatı ile devlet tarafından ödenen tutar arasında kalan fiyat farkını ödemek istemiyorlar.	1-10	370	4,53	0,80	6,011	0,003
	11-20	197	4,38	0,85		
	21-45	210	4,29	0,89		
Reçetelerde karşılaştığım en önemli sorunlardan biri doktorların yazım hatalarıdır.	1-10	371	4,17	0,96	12,775*	0,002
	11-20	194	3,99	0,88		
	21-45	208	3,95	0,92		
Reçetelerde karşılaştığım en önemli sorunlardan biri doktorların doz hatalarıdır.	1-10	370	3,87	1,01	4,071	0,017
	11-20	194	3,77	0,98		
	21-45	203	3,63	0,99		
Sağlık raporları usulüne uygun olarak düzenlenmiyor.	1-10	369	3,90	1,03	1,756	0,173
	11-20	195	3,78	0,99		
	21-45	205	3,75	0,99		

Tablo 4.15. Araştırmaya Katılan Eczacıların Çalışma Sürelerine Göre Karşılaştıkları Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Sorunlar	Çalışma Süresi	Sayı	Ort.	SS	F/KW	P
Reçeteler geri ödeme kurumları tarafından belirlenen geri ödeme kurallarına uygun olarak doldurulmuyor.	1-10	366	4,04	0,95	1,271	0,281
	11-20	192	3,93	0,93		
	21-45	205	3,94	0,87		
Sahte ilaç takibinde sorumluluk eczanelere yüklenmiştir.	1-10	373	4,45	0,87	0,839	0,432
	11-20	196	4,43	0,82		
	21-45	213	4,36	0,74		
Reçete sorunlarının yükümlülüğü sözleşme feshi ile eczanelere bırakılmıştır.	1-10	368	4,52	0,8	4,09	0,017
	11-20	191	4,51	0,73		
	21-45	208	4,34	0,75		
SGK'nın geciktirdiği ödemeler için faiz uygulamaması eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	1-10	372	4,49	0,89	2,175	0,114
	11-20	191	4,38	0,88		
	21-45	213	4,34	0,85		
Günübirlik tedavi adı altında ilaçların özel hastanelerden temin edilebilir hale gelmesi eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	1-10	373	4,41	0,89	0,424	0,655
	11-20	195	4,34	0,85		
	21-45	208	4,38	0,76		
Yatan hasta ilaçlarını hastanelerin temin eder hale gelmesi eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	1-10	372	4,31	0,96	1,118*	0,572
	11-20	193	4,23	0,99		
	21-45	210	4,35	0,81		
İlaç fiyatlarındaki sürekli değişimler eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	1-10	371	4,62	0,71	18,341*	0,000
	11-20	193	4,6	0,65		
	21-45	208	4,39	0,81		
SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumların ödemelerini zamanında yapmaması eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	1-10	370	4,56	0,81	1,686	0,186
	11-20	191	4,49	0,76		
	21-45	211	4,44	0,73		
SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda kaynağından kesilen hasta katılım paylarının eczanelere geç ödenmesi hesap takibini güçleştiriyor	1-10	373	4,65	0,69	23,861*	0,000
	11-20	192	4,56	0,69		
	21-45	211	4,39	0,8		
SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, ödemesi yapılan tutarın hangi döneme ait olduğunun belirtilmemesi hesap takibini güçleştiriyor.	1-10	372	4,52	0,86	0,292	0,747
	11-20	191	4,5	0,78		
	21-45	210	4,47	0,75		

*: Kuskal-Wallis Testi (K-W)

Tablo 4.15’de yer alan analiz sonuçlarına göre 1-10 yıl, 11-20 yıl ve 21-45 yıl olmak üzere çalışma sürelerine göre eczacıların belirttikleri sorunların bazılarında farklılıklar mevcuttur. Bu sonuca göre “Eczacıların çalışma sürelerine göre karşılaştıkları sorunlar anlamlı farklılık göstermektedir.” şeklinde kurulan Hipotez 4a kabul edilmiştir. Farklılıkların olduğu sorunlar sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi, çoğu zaman, geri ödeme ile ilgili belirsiz olan direktifler, geri ödemeye ilişkin çok sayıda, zaman kaybına neden olan işlemler, SGK provizyon sisteminin çok sık kullanım dışı kalması, eczane işletmeciliği eğitiminin yetersiz olması, muayene ücretlerinin eczaneden tahsil edilmesi, hastaların fiyat farkını ödemek istememesi, reçetelerde doktorların yazım hataları, reçetelerdeki doz hataları, reçete sorunlarının yükümlülüğünün sözleşme feshi ile eczanelere bırakılması, ilaç fiyatlarındaki sürekli değişimler, SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, kaynağından kesilen hasta katılım paylarının eczanelere geç ödenmesi olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). 1-10 yıl, 11-20 yıl ve 21-45 yıl olmak üzere hangi çalışma süresi grupları arasında farklılık olduğunu belirlemek için varyansları homojen olan gruplar için Tukey Testi varyansları homojen olmayan gruplar için ise sürekli sayısal verilerde iki grup arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla kullanılan İki Ortalama Arasındaki Farkın Anlamlılık Testi uygulanmıştır. Bu analizler sonucunda 1-10 yıl ile 11-20 yıl çalışma süreleri arasında farklılıkların olduğu sorunlar geri ödeme ile ilgili belirsiz direktifler, SGK provizyon sisteminin çok sık kullanım dışı kalması, reçetelerdeki doktorların yazım hataları olarak belirlenmiştir ($p<0,05$). Her üç sorunda çalışma süreleri daha az olan eczacıların ortalamaları daha yüksek çıkmıştır. Bu sonuç deneyimlerinin az olması ile de ilişkilendirilebilir.

1-10 yıl ile 21-45 yıl çalışma süreleri arasında farklılıkların olduğu sorunlar geri ödeme ile ilgili belirsiz direktifler, eczane işletmeciliği eğitimin yetersizliği, muayene ücretlerinin eczaneden tahsil edilmesi, hastaların ilaç fiyat farkını ödemek istememesi, reçetede doz hataları, reçete sorunlarının yükümlülüğünün sözleşme feshi ile eczanelere bırakılması, sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi, geri ödemeye ilişkin çok sayıda, zaman kaybına neden olan işlemler, reçetelerdeki doktorların yazım hataları, ilaç fiyatlarındaki sürekli değişimler olarak belirlenmiştir ($p<0,05$).

11-20 yıl ile 21-45 yıl çalışma süreleri arasında farklılıkların olduğu sorunlar ise eczane işletmeciliği eğitimin yetersizliği, muayene ücretlerinin eczaneden tahsil edilmesi, ilaç fiyatlarındaki sürekli değişimler ve SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, kaynağından kesilen hasta katılım paylarının eczanelere geç ödenmesi olarak belirlenmiştir ($p<0,05$).

“Sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum. “, “Çoğu zaman, geri ödeme ile ilgili belirsiz olan direktifler altında çalışıyorum.”, “Geri ödemeye ilişkin çok sayıda, zaman kaybına neden olan işlemlerle uğraşıyorum.”, gibi sorunlara katılım oranı çalışma süresi arttıkça azalmaktadır. Bu da eczacının deneyimi ile ilişkilendirilebilir. Deneyim süresi daha az olan katılımcılar muayene ücretlerinin eczanelerden alınmasını, eşdeğer ilaç uygulaması ile oluşan hasta katılım payı gibi düzenlemeler sonucu oluşan uygulamaları daha fazla sorun olarak görmektedirler. Yine doktorların reçetelerdeki yazım ve doz hataları, rapor hazırlama hataları gibi durumları daha fazla sorun olarak ifade etmektedirler. Buda eczacıların deneyimleri arttıkça sorunlarla baş edebilme yeteneğinin artması ya da çalışma süresinin artması ile uygulamaların olduğu gibi kabul edilmesi yaklaşımının gelişmesinin bir sonucu olarak değerlendirilebilir.

Tablo 4.16. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri

Olası Sorunlar	Bölgeler	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
Sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.	Karadeniz	107	4,64	0,66	7,121*	0,310
	Akdeniz	114	4,74	0,60		
	İç Anadolu	173	4,68	0,68		
	Doğu A.	38	4,50	1,11		
	Güneydoğu A.	44	4,41	1,06		
	Ege	108	4,79	0,43		
	Marmara	220	4,69	0,65		
Geri ödeme kurallarının sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.	Karadeniz	107	4,57	0,67	6,505*	0,369
	Akdeniz	112	4,71	0,59		
	İç Anadolu	171	4,64	0,74		
	Doğu Anadolu	38	4,34	1,19		
	Güneydoğu A.	44	4,45	1,07		
	Ege	108	4,72	0,53		
	Marmara	219	4,66	0,63		

Tablo 4.16. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Sorunlar	Bölgeler	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
Bürokratik yaptırımların sık değişmesi, bunların takibini zorlaştırıyor.	Karadeniz	107	4,43	0,78	13,807*	0,032
	Akdeniz	112	4,69	0,62		
	İç Anadolu	169	4,67	0,70		
	Doğu A.	38	4,39	1,15		
	Güneydoğu A.	43	4,47	0,98		
	Ege	107	4,67	0,49		
	Marmara	219	4,61	0,68		
Eczacıların yetki sorumluluklarını düzenleyen yasal çerçeve yetersizdir.	Karadeniz	107	4,27	0,76	6,387*	0,381
	Akdeniz	109	4,35	0,86		
	İç Anadolu	168	4,27	0,89		
	Doğu A.	37	4,32	1,08		
	Güneydoğu A.	43	3,98	1,22		
	Ege	106	4,23	0,78		
	Marmara	216	4,34	0,82		
Çoğu zaman, geri ödeme ile ilgili belirsiz olan direktifler altında çalışıyorum.	Karadeniz	107	4,36	0,79	0,624	0,711
	Akdeniz	112	4,49	0,74		
	İç Anadolu	169	4,49	0,81		
	Doğu A.	37	4,54	0,84		
	Güneydoğu A.	42	4,33	0,95		
	Ege	108	4,47	0,65		
	Marmara	214	4,42	0,78		
Geri ödemeye ilişkin çok sayıda, zaman kaybına neden olan işlemlerle uğraşıyorum.	Karadeniz	105	4,33	0,93	5,847*	0,441
	Akdeniz	113	4,6	0,65		
	İç Anadolu	167	4,47	0,86		
	Doğu A.	37	4,49	0,84		
	Güneydoğu A.	42	4,31	0,98		
	Ege	105	4,47	0,69		
	Marmara	214	4,49	0,76		
Bazı durumlarda SGK muhasebe sisteminden kaynaklanan nedenlerden dolayı geri ödeme yapılmıyor.	Karadeniz	102	3,65	1,13	2,65	0,015
	Akdeniz	114	4,12	1		
	İç Anadolu	170	3,91	1,08		
	Doğu A.	36	3,53	1,23		
	Güneydoğu A.	43	3,79	1,06		
	Ege	105	3,95	1,04		
	Marmara	213	3,92	1,02		

Tablo 4.16. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Sorunlar	Bölgeler	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.	Karadeniz	104	4,46	0,68	6,588*	0,361
	Akdeniz	111	4,62	0,69		
	İç Anadolu	171	4,52	0,79		
	Doğu A.	37	4,3	1,18		
	Güneydoğu A.	43	4,4	0,88		
	Ege	105	4,59	0,63		
	Marmara	215	4,55	0,69		
SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.	Karadeniz	104	4,46	0,68	6,588*	0,361
	Akdeniz	111	4,62	0,69		
	İç Anadolu	171	4,52	0,79		
	Doğu A.	37	4,3	1,18		
	Güneydoğu A.	43	4,4	0,88		
	Ege	105	4,59	0,63		
	Marmara	215	4,55	0,69		
SGK tarafından fatura teslimi için belirlenen merkezlerin sayısı yetersiz.	Karadeniz	104	3,33	1,28	10,813*	0,094
	Akdeniz	113	3,65	1,24		
	İç Anadolu	166	3,54	1,27		
	Doğu A.	36	3,69	1,47		
	Güneydoğu A.	40	3,63	1,39		
	Ege	103	3,57	1,18		
	Marmara	217	3,81	1,08		
Nitelikli yardımcı eleman kıtlığı yaşıyorum.	Karadeniz	104	3,12	1,12	1,05	0,391
	Akdeniz	111	3,39	1,13		
	İç Anadolu	169	3,33	1,16		
	Doğu A.	35	3,49	1,42		
	Güneydoğu A.	42	3,38	1,23		
	Ege	104	3,39	1,07		
	Marmara	217	3,43	1,15		
Aldığım eğitim eczane işletmeciliği için yetersiz.	Karadeniz	105	3,43	1,13	0,715	0,637
	Akdeniz	114	3,6	1,22		
	İç Anadolu	169	3,51	1,28		
	Doğu A.	35	3,57	1,38		
	Güneydoğu A.	43	3,72	1,18		
	Ege	106	3,35	1,3		
	Marmara	218	3,46	1,24		

