

T.C
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI

TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNDE İLAÇ PAZARLAMA BİLEŞENLERİ, AKILCI
İLAÇ KULLANIMI VE KLİNİK ECZACILIK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Hazırlayan

SİBEL ENGİN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. MUSTAFA AKSU

Eylül 2006

İSTANBUL

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

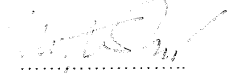
Sibel ENGİN tarafından hazırlanan “Türk Sağlık Sektöründe İlaç Pazarlama Bileşenleri Akılcı İlaç Kullanımı ve Klinik Eczacılık ” adlı bu çalışma jürimizce Yüksek Lisans Tezi olarak Kabul Edilmiştir.

Tez (Savunma) Tarihi 27.10.2006

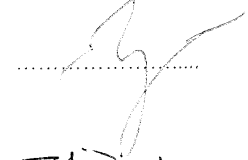
(Jüri Üyesinin Ünvanı , Adı , Soyadı ve Kurumu):

İmzası :

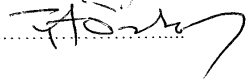
Jüri Üyesi: Prof.Dr. Mustafa AKSU
(Danışman)



Jüri Üyesi : Prof.Dr. Yağız ÜRESİN
(İ.Ü.Tıp Fak.Öğr.Üyesi)



Jüri Üyesi : Yrd.Doç.Dr.Turgut ÖZKAN
(Haliç Üniv.İşletme Fak.Öğr.Üyesi)



İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
ÖZET	viii
ABSTRACT	x
KISALTMALAR	xii

BÖLÜM 1

İLAÇ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

1.1 İlacın Tanımı.....	1
1.2 İlacın Sınıflandırılması	1
1.3 İlacın Adları ve İlgili Diğer Kavramlar	6
1.3.1 Genel Ad (Jenerik Ad).....	6
1.3.2 Ticari Ad (Marka veya Müstahzar Adı).....	6
1.3.3 Kimyasal Ad.....	6
1.3.4 Jenerik (Eşdeğer) İlaç	6
1.3.5 Orijinal İlaç	6
1.3.6 İyi Üretim Uygulamaları (Good Manufacturing Practice GMP)	7
1.3.7 İyi Klinik Uygulamaları (İKU).....	7
1.3.8 İyi Laboratuvar Uygulamaları (İLU)	7
1.3.9 Biyoyararlanım.....	7
1.3.10 Biyoeşdeğerlik.....	8
1.4 İlaç Endüstrisi ve Tarihçesi.....	8
1.5 Dünya İlaç Endüstrisi	10
1.5.1 Tüketim	10
1.5.2 Üretim	12
1.5.3 Dış Ticaret.....	15
1.5.4 İstihdam.....	17
1.6 Türk İlaç Sanayi	18
1.6.1 Tüketim	18
1.6.2 Üretim	22
1.6.2.1 Türkiye’de İlaç Hammaddeleri Üretimi	23
1.6.3 İstihdam.....	24
1.6.4 Dış Ticaret.....	25
1.6.5 İlaç Endüstrisinde Yatırımlar	29
1.6.6 Ruhsatlandırma.....	30

BÖLÜM 2

SAĞLIK HİZMETLERİ

2.1	Sağlığın Tanımı	32
2.2	Sağlık Hizmetlerinin Tanımı	32
2.3	Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	32
2.3.1	Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Hizmetler Olması	33
2.3.2	Sağlık Hizmetlerinin Belirsiz Talebe Sahip Olması.....	33
2.3.3	Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemez ve Ertelenemez Olması	33
2.3.4	Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Amaca Yönelik Olması	33
2.3.5	Sağlık Hizmetleri Talep Edenin Konu Olan Hizmet Hakkında Bilgi Düzeyinin Yetersizliği	34
2.4	Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	34
2.4.1	Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	34
2.4.1.1	Çevreye ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	35
2.4.1.2	Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	35
2.4.2	Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	36
2.4.2.1	Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri.....	36
2.4.2.2	İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri	36
2.4.2.3	Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri.....	36
2.4.3	Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri	37
2.5	T.C Sağlık Bakanlığı ve Türk Sağlık Hizmetlerinin Sunum Yapısı	37
2.6	Sağlık Sektörü Arz Sistemi (Sağlık Hizmetlerinin Sunumu)..	43
2.7	Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Diğer Kuruluşlar	44
2.7.1	T.C. Emekli Sandığı (TCES).....	44
2.7.2	Sosyal Sigortalar Kurumu	44
2.7.3	Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur)	45
2.7.4	Üniversiteler	45
2.7.5	Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KİT).....	46
2.7.6	Belediyeler	46
2.7.7	Bakanlıkların Sağlık Harcamaları	46
2.7.8	Fon Kaynaklı Sağlık Harcamaları	46
2.7.9	Özel Sağlık Harcamaları	46
2.8	Rakkamsal Olarak Sağlık Hizmetlerinin Sunumu	47

BÖLÜM 3

PAZAR VE İLAÇ PAZARLAMA BİLEŞENLERİ

3.1	Mamul (Mal)	54
3.2	Fiyat	56
3.3	Tutundurma	61
3.4	Dağıtım	65

BÖLÜM 4

TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK KURULUŞLARININ SAĞLIK HARCAMALARI

4.1	SSK Sağlık Harcamaları.....	69
4.2	Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları	70
4.3	Bağ-Kur Sağlık Harcamaları.....	70

BÖLÜM 5

FARMAKOEKONOMİ

5.1	Maliyet Etkinlik Analizi.....	73
5.1.1	Terapötik Karar Sürecinin Analizi	73
5.1.2	Farmakoterapi Seçeneklerinin Karşılaştırılması	73
5.1.3	Aşılama Programlarının Değerlendirilmesi	74
5.1.4	Klinik İlaç Araştırmalarının Planlanması	74
5.1.5	Serbest Eczacılık ve Hastane Eczacılığı Hizmetlerinin Kalitesinin Değerlendirilmesi	74
5.2	Maliyet- Tüketim Analizi.....	75
5.3	Maliyet Yarar Analizi	75
5.4	Maliyet Minimizasyon Analizi	75
5.5	Jenerik İlaç	75

5.5.1	Sınai Mülkiyet Hakları.....	77
5.5.2	Patent	77
5.5.3	Veri Koruma.....	78
5.5.4	Veri İmtiyazı (Münhasırlığı)	78
5.6	Geri Ödeme	79

BÖLÜM 6

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

6.1	İlaçların Akılcı Seçimi.....	81
6.1.1	Temel İlaç Listesi	81
6.1.2	Hastane Formüllerleri	81
6.1.3	Standart Tedavi Rehberleri	82
6.1.4	İlaç Lojistiğinin Akılcılığı.....	83
6.1.5	Reçete Yazma Sürecinin Akılcılığı	84
6.1.6	Akılcı Tedavi Süreci.....	84
6.1.6.1	Problemin Tanımlanması (Doğru Tanı)	84
6.1.6.2	Hipotezin Kurulması	85
6.1.6.3	Deney.....	85
6.1.6.4	Sonuçların İzlenmesi	87
6.1.7	Reçete Yanıtlama Sürecinin Akılcılığı	88
6.1.8	İlaçların Akılcı Tüketimi.....	89
6.1.9	İlaç Bilgisi Desteğinin Akılcılığı.....	90
6.1.10	İlaç Yönetiminin Akılcılığı	90
6.2	Akılcı İlaç Kullanımını Etkileyen Nedenler	90
6.2.1	Sağlık Kuruluşlarından Kaynaklanan Nedenler	90
6.2.2	Aile Hekimliği Sisteminin Konumundan Kaynaklanan Nedenler	91
6.2.3	Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç Kullanımının Yaygınlığı ...	92
6.2.4	Doktorun Belirlediği İlaç Kullanma Talimatına Uyum Derecesi.....	92
6.2.5	Reçete Gerektiren İlaçların Reçetesiz Alınabilmesi.....	93
6.2.6	Eczanelerde Reçetelenen Farmasötik Şekil Sayısında Ambalajlama (Tane İle Satışın) Uygulaması	93
6.2.6.1	Reçetelere Yazılabilecek İlaç Miktarı	94
6.2.7	Tanıtm ve Pazarlamanın Etkisi.....	99
6.2.8	İlaçların Etki Mekanizmalarının Bilinme Derecesi	100
6.3	Klinik Eczacılık ve Farmasötik Bakım.....	100
6.3.1	İyi Eczacılık Uygulamaları	100
6.3.2	Farmasötik Bakım.....	102
6.3.3	Klinik Eczacılık	103

6.3.4	Klinik Eczacılık Servisinin Ekonomik Katkısı İle İlgili Örnekler	107
-------	--	-----

BÖLÜM 7

UYGULAMA I

7.1	Ankete Katılan Doktorların Yaş Dağılımı	112
7.2	Anket Sorularının Değerlendirilmesi	114
7.2.1	Rasyonel (Akılcı) İlaç Kullanımını Etkileyen Nedenler	114
7.2.1.1	Sağlık Kuruluşlarından Kaynaklanan Nedenler	114
7.2.1.2	Aile Hekimliği Sisteminin Konumundan Kaynaklanan Nedenler	115
7.2.1.3	Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç Kullanımının Yaygınlığı	115
7.2.1.4	Doktorun Belirlediği İlaç Kullanma Talimatına Uyum Derecesi	116
7.2.1.5	Reçete Gerektiren İlaçların Reçetesiz Alınabilmesi.....	116
7.2.1.6	Eczanelerde Reçetelenen Farmasötik Şekil Sayısında Ambalajlama(Tane İle Satışın) Uygulaması.....	117
7.2.1.7	Tanıtım ve Pazarlamanın Etkisi	120
7.2.1.8	İlaçların Etki Mekanizmalarının Bilinme Derecesi	120
7.2.2	İlaç Satışında Reçetelenen Farmasötik Şekil Sayısının (Tane İle Satışın) Uygulanabilirliğini Etkileyecek Faktörler.....	121
7.2.2.1	Hijyen Faktörü	121
7.2.2.2	Hastanın İlaçlarını Başka İlaçlarla Karıştırabilmesi.....	122
7.2.2.3	Sürekli Aynı İlacı Kullanmak Zorunda Olan Hastalarda Kişi İçin İlaç Temini	122
7.2.2.4	Prospektüs Faktörü.....	123
7.2.2.5	İthal Edilen İlaçların Orijinal Ambalajda Paketlenmiş Olması.....	123
7.2.3	Klinik Eczacılık Sistemi	124
7.2.4	Klinik Eczacılık Sisteminin Ülkemiz Genelinde Uygulanabilirliği	125
7.2.5	Klinik Eczacılık Sisteminin Ülkemiz Genelinde Uygulanmasını Etkileyen Faktörler.....	126
7.2.5.1	Mali Faktörler	126
7.2.5.2	Fiziksel Koşullar	127
7.2.5.3	Cevap Verilecek Reçete Sayısında Yoğunluk ...	127
7.2.5.4	Hasta İle İletişim	128
7.2.5.5	Klinik Eczacılık Sisteminin Bilinme Düzeyi.....	128

7.2.5.6 Mevcut ve Halen Okuyan Eczacıların Eğitimi .. 129

BÖLÜM 8**UYGULAMA II**

8.1	Ankete Katılan Eczacıların Yaş Dağılımı.....	130
8.2	Anket Sorularının Değerlendirilmesi	131
8.2.1	Rasyonel (Akılcı) İlaç Kullanımını Etkileyen Nedenler	131
8.2.1.1	Sağlık Kuruluşlarından Kaynaklanan Nedenler	132
8.2.1.2	Aile Hekimliği Sisteminin Konumundan Kaynaklanan Nedenler	132
8.2.1.3	Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç Kullanımının Yaygınlığı	133
8.2.1.4	Doktorun Belirlediği İlaç Kullanma Talimatına Uyum Derecesi.....	133
8.2.1.5	Reçete Gerektiren İlaçların Reçetesiz Alınabilmesi.....	134
8.2.1.6	Eczanelerde Reçetelenen Farmasötik Şekil Sayısında Ambalajlamanın (Tane İle Satışın) Uygulaması.....	134
8.2.1.7	Tanıtım ve Pazarlamanın Etkisi	137
8.2.1.8	İlaçların Etki Mekanizmalarının Bilinme Derecesi	138
8.2.2	İlaç Satışında Reçetelenen Farmasötik Şekil Sayısının (Tane İle Satışın) Uygulanabilirliğini Etkileyecek Faktörler.....	138
8.2.2.1	Hijyen Faktörü	139
8.2.2.2	Hastanın İlaçlarını Başka İlaçlarla Karıştırabilmesi.....	139
8.2.2.3	Sürekli Aynı İlacı Kullanmak Zorunda Olan Hastalarda Kişi İçin İlaç Temini	140
8.2.2.4	Prospektüs Faktörü.....	140
8.2.2.5	İthal Edilen İlaçların Orijinal Ambalajda Paketlenmiş Olması.....	141
8.2.3	Klinik Eczacılık Sistemi	141
8.2.4	Klinik Eczacılık Sisteminin Ülkemiz Geneline Uygulanabilirliği.....	143
8.2.5	Klinik Eczacılık Sisteminin Ülkemiz Geneline Uygulanmasını Etkileyen Faktörler.....	144
8.2.5.1	Mali Faktörler	144
8.2.5.2	Fiziksel Koşullar	144
8.2.5.3	Cevap Verilecek Reçete Sayısında Yoğunluk ...	145
8.2.5.4	Hasta İle İletişim	145
8.2.5.5	Klinik Eczacılık Sisteminin Bilinme	

Düzeyi.....	146
8.2.5.6 Mevcut ve Halen Okuyan Eczacıların Eğitimi ..	146
8.3 Araştırmanın Yöntem ve Değerlendirilmesi	148
SONUÇ	154
KAYNAKLAR	157
EK 1. Doktorlara ve Eczacılara Uygulanan Anket.....	165
EK 2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi	167
EK 3. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi	168
ÖZGEÇMİŞ	169

T.C
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
YÜKSEKLİSANS TEZİ

Tezin Adı: Türk Sağlık Sektöründe İlaç Pazarlama Bileşenleri, Akılcı İlaç Kullanımı
ve
Klinik Eczacılık

Hazırlayan
Sibel Engin

Danışman
Prof.Dr. Mustafa Aksu

Eylül 2006

ÖZET

İlaç; insan hayatının vazgeçilmez bir parçası olmakla beraber ülkeler için de stratejik önemi olan bir maddedir. Gerek ilacın üretiminde kullanılan doğal kaynakların sonsuz olmadığı gerekse ülke ekonomisine dolaylı ve direkt etkileri düşünüldüğünde kullanımında akılcılığın önemi daha da çok belirginleşmektedir. İlacın akılcı kullanımı, onun üretiminden tüketimine kadar ki süreçte yer alan tüm taraflarca akılcı kullanımını gerektirmektedir.

İlacın akılcı kullanımı sürecinin içine dahil edilebilecek olan klinik eczacılık ve tane ile satışın, kaynakların verimli kullanılması ve israfın önlenmesi açısından rolleri oldukça büyük olmaktadır.

Bu çalışmada; ilacın israf edilmeden en iyi şekilde kullanılması için gerekli olan akılcı ilaç kullanımını olumsuz yönde etkileyen nedenler ile, Türk sağlık sisteminde klinik eczacılık ve tane ile satışın uygulanabilirliğini etkileyecek sorunlar araştırılmıştır.

Buna göre, öncelikle ; ilk bölümde ilaç hakkında genel bilgiler, Dünya ve Türk ilaç sektörü, ikinci bölümde; sağlık ve sağlık hizmetlerinin özellikleri, sınıflandırılması, Türk sağlık hizmetlerinin sunum yapısı, rakamsal olarak sağlık hizmetleri sunumu ele alınmıştır. Üçüncü bölümde ise pazar ve ilaç pazarlama bileşenleri hakkında bilgi verilmiş, dördüncü bölümde Türk sosyal güvenlik kuruluşlarının sağlık harcamaları belirtilmiştir. Beşinci bölümde ise; Farmakoekonomi, altıncı bölümde akılcı ilaç kullanımı, akılcı ilaç kullanımını etkileyen nedenler ve klinik eczacılık kavramları açıklanmış ve klinik eczacılık uygulaması ile ilgili örneklere yer verilmiştir. Yedinci ve sekizinci bölümde; akılcı ilaç kullanımını olumsuz yönde etkileyen nedenler ile tane ile satışın ve klinik eczacılığın uygulanabilirliğinde karşılaşılabilecek sorunlar hakkında doktor ve eczacıların görüşlerinin alındığı anket çalışmasına yer verilmiştir. Genel olarak bakıldığında, bu anket çalışmasına göre akılcı ilaç kullanımına olumsuz etki eden nedenler olarak belirtilen şıklara verilen cevapların hepsi genelde çok önemli ve önemli derecelerinde olmuştur.

İlaç satışında reçetelenen farmasötik şekil sayısının (tane ile satışın) uygulanabilirliğini etkileyecek sorunlar grubunda yer alan şıklara verilen cevaplar çok önemli ve önemli olarak yoğunlaşmaktadır.

Klinik eczacılık sistemi hakkında fikirlerinin olup olmadığı sorusunda ise eczacıların büyük bir çoğunluğunun fikrinin olduğu ancak doktorların ise büyük bir çoğunluğunun fikrinin olmadığı görülmüştür.

Klinik eczacılık ülkemizde uygulanabilir mi sorusuna ise hayır cevabı ağırlıkta olup; uygulanamama nedenleri arasında belirtilen şıklar ise yine çok önemli ve önemlide yoğunlaşmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımının sağlanabilmesi için; öncelikle sağlık sektörüne gerekli yatırımın yapılması gerekir. Tane ile satışta oluşabilecek sorunlar ise çözüm yolu bulunabilecek sorunlar olup, klinik eczacılık hakkında sağlık görevlilerinin eğitiminin gerekliliği ortaya çıkmaktadır.

Anahtar kelimeler: akılcı ilaç, klinik eczacılık, pazarlama, akılcı ilaç kullanımı, tane ile ilaç satışı

REPUBLIC OF TURKEY
HALIÇ UNIVERSITY
INSTITUTE OF SOCIAL SCIENCES
DEPARTMENT OF BUSINESS ADMINISTRATION
POSTGRADUATE THESIS

Name of Thesis: Medicine marketing constituents, rational medicine usage and clinical pharmacy at Turkish Health Sector.

Prepared by : Sibel Engin

Thesis Consultant : Prof.Dr. Mustafa Aksu

September, 2006

ABSTRACT

Medicine: is a material having a strategical importance for states in addition to be an indispensable part for human life. Concerning of not only finite natural sources used in production of medicine but also direct and indirect effects to country economy, importance of rationality in usage become more clear. Rational usage of medicine is necessary for all parties taking part in the process from its production to its consumption.

Clinical pharmacy and sale by piece which will be include into the process of rational usage of the medicine have bigger roles from the perspective of productive use of sources and prevention of wastage.

In this study, questions affecting applicability of clinical pharmacy and sale by pieces at Turkish Health Sector are searched with the reasons affecting negatively rational medicine usage is necessary for the best usage of medicine without wastage.

Accordingly, at first; the subjects of general information about medicine, World and Turkey pharmaceutical industry are discussed on the first section. On the second section, features of health and health sector, their classifications, presentation configuration of Turkish Health Services and Health Services presentation by numerical are discussed. As for third section, the information about market and medicine marketing constituents is given. Health expenditure of Turkish social safety foundations is indicated on fourth section. Fifth section examines the pharmacoeconomy and sixth section examines concepts of rational medicine usage, reasons affecting to rational usage of medicine and clinical pharmacy and includes relevant examples of application of clinical pharmacy. As for seventh and eighth sections, there is results of a survey including opinions of doctors and chemists which are taken with respect to problems about applicability of sale by pieces and clinical pharmacy as well reasons affecting negatively rational medicine usage. At general look, according to this survey, all answers given to choices mentioned as negatively effective reasons to rational medicine usage are generally degreed as very important and important.

Answers given to choices on the questions groups affecting applicability of pharmaceuticals figure numbers which is prescribed on medicine sale are concentrated as very important and important.

With respect to the question whether they have an opinion about system of clinical pharmacy, It is seen that most of the chemists have had a opinion on the other hand, most part of doctors have not.

“No” answers is intensive to the question whether clinical pharmacy is applicable or not; mentioned choices among causes why it could not applied are also concentrated as very important and important.

To provide rational usage of medicine, necessary investment should be made at first. Problems about sale by pieces are soluble, and necessity of education of health personals about clinical pharmacy come into existence.

Key words: rational medicine, clinical pharmacy, marketing, rational usage of medicine, drug selling by pieces.

KISALTMALAR

- DİE** Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ Dünya Sağlık Örgütü
EPRI Ekonomi Politikaları Araştırma Enstitüsü
FIP Uluslar arası Eczacılık Federasyonu
GE Güncel Eczacılık Dergisi
GMP İyi Üretim Uygulamaları
GPP İyi Eczacılık Uygulamaları
İEİS İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
İGEME İhracatı Geliştirme Etüd Merkezi
İKU İyi Klinik Uygulamaları
İLU İyi Laboratuvar Uygulamaları
İTK İlaç Tedavi Kurulları
OTC Reçetesiz İlaçlar
ÖİKR Özel İhtisas Komisyonu Raporu
TEPAV Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı
TTB Türk Tabipler Birliği

BÖLÜM 1

İLAÇ HAKKINDA GENEL BİLGİLER

Sümer ve Mısır uygarlıklarında ortaya çıkmaya başlayan ilaç kavramına bilim ve teknolojiadaki gelişmelere bağlı olarak oluşturulan çeşitli sunum şekilleri de eklenmiştir. Buna göre ilacın tanımı ve farmasötik şekilleri ile tedavi edici niteliklerine göre yapılan sınıflandırması aşağıdaki gibi olabilir.

1.1 İlacın Tanımı

İlaç (Tıbbi Farmasötik Ürün) insanlarda hastalıklardan korunma, tanı, tedavi veya bir fonksiyonun düzeltilmesi ya da insan yararına değiştirilmesi için kullanılan genellikle bir veya birden fazla yardımcı madde ile formüle edilmiş etkin madde veya maddeleri içeren bitmiş dozaj şeklidir. (DPT, İlaç Sanayii ÖİKR, 2001, s:1)

DSÖ (WHO): Dünya Sağlık Örgütü ilacı şu şekilde tanımlamaktadır; Fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları insanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılabilen bir maddedir.(Cingi ve Erol, 1993, s:2)

1.2 İlaçların Sınıflandırılması

İlaçlar :

I.Farmasötik şekillerine göre

II. Tedavi edici niteliklerine göre olmak üzere iki şekilde sınıflandırılabilir.

I.Farmasötik Şekillere Göre İlaçların sınıflandırılması:

A. Katı ilaç Şekilleri

1. Tozlar
- 2.Granüller
- 3.Mikropelletler
- 4.Mikropartiküller
- 5.Pastiller
6. Tabletler
 - a.Kapsız tabletler
 - b.Kaplı tabletler
 - c.Efervesan tabletler
7. Drajeler
- 8.Kapsüller
 - a. Sert jelatin kapsüller
 - b.Yumuşak jelatin kapsüller

B.Sıvı İlaç Şekilleri

- 1.Çözeltiler
 - a. Aromatik sular
 - b.Şuruplar
 - c.Posyonlar
 - d.Eliksirler
 - e.Kollutuarlar

C.İki Fazlı Sistemler

1. Süspansiyonlar
- 2.Emülsiyonlar
- 3.Glisero'l'ler
- 4.Linimentler
- 5.Musilajlar

D. Yarı Katı İlaç Şekilleri

- a.Merhemler
- b.Supozituarlar
- c.Ovuller
- d.Jeller

E. Aerosoller

- a.Çözelti
- b.Süspansiyon
- c.Emülsiyon
- d.Yarı katı sistemler
- e.Katı sistemler

F.Parenteral Preparatlar

- 1.Enjeksiyon yolu ile verilenler
 - a.Çözeltiler (tek doz, çok doz, büyük hacim)
 - b.Süspansiyon
 - c.Emülsiyon
 - d.Kuru toz (yeniden yapılandırmak için)
- 2.İmplantlar, pelletler

G.Radyofarmasötikler

H.Kontrollü Salım Sistemleri

- 1.Nano ve mikropartiküller
- 2.Lipozomlar
- 3.Transdermal sistemler
- 4.Vajinal sistemler
- 5.Tabletler (Matriks, şişme kontrollü, Mukozaya yapışan)
6. Mini pompalar
7. Oküler sistemler
8. Nasal sistemler
9. Bukkal sistemler
10. Rektal sistemler

I.Diğer Preparatlar

1. Göz preparatları
- 2.Kulak preparatları
- 3.Burun preparatları

İ.Pansuman ve Cerrahi Malzemeler

1. Flasterler
 - a. Etkin madde içeren flasterler
 - b. Etkin madde içermeyen flasterler
 - c. Yakılar
2. Pansuman ve Cerrahi malzemeler.

II. Tedavi Gruplarına göre ilaçların sınıflandırılması**A.Antibiyotikler ve diğer kemoterapötikler**

- 1.Beta – laktam antibiyotikler : penisilinler, sefalosporinler, karbapenemler, monobaktamlar
- 2.Makrolid ve linkozamid antibiyotikler
- 3.Tetrasiklinler
- 4.Amfenikoller
- 5.Aminoglikozidler
- 6.Antistafilokokal ilaçlar
- 7.Antianaerobik ilaçlar
- 8.Polipeptid yapılı antibiyotikler
- 9.Sülfonamidler, ko-trimoksazol ve trimetoprim
10. Fluorokinolonlar

11. Antifungaller
12. Antitüberküloz ilaçlar
13. Lepraya karşı kullanılan ilaçlar
14. Üriner infeksiyon tedavisine özgü ilaçlar
15. Antiamibik ve diğer antiprotozoal ilaçlar
16. Antimalaryal ilaçlar
17. Antihelminetik ilaçlar
18. Ektoparazitlere karşı kullanılan ilaçlar
19. Antiviral ilaçlar
20. Antiseptikler ve dezenfektanlar
21. Antineoplastik ilaçlar
22. İmmünomodülatör ilaçlar

B.Kalp-damar sistemi ilaçları

1. Antihipertansif ilaçlar
2. Periferik vazodilatörler
3. Antianjinal ilaçlar
4. Antiaritmik ilaçlar
5. Kalp yetmezliğine karşı kullanılan ilaçlar
6. Hipolipidemik ilaçlar
7. Antitrombotik ilaçlar: antikoagülan ilaçlar, antitrombotik ilaçlar, trombolitik ilaçlar
8. Hemostatik ilaçlar ve replasman için kullanılan hemostatik kan ürünleri.
9. Plazma hacmini genişleten solüsyonlar, kan ve plazma ürünleri

C. Su – Tuz ve asit – baz dengesini etkileyen ilaçlar ve diüretikler

D. Solunum sistemi ilaçları

1. Antitusif ilaçlar
2. Ekspektoran ilaçlar
3. Sürfaktanlar
4. Bronkodilatör ilaçlar ve diğer antiastmatik ilaçlar
5. Oksijen ve diğer tedavi gazları

E. Santral sinir sistemini etkileyen ilaçlar

1. Genel anestezipler

2. Lokal anestezipler
3. Nöromüsküler bloke edici ilaçlar
4. Santral etkili kas gevşeticiler
5. Hipnosedatifler
6. Nöroleptik ilaçlar
7. Antidepresan ve antimanik ilaçlar
8. Narkotik analjezikler
9. Narkotik olmayan analjezikler (nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar)
10. Antiepileptik ilaçlar
11. Parkinson hastalığının ve diğer hareket bozukluklarının tedavisinde kullanılan ilaçlar.

F. Endokrin sistemi etkileyen ilaçlar

1. İnsülin, oral antidiyabetik ilaçlar ve diğerleri
2. Kortikosteroidler, kortikosteroid antagonistleri ve ACTH
3. Tiroid ilaçları : tiroid hormonları, antitiroid ilaçlar, tirotropin ve protirelin
4. Kalsiyotropik ilaçlar: paratiroid hormonu, D vitamini, kalsitonin, bifosfonatlar ve diğerleri
5. Androjenler, anabolik steroidler ve antiandrojenik ilaçlar
6. Estrojenler, projestinler ve antagonistleri ve hormonal kontraseptifler
7. Hipofiz ve hipotalamus hormonları

G. Otakoidler ve Antihistaminikler

H. Vitaminler, Mineraller ve kombinasyonları

I. Antianemik ilaçlar

İ. Sindirim sistemi ilaçları

1. Peptik ülser tedavisinde kullanılan ilaçlar
2. Laksatif ve pürgatifler
3. Antidiyareik ilaçlar
4. Antiemetik ilaçlar
5. Dijestanlar
6. Koleretik ve kolagog ilaçlar
7. Antispazmodikler

8. Antikolinesterazlar

J. Dermatolojik ilaçlar (DPT İlaç Sanayii ÖİKR, 2001, s:1-5)

1.3 İlacın Adları ve İlgili Diğer Kavramlar

İlacın, gerek insan sağlığı gerekse ekonomik açıdan çok önemli bir madde olması onun birçok kavrama sahip olmasına neden olmuştur. İlacın araştırma, üretim aşamaları, piyasaya sürüm aşamaları ile ilgili oluşan bu adlar ve kavramlar aşağıdaki gibi açıklanabilir:

1.3.1 Genel Ad (Jenerik Ad) : Tıp, eczacılık ve sağlıkla ilgili diğer alanlarda ilaçlarla ilgili etkinliklerde, ilaçlarla ilgili öğretimde ve bilimsel yayınlarda, ülke düzeyinde veya uluslararası düzeyde iletişimin kolaylaştırılması ve standartlaştırılması ve yanlışlık ya da yanılmaların önlenmesi amacıyla ilaçların esas olarak kullanılan adıdır. (Kayaalp, 1987, s:10)

Jenerik ad Dünya Sağlık Teşkilatının kabul ettiği, hiçbir kişi ve/veya kuruluş adına tescil edilmemiş etken madde adıdır. Ancak değişik ülkelerde kullanılan bazı ilaçlar da jenerik adın kullanılmadığı gözlenmektedir. Jenerik adlar, markalar ve patent kanununa tabi değildir. (İeis, 1991, s:2)

1.3.2 Ticari Ad (Marka veya Müstahzar Adı) : İlacı ilk kez bulan firmanın veya o ilacı içeren müstahzarları yapan diğer firmaların kendi ürünlerine verdikleri özel addir. Tek bir ilacın genellikle çok sayıda müstahzarları bulunduğundan o oranda çok ticari adları vardır. Birçok ülkede ilaç pazarlayan büyük ilaç firmaları, bazen aynı ilacı içeren müstahzarlarını bu ülkelerde farklı adlarla piyasaya çıkarmaktadırlar. (Kayaalp, 1987, s:10)

1.3.3 Kimyasal Ad: Uluslararası Kimya Birliğinin (IUPAC, International Union of Pure and Applied Chemistry) saptadığı nomenklatür kurallarına göre verilen kimyasal addir. Bu adın genellikle uzun ve kompleks olmasından dolayı tıpta ve eczacılıkta kullanılması pratik olmamaktadır. (Kayaalp, 1987, s:11)

1.3.4 Jenerik (Eşdeğer) İlaç: Orijinal ilaçlarla aynı farmakolojik etkilere sahip olduğu, dolayısıyla, hasta üzerinde aynı tedaviyi sağladığı bilimsel çalışmalarla kanıtlanan ve orijinal ilaçların koruma süreleri bittikten sonra satışa sunulan ürünlerdir.(İeis, Ekim 2005, s:7)

1.3.5 Orijinal İlaç: Dünyada ilk kez ilaç olarak ruhsatlandırılarak pazara verilen yeni bir etkin maddeyi, belirlenen tedavi dozlarında içeren üründür.(İeis, Ekim 2005, s:7)

1.3.6 İyi Üretim Uygulamaları (Good Manufacturing Practices – GMP) :İlaç, insan yaşamında hayati önemi olan bir mamül olması nedeni ile üretilmesinde belirlenen standart kalite düzeyinden en ufak bir sapma göstermeksizin üretilmelidir. İyi üretim uygulamaları, ilaçların üretim standartlarını ve kalite güvenirliğini sağlamak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından saptanmış tüm üretim, kalite ve pazar denetimleriyle ilgili işlemleri kapsayan yazılı kurallardır. Bu kurallar, hiçbir yanığya yer vermeyecek bir kayıt ve denetim sistemini, ilaçların üretildiği bölümlerde her türlü temizlik ve düzen önlemlerinin alınmasını, ilaçların istenen özelliklere uygun nitelikte üretimlerinin sağlanmasını, üretilen ilaçların çevreden gelen faktörlerden etkilenmeden hastaya en iyi biçimde ulaşabilmesini gerçekleştirecek koşulları kapsamaktadır.(Medeni, 1995, s: 14)

1.3.7 İyi Klinik Uygulamaları (İKU) : İnsanlara ilaç uygulanarak yapılan her türlü araştırmanın tasarlanması, gerçekleştirilmesi, yürütülmesi, izlenmesi, yoklamaların yapılması, kaydedilmesi, sonlandırılması, analizlerin yapılması ve raporlanmasında esas alınan verilerin inanılır ve doğru olmasını ve gönüllülerin haklarının, onurlarının ve özel yaşamlarının gizliliğinin korunmasını garanti altına almayı, araştırmanın bilimsel ve etik kurallara uygun olmasını amaçlayan standartlardır.(www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=350&menuk=14&mevzu=153,14.05.2006)

1.3.8 İyi Laboratuvar Uygulamaları (İLU) : Laboratuvar çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, izlenmesi, kaydedilmesi ve raporlanmasında uygulanan, organizasyonla ilgili yöntemleri, işlemleri ve koşulları belirleyen standartlardır. (www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=350&menuk=14&mevzu=153, 14.05.2006)

1.3.9 Biyoyararlanım : Bir ilacın, ilacı kullanan canlıda sistematik dolaşıma geçen miktarı veya bu değerin yüzde olarak ifadelendirilmesidir. (Geçgil, 1991, s:474)

Oral veya emilmenin söz konusu olduğu diğer bir yolla ilaç etken maddesi vücuda verildiğinde, farmasötik şekilde yer alan etken maddenin emilme oranı (miktarı) ve emilme hızıdır. (Abacıoğlu, 1992, s:46)

Biyoyararlanımda, üzerine ilac kullanılan canlının özellikleri ile ilacın uygulandığı doku ve organ önemli olmaktadır. Ayrıca ilacın kullanım şeklindeki farklılıklarda biyoyararlanımı etkilemektedir. Aynı dozda damar içine verilen bir ilaç, oral olarak kullanılan ilaçtan daha süratli biyoyararlanım göstermekle beraber doğrudan doğruya

kan sıvıları ve vücut dokularının bazılarında şırınga ile verilen ilaç en süratli şekilde etkiyi yapmaktadır.(Geçgil, 1991, s:474)

1.3.10 Biyoeşdeğerlik : Jenerik ilacın orijinal ilaç ile aynı etken maddeyi, aynı miktarda ve aynı farmasötik formda içermesi ve aynı yoldan uygulanır olmasıdır. Kana geçiş hızları ve kana geçen miktarları belli sınırlar içinde aynı olan ilaçlar biyoeşdeğer kabul edilmekte ve orijinal ilaç ile jenerik ilaç bu kapsamda karşılaştırılarak biyoeşdeğer olup olmadıkları saptanmaktadır.(İeis, Ekim 2005, s:7)

1.4.İlaç Endüstrisi Ve Tarihçesi

İlaç sanayi; beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici, koruyucu ve besleyici olarak kullanılan sentetik, bitkisel, hayvansal ve biyolojik kaynaklı kimyasal maddeleri farmasötik teknolojiye uygun olarak, bilimsel standartlara göre belirli dozlarda basit veya bileşik farmasötik şekiller haline getiren ve seri olarak üreterek tedaviye sunan bir sanayi dalıdır. (DPT İlaç Sanayii ÖİKR,2001 s:1)

İlaç kavramı Sümer ve Mısır uygarlıklarında, bitkilerden yararlanma şeklinde ortaya çıkmıştır. M.S. 130 yıllarında ise Bergamalı Galenus ile tedavi edici maddeleri insanların belirli formül ile belirli şekillerde kullanımı başlamıştır. İlaç sektörü sürekli gelişim içinde olmasına karşın esas büyük gelişme 1870'lerden sonra ortaya çıkan sanayi ihtilali ile gerçekleşmiştir. Bu gelişime ek olarak dünya nüfusundaki artış 1800'lü yılların ikinci yarısından itibaren eczanelerde ofisinal satılmaya başlanan ilaçların 1900'lü yıllarda da artmasına neden olmuştur.(Demirdere, 1988, s:8; İeis, 1984, s:12)

Türk ilaç Endüstrisini uluslararası düzeye ulaştıran aşamaların gerçekleştiği gelişim sürecini üç döneme ayırmak mümkündür. Bu dönemler; Cumhuriyet'ten önceki, Cumhuriyet'ten 2. Dünya Savaşı sonuna ve 2. Dünya Savaşı'ndan bugüne kadarki dönemlerdir. (İeis, 1984, s:12)

Cumhuriyetten öncesi olarak değerlendirilebilecek dönemde İslam bilginleri tarafından geliştirilen yöntemlerle birçok çözümlü ve alkol üretilip çeşitli bitkisel kökenli ilaçların hazırlandığı görülmektedir. İkiyüzyıllık bir dönem olan Anadolu Selçuklu döneminde yaygın olarak büyükşehirlerde kurulmuş olan hastanelerde yer alan ve drog hazırlamak için uzman kişilerin bulunduğu hastane eczaneleri Anadolu'daki ilk eczaneleri oluşturmaktadır. Osmanlılar döneminde ilaç ilkel maddelerinin sağlanması ve halk ilaçlarının yapılması işi 19. Yüzyıl ortalarında sadece İstanbul'da sayıları beşyüzü bulan kendilerine "aktar" denilen bir esnaf gurubu tarafından yürütülmekle beraber; 1890 yılında ekstre, toz gibi birçok

farmasötik şekil ve ilaç etken maddelerinin eczacılar tarafından eczene laboratuvarlarında yapımı ile Türk eczacılar tıbbi müstahzar yapımına başlamışlardır. (Bilgener, 2002 s:28-30)

Cumhuriyetten önceki dönemde eczanelerde müstahzar ilaç yapımı şeklinde başlayan üretim, daha sonra ihtiyacın artması ile laboratuvarlar ve fabrikalar ortamında seri üretim şeklini almıştır. 1915’de Türkiye’de bazı kodeks ampulleri, kuvvet ilaçları ve damlalar gibi sınırlı çeşitlerden ibaret kalan müstahzar adedi 30’u bulmuş, ihtiyacı karşılamaya yeterli gelmediğinden diğer ilaçlar ithal edilmiş, ancak ithal edilen bu ilaçlar kalite ve fiyat kontrolü yapılmadan ve ruhsata tabi tutulmadan satışa çıkarılmıştır.(İeis, 1984, s:13)

Cumhuriyet’in ilanından sonra 1928’ de çıkarılan 1262 sayılı kanunla olumlu adımlar atılmış olup, bu adımlar dahilinde ilaç ithal ve üretiminde devlet kontrolü kurulmuş, yerli müstahzarlara da ithal edilen ilaçlarla rekabet imkanı sağlanınca ilaç endüstrisi, gelişmeye başlamıştır. Ancak çıkarılan kanunlar zaman içinde ilaç endüstrisinin gelişmesine imkan vermede yetersiz kalmıştır.

II. Dünya Savaşı sürecinde de devam eden imkansızlıklara karşın yerli ilaç üretimi yine de az gelişmiş ülkelere oranla çok iyi sayılabilecek bir düzeye ulaşmış sıkıntılı savaş yıllarında ülke sağlığına büyük hizmetlerde bulunmuştur.(İeis, 1984, s:13)

II. Dünya Savaşı’nı izleyen yıllarda endüstriyel anlamda ilaç üretimi 1950’li yıllardan sonra başlamaktadır. Savaş sonrası ülkede döviz dar boğazının yaşanması diğer tüm ürünlerde de olduğu gibi ilaç ithalatında kısıtlamaya gidilmesine yol açmış bunun sonucunda da yerli ilaç üreticileri için önemli bir pazar payı fırsatı doğmuştur. (Bilgener, 2002 s:32) Bu süreç içerisinde ilaç üreten laboratuvarlar faaliyetlerini geliştirmek imkanı bulmuşlar ve modern Türk İlaç Endüstrisinin öncüleri olmuşlardır. 1953-1957 yılları arasındaki hızlı gelişme döneminde yurt ihtiyacının % 60’ını karşılayacak duruma gelmiştir.(İeis, 1984, s:13)

1960 yılında patent korumasının kalkmasına ek olarak hazır ilaç ithalatının azalması, nüfusun ilaca karşı olan ilgisinin artması ile oluşan pazar karşısında artan talebin karşılanmaya çalışılması amacıyla günümüz ilaç sektörünün temelini oluşturacak birçok yerli ve yabancı ilaç üretim tesisleri kurulmuştur. (Bilgener, 2002 s:32)

1.5. Dünya İlaç Endüstrisi

Dünya ilaç pazarının yaklaşık yarısının 2001 tablo 1.1 (% 47.2), 2002 tablo 1.2 (% 50.9), tablo 1.3 2004 (% 47.4) yılları itibariyle, Kuzey Amerika'ya ait olduğu görülmektedir. Yine sadece 2004 yılı değerlendirildiğinde tablo 1.3'te görüldüğü gibi Kuzey Amerika'nın payı % 47.4 dür. Aynı yılda Avrupa'nın payı (Tablo 1.3) % 30.2, Japonya'nın payı ise (Tablo 1.3) % 11.0 dır.

Üretim açısından ise iki farklı bir durum karşımıza çıkmaktadır. Avrupa Birliği ülkeleri dünya ilaç üretiminde % 40'lık bir payla lider konumundadır. Daha sonra % 31'lik payla ABD ve % 19'luk payla Japonya gelmektedir. (www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 8 , 09.04.2006)

Ancak, ABD ilaç üretiminde AB'ni takip eden sırada olmasına karşın yeni ürün keşfetmede AB'nin önünde yer almaktadır.

1.5.1. Tüketim

Dünya sürekli gelişim ve değişim içinde olup, bu değişim ve gelişim insan yaşamında önemli bir yer tutan ilaç sektörüne de büyük ölçüde yansımaktadır. Özellikle bilim ve teknolojideki gelişmeler ilaç sektörünün arz ve talep miktarı açısından karşılıklı olarak birbirlerini etkilemesine neden olmaktadır.

Teknolojinin gelişmesi ile hayat standardının yükselmesi ve insan yaşamının kolaylaşmış olmasına rağmen bu gelişim beraberinde yeni hastalıkların oluşmasına özellikle strese bağlı hastalıkların artmasına sebep olmuştur. Yine bu gelişim, insan yaşamına hareketsiz yaşam, içki ve sigara tüketiminin artması, beslenme alışkanlıklarındaki olumsuz değişiklik ve çevre kirlenmesi gibi sonuçlarla yansımıştır. Dolayısıyla bilim ve teknolojinin olumsuz etkileri diye nitelendirebileceğimiz bu faktörler insanların hastalanmasına sebep olmakta ve neticede ilaca duyulan talebi arttırmaktadır. Bilim ve teknolojideki gelişmeler yeni tedavi yöntemlerinin bulunmasını ve ilacın farmasötik olarak sunumunun çeşitlenmesini de sağlamaktadır. Bu da hem arzı hemde talebi etkilemektedir.

Şüphesiz ki sadece bilim ve teknolojideki gelişmeler ilaç tüketimi etkilemez. Özellikle ülke bazında düşünüldüğünde tüketimi etkileyen başka faktörlerde mevcuttur. Bu faktörler nüfus artışı, demografik yapıdaki özellikler, sosyo ekonomik yapı, eğitim ve kültürel anlamda gelişme düzeyi , koruyucu hekimliğin konumu, sosyal güvenlik sisteminin yapısı, sağlık sisteminin yapısıdır. Ayrıca ülkede meydana gelen doğa olayları ve aniden gelişen bulaşıcı hastalıklarda ilaç tüketimini etkilemektedir.

Dünya ilaç pazarı 2001, 2002 ve 2004 yıllarında aşağıdaki gibi paylara ayrılmıştır.

Tablo 1.1. 2001 Yılı Dünya İlaç Pazarı

Bölge	2001 (%)
Kuzey Amerika	47.2
Avrupa	23.7
Japonya	12.0
Afrika/Asya/Avustralya	11.1
Latin Amerika	6.0

Kaynak : Türkiye’de ilaç 2002 s:14

Tablo 1.2 2002 Yılı Dünya İlaç Pazarı

Bölge	2002 (%)
Kuzey Amerika	50.9
Avrupa	25.4
Japonya	11.7
Afrika/Asya/Avustralya	7.9
Latin Amerika	4.1

Kaynak : Türkiye’de ilaç 2003 s:12

2001 ve 2002 yıllarında ilaç pazarındaki paylar ufak rakam değişikliklerine karşın ülke sıralaması değişmemektedir.

Tablo 1.3 Dünya İlaç Pazarının Bölgelere Göre Dağılımı - 2004

Bölge	2004 (%)
Kuzey Amerika	47.4
Avrupa	30.2
Japonya	11.0
Afrika/Asya/Avustralya	7.6
Latin Amerika	3.8

Kaynak:www.ieis.org/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12, 13.04.2006)

Dünya ilaç pazarı incelendiğinde 2001-2002-2004 yıllarında Kuzey Amerika’nın payının % 50 civarında olduğu görülmektedir. İkinci sırada da Avrupa ülkeleri yer almaktadır.

Tablo 1.4 Çeşitli Ülkelerde Kişi Başına İlaç Tüketimi 2005

Ülke	Fabrika Satış Fiyatı (\$)
Amerika	846
Japonya	529
Fransa	501
Belçika	451

Kanada	419
Yunanistan	396
Almanya	385
Portekiz	369
İspanya	352
İtalya	341
Avustralya	327
İngiltere	326
Hollanda	265
Polonya	121
Türkiye	92

Kaynak: www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12,
13.04.2006.

Rakamsal olarak bir kıyaslama yapıldığında Türkiye'nin kişi başına ilaç tüketimi AB ülkeleri arasında alt sıralarda yer almakla beraber sağlık hizmetleri sunum yapısındaki olumsuzluklarda rakamsal yetersizliğin yanı sıra niteliksel yetersizlikte ortaya çıkmaktadır.

1.5.2. Üretim

İlaç üretiminde Avrupa en büyük üretim merkezi olup, dünya üretiminde % 40 paya sahiptir. Bunu % 31'lik payla ABD ve % 19'luk payla Japonya izlemektedir. (www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları --- -- ilaç sanayi, s: 8, 09.04.2006)

Gelişmekte olan ülkelerde ise dünya ilaç üretiminin sadece yaklaşık 1/5'i gerçekleşmekle birlikte patent süresi dolmuş markalı ürünlerin çoğunluğunun bu ülkelerde yer alan küçük ölçekli firmalarda üretildiği görülmektedir. (DPT İlaç Sanayii ÖİKR, 2001,114) Gelişmiş ülkelerde ise Ar-GE nin önemi ön plana çıkmaktadır. Ar-Ge açısından ülkeler şöyle gruplandırılabilir.

Yenilikçi ilaç araştırma ve geliştirmeye dayalı çok gelişmiş ilaç endüstrine sahip ülkeler:

ABD	İNGİLTERE	İSVEÇ
JAPONYA	İSVİÇRE	BELÇİKA
ALMANYA	FRANSA	HOLLANDA

Bu ülkelerin firmalarının bütçelerinde önemli maliyet rakamlarını oluşturan Ar-Ge harcamalarının giderek artması, dünya genelinde yaşanan ekonomik krizler ve aynı alanda aynı terapötik sınıfa dönük Ar-Ge faaliyetlerinin konsolide edilmesi nedeni ile firmalar arasında son on yılda çok önemli gelişmeler yaşanmış yatay ve dikey birleşmeler meydana gelmiş iki veya üç ülke şirketleri arasındaki birleşmeler sonunda dev global şirketler oluşmuştur. (DPT İlaç Sanayii ÖİKR, 2001,s:107)

Örneğin; Sandoz ve Ciba birleşerek Novartis; Alman Hoechst, Marion Russell ve Rhone- Poulenc birleşerek Aventis; Glaxo, Smithkline Beecham ve Wellcome birleşerek G.S.K. adlarını almışlardır. Pfizer ise Parke Davis, Warner Lambert, Pharmacia'yı ve Abbot da Knoll'u satın alarak bünyelerine katmışlardır.(Bilgener, 2002, s:41)

1960 yılından günümüze kadar pazara verilen yeni ilaçların % 90'dan fazlası yukarıdaki gruba dahil ülkelerde bulunmuş ve geliştirilmiştir. (DPT İlaç Sanayii ÖİKR, 2001,s:107)

Araştırma Kapasitesi Olan Ülkeler(1961-1990 yılları arasında en az bir yeni molekül keşfetmiş ve piyasaya sunmuş ülkeler.)

Arjantin	İsrail
Avustralya	İtalya
Avusturya	Kanada
Çin	Kore Cumhuriyeti
Danimarka	Macaristan
Hindistan	Meksika
İrlanda	Portekiz
İspanya	Yugoslavya (DPT İlaç Sanayii ÖİKR, 2001, s:107)

Yenilikçi ilaç araştırma ve geliştirmeye dayalı çok gelişmiş ilaç endüstrisine sahip ülkeler grubundaki lider firmaların araştırma, üretim ve dağıtım gibi konularda daha geniş imkanlara sahip olmaları, araştırma kapasitesi olan ülkelerde büyük, entegre firmaların oluşmasını olumsuz yönde etkilemiştir. Bu ülke firmalarının içinde yeni

ilaç araştırma ve geliştirilmesi yapan firmalarında bulunması ile birlikte bu firmaların 500 milyon ABD doları bulan ilaç olarak kullanılabilme potansiyeli olan kimyasalların araştırma ve geliştirme aşamalarının finanse etmeleri mümkün olamamaktadır. Bu firmalar yenilikçi ilaç araştırma ve geliştirmeye dayalı çok gelişmiş ilaç endüstrine sahip ülkelerdeki firmalara lisans vererek veya çeşitli şartlarda anlaşarak bu konuda çözüm sağlamaktadırlar.(DPT İlaç Sanayii ÖİKR, 2001,s: 107-108)

Avrupa birliği ilaç sanayi incelendiğinde piramidal bir yapıya sahip olduğu görülmektedir. Piramidin tepesinde göreceli olarak büyük Ar-Ge faaliyetlerinde bulunan, iki düzine kadar büyük firma yer almaktadır. Piramidin ortasında hem kendi araştırma ürünlerini hem de diğer firmaların ürünlerini lisans altında kullanan ve jenerik üretimi de yapan orta büyüklükteki bir kaç yüz firma bulunmaktadır. Piramidin tabanında ise çoğunlukla özel alanlarda çalışan veya biyoteknolojiyle uğraşan küçük firmalar yer almaktadır. (<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/raporsi.pdf>, s:25, 02.02.2006) Ar- Ge faaliyetleri sonucu 2001 yılında dünya pazarına verilen yeni moleküler buluşlar (kimyasal veya biyolojik) tabloda gösterilmiştir.

<u>Ülke</u>	<u>Adet</u>
Avrupa	13
ABD	16
Japonya	5
<u>Diğer</u>	<u>2</u>
Toplam	36

(Türkiye’de ilaç 2002, s: 24)

Avrupa dünya ilaç üretiminde %40’lık bir payla, ABD ve Japonya’nın önünde (www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 8, 09.04.2006) olmasına karşın Araştırma geliştirme açısından ABD önde gelmektedir. 1990’a kadar AB araştırma geliştirme ve yeni ürün üretebilmede (innovasyon) dünya lideri iken 1997 de ABD’nin bu konudaki yatırımlarının miktarını AB ülkelerinininkinden giderek daha fazlalaştırması, onu öne geçirmiştir.1990-2001 yıllarında ABD de araştırma geliştirme yatırımı 5 kat artmış buna karşılık AB de 2.4 kat artmıştır. (<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/raporsi.pdf>, s:25, 02.02.2006) Yukarıda 2001 yılında gerçekleşen ve dünya pazarına

verilen yeni buluşların yer aldığı tabloda da ABD'nin önderliği görülmektedir. ABD deki bu araştırma geliştirme yatırımı pazar paylarına da yansımış, en çok satılan On ürünün Sekizi ABD firmaları tarafından keşfedilmiş ürünler olmuştur. (<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK-8.pdf>, s: 1, 02.02.2006)

1.5.3.Dış Ticaret

Bir firmanın pazar payının büyüklüğünü etkileyen faktörlerin içinde yer alan ar-ge çalışmalarının önemi, ilaç sektöründe çok daha yüksek olmaktadır. Bu çalışmaların sonucu, firmaların, dolayısıyla ait oldukları ülkelerin üretimine ve ihracatına artış olarak yansımaktadır. Buna bağlı olarak, yüksek teknolojiye sahip olan AB ülkeleri ABD ve Japonya dünya ilaç üretiminde olduğu gibi ihracat ve ithalatında da önde gelen ülkeler olmaktadır. Bu ülkeler genelde ilaç ithalatını birbirlerinden yapmakla beraber , gelişmekte olan ülkelere yaptıkları ithalat düşük miktarlarda olmaktadır. (www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 8, 09.04.2006). Böylelikle bu durumun gelişmiş ülkeler için bir döngü yarattığı söylenebilir. Bu döngüde Ar-ge ile oluşan pazar payı sonucu sağlanan ekonomik artış, yine ar-ge çalışmalarına yönlendirilebilmektedir.

Tablo 1.5 Dünya İlaç İhracatı. (Değer:1000 Dolar)

Ülkeler	2001	2002	2003
ABD	6 339 196	6 939 857	8 056 545
Almanya	4 522 054	4 811 457	7 093 516
İsviçre	4 863 419	6 062 336	6 976 822
Belçika	2 463 777	3 243 301	4 147 027
Fransa	2 042 474	2 362 453	2 897 535
İngiltere	1 904 101	2 195 682	2 620 263
Çin	1 673 797	2 020 471	2 516 463
Hollanda	1 327 570	1 555 543	2 236 845
İrlanda	1 295 981	1 919 554	2 080 720
İtalya	1 485 886	1 476 570	1 931 178
Danimarka	870 025	1 050 751	1 452 335
Avusturya	674 083	899 245	1 144 720
İspanya	718 531	874 335	1 030 125
Japonya	1 003 852	1 094 509	1 029 821

Singapur	680 107	624 625	586 733
Hindistan	368 828	469 812	537 073
İsveç	262 548	354 641	476 088
Kanada	357 202	335 311	457 509
Meksika	359 976	340 460	366 943
Dünya Toplamı	34 220 246	40 364 102	49 785 053

Kaynak: www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 9, 09.04.2006.

Yenilikçi ilaç araştırma ve geliştirmeye dayalı çok gelişmiş ilaç endüstrisine sahip ülkeler gurubunda olan Almanya, İsviçre, ABD, İngiltere ve Fransa 2001,2002 ve 2003 yıllarında dünya ilaç ihracatının yarıdan fazlasını gerçekleştirmişlerdir.

Tablo 1.6 Dünya İlaç İthalatı (Değer:1000 Dolar)

Ülkeler	2001	2002	2003
ABD	5 449 784	6 287 490	7 925 747
Almanya	4 127 631	4 812 368	6 512 976
Fransa	3 189 113	3 744 363	4 110 189
İsviçre	2 762 342	2 966 035	3 430 764
İtalya	2 135 195	2 701 731	3 356 654
Belçika	1 781 261	2 287 850	2 918 009
İngiltere	1 575 923	1 831 251	2 270 504
Japonya	2 108 846	2 245 772	2 219 381
Hollanda	1 144 260	1 256 831	1 927 306
İspanya	1 056 999	1 318 920	1 633 592
Kanada	993 756	1 062 915	1 257 433
Avusturya	697 502	870 549	1 019 135
Brezilya	851 049	870 514	834 542
Meksika	648 273	695 967	759 608
Avustralya	510 933	510 534	729 752
Türkiye	460 597	511 619	626 875
İrlanda	387 134	490 900	583 018
Kore Cum.	475 713	542 410	550 044
Hindistan	326 742	431 533	498 658
Çin	345 931	471 729	497 804

Dünya Toplamı 35 457 123 41 964 549 50 698 229

Kaynak: www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 9-10 , 09.04.2006.

AB ülkelerinin kendi aralarında yapmış oldukları ithalat toplam dünya ithalatının % 83'ünü oluşturmakla beraber (www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 8, 09.04.2006) AB farmasötik ithalatı büyük bir yoğunlukla İsviçre ve ABD'den olmaktadır ve bu durum 1989 yılından beri değişmemiştir.(<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK-7.pdf>, s:5, 30.01.06). Avrupa ülkeleri ayrıca ithal ettiğinden 4 kat fazla ihracat yapmaktadır. (www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 8, 09.04.2006)

AB ülkelerinin kendi aralarındaki ithalatı'nın toplam dünya ithalatının % 83'ünü oluşturması ile AB ülkeleri böylelikle Ar-Ge açısından hem kendileri ile rekabet etmekte hem de her türlü gelişmeden karşılıklı olarak yararlanmaktadır. Ekonomik açıdan bakıldığında ise ülkelerin ithalat için ödedikleri para AB içinde kalmaktadır.

1.5.4. İstihdam

İlaç üretiminde Avrupa'nın dünyanın en büyük üretim merkezi olması aynı zamanda bu sektörde çalışanların sayısının toplam istihdamdan aldığı payın büyük olmasına etken olmuştur.

Tablo 1.7 Çeşitli Ülkelerde İstihdam 2002

Ülke	Kişi Sayısı
Almanya	114.959
Avusturya	9.200
Belçika	24.137
Danimarka	15.131
Finlandiya	6.810
Fransa	96.300
Hollanda	15.100
İngiltere	69.000
İrlanda	18.000
İspanya	38.950
İsveç	19.100
İsviçre	26.100
İtalya	78.770

Norveç	4.447
Portekiz	10.484
Yunanistan	11.500
Türkiye	20.840

Kaynak : Türkiye’de İlaç, 2003, s:9

Yukarıdaki tabloya göre Avrupa ülkeleri arasında en fazla çalışan sayısı Almanya, Fransa ve İtalya olduğu anlaşılmaktadır. Almanya’nın Avrupa ilaç endüstrisi çalışanları içindeki payı % 20, Fransa’nın % 17, İtalya’nın % 14 olup Türkiye’nin Avrupa ilaç endüstrisi toplam çalışanları içindeki payı ise %4’ dür.

1.6. Türk İlaç Sanayi

Tarihi süreç içerisinde gelişme imkanı bulan Türk İlaç endüstrisi, bu gün yurt içi ihtiyacın büyük bir bölümünü yurt içi üretimle karşılayabilecek konuma gelmiş,(İeis, 2003 Faaliyet Raporu, s:14) çoğunluğu yüksek eğitilmiş personele ve modern tesislere sahip olmakla beraber, yıllara göre hammadde üretimindeki azalış (Tablo 1.13) ile birlikte buna paralel olarak gelişen ithalatındaki artış (Tablo 1.18) endüstrinin rekabet gücünü azaltıcı etki yapmaktadır.

Nihai mamül açısından bakıldığında ise; ithalat ihracatla karşılaştırıldığında ilaç ithalatının lehinde gerçekleşen (Tablo 1.20) büyük farklılıklar dikkati çekmektedir.

Gerek hammadde gerekse mamül ilaç konusunda yaşanan, rekabeti azaltıcı bu durumlar ilacın ülkemizde rasyonel kullanımının gerekliliğini ve önemini ortaya koymaktadır.

1.6.1. Tüketim

Dünyada ilaç tüketimini etkileyen faktörler arasında nüfus artışı, ülkenin sosyo ekonomik gelişmişlik düzeyi, kültür düzeyi, ilaç fiyatları, ilaca erişimin kolaylığı, geri ödeme sistemi, ilaç teknolojisindeki gelişmeler ve ülkenin sağlık sisteminin yapısı gibi faktörler yer almaktadır. Türkiye’de her yıl ortalama % 2 oranında artan nüfusa paralel olarak ilaç tüketiminde de artış kaydedilmektedir. (<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK-6.pdf>, s:5, 02.02.2006)

Tablo 1.8 Yıllar İtibari İle Kişi Başına İlaç Tüketimi

Yıllar	Dolar(\$)
1999	39
2000	40
2001	38
2002	45
2003	60
2004	79
2005	92

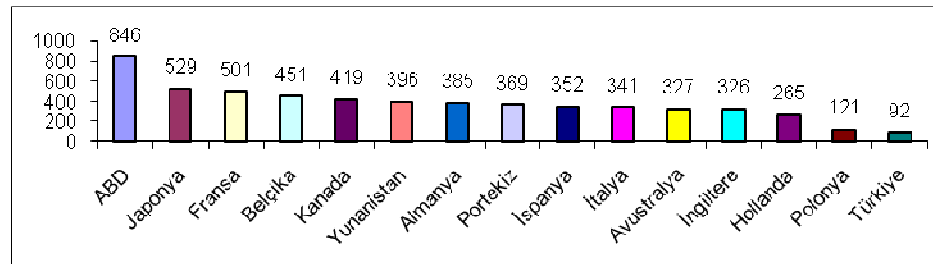
Kaynak : Kaynaklardan düzenlenmiştir.

www.istabip.org.tr/gundem/194.html, 05.05.2006.

İeis, 2005 Faaliyet Raporu, s: 8

Kişi başına ilaç tüketimi 2000 yılında bir önceki yıla göre % 2'lik bir artış, 2001 %5'lik bir azalış, 2002 de %18'lik artış göstermiş olup, bu artış seyri , 2003 (%33), 2004(%32) ve 2005(%16) şeklinde olmuştur. Ayrıca genel olarak ilaç pazarındaki artışlar 2005 yılında dolar kurunun düşüş kaydetmesinden kaynaklanan, nominal artışlar olarak devam etmiş olmakla birlikte, 2005 yılında SSK hastaları ile yeşil kartlı hastaların ilaca erişimlerinin yarattığı talep artışı ile birlikte genişleyen ürün yelpazesinin ilaç satışlarını arttırması, 2005 yılı fiyat karnamesi ve geri ödeme kurumları ile yapılan protokol çerçevesindeki indirimler sonunda oluşan fiyat düşüşünü telafi edecek konuma getirmiştir.(www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12, 13.04.2006)

Şekil1.1 Kişi Başına İlaç Tüketimi (\$) 2005

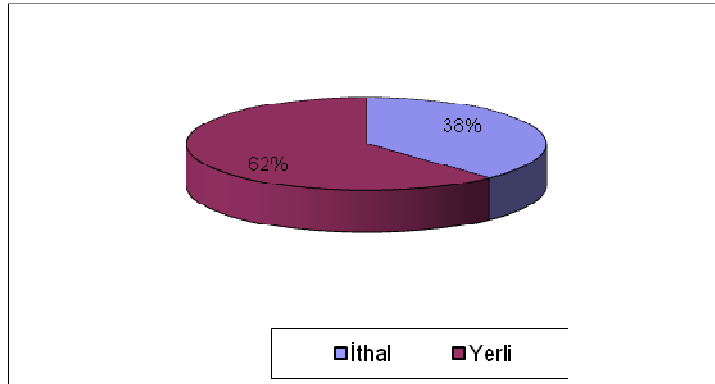


Kaynak:www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12, 13.04.2006.

Ülkemizde kişi başına ilaç tüketiminin diğer ülkelere nazaran oldukça düşük olmasının yanı sıra hekim sayısının da nüfusa göre yeterli olmaması, ülke genelinde

hekim dağılımının dengesiz oluşu ve her bölgede gerekli sağlık altyapısının mevcut olmayışı ülkemizdeki ilaç tüketiminin akılcı biçimde yapılmasını da olumsuz yönde etkilemekte ve bu durum ülke ekonomisine olumsuz yönde yansımaktadır.

Şekil 1.2 Pazardaki ilaç Dağılımı 2005



Kaynak: www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12, 13.04.2006.

2005 yılında Türkiye ilaç pazarında, tüm sunuş biçimleriyle (tablet, ampul, şurup v.b.) 5.338 adet ilaç mevcuttur. Bu ilaçların yüzde 38'ini ithal ilaçlar, yüzde 62'sini Türkiye'de üretilen ilaçlar oluşturmaktadır.

İthal ilaçların % 68 'i orijinal, % 32'si eşdeğer(Jenerik) ilaçtır. Yerli ilaçların % 29'u orijinal, %71'i eşdeğer (Jenerik) ilaçlardır.

2005 yılı ilaç pazarında 1,21 milyar kutu ilaç satışı gerçekleşmiş olup, İlaç pazarı kutu bazında detaylı olarak incelendiğinde jenerik ilaçlar pazarın % 56' sını, orijinal ilaçlar % 44 ünü oluşturmaktadır. Jenerik ilaçların %93,8'i yerli ilaç, %6,2'si ithal ilaç olarak; orijinal ilaçların % 77'si yerli ilaç, %23'ü ithal ilaç olarak gerçekleşmiştir.

Tutar olarak dağılımda ise; şöyle bir pay dağılımı karşımıza çıkmaktadır. Jenerik ilaçlar % 38' lik bir paya, orijinal ilaçlar ise % 62'lik bir paya sahiptir. Jenerik ilaçların % 86'sı yerli ilaçlardan , % 14'ü ithal ilaçlardan ; orijinal ilaçların % 39'u yerli, % 61'i ithal ilaçlardan oluşmaktadır. (İeis, 2005 Faaliyet Raporu, s: 8)

Tablo 1.9 Tedavi Gruplarına Göre İlaç Tüketim Oranları 2005

Tedavi Grupları	Pazar Payı %	
	1995	2005
Antibiyotik	22,9	17,8
Romatizma İlaçları	7,8	12,4
Ağrı Kesici İlaçlar	14,5	9,5
Soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları	8,0	8,5
Kalp ve damar hastalıkları ilaçları	3,9	7,3
Vitamin, mineral ve kan yapıcı ilaçlar	7,0	6,1
Sindirim sistemi ilaçları	4,7	5,2
Deri hastalıkları ilaçları	3,5	4,9
Kulak, burun, boğaz ve göz ilaçları	4,1	4,3
Hormonlar	4,1	4,0
Sinir sistemi ilaçları	2,5	3,4
Diğer	15,2	16,7

Kaynak: www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12, 13.04.2006.

İlaç kullanım oranları ülkeden ülkeye değişiklik göstermekle ve çeşitli faktörlerden etkilenmekle birlikte tedavi gruplarına göre ilaç tüketiminde yukarıdaki tabloya bakıldığında Türkiye’de ilk üç sırada antibiyotikler, romatizma ilaçları ve ağrı kesiciler yer almaktadır. Ayrıca, 1995 ile 2005 yılı kıyaslandığında antibiyotik, ağrı kesici, vitamin, mineral ve kan yapıcı ilaçlar, hormon ilaçlarında

düşüş yaşanmakla birlikte romatizma, soğuk algınlığı, öksürük, kalp ve damar hastalıkları, sindirim sistemi, deri hastalıkları, kulak, burun boğaz ve göz ilaçları sinir sistemi ilaçlarında yükselme görülmektedir.

Tablo1.10 Değer Olarak Toplam Satışta İlk 20 Kuruluşun Payı

Yıllar	%
1998	75.5
1999	75.3
2000	72.3
2001	73.2
2002	74.3

Kaynak: Türkiye’de İlaç, 2003, s:7

Türkiye’de ilaç sektöründe kuruluş sayısının çokluğu ve kuruluşların pazar payları yoğun rekabet ortamı oluşturmaktadır. (Türkiye’de İlaç, 2003, s:7)

1.6.2.Üretim

2003 yılı itibariyle ilaç sektöründe 134 kuruluş faaliyet göstermekte olup; 36 tanesi yabancı sermayeli firmadır.

Tablo1.11 2003 İtibariyle Kuruluş Sayıları

İlaç Üretim Yeri	84
İthalatçı	38
Hammadde Üretim Yeri	12

(İeis, 2003 Faaliyet Raporu, s: 15)

İlaç Sektöründe coğrafi dağılım incelenecek olursa; alt yapının daha uygun oluşu, ambalaj malzemeleri ve teknik personelin teminindeki kolaylıklar, ulaşım ve iletişim imkanları, sağlık kuruluşlarının Marmara Bölgesi’nde yoğunlaşması gibi faktörler sanayinin büyük bir bölümünün İstanbul, Kocaeli, Tekirdağ illerinde yerleşmesine yol açmıştır.(DPT İlaç Sanayii ÖİKR, 2001, s:7)

Tablo 1.12 Türkiye’de İlaç Üretimi

Yıllar	Miktar (milyon kutu)	Değer (milyon ABD Doları)
1995	811	1 425
1996	841	1 461
1997	885	1 729
1998	923	1 819
1999	1 005	1 932
2000	1 094	2 029
2001	952	1 932
2002	969	2 262
2003	1 130	3 100

Kaynak : www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 3, 09.04.2006.