Tablo 4.16. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Sorunlar	Bölgeler	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
Sahip olduğum ortalama aylık kazancım yetersiz.	Karadeniz	104	3,39	1,09	1,879	0,082
	Akdeniz	112	3,63	1,16		
	İç Anadolu	169	3,69	1,2		
	Doğu A.	33	3,27	1,15		
	Güneydoğu A.	43	3,74	1,09		
	Ege	106	3,64	1,17		
	Marmara	219	3,76	1,1		
Muayene ücretlerinin eczaneden tahsil edilmesi hasta ile eczacıyı karşı karşıya getiriyor.	Karadeniz	104	4,52	0,61	1,048	0,393
	Akdeniz	113	4,67	0,75		
	İç Anadolu	170	4,51	0,89		
	Doğu A.	37	4,32	1,23		
	Güneydoğu A.	43	4,49	0,83		
	Ege	104	4,51	0,8		
	Marmara	217	4,54	0,75		
Hastalar reçetede yazılı ilacı alabilmek için, bu ilacın fiyatı ile devlet tarafından ödenen tutar arasında kalan fiyat farkını ödemek istemiyorlar.	Karadeniz	104	4,36	0,86	1,291	0,259
	Akdeniz	112	4,58	0,79		
	İç Anadolu	172	4,47	0,86		
	Doğu A.	36	4,5	1		
	Güneydoğu A.	42	4,5	0,8		
	Ege	105	4,43	0,73		
	Marmara	218	4,34	0,87		
Reçetelerde karşılaştığım en önemli sorunlardan biri doktorların yazım hatalarıdır.	Karadeniz	104	3,87	0,89	1,51	0,172
	Akdeniz	114	4,08	1		
	İç Anadolu	168	4,11	0,93		
	Doğu A.	35	4,06	1,06		
	Güneydoğu A.	43	4,23	0,95		
	Ege	107	3,96	0,93		
	Marmara	214	4,14	0,89		
Reçetelerde karşılaştığım en önemli sorunlardan biri doktorların doz hatalarıdır.	Karadeniz	102	3,56	0,95	1,984	0,066
	Akdeniz	113	3,79	1,07		
	İç Anadolu	169	3,83	1		
	Doğu A.	35	4,09	0,85		
	Güneydoğu A.	43	3,81	1,01		
	Ege	105	3,64	1,02		
	Marmara	211	3,85	0,98		

Tablo 4.16. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Sorunlar	Bölgeler	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
Sağlık raporları usulüne uygun olarak düzenlenmiyor.	Karadeniz	102	3,6	0,94	1,592	0,146
	Akdeniz	112	3,99	0,96		
	İç Anadolu	171	3,86	1,08		
	Doğu A.	36	3,83	1,16		
	Güneydoğu A.	42	3,95	1,08		
	Ege	104	3,77	0,97		
	Marmara	214	3,85	0,97		
Reçeteler geri ödeme kurumları tarafından belirlenen geri ödeme kurallarına uygun olarak doldurulmuyor.	Karadeniz	104	3,82	0,94	1,465	0,187
	Akdeniz	108	4,18	0,81		
	İç Anadolu	169	3,99	0,99		
	Doğu A.	34	4,03	1,03		
	Güneydoğu A.	42	4,05	0,99		
	Ege	104	3,92	0,9		
	Marmara	214	3,99	0,9		
Sahte ilaç takibinde sorumluluk eczanelere yüklenmiştir.	Karadeniz	105	4,27	0,87	1,883	0,081
	Akdeniz	114	4,53	0,77		
	İç Anadolu	171	4,5	0,85		
	Doğu Anadolu	36	4,17	1,08		
	Güneydoğu A.	43	4,49	0,74		
	Ege	106	4,44	0,74		
	Marmara	218	4,39	0,81		
Reçete sorunlarının yükümlülüğü sözleşme feshi ile eczanelere bırakılmıştır.	Karadeniz	103	4,29	0,79	1,186	0,311
	Akdeniz	112	4,48	0,82		
	İç Anadolu	171	4,53	0,77		
	Doğu A.	34	4,5	1,02		
	Güneydoğu A.	43	4,44	0,77		
	Ege	105	4,46	0,76		
	Marmara	211	4,51	0,69		
SGK'nın geciktirdiği ödemeler için faiz uygulamaması eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	Karadeniz	105	4,27	0,95	1,209	0,299
	Akdeniz	111	4,56	0,75		
	İç Anadolu	172	4,46	0,95		
	Doğu A.	36	4,36	1,1		
	Güneydoğu A.	43	4,49	0,8		
	Ege	107	4,36	0,86		
	Marmara	214	4,43	0,81		

Tablo 4.16. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Sorunlar	Bölgeler	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
Günübirlik tedavi adı altında ilaçların özel hastanelerden temin edilebilir hale gelmesi eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	Karadeniz	104	4,37	0,74	0,472	0,829
	Akdeniz	113	4,5	0,67		
	İç Anadolu	170	4,41	0,94		
	Doğu A.	35	4,4	1,06		
	Güneydoğu A.	43	4,28	1,08		
	Ege	106	4,4	0,84		
	Marmara	216	4,37	0,78		
Günübirlik tedavi adı altında ilaçların özel hastanelerden temin edilebilir hale gelmesi eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	Karadeniz	104	4,37	0,74	0,472	0,829
	Akdeniz	113	4,5	0,67		
	İç Anadolu	170	4,41	0,94		
	Doğu A.	35	4,4	1,06		
	Güneydoğu A.	43	4,28	1,08		
	Ege	106	4,4	0,84		
	Marmara	216	4,37	0,78		
Yatan hasta ilaçlarını hastanelerin temin eder hale gelmesi eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	Karadeniz	104	4,26	0,81	0,359	0,905
	Akdeniz	112	4,34	0,93		
	İç Anadolu	171	4,36	0,97		
	Doğu A.	35	4,43	1,07		
	Güneydoğu A.	43	4,21	1,01		
	Ege	105	4,3	0,9		
	Marmara	216	4,28	0,91		
İlaç fiyatlarındaki sürekli değişimler eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	Karadeniz	105	4,48	0,64	0,729	0,626
	Akdeniz	110	4,61	0,72		
	İç Anadolu	171	4,6	0,8		
	Doğu A.	35	4,69	0,76		
	Güneydoğu A.	43	4,51	0,86		
	Ege	105	4,5	0,77		
	Marmara	215	4,56	0,66		
SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumların ödemelerini zamanında yapmaması eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.	Karadeniz	104	4,31	0,85	10,278*	0,113
	Akdeniz	113	4,57	0,71		
	İç Anadolu	167	4,54	0,83		
	Doğu A.	35	4,37	1,17		
	Güneydoğu A.	43	4,53	0,8		
	Ege	105	4,51	0,71		
	Marmara	216	4,57	0,65		

Tablo 4.16. Araştırma Kapsamındaki Eczacıların Çalıştıkları Bölgelere Göre Belirtilen Olası Sorunlara İlişkin Değerlendirmeleri (Devam)

Olası Sorunlar	Bölgeler	Sayı	Ort.	SS	F/KW	p
SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, kaynağından kesilen hasta katılım paylarının eczanelere geç ödenmesi hesap takibini güçleştiriyor	Karadeniz	105	4,41	0,72	1,278	0,265
	Akdeniz	114	4,61	0,67		
	İç Anadolu	169	4,57	0,81		
	Doğu A.	34	4,65	0,85		
	Güneydoğu A.	43	4,56	0,77		
	Ege	106	4,49	0,75		
	Marmara	215	4,61	0,65		
SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, ödemesi yapılan tutarın hangi döneme ait olduğunun belirtilmemesi hesap takibini güçleştiriyor.	Karadeniz	104	4,43	0,75	0,401	0,879
	Akdeniz	113	4,56	0,65		
	İç Anadolu	168	4,51	0,88		
	Doğu A.	35	4,49	1,07		
	Güneydoğu A.	43	4,51	0,94		
	Ege	106	4,57	0,66		
	Marmara	215	4,47	0,87		

*: Kruskal-Wallis Varyans Analizi

Tablo 4.16'da yer alan analizler sonucunda sorunlar çalışılan bölgeye göre farklılık göstermektedir. Bu sonuçlara göre "Eczacıların çalıştıkları bölgeye göre karşılaştıkları sorunlar anlamlı farklılık göstermektedir." şeklinde kurulan Hipotez 4b kabul edilmiştir. Bölgelere göre farklılığın bulunduğu sorunlar bürokratik yaptırımların sık değişmesi, bunların takibini zorlaştırması ve bazı durumlarda SGK muhasebe sisteminden kaynaklanan nedenlerden dolayı geri ödemelerin yapılamamasıdır ($p < 0,05$). Bu sorunlarda hangi bölgeler arasında farklılıklar olduğunun belirlenmesi amacıyla varyansların homojen olduğu gruplarda Tukey Testi, homojen olmayan gruplarda ise sürekli verilerde iki grup arasındaki farkın belirlenmesi amacıyla kullanılan İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi uygulanmıştır. Tukey Testine göre Akdeniz ve Karadeniz bölgelerinde bazı durumlarda SGK muhasebe sisteminden kaynaklanan nedenlerden dolayı geri ödemelerin yapılamaması sorununa katılım dereceleri arasında farklılıklar mevcuttur. Bu soruna Akdeniz Bölgesi'ndeki eczacıların katılım dereceleri ($4,12 \pm 1,00$)

Karadeniz Bölgesi'ndeki eczacıların katılım derecelerinden ($3,91 \pm 1,08$) daha yüksektir. İki Ortalama Arasındaki Farkın Önemlilik Testi sonucuna göre ise Karadeniz Bölgesi'ndeki eczacıların bürokratik yaptırımların sık değişmesi sorununa katılım dereceleri Ege, Marmara ve İç Anadolu Bölgelerindeki eczacıların katılım derecelerinden farklılık göstermektedir. Bu soruna Karadeniz Bölgesi'ndeki eczacıların katılım dereceleri ($4,43 \pm 0,78$) Ege Bölgesi ($4,67 \pm 0,49$), Marmara Bölgesi ($4,61 \pm 0,68$) ve İç Anadolu Bölgesinde ($4,67 \pm 0,70$) çalışan eczacıların katılım derecelerinden daha düşüktür.

Merkezi yönetimin bir sonucu olarak, uygulanan bürokratik yaptırımların tüm ülke için aynı olmasına rağmen “Bürokratik yaptırımların sık değişmesi, bunların takibini zorlaştırıyor.” sorun ifadesi ile ilgili bölgeler arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Bu soruna katılım ortalamasının en yüksek olduğu bölge Akdeniz Bölgesi ($4,69 \pm 0,62$) iken ortalamasının en az olduğu bölge Doğu Anadolu Bölgesi'dir ($4,39 \pm 1,15$). Bölgeler arasındaki anlamlı farklılık bürokratik uygulama farklılıklarının söz konusu olmaması nedeniyle, bazı bölgelerde bürokratik uygulamalardaki değişimlerin daha fazla sorun olarak algılanması ile ilişkilendirilebilir. Bu değerlendirme bölgeler arasında anlamlı farklılık gösteren ve en yüksek ortalamasının Akdeniz Bölgesi ($4,12 \pm 1$), en düşük ortalamasının da Doğu Anadolu Bölgesi olduğu ($3,53 \pm 1,23$) “Bazı durumlarda SGK muhasebe sisteminden kaynaklanan nedenlerden dolayı geri ödeme yapılmıyor.” sorun ifadesi içinde yapılabilir.

4.5. Eczacıların Eczacılık Mesleğine Yönelik Olası Uygulamalar İle İlgili Değerlendirmeleri

Türkiye'de eczacılık uygulamalarına yönelik önemli değişiklikler sık sık gündeme gelmektedir. Bu bölümde söz konusu değişikliklerden ilaçların tanıtımının serbest bırakılması ve ilaçların eczane dışında satılabilmesi konuları ele alınmıştır. Eczacıların ilaçların tanıtımının serbest olmasına yönelik değerlendirmeleri ile ilaçların eczane dışında satılmasına yönelik değerlendirmelerine ilişkin sonuçlar Tablo 4.15 ve Tablo 4.16'da sunulmuştur.

Tablo 4.17. Eczacıların İlaçların Halka Tanıtımının Serbest Bırakılması İle İlgili Değerlendirmelerinin Dağılımları

İlaçların halka tanıtımının serbest bırakılması size göre doğru bir uygulama mıdır?	Evet		Hayır		Belirtilmemiş	
	n	%	n	%	n	%
	38	4,6	693	83,3	101	12,1

“İlaçların halka tanıtımının serbest bırakılması size göre doğru bir uygulama mıdır?” sorusuna araştırmaya katılan 731 (%87,86) eczacı yanıt vermiş ve 693 (%83,3) eczacı görüşünü “hayır” olarak belirtmiştir. “Hayır” cevabını verenlerin belirttikleri nedenlere ilişkin dağılımlar Tablo 4.16’da ifade edilmiştir.

Tablo 4.18. İlaçların Halka Tanıtımının Serbest Bırakılmasının Doğru Olmadığını Düşünen Eczacıların Belirttikleri Nedenler

Nedenler	Sayı	Yüzde
Bilinçsiz ve gereksiz ilaç tüketimi oluşur	159	22,9
Hastaların yanlış bilgilendirilmesi ve yanlış tedavilerle toplum sağlığı tehlikeye girer	141	20,3
Halkın eğitim ve bilinç düzeyi yeterli değil	131	18,9
İlacın sadece ticari bir mal olarak görülmesine ve suiistimal edilmesine yol açar	124	17,9
Eczacı ilaç uzmanıdır ve halka ilaç danışmanlığı yapar	71	10,2
İlaç doktor tarafından yazılmalıdır	16	2,3
Haksız rekabete yol açar	14	2,0
İlaç fiyatı artar ve toplumun maddi kaybına yol açar	12	1,7
Etik değil	8	1,2
Görüş Belirtilmemiş	7	1,0
Diğer	10	1,4
Toplam	693	100

Tablo 4.18’de yer alan verilere göre, ilaçların halka tanıtımının serbest bırakılmasını doğru bir uygulama olarak görmeyen eczacıların %22,9’u bunun nedeni olarak gereksiz ve bilinçsiz ilaç tüketiminin oluşmasını göstermişlerdir. İkinci bir neden olarak, hastaların yanlış bilgilendirilmesi ve yanlış tedavilerin toplum sağlığına zarar vermesi gösterilmiştir (%20,3). Diğer önemli nedenler ise halkın

eğitim ve bilinç düzeyinin yeterli olmaması (%18,9), ilacın sadece ticari bir mal olarak görülmesine ve suiistimal edilmesine yol açması (%17,9) olarak sıralanmıştır. İlaçların halka tanıtımını doğru bulmadığını ifade eden eczacıların belirttikleri nedenler arasında az bir yüzdeye sahip olmaları nedeniyle tabloda diğer olarak sınıflandırılan nedenler arasında ise ilaç reklamının ilaçların ilaç marketlerinde (drugstore) satılmasına yol açacağı (1 kişi), eczacı, doktor, hasta ilişkisini yok edeceği (2 kişi), eczacının finansman kaybına yol açacağı (2 kişi), ilaçta reklamı denetleyecek bir altyapı ve kurumun olmaması (1 kişi), ilaç reklamının hastanın aleyhine olduğu (1 kişi), reklamı yapılan ilacın muadilini bulmanın zor olacağı (2 kişi) ve zincir eczane kurulma riski oluşturacağı (1 kişi) gibi ifadeler yer almaktadır.