2002 yılında yaklaşık 2.3 milyon dolar ilaç üretimi, 2003 yılında % 27 oranında artarak 3.1 milyon dolara ulaşmıştır.

Türk ilaç sanayi pek çok lisans anlaşması çerçevesinde de olsa önemli miktar ve çeşitlilikle üretim ve ihracat imkanına sahip ve katma değeri yüksek olan sektörlerden biridir. (www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 2, 09.04.2006)

Türk İlaç sanayiinde yeni ilaç araştırması yapılamamakla birlikte 1984yılında yürürlüğe giren İyi Üretim Uygulamaları’nın (GMP- Good Manufacturing Practices) gerektirdiği tüm koşullara sahip bulunmaktadır. Bu bağlamda, bazı çok özel üretim teknolojileri gerektiren ve yurt içinde üretimi ekonomik olmayan ürünler dışında tüm ürünleri üretebilecek teknoloji mevcuttur. Klasik farmasötik şekillerin tümünü üretebilecek ve kontrol edebilecek modern sistem ve ekipmana sahip bulunmaktadır.

1.6.2.1.Türkiye’de İlaç Hammaddeleri Üretimi

Tablo 1.13 Türkiye’de İlaç Hammaddeleri Üretimi

Yıllar	Miktar (Ton)
1995	12 646
1996	11 083
1997	8 860
1998	7 076

1999	5 552
2000	4 980
2001	4 380
2002	3 909
2003	3 324

Kaynak: www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 3, 09.04.2006.

Hammadde üretiminin yıllar itibari ile sürekli düşüş eğiliminde olduğu görülmektedir. 2003 yılında bir önceki yıla göre yaklaşık olarak % 15 oranında azalarak 3.324 ton olmuştur. Yeni ve katma değeri yüksek maddelere yönelmesi, teşviklerin kaldırılması ve bazı maddelerde dış pazar fiyatlarıyla rekabet edilememesi sonucunda, söz konusu maddelerin ihracatlarının düşmesi sektör uzmanları tarafından ilaç hammaddesi üretiminde yaşanan düşüşün nedenleri olarak gösterilmektedir. (www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 3, 09.04.2006)

1.6.3.İstihdam

İlaç sektöründe üretimin yüksek kalitede olması zorunluluğu ve buna bağı olarak üretimin ileri teknoloji ile gerçekleşmesi sektördeki istihdamında eğitimli personel olması gerekliliğini kaçınılmaz kılmaktadır.

Tablo 1.14 Son 10 yılda İstihdam

Yıllar	Kişi Sayısı
1994	12.843
1995	12.634
1996	14.156
1997	15.146
1998	16.823
1999	17.440
2000	19.307
2001	20.840
2002	21.549
2003	23.175

Kaynak:www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=217&menuk=12, 13.04.2006.

1994 – 2003 yılları arasında ilaç sektöründe çalışan kişi sayısında 1995 yılında 1994'e göre az bir düşüş olmasına rağmen 1995 ve 2003 yılları arasında sürekli artış göstermiştir.

Tablo 1.15 İlaç Endüstrisinde İstihdam 2003

Toplam İstihdam	23.175
Yüksek Öğrenimli Personel	11.884
Eczacı	514
Kimya Mühendisi	910
Kimyager	853
Doktor	347
Biyolog	1.113
Diğer	8.120

Kaynak:www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=217&menuk=12, 13.04.2006.

2003 yılı ilaç endüstrisinde istihdam tablosu incelendiğinde 2002 ye göre personel sayısında artış görülmekle beraber yüksek öğrenimli personel sayısının % 51,3 olduğu görülmektedir.

1.6.4.Dış Ticaret

Türk ilaç sanayi teknolojik altyapı, kalite açısından dünya standartlarına ulaşmış ve canlı bir iç pazara sahip olduğu görülmektedir. Ancak, yeni teknolojiler ve AR-GE yatırımları yeni ürün keşif çalışmaları konularında ciddi sıkıntılar yaşanmaktadır. Ayrıca; hammadde konusunda yerli üretimin azalması, buna bağlı olarak hammadde ithalatının giderek artması, sektörün rekabet edebilme şansını azaltmaktadır. (www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 8, 09.04.2006)

Tablo 1.16 İlaç Endüstrisinde Son Yıllarda Gerçekleşen İhracat
(1999-2004 Yılları Arası) (Milyon \$)

Yıllar	Hammadde	Mamul İlaç	Toplam
1999	67	61	128
2000	69	71	140
2001	72	77	149

2002	78	79	157
2003	77	169	246
2004	67	181	248

Kaynak:www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=225&menuk=12, 13.04.2006.

2002 yılında ilaç endüstrisinde gerçekleştirilen ihracatın %51'i mamul, % 49'u ise hammadde ihracatına aittir. 2003 yılında ilaç endüstrisinde gerçekleştirilen mamul ilaç ihracatı ise toplam ilaç ihracatından % 69 pay almış, aynı yıl hammadde ihracatı ise toplam ihracatın % 31'i olmuştur. 2004 yılında ise mamul ihracatı toplam ilaç ihracatının % 73'ünü, hammadde ihracatı ise % 27 sini oluşturmaktadır. Oranlara dikkat edilirse 2002,2003 ve 2004 yıllarında ilaç endüstrisinde gerçekleştirilen ihracat rakamlarında, mamul ihracat oranının artış eğiliminde, hammadde ihracat oranının ise azalış eğiliminde olduğu görülmektedir.

Tablo 1.17. Türkiye'nin Ülkelere Göre İlaç İhracatı

(Değer: 1000 DOLAR)

Ülkeler	2002	2003	2004
İspanya	19 546	30 100	57 499
Almanya	20 206	27 641	49 064
ABD	14 499	29 125	27 560
Belçika	11 507	9 504	16 952
Cezayir	4 699	13 708	14 926
KKTC	7 060	9 909	14 502
İsveç	13 052	24 808	14 004
İngiltere	8 465	4 645	10 018
Romanya	4 255	4 345	5 726
Azerbaycan	4 948	5 130	4 748
Kazakistan	2 422	3 516	4 582
İran	1 477	2 963	3 288
Finlandiya	2 836	3 574	3 155
Hollanda	1 631	564	2 809
Makedonya	202	535	2 577
Hindistan	263	97	2 486

Suudi Arabistan	1 263	2 638	2 386
Afganistan	1	1 014	2 231
Danimarka	219	359	2 178
DışTicaretToplamı	163 987	219 638	289 240

Kaynak : www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 5, 09.04.2006.

Son yıllarda ilaç üretiminde merkez konumunda olan AB ülkeleri ve ABD gibi ülkelerin de aralarında bulunduğu, yüzden fazla ülkeye ihracat yapılmaktadır. (www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s: 4, 09.04.2006) Tablo 1.17 deki verilere göre 2004 yılında en fazla ihracat yapılan ilk sekiz ülke sırasıyla İspanya, Almanya, ABD, Belçika, Cezayir, KKTC, İsveç, İngiltere olarak görülmektedir.

Tablo 1.18. İlaç Endüstrisinde Son Yıllarda Gerçekleşen İthalat
(1999-2004 Yılları Arası) (Milyon \$)

Yıllar	Hammadde	Mamul İlaç	Toplam
1999	784	552	1.336
2000	828	683	1.511
2001	836	698	1.534
2002	874	842	1.716
2003	1.236	1.183	2.419
2004	1.380	1.330	2.710

Kaynak;www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=225&menuk=12, 13.04.2006.

2002 yılında ilaç endüstrisinde gerçekleştirilen ithalatın % 51'i hammadde ithalatına ait olup, 2003 ve 2004 yıllarında da bu oran değişmemektedir.

Tablo1.19. Türkiye'nin Ülkelere Göre İlaç İthalatı (Değer:1000 Dolar)

Ülkeler	2001	2002	2003
Almanya	244 531	360 684	517 429
İngiltere	227 891	285 462	372 833
Fransa	166 127	288 394	342 681
İsviçre	171 279	238 091	331 606
ABD	188 329	227 836	297 385
İtalya	127 882	175 787	250 012

İsveç	56 496	87 262	136 897
İrlanda	78 713	96 067	119 299
Danimarka	57 396	90692	89 998
Avusturya	46 279	67 843	80 177
İspanya	37 447	62 080	79 920
Hindistan	39 101	53 316	62 978
Hollanda	33 240	36 112	61 694
Japonya	41 320	42 129	59 992
Belçika	33 774	44 647	58 985
Çin	13 579	22 494	32 589
Avustralya	32 109	26 985	31 679
Kanada	4 049	7 853	21 894
İsrail	9 113	11 054	15 427
Toplam İthalat	1729 937	2 316 261	3 055 165

Kaynak: www.igeme.org.tr----- ürün/pazar araştırmaları ----- sektör raporları ----- ilaç sanayi, s:7, 09.04.2006.

2003 yılı verilerine göre en fazla ithalat yapılan ilk sekiz ülke sırasıyla Almanya, İngiltere, Fransa, İsviçre, ABD, İtalya, İsveç, İrlanda olduğu görölmektedir. Ülkemizde pek çok tedavi grubundan ilaç ithalatı olmakla beraber ağırlıklı olarak, çok yeni ve yüksek teknoloji gerektiren preparatlar, bazı aşular, kan faktörleri, bazı kontrollü salım sistemine sahip olan ilaçlar, insülin ve kanser ilaçları ithal edilmektedir.(www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=225&menuk=12, 13.04.2006)

Tablo 1.20. İhracatın İthalatı Karşılama Oranı

Yıllar	İhracat (Milyon\$)	İthalat (Milyon\$)	İhracatın İthalatı Karşılama Oranı (%)
1998	129	1.181	10.9
1999	128	1.337	9.6
2000	140	1.511	9.3
2001	149	1.534	9.7
2002	157	1.716	9.2
2003	246	2.419	10.1

2004	248	2.710	9.1
------	-----	-------	-----

Kaynak: Kaynaklardan Düzenlenmiştir.

Türkiye’de İlaç 2003 s:22

www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=225&menuk=12,
13.04.2006.

İhracatın ithalatı karşılama oranı 1998-2004 yılları arasında en yüksek 10.9’luk oranla 1998 yılında gerçekleşmiştir. Dış ticaret dengesinde artı olan ülkeler, çoğunlukla ilaç araştırmalarının yapıldığı, ilaç sektörüne öncelik tanıyarak ihracatı önemli bir boyuta getirmiş olan ülkelerdir. (Türkiye’de İlaç 2003 s: 22)

1.6.5.İlaç Endüstrisinde Yatırımlar

Türkiye İlaç Endüstrisi 1984 yılında uygulamaya giren yasal düzenlemeler ve getirilen teşvikler sayesinde yatırımlarında önemli atılımlar yaparak 2003 sonuna kadar toplam 1.1 milyar dolar tutarında yatırım gerçekleştirmiştir. Yapılan yatırımlar, ağırlıklı olarak ilaç üretiminde teknolojiye uyum sağlama yatırımları olarak gerçekleşmiştir.(www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=230&menuk=12, 13.04.2006)

Tablo 1.21. 1999-2003 Yılları Arası Yapılan Yatırımlar.

Yıllar	Yatırımlar (milyon \$)
1999	65,8
2000	68,6
2001	76,9
2002	81,7
2003	84,8

Kaynak:www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=230&menuk=12,
13.04.2006.

Tablo1.22. Çeşitli Ülkelerde Ar-Ge Yatırım Harcamaları 2003

	Milyon \$
İngiltere	5.298
Fransa	4.525
Almanya	4.321
İsviçre	2.598
Belçika	1.536

İsveç	1.165
Danimarka	921
İtalya	919
İspanya	690
Hollanda	515
Finlandiya	257

Kaynak:www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=230&menuk=12,

13.04.2006.

İlaç Endüstrisinde araştırma faaliyetleri uzun, masraflı ve riskli bir süreç olduğundan, uzmanlaşmış personel ve teknolojik donanım gerektirdiğinden ve Türkiyede bu konuda kamu ve özel sektöre yönelik yeterli teşviğin sağlanamaması gibi nedenlerle temel araştırma yapılamamakta, ancak formül geliştirme ve adaptasyon çalışmalarına kaynak ayrılabilir.

(www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=230&menuk=12,13.04.2006)

1.6.6.Ruhsatlandırma

Türkiye’de ruhsatlandırma işlemleri 19.01.2005 tarihli 25705 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Beşeri ve Tıbbi Ürünler Ruhsatlandırma Yönetmeliğinde yer alan hükümlere göre yapılmaktadır. Bu yönetmeliğe göre ruhsatlandırma; bir ürünün pazara sunulabilmesi için Bakanlıkça yapılan inceleme ve onay işlemleri , ruhsat ise; bir ürünün belirli bir formül ile belirli bir farmasotik form ve dozda, kabul edilen ürün bilgilerine uygun olarak üretilip pazara sunulabileceğini gösteren ve Bakanlıkça düzenlenen belge olup; Bakanlık tarafından ruhsatlandırılarak satış izni verilmeyen hiçbir tıbbi ürün pazara sunulmamaktadır. Beşeri tıbbi ürün için ruhsat almak üzere Bakanlığa sunulan başvuru dosyasının, başvurunun niteliğine göre sunulması gereken bilgi ve belgeler açısından eksiksiz ve tam bir başvuru olup olmadığı hususu Bakanlık tarafından ön incelemeye tabi tutularak değerlendirilir ve bu değerlendirme başvuru dosyasının Bakanlığa ulaşmasından itibaren Otuz gün içerisinde yapılarak durum başvuru sahibine bildirilir. Bakanlık, ön incelemesi tamamlanmış eksiksiz bir ruhsat başvurusunu, ruhsatlandırma koşullarının yerine getirilip getirilmediğini inceleyerek, bu başvurunun kabul edilmesini takiben ikiyüzon gün içerisinde; ürünle ilgili öngörülen kullanım şartlarındaki etkinliğinin kanıtlanmış olması, güvenilirliğinin kanıtlanmış

olması, mevcut tedavilere katkısının olması, uygun teknik ve farmasötik özelliklere sahip olması kriterlerine göre inceleyerek sonuçlandırır.

Ruhsatlar beş yıl süre ile geçerli olmakla beraber, Bakanlıkça ruhsatlandırılan aynı formül ve farmasötik şekildeki ürün için aynı gerçek veya tüzel kişiye, farklı bir ticari isimle de olsa ikinci bir yerli veya ithal ruhsatı verilemez. Bakanlıkça ruhsat verilen ürünlerin isimleri, ruhsat sahibinin adı soyadı ve ruhsat numarası ile birlikte Resmi Gazete’de ilan edilir.

Ruhsat sahibi, ruhsatını aldığı beşeri tıbbi ürünü ilk kez pazara sunmadan önce, satışa sunulacak son şekliyle iki adet numuneyi satış izni almak üzere Bakanlığa sunar. Bakanlık, satış izni vereceği ürünün numunelerini, kullanma talimatının ambalaj ve etiket bilgilerinin doğruluğunu ve fiyatının uygunluğunu değerlendirir ve satışa izin verme konusunda karar verir. (Resmi Gazete 19.01.2005 Sayı:25705)

BÖLÜM 2

SAĞLIK HİZMETLERİ

Bireylerin ve toplumun sağlıklı olabilmeleri için hastalığın oluşmasını sağlayacak ortamlardaki faktörlerin yok edilmesi ve/veya denetlenmesi, hastalığın tedavi edilmesi amacı ile kendine has özellikleri olan çeşitli sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi gerekmektedir.

2.1.Sağlığın Tanımı

Sağlık kısaca, kişide hastalık halinin bulunmamasıdır, şeklinde tanımlanabilir. (Şin,1999,s:4)

Ancak bu tanım sağlığın ruhsal, toplumsal boyutunu kapsamayan bir tanımdır. Oysa kişi toplum içinde bir bedene sahip olarak yaşamakla beraber ruhen de toplumun sosyal, ekonomik ve kültürel yönlerinden etkilenmekte olduğundan Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) anayasasında sağlık yalnız hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir iyilik durumu olarak tanımlanmıştır. (Şin,1999,s:4-5)

2.2.Sağlık Hizmetlerinin Tanımı

5.1.1961 tarihli ve 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun, Sağlık hizmetleri kavramını şöyle tanımlamaktadır: Sağlık hizmetleri, insan sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin yok edilmesi ve toplumun bu faktörlerin tesirinden korunması, hastaların tedavi edilmesi, bedeni ve ruhi kabiliyet ve melekeleri azalmış olanların işe alıştırılması için yapılan tıbbi faaliyetlerdir. (Şakar,1999,s:10)

Sağlık hizmetleri, bireylerin ruhsal ve fiziksel sağlıklarını olumsuz yönde etkileyecek nedenlerin oluşmasını engellemeden başlayıp tedavinin son noktasına kadar süren hizmetleri kapsamakta olup, amaçları ise; hizmet ettikleri toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi, toplumdaki bireylerin sağlıklarının korunması, hastaların iyileştirilmesi, bireylerin sağlığının bozulmasına neden olabilecek hastalıkların yayılmasının önlenmesi ve tedbirlerin alınması, toplumda yaşayan bireylerin ömürlerinin uzatılması, biçiminde belirtilebilir.(Sarıhasanoğlu,2000,s:3-4)

2.3.Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Ekonomik ve sosyal alanda büyük etkilere sahip olan sağlık hizmetleri bir takım özelliklere sahiptir. Bu özellikler sağlık hizmetlerinin kamusal hizmetler olması,

belirsiz talebe sahip olması, ikame edilemez ve ertelenemez olması, sosyal amaca yönelik olması gibi özellikler olarak sayılabilir. Ayrıca bir diğer özelliği de talep edenin konu olan hizmet hakkındaki bilgi düzeyinin yetersiz olmasıdır.

2.3.1.Sağlık Hizmetlerinin Kamusal Hizmetler Olması : Sağlık hizmetleri temelde bireysel gibi görülmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin sınıflandırılmasında ortaya çıkan koruyucu, tedavi edici ve rehabilite edici sağlık hizmetlerinin etkileri bu hizmetlerin toplumsal hizmetler olduğunu göstermektedir. Kişiler hasta olsun ya da olmasın gerek bireye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri gerekse çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetlerinin yerine getirilmesi neticeleri açısından tüm toplumu etkilemektedir. Yine kişiye yönelik tedavi edici sağlık hizmetleri ile rehabilite edici sağlık hizmetleri hem bazı hastalıkların yayılmasını önleyerek toplum sağlığını koruma altına almakta hemde kişiyi hastalığı süresince içinde bulunduğu tüketici konumundan üretici konumuna geçirmeye hazır hale getirerek ekonomik kayıp engellenmeye çalışılmaktadır.

2.3.2.Sağlık Hizmetlerinin Belirsiz Talebe Sahip Olması : Sağlık hizmetlerinin bir diğer özelliği de talebin belirsizliğidir. Ne zaman? Ne kadar sürede? Hangi hizmetlerin talep edileceğini önceden tahmin etmek çok zor olmaktadır. Toplumda bulaşıcı hastalık meydana gelmesi, kişinin bir kazaya maruz kalması, ortaya aniden çıkan rahatsızlıklar gibi durumlar talepteki belirsizliği oluşturmakta, talebin belirsizliği arzı'da belirsiz kılmaktadır. Dolayısıyla, bu belirsizlik ortamı her iki tarafında ihtiyatlı olmasını gerektirmektedir. Bu amaçla sağlık sigortası sistemi geliştirilmiştir. (Şakar, 1999, s:15-16)

2.3.3.Sağlık Hizmetlerinin İkame Edilemez ve Ertelenemez Olması: Tüketiciler, ekonomik sebeplerden dolayı zaman zaman mal ikamesi yaparak ihtiyaçlarını gidermektedirler. Ancak konu sağlık hizmetleri olduğunda ihtiyacın nasıl giderilmesi gerekiyorsa o şekilde giderilmesi gerekmektedir.

Örneğin; beyin ameliyatı olması gereken bir hastaya bu ameliyatın maliyetinin ve zorluğunun yüksek olmasından dolayı başka bir ameliyat önerilemez.

Ayrıca; sağlık hizmetleri talebin ortaya çıkması ile birlikte giderilmesi gereken bir ihtiyaçtır. Zamanında giderilmeyen bir sağlık ihtiyacı kişinin ilerideki yaşamını etkilemekle beraber toplumu da ekonomik ve sağlık açısından etkileyebilmektedir.

2.3.4.Sağlık Hizmetlerinin Sosyal Amaca Yönelik Olması : Sağlık hizmetleri insan odaklı olması sebebiyle etkileri ve sonuçları açısından diğer hizmet sektörlerinden ayrılmış bulunmaktadır. Ayrıca, insan yaşamının devamı için gerekli

temel ihtiyaçlardan biri olmasından dolayı bu hizmetlerle ilgili toplumun çoğunda oluşan parayla ölçülemez anlayışı onun sosyal bir amaç taşımasına neden olmaktadır. Bu amaç doğrultusunda bu hizmetlerin sunumu sonucunda maliyet, fayda, kar gibi ekonomik kavramların yüklendiği anlamlar farklı olmaktadır. (Turan,2004,s:10)

2.3.5.Sağlık Hizmetleri Talep Edenin Konu Olan Hizmet Hakkındaki Bilgi

Düzeinin Yetersizliği: Genelde davranışsal olarak satın alma karar süreci içerisinde yer alan tüketicinin satın alacağı mamul veya hizmet için bilgi edinmesi gerektiğinde yeterli bilgiye sahip olabilmektedir. Ancak, Sağlık hizmeti satın almak isteyen bir tüketici yeterli bir bilgiye sahip olamamaktadır. Çünkü bu bilgiye uzman kişiler (Doktor, eczacı, v.b..) sahiptir ve onların kararları geçerli olmaktadır. Tüketici bu seçimde yeterli bilgiye sahip olmadığından, alacağı hizmet sonucu sağlayacağı faydayı da, kaliteyi de ölçememektedir. Bu hizmetlerin insan sağlığıyla ilgili olması, riskinde büyüklüğünü beraberinde getirmekle birlikte uzman bilgisinin gerekliliği sağlık hizmetlerinin üreticisi tarafından tekelleşmesine olanak sağlamaktadır. (Turan,2004, s:9)

2.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri genel olarak aşağıdaki şekilde sınıflandırılabilir.

- 1- Koruyucu Sağlık Hizmetleri
 - a- Çevreye ve topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri
 - b- Kişiyeye yönelik sağlık hizmetleri
- 2- Tedavi Edici Sağlık hizmetleri
 - a- Birinci basamak sağlık hizmetleri
 - b- İkinci basamak sağlık hizmetleri
 - c- Üçüncü basamak sağlık hizmetleri
- 3- Rehabilitasyon Edici sağlık hizmetleri

Adı geçen hizmetlerle ilgili bilgiler aşağıda verilmiştir.

2.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Bireyleri hastalıklardan korumak ve sağlığı geliştirmek için yapılan hizmetlerdir. (Turan, 2004, s:11)

Koruyucu sağlık hizmetleri çerçevesinde bireylerin ve toplumların sağlıklarını tehlikeye düşürebilecek nedenlere karşı önceden tedbir alınmaktadır. Böylelikle hem bireysel hem de toplumsal sağlık açısından bir adım önde olarak koruma sağlanabilmektedir. Ekonomik açıdan bakıldığında ise koruyucu önlemlerin

maliyetinin hastalığın ortaya çıkmasından sonraki, tedavi hizmetlerinin maliyetinden düşük olması ve ayrıca bireysel işgücü kaybının önlenmesi ile ekonomik kaybında önlenmesi koruyucu sağlık hizmetlerinin bir amacı olmaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri kişiye ve çevreye yönelik olarak iki grupta toplanmaktadır.

2.4.1.1. Çevreye ve Topluma Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri : Çevreye yönelik sağlık hizmetleri; pis su, lağım suları ve besin kontrolü, çöplerin yok edilmesi, hava kirliliğinin önlenmesi katı ve sıvı atıkların zararsız hale getirilmesi gibi hizmetleri kapsayan hastalık hali görülmezse dahi mutlaka yapılması gereken hizmetlerdir.

Çevreye yönelik sağlık hizmetleri içerdiği sağlık kelimesi bakımından hemen akıllarda, hekimlerin vereceği bir hizmetmiş gibi algılanmakta, oysa hekimlerin görevi sadece insan sağlığını korumak için çevremizde neyin bulunması ve neyin bulunmaması gerektiğini söylemekte, çevreye yönelik sağlık hizmetleri çerçevesinde alınacak önlemlerin işlerliğini hayata geçirmek ise ayrı uzmanlık dallarını gerektirmektedir.(www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/10.html, 21.04.2006) Buna göre Çevreye yönelik sağlık hizmetleri insanların sağlıklarını tehdit eden çevresel faktörlerin kontrol edilmesi ve/veya yok edilmesi için çevre mühendisleri, kimyagerler, veterinerler gibi uzmanlar tarafından yürütülen hizmetlerdir. (Şin, 1999, s:13)

2.4.1.2. Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri : Bireye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, aşılama yapmak sureti ile bağışıklama kazandırma, doğru ve dengeli beslenmeyi sağlama, periyodik muayene yaparak hastalığın erken tanısı, kişilere hijyen ve sağlık eğitiminin verilmesini kapsamaktadır. (Turan, 2004, s: 12)

Çevreye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri hekim tarafından verilmemesi ve çevre sağlığı konuları ile ilgili uzmanlar tarafından yürütülmesine karşın, bireye yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri, bir hekimlik hizmetidir. Bu hekimlik hizmeti çerçevesinde koruyucu sağlık hizmetleri doktor, ebe, hemşire gibi meslek grupları tarafından yürütülmektedir. (www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/10.html, 21.04.2006)

Bu hizmetler zaman zaman aile hekiminin yaptığı gibi erken tanı koymak amacı ile hasta olmasalar dahi çocukların, gebelerin, yaşlıların ya da sevk gerektirmeyen hastaların periyodik muayenesi, tedavi edilmesi tek bir doktor tarafından gerçekleştirilebilmenin yanında uzman doktorlar tarafından da verilmektedir.

Örneğin; çocuk sağlığı hastalıkları uzmanının çocuğun sağlığı ve gelişimini izlemesi, doğumundan itibaren aşılama yapılması, takibi, anne babalara çocuk sağlığı ve bakımı hakkında bilgi verilmesi, kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından gebelik sürecinde oluşabilecek durumlara karşı hastanın takibi gibi konular koruyucu hizmetlerin hekim tarafından yürütülmesini oluşturmaktadır. (Şakar, 1999, s:17-18)

2.4.2.Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri : Hastalık ortaya çıktıktan sonra, hastaların muayene ve tedavisini içeren hizmetlere tedavi edici hizmetler ya da tıbbi bakım hizmetleri (medical care services) denir. (Şakar, 1999, s:18)

Tedavi edici sağlık hizmetleri , birinci basamak tedavi hizmetleri, ikinci basamak tedavi hizmetleri ve üçüncü basamak tedavi hizmetleri olmak üzere üç gruba ayrılmaktadır.

2.4.2.1. Birinci Basamak Tedavi Hizmetleri: Genellikle hastaların ikinci ve üçüncü basamak grubundaki kuruluşlara yönlendirilmeden önceki başvurdukları sağlık kuruluşları tarafından verilen hizmetlerdir. Diğer bir ifade ile hastaların ilk başvurduğu, hekim tarafından değerlendirildiği tedavi sevk gibi hizmetlerinin yanında ilk yardım sağlık hizmetleri, acil tedavi hizmetleri, sağlık kontrolü, ambulans hizmetleri, ayakta tanı ve tedavi hizmetleri, evde bakım hizmetleri ve izleme hizmetleri gibi hizmetleri içermektedir. (Turan,2004,s:12-13) Ülkemizdeki, Sağlık Ocakları, Muayenehaneler, Verem Savaş Dispanserleri, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri, Birinci Basamak Sağlık Hizmeti veren kuruluşların örnekleridir. (Durgut, 2000, s.:8)

2.4.2.2. İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri : Birinci basamak tedavi hizmetlerinden sevk sonucu gelen hastaların muayene ve tedavileri için uzman doktorlardan oluşan ve yataklı tedavi hizmetlerin verildiği kuruluşları içeren hizmetlerdir. (Turan,2004,s:13)

Ülkemizdeki tam teşekküllü devlet hastaneleri, SSK hastaneleri, özel hastaneler, yataklı sağlık merkezleri bu tür hizmet veren kuruluşların bazı örnekleridir. (Durgut,2000, s: 8)

2.4.2.3. Üçüncü Basamak Tedavi Hizmetleri : Hastalığın ileri teknoloji ve özel tedavi gerektirmesi durumunda verilen sağlık hizmetleridir. Bu tür büyük ölçüde uzmanlık gerektiren tedavi hizmetlerinin sunulduğu yerlere ruh ve sinir hastalıkları hastaneleri, kanser hastaneleri, meslek hastalıkları hastaneleri, üniversite hastaneleri örnek verilebilir. (Durgut,2000, s: 8)

2.4.3. Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri : Doğuştan var olan ya da sonradan hastalık, kaza gibi sebeplerle meydana gelen kalıcı bozukluklar ya da sakatlıklar sonucu bedeni ve ruhi kabiliyetlerini yitirmiş kişilerin bu durumlarının yaşamlarını etkilemesini önlemek veya etkiyi en aza indirmek amacıyla tıbbi ve sosyal rehabilitasyon olarak iki şekilde yapılan ve hedefi kişinin ruhsal ve bedensel yönden başkalarına olan bağımlılığını ortadan kaldırmak veya en aza indirmek sureti ile yaşama uyum sağlamasını gerçekleştirmek olan sağlık hizmetleridir. (Durgut,2000, s: 8)

2.5. T.C Sağlık Bakanlığı Ve Türk Sağlık Hizmetlerinin Sunum Yapısı

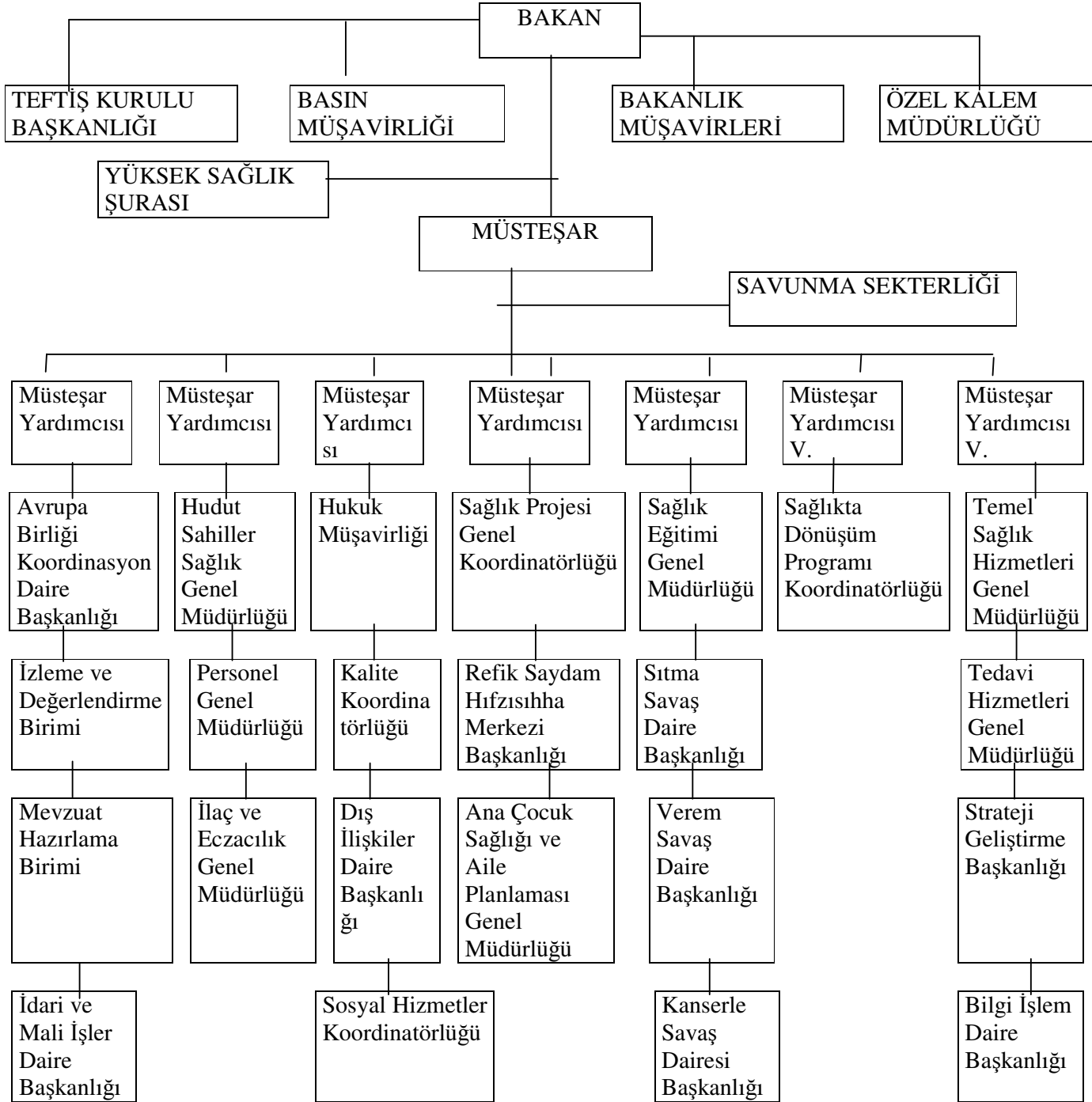
Ülkemizde Sağlık Bakanlığı, Cumhuriyet döneminde 02.05.1920 tarihinde üç sayılı Kanun ile “ Sıhhat ve İçtima-i Muavenet Vekaleti” adı altında Bakan, Müsteşar, Sağlık ve Sosyal Yardım İşleri Müdürlüğü ile birkaç müfettişten ibaret mütevazı bir kadro ile kurulmuştur.

Sağlık Bakanlığının Görevleri

- 1- Herkesin hayatını bedenlen, ruhen ve sosyal bakımdan tam iyilik hali içinde sürdürmesini sağlamak için fert ve toplum sağlığını korumak ve bu amaçla ülkeyi kapsayan plan ve programlar yapmak, uygulamak ve uygulatmak, her türlü tedbiri almak, gerekli teşkilatı kurmak ve kurdurtmak,
- 2- Bulaşıcı, salgın ve sosyal hastalıklarla savaşarak koruyucu, tedavi edici hekimlik ve rehabilitasyon hizmetlerini yapmak,
- 3- Ana ve çocuk sağlığının korunması ve aile planlaması hizmetlerini yapmak,
- 4- İlaç, uyuşturucu ve psikotrop maddelerin üretim ve tüketimini her safhada kontrol etmek ve denetlemek; farmasötik ve tıbbi madde ve müstahzar yerlerin, dağıtım yerlerinin açılış ve çalışmalarını esaslara bağlamak, denetlemek,
- 5- Gerekli aşı, serum, kan ürünleri ve ilaçların üretimini yapmak, yaptırmak ve gerekirse ithalini sağlamak,
- 6- Temel sorumluluk Sağlık Bakanlığı’na ait olmak üzere, Tarım Orman ve Köyişleri Bakanlığı ve mahalli idarelerle işbirliği suretiyle gıda maddelerinin ve bunları üreten yerlerin sağlık açısından kontrol hizmetlerini yürütmek,
- 7- Mahalli idareler ve ilgili diğer kuruluşlarla işbirliği suretiyle çevre sağlığını ilgilendiren gerekli tedbirleri almak ve aldirmek,
- 8- Bulaşıcı, salgın insan hastalıklarına karşı kara hudut kapıları, deniz ve hava limanlarında koruyucu sağlık tedbirlerini almak,

- 9- Kanser, Verem, Sıtma ile savaş hizmetlerini yürütmek ve bu alanda hizmet veren kurum ve kuruluşların çalışmalarının koordinasyonu ve denetimini sağlamak,
- 10- Bu görevlerin yerine getirilmesi için gerekli tesisleri kurmak ve işletmek, meslek personelini yetiştirmek,
- 11- Sağlık hizmetleri ile ilgili olarak uluslararası ve yurt içindeki kurum ve kuruluşlarla işbirliğinde bulunmak. (T.C Sağlık Bakanlığı Türkiye Sağlık Hizmetlerinde  Yıl Mayıs 1999-Mayıs 2002, s:3-4)

Şekil2.1 T.C. Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı



Kaynak: www.saglik.gov.tr/extras/teskilat/Merkezson.swf, 07.05.2006.

Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatının üst yapısında bakan ve bakana direk olarak bağlı teftiş kurulu başkanlığı, basın müşavirliği, bakanlık müşavirleri, özel kalem müdürlüğü, yüksek sağlık şurası, kendisine yedi müsteşar yardımcısı ve savunma sekreterliği bağlı olan bir müsteşar yer almaktadır. Müsteşar yardımcılara bağlı olarak ise çeşitli birimler, müdürlükler, daire başkanlıkları, koordinatörlükler ve hukuk müşavirliği bulunmakta olup bazılarının görevleri şunlardır:

Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü : Koruyucu sağlık hizmetlerini sağlamak, bulaşıcı hastalıklarla mücadele etmek ve aşılama yapmak, çevre sağlığı tedbirleri almak, gıda maddelerini denetlemek, serbest çalışan hekimleri denetleyip ücret tarifelerini tespit etmek başlıca görevleridir.

Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü: Yataklı tedavi kurumları ve bunlara bağlı sağlık kuruluşları açmak ve düzenlemek, kamusal veya özel yataklı tedavi kurumlarına açılış ruhsatı vermek ve ücret tarifelerini tespit etmek, kan merkezi ve istasyonları açmak başlıca görevleridir.

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü: İlaç imali, ithali ve piyasaya arz şekillerini izne bağlamak, ilaç üretim, dağıtım ve depolama üniteleri ile eczanelerin çalışma esaslarını tespit etmek ve denetimlerini yapmak başlıca görevleridir.

Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü: Sağlık personeli yetiştirmek üzere orta ve yüksek dereceli okulların açılmasını sağlamak, denetimlerini yapmak, eğitim standardizasyonunu temin etmek, halk sağlığı eğitimini yürütmek başlıca görevleridir.

Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü: Annenin ve çocuğun beden ve ruh sağlığının korunmasını sağlamak aile planlaması hizmetlerini planlayıp uygulamaya koymak başlıca görevleridir.

Sıtma Savaşı Dairesi Başkanlığı : Sıtma hastalığının önlenmesi hizmetlerini sağlamak başlıca görevidir.

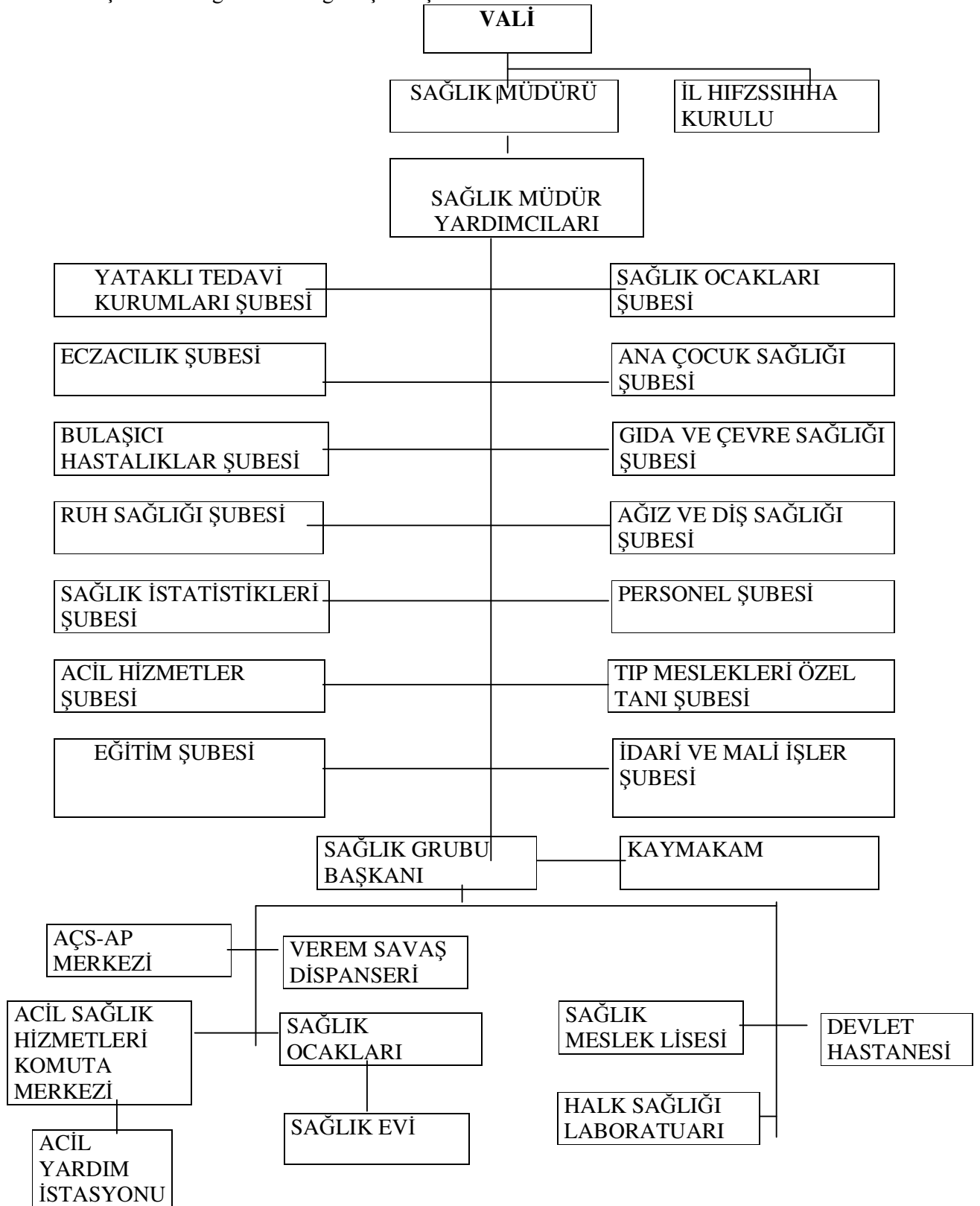
Verem Savaşı Dairesi Başkanlığı: Ülkemizde veremin yayılmasına karşı koruyucu tedbirler almak, hastaların kontrol ve tedavi altında bulunmalarını sağlamak ve bu konuda eğitim vermek başlıca görevleridir.

Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı : Kanserle ilgili istatistiki bilgileri toplamak, koruyucu ve tedavi edici hizmetleri tespit etmek ve denetlemek, halkın eğitimini sağlamak başlıca görevleridir.

Dış İlişkiler Dairesi Başkanlığı: Uluslararası kuruluşlar ile Sağlık Bakanlığı arasında yapılacak anlaşmaları ve çalışmalarını düzenlemek, konferans ve toplantılar tertip etmek başlıca görevleridir.

Avrupa Topluluğu Koordinasyon Dairesi Başkanlığı : Sağlık Bakanlığı'nın görev ve faaliyet alanına giren konularda Avrupa Topluluğu ile ilişkiler konusunda görevli Devlet Bakanlığı'nın koordinasyon çalışmalarına yardımcı olmak başlıca görevidir.(Şakar, 1999, s: 45-46)

Şekil.2.2 Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı



Kaynak: www.saglik.gov.tr/extras/teskilat/teskilat.htm# , 07.05.2006.

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatının yönetiminin en üstünde kendisine il hıfzısıhha kurulu ve sağlık müdürlüğünün direkt olarak bağlı olduğu vali yer almaktadır.

Sağlık Bakanlığı taşra teşkilatı, Şekil 2.2 de görüldüğü gibi illerde, Valiliklere bağlı olarak çalışan İl Sağlık Müdürlükleri ile ona bağlı sağlık kurumlarından, ilçelerde ise Kaymakamlığa bağlı olarak çalışan Sağlık Grup Başkanlıkları ile ona bağlı sağlık kuruluşlarından oluşmaktadır. (Turan,2004 s: 17)

İl Sağlık Müdürlüğü: Sağlık örgütünün il düzeyindeki idari yapısıdır. Bir ilin sağlık kuruluşu valinin yönetimi altında bir bütündür.

Sağlık Grup Başkanlığı : En az 50.000 nüfus için bir hastane ve gereği kadar sağlık ocağının oluşturduğu sağlık biriminin idari yapısıdır. İllerin coğrafi yapısına göre 150-200 bin nüfus için bir grup başkanlığı oluşturulabilir. Kabaca, sağlık örgütünün ilçe düzeyindeki idari yapısı olmaktadır. Nüfusa göre sağlık ocaklarının sayısı artar. Hastaneler 50,100,150,200 ve daha çok yataklı olabilir. Ayrıca, laboratuvar hizmetlerine yönelik kurumları da içerir.

Sağlık Ocakları: 5000-10000 arasındaki nüfusa hizmet veren sağlık birimidir. Sağlık ocağında, hekim, hemşire, ebe, sağlık memuru, tıbbi sekreter ve diğer yardımcı sağlık personeli görev yapmaktadır. Sağlık ocaklarının başlıca fonksiyonları; toplumda sık olarak görülen sağlık sorunlarından korunma ve bunların tedavisi, bağışıklama, ana ve çocuk sağlığı (AÇS) hizmetleri, aile planlaması (AP), halkın sağlık eğitimi, çevre sağlığı, hasta bakımı ve sağlıkla ilgili istatistiklerin toplanmasıdır.

Sağlık Evleri: Nüfusu 2500-3000 olan yerleşim birimlerinde, hizmet veren sağlık birimidir. Sağlık evlerinde bir ebe sağlık hizmeti sunmaktan sorumludur.(Şakar,1999,s:47)

Sağlık ocakları ve sağlık evleri temel sağlık hizmetlerinin topluma eşit olarak yayılmasını sağlamaktadır. (Turan, 2004 s: 17)

2.6. Sağlık Sektörü Arz Sistemi (Sağlık Hizmetlerinin Sunumu)

Sağlık sektöründe her türlü mal ve hizmet üreten ve bireysel veya kamusal tüketicilere arz eden birimlerden oluşur. Kamu finansmanı kaynaklı olan arz kuruluşlarına; Sağlık Bakanlığı, diğer bakanlık ve kuruluşlar, MSB, Üniversite, KİT'ler, Sosyal Hizmet ve Çocuk Esirgeme Kurumu, il ve ilçe özel idareleri, yerel yönetimler ve diğer birimlere bağlı sağlık kuruluşları örnek olarak verilebilir. Özel finansman kaynaklı hizmet arz kuruluşlarına ise; yerli ve yabancı özel teşebbüsler, SSK, yardım ve hayır kuruluşlarına (Kızılay, çeşitli dernekler, azınlıklar, cemaatlar,

ve vakıflara) bağlı sağlık kuruluşları örnek olarak verilebilir.(DPT, Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu 2001,s:116)

2.7. Sosyal Güvenlik Kuruluşları ve Diğer Kuruluşlar

Sosyal güvenlik, kişiyi toplumun sosyo-ekonomik yapısında ve ilişkilerinde ortaya çıkan çeşitli etkenlerin olumsuz etkilerine karşı korumak ve zaman sürecinde güvenliklerini sağlamak amacını güden bir kurum olarak ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizin sosyal güvenlik sistemi temelde T.C Emekli Sandığı, Sosyal Sigortalar Kurumu ve Bağ-Kur olarak üçe ayrılabilir. Kuruluşlara dayandırılmıştır.(DİE, 2004, s:132)

2.7.1. T.C. Emekli Sandığı (TCES)

Maliye bakanlığına bağlı olan emekli sandığı ; kamu kesiminde çalışan memurların ve askeri personelin emeklilik haklarını ve sağlık ödemelerini gerçekleştirmek amacı ile 08.06.1949 tarih ve 5434 Sayılı Kanunla kurulmuş, 01.01.1950 tarihinden itibaren çalışmalarına başlamıştır.(DİE, 2004, s:132; Serin,2001,s:114)

Emekli devlet memurlarının sağlık hizmetlerini karşılayan Emekli sandığı, aktif sigortalılardan sağlık primi adı altında prim kesmemekte, aktif devlet memurlarının sağlık yardımları bütçeden, emeklilerin sağlık yardımları ise Emekli sandığından karşılanmaktadır. Sağlık yardımlarına hak kazanma konusunda belli bir süre sigortalı olma veya prim ödemiş olma şartı aranmamaktadır(Serin,2001 s:115)

TCES, sağlık yardımı ve kapsamı

Sağlık yardımı; T.C Emekli Sandığından emekli veya malüllük aylığı alanların ve bunların bakmakla yükümlü oldukları aile fertleri ile dul ve yetim aylığı alanların hastalanmaları halinde muayene ve tedavilerinin sağlanmasıdır. (www.emekli.gov.tr/saglik_1.html, 11.05.2006)

Sağlık yardımları ; ilgili kişilerin hastane ameliyat ve tedavi, diş tedavi ve protez , gözlük cam ve çerçeve , vücut organ protez , kaplıca tedavi, işitme cihazı, ilaç , iyileştirici tıbbi cihaz ve malzeme bedelleri ile sağlık yoluğu giderlerini kapsamaktadır.(www.emekli.gov.tr/saglik_8.html, 11.05.2006)

Emekli Sandığı'nın kendine ait sağlık tesisleri ve personeli yoktur. Bu hizmeti, mensupları için resmi ve özel sağlık kuruluşlarından satın alır. (Şakar,1999, s:69)

2.7.2. Sosyal Sigortalar Kurumu

1945 yılında 4792 sayılı Kanunla "İşçi Sigortaları Kurumu" adıyla kurulmuş bulunan SSK, 1964 tarihli ve 506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu ile Sosyal

Sigortalar Kurumu adını almıştır. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı, mali ve idari bakımdan özerk ve tüzel kişiliği bulunan bir devlet kurumudur.

506 sayılı Sosyal Sigortalar Kanunu'na göre; sigortalılara sürekli iş göremezlik geliri, malüllük veya yaşlılık aylığı alanlar ile bunların eş, çocuk, ana ve babalarına, dul ve yetimlerine sağlık yardımları yapılmaktadır. Bunun yanı sıra ikili anlaşmalar gereğince dış ülkelerde bulunan Türk işçilerinin Türkiye'deki eş ve çocukları ile kendilerinin Türkiye'de buldukları sırada hastalanmaları halinde tedavileri SSK tarafından sağlanmaktadır. (Şakar,1999, s:54)

2.7.3. Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar Sosyal Sigortalar Kurumu (Bağ-Kur)

Bağ-Kur, esnaf, sanatkar ve bağımsız çalışanların devlet tarafından sosyal güvenliklerinin sağlanması amacıyla kurulmuş, bir kamu tüzel kişiliğidir. Bağ-Kur, 1971 yılında çıkarılan 1479 sayılı yasa uyarınca, 1972 yılında kurulmuştur. Mali ve idari bakımdan özerk bir yapıya sahip olan Bağ-Kur, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet göstermektedir.(Turan ,2004 s: 20)

Bağ-Kur'un kendisine ait sağlık tesisleri bulunmamaktadır. Sağlık hizmeti, Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı, Sosyal Sigortalar Kurumu, mahalli idareler, üniversiteler, kamu iktisadi teşebbüslerine ait sağlık tesisleri ile diğer sağlık tesislerinden satın alma yoluyla sağlanmaktadır. Sigortalılara bu hizmetler ihtiyaca göre, ayakta ve yataklı sağlık müesseselerinde sunulur. Teşhis ve tedavi için gerektiğinde klinik ve laboratuvar tetkikleri yapılır. İhtiyaç duyulan ilaç ve iyileştirme araçları temin edilir. Belirtilen bu hizmetler 1479 sayılı Kanun kapsamında sunulur.

Bağ-Kur'un sağlık sigortası yardımlarından; 1479 sayılı Kanuna tabi sigortalılar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları; yaşlılık ve malüllük aylığı almakta olanlar ile eş ve bakmakla yükümlü oldukları çocukları, ana ve babaları; ölüm aylığı almakta olanlar yararlanırlar.

Sağlık sigortasına tabi sigortalıların, sağlık yardımlarından faydalanmaları, en az sekiz ay eksiksiz sağlık sigortası primi ödemiş olmaları, sağlık ve sigorta prim borcu bulunmaması şartına bağlıdır. Bağ-Kur'un prim borcu olan üyeleri sağlık yardımı alamamaktadır. Bağ-Kur üyelerinin büyük bir kısmı prim borçlarını ödemedikleri için sağlık sigortası kapsamı dışında kalmaktadır. (Şakar, 1999, s: 65)

2.7.4. Üniversiteler

Üniversiteler aynı anda hem eğitim hem de sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Eğitim ve bilimsel çalışma faaliyetleri tıp fakülteleri, eczacılık, diş hekimliği

fakülteleri, hemşirelik ve benzeri sağlık yüksekokulları aracılığı ile yürütülmekte aynı zamanda sağlık hizmetleri de sunmaktadırlar. Ayrıca Tıp Fakülteleri dışında mediko-sosyal merkezleri aracılığı ile de sağlık hizmetleri sunumunu gerçekleştirmektedirler. Bu eğitim ve sağlık hizmetlerini sağlayan üniversite hastanelerinin finansmanı YÖK aracılığı ile yapılan genel bütçe ödenekleri ve üniversitelerin döner sermayeleri ile gerçekleşmektedir. (Turan, 2004 s: 33-34)

2.7.5. Kamu İktisadi Teşebbüsleri (KİT)

Özel hukuk kurallarına göre faaliyet gösteren kamu kuruluşu statüsündeki Kamu İktisadi Teşebbüsleri bu sebeple çalışanlarına devlet memurlarından çok daha fazla avantaj sağlayabilmektedirler. Anlaşmalı doktor ve sağlık kuruluşları aracılığı ile çalışanlarına, daha etkin sağlık hizmeti sunabilmektedirler. (Turan,2004, s:35)

2.7.6. Belediyeler

Türkiye’de yerel yönetim sisteminin temel kuruluşlarını oluşturan belediyelerin imar, sosyal yardım, altyapı, çevre, temizlik, kolluk, spor, sağlık alanlarında görevleri vardır. (Serin, 2001, s: 132)

Belediyeler, kendilerine ait hastane ve diğer sağlık kuruluşları aracılığı ile sağlık hizmetleri vermektedirler.(Turan, 2004, s:37)

2.7.7. Bakanlıkların Sağlık Harcamaları:

Konsolide devlet bütçesi içerisinde yer alan, tüm genel ve katma bütçeli kuruluşlarda, devlet memuru statüsünde çalışanların sağlık harcamalarıdır. (Turan,2004, s: 38)

2.7.8. Fon Kaynaklı Sağlık Harcamaları:

Fon Kaynaklı sağlık harcamaları kapsamında Türkiyede iki önemli fon bulunmaktadır. Bunlardan ilki, 1986 tarihli ve 3294 sayılı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Yasası ile yoksul ve muhtaç Türk vatandaşlarına ve göçmenlere yardım amaçlı, T.C. Merkez Bankası nezninde oluşturulan Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı teşvik fonudur . Tüm il ve ilçelerde kurulan, Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları aracılığı ile yoksul ve yardıma muhtaç olanlara sağlık yardımı yapılmaktadır. Fonlardan ikincisi ise, 3418 sayılı Eğitim, Gençlik Spor ve Sağlık Hizmetleri Vergisinin ihdası ile oluşturulan geliştirme ve destekleme fonudur. (Turan,2004, s: 39)

2.7.9.Özel Sağlık Harcamaları

Türkiye’de, devlet ve kamu kuruluşlarının sağlık hizmetlerini karşılamadaki yetersizlikleri, özel sektör kuruluşlarınca giderilmeye çalışılmaktadır. Özel sektörde

mülkiyet % 89'luk bir oranla şahıslarda toplanmıştır. Bunu % 7'lik bir oranla Dernek ve Vakıflar, %2'lik bir oranla yabancılar ve yine %2'lik bir oranla azınlıklar izlemektedir.

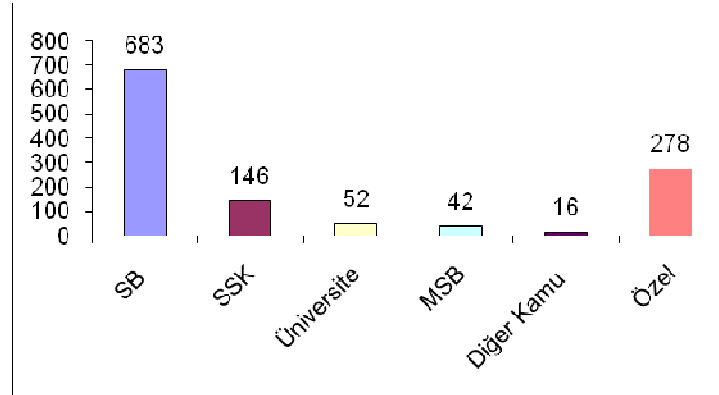
Türkiyede özel sektör sağlık harcamaları özel hastane harcamaları, hekim harcamaları, diş hekimi harcamaları, özel ilaç harcamaları ve kamuya yapılan cepten ödemelerden oluşmaktadır. (Turan,2004 s: 40-41)

2.8. Rakamsal Olarak Sağlık Hizmetlerinin Sunumu

19.01.2005 tarih ve 25705 mükerrer sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 5283 nolu 06.01.2005 kabul tarihli kanun ile kamu kurum ve kuruluşlarına ait sağlık birimleri Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. Ancak aşağıdaki veriler devirden önceki veriler olduğundan devredilen sağlık kurumları Sağlık Bakanlığından ayrı olarak değerlendirilmiştir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinin niteliksel ve niceliksel olarak yeteri kadar verilememesi ikinci basamak hizmetlerde yoğunluğa sebep olmakta, bu yoğunluk Sağlık Bakanlığı ve SSK hastanelerinde oldukça belirginleşmektedir.

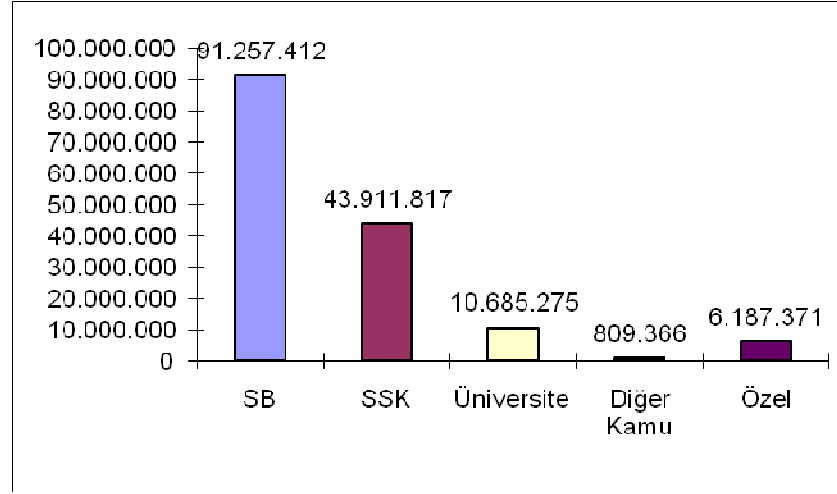
Şekil 2.3.Türkiye’de Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı 2004



Kaynak : www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/GR1.XLS,
05.05.2006.

Türkiye’deki hastanelerin % 56’sını Sağlık Bakanlığı, % 12’sini SSK, % 4’ünü Üniversiteler, %3’ü MSB, % 23’ü Özel sektör ve % 1’ini diğer kamu hastaneleri oluşturmaktadır.

Şekil.2.4. Türkiye’deki Hastanelerde Muayene Edilen Hastaların Kurumlara Göre Dağılımı 2004



Kaynak : www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/GR9.xls,
05.05.2006.

2004 yılında toplam 152.851.241 hasta muayene edilmiş olup(Şekil 2.4), bu hastaların % 59’u, Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde, % 29’u SSK hastanelerinde, % 7’si Üniversite hastanelerinde , % 4’ü özel hastanelerde, % 1’i diğer kamu hastanelerinde muayene edilmişlerdir.

Şekil 2.3’deki ve şekil 2.4’ deki verilere göre Sağlık Bakanlığına bağlı hastaneler özel hastanelerin adet olarak sadece 2.5 katı olmasına karşın muayene edilen hastalar 14.7 katı, özel hastaneler SSK hastanelerinin 1.9 kat fazla olmasının yanında SSK hastanelerinde özel hastanelerin 7.1 katı, Özel hastanelere göre 5.3 kat daha az sayıda hastaneye sahip olan üniversitelerde ise, özel hastanelere göre 1.7 kat daha fazla hasta muayene edilmiştir.

Tablo 2.1. Sağlık Bakanlığı Hastanelerinde Muayene Edilen Hasta Sayılarında Gelişme 2000-2004

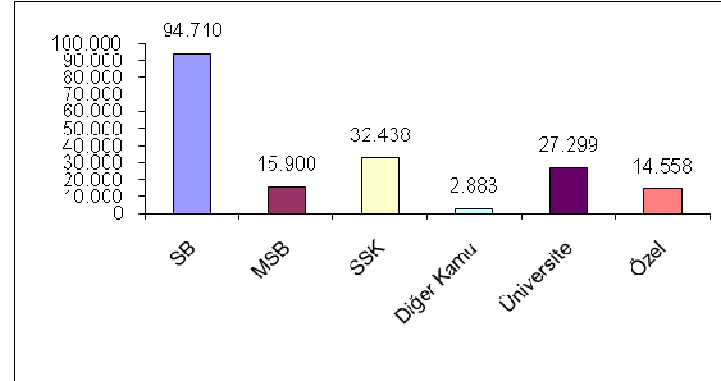
Yıllar	Muayene Edilen Hasta Sayısı	Artış
2000	59.389.441	----
2001	64.738.234	0.09
2002	66.231.841	0.02
2003	68.957.525	0.04
2004	91.257.412	0.32

Kaynak: www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/GR11.xls
Tablo Olarak Düzenlenmiştir. (05.05.2006)

Tablo 2.1’de görüldüğü gibi Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde muayene edilen hasta sayılarında 2001 yılında %9, 2002’de % 2, 2003’te % 4’ lük olmak

üzere fazla yüksek olmayan artışlar yaşanmış, ancak 2004 yılında % 32'lik büyük bir artış yaşanmıştır.

Şekil.2.5. Türkiye'de Hastanelerin Yatak Kapasitelerine Göre Dağılımı 2004



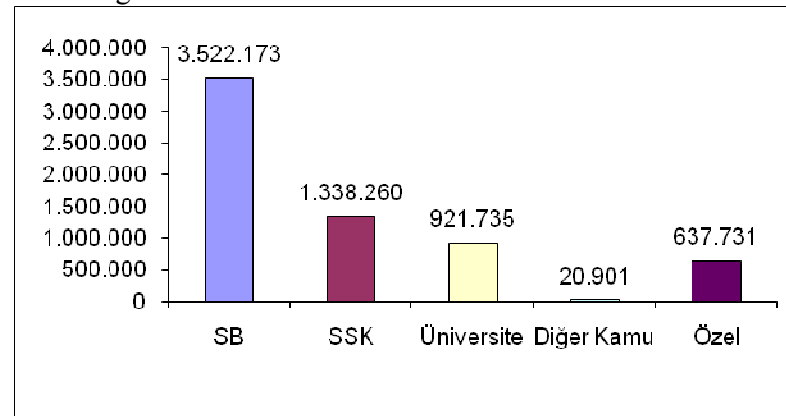
Not: 1- Özel bölümü dernek, azınlık ve şahıslara ait hastaneleri kapsar

2- Diğer Kamu: KİT, Diğer Bakanlık ve Belediye Hastanelerini Kapsar

Kaynak: <http://www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/GR2.xls>,
05.05.2006

2004 yılına göre Türkiye'de hastanelerin yatak kapasiteleri incelendiğinde ilk sırada % 50'lik bir payla potansiyelin yarısına Sağlık Bakanlığı sahiptir. İkinci sırada % 17'lik bir payla SSK, üçüncü sırada % 15'lik payla üniversite, dördüncü sırada % 8'erlik payla MSB ve Özel sektör, beşinci sırada ise %2'lik bir payla diğer kamu kurumları yer almaktadır.

Şekil.2.6. Türkiye'deki Hastanelerde Yatan Hastaların Kurumlara Göre Dağılımı 2004



Not: MSB' na ait hastaneleri kapsamaz

(1) Özel bölümü Dernek, Yabancı, Azınlık ve Şahıslara ait hastanelerin çalışmalarını kapsar.

(2) Diğer Kamu : KİT, Diğer Bakanlık ve Belediye

Hastanelerini kapsar.

Kaynak: www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/GR10.xls, 05.05.2006.

Şekil 2.6’da yer alan 2004 yılında yatan hasta sayıları incelendiğinde % 55 payla Sağlık Bakanlığı hastaneleri birinci sırada, SSK hastaneleri % 21 ile ikinci sırada, Üniversite hastaneleri % 14’lük pay ile üçüncü sırada, özel hastaneler % 1’lik payla dördüncü sırada ve diğer kamu hastaneleri % 0,3’lük payla beşinci sırada yer almaktadır.

Tablo 2.2 Türkiye’deki Hastanelerin Kurum ve Yatak Sayısı Olarak Gelişimi 1923-2004

Yıllar	Kurum Sayısı	10000 Nüfusa Düşen Yatak Sayısı
1923	86	5,1
1930	182	7,8
1940	198	8,0
1950	301	9,0
1960	566	16,6
1970	746	20,3
1980	827	22,2
1990	899	24,0
2000	1226	25,8
2001	1240	25,5
2002	1156	25,5
2003	1172	25,5
2004	1217	26,1

NOT: 1990 yılından itibaren, MSB’na ait yataklı tedavi kurumları dahildir.

Kaynak: www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/ytkiy2004/GRT1.xls,25.05.2006

Cumhuriyetin kurulduğu 1923 yılında 86 olan hastane sayısı seksen bir yıllık bir zamanda 1131 adet artış sağlayarak 2004 yılında 1217 ye ulaşmıştır. 10.000 nüfusa düşen yatak sayısı ise 1923 yılında 5.1 iken 2004 yılında 26.1’e ulaşmış olmakla birlikte, Avrupa’da bu rakamın 63 olduğu düşünüldüğünde, (İstanbulda Sağlık, 2005, s:39) hastane açısından yatırım yapmak gerekliliği bu yönden daha da belirginleşmektedir.

Tablo.2.3 Sağlık Ocağı Başına Düşen Ortalama Nüfusun Bölgelere Ve Yıllara Göre Dağılımı Türkiye, 2000-2004

Sağlık Ocağı Başına Düşen Ortalama Nüfus					
Bölgeler	2000	2001	2002	2003	2004
Marmara Bölgesi	19.434	19.344	20.091	19.878	18.938
Ege Bölgesi	8.973	9.071	9.348	9.445	9.370
Akdeniz Bölgesi	10.678	10.783	11.051	11.056	10.875
İç Anadolu Bölgesi	10.165	10.794	11.077	11.092	10.702

Karadeniz Bölgesi	7.650	8.250	8.214	8.180	7.904
Doğu Anadolu Bölgesi	10.226	10.900	11.029	11.097	10.943
Güney Doğu Anadolu Bölgesi	15.893	15.875	16.305	16.334	16.051
Türkiye	11.461	11.752	12.057	12.091	11.730

Kaynak : www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/tablo17.htm, 25.05.2006.

Marmara bölgesi 1999-2003 yılları arasında sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfusun en çok olduğu bölgedir.

Sağlık ocaklarının 5000-10000 arasındaki nüfusa hizmet vermek için kurulduğu düşünüldüğünde Marmara bölgesinde bu rakamın 2000 ile 2004 yılları arasında yaklaşık 2 katı, Güney Doğu Anadolu bölgesinde ise 1.5 katı olduğu görülmektedir. Diğer bölgelerde ve Türkiye genelinde Sağlık Ocağı başına düşen ortalama nüfusunun ise 10.000 rakamına oldukça yakın veya fazla olması Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin yeterince ve kaliteli sunumunu olumsuz yönde etkilemektedir.

Tablo. 2.4 Bölgelere Göre Sağlık Ocakları ve Sağlık Evlerinde Çalışan Hekim, Ebe, Hemşire ve Sağlık Memuru Başına Düşen Ortalama Nüfus, Türkiye, 2004

Bölgeler	Hekim Başına Ort. Nüfus	Ebe* Başına Ort. Nüfus	Hemşire Başına Ort. Nüfus	Sağlık Memuru Başına Ort. Nüfus
Marmara Bölgesi	7.801	5.408	10.081	26.839
Ege Bölgesi	3.302	2.080	3.539	8.245
Akdeniz Bölgesi	3.946	2.305	5.741	12.187
İç Anadolu Bölgesi	5.223	3.699	6.134	10.621
Karadeniz Bölgesi	5.069	2.713	5.328	7.226
Doğu Anadolu Bölgesi	6.543	3.107	5.495	9.093
Güneydoğu Anadolu Bölgesi	7.476	5.167	7.645	16.051
Türkiye	5.297	3.278	6.074	11.827

* Ebe sayısı sağlık ocakları ve sağlık evlerinde çalışan ebe sayıları toplanarak elde edilmiştir.