Tablo 4.19. Eczacıların İlaçların Eczane Dışında İlaç Satışına İzin Verilmesi İle İlgili Değerlendirmelerinin Dağılımları

	Evet		Hayır		Belirtilmemiş	
	n	%	n	%	n	%
Eczane dışında ilaç satışına izin verilmesi, örneğin beslenme destek ürünlerinin eczane dışında satılması, size göre doğru bir uygulama mıdır?	15	1,8	707	85,0	110	13,2

Tablo 4.20. Eczane Dışında İlaç Satışına İzin Verilmesini Uygun Görmeyen Eczacıların Belirttikleri Nedenler

Nedenler	Sayı	Yüzde
Bu ürünler eczacı danışmanlığında satılmalıdır, uzman olan eczacıdır	249	35,2
Yanlış ve eksik bilgilendirme oluşacak ve toplum sağlığını olumsuz etkileyecektir	138	19,5
Bilinçsiz kullanım	94	13,3
Ticari çıkarlar söz konusu olacaktır	49	6,9
Milli bütçeye zarar verir	39	5,5
Toplumun bilinç ve eğitim düzeyi yeterli değil	31	4,4
Eczacının mesleki itibarı zarar görür, etik değil	18	2,5
Saklama koşulu	12	1,7
Eczacının finansman kaybı	11	1,6
Miad sorunu	10	1,4
İlaç/besin ürünlerinin etkileşimi	7	1,0
Diğer	4	0,6
Görüş Belirtilmemiş	45	6,4
Toplam	707	100,0

Eczane dışında ilaç satışına izin verilmesi, örneğin beslenme destek ürünlerinin eczane dışında satılması, size göre doğru bir uygulama mıdır? sorusuna araştırmaya katılan 722 (%86,8) eczacı yanıt vermiş ve 707 (%85,0) eczacı görüşünü “hayır” olarak ifade etmiştir. “Hayır” cevabını veren eczacıların belirttikleri nedenlere ilişkin dağılımlar Tablo 4.18’de ifade edilmiştir.

Eczane dışında ilaç satışına izin verilmesini doğru bir uygulama olarak görmeyen eczacıların %35,2’si ilaçların ilaç uzmanı olan eczacı gözetiminde satılması gerektiğini belirtmişlerdir. %19,5’i ise bu durumun yanlış ve eksik bilgilendirmeye sebep olacağını ve toplum sağlığının olumsuz etkileneceğini ve %13,3’ü ise bilinçsiz kullanıma yol açacağını ifade etmişlerdir. Ayrıca belirtilen nedenler arasında ticari çıkarların ön plana çıkması (%6,9), milli bütçeye zarar vermesi (%5,5), toplumun bilinç ve eğitim düzeyinin bu uygulama için yeterli olmaması (%4,4), eczacılık mesleğinin zarar görmesi ve uygulamanın meslek etiğine uymaması (%2,5), saklama koşullarının önemi (%1,7), eczacının finansman kaybı (%1,6), son kullanma tarihi sorunu (%1,4) gibi ifadelere de yer verilmiştir. Diğer sınıflandırılması arasında yer alan nedenler ise kalitenin düşmesi (2 kişi), sağlık politikalarına aykırılık (1 kişi) ve ilaçların doktor kontrolünde alınması (1 kişi) olarak sıralanmıştır.

4.6. Eczacıların TEB ve Uygulamalarına İlişkin Değerlendirmeleri

Bu bölümde önce TEB’in eczacıların sorunlarının çözümündeki rolüne ilişkin değerlendirmelerine ve bu değerlendirmelerinin nedenlerine yer verilmiştir. Ayrıca bu bölümde eczacıların TEB ile SGK arasındaki sözleşmelere ilişkin önerileri de yer almaktadır.

Tablo 4.21. Eczacıların TEB’in, Eczacılığın Sorunlarının Çözümündeki Rolü İle İlgili Değerlendirmelerinin Dağılımları

Türk Eczacıları Birliği’nin, mesleğin sorunlarının çözümüne ilişkin aktif rol oynadığını düşünüyor musunuz?	Evet		Hayır	
	n	%	n	%
	300	36,1	383	46,0

Araştırmaya katılan 683 (%82,1) eczacı TEB ile ilgili görüş bildirmiş ve bu eczacıların %36,1'i (300 kişi) TEB'in mesleğin sorunlarının çözümüne ilişkin aktif rol aldığını belirtirken %46,0'ı (383 kişi) buna katılmadığını ifade etmiştir. Eczacıların sorunlarının çözümünde TEB'in rolü ile ilgili değerlendirmelerde bulunan eczacılardan bu değerlendirmelerine ilişkin nedenler belirtmeleri istenmiştir. TEB'in eczacılığın sorunlarının çözümünde aktif rol aldığını düşünen toplam 300 katılımcının 275 (%91,7) tanesi bu düşünceleri için bir neden belirtmemişlerdir. 10 (%3,3) katılımcı TEB'in yüksek katılımlı meslek örgütü olmasını, 9 (%3,0) katılımcı kurumlarla görüşerek mesleki sorunlara çözüm aramasını ve 4 (%1,3) katılımcı da profesyonel çalışmasını neden olarak göstermişlerdir. Diğer belirtilen nedenler arasında ise SGK ile görüşmelerde iyi sonuç alınması ve 6197 sayılı yasa tasarısının önlenmesi yer almaktadır (%0,3). TEB'in aktif rol almadığını düşünen eczacıların belirttikleri nedenler ise 4.21'de yer almaktadır.

Tablo 4.22. TEB'in, Eczacılığın Sorunlarının Çözümünde Aktif Rol Almadığını Düşünenlerin TEB ile İlgili Görüşleri

TEB ile İlgili Görüşler	Sayı	Yüzde
Çözüm üretmiyor	43	11,0
Üyelerin sorunlarını sahiplenmiyor, üyelere yeterli özeni göstermiyor	40	10,0
Siyasi davranıyor	27	7,0
Rant kurumu gibi çalışıyor	27	7,0
Mesleğin geleceğine yönelik tehditler dikkate alınmıyor	8	2,0
Diğer	23	7,0
Görüş Belirtilmemiş	215	56,1
Toplam	383	100,0

TEB'in mesleğin sorunlarının çözümüne ilişkin aktif rol aldığını düşünmeyen eczacıların değerlendirmeleri incelendiğinde 215 (%56,14) katılımcının neden belirtmediği görülmektedir. 43 (%11,0) katılımcı TEB'in çözüm üretmediğini, 40 (%10,0) eczacı üyelerin sorunlarını sahiplenilmemesi ve üyelere yeterli özenin gösterilmemesini, 27(%7,0) eczacı siyasi davranıyor olmasını, 27 (%0,7) eczacı rant kurumu gibi çalışıyor olmasını nedenler olarak ifade etmişlerdir. Bunlarla birlikte mesleğin geleceğine yönelik tehditler dikkate alınmaması (%2,0), üyelerin

fikirlerinin alınmaması (%1,0), eczacı odalarının yeterli olmaması (%1,0), hükümet tarafından dikkate alınılmaması (%1,0), hukuki mücadelenin zayıf olması (%1,0), bilgilendirmenin yetersiz olması (%1,0), gelişmenin olmaması (%1,0), sorunlara müdahalede geç kalınması (%1,0), TEB'in eczacı odaları daha etkin olunması ve sadece SGK odaklı çalışılması (%0,0) belirtilen diğer nedenlerdir.

Tablo 4.23. Eczacıların SGK İle TEB Arasında Yapılan Sözleşmelerde Geri Ödeme İle İlgili Önerileri

SGK İle TEB Arasında Yapılan Sözleşmelerde Geri Ödeme İle İlgili Öneriler	Sayı	Yüzde
Geri ödeme ile ilgili çıkarılan talimatların çok sık değiştirilmemeli	118	23,8
Geri ödeme süresi kısaltılmalı	94	19,0
Ödemeler düzenli ve tam zamanında yapılmalı	66	13,3
Provizyon sistemi revize edilmeli ve geri ödeme için onayı yeterli olmalıdır	49	9,9
Geri ödemelerde ayrıntılı bilgi sağlanmalı	42	8,5
Talimatlar açık ve net olmalı	31	6,3
Geciken geri ödemeler için faiz ya da tazminat ödenmeli	16	3,2
Ödeme zamanı depolara ödeme yaptığımız dönemlerle uyumlaştırılmalı	15	3,0
Gereksiz yere geri ödemelerdeki kesintiler önlenmeli	13	2,6
Geri ödeme kurallarının değişikliklerinde TEB ve eczacılardan görüş alınmalı	12	2,4

Tablo 4.23'de eczacıların SGK ile TEB arasında yapılan sözleşmelerde geri ödemelerle ilgili yer almasını istedikleri uygulamalar sınıflandırılarak sunulmuştur. Yüzdeleri ile birlikte verilen bu uygulamalara bakıldığında en çok ifade edilen öneriler geri ödeme ile ilgili çıkarılan talimatların sık değişmemesi (%23,41), geri ödeme süresinin kısaltılması (%18,65) ve ödemelerin tam zamanında ve düzenli yapılması (%13,10) şeklindedir. Diğer öneriler arasında ise provizyon sisteminin 24 saat kesintisiz çalışması (%1,6), avans ödemesinin kaldırılması (%1,2), fatura tesliminde geri ödemenin yapılması (%1,0), eksik reçetelerden kesinti yapılmadan düzeltilmek üzere geri verilmesi (%0,8), muayene ücretleri ve ilaç farklarının çalışanların maaşlarından alınması (%0,6), geri ödeme süresinin belirlenmesinde iş

günü hesabı değil gün hesabının yapılması (%0,4), devlete uygulanan iskonto uygulamasına son verilmesi (%0,4), firmaların geri ödemelerde geçerli olan miktarda (tablet sayısı vb.) üretim yapmasının sağlanması (%0,4), devletin ödemeleri elektronik kartlardan [kredi kartı gibi] anında sağlanması (%0,2) ve reçete sisteme girildiğinde geri ödeme yapılması (%0,2) yer almaktadır.

Tablo 4.24. Eczacıların SGK İle TEB Arasında Yapılan Sözleşmelerde Reçete İle İlgili Önerileri

SGK İle TEB Arasında Yapılan Sözleşmelerde Reçete İle İlgili Öneriler	Sayı	Yüzde
Reçete ve raporların belirlenen şartlara uygunluğundan doktor ve çalıştığı kurum sorumlu olmalıdır	169	37,7
Çıkan talimatlar değişmemeli	118	26,3
E-reçete ve e-rapor uygulamasına geçilsin	37	8,3
Talimatlar açık ve net olmalı	31	6,9
Reçeteler ve raporlar bilgisayar çıktısı olsun	20	4,5
Reçete örnekleme yöntemine son verilmesi	13	2,9
Reçete yazım kuralları değişikliklerinde TEB ve eczacılardan görüş alınmalıdır	12	2,7
Doktorunun imzaladığı her ilaç eczane tarafından koşulsuz karşılanmalı	8	1,8
Avrupa'da gibi reçete başına meslek hakkı verilsin	7	1,6

4.24'de eczacıların SGK ile TEB arasında yapılan sözleşmelerde reçeteler ile ilgili yer almasını istedikleri uygulamalar sınıflandırılarak sunulmuştur. Yüzdeleri ile birlikte verilen bu uygulamalara bakıldığında en çok ifade edilen öneriler reçete ve raporların belirlenen şartlara uygunluğundan doktor ve çalıştığı kurumun sorumlu olması (%36,19) ve reçeteler ile ilgili çıkarılan talimatların değişmemesi (%25,27) şeklindedir. Diğer öneriler arasında reçetede etken madde koşulunun uygulanması (%1,1), teşhis yazma zorunluluğunun kaldırılması (%1,1), reçete ve rapor yazım kurallarının basitleştirilmesi, teşhiste kısaltma kullanılabilmesi (%0,4), reçete kontrollerinin genel kurallara göre yoruma açık olmayan şekilde yapılması (%0,4), tedavi süresinin belirtilme şartının kaldırılması (%0,4), doktor reçete yazım kuralları hakkında eğitilmesi (0,4), uzman uygulamasının kalması (%0,4) gibi öneriler yer almaktadır.

5. TARTIŞMA

Bu bölümde araştırma sonucunda eczacılık hizmetleri ve eczacıların sorunları ile ilgili tespitler daha önce yapılmış benzer bilgileri barındıran araştırmalarla birlikte değerlendirilecektir. Sonuçların değerlendirilmesinde kullanılacak benzer çalışmalardan biri 2007 yılında TEB tarafından yayınlanan “1998-2007 Eczacı Profili Son On Bir Yıla Bakış” adlı alan çalışmasıdır. 2007 yılında yapılan bu alan çalışması 15 ilde 495 eczacının katılımı ile gerçekleştirilmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2007a). Diğer bir çalışma yine TEB tarafından 2007 yılında yayınlanan “Düşük Cirolu Serbest Eczaneler Araştırması 2007” adlı çalışmadır. Bu çalışma İstanbul, Ankara, Bursa, Adana ve İzmir olmak üzere beş ilde 237 eczacının katılımıyla gerçekleştirilmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2007b). TEB tarafından 2001 yılında yayınlanan “Eczacılıkta Talep-Hizmet Korelasyonu” çalışmasının verilerinden de yararlanılmıştır. Bu çalışma toplam beş bölgede 22 ilde 930 eczacı ve 930 birey olmak üzere toplam 1860 kişi ile gerçekleştirilmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2001). “Ankara 6. Bölge Eczanelerinde Çalışan Eczacıların Bazı Mesleki Uygulamalarını ve Sorunlarını Saptama Araştırması” sonuçlarından (Altıntaş ve diğerleri, 2001) ve “Türkiye ve Bazı Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerde Eczane Eczacılığı Hizmetleri ve Ankara’da Çalışan Eczane Eczacılarının Konu Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri Üzerine Bir Çalışma”dan da yararlanılacaktır (Taşyaran, 2008). Yukarıda sıralanan bu araştırmalarla karşılaştırılarak değerlendirilecek olan “Türkiye’de Serbest Eczacıların Sorunları” adlı bu araştırma tekrardan kaçınılması amacıyla “araştırma (2009)” olarak ifade edilecektir.

5.1. Resmi Kurumlarla Anlaşma Durumu

Bu araştırmada (2009) eczacıların %13,5’u (112 eczacı) sadece SGK ile anlaşmalı olduğunu ifade ederken, %85,8’i SGK dışında en az bir kurumla daha anlaşmalı olduğunu ifade etmiştir. Bugünkü tek yapı olan SGK ile eczanelerin anlaşma yapma durumları ile SSK, Bağ-Kur, ES olmak üzere farklı üç yapının olduğu eski sistemde eczanelerin bu kurumlarla anlaşma yapma durumlarının karşılaştırılması amacıyla Düşük Cirolu Eczaneler Araştırmasına (2007) bakıldığında eczanelerin %34,4’ünün bu üç kurumdan biriyle anlaşmalı olduğu görülmektedir. Özel kuruluş, konsolide bütçe ve yeşil kartlılara hizmet ettiğini

belirten eczaneler ise %31,2'dir ve hiçbir kurumla anlaşması olmadığını belirten eczacı oranı ise %19,2'dir (Türk Eczacıları Birliği, 2007b). Araştırmada (2009) ise 826 (%99,3) eczacı en az bir kurumla anlaşmalı olduğunu belirtmiştir.

5.2. Eczane Finansman Yapısı Değerlendirmesi

Bu araştırmada (2009) eczanelerin finansman araçları ile ilgili bilgilere bakıldığında eczacıların %68,3'ünün finansmanda sadece eczane gelirlerini kullandığı %38,5'nin ise karma finansman araçlarından yararlandığı görülmektedir. Düşük Cirolu Serbest Eczaneler Araştırmasında (2007) da eczacıların %65,3'ü eczane gelirlerinin, %35'i ise eczane dışı gelir kaynaklarının daha etkin olduğunu ifade etmişlerdir (Türk Eczacıları Birliği, 2007b). Araştırmada (2009) karma finansman tercihi kapsamında kredi alma, borçlanma gibi araçlar vardır ve bu oran yukarıda ifade edildiği gibi % 35'dir. Düşük Cirolu Serbest Eczaneler Araştırmasında (2007) ise eczacıların yaklaşık %46'sı eczanecilik faaliyetlerinde banka kredisi kullandığını ifade etmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2007b). Bu durum eczanelerin finansmanında kredi kullanımının çeşitli nedenlerle devam ettiğini göstermektedir.

Bu araştırmada (2009), çalışılan bölgede çok sayıda eczane bulunması finansman sorunu yaşanmasının nedenleri arasında belirtilmiştir. Bazı ülkelerde bu sorunun önlenmesi için eczanelerin açılmasında demografik ve coğrafik kıstaslar kullanılmaktadır, ancak ülkemizde bu tür bir uygulama bulunmamaktadır. Taşyaran (2008) tarafından yapılan çalışmada da eczacılar eczanelerin demografik kıstaslara göre açılması durumuna %43,1 katılıyorum, %27,5 kesinlikle katılıyorum derecesinde katılım göstermişlerdir (Taşyaran, 2008).

5.3. Eczacıların Faaliyetlerine İlişkin Değerlendirmeler

Araştırmada (2009) reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak eczacılık faaliyetleri arasında en çok kabul gören (%93,5) faaliyetlerden ikincisidir. Eczacıların bu faaliyeti görevleri arasında belirtmelerinde çalışılan bölge, çalışma süresi gibi özellikleri açısından anlamlı farklılıklar yoktur ($p>0,05$). Taşyaran (2008) tarafından yapılan çalışmada eczacıların %30,3'ü eczacılık hizmetleri içerisinde hasta danışmanlığının sağlandığını belirtirken, %56,6'sı kısmen

sağlandığını ve %11,6'sı da sağlanmadığını ifade etmişlerdir (Taşyaran, 2008). Araştırmada (2009), bu faaliyete ayrılan zamana bakıldığında katılımcı eczacıların en çok zaman ayırdıkları ikinci faaliyet olduğu görülmektedir. Eczacıların %65,1'i bu faaliyetle her zaman ilgilendiklerini belirtmişlerdir. Eczacılıkta Talep-Hizmet Korelasyonu (2001) adlı çalışmada da eczacıların %90'ı eczacının sözlü bilgi sunumunu her zaman sağlaması gerektiğini belirtmişlerdir. Yine bu çalışmada hastaların eczacının sözlü danışmanlık hizmeti sunması yönündeki beklentilerinin yüksek olduğu görülmektedir (%97,4) ve eczacıların hizmetlerindeki önem algısına bakıldığında yazılı bilgi sağlama faaliyetine atfettikleri değer 10'lu skalada 7,15 olduğu görülmektedir (Türk Eczacıları Birliği, 2001). Bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde hastalar tarafından ilaç danışmanlığı hizmetlerine önem verildiği, ancak eczacılar tarafından bu hizmetin sunulmasına yönelik çalışmalar yapılması ihtiyacının olduğu söylenebilir.

Tedavi aracı olarak kullanılan ilaçların, bireylerin yaş, cinsiyet, kilo, kronik rahatsızlıklar gibi kişisel özelliklerine uygun içerikte, dozda ya da doğru yöntemle kullanılmaması gibi nedenlerle oluşan sağlık sorunları ve bu nedenlerle katlanılan maliyetler ciddi sonuçları içermektedir. Dünyada eczacıların ilaç danışmanlık rolünü artırıcı düzenlemeler yapılmaktadır. Türkiye'de de bu tür uygulamalara hız verilmelidir. Bu araştırma (2009) sonuçlarına göre eczacıların hastanın yaş, hastalık, laboratuvar değerleri gibi ölçümlerine bağlı olarak tedavinin doz uygunluğunun doğrulanması faaliyetinin eczacıların %70,7'si tarafından görevi olarak görülürken, %24,6'sı bu faaliyeti görevi olarak görmemektedir. Eczacıların yazılı bilgi sağlamak konusundaki katılımları ise sözlü danışmanlık faaliyeti kadar yüksek değildir. Eczacıların %63,1'i yazılı bilgi sağlamayı faaliyetleri olarak görürken, %29,3'ü görevleri arasında görmemektedir. Bu faaliyete ayırdıkları zamanı ise katılımcıların %18,1'i "hiç" ve %33,9'u "bazen" olarak tanımlamışlardır. Yine bu sonuçlar eczacıların ilç danışmanlığı hizmetlerini geliştirici çalışmaların artırılması ihtiyacını ortaya koymaktadır. Eczacılıkta Talep-Hizmet Korelasyonu (2001) adlı çalışmada ise eczacıların %82,9'u bu faaliyetle her zaman ilgilenmeleri gerektiğini, 12,8'i ise hiç ilgilenmemeleri gerektiğini ifade etmişlerdir (Türk Eczacıları Birliği, 2001). Bu sonuç eczacılara hizmet içi programlarla farmasötik bakım hizmetleri eğitimleri verilerek, bu konuda bilgilendirilmeleri ihtiyacını göstermektedir.

Eczacıların görevleri arasında görmedikleri faaliyetler ise pansuman yapmak (%69,6), muhasebe işlemleri ile uğraşmak (%41,5) ve tansiyon ölçmek (%40) olarak sıralanabilir. Bu faaliyetler bazı eczacılar tarafından görevleri olarak kabul edilmeseler dahi bu faaliyetlere birçok faaliyetten daha çok zaman ayrılmaktadır. Daha önce ifade edildiği gibi 579 eczacı (%69,6) pansuman yapmayı görevi olarak görmediğini belirtirken, 111 eczacı (%13,3) bu faaliyetle her zaman ilgilendiğini ifade etmiştir. Yine 333 eczacı (%40,0) tansiyon ölçmeyi görevi olarak görmediğini belirtirken, 365 eczacı (%43,9) bu faaliyetle her zaman ilgilendiğini; 345 eczacı (%41,5) muhasebe işlemleri ile uğraşmayı görevi olarak görmediğini belirtirken, 340 eczacı (%40,9) bu faaliyet ile her zaman ilgilendiğini ifade etmiştir. Bu sonuçlar toplumun beklentileri ve eczanelerin aynı zamanda birer işletme olmalarının bir sonucu olarak değerlendirilebilir. Toplumun beklentileri hakkında bir fikir vermesi amacıyla Eczacılıkta Talep-Hizmet Korelasyonu (2001) adlı çalışma sonuçlarına bakıldığında eczaneye başvurma nedenlerini, bireylerin %2,7'sinin pansuman yaptırmak ve %6,5'unun tansiyon ölçtürmek olarak ifade ettikleri görülmektedir. Yine bu çalışmada eczacıların %8,5'i hastaların eczaneye en sık tansiyon ölçtürmek için geldiklerini ifade etmişlerdir (Türk Eczacıları Birliği, 2001).

Araştırmada (2009) eczacıların %95,1'i majistral ilaçları hazırlama faaliyetini görevleri arasında göstermiştir. Buna karşılık eczacıların %0,8'i bu faaliyeti görevi olarak görmemektedir. Bu faaliyetle ilgilenme sıklığına bakıldığında da eczacıların %59,6'sının bu faaliyetle her zaman ilgilendiği görülmektedir. Eczacılıkta Talep-Hizmet Korelasyonu (2001) adlı çalışmada eczacıların ilaç hazırlayan kişidir tanımlamasına %57,4'ünün katıldığı görülmektedir (Türk Eczacıları Birliği, 2001). 2001 yılındaki çalışmada elde edilen yüzdenin daha düşük olmasının nedeni olarak burada eczacılığın sadece ilaç hazırlayan kişi olarak tanımlanarak diğer fonksiyonlarının göz ardı edilmesi olabilir. Bu çalışmada (2009) ise majistral ilaç hazırlanması eczacıların faaliyetlerinden biri olarak ifade edildiği için daha yüksek bir katılım yüzdesi sonucu elde edilmiştir.

Araştırma (2009) sonuçlarına göre reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak faaliyetini görevi olarak gören eczacıların oranı %89,4'dür. Eczacıların %53,7'sinin ise bu faaliyetle her zaman ilgilendiklerini ortaya koymuştur. Eczacılıkta Talep-Hizmet Korelasyonu (2001) adlı çalışmada da

eczacıların 10'lu skalada reçetesiz ilaç kullanımı konusunda danışmanlık için önem algısı ortalaması 8,10'dur (Türk Eczacıları Birliği, 2001). Reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak faaliyeti de farmasötik bakım kapsamındaki hizmetlerdendir. Bu konuda yapılacak eğitim programları ile günümüzde eczacılığın asıl işlevi olarak kabul gören faaliyetlere odaklanması sağlanmalıdır.

5.4. Eczacıların Sorunları İle İlgili Değerlendirmeler

Bu araştırmanın (2009) temel çıkış noktası araştırmanın amacında da belirtildiği üzere eczacıların sorunlarına ilişkin değerlendirmelerini almak ve mümkün olduğunca bu sorunları tespit edebilmektir. Bu araştırma sonucunda tespit edilen sorunlara ilişkin değerlendirme sonuçları daha önce yapılan benzer çalışmaların sonuçları ile birlikte değerlendirildiğinde daha önce tespit edilen eczacılık sorunları ile günümüz eczacılık sorunları arasında benzerliklerin ve farklılıkların olduğu ortaya çıkmıştır.

Araştırmanın (2009) eczacıların sorunlarının yer aldığı bölüm incelendiğinde katılım derecesi ortalamasının en yüksek ($4,7 \pm 0,7$) olduğu sorunun, “sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi” olduğu görülmektedir. Bu soruna “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” derecesinde cevap verenlerin oranı %93,80 ile en yüksek düzeydedir. Eczacı Profili (2007) çalışmasında ise benzer şekilde sık değişen talimatlar ve istikrarsızlık olarak belirtilen soruna katılım %1,1 ile diğer sorunlara göre düşük bir orana sahiptir (Türk Eczacıları Birliği, 2007). Bu sorunun temelinde Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan sürecin etkileridir. Ancak bu program 2003 yılında uygulanmaya başlamış ve 2007 yılında yapılan araştırma yapıldığında da bu programın etkileri görülmeye başlamıştır. Bu nedenle bu çalışmada (2009) elde edilen sonuç ile 2007 yılında yapılan araştırmada elde edilen sonuç arasındaki fark, bu araştırmada (2009) daha geniş bir örneklem büyüklüğü ile çalışıldığı dikkate alınarak düşünülmelidir. Bu araştırmadan (2009) elde edilen sonuca göre sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi Türkiye genelinde eczacıların ortak sorunu olarak değerlendirilebilir.

Bu araştırmada (2009) eczacılar başlıca sorunları arasında bürokratik yaptırımların sık değişmesine de yer vermişlerdir. Bu soruna katılım derecesinin

ortalaması (4,6±0,7) “katılıyorum” derecesinin üzerindedir. Eczacıların %91,80’i bu soruna katılım derecelerini “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” olarak belirtmişlerdir. Eczacı Profili (2007) çalışmasında da eczacılık mesleği sorunları arasında bürokrasi ve kurum ilişkileri %22 ile en önemli sorun olarak ifade edilmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2007a).