Kaynak : www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/tablo7-8-9.htm, 25.05.2006.

Tablo 2.4'de Tablo 2.3'e göre paralel bir gelişme ile yine personel başına düşen nüfus ta büyük göç alan Marmara bölgesinde yoğunluk göstermekte, ikinci sırayı yine Güney Doğu Anadolu bölgesi almaktadır. Tüm yedi bölgede de en büyük yoğunluk Sağlık Memuru başına düşen ortalama nüfusta yaşanmaktadır.

Tablo. 2.5 Hekimi Olmayan Sağlık Ocaklarının Sayısı ve Oranları (%), Türkiye 2000-2004

Yıllar	Sağlık Ocağı Sayısı	Hekimi Olmayan Sağlık Ocağı Sayısı	Hekimi Olmayan Sağlık Ocağı Oranı (%)
2000	5.700	665	11,6
2001	5.773	713	12,4
2002	5.840	785	13,4

2003	5.936	996	16,8
2004	6.066	1353	22,3

Kaynak : www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/tablo5-6.htm, 25.05.2006.

Tablo.2.5 deki veriler, Birinci Basamak sağlık hizmetlerinin sunumundaki eksikliğin nedenini bir yönüyle açıklamaktadır. Buna göre ülkemizde 2001 ve 2004 yılları arasında Sağlık Ocağı sayısında miktar olarak sürekli bir artış sağlanmış olmakla birlikte, hekimi olmayan Sağlık Ocağı sayılarında da artış yaşanmakta ve özellikle 2003, 2004 yıllarında hekimi olmayan sağlık ocağı oranı diğer yıllara göre daha büyük bir artış göstermektedir.

Tablo.2.6 Sağlık Ocaklarında Yapılan Bazı Çalışmaların Yıllara Göre Dağılımı, Türkiye 2000-2004

Yapılan Hizmetler	2000	2001	2002	2003	2004
Poliklinik Sayısı	51.436.891	58.142.436	55.844.883	66.505.376	74.487.182
Sevk Sayısı	7.213.586	8.396.362	9.319.456	14.388.986	10.841.930

Kaynak : www.saglik.gov.tr/extras/istatistikler/temel2004/tablo19.htm, 27.05.2006.

Kaynaktan alıntı yapılmıştır.

Türkiye’de birinci basamak sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan olan sağlık ocaklarında, 2004 yılı poliklinik sayısı 74.487.182 olarak gerçekleşmekle birlikte; sevk sayısı da 10.841.930 olup poliklinik sayısının %14’ üne denk gelmektedir. Oysa, aynı yıl birinci basamakta tedavi edilemeyen hastaların sevk edilmesi gereken, ikinci ve üçüncü basamağı oluşturan hastanelerde muayene edilen toplam hasta sayısı (şekil 2.4) 152.851.241 olup; sağlık ocağı rakamının 2.1 katıdır ki, bu rakamdan sevk ile müracaat edenler düşüldüğünde bile (142.009.311) 1.91 kat fazla olmakta, dolayısı ile ikinci ve üçüncü sağlık hizmeti veren kuruluşlarda büyük yoğunluk yaşanmakta, bu yoğunluk kuruluşların maliyetlerini yükseltmekte ve bu maliyetler içinde yer alan ilaç kaleminin de akılcı kullanılmadığı görülmektedir.

BÖLÜM 3

PAZAR VE İLAÇ PAZARLAMA BİLEŞENLERİ

Pazar, her türlü mal ve hizmetin alınıp satıldığı, alıcılarla satıcıların serbest bir biçimde karşılaştıkları, arz ile talebin kesiştiği yer ya da fiyatı belirleyen koşullar dizisi olarak tanımlanabilir. (İslamoğlu, 2002, s:103)

Bir diğer pazar tanımı ise , belirli bir ihtiyacı ve isteği paylaşan, o ihtiyacı ve isteği doyumaya istekli olan ve değişimi gerçekleştirmeye yetkisi olan tüm umulan alıcılar topluluğudur.(Cemalcılar,2000,s: 34)

Pazarlama ise bir işletmenin hedef olarak seçtiği tüketici ile işletme arasında iletişim ve değişimi amaç edinmiş faaliyetler bütünüdür. (Arpacı ve diğr,1992, s:3)

Daha geniş bir tanımla pazarlama, işletme amaçlarına (ya da, daha genel olarak kişisel ve örgütsel amaçlara) ulaşmayı sağlayacak mübadeleleri gerçekleştirmek üzere, malların hizmetlerin ve fikirlerin “geliştirilmesi (tasarımı)”, “ fiyatlandırması”, “ tutundurulması” ve “ dağıtılması” sürecidir. (Mucuk, 2003 s:229)

İlaç insan sağlığı ile direkt ilgili olduğundan ve hayati bir önem taşıdığından pazarlama süreci de diğer mallardan farklılık arz etmektedir. İlaç pazarlaması ile ilacın dağıtım zincirinin son halkası olan, eczacılık hizmetlerinin pazarlaması bir bütün içinde değerlendirilmelidir. Çünkü, pazarlamaya konu olan ürün ilaç gibi görünse de, ilaç ile birlikte eczacılık hizmetlerinin de başarıyla pazarlanması ilaç suiistimallerinin önlenmesi ve rasyonel ilaç kullanımının sağlanması konularında etkileyici bir unsur olarak rol oynamaktadır.(Bilgener, 2002, s:43)

Eczacılık hizmetlerinin pazarlamasında önemli olan nokta bu faaliyetlerin fiziksel anlamda son tüketici olan hastaların düşünülerek yapılıyor olması yani hasta odaklı olmasıdır. İlaç pazarlaması ise hastalarla beraber ağırlıklı olarak dağıtım kanalı içerisinde yer alan araçlara yönelik faaliyetleri de kapsadığı belirtilmektedir. (Yüksel, 2000, s: 10)

İlaç pazarlaması içerisinde eczacılık hizmetlerinin pazarlaması da yer aldığından eczacılık hizmetlerine dahil olan hastane eczacıları, serbest eczacılar, sosyal güvenlik kuruluşları ve ilgili diğer bireylere ek olarak ilaç üreticileri ve ecza depoları ilaç pazarlaması için yapılan faaliyetlere de konu olmak durumundadırlar. Dolayısıyla, eczane hizmetleri ilaç pazarlamasının alt bir unsuru olarak gözükmektedir. İlaç ve eczacılık hizmetlerinin her ikisinin de kesişen ortak noktalarının, faaliyetlerinin mevcut olduğu görülmektedir. (Yüksel, 2000, s: 10)

Eczacılık hizmetleri alanında gerçekleştirilen tüm pazarlama faaliyetlerinin aynı zamanda ilaç pazarlamasının da alanına girmesi onun durağan ve edilgen bir süreç olmasından ziyade aktif ve dinamik bir süreç olduğunu göstermektedir. (Yüksel, 2000, s: 10)

3.1.Mamul (Mal)

Dar anlamda mamul, fiziksel ve kimyasal özelliklerin görülebilecek bir şekilde bir araya toplanıp birleştirildiği bir maddedir. (Mucuk, 1994, s:129)

Mamul farklı kimselere farklı anlamlar ifade etmektedir. Buna göre mamul; sanayici açısından, tüketicinin istek ve ihtiyaçlarını tatmin etmek ve bunun sonucunda kendi varlığını da sürdürmek için kar elde etmek üzere çeşitli eleman veya parçalardan oluşan fiziksel bir madde, bir ticaret işletmesi için ise, tekrar satarak bu yoldan kar sağlama amaç ve umuduyla satın aldığı madde, nihai tüketici için ise kişisel ihtiyacını tatmin eden, bu yönden fayda sağlayan bir madde, bir nesne olmaktadır. (Mucuk, 1994, s:129)

İşletme için mamul mal ya da hizmet, pazarlama ile ilgili eylemlerinin başlangıç noktasını oluşturmaktadır. Çünkü, pazarlama eylemleri mamul malın ya da hizmetin planlama ve geliştirmesinden başlamaktadır. Diğer pazarlama bileşenleri de malın ya da hizmetin özelliğine göre şekillenmektedir.

İlaç pazarlamasında ise, mal; hastaların tedavilerinde çözüm olarak görülen ve eczanelerde satışına izin verilen, kimyasal bir terkip sonucunda çok titiz ve gerekli şartlar sağlanarak üretilen ilaçlar olarak pazarda yer almaktadır.(Yapraklı, 2002, s:13)

İlacı fiziksel anlamda tüketen hastadır. Ancak, hasta tarafından hangi ilacın kullanılacağına doktor tarafından reçete edilmesi ya da eczacı tarafından önerilmesi gerekmektedir. Çünkü ilaç kimyasal bir madde olup her biri farklı özelliklere sahiptir, bu sebeple seçiminde uzman kişilerin bilgisi gerekmektedir. Bu anlamda, ilaç mutlaka doktor ve eczacı tarafından kullanılması ve önerilmesi gereken bir dayanıksız tüketim malıdır.(Yapraklı, 2002, s:13)

İşletmeler teknolojideki gelişmelere bağlı olarak globelleşen dünyada hayatları boyunca sürekli rekabet içindedirler. İlaç sektöründe rekabet ise, işletmelerin ve ülkelerin kendi aralarındaki rekabeti ile birlikte temelde insanlığın kendi kendi ile rekabetidir. Çünkü bu sektörde gerek koruyucu gerekse tedavi edici yönü ile her şeyden önce insan yaşamını kaliteli kılma hedefindedir. Dolayısı ile bu konuda yapılan her ar-ge çalışması etkisi büyük sonuçlar doğurmaktadır.

Günümüzde genel olarak işletmelerin araştırma ve geliştirme çalışmalarına büyük önem vermelerinin temel nedenleri şunlardır:

Pazarla ilgili nedenler. Pazarda önde gelen işletme olmak ve bunu korumak, rakiplere karşı koyabilmek için mamul geliştirmek.

Örgütsel nedenler: Endüstride yenilikçi olarak isim yapmak ve bunu sürdürmek, aralarında seçim yapabilecek alternatif mamüllere sahip olmak.

Sosyal nedenler: Değişiklik bekleyen tüketicileri tatmin etmek, kamu organlarına ve kamu oyuna karşı firmanın toplumsal yararlılığını kanıtlamak.

Personelle ilgili nedenler: Yetenekli ve istekli araştırmacıları çekebilmek, bunları işletmede tutabilmek, çalışma zevki ve anlamı kazandırmaktır.(Sabuncuoğlu ve Tokol ,2001 s:338)

Araştırma geliştirmeye ağırlık veren ilaç firması için yeni mamuller hayat kaynağıdır. (Yüksel, 2000, s.77) İlaç firmalarında yenilikler ilaçların kimyasal yapılarında, isimlerinde ya da hedef kitlesinin yeniden tanımlanması şeklinde olabilir. Diğer yandan; yeni bir etken maddenin bulunuşu, firmanın mamul bileşiminde yeni bir mamul veya özellikle reçetesiz ilaçlarda çok sık rastlanabilen mevcut bir mamulün yeni bir isimle pazara sunulması ilaç firmalarının yenilik çalışmalarını oluşturmaktadır. Yeni mamullerin karlılığı ve büyümeyi yüksek seviyede tutması beklenmektedir. (Yüksel, 2000, s.77)

Yeni mamülün stratejisi ile ilgili kararları bu konuda söz sahibi olan üst yönetim verebilir. Buna göre üst yönetim öncelikle firmanın yeni mamule ihtiyacının olup olmadığının kararını verir ve eğer yeni mamule gerek varsa bu kararı politika haline getirir. İkinci olarak ise firmada yenilik yapılmasıyla ilgili özendirici bir iklim oluşturur. Üçüncü olarak yapılabilecek şey, yapılan araştırma geliştirme faaliyetlerini izlemek ve gerektiği zamanlarda bu faaliyetlere karışmak, olaylara uzaktan bakmamak, doğru kararların doğru zamanda alınmasını sağlamaktır. (Yüksel, 2000, s.77)

Bir ilaç firması için genel olarak üç şekilde yeni mamul stratejisi uygulanabilir. Bu stratejiler piyasadaki mevcut mamullerin taklit edilmesi, mevcut mamullerde değişikliğe gidilmesi veya geliştirilmesi veya gerçekten yeni bir mamul üretilmesi olarak gösterilebilir. (Yüksel, 2000, s.77)

Mevcut mamullerin taklit edilmesini genelde imkanları sınırlı firmaların benimsediği strateji olmakla beraber en çok jenerik ilaçların üretiminde olduğu görülmektedir. Bu mamullerin üretiminde, orijinal ürünlerin üretimindeki gibi

araştırma geliştirme maliyetlerine katlanılmadığı için fiyat düşük olmakta ve ilacın gerçek keşfini yapan firmaya karşı fiyat avantajı sağlanmış olmaktadır. Ayrıca denenmiş ve pazarda alıcı bulmuş bir mamulü üretmek riskli olmamaktadır.(Yüksel, 2000, s:78)

Firmalar olgunluk aşamasında olan mamulleri için değişiklik yapma stratejisi uygulayabilirler. İlaç firmaları da hayatta kalabilecek bazı mamullerin olgunluk aşamasında kalmasını sağlamak amacıyla mamul üzerinde geliştirme veya moleküler modifikasyon yapmaktadırlar. Genelde patent süresinin sona ermesi o ürün için moleküler modifikasyon yapılmasına neden olabilmektedir.(Yüksel, 2000, s:78-79)

İlaç sektöründe yeni mamul geliştirme ve pazarlama, araştırma geliştirme faaliyetleri ile pazarlama faaliyetlerinin koordineli şekilde çalışmalarını gerektirir. Yeni geliştirilen mamul için, yeni fiyatlandırma, tutundurma ve dağıtım planlarının yapılması gerekir. Yeni ilaç geliştirme aynı zamanda pazarlanacak yeni mamul geliştirilmesi anlamındadır. (Yüksel, 2000, s:79)

3.2.Fiyat

Pazarlama karmasının tek gelir getiren elamanı olan fiyat(Cemalcılar, 2000,s:171); dar anlamda mal ve hizmetler için talep edilen (alınan) parasal bedel olarak tanımlanabilir. Daha geniş anlamıyla fiyat, bir mal veya hizmete sahip olma veya kullanmaktan kaynaklanan faydalar karşılığında tüketicilerin ödediği değerlerin toplamıdır.(Altunışık ve diğ., 2001, s:160)

Gerek mal ve hizmet üretip satan gerekse sadece mal satışı yapan işletmeler sattıkları mal ve hizmetleri fiyatlandırmak zorundadırlar. Başka bir deyişle sattıkları mal ve hizmetlerin değişim değerinin olması zorunludur.

Fiyatlandırmada genel olarak üç yöntem uygulanmaktadır.

Fiyatlandırma yöntemleri

Malların fiyatlanmasında kullanılan genel yöntemler:

- 1-Maliyeti esas alan fiyatlama
- 2- Talebi esas alan fiyatlama
- 3- Rekabete dayalı fiyatlama

Maliyeti esas alan fiyatlama: Toplam birim maliyetin üzerine belirli bir kar marjının eklenmesi ile bir malın satış fiyatının tespit edilmesidir. Bu yöntemin uygulanmasında dikkat edilmesi gereken nokta; bazı maliyetlerin üretime veya satışlara göre artış veya azalış göstermesidir. Kısaca bu yöntemde üretim ölçüsü

değiştikçe ortaya çıkacak maliyet farklılıkları göz önüne alınmalıdır. (Cemalcılar, 2000, s:177)

Talebi esas alan fiyatlama: Bu yöntemde bir malın fiyatı belirlenirken temel alınan ölçü o mala olan talebin yoğunluğu olmaktadır. Mala olan talep yüksekse fiyatta yüksek tutulur, mala olan talep düşük ise fiyatta düşük tutulur. Burada önemli olan talep düzeyinin isabetli bir şekilde tahmin edilmesidir. (Cemalcılar, 2000, s:178)

Rekabete dayalı fiyatlama : Fiyatın belirlenmesinde maliyet ya da talebin etkinliğinden ziyade rakiplerin fiyatının dikkate alındığı yöntemdir. Rakip fiyatların ortalaması veya aradaki fark fazla olmamak kaydıyla bu fiyat rakiplerin belirlediği fiyatların bir miktar üstünde ya da altında olabilir.

Zaman içinde malın maliyeti ya da mala olan talep düzeyi değişebilir. Ancak, fiyatla, mala olan talep düzeyi veya malın maliyeti arasında bir ilişki kurulmaz. Önemli olan rakiplerin fiyatlarını değiştirip değiştirmediğidir.(Mucuk, 2003, s:257)

İlaç Fiyatlarını Etkileyen Faktörler

İşletmeler fiyatlama konusunda karar verirken iç etkenler olarak nitelendirilebilecek; fiyat tesbit ederken dikkat edilecek maliyetler, fiyatlandırma hedefleri, dağıtım kanalındaki yeri; dış etkenler olarak ise fiyatlanacak malın nitelikleri, içinde yer alınan sanayi dalının (pazarın) yapısı, arz-talep durumu, tüketicilerin davranışları, yasal düzenlemeler gibi etkenleri göz önünde bulundurmaları zorundadırlar. (Cemalcılar, 2000, s:172-173)

İlaç sektöründe ise fiyatlamayı etkileyen faktörler aşağıdaki gibi sayılabilir.

Taleple İlgili Faktörler

- 1- Kabul edilirlilik, etkili olması ve yan etkilerinin bulunmaması şeklinde belirlenen mamul karakteristikleri.
- 2- İlacın diğer ilaçlarla ilişkisi olabileceği durumlarda terapetik kalitesi.
- 3- İlacı en fazla reçeteleyen hekimlerin uzmanlık alanları.
- 4- İlaçla beraber kullanılan, tamamlayıcı mamul niteliğindeki diğer ilaçların fiyatları.
- 5- Günlük dozda kullanılacak ilaç miktarı ve hastanın tahmini tedavisinin ne kadar süreceği.
- 6- Tedavi maliyetin sağlık hizmetleri programı içerisindeki yeri.
- 7- Sağlık hizmetleri programı içerisinde ilgili diğer sağlık harcamalarının maliyetleri.

- 8- Muhtemel kullanıcıların yaş grupları, gelir seviyeleri gibi karakteristikleri ve boyutları.
- 9- Talebin fiyata göre elastikiyeti.
- 10- Talebin fiyata ve mamul kalitesine göre çapraz elastikiyeti.
- 11- Talebin gelire göre elastikiyeti.
- 12- Yeni rakip ilaçların ortaya çıkma olasılığı.
- 13- Çeşitli fiyat aralıklarında satış miktarları.
- 14- Olası mamul hayat eğrisinin modeli.
- 15- Sosyal güvenlik kuruluşlarının ve özel sağlık sigortalarının sağlık hizmetlerini ve ilaç masraflarını ödeme programları.

Arzla İlgili Faktörler

- 1- Rakip mamullerin çeşit ve miktarı.
- 2- Rakip firmaların çeşit ve miktarı.
- 3- Gelecekte pazara sürülme ihtimali olan rakip ilaçların oranı.
- 4- Belirli yatırım ve maliyet seviyelerinde zorunlu hale getirilmiş, araştırma, üretim ve kalite kontrol standartları.
- 5- Etkin bir pazarlama için gereken dağıtım kanalının yapısı.
- 6- Pazarlanan mamullerin boyut, şekil ve güçlü yönleri.
- 7- Mamulün beklenen raf ömrü.
- 8- İlaç firmasının, rakiplere göre sahip olduğu patentli ilaçlarının durumu.
- 9- Firmanın ürettiği diğer mamullerin olası fiyatları, maliyetleri, satış miktarları ve satış devir hızları.
- 10- Yeni mamullerin rakipler tarafından taklit edilmelerinin kolaylığı.
- 11- Mamulün hizmet sunulan pazara göre konumu ve yerli ilaçlara karşı ithallerin durumu.
- 12- Hammadde kaynaklarının yapısı.
- 13- Tıbbi açıdan tedavi şekillerinde görülebilen farklılıklar.
- 14- Vergi modelleri.
- 15- İlaçların onanmasında uygulanan yasal prosedür ve sınırlamalar.
- 16- Sermaye kaynakları ve maliyetleri.
- 17- Bilimsel ve teknolojik olarak ilaç firmalarının yetenekleri.
- 18- Üretim ve kalite kontrol denetimleri.

Çevre İle İlgili Faktörler

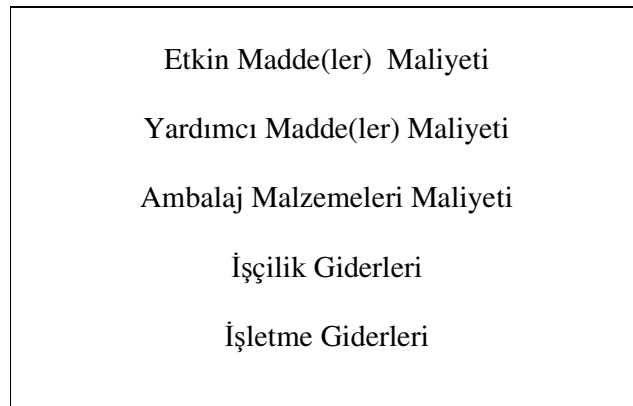
- 1- Ekonominin büyüklüğü.

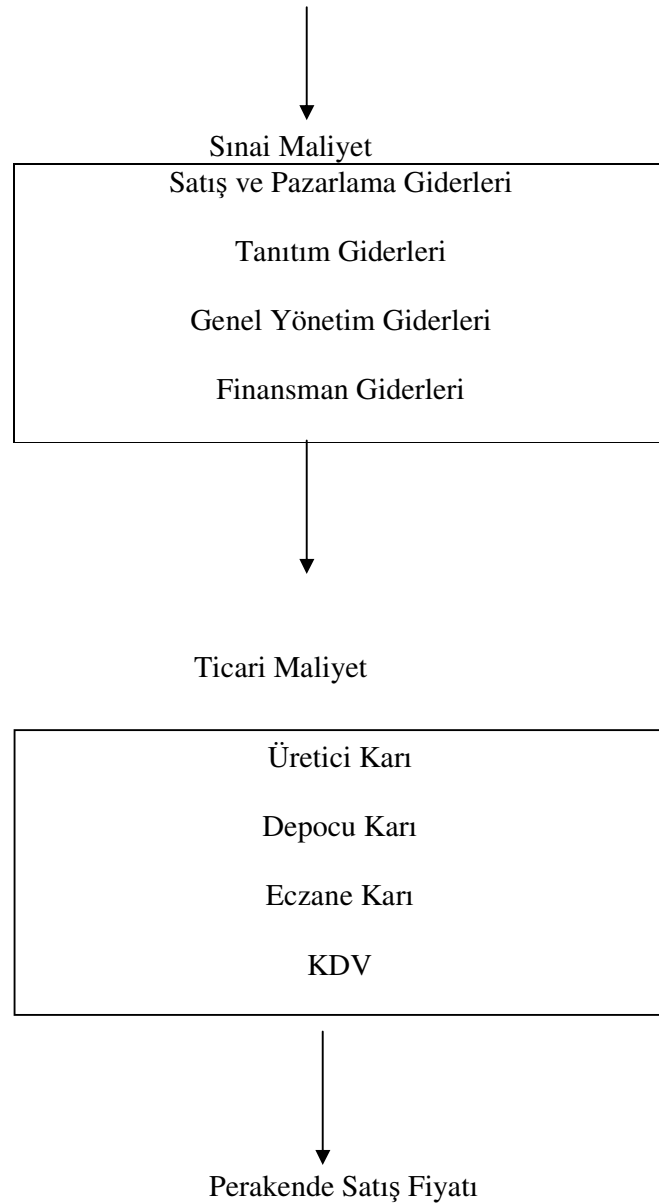
- 2- Sağlık harcamalarına ayrılan bütçenin yüzdesi.
- 3- Sağlık hizmetlerinin yapısı ve bu hizmetlerden beklentiler.
- 4- İlaçlarla ilgili tüketim alışkanlıkları ve modelleri.
- 5- Hayat standartları.
- 6- Dağıtım.
- 7- Politik yapının özellikleri.
- 8- Sağlık hizmetleri ödemelerinde hükümetin rolü.
- 9- Hükümetin düzenleyici ve takip edici rolü.
- 10- Ekonominin büyüme hızı.
- 11- Ekonominin durgun veya durgun olmayan yapısı.
- 12- Ekonomide genel fiyat değişim modelleri.
- 13- İthalat ve ihracat politikaları.
- 14- Antidamping düzenlemeler.
- 15- Patentele ilgili yasalar.
- 16- Lisans alımıyla ilgili idari ve yasal zorunluluklar.
- 17- Lisansla ilgili düzenlemeler.
- 18- Ülkeler arası lisans farklılıkları. (Yüksel,2000, s:135-138)

İlaç firmalarının fiyat belirlemede çeşitli faktörler etkili olmakla birlikte Türkiye’de devletin bu konuda müdahalesi oldukça belirgin olmaktadır. İlaç fiyatları İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde oluşturulan komisyon tarafından belirlenerek onaylanmaktadır.(Yapraklı, 2002, s:15)

Bir ilacın maliyet açısından fiyatını oluşturan unsurlar Şekil 3.1 deki gibi gruplanabilir.

Şekil 3.1 Bir ilacın Fiyatını Oluşturan Unsurlar





Kaynak: DPT İlaç Sanayii ÖİKR, 2001, s: 36

Ticari maliyet esası üzerine oluşturulmuş sistemde sınai maliyetin üzerine satış, pazarlama, finansman ve yönetim giderlerinin ilavesinden sonra oluşan maliyete üretici ve dağıtım kanallarının sabit kar marjları ve KDV eklenerek ülkenin her yerinde aynı olan perakende satış fiyatı tespit edilir. (DPT İlaç Sanayii ÖİKR, 2001, s: 36)

Türkiyede ilacın fiyatlandırılmasında 06.02.2004 tarihli ve 2004/6781 sayılı Beşeri ve Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Bakanlar Kurulu Kararı

hükümlerinde yer alan referans fiyat sistemi uygulanmakta olup; bu sisteme göre her yıl bakanlıkça belirlenen Avrupa Birliği'ne üye beş ülkedeki fabrika satış fiyatlarından en ucuzunun referans fiyat olarak kabul edilmesiyle belirlenmektedir.(www.icis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=240&menu=12, 13.04.2006.

Ülkemizde uygulanan fabrika satış fiyatı; referans alınan ürünün, satışa sunulmuş olduğu ülke/ülkelerdeki KDV hariç perakende satış fiyatından eczacı ve depocu karları düşülerek bulunan depocuya satış fiyatıdır

Depocuya satış fiyatı; İmalatçı veya ithalatçılar tarafından ülkemizde pazara sunulan ürünün KDV hariç depocuya satış fiyatıdır.

Ürünün depocuya satış fiyatına göre kararda belirtilen kademelerin her birine düşen miktarlarına ayrı ayrı depocu ve eczacı karlılıkları eklenerek depocu ve eczacı satış fiyatları belirlenir. Eczacı fiyatına KDV ilave edildikten sonra bulunan rakamın son üç hanesi yuvarlatılarak KDV dahil perakende satış fiyatı tesbit edilir.(Resmi Gazete 03.03.2004 Sayı 25391Madde 2-9)

Tablo 3.1. İthal ve Yerli Ürünlerde Uygulanan Oranlar

Depocuya Satış Fiyatı	Depocu Karı %	Eczacı Karı %
0-10 YTL'ye kadar	9	25
10-50 YTL	8	24
51-100 YTL	7	23
101-200 YTL	4	16
200 YTL'nin üstü	2	10

Kaynak : 14.02.2004 sayı:25373 madde 10 Resmi gazete

İlaç fiyatının tesbitinde,Resmi gazetede yayınlanan yukarıdaki tablodaki oranlar uygulanmaktadır.

3.3.Tutundurma

Tutundurma, Türkçe "tutunma" deyiminden üretilmiştir. Yabancı terim olarak karşılığı promosyondur. Promosyon, belirlenmiş bir düşünce, görüş, mal ve hizmetin tüketicilere benimsetilmesi anlamına gelmektedir.(Arpacı ve diğ,1992, s:175)

Bir başka tanımla tutundurma: Fikirleri ve kavramları kabul etmeleri konusunda başkalarını ikna etmek için yürütülen iletişim faaliyetleridir.(Yüksel,1994 s.21)

Tutundurmanın inandırıcı, ikna edici, haberleşme veya iletişim olma yönü onu diğer pazarlama faaliyetlerinden ayıran en önemli niteliğidir. (Mucuk, 2003, s:260)

Günümüzde gerek teknolojik gelişmeler gerekse ekonomik ve sosyal yapıdaki değişiklikler işletmelerin tutundurma çalışmalarına büyük önem vermelerinin ana nedenlerini oluşturmaktadır. Diğer bir ifade ile tutundurmanın günümüzde büyük önem kazanmasında ve yaygınlaştırılmasında rol oynayan başlıca faktörler şöyle sıralanabilir.

- 1- Üreticiler arasındaki fiziksel mesafelerin artması
- 2- Nüfus artışı sonucu tüketici sayısının artması,
- 3- Gelir artışı sonucu pazarların büyümesi
- 4- İkame mallarının çoğalmasıyla rekabetin artması
- 5- Aracı kuruluşların artması ve dağıtım kanallarının genişlemesi
- 6- Gelirin artmasıyla, tüketici arzu ve ihtiyaçlarının değişmesi; tüketicinin farklılık, üstün kalite ve nitelikler araması.(Yapraklı,2002,s:16)

İşletmelerin genel olarak yukarıdaki nedenlerden dolayı uyguladıkları tutundurma çalışmalarını dört gruba ayırabiliriz.

- Reklam
- Halkla ilişkiler- Tanıtım
- Kişisel satış (Yüzyüze satış)
- Satış Geliştirme Çabalarıdır.

Reklam: Ürün, hizmet, fikir, örgüt, mekan ve kişilerin belirli bir kişi veya kuruluş tarafından bir bedel karşılığında, yüz yüze olmayan bir şekilde sunumu ve tutundurulması etkinlikleridir. (Özgen ve diğ., 2001, s:261)

Reklamın araçları genellikle; yazılı ve görsel basın, broşür ve kataloglar, poster ve afişler açık hava reklamları ve satış noktasındaki sergiler olarak sıralanabilir. (Bilgener, 2002 s: 17)

İşletmeler reklamı birincil talebi oluşturmak, yeni bir ürünün tüketiciler tarafından farkına varılmasını sağlamak, ürünün özellikleri, çalışması, hakkında bilgilendirme yapmak, olgunluk aşamasındaki bir ürünün tüketici hafızasında taze kalmasını sağlamak amacıyla hatırlatma yapmak, tüketicilerin algılamalarını etkileyerek markalara değer katma, rekabetin geliştiği ortamlarda marka tercihini sağlamaya yönelik ikna etme ve diğer satış çabalarına yardımcı olması gibi fonksiyonları için kullanılmaktadır. (Tek, 1999, s: 725-727)

Halkla İlişkiler- Tanıtım: Halkla ilişkiler; bir kuruluş ile çevresi arasında olumlu ilişkiler yaratma ve sürdürme çabalarıdır. (Mucuk, 1994, s:190)

Tanıtım; karşılığında genellikle bir ücret ödenmeden radyo, TV ve basın yayın araçlarında işletme yöneticiler veya mallar ve hizmetler hakkında yayınlanan ticari haber, röportaj, resim vb. şekillerdeki tanıtıcı çalışmalardır.(Mucuk, 1994, s:190)

Halkla ilişkiler çerçevesi içinde yapılan çalışmalar da amaç bir ürünü tanıtmak ya da satışını arttırmak yerine kurumu tanıtmak ve kurum lehine kamuoyu yaratmaktır. İşletmeler, anma, bayramlaşma, uluslararası etkinlikler düzenleme, çeşitli sponsorluklar yapma, yardım ve destek faaliyetleri düzenleme gibi çalışmalarla işletme içi ve işletme dışı müşterilerle birlikte aynı zamanda işletme ile ilgili diğer menfaat gruplarını , uluslararası pazarları hedef almaktadırlar.(İslamoğlu, 2002, s:337)

Kişisel Satış ; Satış yapmak amacıyla satışıncının bir veya daha fazla potansiyel alıcı ile yüzyüze görüşmesidir. (Mucuk,2003, s:261)

Kişisel satışın avantajları olarak ta nitelendirilebilecek bazı özellikleri mevcuttur. Her şeyden önce yüzyüze yapılan bir satış olduğu içinde karşılıklı etkileşim söz konusudur. Bu karşılıklı kurulan iletişim sürecinde alıcı ve satışı arasında dostluk ilişkileri gelişebilir. Diğer bir yönden düşünülduğünde ise satıcı direkt olarak alıcı ile yüzyüze görüştüğünden pazarlama yönetimi için birinci elden veriler sağlamış olunur. Ayrıca, alıcı kendini satışıncıyı dinleme zorunluluğunda bulacak ve anlatılanlara da itiraz edebilecektir. Bu durumda geri bildirimim hemen alındığı çift yönlü bir iletişim sağlanmaktadır. (Mucuk, 2003, :262)

Satış Geliştirme Çabaları; İşletmelerin satışlarını arttırmak için kişisel satış reklam, halkla ilişkiler ve tanıtma çalışmalarının dışında kalan genellikle süreklilik göstermeyen fuarlara katılım, sergiler, teşhirler gibi kısa dönemde satın almayı teşvik edici çabalarıdır. (Mucuk, 1994, :191)

İşletmelerin artan rekabet koşullarında ayakta kalabilmeleri için etkili faktörlerden olan tutundurmanın önemi ilaç firmaları içinde geçerli olmaktadır. Herhangi bir üretici, aynı pazarda bulunan diğer firmalarla rekabet etmek isterse, bilinçli pazarlama stratejileri ve tutundurma programları kullanmak zorundadır. (Yüksel, 1994, s.20)

Tedavi edici özellikte ürünlerin piyasasında, firmalar arasında en yüksek kazancı, tutundurma faaliyetine önem verenlerin elde edebilmektedirler. (Yüksel, 1994, s:21)

İlaç firmalarının tutundurma çalışmaları çerçevesinde kullandıkları gazetelerde yayınlanan sınırlı reklamların yanında markalama, isimlendirme, kişisel satış, satış tutundurma, halkla ilişkiler, ağızdan ağza haberleşme yaratma faaliyetlerini de

kullandıkları görülmektedir.(Yüksel,1994 ,s:22) Ancak, ilaç seçiminde bilgi kaynaklarının karmaşık bir yapısı olduğundan tutundurma çalışmalarında tutundurma yöneticisi tarafından ilaç hakkında hekimlere verecekleri bilgi, ilaç kullanımını rasyonel hale getirmelidir. (Yüksel ,1994, s:24)

İlaç firmalarının kullandığı tutundurma çalışmaları aşağıdaki gibi gruplandırılabilir.