Araştırmada (2009) yer alan sorunlar içerisinde geri ödemelerle ilgili sorunlar da yüksek katılım derecelerine sahiptir. Kurumların geri ödemeleri zamanında yapmaması nedeniyle eczacıların maddi kayba uğraması sorununa eczacıların %87,50’si tarafından “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” dereceleri ile katılım gösterilmiş ve katılım derecesi ortalaması 4,5±0,8 olarak gerçekleşmiştir. Araştırmada (2009) geri ödemelerle ilgili diğer sorunlar da yüksek katılım derecelerine sahiptir. Bu sorunlar geri ödeme kurallarının sık değişmesi (4,6±0,7), geri ödeme ile ilgili belirsiz olan direktifler (4,4±0,8), geri ödemeye ilişkin çok sayıda, zaman kaybına neden olan işlemler (4,5±0,8), SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda kaynağından kesilen hasta katılım paylarının eczanelere geç ödenmesinin hesap takibini güçleştirilmesi (4,6±0,7) olarak sıralanabilir. Eczacı Profili (2007) çalışmasında ise geri ödeme sorunları %15,8 oranı ile ikinci en önemli sorun olarak yer almıştır (Türk Eczacıları Birliği, 2007). Ayrıca Düşük Cirolu Serbest Eczaneler Araştırmasında (2007) da kurumlarla ilişkilerde, geri ödemelerin zamanında yapılmamasının yarattığı sorunlara katılım derecesini “katılıyorum ve tamamen katılıyorum” olarak belirtenlerin oranı toplam %90,76 olarak gerçekleşmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2007b).

Araştırmada (2009) belirtilen aylık kazancın yetersiz olması sorununa katılım derecesini “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum olarak ifade edenlerin oranları toplamı %52,90 ve katılım derecesi ortalaması 3,6±1,1 olarak gerçekleşmiştir. Bu sorun çalışmada belirtilen diğer sorunlarla karşılaştırıldığında daha düşük bir ortalama ve katılım derecesine sahiptir. Altıntaş ve diğerleri (2001) tarafından yapılan çalışmada katılımcı eczacıların %24,7’si ortalama aylık kazançlarının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Altıntaş ve diğerleri, 2001). Eczacı Profili (2007) çalışmasında da kar oranlarının eksikliği %2,1 ile öncelikli sorunlar arasında yer almamıştır (Türk Eczacıları Birliği, 2007a).

Eczacıların sorunları arasında reçete ve raporlara ilişkin sorunlar da yer almaktadır. Reçetelerde doktorların yazım hataları sorununa katılım derecesini “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” olarak ifade eden eczacıların oranı %69,50 ve katılım dereceleri ortalaması $4,1\pm 0,9$ olarak gerçekleşmiştir. Reçetelerde doktorların doz hataları sorununa katılım derecesini “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” olarak ifade eden eczacıların oranı %54,10 ve katılım dereceleri ortalaması $3,8\pm 1,0$ 'dır. Reçetelerin geri ödeme kurumları tarafından belirlenen geri ödeme kurallarına uygun olarak doldurulmamasına katılım derecesini “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” olarak ifade eden eczacıların oranı %65,20 ve katılım derecesi ortalaması $4,0\pm 0,9$ olarak gerçekleşmiştir. Altıntaş ve diğerleri (2001) tarafından yapılan çalışmada katılımcı eczacıların %42,9 oranında okunaksız yazılar ve %35'1 oranında dozların hatalı yazımı olmak üzere toplam %90,9'u reçetelerde yazım kuralı hatalarının olduğunu belirtmişlerdir (Altıntaş ve diğerleri, 2001). Reçete yazım hataları reçetelerle ilgili önerilerde de yer alan ve hata durumunda uyarı veren bir sistemle çalışan bilgisayarda hazırlanan reçete uygulaması ile giderilebilir. Doz hataları ise toplum sağlığı açısından önem taşımaktadır. Burada eczacılar tarafından sunulması gereken farmasötik bakım hizmetleri yine ön plana çıkmaktadır. Bununla birlikte doktorların bu konuya daha duyarlı olmasını sağlayacak şekilde sorumlulukları artırılmalıdır.

Araştırmaya (2009) katılan eczacıların %50,20'si aldıkları eczacılık işletmeciliği eğitiminin yetersiz olmasına “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” derecesinde katılım göstermişlerdir. Katılım derecesi ortalaması ise $3,5\pm 1,2$ olarak gerçekleşmiştir. Altıntaş ve diğerleri (2001) tarafından yapılan çalışmada eczacıların %14,3'ünün meslek içi eğitim programında en çok yer almasını istedikleri konu işletmecilik eğitimidir (Altıntaş ve diğerleri, 2001). Taşyaran (2008) tarafından yapılan çalışmada da eczacıların %41,6'sı profesyonel eczacılık işletmeciliğinin olmadığını ifade etmişlerdir (Taşyaran, 2008). Düşük Cirolu Serbest Eczaneler Araştırmasında (2007) yer alan çalışmada eczacılık eğitimlerinin başlıca sorunları arasında eczane işletmeciliği dersinin yetersizliği ifade edilmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2007b). Eczaneler sağlık hizmeti sunucuları olmakla birlikte birer işletme olma niteliğine sahiptir. Bu nedenle eczacıların aldıkları lisans eğitimi sırasında eczane işletmeciliğine yönelik ders içeriklerinin artırılması ihtiyacı yapılan çalışma

sonuçlarında görülmektedir. Ayrıca yine hizmet içi programlarla da bu eğitim desteklenebilir.

Eczacıların yetki sorumluluklarını düzenleyen yasal çerçevenin yetersiz olması da, katılım derecesini “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” olarak ifade edenlerin oranlarının (toplam %79,30) yüksek olduğu bir diğer sorundur. Katılım derecesi ortalaması ise $4,3 \pm 0,9$ 'dur. Altıntaş ve diğerleri (2001) tarafından yapılan çalışmada da eczacıların %64,9'u yetki ve sorumlulukların düzenleyen yasal çerçevesinin yetersiz olduğunu belirtmişlerdir (Altıntaş ve diğerleri, 2001). Taşyaran (2008) tarafından yapılan çalışmada ise katılımcıların %72,8'i eczacılık hizmetleri ile ilgili kanun ve yönetmeliklerin güncellenmesi gerektiğine katılım derecelerini “katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum” olarak ifade etmişlerdir (Taşyaran, 2008). 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun 1953 tarihinde kabul edilmiş ve değişiklikler yapılarak günümüzdeki son halini almıştır. Bununla birlikte bu kanun eczacılar tarafından yeterli görülmemektedir. Öncelikle kanunda yer alan eczacılık tanımı günümüzdeki ilaç danışmanı uzman olma tanımı için yeterli değildir. Bu nedenle eczacılık hizmetlerinde yer alan tarafların katılımının da sağlandığı bir yapı içerisinde yeni bir kanun düzenleme ihtiyacı mevcuttur.

Bu araştırmada (2009) nitelikli yardımcı eleman bulunmasında sorun yaşandığına katılımcıların %30,0'ı kısmen katılmakta, %23,7 katılmakta ve %18,8'i kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir. Bütün katılımcıların katılma derecelerini temsil eden ortalama ise kısmen katılma derecesinin $(3,4 \pm 1,1)$ üstünde çıkmıştır. Benzer şekilde Taşyaran (2008) tarafından yapılan çalışmada eczacıların çalışan personelin eczacı teknisyeni eğitimini alması gerektiğine %35,8'i katılmakta, %37'si kesinlikle katılmaktadırlar (Taşyaran, 2008, s. 127). Düşük Cirolu Serbest Eczaneler Araştırmasında (2007) da eczacıların %88'i bilgisiz personel nedeniyle sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir (Türk Eczacıları Birliği, 2007b). Bu araştırmalar arasındaki farklılık eczane teknisyenliğine yönelik uygulamalara verilen önemin giderek artması ve eğitim programlarının yaygınlaştırılması ile ilişkilendirilebilir. Eczanelerde çalışan “kalfa” olarak adlandırılan ve herhangi bir eczacılık eğitimi almayan çalışanların eğitim programları ve bu alanda sertifika uygulaması ile daha ehil kişiler olmasına yönelik uygulamalar yapılmaktadır. Daha önce 2005–2007 yılları arasında Türk Eczacıları Birliği Eczacılık Akademisi tarafından düzenlenen

Eczane Teknisyeni (Temel) Eğitimi Programı uygulanmıştır. 12.06.2009 tarihinde ise T.C. Sağlık Bakanlığı, T.C.Milli Eğitim Bakanlığı ve Türk Eczacıları Birliği arasında Eczane Çalışanlarının Eğitimine Dair Protokol imzalanmış ve hem teorik hem de pratik eğitimden oluşan bir sertifika programı planlanmıştır.

Araştırmada (2009) en önemli sorunların belirlenebilmesi için eczacıların önemli gördükleri ilk üç sorunu sıralamaları istenmiştir. Birinci sırada sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi (%24,1), ikinci sırada SGK provizyon sisteminin çok sık kullanım dışı kalması (16,5) ve üçüncü sırada da SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, ödemesi yapılan tutarın hangi döneme ait olduğunun belirtilmemesi (%12,0) yer almaktadır. Eczacı Profili (2007) çalışmasında da mesleğin en önemli sorunları arasında yüzdesele olarak bürokrasi ve kurum ilişkileri (%22,0), ödemeler (%15,8) ve BUT (%7,69) yer almıştır (TEB, 2007a). Yapısal değişikliklerin meydana getirdiği etkiler bir tarafa bırakıldığında sorunların temelinde bürokrasinin ve geri ödemeler olduğu değerlendirilmesinde bulunulabilir.

Araştırmada (2009) hastaların katılım payını ödemek istememeleri sorunu (%84,7) yüksek katılım oranına sahip sorunlardan biridir ve katılım derecesi ortalaması $4,4 \pm 0,8$ olarak gerçekleşmiştir. Bu sorun 2001 yılında Altıntaş ve diğerleri (2001) tarafından yapılan çalışmada ise eczacıların %27,3'ü tarafından mesleğin birinci sorunu olarak belirtilmiştir (Altıntaş ve diğerleri, 2001).

5.5. Eczacılık Hizmetleri Politika Değişiklikleri

Bu araştırmada (2009) ilaçların halka tanıtımının serbest bırakılmasının doğru bir uygulama olmadığını düşünen eczacıların oranı %94,8 iken Taşyaran (2008) tarafından yapılan çalışmada ilaç reklamına izin verilmemesine katılımcıların %20,5'i katılmış ve %39,8'i ise kesinlikle katıldığını ifade etmiştir. %8,6 kesinlikle katılmadığını, %17,1 ise katılmadığını ifade etmiştir (Taşyaran, 2008). Bu iki araştırma sonuçları arasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Ancak Taşyaran (2008) tarafından yapılan çalışma sadece Ankara ilinde uygulanmıştır ve burada çalışan eczacılar kendi hizmet çevrelerine göre cevaplar vermiştir. Bu nedenle eczacılar Ankara'da yaşayan insanların nispeten diğer birçok ile göre eğitim olanaklarının fazla olması nedeniyle bireylerin ilaç reklamından olumsuz etkilenmeyeceğini

düşünmüş olabilirler. Ancak iki araştırma birlikte değerlendirildiğinde bu çalışma (2009) Türkiye genelinde yapıldığından eczacıların genel yaklaşımının ilaç reklamının doğru olmadığı yönünde olduğu şeklinde bir değerlendirme yapılabilir.

Bu araştırmada (2009) ilaçların, beslenme destek ürünlerinin eczane dışında satışının doğru bir uygulama olarak görmeyenlerin oranları %85 olarak bulunmuştur. Taşyaran (2008) tarafından yapılan çalışmada da OTC satışının eczane dışında yapılmamasına %59,6 oranında kesinlikle katılıyorum, %23,9 oranında katılıyorum cevabı verilmiştir. Yine aynı çalışmada bitkisel besin ve gıda takviyesi olan ürünlerin eczane dışında satışına %37,9 kesinlikle katılmadığımı, %3,7'i de katılmadığımı ifade etmiştir (Taşyaran, 2008). Eczacılıkta Talep-Hizmet Korelasyonu (2001) çalışmasının ilaçların eczane dışında satışına katılımcıların %98,2'si olumsuz yanıt verirken, %1,8'i olumlu yanıt vermiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2001). Çalışmada ilaçların, beslenme destek ürünlerinin eczane dışında satışının doğru bir uygulama olarak görmeyenlerin belirttikleri başlıca nedenler ilacın ilaç uzmanı olan eczacı gözetiminde sunulması (%35,2), eksik bilgilendirme ve toplumun sağlığının olumsuz etkilenmesi (%19,5) ve bilinçsiz kullanım (%13,3) olarak sıralanabilir. Eczacılıkta Talep-Hizmet Korelasyonu (2001) çalışmasında ifade edilen nedenler olarak da bilinçsiz tüketim (%30,9), uzman gözetiminde satılması (%23,9) gösterilmiştir (Türk Eczacıları Birliği, 2001).

5.6. Eczacılar Meslek Birliği (TEB)

Araştırmada (2009) TEB'in eczacılık mesleği ile ilgili konularda etkili olduğunu düşünenlerin oranı %36,1 ve buna katılmayanların oranı ise %46,0 olarak elde edilmiştir. Taşyaran (2008) tarafından yapılan çalışmada eczacıların %71,2'si meslek örgütlerinin mesleğin sorunları karşısında etkin olmaması durumuna "katılıyorum ve kesinlikle katılıyorum" derecelerinde katılım göstermişlerdir (Taşyaran, 2008). Bu çalışmada (2009) TEB'in etkililiği konusundaki mensupları tarafından yapılan olumlu ve olumsuz değerlendirme sonuçlarına bakıldığında olumsuz değerlendirmelerin %10 daha fazla olduğu görülmektedir. TEB bu sonuçları dikkate alarak ve daha önce ifade edilen etkin olmama nedenleri çerçevesinde faaliyetlerini değerlendirerek daha etkin bir meslek kuruluş örgütü olmak için yeniliklere ihtiyaç duymaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Yapılan literatür çalışması ve bu araştırmanın bulgularına göre, eczacının asıl görevinin ilaç hatalarını önleyecek şekilde sağlık danışmanlığı hizmetini sunması evrensel olarak kabul edilen bir olgudur. Bu hizmetin gerektiği gibi yerine getirilmemesi hastanın daha ileri düzeyde tedavi almasıyla sonuçlanacak sağlık sorunlarına, hatta ölüme neden olabilir. Buna ilave olarak, danışmanlık hizmetinin yetersizliği, sağlık hizmetlerinde maliyet artışlarına ve eczacılık mesleğinin güvenilirliğinin zedelenmesine yol açabilir (Peterson ve diğerleri, 1999). Örneğin, ABD’de bir günde 250 reçetenin karşılanması durumunda %1,6 (4 reçetede) hata olduğu, her yıl yazılan 3 milyar reçetede 51,5 milyon hata olduğu, her gün en az bir hastanın ilaç hatalarından dolayı öldüğü ve yılda 1,3 milyon insanın ilaç hatalarından zarar gördüğü tahmin edilmektedir (Witte ve Dundes, 2007). Bu gibi sorunların meydana gelmesinin engellenmesinde eczacılık hizmetleri önem taşımaktadır. Bu nedenle eczacılık hizmetlerinin öncelikle sağlık danışmanlığı hizmetlerine odaklanması sağlanmalıdır. Ancak araştırma sonuçlarına göre Türkiye’de uygulanan eczacılık hizmetlerinde eksiklikler mevcuttur. Araştırmadan elde edilen bulgulara bakıldığında, provizyon sistemlerinin kullanılması faaliyetine ayrılan zamanın, daha önce belirtildiği gibi eczacılığın asıl işlevi olan sağlık danışmanlığı hizmetine ayrılan zamandan daha fazla olduğu görülmektedir. Gün içerisinde zaman ayrılan diğer faaliyetlerin yüzdelere bakıldığında eczacıların asıl görevleri arasında yer alan hastanın yaş, hastalık, laboratuvar değerleri gibi ölçümlerine bağlı olarak tedavinin doz uygunluğunun doğrulanması, potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilinin gözden geçirilmesi faaliyetlerine ayrılan zamanın tansiyon ölçmek, stok takibi, muhasebe işlemleri gibi temel eczacılık hizmetleri içerisinde yer almayan faaliyetlere ayrılan zamandan daha az olduğu görülmektedir. Bu da eczacılık hizmetlerinin ülkemizde ne kadar etkin verildiği sorusunu gündeme getirmektedir.

Eczaneler giderlerini kendi gelirleri ile karşılayan birer işletmedir ve her işletme gibi bazı finansman sorunlarına sahip olabilir. Araştırma kapsamındaki katılımcıların %76’sı bu sorunu yaşadığını ifade etmiştir. Bu sorunun yaşanmasında eczacı karlılığının azlığı (%38,9), yüksek işletme giderleri (%25,7), ilaç fiyatlarındaki düşüşler (%23,4), vergi uygulamaları (17,4), reçete kontrolünde

yapılan kesintiler (%17,4) gibi nedenler tespit edilmiştir. Bu tespitler arasında yer alan diğer bir neden de bölgede çok sayıda eczacı olması belirlenmiştir. Ayrıca bu durum eczacılık hizmetine ulaşım açısından da önem taşımaktadır. Bu gibi sorunların önlenmesi için eczanelerin açılmasında demografik ve coğrafik kıstaslar uygulanabilmektedir. Ancak ülkemizde bu gibi düzenlemeler bulunmamaktadır. Bu durum da eczane dağılımında dengesizliklere yol açmaktadır. Bölgelere göre eczane başına düşen nüfusa bakıldığında bu sayının Ege Bölgesi'nde 2320, Karadeniz Bölgesi'nde 3260, Marmara Bölgesi'nde 2714, İç Anadolu Bölgesi'nde 2616, Akdeniz Bölgesi'nde 2864, Güneydoğu Anadolu Bölgesi'nde 4830 ve Doğu Anadolu Bölgesi'nde 5976 olduğu görülmektedir.

Eczacıların yetki sorumluluklarını düzenleyen yasal çerçeve yetersizliği belirtilen sorunlar arasında yer almaktadır. Eczacılıkla ilgili temel düzenleme 6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun'dur. Bu kanun 1953 yılında yayınlanmış ve daha sonra değişiklikler ile güncelleme çalışmaları yapılmıştır. Ancak kanun günümüz eczacılık hizmetlerine ilişkin usullerin belirlenmesinde yeterli değildir. Örneğin, eczacılık tanımı, eczacının sağlık hizmeti sunucusu olma rolünü ön plana çıkaran bir kapsama sahip değildir. Yasadaki bu tanım eczane işletmeciliği, ilaç hazırlanması ve mesul müdürlük üzerinde durmaktadır.

2003 Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlayan süreçte sağlık hizmetleri sunumunda yer alan taraflar için önemli değişimler gerçekleşmiştir. Sağlık hizmeti sunucusu olan eczaneler de bu değişim sürecinden etkilenen taraflardan biridir. Eczacıların sorunlarına yönelik veriler incelendiğinde temel sorunun düzenlemelerdeki hızlı değişimden kaynaklanan belirsizlik ve sürecin takip edilememesinden kaynaklanan uyum sorunu olduğu görülmektedir. Sağlık politikaları ve uygulamalarındaki değişimler ile geri ödemedeki değişimler bu temel sorunu oluşturmaktadır. Eczacıların bu değişiklikleri takip etmesi ve bunları uygulamaya çalışması parasal kayıpların yanında zaman kaybına da yol açmaktadır. Sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi, geri ödeme kurallarının sık değişmesi ve bürokratik yaptırımların sık değişmesinin sorun olarak kabul edilme oranları %90'nın üzerindedir. Bu çalışmada, eczacılar geri ödemelerle ilgili direktiflerin yeterince açık olmadığını (%85,2) ve geri ödemeye ilişkin zaman kaybına neden olan işlemlerle uğraşmak durumunda kaldıklarını belirtmişlerdir

(%84,6). Toplumun büyük bir kısmını kapsam altında bulunduran SGK ile de geri ödemeye ilişkin çeşitli sorunlar yaşanmaktadır. Geri ödemelerdeki gecikmeler özellikle finansman sorununa yol açması bakımından önem taşımaktadır. Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol'e göre Kuruma teslim edilen faturalar teslim tarihinden itibaren en geç 60 (altmış) gün içerisinde ödenmelidir. Ancak eczacılar bu ödemelerde gecikmelerin olduğunu ve gecikme durumundaki kaybı önleyebilecek bir faiz uygulamasının olmamasının maddi kayıplarına yol açtığını belirtmişlerdir (%85,6). Ayrıca SGK ile eczaneler arasında kullanılan sisteme ilişkin de eleştiriler vardır. Bu eleştiriler arasında, provizyon sisteminin sık kullanım dışı kalması (%88,0) ve kullanımının çok zaman alması bulunmaktadır.

Geri ödeme ile ilgili düzenlemelerde ilaçların hangi durumda hangi sağlık sunucusu tarafından karşılanacağı da belirlenmiştir. 2008 SUT'a göre yatan hastaların ilaç temininin sağlık kurumu tarafından yapılması zorunludur. Ancak, günübirlik tedavilerde bu zorunluluk geçerli değildir. Bu tür tedavilere ilişkin ilaçlar hekim tarafından günübirlik tedavi olduğunun belirtilmesi şartıyla sözleşmeli eczanelerden sağlanabilir. Eğer sağlık kurumu özel ise bu durumda ilaçlar eczanelerden temin edilir (27125 sayılı Resmi Gazete, 2009). Araştırmada günübirlik tedavide kullanılan ilaçların özel hastanelerden karşılanması eczanelerin maddi kaybına yol açtığı belirtilmiştir. Bu uygulama yukarıda belirtildiği üzere 29.01.2009 tarihinde 27125 sayılı Resmi Gazete ile yapılan değişiklikle kaldırılmıştır. Bununla birlikte eczacılar yatan hasta ilaçlarını hastanelerin temin eder hale gelmesinin de eczanelerin maddi kaybına yol açtığını belirtmişlerdir.

Eczanelerden karşılanan reçetelere ait geri ödemelerde temel ölçüt, reçete ve raporların düzenlemelerde belirlenen kurallara uygun olmasıdır. Hatalı olan reçete ve raporlara ait geri ödemeler yapılmamakta reçeteler eczanelere iade edilmekte ve bu durum eczaneler için maddi kayıplara yol açmaktadır. Bu nedenle eczacıların bu konuya yönelik değerlendirmeleri alınmıştır. Eczacıların sahip oldukları sorunlar içerisinde reçete kaynaklı sorunlara yer verdikleri görülmüştür. Reçeteye ilişkin belirtilen başlıca sorunlar reçetedeki yazım hataları, doz hataları ve reçetelerin geri ödeme kurumları tarafından belirlenen kurallara uygun hazırlanmamasıdır. Eczacılar reçetedeki bu hataların sorumluluğunun sözleşme feshi uygulaması ile kendilerine

yüklendiğini ifade etmektedirler. Aynı şekilde raporların da usulüne uygun olarak hazırlanmadığını belirtmişlerdir. Eczacıların reçeteler nedeniyle meydana gelen sorunlarının önlenmesi için belirttikleri çeşitli öneriler vardır. Öncelikle, uygulamada reçete sorumluluğunun eczacılara yüklendiği belirtilmiş ve reçete sorumluluğunun reçeteyi hazırlayan doktor ve kurumda olması gerektiğini ifade etmişlerdir. Hatalı reçetelerin önlenmesi için eczacıların da önerilerin de yer verdiği gibi standart bir yapıya sahip olan e-reçete ve e-rapor uygulamasına geçilebilir. Eczacıların büyük bir kısmı tarafından ifade edilen diğer bir öneri ise çıkan talimatların çok sık değişmemesidir. Bu talimatların belirlenmesinde taraf olan eczacıların da önerilerinden yararlanılabilir.

Dönüşüm süreci ile birlikte eczacılık hizmetlerinde uygulama açısından değişiklikler de gerçekleşmiştir. Bu değişikliklerden biri muayene ücretlerinin eczanelerden tahsil edilmeye başlanmasıdır. 2008 yılı SUT'a göre bazı durumlarda muayene ücretinin tamamı, bazı durumlarda ise bir kısmı eczanelerde tahsil edilmektedir. Eczacılar ise bu durumun hasta ile eczacıyı karşı karşıya getirdiğini belirtmişlerdir (%88,2). Hastalarla sorun yaşanmasının bir nedeni olarak da eşdeğer ilaç uygulaması nedeniyle orijinal ilaç tercih edilmesi durumunda hastaların kendilerinin ödemesi gereken tutarı ödemek istememelerini ifade edilmiştir (%84,7). 2008 SUT'ta yer alan eşdeğer ilaç uygulaması hükümlerine göre geri ödemedede aynı etken maddeyi taşıyan en ucuz ilaç bedelinin %15 fazlasına kadarı dikkate alınmakta ve bu miktarı aşan kısım ödenmemektedir.

Eczacılık tanımı daha önceleri "ilaç hazırlayan uzman" yaklaşımına odaklanırken artık "ilaç ve sağlık danışmanı uzman" yaklaşımına dayandırılmakta ve eczacılık hizmetlerinin kapsamının bu role uygun şekilde geliştirilmesine çalışılmaktadır. Türkiye'de de bu anlayışın geliştirilmesine yönelik uygulamalar artırılmalıdır. Hem eczacılar da hem de toplumda eczacıların sadece ilaç sağlayıcı olma rollerine odaklanan anlayış yerine sağlık danışmanı olmaları anlayışı yaygınlaştırılmalıdır. Bunu sağlayabilmek için eczacıların hizmet talep eden kişilere birebir sağlık hizmeti sunması sağlanmalı bunu teşvik amaçlı uygulamalar geliştirilmelidir. Bunun için bazı ülkelerde uygulanan meslek hakkı ödemesinden yararlanılabilir. Eczacıların gün içerisindeki zaman ayırdıkları faaliyetlere bakıldığında genellikle esas eczacılık hizmetleri dışında faaliyetlerle ilgilendikleri

görülmektedir. Eczacılık hizmetlerinin verimliliği sorununa yol açmaktadır. Bu soruna yönelik önlemler alınmalıdır. Örneğin, provizyon sistemleri daha az zaman alan pratik sistemlere dönüştürülmesi, bürokratik zaman alan işlemlerin mümkün olan en az miktara düşürülmesi gibi çalışmalar yapılabilir. Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti olarak tanımlanan eczacılık hizmetleri içinde bazı koruyucu hizmetleri barındırmaktadır. Yani eczacılıkta asıl amaç sadece ilaç temini değil sağlık hizmetinin sunulmasıdır. Bu nedenle eczacılık hizmetlerinin içeriği günün koşullarına uygun olarak yeniden belirlenmeli ve uygulamaya yansıtılması sağlanmalıdır. Buna paralel olarak eczacılık eğitimi güncellenmeli ve mevcutta çalışan eczacılar için eczacılara meslek içi eğitimler yapılmalıdır. Daha önce de ifade edildiği üzere, odakları sağlık hizmetinin sunulması olmakla birlikte, eczaneler giderlerini kendileri karşılayan birer işletmedirler. Bu nedenle finansman açısından bazı sorunlara sahip olabilmektedirler. En önemli finansman nedeni ise geri ödemedeki aksaklıklardır. Bu sorunların neler olduğu ve eczacıların önerilerine araştırma kısmında yer verilmiştir. Ayrıca diğer bir finansman sorunu olarak ifade edilen ve hizmete ulaşılabilirliği de etkileyen eczane dağılımları da önemli bir konudur. Bu konuda yabancı ülkelerdeki uygulamalar incelenerek ülke koşullarına uygun kriterlere göre eczane açma koşullarının belirlenmesi her iki sorun açısından da daha iyi sonuçlar alınmasını sağlayabilir.