Kişisel satış

Tanıtım numuneleri

Promosyon

Reklam

Sempozyum ve seminerler

Klinik denemeler ve Literatür

Diğer tutundurma çalışmaları (Yüksel, 1994, s:26-32)

Kişisel Satış: İlaç firmalarının hedef kitleleri olan hekim, eczacılar ve diğer reçete potansiyeli olan sağlık personeline yönelik olarak , ilaç temsilcilerinin kullanılarak yapıldığı tanıtım faaliyetleri yöntemidir. Kişisel satışı gerçekleştiren bireyler çalıştıkları ürün ve rakip ürünler hakkında medikal bilgiler açısından yeterli donanımına sahip olmalıdırlar. Hedef kitleyi yanlış yönlendirici, yanıltıcı bilgilerin verilmemesi etik kuralların dışına çıkılmaması gerekir. (Bilgener, 2002, s: 64-65)

Tanıtım numuneleri: Numuneler piyasaya yeni çıkan veya eskiden beri varolan ilaçların, sayıları veya dozajları itibariyle azaltılmış şekillerinden ibarettirler. (Yüksel, 1994, s: 27)

Hekim ve eczacılara verilebilen numunelerin nasıl ve ne miktarda dağıtılabileceği yönetmeliklerle sınırlandırılmıştır. Hekimler kendilerine verilen ilaç numuneleri ile yeni ilaçların etkilerini denemektedirler. (Bilgener, 2002, s: 65)

Promosyon: Hatırlatıcı özelliği diğer tutundurma çalışmalarından daha etkili olan promosyon ürünleri günlük yaşantıda kullanılabilinen ürünler olabilmektedir. Örneğin; kalemler, dosyalar, ajandalar gibi çeşitli kırtasiye malzemeleri, büro malzemeleri, anahtarlıklar, çeşitli elektirikli aletler, çeşitli medikal malzemeler vb. ürünler sayılabilir. Burada önemli olan nokta hekimlerin ilaç reçetelemelerin de bu ürünlerin etkisinin yansımamasıdır. (Bilgener, 2002, s: 66)

Reklam: Gazeteler reklam verilebilecek önemli basılı metaryellerdendir. Gazete reklamlarının maliyeti görsel materyallere göre düşüktür ve tiraj sayısına bağlı olarak aynı anda birçok tüketiciye ulaşılabilir.

İlaç firmaları da piyasaya yeni bir ilaç sunduklarında gazeteye reklam verebilmektedirler. Ancak, gazetelerdeki ilaç tanıtımları sadece haber şeklinde bilgiler içermektedir. Bu nedenle bilimsel sayılmamaktadırlar. Türkiye’de ilaç reklamı gazetelerde sadece haber amaçlı olarak hekimler ve eczacılar hedef alınarak yapılmasına izin verilmiştir. (Bilgener, 2002,s:63)

Sempozyum ve Seminerler: İlaç firmalarının kullandığı bir diğer tutundurma çalışmasında piyasaya yeni çıkan bir ilacın tanıtımı ya da bir hastalığın teşhis ve tedavisinin anlatılması amacıyla düzenlenen veya desteklenen sempozyum ve seminerlerdir. Pahalı olan bu toplantılar bilgilerin çabuk ve etkili iletiminden dolayı etkisi büyük olan tutundurma çalışmalarındandır. (Yüksel, 1994, s: 30)

Klinik Denemeler ve Literatür: İlaç piyasaya çıkmadan önce klinik denemelerden geçmektedirler. Bu süreç içerisinde yapılan çalışmalarda ilaçların kullanılacakları hastalığa etkili olacağı miktarı, etki zamanı, hastalığın özellikleri ile ilacın etken maddesi arasındaki etkileşim, yan etkileri gibi konular değerlendirilmektedir. Elde edilen bu bilgilerin tartışıldığı bilimsel toplantılardan çıkan görüşler ve ilaçlarla ilgili diğer görüşler ile oluşturulan literatür aracılığıyla hekimlere bildirimlerde tutundurma çalışmaları kapsamında içinde değerlendirilebilir. (Yüksel, 1994, s: 30-32)

Diğer tutundurma çalışmaları: Posta yoluyla hekimlere gönderilen özel kullanım ve tüketim konusunda eğitici nitelikteki broşürler, mektuplar, v.b. metaryeller ve satış gücünü destekleyici olarak firmalar tarafından hazırlanan broşürler, ilaçları tanıtıcı nitelikteki kataloglar, ilaçların kimyasal bileşimlerini ve formülasyonlarını anlatan yazıların gönderilmesi, ilacın içerisinde bulunan etken maddenin özellikleri, ne tür hastalıklarda kullanılacağı, nasıl uygulanacağı gibi açıklamaların bulunduğu ayrıntılı bilgi veren metaryellerin hazırlanması diğer tutundurma çalışmaları olarak nitelendirilebilir. Ayrıca; Daha önceden karşılaşmamış hekimlerle karşılaşma ve ilaç hakkında daha detaylı konuşma fırsatının bulunduğu hekimleri ve diğer ilaçla ilgili kesimleri motive eden film ve video gösterileri de tutundurma çabalarına dahil edilebilir. (Yüksel, 1994, s: 27-31)

3.4.Dağıtım

İşletmeler insan ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik mal ve hizmet üretimini gerçekleştirmektedir. Üretilen ürünlerin ya nihai tüketicilere ya da bu ürünleri

kullanarak üretim gerçekleştiren firmalara ulaştırılması gerekmektedir. Çünkü mal üretiminde genelde üretici ile tüketici aynı yerde bulunmamaktadır. Bu sebeple ürünler pazarda dağılık olarak yer alan tüketicilere dağıtım kanalı vasıtasıyla ulaştırılmaktadır.

Dağıtım, bir mal ya da hizmeti ve bunun mülkiyetini üretimden tüketime ulaştırmak için girişilen çabaları birleştiren kuramlar dizisi olarak tanımlanabilir. (İslamoğlu,2002, s:256) Dağıtım kanalı; bir malın üreticiden tüketiciye doğru hareketinde izlediği yol diye tanımlanabilir.(Cemalcılar,2000, s: 116)

İşletmeler ürettikleri mamullerin özelliklerine göre hangi dağıtım kanalını seçeceklerine karar verirler. Buna göre dağıtım; işletmelerin bir mamulün tüketiciye ulaştığı yollarla ilgili olarak aldıkları kararlar ve davranışları içerir. Ya da dağıtım, bir mal veya hizmetin üreticinin satış birimlerine ulaşmasından, tüketici veya kullanıcıların eline geçinceye kadar yapılan işlem ve faaliyetler bütünüdür şeklinde tanımlanabilir. (Arpacı ve diğ., 1992, s:145)

Gerek tüketim malları gerekse endüstriyel mallarda çok çeşitli dağıtım kanalı alternatifleri mevcuttur. Buna göre genel olarak kullanılan dağıtım kanalı alternatifleri aşağıdaki gibidir. (Mucuk, 1994, s:245-248).

Tüketim Mallarında Dağıtım Kanalları:

Üretici – Tüketici

Üretici – Perakendeci – Tüketici

Üretici – Toptancı – Perakendeci – Tüketici

Üretici – Acente – Perakendeci – Tüketici

Üretici – Acente – Toptancı – Perakendeci – Tüketici

Endüstriyel Mallarda Dağıtım Kanalları:

Üretici – Endüstriyel Alıcı

Üretici – Endüstriyel Dağıtıcı (distribütör) – Endüstriyel Alıcı

Üretici – Acente – Endüstriyel Alıcı

Üretici – Acente – Endüstriyel Dağıtıcı (distribütör) – Endüstriyel Alıcı

Dağıtım süreci içinde yer alan tüm faktörlerin sahip olduğu özellikler dağıtım kanalı seçiminde değerlendirilmektedir. Buna göre pazara ve tüketicilere, mamulün sahip olduğu özelliklere, satış özelliklerine, işletmenin kendine ve çevresine ait özellikler dağıtım kanalının seçiminde etkili olmaktadır.

Örneğin; dağıtımına söz konusu olan mamül bozulabilir bir özelliğe sahip ise kısa bir dağıtım ağı seçilir. Tüketicilerin sayısının çok olduğu ya da tüketicilerin yoğunlaştıkları alanların dağınık olduğu pazarlarda uzun kanallar; işletmenin çevresinde rakiplerin sayısı az ise ya da ekonomik durum büyüme aşamasında ise kısa dağıtım kanalları kullanılmaktadır. Ayrıca, işletme sınırlı finansal kaynaklara sahipse ya da küçük bir işletme ise uzun dağıtım kanalını seçmektedirler. Satış özelliklerine göre değerlendirildiğinde ise; eğer ürünün sezonluk bir ürünse ya da kar marjı yüksek ise kısa dağıtım kanalları kullanılmaktadır. (İslamoğlu, 2002,s:285)

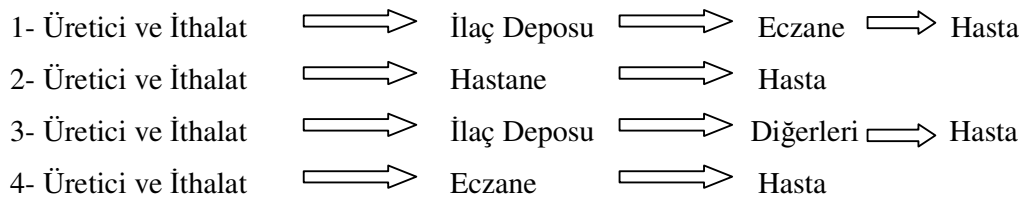
İlaç sektöründe ise dağıtım ilaç dağıtım kanalları aracılığıyla olmaktadır. Buna göre İlaç dağıtımı; üreticiler ve ithalatçılar tarafından satılan ilaç ve sağlık ürünlerinin eczacılara ekonomik ve etkin bir şekilde ulaştırılmasıdır. (Mahanoğlu,2003, s:42)

İlaç dağıtım kanalı ise, ilaç, ilaç hammaddeleri, kimyasal maddeler, sağlık ve eczane gereçleri, veteriner ve yasalarla eczanelerde satışı yapılabilen her türlü malın satışını yapan kuruluşlardır. (Mahanoğlu,2003, s:39) İlaç dağıtım kanalı hastayla ilaç üreticisi arasındaki zincirin en önemli halkalarındandır. Hastanın kendisine doktor tarafından reçete edilen veya reçetesiz satın alınabileceği olan OTC türü ilaçları almak için müracaat ettiği yer genelde eczane olmaktadır. Eczanede hasta tarafından istenilen ilaç yoksa eczane tarafından dağıtım kanalına başvurumaktadırlar. (Mahanoğlu, 2003, s:42)

Dağıtım yapılan ürün olan ilaç, doğrudan insan yaşamını ilgilendirdiği için, üreticiden tüketici olan hastaya kadar bozulmadan, zamanında ve sağlıklı bir biçimde ulaştırılması gerekir. İlaç dağıtım kanalları üretici ile nihai tüketiciyi kavuşturmaktadır. (Mahanoğlu,2003, s:40)

İlaçta en çok kullanılan üretici, ilaç deposu, eczane ve nihayetinde hasta şeklinde olan yol temel dağıtım şeklini oluşturmaktadır. Türk ilaç sektöründeki ilaç dağıtım kanalları şekil 3.2' deki gibi sıralanabilir. (Mahanoğlu,2003, s:41)

Şekil 3.2 İlaç Dağıtım Kanalları



Türkiye ilaç pazarının % 72'lik bölümü 1. dağıtım yolu ile üreticiden hastaya ulaşmaktadır. Başka bir deyişle pazardaki ilacın % 72'i üretici ve ithalatçı firmadan ecza depoları kanalı ile eczanelere oradan da hastalara ulaşmaktadır. Kalan % 28'lik bölümü ise Sosyal Sigortalar Kurumu'nun (SSK), üniversite hastaneleri ve öteki hastaneler ile üretici tarafından doğrudan hastanelere satılan ilaçlar oluşturmaktadır. (Mahanoğlu, 2003, s:41)

BÖLÜM 4

TÜRKİYE'DE SOSYAL GÜVENLİK KURULUŞLARININ SAĞLIK HARCAMALARI

Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), T.C Emekli Sandığı ve Bağ- Kur'un yıllar itibariyle gerçekleşen sağlık harcamaları aşağıdaki gibidir :

4.1 SSK Sağlık Harcamaları:

Tablo 4.1 SSK Sağlık Harcamaları (1995-2005)

İLAÇ GİDERLERİ						
Yıllar	Toplam Sağlık Harcaması (*)	İlaç Harcaması	İlaç Harcaması Artış Oranı (%)	Sağlık Harcamaları İçindeki Oranı (%)	Kurum Eczaneleri	Anlaşmalı Eczaneler
1995	44.745,5	17.141,8	-	38,3		
1996	87.937,2	32.033,6	86,9	36,4	27.439,3	4.594,3
1997	199.230,4	71.224,4	122,3	35,7	60.064,7	11.159,7
1998	406.180,4	165.584,5	132,5	40,8	138.100,0	27.484,5
1999	748.699,5	304.016,7	83,6	40,6	247.198,1	56.818,6
2000	1.280.188,8	572.409,3	88,3	44,7	445.379,1	127.030,2
2001	2.257.957,6	992.615,6	73,4	44,0	770.999,4	221.616,2
2002	3.594.350,1	1.878.558,2	89,3	52,3	1.553.767,4	324.790,8
2003	4.981.193,7	2.101.495,7	11,9	42,2	1.662.127,6	439.368,1
2004	6.635.691,0	2.687.750,1	27,9	40,5	2.159.597,5	528.152,6
2005(**)	8.182.270,0	3.540.402,0	31,7	43,3	877.669,0	2.662.733,0

* İlaç harcamaları dahildir

** 2005 yılı rakamları 10 aylık fiili, 2 aylık tahmini nakit akım tablosundan alınmıştır.

Kaynak : Hamzaoğlu ve Özcan, 2006 s:83

Tablo.4.1 incelendiğinde SSK sağlık harcamaları içerisindeki ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içerisindeki payının 1998 yılından itibaren %40' tan fazla oranda seyretmekte olup 2002 yılında % 52'ye çıkmış ve yine 2003,2004,2005 yıllarında %40' tan fazla oranda gerçekleşmiştir.

4.2 Emekli Sandığı Sağlık Harcamaları:

Tablo.4.2 T.C. Emekli Sandığı Sağlık Ödemeleri

	SAĞLIK ÖDEMELERİ						
	2003		2004		2005		31.03.2006
	(Milyon TL)	%	(Milyon TL)	%	(YTL)	%	(YTL.)
Hastane A. Ve Tedavi	867.045.910	34	1.134.706.726	31	1.175.374.232,94	4	412.921.758,00
Dış Tedavi-Protez	6.349.592	39	8.439.428	33	8.963.358,54	6	2.130.337,00
Gözlük Camı-Çerçeve	44.355.649	48	48.183.643	9	47.405.465,90	-2	11.605.135,00
Vücut Organ Protez	1.776.517	41	2.301.752	30	2.001.349,03	-13	229.957,00
İçmece-Kaplıca Tedavi	863.793	47	1.374.289	59	1.711.866,54	25	270.745,00
İşitme Cihazı	4.726.073	118	8.647.778	83	9.993.236,25	16	3.011.803,00
Sağlık Yoluğu	3.833.036	28	4.655.638	21	5.292.443,94	14	1.413.994,00
Eczane- İlaç	1.516.600.601	38	1.524.299.745	1	1.607.042.801,77	5	300.665.891,00
İyileştirme	52.638.553	-2	63.086.602	20	59.260.821,72	-6	14.268.816,00
TOPLAM	2.498.189.724	36	2.795.695.601	12	2.917.045.576,63	4	746.518.436,00

Kaynak : www.emekli.gov.tr/ISTATISTIK/saglik.html#s1, 31.05.2006.

Emekli sandığı ilaç harcamaları 2003 yılında bir önceki yıla göre %38, 2004 yılında %1, 2005 yılında %5'lik artışlar izlenmiş olup, toplam sağlık harcamaları içindeki payı ise; 2003 yılında %60, 2004 yılında %55, 2005 yılında % 55 olarak gerçekleşmiştir. Yapılan sağlık harcamalarının yarısı ilaç harcamalarından oluşmaktadır.

4.3 Bağ-Kur Sağlık Harcamaları:

Tablo 4.3 Bağ-Kur Sağlık Harcamaları

GİDERLER (Milyar TL.)							
Yıllar	Hastane	İlaç	Optik	Medikal	Şahıs	Toplam	Yıllık Artış Oranı (%)
1986	0					1	
1987	2					6	1.100
1988	8					32	426,7
1989	42					160	405,1
1990	73					278	73,9
1991	257					422	51,9
1992	316					524	24,3

1993	663					1061	102,4
1994	1363					2987	181,6
1995	2.568	3.489	87	5	1.895	8.045	169,3
1996	5.715	9.195	154	9	3.339	18.412	128,9
1997	18.491	24.971	485	29	10.523	54.500	196,0
1998	52.920	121.417	1.183	72	25.663	201.254	269,3
1999	140.327	231.419	1.831	111	39.729	413.417	105,4
2000	215.605	458.336	4.401	2.946	49.008	730.296	76,6
2001	330.043	780.446	6.671	8.977	102.712	1.228.849	68,3
2002	692.913	1.321.532	12.520	9.272	159.071	2.195.308	78,6
2003	965.726	1.997.220	25.975	8.532	185.694	3.183.146	45,0
2004	1.268.556	2.187.971	28.811	8.545	225.473	3.719.356	16,8

Kaynak: www.bagkur.gov.tr/finansman/zaman_dosyalar/sheet007.html ,31.05.2006.

Bağ-Kur ilaç harcamaları incelendiğinde; toplam sağlık harcamalarının 2002 yılında %60'ını, 2003 yılında %63'ünü, 2004 yılında %59'unu oluşturmaktadır. Bağ-Kur'da da harcamaların yarıdan fazlası ilaç harcamaları olarak gerçekleşmiştir.

Yıllar itibariyle, sağlık harcamaları içerisinde büyük bir pay tutan ilaç harcamalarının bu durumu, koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte değerlendirildiğinde çok dikkat çekici bir tablo sunmaktadır.

Tablo.4.4 Seçilmiş Ülkelerde Kişi Başına Koruyucu Sağlık Hizmetleri
(ABD Doları)

	1999	2003
Avusturya (2002)	31	32
Kanada	133	202
Çek Cumhuriyeti	8	19
Finlandiya	57	85
Fransa	59	73
Almanya	123	151
Macaristan (2002)	17	24
İzlanda	20	52
İtalya	7	13
Japonya (2002)	77	58
Kore	8	9
Lüksemburg (2002)	27	39
Meksika	2	12
Hollanda	107	160
İspanya	11	19
İsviçre	95	108
Türkiye	5	4,8
Amerika Birleşik Devletleri	174	216

Kaynak: Mali İzleme Raporu, 2005, s:19

OECD verilerine (2005) göre kişi başına koruyucu nitelikte halk sağlığına yönelik yapılan harcamaların düzeyinin en düşük olduğu lke Türkiye çıkmaktadır. 1999 yılında kişi başına 5 dolar düzeyinde olan koruyucu sağlık harcaması 2003 yılında 4,8 dolara düşmüştür.(Mali İzleme Raporu, 2005, s:19)

Türkiye’deki sağlık harcamaları, gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarından düşük olmakla birlikte, sağlığa ayrılan sınırlı kaynakların verimli kullanımı gelişmiş ülkelerdeki kadar önem kazanmaktadır. (Yiğit ve Ağırbaş, 2004, s:43)

Koruyucu sağlık harcamalarının sınırlı kaynakların verimli kullanılmasının sağlanmasında önemli rolü olmaktadır. Çünkü koruyucu sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar bu hizmetlerin yerine getirilmemesi sonucu oluşacak durumda yapılacak harcamalardan oldukça düşük miktarlarda gerçekleşecektir.

BÖLÜM 5

FARMAKOEKONOMİ

Sağlık ekonomisinin alt dalı olarak ortaya çıkmış bir disiplin olan farmakoekonomi; kısaca sağlık bakım tedavilerinin maliyet yarar analizi olarak tanımlanmaktadır. (Ağırbaş, ve diğ., 2005, s:59). İlaç harcamalarının sağlık harcamaları içerisinde önemli bir yer tutması farmakoekonomi kavramının ortaya çıkmasının nedenleri arasındadır. Bu bakımdan ilaçla tedavi maliyetlerinin sağlık hizmetleri ve toplum açısından tanımlanması ve analiz edilmesi şeklinde tanımlanabilinen (Sancar,2003,s:10-12) farmakoekonominin temel yöntemleri maliyet etkinlik, maliyet tüketim, maliyet yarar ve maliyet minimizasyon analizleridir.(Ülgen,1997, s:37)

5.1.Maliyet Etkinlik Analizi: Parasal olarak ifade edilen maliyet unsurlarının (Üstel, 1993, s:4) doğal birimler olarak ölçülen sonuçlarla karşılaştırılması sonucu elde edilen kurtarılan hayat başına harcanan para, uzatılan yaşam yılı başına harcanan para, tedavi edilen olgu başına harcanan para, teşhis edilen olgu başına harcanan para, ağrısız geçen gün başına harcanan para gibi oranların bulunmasını sağlayan değerlendirme yöntemidir. (Ülgen,1997, s:37)

Farmasötik alanda ise maliyet etkinlik analizi; terapötik karar sürecinde, farmakoterapi seçeneklerinin karşılaştırılmasında, aşılama programlarının değerlendirilmesinde, klinik ilaç araştırmalarının planlanmasında, serbest ve hastane eczacılık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesi konularında uygulanabilmektedir.(Üstel, 1993, s:5)

5.1.1.Terapötik Karar Sürecinin Analizi : Birçok klinik olayda, öngörülen tedavinin uygulanıp uygulanmaması konusunda oluşan belirsizlik durumunun aşılması amacıyla tüm eylem planlarının ve herbirinin bütün çıktılarının olasılık değerlerinin yansıtıldığı karar ağacı yönteminin uygulanması ile oluşan ağacın dalları için maliyet etkinlik analizi yapılarak, belirsizlik durumunda bile önceliklerin saptanabilmesini sağlayan bir analizdir. (Üstel, 1993, s:5)

5.1.2.Farmakoterapi Seçeneklerinin Karşılaştırılması: Birbirinin yerine geçebilecek ilaçların maliyeti ve etkinliği ilişkilendirme yaklaşımıyla değerlendirilerek tedavi planının kararlaştırılmasına destek verilebilmesidir. (Üstel, 1993, s:5)

Aşağıdaki tabloda iki tip antibiyotik kulak damlasının karşılaştırılması için örnek bir maliyet etkinlik analizi yer almaktadır.

Tablo 5.1 İki Adet Antibiyotikli Kulak Damlasının, Maliyet Etkinliği Analizinin Kurumsal Örneği

	Kulak Damlası A	Kulak Damlası B
Maliyeti (ABD \$)	6.50	7.90
Etkinliği	% 80	% 90
Maliyet – Etkinlik	6.50 ABD \$ başarılı tedavi için 0.8'i uygulanmalı	7.90 ABD \$ başarılı tedavi için 0.9'u uygulanmalı
Vaka Başı, başarılı bir tedavi için gereken uygulamanın Parasal değeri (ABD\$)	$6.50/0.8 = 8.125$	$7.90/0.9 = 8.778$

Bu yolla damla A, damla B den daha az etkin olmasına rağmen, bir vakanın başarıyla tedavisi için gerekli ilaç miktarı açısından bakıldığında daha maliyet-etkin bulunmuştur. Elde edilecek ekstra faydanın, buna ödenecek ilave maliyete değmediği kararına varılmıştır. Ekstra fayda için ilave maliyet; artı maliyet- etkililik olarak bilinir; bu tip örneklerde aşağıdaki gibi hesaplanabilir.

$$(7.9 - 6.5) / (0.9 - 0.8) = 1.4 / 0.1 = 14.00 \text{ US } \$$$

Başarıyla tedavi edilen her vaka için ekstra 14 US \$ ödenmesinin kararı İTK (İlaç Tedavi Kurulu) tarafından verilmesi gerekecektir. (DSÖ, 2003, s:53)

5.1.3.Aşılama Programlarının Değerlendirilmesi: Çeşitli hastalıklardan korunmak amacıyla yapılabilecek aşılama çalışmalarının, farklı demografik yapıdaki ve değişik risk düzeyindeki gruplara ilişkin farmakoekonomik profilinin ortaya koyulabilmesi amacıyla kullanılmasıdır. (Üstel, 1993, s:5)

5.1.4.Klinik İlaç Araştırmalarının Planlanması : Yapılması gereken birden çok klinik ilaç araştırmasının öncelik sırasının belirlenmesinde kullanılmasıdır. Ayrıca, aniden ortaya çıkan ve desteklenmesi gereken yüksek öncelikli bir önerinin finansal açıdan değerlendirilmesinde yol gösterebilmek amacıyla kullanılmasıdır. (Üstel, 1993, s:5)

5.1.5.Serbest Eczacılık Ve Hastane Eczacılığı Hizmetlerinin Kalitesinin Değerlendirilmesi: Diğer sektörlerde olduğu gibi kalite kavramı sağlık alanında da önem kazanmaktadır. Maliyet – etkinlik analizi, hizmetin kalite ölçütleri arasında giderek önem kazanan “ maliyet – etkinlik” başlığına ulaşabilmesine olanak

tanılmaktadır. Diğer taraftan, bu analiz, kalite güvenliğine yönelik sistemlerin maliyet-etkin olup olmadığı konusuna da açıklık getirebilmektedir. (Üstel, 1993, s:5)

5.2.Maliyet – Tüketim Analizi : Sağlığa ayrılan kaynakların kullanımında farklı tedavilerin yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini karşılaştırmayı temel alan çalışmalardır.(Ülgen, 1997, s:37)

5.3.Maliyet Yarar Analizi : Hem maliyetlerin hem de sonuçlarının para cinsinden değerlendirildiği analizdir. Örneğin, bir hastalık için aşılama yapılması ve yapılmaması karşılaştırılıyorsa aşı yapılmadığı taktirde ortaya çıkacak hastalıklar ve bunların tedavi maliyetleri de hesaplanarak analize dahil edilmekle beraber; bu analizin eksikliği; yaşam kalitesi, iyilik hissi gibi nesnel terimlerin maddi bir karşılığı olmamasının göz ardı etmesidir.(Ülgen, 1997, s:37)

5.4.Maliyet Minimizasyon Analizi : Sağlık sorunlarının çözümünde aynı ya da benzer sonuçları vermesi beklenen yöntemlerin seçiminde kullanılan bir analizdir. (Ülgen, 1997, s:37-38)

Farmakoekonomi çalışmaları akılcı ilaç kullanımı çerçevesine dahil edilebilecek olan tedavi rehberlerinin geliştirilmesinde, fiyatlandırmada, sağlık sigortaların ilaç listelerinin oluşturulmasında ve geri ödemelerin düzenlenmesinde, yerel formüllerin hazırlanmasında (Ağırbaş ve diğ., 2005, s:60) temel ilaç listelerinin, hastane formüllerinin hazırlanmasında jenerik ilaçların kullanımının ekonomik katkılarının değerlendirilmesinde önemli paya sahip olabilmektedir.

5.5.Jenerik İlaç

Orijinal ilaç; dünyada ilk kez ilaç olarak ruhsatlandırılarak pazara verilen yeni bir etkin maddeyi belirlenen tedavi dozlarında içeren üründür. (İeis, Ekim 2005, s:7)

Jenerik (eşdeğer) ilaç ise; orijinal ilaçlarla aynı farmakolojik etkiye sahip olduğu, dolayısıyla hasta üzerinde aynı tedaviyi sağladığı bilimsel çalışmalarla kanıtlanan ve orijinal ilaçların koruma süreleri bittikten sonra satışa sunulan ürünler olarak tanımlanmaktadır. (İeis, Ekim 2005, s:7)

Jenerik ilaçların hasta tedavisinde orijinal ilaçlar ile aynı tedaviyi sağlayıp sağlamadığı yani biyoeşdeğer olup olmadığı biyoeşdeğerlik adı verilen bilimsel çalışmalarla tespit edilmektedir. (İeis, Ekim2005, s:7) Biyoeşdeğerlilik ise; jenerik ilacın orijinal ilaç ile aynı etken maddeye sahip olması ve deneysel koşullarda ve aynı molar dozda uygulandığında biyoyararlanımları (Ağırbaş ve diğ., 2005, s:62) yani; etken maddenin fizyolojik olarak aktif bir şekilde vücut tarafından alınan

toplam miktar ve hızının (Yurtoğlu, 1991, s:28) önceden saptanmış sınırlar içinde farklılık göstermediği kanıtlanan farmasötik ürünlerde söz konusu olan eşdeğerliktir. (Ağırbaş ve diğ., 2005, s:62)

Jenerik ilacın işlevlerini şöyle sıralamak mümkündür;

- Fiyat rekabetini sağlar
- Finansal kaynakların AR-GE ve hükümet yatırımları için kullanılmasını sağlar
- Hastaları eğitir ve onlara seçme hakkı tanır
- Reçete yazanların ve ilaç sunanların alternatiflerini artırır
- Sağlık sistemindeki yükü azaltır.
- Maliyet-etkililiği sağlar.
- Akılcı reçeteleme aracıdır
- Tasarruf sağlar
- Kaliteyi olumlu yönde etkiler
- Etik ihlalleri önler (Domaç, 2002, s:18)

Orijinal ilaçla üretiminden satışa sunulmasına kadar geçen tüm aşamalarının aynı olduğu jenerik ilacın avantajı; sadece orijinal ilaç üreticileri tarafından canlılar üzerinde yapılan klinik çalışmaların getirdiği maliyet avantajıdır. Yani, jenerik ilacın üretiminde böyle bir maliyete katlanmanın söz konusu olmaması satış fiyatlarının da düşük olmasını sağlamakta ve bu durum da direkt olarak kamu maliyesinde tasarruf anlamına gelmektedir. Bu nedenle jenerik ilaç kullanımı az gelişmiş olan ülkelerde olduğu kadar gelişmiş olan ülkelerde de büyük ilgi görmektedir. (Ağırbaş ve diğ., 2005, s:62 ; İeis, Ekim 2005, s:7-9) Öyle ki, dünyada orijinal ilaç üretiminde öncü olan ABD' de jenerik ürünlerin ruhsatlandırma sürecinin hızlandırılması için Gıda ve İlaç Ajansı (FDA) bütçesine ek ödenek tahsis edilmiş ayrıca kamuoyunda tanıtımı amacıyla poster broşürler bastırılmıştır, (Tokgöz, 2004, s:3) Polonya'da geri ödeme listelerine daha fazla eşdeğer ilaç dahil edilmiş olup, İngiltere'de tıp fakültesi öğrencilerine, reçete yazarken eşdeğer ürünleri tercih etmeleri yönünde eğitim verilmektedir.(www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=703&menuk=13, 13.04.2006.)

Jenerik ilaç kullanımı ile ilaç harcamalarından dolayısı ile sağlık harcamalarından İngiltere'de 2004 yılında 5,1 milyar sterlin, Almanya'da 2004 yılında 2,8 milyar Euro, Polonya'da 2004 yılında 235 milyon dolar, İsviçre'de 2005 yılında 218 milyon dolar,(www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=703&menuk=13,

13.04.2006) ABD'de ise yılda 8-10 milyar dolar tasarruf gerçekleşmektedir.(Tokgöz, 2004,s:3)

Türkiye'de jenerik ilaç üreticileri, GMP kurallarına uygun üretim yapabilen, modern teknolojiye sahip, yabancı orijinal ilaç üreticileri içinde üretim yapan eğitim düzeyi yüksek personele sahip ve yatırımlarla kendini geliştiren bir yapıya sahiptir. Türkiye'de jenerik ilaç kullanımıyla 2003 yılında 345 milyon dolar, 2004 yılında 416 milyon dolar,(İeis, 2005 Faaliyet Raporu, s:9) 2005 yılında ise 615 milyon dolar tasarruf sağlanmış olup (GE, 2006, s:40) bu tasarrufun artırılabilmesi için resmi otoritenin düzenlemeleri, doktorlar tarafından reçete edilirken özel olarak markalı ilacın verilmesi gerektiği belirtilmedi ise jenerik karşılığının verilebileceğinin açıklanması eczacıların bu konudaki tutumları, eczacıların jeneriklerin güvenilirliği, etkinliği konusunda hastalara güven vermeye çalışmaları gerekmektedir. (GE, Ocak 2001, s:24 ; GE, 2006, s:41)

Jenerik ilaçların gerek dolaylı gerekse direkt olarak ekonomik tasarruf sağlama işlevlerine sahip olmasının yanısıra fikri ve sınai mülkiyet hakları kapsamında yer alan patent, veri koruma ve veri imtiyaz uygulamalarındaki bazı problemler önündeki engelleri oluşturmaktadır.