Bu çalışma Türkiye genelinde bir alan araştırmasını içermesi, eczacıların bu çalışmadan haberdar olmalarının sağlanması için çaba gösterilmesi sonucunda elde edilen katılım sayısı gibi güçlü yönleri sahiptir. Bununla birlikte tüm eczacıların haberdar edilebilmesi mümkün olmamıştır. Ancak bu konuda bu kadar geniş kapsama sahip ilk çalışmadır. Bu çalışmada sadece eczacıların görüşleri temel alınmıştır. Bundan sonraki çalışmalarda eczacılık hizmetlerinde diğer taraflar olan bireyler ve en büyük geri ödeyici kurum olan SGK’nın da kapsama dahil edildiği çalışmalar karşılıklı talep ve sorunların belirlenmesi açısından yararlı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Altavela, J. L., Jones, M. K. ve Ritter, M. (2008). A Prospective Trial of a Clinical Pharmacy Intervention in a Primary Care Practice in a Capitated Payment System. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 14(9), 831-843. Erişim, 17.10.2008, Pubmed
2. Altıntaş K. H., Çakır B., Temel F., Bahadht S., Burakgazi A., Çiloğlu M. ve diğerleri. (2004). Ankara 6. Bölge Eczanelerinde Çalışan Eczacıların Bazı Mesleki Uygulamalarını ve Sorunlarını Saptama Araştırması. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*. 33(1):11-25. Ankara. Erişim: 15.10.2008, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/24/1106/13110.pdf>
3. Barros, P. P. ve Simões, J. d. A. (2007). *Health Systems in Transition: Portugal Health System Review*. The European Observatory on Health Systems and Policies. 9(5): 1–140. Erişim: 19.01.2009, <http://www.euro.who.int/Document/E90670.pdf>
4. Baydar, T. Güvenli İlaç Kullanımında Siz ve Eczacınız. (t.y.). Erişim: 10.12.2008, http://www.gebam.hacettepe.edu.tr/oneri/GUVENLI_ILAC_KULLANIMI.pdf
5. Baytop, T. (1985). *Türk Eczacılık Tarihi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Yayınları
6. Baytop, T. (2000). *Türk Eczacılık Tarihi Araştırmaları*. İstanbul
7. Bell, H. M., McElnay, J. C. ve Hughes, C. M. (1999). A self-reported work sampling study in community pharmacy practice. *Pharmacy World&Science*, 21(5): 210-216. Erişim, 13.10.2008, Springerlink
8. Bentley, J. P., Smith, M. C., III, B. F. B., Frate, D. A. ve Parks, B. R. (1998). Quality of life assessment by community pharmacists: An exploratory study. *Quality of Life Research*, 7, 175–186. Erişim, 17.10.2008, Pubmed
9. Berenguer, B., Casa, C. L., Matta, M. ve Martín-Calero, M. J. (2004). Pharmaceutical care: past, present and future. *Current Pharmaceutical Design*, 10, 3931-3946. Erişim,.17.10.2008, Pubmed
10. Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği (2005), 25904 sayılı Resmi Gazete, 12/08/2005

11. Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj Ve Etiketleme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2008). 26775 sayılı Resmi Gazete. 02.02.2008
12. Buurma, H. (2006). Clinical Risk Management in Community Pharmacy. 3-219. Erişim: 25.11.2008, <http://igitur-archive.library.uu.nl/dissertations/2006-1004-200057/full.pdf>
13. Chamba G., Bauguil G. ve Gallezot J. (1999). The Role Of The French Community Pharmacist İn Drug Dispensing. *Pharmacy World and Science*. 21(3): 142-143. Erişim: 25.10.2008, <http://www.Springerlink.com/content/v58182363m881322/fulltext.pdf>
14. Chandra, A., Malcolm, N. ve Fetters, M. (2003). Practicing Health Promotion Through Pharmacy Counseling Activities. *Health Promotion Practice*, 4(1), 64-71. Erişim, 22.10.2009, Sage Journal Online
15. Devlet Planlama Teşkilatı. (2007). 9. *Kalkınma Planı 2007 - 2013 İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyon Raporu*. Ankara: T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı. Erişim: 16.01.2009, <http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/Download/3268/oik701.pdf>
16. Donatini, A., Rico, A., D'Ambrosio, M. G., Scalzo A. L., Orzella, L., Cicchetti, A. ve diğerleri. (2001). *Health Care Systems in Transition: Italy*. The European Observatory on Health Systems and Policies. 3(4): 1-131. Erişim: 22.01.2009, <http://www.euro.who.int/document/e73096.pdf>
17. Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun. (1953). 6197 Sayılı Kanun, 8591 Sayılı Resmi Gazete, 24.12.1953
18. Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. (1992), 21374 sayılı Resmi Gazete, 13.10.1992
19. Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (1999). 23887 sayılı Resmi Gazete, 18.08.1999
20. Eczanelere İlişkin İşlemler Hakkında Genelge. (2009). 2009/ 27 sayılı
21. Eczanelere İlişkin İşlemler Hakkında Genelge'de Eczaneler ve Eczane Hizmetleri Hakkında Yönetmeliğin 6 ve 7. maddelerinde değişiklik öngören Yönetmelik değişikliği. (2009). Resmi Gazete, 25043, 09/03/2008

22. Eczanelerle Yapılacak Sözleşme Hakkında Genelge Eki Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol. (2009). Maliye Bakanlığı, 1192, 04.02.2009
23. Emmanouel, K., George, B., Spiros, V., Konstatinos, M., Stefanos, B., Kiriaki, K. ve diğerleri. (2001). *Health Promotion in General Practice Country Report - Greece*. Health Promotion in Primary Practice & Community Pharmacy: A European Project. Erişim: 22.01.2009, <http://www.univie.ac.at>
24. Er, Ü. (2008). *Sağlık Hukuku*. Ankara: Savaş Yayınevi.
25. Eraslan, Z. B. ve Şar, S. (2005). Sürekli Mesleki Eğitimin Serbest Eczacılıkta Önemi Üzerinde Bir Çalışma. *Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi*, 34(4), 263-285. Erişim: 10.11.2008, <http://dergiler.ankara.edu.tr/dergiler/24/532/6582.pdf>
26. Franklin, B. D. (2005). Defining Clinical Pharmacy and Pharmaceutical Care. *Pharmaceutical World & Science*, 27, 137. Erişim, 13.10.2008, Springerlink
27. Farris, K. B., Fernandez-Llimos, F. ve Benrimoj, S. C. (2005). Pharmaceutical Care İn Community Pharmacies: Practice And Research From Around The World. *Ann Pharmacother*, 39, 1539-1541. Erişim, 16.10.2008, Pubmed
28. Ganse, E., Chamba, G., Bruet, G., Becquart, V. ve Stamm, C. (2007). *European Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information: FRANCE*. European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General and Austrian Ministry of Health, Family and Youth. Erişim: 23.01.2009, <http://ppri.oebig.at/index.aspx?Navigation=r|2->
29. Gupchup G. V. (1996). *Pharmacists' Job Stres as a Transaction And A Process*. A Thesis fort the Degree of Doctor of Philosophy, Faculty of Purdue University. Erişim: 22.10.2008, <http://proquest.umi.com/pqdlink?Ver=1&Exp=02-15-2015&FMT=7&DI D =739580271&RQT=309&attempt=1>
30. Harris, W. E., Rivers, P. H. ve Goldstein, R. (1997). The Potential Role Of Community Pharmacists İn Care Management. *Health and Social Care in the Community*, 6(3), 196–203. Erişim, 31.10.2008, Interscience
31. Hawksworth, G. M., Corlett, A. J., Wright, D. J. ve Chrystyn, H. (1999). Clinical Pharmacy Interventions By Community Pharmacists During The

- Dispensing Process. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 47, 695-700. Erişim, 16.10.2008, Pubmed
32. International Pharmaceutical Federation. (1997). *Good Pharmacy Practice (GPP) in Developing Countries: Recommendations for Step-Wise Implementation*.
33. International Pharmaceutical Federation. (2006). *FIP Statement of Policy the Role of the Pharmacist in Pharmacovigilance* (Rapor No: PO Box 84200, 2508 AE The Hague). The Netherlands: Federation International Pharmaceutical Federation. Erişim: 26.01.2009, http://www.fip.org/www/uploads/database_file.php?id=273&table_id=
34. Kanavos, P., Üstel, İ. ve Costa-Font, J. (2005). *Türkiye’de Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaçta Geri Ödeme Politikası: Türkiye’de İlaç Geri Ödeme Politikası*. Sağlıkta Umud Vakfı (SUVAK). Erişim: 23.10.2008, <http://www.suvak.org.tr/Patricia%20DANZON.TUR.pdf>
35. Karakoç, H. D. (2005). *İlaç Sektöründe Fiyat Rekabeti*. Erişim: 14.10.2008, <http://www.rekabet.gov.tr/dosyalar/tezler/tez70.pdf>
36. Lerkiatbundit S. (1998). Structural Equation Models of Burnout in Pharmacists. Erişim: 25.10.2008, <http://proquest.umi.com/pqdlink?Ver=1&Exp=02-15-2015&FMT=7&DID=736855951&RQT=309>
37. Macarthur, D. (2007). Study of Medicines Distribution in Other Countries (No. OFT967g). Office of Fair Trading. Erişim: 27.01.2009, http://www.of.gov.uk/shared_of/reports/comp_policy/of967.pdf
38. Martini, N., Gallo, P. F. ve Montilla, S. (2007) Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information: Italy. European Commission Health and Consumer Protection Directorate-General Austrian Ministry of Health, Family and Youth. Erişim, 22.01.2009, <http://ppri.oebig.at>.
39. Nadjziak L. R. (1990). The Relations Between Job-Related Stress and Irrational Beliefs Among Alberta Pharmacists.
40. National Centre for Pharmacoeconomics. (2005). *European Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Strategies*. National Centre for Pharmacoeconomics. Erişim: 22.01.2009, <http://www.ncpe.ie>.

41. Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD]. (2008). *OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye*. OECD ve Dünya Bankası 2008.
42. Özcan, Y. (2007). *Ecza Kooperatiflerinde Karşılaşılan Sorunlar ve Çözüm Öneriler*. Yüksek Lisans Tezi, T.C. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
43. Palnoch, D., Kullman, D., Sherriff, J., Barnor, E., Baxter, M., Carter, J. ve diğerleri. (2007). *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information project: United Kingdom*. European Commission Health and Consumer Protection Directorate-Generalthe Austrian Ministry of Health, Family and Youth. Erişim: 22.01.2009, <http://ppri.oebig.at>.
44. Peterson G. M. Wu M. S. H. ve Bergin J. K. (1999). Pharmacists' Attitudes Towards Dispensing Errors: Their Causes And Prevention. *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 24, 57–71. Erişim:10.01.2009 <http://www3.interscience.wiley.com/journal/119074698/abstract?CRETRY=1&SRETRY=0>
45. Pharmaceutical Group of the European Union. *PGEU 2007 Report*.
46. Planas, L. G., Kimberlin, C. L., Segal, R., Brushwood, D. B., Hepler, C. D. ve Schlenker, B. R. (2005). A Pharmacist Model Of Perceived Responsibility For Drug Therapy Outcomes. *Social Science & Medicine*, 60, 2393–2403. Erişim: 27.10.2008, ScienceDirect.
47. Ralph D. A. (1984). *A Study of Pharmacists and Explanations of Professional Satisfaction and Dissatisfaction*. Erişim: 25.10.2008, <http://proquest.umi.com/pqdlink?Ver=1&Exp=02-15-2015&FMT=7&DID=749442051&RQT=309>
48. Resnik, D. B., Ranelli, P. L. ve Resnik, S. P. (2000). The Conflict Between Ethics And Business İn Community Pharmacy: What About Patient Counseling? *Journal of Business Ethics*, 28, 179-186. Erişim: 14.10.2008, Springerlink
49. Rupp, M. T., Deyoung, M. ve Schondelmeyer, S. W. (1992). Prescribing Problems and Pharmacist Interventions in Community Practice. *Medical Care*. 30(10), 926-940. Erişim: 17.10.2008, Pubmed
50. Sağlık Bakanlığı, Türkiye’de İyi Eczacılık Uygulamaları Kılavuzu, 1999

51. Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. (1983). 18251 sayılı Resmi Gazete, 13.12.1983
52. Sağlık Uygulama Tebliği (2008), 27012 sayılı Resmi Gazete, 29.09.2008
53. 2008 Yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ (2009), 27125 sayılı Resmi Gazete, 29.01.2009
54. Sandier, S., Paris, V. ve Polton, D. (2004). *Health Care Systems in Transition: France*. The European Observatory on Health Systems and Policies. Erişim: 23.01.2009, www.euro.who.int/document/e83126.pdf
55. Siganga, W. W. (1992). *An Examination of the Theory of Reasoned Action and Pharmacists' Intention to Provide Medication Counseling*. Maryland University.
56. Sinclair, H. K., Bond, C. M. ve Stead, L. F. (2004). Community pharmacy personnel interventions for smoking cessation. The Cochrane Collaboration. Erişim: 21.01.2009, www.cochrane.org/reviews/en/ab003698.html
57. Smith, M. C. (1993). Medication, quality of life, and the role of the pharmacist. *Journal of Pharmacy Teaching*, 3(3), 9-20. Erişim: 11.11.2008, Informaworld
58. Sonnedecker, G. (1963). *Kremers and Urdang's History of Pharmacy*. Philadelphia: J. B. Lippincott Company.
59. Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği. (2008). Resmi Gazete, 27012, 29.09.2009 (En son 01.11.2009-2009/129 sayılı Genelge ile yapılan değişiklikleri kapsayan son hali ile).
60. Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin protokol, 01/02/2009
61. International Pharmaceutical Federation. (1998). *Standards for Quality of Pharmacy Services: Good Pharmacy Practice*.
62. Sturgess, I. K., McElnay, J. C., Hughes, C. M. ve Crealey, G. (2003) Community pharmacy based provision of pharmaceutical care to older patients. *Pharmacy World and Science*. 25(5), 218-226. Erişim, 13.10.2008, Springerlink
63. Sunderland B. (2002). Survey of Australia's Community Pharmacies 2002.

64. Taşyaran F. (2008). *Türkiye ve Bazı Avrupa Birliği Üyesi Ülkelerde Eczane Eczacılığı Hizmetleri ve Ankara'da Çalışan Eczane Eczacılarının Konu Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Görüşleri Üzerine Bir Çalışma*, T. C. Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı Tezsiz Yüksek Lisans Dönem Projesi. Ankara
65. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği. (2008). 27033 sayılı Resmi Gazete, 23 Ekim 2008
66. Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ. (2009). Resmi Gazete, 27097, 31 Aralık 2008 Çarşamba
67. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği Değişikliği. (2009). Sıra No: 4, 20 Ocak 2009
68. Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği Değişikliği. (2009). Sıra No: 8, 7 Şubat 2009
69. Teixeira, I. ve Vieira, I. (2008). *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information Portugal Pharma Profile Final version*. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information. Erişim: 22.01.2009, <http://ppri.oebig.at/>
70. Türk Eczacıları Birliği. (2002). *Sağlık, Eczacılık, TEB, İlaç*. Ankara: Türk Eczacıları Birliği
71. Türk Eczacıları Birliği. (2006). *Serbest Eczacıların Sağlık Sistemine Katkısı: Avrupa Deneyimi*. Ankara: Türk Eczacıları Birliği
72. Türk Eczacıları Birliği. (2007a). *1998-2007 Eczacı Profili Son On Bir Yıla Bakış*. Ankara: Türk Eczacıları Birliği
73. Türk Eczacıları Birliği. (2007b). *Türkiye'de Eczacılık İnsan Gücünün Değerlendirilmesi*. Ankara: Türk Eczacıları Birliği
74. Türk Eczacıları Birliği, Erişim: 22.10.2009, <http://www.teb.org.tr/?modul=tarihce&mod=ozet>.
75. 6643 sayılı Türk Eczacılar Birliği Kanun (1956), 9223 sayılı Resmi Gazete, 02.02.1956
76. Vardica, A. ve Kontozamanis, V. (2007). *Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information: Greece*. European Commission Health Consumer Protection Directorate - General Austrian Ministry of Health Family and Youth. Erişim: 21.01.2009, <http://ppri.oebig.at/>

77. Vasco, J. P. ve Silva, E. A. (t.y.). *Portugal Pharmaceutical Pricing and Reimbursement*. Erişim: 23.01.2009, <http://ec.europa.eu/enterprise/phabioc/om/docs/tse/portugal.pdf>
78. Vogler, S., Arts, D. ve Hahl, C. (2006). *Community Pharmacy in Europe: Lessons from deregulation – case studies* (No. 4514-06). Pharmaceutical Group of the European Union. Erişim: 22.01.2009, <http://www.pgeu.eu/Portals/6/documents/2006/Position%20and%20policy%20papers/OBIG%20Report%20-%20final.pdf>
79. White, E. ve Latif, D. (2006). Office-based pharmacy practice: Past, present, and future. *The Annals of Pharmacotherapy*, 40, 1409-1413. Erişim: 11.11.2008, <http://www.theannals.com/cgi/content/full/40/7/1409>
80. Wiedenmayer, K., Summers, R. S., Mackie, C. A., Gous, A. G. S. ve Everard, M. (2006). *Developing pharmacy practice A focus on patient care Handbook*. Geneva, Switzerland: World Health Organization Department of Medicines Policy and Standards. Erişim: 23.01.2009, http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf
81. Witte D. ve Dundes L. (2007) Prescription for Error: Process Defects in a Community Retail Pharmacy. *Journal of Patient Safety*. 3(4): 190-194. Erişim: 05.01.2009
82. World Health Organization. (1994). *The Role of the Pharmacist in the Health Care System*. New Delhi, India: WHO Consultative Group. Erişim: 22.01.2009, apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2995e/

TÜRKİYE GENELİNDE SERBEST ECZACILARIN SORUNLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK BİR ALAN ARAŞTIRMASI

Sayın Eczacı,

Bu anket, Türk Eczacıları Birliği bünyesinde faaliyet gösteren İlaç ve Geri Ödeme Enstitüsü'nün Türkiye'deki eczacılar ile ilgili sağlık politikalarını geliştirme önerilerinde kullanılacaktır.

Türkiye genelinde hizmet veren serbest eczacılar ile yürütülen bu araştırmada, serbest eczacıların sorunlarının belirlenmesi amaçlanmıştır. Anket, mesleğini serbest eczacı olarak icra eden eczacılar tarafından doldurulmak üzere hazırlanmıştır. Araştırmada doğru değerlendirmeler yapılabilmesi için bütün soruların cevaplanması önem arz etmektedir. Araştırmadan elde edilen veriler anketin amaçları dışında kullanılmayacaktır.

Araş. Gör. Seda KOCABACAK
Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sağlık İdaresi Bölümü

A. Genel Sorular

NOT: Anketi daha önce web üzerinden dolduysanız lütfen tekrar doldurmayınız.

1.Cinsiyetiniz: Kadın Erkek

2. Doğum yılınız: 19.....

3.Göreviniz: Mesul Müdür Eczane Sahibi

4.Eğitim Düzeyiniz: Lisans Yüksek Lisans Doktora

5.Serbest Eczacılık Görevine Başladığınız Yıl (Görevinize ara vermiş iseniz görev yaptığınız yıl aralıklarını da belirtiniz.): 19.....

Var ise görev yaptığınız yıl aralıkları:.....

6. Şu anda eczacılık görevini yaptığınız şehir:

7.Lütfen serbest eczacılıktan elde ettiğiniz yıllık kazancınızı yaklaşık olarak belirtiniz:
.....TL

8. Kurumsal anlaşmalarınız var mı? (Birden çok şık işaretlenebilir.)

- a. Yok
- b. SGK
- c. Konsolide Bütçe
- d. Özel Kuruluşlar

9. Eczanenizin finansmanını nasıl sağlıyorsunuz?

- a. Eczane gelirleri ile
- b. Sahip olduğum diğer varlıklar ile
- c. Borçlanma ile (Kredi vb.)
- d. Diğer (.....)

10. Eczanenin finansmanında sorun yaşıyor musunuz? Evet

Hayır (Cevabınız hayır ise lütfen

“12. soruya geçiniz.)

11. Eczanenin finansmanın da sorun yaşamanızın en önemli nedeninin ne olduğunu düşünüyorsunuz?

- İlaç fiyatlarındaki düşüşler.
- Vergi uygulamaları.
- Eczacı karlılığının azlığı
- Bulduğunuz bölgede çok sayıda eczane olması
- Geri ödemelerde reçete kontrol birimleri tarafından yapılan kesintiler
- Yüksek işletme giderleri
- Diğer (.....)

Aşağıda eczacının görevleri arasında yer alabilecek olası faaliyetler sıralanmıştır. Lütfen her bir faaliyetin eczacılık görevleri arasında yer aldığına katılıyor iseniz “evet”, katılmıyor iseniz “hayır” cevabı için ayrılmış kutucuğu işaretleyiniz ve bu faaliyetler ile ne kadar sıklıkla ilgilendiğinizi yandaki “ Faaliyetlerle İlgilenme Sıklığı” bölümündeki uygun kutucuğu işaretleyerek belirtiniz.

		Eczacının Görevleri		Bu Faaliyetlerle İlgilenme Sıklığı		
		Evet	Hayır	Hiç	Bazen	Her zaman
12	Hastanın tanısı ile ilgili reçetelenen tıbbi tedavinin uygunluğunu doğrulamak					
13	Hastanın yaş, hastalık, laboratuvar değerleri gibi ölçümlerine bağlı olarak tedavinin doz uygunluğunu doğrulamak					
14.	Potansiyel zararlı ilaç etkileşimleri için ilaç profilini gözden geçirmek					
15	Reçetelenen tedavi hakkında hastaya sözlü danışmanlık yapmak					
16	Reçetelenen tedavi hakkında hastaya yazılı bilgi sağlamak					
17	Orijinal ilaç, jenerik ilaç ile ikame edilebildiğinde, hasta için maliyet tasarrufu sağlamak.					
18	Evde tanı testleri (gebelik testi, şeker ölçümü vb.) hakkında bireylere danışmanlık yapmak					
19	Reçetesiz ilaç kullanımında hastalara danışmanlık yapmak					
20	İlaç olmayan sağlık ürünleri gibi sağlığa yardımcı konularda hastalara yardımcı olmak					
21	Tansiyon ölçmek					
22	Pansuman yapmak					
23	Reçetede ki majistral ilaçları hazırlamak					
24	SGK Provizyon sistemi, eczane işletim sistemleri gibi bilgisayar sistemlerini kullanmak					
25	Stok takibi					
26	Muhasebe işlemleri					
27	Diğer (belirtiniz):.....					

Aşağıda işinizi yaparken karşı karşıya kalma olasılığınızın olduğu sorunlar sıralanmıştır. Lütfen her bir önermenin karşısındaki uygun kutucuğu işaretleyiniz.

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
		1	2	3	4	5
28	Sağlık politikalarının ve uygulamaların sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.					
29	Geri ödeme kurallarının sık değişmesi nedeniyle işimi yaparken sorunlarla karşılaşıyorum.					
30	Bürokratik yaptırımların sık değişmesi, bunların takibini zorlaştırıyor.					
31	Eczacıların yetki sorumluluklarını düzenleyen yasal çerçeve yetersizdir.					
32	Çoğu zaman, geri ödeme ile ilgili belirsiz olan direktifler altında çalışıyorum.					
33	Geri ödemeye ilişkin çok sayıda, zaman kaybına neden olan işlemlerle uğraşıyorum.					
34	Bazı durumlarda SGK muhasebe sisteminden kaynaklanan nedenlerden dolayı geri ödeme yapılmıyor.					
35	SGK Provizyon sistemi çok sık kullanım dışı kalıyor.					
36	SGK tarafından fatura teslimi için belirlenen merkezlerin sayısı yetersiz.					
37	Nitelikli yardımcı eleman kıtlığı yaşıyorum.					
38	Aldığım eğitim eczane işletmeciliği için yetersiz.					
39	Sahip olduğum ortalama aylık kazancım yetersiz.					
40	Muayene ücretlerinin eczaneden tahsil edilmesi hasta ile eczacıyı karşı karşıya getiriyor.					
41	Hastalar reçetede yazılı ilacı alabilmek için, bu ilacın fiyatı ile devlet tarafından ödenen tutar arasında kalan fiyat farkını ödemek istemiyorlar.					
42	Reçetelerde karşılaştığım en önemli sorunlardan biri doktorların yazım hatalarıdır.					
43	Reçetelerde karşılaştığım en önemli sorunlardan biri doktorların doz hatalarıdır.					
44	Sağlık raporları usulüne uygun olarak düzenlenmiyor.					
45	Reçeteler geri ödeme kurumları tarafından belirlenen geri ödeme kurallarına uygun olarak doldurulmuyor.					
46	Sahte ilaç takibinde sorumluluk eczanelere yüklenmiştir.					
47	Reçete sorunlarının yükümlülüğü sözleşme feshi ile eczanelere bırakılmıştır.					
48	SGK'nın geciktirdiği ödemeler için faiz uygulamaması eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.					

		Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kısmen Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
		1	2	3	4	5
49	Günübürlük tedavi adı altında ilaçların özel hastanelerden temin edilebilir hale gelmesi eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.					
50	Yatan hasta ilaçlarını hastanelerin temin eder hale gelmesi eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.					
51	İlaç fiyatlarındaki sürekli değişimler eczanenin maddi kaybına yol açıyor.					
52	SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumların ödemelerini zamanında yapmaması eczanelerin maddi kaybına yol açıyor.					
53	SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, kaynağından kesilen hasta katılım paylarının eczanelere geç ödenmesi hesap takibini güçleştiriyor.					
54	SGK ve konsolide bütçeye tabi kurumlarda, ödemesi yapılan tutarın hangi döneme ait olduğunun belirtilmemesi hesap takibini güçleştiriyor.					

55. Yukarıda belirtilen olası sorunlardan en sık karşılaştığınız ilk üçünü lütfen en soldaki numaraları ile sıralayınız.

1.

2.

3.

Aşağıda eczacılık ile ilgili gündemde olan politika değişiklikleri belirtilmiştir. Lütfen bu durumlarla ilgili düşüncelerinizi belirtiniz.

56. İlaçların halka tanıtımının serbest bırakılması size göre doğru bir uygulama mıdır?

Evet (Cevabınız “evet” ise nedenini lütfen belirtiniz.)

.....

Hayır (Cevabınız “hayır” ise nedenini lütfen belirtiniz.)

.....

57. Eczane dışında ilaç satışına izin verilmesi, örneğin beslenme destek ürünlerinin eczane dışında satılması, size göre doğru bir uygulama mıdır?

Evet (Cevabınız “evet” ise nedenini lütfen belirtiniz.)

.....

Hayır (Cevabınız “hayır” ise nedenini lütfen belirtiniz.)

.....

58. Türk Eczacıları Birliği’nin, mesleğin sorunlarının çözümüne ilişkin aktif rol oynadığını düşünüyor musunuz?

Evet (Cevabınız “evet” ise nedenini lütfen belirtiniz.)

.....

Hayır (Cevabınız “hayır” ise nedenini lütfen belirtiniz.)

.....

59. SGK ile TEB arasında her yıl yapılan sözleşmelerde, reçete yazım kuralları ve geri ödeme ile ilgili iki önerinizi yazınız.

-

-

Anket bitmiştir. Zamanınızı ayırdığınız için teşekkür ederim.