5.5.1.Sınai Mülkiyet Hakları: Buluşların, yeniliklerin, yeni tasarımların ve özgün çalışmaların ilk uygulayıcıları adına ticaret alanında üretilen veya satılan malların üzerindeki üreticisinin veya satıcısının ayırt edilmesini sağlayacak işaretlerin sahipleri adına kayıt edilmesini ve böylece bu kişilerin ürünü üretme ve satma hakkına belirli bir süre sahip olmasını sağlayan gayri maddi hakların tanımıdır. (Banoğlu, 2001, s: 45) Bu hakları patentler ve faydalı modelleri, ticaret ve hizmet markalarını, coğrafi işaretleri, endüstriyel tasarımları, entegre devre topografyaları kapsayan sınai haklar; yazar eserlerini, artistik çalışmaları kapsayan telif hakları olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. (Banoğlu, 2001, s: 45)

5.5.2.Patent: Kısaca buluş sahibinin buluş konusu ürünü belirli bir süre rekabetten korunarak üretme, kullanma veya satma hakkıdır.(Tokgöz, 2005, s:16) Diğer bir tanımla patent; buluş sahiplerine buluşlarını ayrıntılı olarak açıklamaları karşılığında sadece buluş sahibinin belirli bir süre yararlanacağı üretim, kullanım, satış, ithal etme gibi yasal imtiyazları sağlayan ve resmi bir ofis tarafından verilen bir belgedir. (Banoğlu, 2001, s:45)

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de yirmi yıl olan patent yasası, 1995 yılında yürürlüğe girmiş, ilaçta patent koruması 1 Ocak 1999 tarihinden itibaren uygulanmaya başlanmıştır. (İeis, Ekim 2005, s:8)

5.5.3. Veri Koruma: Veri koruma ise Dünya Ticaret Örgütü anlaşması’nın eki anlamına gelen TRIPS’in 39/3 ve 551 sayılı kanun hükmünde kararname’nin 83/3 maddesinde tanımlandığı gibi; patent başvurusu yapılmış olan beşeri, veteriner ve zirai ilaçların imalat ve satış ruhsatlarının tasdiki için ilgili makamlarca talep edilen ve yaratılmaları ve birikimleri önemli bir gayret ve masraf gerektiren ve sahipleri tarafından umuma açıklanmamış olan bilgi ve test sonuçlarının talep sahibi makam tarafından gizli tutulup, bunların haksız kullanımının önlenmesi için gerekli tedbirleri almasıdır. (Tokgöz, 2005, s:16)

5.5.4. Veri imtiyazı (Münhasıriyeti) : 2/97 sayılı Ortaklık Konseyi Kararı’nda yer aldığı şekliyle belli bir süre için sağlık otoritelerinin jenerik ilaç ruhsat başvurularını kabul etmelerini engelleyen ve patent süresinden bağımsız olan ek bir pazar koruması olup, süresi ülkeden ülkeye değişmektedir. (Tokgöz, 2005, s:16)

Türkiye’de 2005 yılından itibaren herhangi bir ülkede ruhsat almış bulunan orijinal ürünlerin patent süresinin sona ermesinden sonra altı yıl süreyle veri imtiyazı uygulanması öngörülmüştür. (Tokgöz, 2005, s:16-17)

Avrupa Birliği’nde veri imtiyazı (veri münhasıriyeti), belli ürün grubu için altı+on yıl olarak uygulanmakta, ancak farklı uygulamalar nedeniyle ve homojen bir uygulama gerçekleştirebilmek amacı ile 2004 yılında sekiz+iki+bir formülü geliştirilmiştir. Bu formüle göre veri korumanın ilk sekiz yılında jenerik ilaç ile ilgili hiçbir eyleme izin verilmemekte (Ruhsat başvurusu vb.), bu süreye eklenen iki yılda ise jenerik ilaç üreticileri jenerik ruhsat başvurusunda bulunabilmektedir. Daha sonraki bir yılda da, ilk sekiz yıl içinde yapılmış ve sonuçlandırılmış olması koşuluyla yeni bir endikasyon onayı alınması halinde önceki iki yıllık sürenin bir yıl daha uzatılabilmesine imkan sağlayabilmektedir. (GE, 2005, s:13)

Veri imtiyazı ile, jenerik ilaçların, yerli ilaç kuruluşlarınca geliştirilip ruhsatlandırılmasını ciddi bir biçimde engellemesi nedeni ile, Türkiye’nin ilaç konusunda yabancı bağımlılığı önemli boyutta artacak (Domaç, 2005, s:11) ve bu durum , jenerik ilacın orijinal ilaca karşılık daha ucuz olması sebebi ile oluşacak olan akılcı kullanımı olumsuz etkilenecektir.

5.6.Geri Ödeme

Geri ödeme, tıbbi ürün ya da sağlık hizmet bedelinin tamamının ya da belirli bir oranının bu hizmeti alanlara veya hizmeti (ürünü) sunan kuruluşa sigorta kurumu tarafından ödenmesidir. (Balta, 2004, s:12)

İlaçta geri ödeme T.C. Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumlarıyla Türk Eczacılar Birliği arasında yapılan anlaşmalarla düzenlenmekte olup bu düzenlemede Maliye Bakanlığının her yıl ilaç alımında uygulayacağı esaslar (BUT) Bütçe Uygulama Talimatı ile belirlenmektedir.(Balta, 2004, s:12)

Geri ödeme, hastanın ilaca ulaşılabilirliğini arttırmakta, akılcı ilaç kullanımını sağlamakta, dolayısıyla geri ödeme listesine dahil edilecek olan ilaçların seçimi sürecinde yapılan farmakoeconomik çalışmalarında bu akılcı kullanımda etkisi büyük olmaktadır. Ülkemizde de geri ödeme sistemi oluştururken ilacın sadece fiyatının değil, toplam tedavi değerinin esas alındığı bir sistem yararlı olacağı öngörülmektedir. (İeis, 2004, s:4)

BÖLÜM 6

AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Akılcı ilaç kullanımı, bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması veya tedavi edilmesi için doğru ilacın, gereken anda, gerektiği miktarda ve uygun fiyatla kullanılmasıdır. (Banoğlu, 2001, s:40)

Başka bir tanıma göre akılcı ilaç kullanımı; hastaların klinik ihtiyaçlarına uygun, bireysel gereksinmelerine göre dozlarda, uygun bir zaman dilimi için, kendilerine ve topluluklarına en az maliyetli ilaçları almaları anlamına gelir. Akılcı ilaç kullanımı bakım kalitesini ve maliyet etkili terapiyi yaygınlaştırmaktadır. İlaçların yalnız ihtiyaç duyulduklarında kullanılmalarını ve kişilerin ilaçların ne için olduğunu ve nasıl kullanıldığını anlamalarını sağlamaktır. (DSÖ,1988, s: 63)

Akılcı olmayan ilaç kullanımı hem tıbbi hemde ekonomik yönden sonuçlar meydana getirmektedir. Tıbbi açıdan bakıldığında uygun olmayan tedavi zaman kaybıyla, hastanın gereksiz yere ıstırap çekmesi ile hatta ölmesi ile sonuçlanabilir. İatrojenik hastalıklar, hastane girişleri ve antimikrobiyel direncin artması gibi sonuçlarda oluşabilecek diğer tıbbi sonuçlardır. Bu sonuçların yaşanması en başta halkın sağlık sistemine olan güvenini azaltmakla birlikte tedavi edici ve önleyici sağlık hizmetlerine erişim oranı da azaltmaktadır. Ekonomik yönden, sınırlı olan kaynakların aşırı israfına ve ihtiyaç duyulan alanlarda temel ilaçların bulunmamasına sebep olmaktadır. (DSÖ,1988, s: 63)

Bir bütün olarak düşünüldüğünde akılcı ilaç kullanımını oluşturan birçok unsurun varlığı görülmektedir. Bu unsurların akılcılığı akılcı ilaç kullanımının yaşama geçirilmesinde büyük rol oynadığı görülmektedir. Bu unsurlar; ilaçların akılcı seçimi, ilaç lojistiğinin akılcılığı, reçete yazma sürecinin akılcılığı, reçete yanıtılama sürecinin akılcılığı, ilaçların akılcı tüketimi, ilaç bilgisi desteğinin akılcılığı, ilaç yönetiminin akılcılığıdır.(GE, Şubat 2001, s:29)

Bu unsurların içinde yer alan reçete yazma süreci daha geniş bir çerçevede problemin tanımlanması, hipotez kurulması, deney, sonuçların izlenmesi, beklenen sonuç alınmazsa basamakların yeniden gözden geçirilmesi aşamalarının yer aldığı akılcı tedavi süreci olarak değerlendirilebilir.(Oktay ve Akıcı, 2001, s:128)

Bu kapsamda akılcı ilaç kullanımını oluşturan unsurlar ilaçların akılcı seçimi, ilaç lojistiğinin akılcılığı, reçete yazma sürecinin akılcılığı, reçete yazma sürecinin daha geniş bir çerçevede değerlendirildiği akılcı tedavi süreci ,reçete yanıtılama sürecinin

akılcılığı, ilaçların akılcı tüketimi, ilaç bilgisi desteğinin akılcılığı, ilaç yönetiminin akılcılığı şeklinde sıralanabilir.

6.1 İlaçların Akılcı Seçimi

İlaçlar gereksinim duyulan yerde ve zamanda, parasal açıdan ve diğer yönlerden erişilebilir olmalıdır. İlaçların seçimi, hedef kitlenin gerçek gereksinimleri doğrultusunda biçimlendirilmelidir. Bu yaklaşım, piyasada bulunanlar arasından öncelikli ilaçların belirlenmesini gündeme getirmektedir. (GE, Şubat 2001, s:29)

Bu belirleme sonucu, temel ilaç listesi, hastane formüllerleri, standart tedavi klavuzları kavramları karşımıza çıkmaktadır.

Adı geçen kavramlar aşağıda detaylı olarak verilmiştir.

6.1.1 Temel İlaç Listesi

1897’de ilk sentetik ilaç olan aspirinin bulunmasından sonraki yüzyıl içinde birçok ilacın keşfi ile birlikte mevcut ilaç sanayindeki artışa bağlı olarak gelişmekte olan ülkelerde ilacın bulunabilinir ve erişilebilir olmamasından ve ilacın doğru şekilde kullanılmamasından kaynaklanan ciddi sorunların ortaya çıkması, temel ilaçlar kavramını ortaya çıkarmıştır. (<http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul4ilac.HTM>, 21.07.2006)

Ulusal ilaç politikasının merkezini oluşturan (DSÖ,1988, s:15) temel ilaçlar, bir ülkede sık rastlanan hastalıkların çoğu için fikir birliğine varılmış tedavi seçimlerine dayanarak belirlenen ve sağlık hizmetlerinin her bir basamağında kullanılacak ilaçlar olarak tanımlandığı gibi ([htt://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul4ilac.HTM](http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul4ilac.HTM), 21.07.2006) kısaca toplumun çoğunluğunun sağlık gereksinimlerini karşılayan ilaçlar olarak ta tanımlanmaktadır. (GE, 1996, s:30)

Temel ilaçlar, hastalık prevalansı (yaygınlığı), maliyet-etkililik karşılaştırmaları, güvenlik ve etkinlik kanıtları dikkate alınarak seçilirler. Temel ilaçların, yeterli miktarda, yeterli bilgi ve kalite güvencesi altında uygun dozaj formlarında, bireysel ve toplumsal olarak satın alınabilir fiyatta olacak şekilde, işler durumdaki sağlık sistemi içinde her zaman var olması istenmektedir. Temel ilaç listesi konseptinin uygulanmasında, esnek ve değişik durumlara uygulanabilir olması hedeflenmiştir; tam olarak hangi ilaçların temel olduğu ulusal bir sorumluluktur. (DSÖ, 2003, s:28)

6.1.2.Hastane Formüllerleri

ASPH- Amerikan Association of Hospital Pharmacist – Hastane formülleri ve formüler sistemini şu şekilde tanımlamaktadır.

Hastane Formüleri: Tıbbi personelin klinik kararlarını yansıtan önemli bilgilerin ve ilaçların devamlı olarak gözden geçirilmiş bir bütünüdür. (İzzettin ve Özdiñç, 1993, s:17)

Hastanede tedavinin başarısı etkili ilaç kullanımına bağlıdır. İlaçların çokluğu ve çeşitliliği, hastaya mümkün olan en iyi tedavinin sağlanması için ilaç seçimini belirleyecek bir programın oluşturulmasını zorunlu kılmaktadır. Böyle bir programın sağlanabilmesi için hastane formüleri etkin bir yöntemdir. (İzzettin ve Özdiñç, 1993, s:17)

Eczane Tedavi Kurullarının kitapçık şeklinde hazırladığı hastane formülerleri piyasada bulunan ilaçlardan hastanede kullanılması en etkin en güvenilir en ekonomik olan ilaçların seçimiyle oluşturulmaktadır. Bu kitapçıktaiki ilaçların akılcı kullanımına yönelik özet farmakolojik ve terapötik bilgilerin yer almasının yanında eczanenin çalışma saatleri gibi eczacılık hizmetlerine, ilaç istem ve kayıtlarının nasıl yapılacağı gibi konuların yer aldığı ilaç dağıtım sistemlerine ilişkin bilgilerin, ilaç tedavisi ile ilgili politikaların da yer alabiliyor olması , eğitici işlevlerinin de bulunduğunu göstermektedir. İlaç tedavisi ile ilgili bilgilerle ilgili olarak; örneğin; çocuk dozlarının nasıl hesaplanacağı, acil durumlarda kullanılan ilaçların doz tabloları, sık kullanılan kısaltmalar, klinik açıdan önem taşıyan ilaç etkileşmeleri, ilaç zehirlenmelerinde acil tedavi ilkeleri yer almaktadır. (Erdoğan, 2001, s: 32-33)

6.1.3 Standart Tedavi Rehberleri

İdeal bir Temel İlaç Listesi varlığında bile, listedeki ilaçların uygunsuz kullanımı olabilir. Standart tedavi rehberi veya tedavi protokolleri, kullanımı destekleyecek eğitim stratejileri ile bir arada kullanıldığında, uygun olan reçeteleme şeklini geliştirmek için etkili bir strateji, bir kaynaktır. Standart tedavi rehberi, pratisyenlere veya reçete yazanlara, spesifik klinik durumlar için uygun tedaviye karar verme konusunda yardım etmek için sistematik olarak geliştirilmiş metinlerdir. Minimum olarak, klinik durum, teşhis kriterleri, ilaçsız ve ilaçlı tedavileri, sevk kriterleri gibi özellikleri içermelidir. Sıklıkla iddia edilenin aksine, Standart Tedavi Rehberi reçete yazanları zorlamaz, tavsiyede bulunur, reçete yazan için hala uygun tedaviye karar verme kendi sorumluluğundadır. Standart Tedavi Rehberi sadece, tümüyle klinik tecrübelerle güvenerek ve iyi klinik kanıtları temel alarak hastalığın tedavisinde kabul edilen normlar içinde bir sınır belirler. Tümüyle klinik tecrübelerle güvenmek çok sınırlı bilimsel temel sağlar ve pahalı, etkisiz bir hastalık yönetimi ile sonuçlanır. (DSÖ, 2003, s:36)

Üzerinde uzlaşmış klinik rehberlere dayanan dikkatlice seçilmiş sınırlı sayıdaki ilaçlar, daha iyi ve daha düşük maliyetle ilaç tedariki sağlamak amacıyla daha akılcı reçete yazmaya öncülük etmelerinin nedenleri şöyle sıralanabilir. (DSÖ, 1988, s:35)

- Güvenlik ve maliyet etkinliğe dayalı seçilmiş temel ilaçlar daha akılcı reçetelemeye ve bu sayede daha iyi bakım kalitesine, paranın alabileceği daha iyi bir değere öncülük eder.
- Sağlık çalışanlarının eğitimi ve genel ilaç bilgisi daha odaklı olabilir.
- Reçete yazanlar daha az ilaçla daha çok deneyim elde ederler ve ilaç etkilerini ve yan etkilerini daha kolay tanırlar.
- Azaltılmış sayıdaki ilaçla kalite güvencesi, tedarik, depolama, dağıtım ve reçete hazırlama işlerinin tümünden daha kolaydır.
- Daha az kalemin daha çok miktarda tedariki daha fazla fiyat rekabetine ve ölçek ekonomisine yol açar.

Tüm bunlar kamu sektöründe ilaçların mevcudiyetinin dengesiz bulunduğu yetersiz kaynak durumlarında çok daha önemli hale gelmektedir. (DSÖ,1988, s:35)

Türkiye’de akılcı ilaç kullanımında önemli etkileri olan temel ilaç listeleri ve formüllerin bulunmaması bu kullanımın yaygınlaştırılmasında büyük engel teşkil etmektedir. Bu alanda resmi otorite, meslek örgütleri ve akademik çevrelere büyük sorumluluklar düşmektedir.(Akıcı, 2000, s:13)

6.1.4. İlaç Lojistiğinin Akılcılığı:

Akılcı ilaç kullanımının önemli unsurlarından biride ilacın satın alma, depolama, envanter denetimini ve dağıtımını kapsayan lojistiğidir. Dağıtım zinciri ilaçların gerekli noktalara zamanında ve iyi durumda ulaştırabilmesine olanak sağlayacak özellikte olmalıdır. (GE, Şubat 2001, s:29)

İlaç lojistiğinin organizasyonunda depocunun, üretici, ithalatçıların satış için hazırlanan ürün yelpazesinin geniş olmasının yanında hasta için risk oluşturabilecek olan ilaçların yetkililerin isteği ile kısa bir sürede geri çekilebilmesi, siparişlerin alınması ve hazırlanması sırasında bilgisayar ve internetin kullanılması gibi konular yer almaktadır. (Sancak, 2001-2002, s:33) Ayrıca; İlaç gereksiniminin kesintisiz biçimde karşılanabilmesi, ilaçların stabilitesi (raf ömrü) ve güvenliği (yetkisiz ellere geçmemesi) açısından önemi olan stoklama ve envanter denetimi önemli olmaktadır. (GE, Şubat 2001, s:29)

6.1.5. Reçete Yazma Sürecinin Akılcılığı :

Tanının doğru konmasıyla başlayan reçeteleme süreci sırasıyla; öncelikle tedavide ilaç gerekip gerekmediğine karar verilmesi, tedavide ilaç kullanılacak ise alternatif ilaçların etkililik-güvenirlilik-ekonomik olma açılarından karşılaştırılmalı biçimde değerlendirilmesi, tedavinin planlanması ve izlenmesi basamaklarını içerir. (GE, Şubat 2001, s:29)

Doktorların direkt etkili olduğu bu süreç içerisinde önemli olan nokta reçete yazma alışkanlıklarının temelinde, ilaç firmalarının yönlendirme çabaları ve hastaların baskıya dönüşen beklentileri değil akılcılık yatmasıdır.(GE,Şubt2001,s:29)

Reçete yazma süreci daha geniş bir anlatımda ele alındığında bu süreç akılcı tedavi süreci olarak değerlendirilebilir.

6.1.6.Akılcı Tedavi Süreci

İyi bir bilimsel yaklaşım için, problemin tanımlanması, bir hipotez kurulması, hipotezin test edilmesi, bir sonuç elde edilmesi ve sonucun doğrulanması sürecini içeren kesin metodoloji izlenmelidir. Buna göre akılcı tedavi sürecinde hasta tedavi edilirken ilk olarak problemin dikkatlice tanımlanması (tanı) gerekmektedir. Bundan sonra, tedavi amaçları belirlenmeli ve değişik seçenekler içinden etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavi seçilmelidir. Sonra, tedaviye başlanmak için, uygun bir reçete yazılmalı, hastaya açık bilgiler ve talimatlar verilmelidir. Daha sonra tedavinin sonuçları izlenerek; başarılı olup olmadığı değerlendirilmelidir. Eğer problem çözümlenmiş ise tedavi sonlandırılabilir, eğer çözümlenmemiş ise bütün basamakların yeniden gözden geçirilmesi gerekmektedir.(DSÖ, Reçete Yazma Rehberi, s:1)

Buna göre akılcı tedavi sürecinin ilkeleri genel olarak; problemin tanımlanması (doğru tanı), hipotezin kurulması, deney, sonuçların izlenmesi, beklenen sonuçlar alınmazsa basamakların yeniden gözden geçirilmesi şeklinde gruplandırılabilir. (Oktay ve Akıcı, 2001, s:128)

6.1.6.1.Problemin Tanımlanması (Doğru Tanı)

Akılcı ilaç tedavisinin en temel noktalarından biri tanının doğru konmasıdır. Doğru tanı, hasta için uygulanacak tedavi sürecinin en önemli basamağıdır. İlaç tedavisine karar vermeden önce hastanın hekime başvurmasının görünür nedeninin altında yatan gerçek nedeninin tespiti gereklidir. Bu neden altta yatan hastalığa ait belirti, psikososyal veya sosyal bir problem, anksiyete,(bunaltı), kullanılan ilaçların

yan etkisi, tekrar ilaç yazdırma isteği, tedaviye uyuncunun düşüklüğü, koruyucu tedavi isteği veya bunların kombinasyonu olabilmektedir. (Oktay ve Akıcı, 2001, s:128)

Hekimlerin sağlıklı, kesin ve doğru tanıya sahip olmaması, hekimin tanıdan tedaviye değil semptomdan tedaviye yönelmesine neden olmaktadır. Bu da teşhis sonucu yazılacak ilaçların yerine semptomları giderici ilaçların reçeteye yazılması sonucunu meydana getirmektedir. (Banoğlu, 2001, s:43)

Tanının doğru konup tedavinin o yönde yapılması beraberinde başarıyı getirecektir. Yanlış bir tanının konması durumunda ise yanlış bir tedavi süreci başlayacağından gerçek problemin çözümsüz kalması zaman ve ekonomik kaybın gerçekleşmesine neden olacaktır. (Eşkazan, 1999, s:11)

6.1.6.2.Hipotezin Kurulması:

Hipotezin Kurulması; tedavi amaçlarının belirlenmesiyle bu amaca yönelik olarak daha önce bu indikasyon için seçilen tedavinin hasta için etkinlik, güvenlik, uygunluk ve maliyet açısından doğru seçenek olup olmadığının sorgulanıp uygun tedaviye karar verilmesidir. (Oktay ve Akıcı, 2001, s:128)

Hasta için uygun tedaviye karar verme bir anlamda seçilen tedavinin gerek yaşam özellikleri gerekse fiziksel özellikleri dikkate alınarak bireye özelleştirilmesidir. Örneğin; yirmi yaşındaki ve seksen yaşındaki iki hastaya, kırkbeş kilo ve yüziki kilo olan iki hastaya, organ (böbrek, karaciğer gibi) fonksiyonları tam olarak çalışan ve bozuk olan iki hastaya aynı hastalık için aynı tedavi şekli (ilaç, doz, dozaj şekli) seçilmemelidir. (Demirkan, 2003, s:186) Yine tedavi, çalışma, eğitim hobi gibi hastanın günlük yaşam koşullarına ek olarak ilacın hasta tarafından elde edilebilirliği de dikkate alınmasıyla seçilmelidir.(Eşkazan, 1999, s:12)

6.1.6.3.Deney

Hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesi, ilaç ve ilaç dışı tedavi ile ilgili talimatların uyarıların anlatılması ve tedaviye başlanmasıdır. (Oktay ve Akıcı, 2001, s:128)

Daha geniş bir anlatımla; üçüncü aşamada, olası tedavi yaklaşımlarının şemasının veya listesinin yapıp hastaya uygun olan tedavi olanaklarının sıralanması ve hastanın olası tedavi seçenekleri konusunda aydınlatılmasıdır. Tedavi hasta ile birlikte belirlenir. Tedavi yaklaşımları dört tanedir; öğütler, ilaçsız tedavi, ilaçlı tedavi ve en sonuncusu sevk etmektir. Hastaya bir takım “öğütler” verilebilir. Örneğin; hipertansiyon hastalarına verilen sigarayı bırakma, obez hastalarda kilo

verme ögütleri gibi. Hastalara “ilaçsız tedaviler” de (farmakolojik olmayan tedaviler) verilebilir. Örneğin; fizyoterapi, vb. gibi.(Çelik, 2000, s:416)

Eğer tedavi yaklaşımlarından ilaç tedavisi uygulanacak ise, günde oldukça yoğun hasta muayenesinden dolayı oluşan zaman kısıtlılığında, etkin bir ilacın seçimi için, ilgili doktor tarafından düzenli olarak yazılan, nispeten özellikleri daha fazla bilinen ve belirli endikasyonlarda tercih edilebilen önceden oluşturulmuş K (kişisel) ilaçlardan ilaç seçiminin yapılması şimdiye kadar yapılmış en geçerli yöntemlerden birisidir.(Çelik, 2000, s:416)

K- ilaç, benzer probleme sahip ve ilaç tedavisi uygulanacak olguların, yaklaşık % 60’ında kullanılabilir bir ilaç olmalıdır. Bunu uygulayabilmek için önce hekim kendi kullanacağı ilaçların bir listesini yapar ve seçilen bu ilaçlar hakkında her türlü bilgiye sahip olunur. “Etkinlik, Güvenlilik, Uygunluk ve Maliyet” açısından ilaçlar kıyaslanır.

K-İlaç seçiminde öncelikle probleme uygun etkin ilaç gruplarının listesi yapılır. Bunlar özellikleri kendi aralarında kıyaslanır ve en uygunu seçilir. Seçilen grubun içerisinde tekrar ilaçlar kıyaslanır ve “Etkinlik, Güvenlilik, Uygunluk ve Maliyet” açısından en yüksek skoru alan ilaç doktorun K-İlacı olarak belirlenir. Seçilen K-ilacın ticari isimleri, dozları, kullanım şekilleri v.b. gibi bilgiler de toplanır. Böylece her hekim değişik problemler için kendi hazırladığı kişisel bir “formülere” sahip olur. K-İlaç seçimi bu yüzden eğitici olmaktadır. (Çelik, 2000, s:416)

Güvenli bir ilaç tedavisinin seçiminde , bir indikasyon için ilk akla gelmesi gereken ilacın belirli bir hasta için uygunluğunun değerlendirilmesidir. Buna göre değerlendirme yapılırken etkinlik, uygunluk ve güvenlilik açısından yanıt aranan sorular şunlardır: Öncelikle etken madde ve dozaj formunun hastaya uygunluğu değerlendirilir. İndikasyon (İlaç gerçekten gereklimi?) (Etkinlik), Kolay temin edilebilirmi, kolay taşınabilirmi, fiyatı ne? (Uygunluk), Yüksek risk grupları, başka hastalıklar ? İlaçlar, gıdalar ve alkolle birlikte etkileşmeler (Güvenlilik); daha sonra dozaj programının uygunluğu değerlendirilir; Yeterli doz (Etkinlik), Ezberlemesi ve uygulaması kolay mı ? (Uygunluk), Yüksek risk grupları, başka hastalıklar ? İlaçlar, gıdalar ve alkolle birlikte etkileşmeler (Güvenlilik); son aşamada ise tedavi süresi açısından yani ; Yeterli süre (Etkinlik); saklaması kolay mı?, fiyatı ne? (Uygunluk), Yan etkileri, bağımlılık, miktarı fazlamı, etki kaybı, kalan ilaçlar? (Güvenlilik) soruları ile değerlendirilme yapılır.(Oktay ve Akıcı, 2001, s:129)

Yapılan değerlendirmeler sonucu varılan karar aşamasını takiben, tedaviye başlanması gerekmektedir bunun içinde oğütler ve önemlilik nedenleri açıkladıktan sonra gerekli ilaçlar reetelenerek hastaya verilir. Reçete yazma ilaçların isimlerinin reçete kağıdına yazılmasından ibaret değildir. Reçeteye yazılan ilaçlar ile ilgili tüm önemli bilgiler ilgili kişinin anlayacağı bir dil ile ve kısa, net açık cümleler ile anlatılması gerekli olmaktadır. Bu açıklamada önce ilacın verilme nedeni açıklanmalı, sonra gerekli bilgi ve talimatlar ve uyarılar anlatılmalıdır. (Akıcı, 2000, s:8) İlacın etkileri açısından bu talimat ve uyarılar; hangi belirtiler, ne zaman kaybolacak, ilacı almak neden önemli, ilacı almaz ise ne olabilir; yan etkiler açısından; hangi yan etkiler oluşabilir, bunları nasıl fark edebilir, bunlar ne kadar sürecek, ne kadar ciddi, ortaya çıktığında ne yapabilir; kullanım talimatı olarak; ilaçları ne zaman almalı, nasıl almalı, nasıl saklamalı, tedaviyi tamamlamak için ne kadar devam etmeli, sorun çıktığında neler yapmalı soruların cevapları hastaya anlatılmalıdır. Ayrıca; ilacı kullanırken neleri yapmamalı (araba, veya makine kullanmak), azami doz (toksik ilaçlar için), tedaviyi tamamlamanın zorunluluğu (örn. Antibiyotikler) gibi konularda uyarılar yapılmalı; ne zaman kontrole gelmeli (ya da gelmemeli), ne olursa daha erken kontrole gelmeli, kalan ilaçları ne yapmalı, kontrolde doktora söylemek için hangi noktalara dikkat etmeli şeklinde kontrol bilgileri verilmeli; en son aşamada ise hastadan, her şeyin anlaşıldığına dair onay alınıp, bilgileri tekrar ettirip başka sorusu olup olmadığı sorulmalıdır. (Oktay ve Akıcı, 2001, s:129) Yazılan reçete ile ilgili bilgilerin bir kısmının eczacılar tarafından da anlatılması hekimin anlatmasını gereksiz kılmamaktadır. Aksine akılcı yaklaşımın gereği olmaktadır.(Akıcı, 2000, s:8) Hastanın sosyokültürel durumuna göre, gerekiyorsa kullanım talimatı ve uyarılar, reçeteden başka bir kağıda yazılarak hastaya veya yakınına verilmelidir.(Akıcı, 2000, s:8)

6.1.6.4. Sonuçların İzlenmesi

Tedavi süreci sonunda, hastanın izlenmesi gerekir. Bu izlem sırasında eğer problem çözümlenmiş ise tedavi sonlandırılabilir, çözümlenmemiş ise bütün basamaklar gözden geçirilmelidir. (Oktay ve Akıcı, 2001, s:128)

Problemin çözümlenememesinde üç noktanın etkenliği söz konusu olabilir.

1-Tedavi etkili olmamıştır.

2-Tedavi güvenli değildir. Örneğin, hasta için dayanılamayacak derecede yan etkilerin ortaya çıkması durumu söz konusudur.

3-Tedavi uygun değildir. İlaçların tadı hoş olmayabilir, ya da uygulanacak doz şeması karmaşık olabilir. Dolayısıyla uyunç düşüklüğü söz konusu olabilmektedir.

Bunların hepsi, biri ya da birkaçı söz konusu olabilir.(DSÖ, Reçete Yazma Rehberi, s: 10-11)

İlaçlar, diğer ilaçlar, besinler ve hastalıklar gibi çeşitli faktörler tarafından etkilenebilir ve bu etkileşmeye bağlı olarak ilacın etkisi, kan düzeyi, vücuttan atılımı gibi özellikleri artabilir veya azalabilir. Etkileşme sonucu tedaviden yeterli sonuç alınamayabilir veya ilaç toksisitesi ortaya çıkabilir. (Demirkan, 2003, 183)

22.03.2005 tarihli ve 25763 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelikte Bir beşeri tıbbi ürünün hastalıktan korunma, bir hastalığın teşhis veya tedavisi veya bir fizyolojik fonksiyonun iyileştirilmesi, düzeltilmesi veya değiştirilmesi amacıyla kabul edilen normal dozlarda kullanımında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış bir etki olarak tanımlanan advers etkileri / yan etkileri sonucu bazı hastalıklar ve sistem bozuklukları ortaya çıkabilir ve hatta ölümle sonuçlanabilir. Advers ilaç etkileri genelde geri dönüşümlü ve önlenemez özellikte olduklarından, erken teşhis ve tedavi büyük önem taşımaktadır. (Demirkan, 2003, 184)

İlaç etki ve yan etkilerinin değerlendirilmesinde plazma ilaç düzeylerinin ölçülmesinin belli ilaçlar için önemli katkıları olmakla beraber, bir diğer yararı hastanın tedaviye uyuncunu kontrol olanağını vermesidir. Özellikle, yeterli ilaç aldığıının belirtilmesine karşın beklenen tedavi yanıtının alınmadığı hastalarda ilaç plazma düzeyleri önemli bilgiler sağlamaktadır ve birçok hastada yeterli ilaç dozlarının alınmadığı bu yaklaşımla ortaya çıkarılabilir. (Eşkazan, 1999, s:19)

6.1.7. Reçete Yanıtıma Sürecinin Akılcılığı

Hastaya basit hastalıklar konusunda tavsiyelerde bulunmak, gerektiğinde hastanın hekime başvurmasını sağlamak gibi görevleri de olan eczacının görevi reçete yanıtıma sürecinde yalnızca ilaçları satmak değil, ilacın uygun kullanılması için hastayı sözlü olarak ve gerektiğinde yazılı olarak bilgilendirmek, hekimle gerekli iletişimin kurulması ve tedavinin izlenmesidir. Burada önemli olan nokta bu görevlerin yerine getirilmesinde ticari kaygılar duyulmadan hastanın tedavisi açısından akılcı olmaya dayandırılarak yapılmasıdır. (GE, Şubat 2001, s:29;Durgut, 2000, s:9-10)

6.1.8. İlaçların Akılcı Tüketimi

Akılcı ilaç kullanımında topluma düşen sorumluluk, ilaçların akılcı tüketimidir. Aslında bu sorumluluk, toplum ile sağlık profesyonelleri ve kitle iletişimcileri arasında paylaşılmaktadır. Toplum, sağlık-hastalık-ilaç konularında bilinçlendirilmelidir. (GE, Şubat 2001, s:29)

Toplumun “ kendi kendini ilaçla tedavi etmesi” (reçetesiz ilaç tedavisi) kavramına ihtiyatla yaklaşılması gereklidir. Toplumun kültürel altyapısı ve bu doğrultuda biçimlenen farmakoantropolojik (ilaç tedavisine dönük tutum ve davranışlarla ilişki) gerçekler üzerinde titizlikle durulmalıdır.(GE, Şubat 2001, s:29)

Yeterli ve uygun şekilde kullanımı etiketlerinde anlatılan, profesyonel özellikteki bireylerin tavsiyelerinin alınmasına gerek duymadan kişilerin kendi kendilerini tedavi etmelerine olanak sağlayan, yasalara uygun bir şekilde eczanelerde ve eczane dışı kuruluşlarda satılabilen ilaçlar olan reçetesiz ilaçlar; etki ve yan etkilerinin, önerilen kullanım dozu ve süresinin, tatbik şeklinin, uzun yıllar kullanımı sonucu elde edilen bilgi ve bulguların uzmanlarca değerlendirilmiş ve bu değerlendirme sonucuna göre hekim tavsiyesi olmadan kullanılıp kullanılmayacağına karar verilmiş olan ilaçlardır. Hastalar kendi kendini tedavi etmek basit rahatsızlıkları ve yaralanmaları iyileştirmek için hekim ve eczacı tavsiyesi almaksızın reçetesiz ilaç kullanmaktadırlar. (Yüksel, 2000, s:108-109)

Minimum yan etkiye sahip, güvenilirliği yüksek olan reçetesiz ilaçlar aynı zamanda suiistimal edilmeye oldukça uygundurlar. (Durgut, 2000, s:15) İlaçların suiistimali konusunda yapılan bir araştırmada aşağıdaki sonuçlar ortaya çıkmıştır.

Akşam gezmesine giden ailelerin bir kısmı çocuklarına, bakıcılarını rahatsız etmesinler diye, “Benylin” öksürük şurubu vermektedirler.

Yine başka bir örnekte; hastane kayıtlarından alınan bir vakaya göre; yaşlı bir kadın halisinyasyon ve delirium semptomları içinde hastaneye götürülür. Kanında anormal kalsiyum düzeyleri saptanır. Soruşturulduğunda her gün birkaç TUMS (kalsiyum karbonat simetikon) tableti kullandığı ortaya çıkar. Biraz daha araştırıldığında haftada 200 tabletin üzerinde kullandığı saptanır. Kadın bunları kısa bir süreden beri kullandığını kabul eder, fakat bu kısa sürenin de son bir yıldan beri olduğu anlaşılır. (Durgut, 2000, s:15)

OTC (Over The Counter – Reçetesiz İlaçlar) ilaçlarının suiistimal edilmesi kişilerin sağlıklarında yeni problemlerin çıkmasına sebep olmakta ve bu durumdan hem kişi hem de ülke ekonomisi olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle OTC

ilaçlarının akılcı kullanımını sağlamak için kişilerin bilinçlendirilmesi ve eğitilmesi önem kazanmaktadır.

6.1.9. İlaç Bilgisi Desteğinin Akılcılığı :

Akılcı ilaç kullanımının her aşamasında çeşitli kaynaklardan (devlet, ilaç endüstrisi, yazılı ve görsel basın v.b.) akan nicelik ve niteliği, tarafsız, doğru, eksiksiz, güncel ve kullanılabilir ölçütleri ışığında sürekli değerlendirilen ilaç bilgi desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. (GE, Şubat 2001, s:29)

İlaç bilgisini sağlayıcı kaynaklar; mesleki dergi makaleleri, ilaç bilgisine yönelik yayınlar, tıp mensuplarının fikirleri, seminer ve konferanslar, satış temsilcilerinin tanıtım gayretleri, doğrudan mektupla reklam ve sürekli eğitimidir. (Öktem, 1996, s:10-11) Temel ilaç listeleri, standart tanı ve tedavi klavuzları, hastane formüllerleri de ilaç bilgisi desteğini sağlayıcı kaynaklar olarak kabul edilebilir.

6.1.10.İlaç Yönetiminin Akılcılığı :

Bir amaca bağlılık ve eylem için bir rehber olan, ulusal bir ilaç politikası; hem kamu sektörünü hem de özel sektörü kapsayan ve farmasötik sahasında tüm ana aktörleri içeren bir rehberdir. Farmasötik sektörü için devlet tarafından belirlenmiş orta ve uzun dönemli amaçları ifade eden ve onlara öncelik veren ayrıca bu amaçlara ulaşmak için kullanılacak stratejileri tanımlayan ulusal ilaç politikası, farmasötik sektörün faaliyetlerinin içinde koordine edilebileceği bir çerçeve sağlar. (DSÖ,1988, s:14)

Akılcı ilaç kullanımının sağlanmasının gereklerinden biri de ilaç yönetiminin, oluşturulan ulusal ilaç politikası çerçevesinde değerlendirilmesidir.(GE,Şubat2001, s:29)

İlacın üretiminden tüketimine kadar olan süreçte görev alan; hükümetler, üreticiler, dağıtıcılar, ilacı tüketiciye intikal ettirenler, reçete yazanlar, hastalar, ilgili tarafları oluşturmakta ve bu taraflardan kaynaklanan nedenler akılcı ilaç kullanımını olumsuz yönde etkilemektedirler.

6.2.Akılcı İlaç Kullanımını Etkileyen Nedenler:

Akılcı ilaç kullanımını olumsuz yönde etkileyen nedenler aşağıda açıklanmıştır:

6.2.1.Sağlık Kuruluşlarından Kaynaklanan Nedenler

Akılcı ilaç kullanımının ilk aşaması; hastanın öyküsü, laboratuvar, görüntüleme bulguları, hekimin bilgi ve tecrübesiyle birlikte tanının koyulmasıdır. Ancak, laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinin yerinde ve gerektirdiği ölçüde kullanılması akılcı kullanımın gereğidir. (Eşkazan, 1999, s:11) Sağlık kuruluşlarında mevcut fiziki koşulların gerektiği şekilde var olması, doğru tanı koymak için yukarıda

sayılan faktörlerin sağlıklı bir şekilde bir arada değerlendirilebilmesinde etken rol oynamaktadır.

Ülkemizde sağlık kuruluşlarında yaşanan yoğunluk nedeni ile gerek hekim başına düşen nüfusun fazla olmasından dolayı hastanın değerlendirilmesi açısından gerekli olan zamanın kısıtlanıyor olması, gerekse diğer personel başına da düşen nüfus açısından yoğunluk yaşanması, akılcı ilaç kullanımını olumsuz yönde etkilemektedir.

Hekimin görevi sadece hastasına verdiği ilaçlar için, eczacıya yazdığı imzalı bir teknik yazı olan reçeteyi (Kayaalp,1987, s:483) yazıp hastasına vermekle bitmemelidir. Akılcı tedavi sürecinin bir gereği olarak reçete ile ilgili gerekli bilgilerin anlatılması gerekir ancak, sağlık kuruluşlarındaki yoğunluk bu durumun doktor tarafından yerine getirilmesini engellemekte ve hatta doktor tarafından yazılmış olan bazı reçeteler okunamamaktadır. Bunun sonucunda hastaya yanlış ilaç verilmesinden dolayı hastada istenmeyen durumlar oluşabilmektedir.(Banoğlu , 2001, s:43)

Ayrıca, bazı sağlık kuruluşlarına yapılan yatırımların eksik kalması sonucu tam bir tanının koyulması için gerekli tetkiklerin yapılamamasından dolayı semptomdan tedaviye doğru bir yol izlenmekte, bu da teşhis sonucu yazılacak ilaçların yerine semptomları giderici ilaçların reçeyete yazılmasını gerektirmektedir. Ayrıca, hekim tarafından hastalığa yönelik kullanılabilecek tüm ilaçların bir defada reçetelenmesi de söz konusu olabilmektedir.(Banoğlu , 2001, s:43)

6.2.2.Aile Hekimliği Sisteminin Konumundan Kaynaklanan Nedenler

2004 yılında Hollanda'da yapılan ikinci Avrupa Aile Hekimleri Eğitimi toplantısında birinci basamak hekimliği'nin insanı organ ya da sistemlerini esas alarak inceleyen, diğer klinik uzmanlık dallarından farklı bir uzmanlık dalı olduğu vurgulanarak Aile Hekimliği:Yaş, cinsiyet ve hastalık ayırımı yapmaksızın kişiler, aileler ve belirli bir topluluğa kişisel, birinci basamak, sürekli ve devamlı bakım veren lisanslı tıp doktorudur. Bu fonksiyonların bir sentezini yapması onu diğer uzmanlık dallarından ayırır. Hastalarına; muayenehanesinde, evde ve bazen bir klinik ya da hastanede bakar. Amacı erken tanı koymaktır. Hastalık ve sağlık hakkındaki düşüncelerine fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri de dahil eder. Kendisine bir hekim olarak getirilen tüm sağlık problemleri hakkında bir ilk değerlendirme yapar. Kronik, tekrarlayıcı ya da terminal hastalığı olan hastalarının devamlı bakımını üstlenir. Hastasıyla uzun süreli ilişki kurması, her hastası için tekrarlayan zamanlarda profesyonel olarak kullanabileceği bilgiler toplayabilmesi ve karşılıklı güvene dayalı

bir ilişki kurması anlamına gelir. Diğer medikal ve paramedikal uzmanlarla birlikte çalışır. Hastalarının ve ailelerinin sağlığını artırabilmek için tedavi, koruma ve eğitim hizmetleri arasında nasıl ve ne zaman geçiş yapılacağını bilir. Topluma karşı da profesyonel sorumluluğu olduğu unutmaz şeklinde tanımlanmıştır.(Görpelioğlu, 2004, s:1)

Aile hekimliği; hastalara ulaşılabilir ve kabul edilebilir hizmetler, sağlık hizmetleri kaynaklarının adil dağılımı, kapsamlı tedavi, palyasyon ve koruyucu hizmetlerle sağlığın geliştirilmesini sağlayan hizmetleri entegre ve koordine bir şekilde ulaştırılması, ikinci basamak teknoloji ve ilaçların rasyonel kullanımı, hizmetlerin maliyet-etkinlik oranlarında artma sağlayabilmektedir.(Görpelioğlu, 2004, s:4)

Bu artışlar ikinci basamak sağlık hizmetlerindeki yükü azaltarak, buradaki hizmetlerde kalite açısından yükseklikle beraber maliyet açısından düşüklük sağlayacaktır.

Ülkemizde, Sağlık ocağı başına düşen ortalama nüfusun bazı bölgelerde fazla yoğunlaşmış (Marmara,Güney Doğu Anadolu Bölgelerinde) olması ile beraber diğer bölgelerde de yoğunluk söz konusudur. (Tablo 2.3)

Gerek birinci basamak sağlık hizmetlerinin yeterli yatırımlarla birlikte ve optimal düzeyde dağılmış olmaması, gerekse kişilerin direkt olarak ikinci basamak kuruluşlara müracaat etmeleri aile hekimliğinin uygulanabilirliğini etkilemektedir.

6.2.3.Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç Kullanımının Yaygınlığı

Kişi tarafından çevresindekilerce (arkadaş, komşu, aile bireyleri vb..) tavsiye edilen ilaçlar, daha önce kendine başka bir hastalık için iyi gelmiş ilacın tekrarı, gibi durumlar oldukça sık karşılan durumlar olup bunların meydana gelmesine ise kişinin eğitim düzeyinin konumu , sosyal güvencesinin olup olmaması, ekonomik gücünün derecesi, sağlık kuruluşlarına uzaklık ve ulaşım imkanı gibi faktörler etki etmektedir.

6.2.4.Doktorun Belirlediği İlaç Kullanma Talimatına Uyum Derecesi:

İlaç ve diğer uygulamalar konusunda hastanın hekimin tavsiyesilerine uyma derecesi yani uyuncu ilaçla tedavinin ve diğer uygulamaların başarılı olmasında en başta gelen faktörlerden biridir. (Kayaalp, 1992, s:5)

Hastanın uyuncu yaşlı olması, eğitim düzeyi, ilaç alma konusundaki titizliği, çevresindekilerin bu konuda dikkati gibi faktörlerin yanı sıra hastalığın kişiye verdiği belirtiler, ilacın farmasötik şekli, yan tesiri, alım sıklığı gibi faktörlerden

etkilenmektedir. Uyuncu düşük olan bir hastanın uyuncunu artırmak için hekime, hekim yardımcısına ve eczacıya önemli görevler düşmektedir. (Kayaalp, 1992, s:5)

6.2.5.Reçete Gerektiren İlaçların Reçetesiz Alınabilmesi

İlaç insan sağlığını direkt olarak etkileyen özelliklere sahip olduğu için her ilaç reçete ile satılmalıdır. Bağımlılık yapıcı olan ya da yapıcı olmayan ilaçlardan her ikisi içinde aynı kural geçerlidir. Ancak; sık görülen ve çoğu kez kişinin sağlığını tehdit etmeyen ve kısa sürüp kendiliğinden geçen bazı durumlarda kullanılan ilaçlar reçetesiz satılabilir. Reçetesiz satılan veya satılması uygun görülen ilaçlar; aspirin ve parasetamol gibi uzun yıllar denenmiş ağrı kesici ilaçlar, yara ve birinci derecede (hafif) yanık gibi durumlarda dışardan kullanılan antiseptik ilaç müstahzarları, bağımlılık yapmayan sentetik öksürük kesici ilaç müstahzarları, alerjiye karşı oral veya dıştan kullanılan antihistaminik müstahzarları, soğuk algınlığına veya alerjiye karşı kullanılan bazı vazokonstriktör ve antihistaminik ilaç kombinasyonları, bazı oftalmik merhem ve solüsyonlar, bazı burun damlaları, antiseptik kulak damlaları, düşük dozda vitamin içeren müstahzarlardır. (Kayaalp, 1987, s:493)

Ülkemizde reçetesiz satılması öngörülen ilaçların sayısı çok azdır. Buna karşılık pek çok ülkede olduğu gibi ülkemizde de kontrol altındaki özel ilaçlar dışında, (Kayaalp, 1987, s:493) tıbbi gözetim ve bir reçete gerektiren ilaçlar ilaç satıcılarından ve eczanelerden kolayca temin edilebilir. Bu uygun olmayan kullanıma, doğru tanı ve tedavide gecikmelere yol açabilir.Sonuçta; kullanan kişi üzerinde geri dönüşü olmayan hasarlara hatta ölüme neticelenen bir tablo oluşabilir. Bu kullanımın ilaç direncine, ilaç etkileşimlerine, yan etkilere, kıt hane halkı kaynaklarının verimsiz kullanımına sebep olmaktadır. (DSÖ, 1988, s:64)

6.2.6.Eczanelerde Reçetelenen Farmasötik Şekil Sayısında Ambalajlama (Tane İle Satışın) Uygulaması

Hastalığın tedavisi için kullanılması gerekli olan ilaç miktarı hastanın günde kullanacağı farmasötik şekil sayısı ve tedavinin süresine göre belirlenmektedir. Reçeteye gerekli olan ilaç miktarı buna göre yazılmaktadır. Ancak bu konuda dikkat edilmesi gereken nokta kutudaki farmasötik şekil sayısının bilinmesi gerektiğidir. Bunun bilinmemesi iki durumun ortaya çıkmasına neden olmaktadır. İlk durumda kutudaki ilaç sayısının reçete edilenden az çıkmasıdır. Bu durumda hastada hekime ve sağlık sistemine karşı bir güvensizlik oluşacaktır. İkinci durumda ise kutudaki ilaç

sayısının reçete edilenden daha fazla çıkması durumudur ki bu ilaçların israf olması anlamına gelmektedir. Müstahzarların kutu olarak değil de farmasötik şekil sayısına göre verilmesi ilaç israfını önleyen bir uygulamadır. Ancak, Türkiye’de gerekli koşulların yerine getirilmeden böyle bir uygulamaya geçilmesinde sakıncalar olacaktır. (Kayaalp, 1987, s:487-488)

Ülkemizde Sosyal Güvenlik Kuruluşları : Emekli Sandığı, Bağ-kur ve SSK hastalarında ilaçların ayaktan hastalarda yedi gün, yatan hastalarda beş günlük dozların verilmesi söz konusudur. Buna göre;

15.12.2005 Sayı: 26024 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatında Reçete Düzenlenmesi şu şekilde belirtilmiştir.

Ayakta veya Evde Tedavilerde Reçetelerin Düzenlenmesi :

Ayakta veya evde tedavi sırasında gerekli görülen ilaçlar için sağlık karnelerinde bulunan kendinden kopyalı reçeteler kullanılacaktır.

Yatarak Tedavilerde Reçetelerin Düzenlenmesi :

Yatarak tedavilerde hastanede kullanılan ilaçların hastane eczanelerinden temini zorunludur.

Dışarıdan alınması gereken ilaçlar, hak sahiplerinin sağlık karnelerine, üzerinde yer alan bilgiler tam ve eksiksiz olarak kendinden kopyalı reçetelere yazılacak, “ ECZANEMİZDE YOKTUR”, “YATAN HASTA” kaşesi vurularak başhekimlik tarafından onaylanacaktır.

Hastanelerde bu şekilde düzenlenen reçeteler beş günlük maksimal tedavi dozunu geçmeyecektir. Bilahare ilacın hastane eczanesince temin edilememesi ve tedavinin devam ettiği durumlarda "doz" bitiminde yeniden reçete yazılması mümkündür.

6.2.6.1.Reçetelere Yazılabilecek İlaç Miktarı

15.12.2005 tarihli resmi gazeteye göre ayaktan yapılan tedavilerde; ayakta tedavide kullanımı sağlık kurulu raporuna bağlı ilaçlar dışında (Resmi Gazete madde 12.4); reçetelere en fazla dört kalem ve yedi günlük tedavi dozunu aşmayacak şekilde ilaç yazılacaktır. İlacın yedi günlük tedavi dozunu belirlemek üzere, reçetede mutlak surette günlük kullanım dozu da belirtilecektir. İlacın piyasada bulunan en küçük ambalajı, yedi günlük tedavi dozundan fazla ise, bu ilaç bir kutu olarak verilecektir. Antibiyotiklerin on gün süreyle kullanımı gerekiyorsa, reçetede kutu adedinin yanına yazıyla, konulan teşhis ve "On günlük" ifadesi yazılacaktır.

İlaç verilmesinde genel kural en fazla dört kalem ilaç, yedi günlük tedavi dozu ve her kalemden de bir kutu ilacın hekim tarafından reçeteye yazılmasıdır. Ancak, bir kutu ilacın yedi günlük tedavi dozunu karşılamaması durumunda gerekli miktardaki ilaç hekim tarafından reçeteye yazılabilecektir.

Örnek 1- Hasta (A) ya yedi günlük tedavi süresi için orijinal ambalajında 20 adet draje bulunan bir antibiyotik yazılmış olsun. Günde 12 saat ara ile toplam 2 adet kullanılması öngörülen bu ilaç yedi günlük tedavi dozunu karşılayacağından reçeteye ancak bir kutu yazılabilecektir.

Örnek 2- Hasta (B) ye hekim tarafından orijinal ambalajı 100 cc.lik süspansiyon şeklinde olan ve günde 6 saat ara ile 5 cc üzerinden 4 kez alınması uygun görülen yedi günlük antibiyotik tedavisi önerilmiş olsun. Bu durumda bir kutu yedi günü karşılamadığına göre, bir haftalık tedavi dozunu sağlamak için hekim tarafından reçeteye bu ilaçtan en fazla 2 kutu yazılabilecektir.

Örnek 3- Hasta (C) ye orijinal ambalajında 16 adet kapsül bulunan ve günde 8 saat ara ile 3 adet kullanılması uygun görülen (500) mg'lik antibiyotik yazılmış olsun. Hekim tarafından yedi günlük tedavi süresi öngörülmüş olduğu takdirde hastanın reçetesine bu ilaçtan en fazla 2 kutu yazılabilecektir.

Sağlık kurumu ve kuruluş tabiplerince hasta reçeteleri bu esaslara uygun olarak düzenlenecektir.

Reçeteleme konusunda verilen talimattaki yukarıdaki örnekler incelendiğinde:

Birinci örneğe göre ; Günde 2 adet'ten 7 günde 14 tane ($2*7 = 14$) draje kullanılacaktır. Kutuda 20 adet olduğundan $20- 14 = 6$ adet draje kullanılmayacaktır.

Örnek iki incelendiğinde; günde kullanılan antibiyotik 5 cc den ($5*4=20cc$) 20 cc'dir. 7 günde ise ($7*20cc=140cc$) 140 cc eder. Verilecek olan tek kutu ilaç bu tedavi dozunu karşılamayacağından, iki kutu verilmesi 200 cc'lik ilaç verilmesidir ki bu durumda $200-140=60$ cc'lik kısım kullanılmamış olacaktır.

Yine üçüncü örnekte ; günde 3 adet'ten ($3*7=21$) 21 adet kapsül gerekmektedir. Orijinal ambalajda 16 adet olduğundan öngörülen 7 günlük dozu karşılamak için iki kutu ilaç yazılacak ve bu durumda $32-21=11$ adet kapsül kullanım dışı kalmış olacaktır.

09.02.2005 Tarihli Ve 25722 1.Mükerrer sayısının bedeli ödenecek ilaçlar listesi (Ek-2/D) kısmında yer alan avelox adlı ilacı incelendiğinde aşağıdaki veriler elde edilmiş olmaktadır.

Anti bakteriyel etkili olan Avelox, duyarlı mikroorganizmaların neden olduğu kronik bronşitin akut alevlenmesi, toplumdan kazanılmış pnömoni ve akut sinüzit gibi bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde endikedir. Avelox-İV, özellikle toplumdan edinilmiş pnömoni tedavisinde endikedir. Avelox film tablet 7 tabletlik blister ambalajlarda, Avelox-İV infüzyon solüsyon ise 250 ml'lik şişelerde sunulmaktadır. Tedavi süresi ise; Kronik bronşitin akut alevlenmesi tedavisinde 5 gün; toplumdan edinilmiş pnömoni tedavisinde 10 gün ve akut sinüzit tedavisinde 7 gün süreyle günde 1*1 olarak kullanılmaktadır. Bu doz aşılmamalıdır ve tabletler aç veya tok karına alınabilir. 7 tabletlik blister ambalaj fiyatı 52.440.000.TL (Ommaty, 2005, s:350)

Tedavi süresine göre tablet sunum şeklinin ekonomik durumu açısından karşılaştırılmasının yapılması amacıyla, ödeme listesine dahil olan bu ilacın, 2005 yılında sosyal sigortalar kurumuna bağlı hastalara verildiği, fiyatının 52.440.000 TL. sabit olduğu ve tamamının sosyal güvenlik kurumunca karşılandığı varsayımlarına göre oluşturulan örnek inceleme şöyledir.

7 tabletlik blister ambalajda sunulan Avelox'un birim fiyatı $52.440.000 / 7 = 7.491.429$. TL'dir. Eğer ilaç kronik bronşitin akut alevlenmesi tedavisinde kullanılmışsa 5 günlük tedavi süresince günde 1 taneden hasta tarafından $5*1 = 5$ adet kullanılmış olmakta ve $7-5 = 2$ adet ilaç fazla kalmış olmaktadır. Bununda $7.491.429 * 2 = 14.982.858$ TL'lik bir ekonomik karşılığı bulunmaktadır. Kronik bronşitin akut alevlenmesi olarak değerlendirilen 1000 adet hastaya bu ilacın reçete edildiği düşünüldüğünde $14.982.858 * 1000 = 14.982.858.000$ TL'lik bir ekonomik kayıp söz konusu olmaktadır.

Yine, toplumdan kazanılmış pnömani tedavisinde 10 gün kullanılmakta olan bu ilacın 1 kutusu 10 günlük dozu karşılamadığından 2 kutu yazılarak reçete edilmiş olunacak, bu taktirde toplam $7+7 = 14$ adet ilaç verilmiş olunacaktır. $14-10 = 4$ adet ilaç fazla kalmış olacaktır.

$4 * 7.491.429 = 29.965.716$ TL olan hasta başına ekonomik kayıp 1000 hasta bazında $1000 * 29.965.716 = 29.965.716.000$ TL olmaktadır.

İki örneğin verileri birleştirildiğinde $29.965.716.000 + 14.982.858.000 = 44.948.574.000$ TL'lik toplam kayıp ortaya çıkmaktadır. Sinüzit tedavisinde ise bir kayıp söz konusu olmamaktadır.

Ödeme listesinde yer alan antiviral etkili ilaçlardan olan Aklovir ele alındığında aşağıdaki gibi bir değerlendirme ortaya çıkmaktadır.

Aklovir Herpes zoster (zona) enfeksiyonlarının tedavisi ve bağımsızlık sorunu olanların profilaksisi, genital herpes dahil olmak üzere akut ve tekrarlayan deri ve mukoza membranlarının Herpes simplex enfeksiyonları, bağımsızlık sistemi normal olan hastalarda tekrarlayan Herpes simplex enfeksiyonlarının tekrarının önlenmesi, bağımsızlık sistemi yetersiz olanların Herpes simplex enfeksiyonlarının profilaksisi ile bağımsızlık sorunu olan veya enfeksiyon ve komplikasyonları açısından risk altında bulunan kişilerin Varicella zoster (suçiçeği) enfeksiyonlarının tedavisinde endikedir. Tedavi süresi ve dozajı ise: H. Zoster enfeksiyonlarının tedavisinde günde 5 kez 4 saat arayla ve gece dozu atlanarak 5*800 mg 7 gün süreyle uygulanır. H.simplex tedavisinde ise 5 gün süreyle günde 5*200 mg uygulanır. Proflaktik amaçlı önerilen doz günde 4*200mg'dır. (6 saat arayla) Renal yetmezliği olanlarda uygulanacak doz, kreatinin klirensine göre ayarlanmalıdır.

Ticari sunum şekli ise: Aklovir tablet 200 mg : 25 tabletlik ambalajlarda 21.080.000 TL. , Aklovir tablet 800mg: 20 tabletlik ambalajlarda 66.420.000 TL, Aklovir krem: 10 g'lık ambalajlarda 3.360.000 TL, Aklovir süspansiyon: 100 ml'lik şişelerde 16.410.000 TL'dir. (Ommaty, 2005, s:273-274)

Avelox ilacı için geçerli olan varsayımların burada da geçerli oldukları kabul edildiğinde aşağıdaki gibi bir değerlendirme yapılabilir.

H. Zoster tedavisinde 800mg'lık 7 günlük tedavi için günde 5 kereden $7*5=35$ adet ilaca ihtiyaç vardır. Ancak 800 mg'lık 20 tabletlik ambalaj mevcuttur. Bu sebeple bir kutu Aklovir tedaviyi karşılamıyacağından 7 günlük doz için iki kutu ilaç gerekmektedir ki bu da $20+20=40$ adet ilaç yapmaktadır. Buna göre $40-35 = 5$ adet ilaç tedavi için fazla olmaktadır. 800 mg'lık ambalaja göre birim fiyatı $66.420.000/20= 3.321.000$ TL'dir. $5*3.321.000 = 16.605.000$ TL'lik bir kayıp olmaktadır. 1000 kişi bazında düşünüldüğünde bu ekonomik kayıp $1000 * 16.605.000 = 16.605.000.000$ TL olmaktadır.

Poliflaktik amaçlı önerilen dozda ise 5 günde 4*200mg'dan 20 adet gerekmede ve ambalajda 25 adet olduğundan $25-20=5$ adet fazla kalmaktadır. $21.080.000/25= 843.200$ TL birim fiyattan $5*843.200 = 4.216.000$ TL'lik fazla ilaç kalmaktadır. Bu kayıp 1000 kişi için hesaplandığında $1000*4.216.000= 4.216.000.000$ TL olmaktadır.

Aklovir için iki örneğin toplam ekonomik kayıp değeri $16.605.000.000 + 4.216.000.000 = 20.821.000.000$ TL' dir.

H.Simplex tedavisinde kayıp olmamaktadır.

Aksef'te ödeme listesine dahil olan antimikrobik etkili bir ilaçtır. Duyarlı bakterilerin neden olduğu akut ve kronik bronşit, pnömoni, KBB enfeksiyonları, otitis media, sinüzit, tonsillit, farenjit, piyelonefrit, sistit, üretrit, fronkül, piyoderma impetigo ve gonore tedavisinde endikedir.

Günlük doz erişkinlerde ve 13 yaşın üzerindeki çocuklarda 2*250-500 mg'dır. Komplike olmayan gonore tedavisinde 1 g'lık tek doz uygulanır. Tedavi süresi ortalama 7-10 gündür. Gıdalarla birlikte alındığında biyoyararlanımı artar. (Ommaty, 2005, s:275) Aksef film tablet 250 mg: 20 film tabletlik blister ambalajlarda. 36.190.000 TL. Aksef film tablet 500 mg: 10 film tabletlik blister ambalajlarda. 36.190.000.TL Aksef film tablet 500 mg: 20 film tabletlik blister ambalajlarda. 65.560.000 TL'dir. (Ommaty, 2005, s:275)

Buna göre 20 film tabletlik ambalajlarda olan 250 mg'lık aksefin bir adedi :

$36.190.000 / 20 = 1.809.500$ TL olmaktadır. 7 günlük sürecek 2*250 mg'lık bir tedavide $7*2= 14$ adet ilaç kullanılacak ve dolayısıyla $20 - 14 = 6$ adet ilaç fazla kalmış olmaktadır. Bu miktarda $6 * 1.809.500 = 10.857.000$ TL'ye karşılık gelmektedir. 1000 kişi bazında düşünüldüğünde ise rakam $1000* 10.857.000 = 10.857.000.000$ TL olmaktadır.

20 film tabletlik ambalajlarda olan 500 mg'lık aksefin bir adedi ise; $65.560.000/20 = 3.278.000$ TL dir. 7 günlük sürmüş 2*500 mg'lık bir tedavide $7*2= 14$ adet ilaç kullanılmış ve dolayısıyla $20 - 14 = 6$ adet ilaç fazla kalmıştır. Bu miktarda $6 * 3.278.000 = 19.668.000$ TL'ye karşılık gelmektedir. 1000 kişi bazında düşünüldüğünde ise rakam $1000* 19.668.000 = 19.668.000.000$ TL olmaktadır.

Aksef için değerlendirilen bu her iki örnekteki rakamlar toplandığında ise $10.857.000.000 + 19.668.000.000 = 30.525.000.000$ TL lik bir ekonomik kayıp söz konusu olmaktadır.

Tedavi süresi ve dozajı kişiye göre değişmekle beraber, genellikle vademecumda yer alan tedavi süresi ve dozajı düşünüldüğünde, ayrıca reçeteye yazılabilecek ilaç miktarında dikkate alınarak yapılan 1000 hasta varsayım incelemesine göre şu sonuçlar çıkmıştır.

Tüm örneklerin ekonomik kayıp toplamı:

$44.948.574.000 + 20.821.000.000 + 30.525.000.000 = 96.294.574.000$ TL'dir.

Tablo 4.1' de yer aldığı gibi 2005 yılı S.S.K ilaç harcaması 3.540.402.(milyar TL) dikkate alınırsa yukarıdaki varsayımlara göre hesaplanan üç ilaçtan tane ile satışın uygulanmaması nedeni ile ekonomik kayıp yaklaşık $96.294.574.000/3.540.402 =$

0,000027 olmaktadır. Tüm bu verilere ve hesaplamalara göre 2005 yılında tane ile satış uygulanmamasından dolayı 0.000027'lik bir kayıp söz konusu olmaktadır. Bu sadece 1000 kişi varsayımı ile 3 ilaç bazında olan bir değerlendirme sonucu ulaşılan rakamdır. Tüm sosyal güvenlik kuruluşlarında yapılan ilaç harcamaları ve özel ilaç harcamaları ile beraber mevcut tüm ilaçlar birlikte değerlendirildiğinde rakam ve oran çok daha yüksek olacaktır. Bu durum özellikle; gerek hammadde gerekse mamül mal açısından ithalatı ihracatından oldukça fazla olan ilaç sektörü için anlamlı bir kayıp olmaktadır. Ayrıca bu, ekonomik kayıp açısından maliye bakanlığı, sağlık bakanlığı bütçelerinde ve dış ödemeler bilançosunda oldukça etkileyici rakamlara ulaşmak mümkün olacaktır.

6.2.7. Tanıtım ve Pazarlamanın Etkisi

Doktorlara, eczacılara ve reçete yazma potansiyeline sahip kişilere ve hastalara yönelik olan bilgilendirme çalışmalarında verilen bilgiler tam ve anlaşılır olmalıdır. Ayrıca sunulan bilgiler ilgili tarafların seçim yapabilmesine imkan sağlayabilecek kadar geniş boyutta olmalıdır. İlaç firmalarının yoğun promosyon ve tanıtım çalışmalarıyla ilaç tüketim pazarından pay kapma çalışması amacıyla yaptıkları faaliyetler ilacın fiyatına artış olarak yansımakta ve bu durum ilaçların akılcı kullanımını etkileyen faktörlerden birini oluşturmaktadır. (Banoğlu, 2001, s: 44)

Genel bir ifade ; aşırı ve etik olmayan promosyon etkinlikleri, inandırıcı olmayan iddialar ve telkinlerden kaynaklanan etkiler akılcı ilaç kullanımını olumsuz yönde etkileyen nedenler olmaktadır. İlaç endüstrisinde firmaların bütçeleri büyük rakamlardan oluşmaktadır. Doktorlara, eczacılara ve reçete yazma potansiyeli olan kişilere yönelik sunulan bilgi genelde ilgi çekici ve anlaması kolay şekildedir. Ancak, literatürde ticari kaynaklara çok güvenen hekimlerin daha çok akılcı olmayan reçete yazdıklarının görülmesi reçete yazma durumunda olan kişilerin sadece kendisine sunulan bu bilgilere çok güvenerek reçete yazmamaları gerektiğini göstermektedir. Çünkü ticari bilgi kaynakları sıklıkla ürünlerin yalnızca olumlu yanlarını vurgular. Ayrıca promosyon yapılırken ilaç hakkında yapılan hatalar ve ilaç tanıtımcılarının hekime yaptığı baskılar akılcı ilaç kullanım sürecini olumsuz yönde etkilemektedir. Çünkü akılcı ilaç kullanımı konusunda yeterli donanıma sahip olmayan hekimler ilaç endüstrisinin telkinlerine daha kolay cevap verebilmektedir. (Akıcı, 2000, s:13-14). Bu alandaki problemler tedavi maliyetlerini artırmaktadır. Finansal kaynakların israfına örnek olarak ucuz olanı mevcutken pahalı ilacın reçete edilmesi, bir arada çok sayıda ilacın yazılması verilebilir. İlaç reçetelendirilmesinde

yapılacak uygun düzenlemelerin ilaçlar için ayrılan ulusal kaynaklarda %50 %70 arası tasarruf sağlayacağı tahmin edilmektedir. (Akıcı,2000 s:14)

6.2.8.İlaçların Etki Mekanizmalarının Bilinme Derecesi

İlaçların belirli bir biyolojik yapıdaki etkisinin nasıl oluştuğunun bilinmesi, insanda o etkiyi elde etmek için ilacın hekim tarafından rasyonel ve bilinçli bir şekilde kullanılmasına olanak verir. Etki mekanizması sırasıyla sistem, organ, doku, hücre ve subselüler yapı düzeylerinde ve nihayet hücrelerdeki fonksiyonel moleküller (enzimler gibi) düzeyinde olmak üzere değişik derinlikte incelenebilir. İlaçların pek çoğunun hücre düzeyine kadar olan yerlerle ilgili ve “ makro” düzeyde diye nitelendirilebilen etki mekanizmaları iyice aydınlatılmıştır. Fakat subselüler yapılar ve özellikle moleküller düzeyindeki ilaç etkisinin mekanizmasının aydınlatılması halen kısıtlı sayıdaki ilaç veya ilaç grupları için mümkün olmuştur.(Kayaalp, 2000, s:81)

Akılcı ilaç kullanımı sürecinde yer alan tedavi başarısını değerlendirmek, yan etkileri ve hasta uyuncunu izlemek, ilacın plazma düzeylerinin ölçümü ve tedaviyi izleme, birden çok ilaç kullanılacaksa etkileşimlerini değerlendirme gibi aşamalarının sağlıklı uygulanması ve akılcı ilaç kullanımını olumsuz etkileyen; doktorun belirlediği ilaç kullanma talimatına uymama, eczanelerde reçetelenen farmasötik şekil sayısında ilaç satışının uygulanmayışı (Klinik eczacılıkta birim doz sistemi ile paralel düşünüldüğünde), ilaçların etki mekanizmalarının yeterince bilinmemesi gibi etmenler Klinik Eczacılık sisteminin uygulanması ile olumlu yöne dönüştürülebilir.

6.3.Klinik Eczacılık Ve Farmasötik Bakım

İyi Eczacılık Uygulamaları ve Klinik Eczacılık farmasötik bakımın yaşama geçirilmesinin araçlarıdır.

6.3.1.İyi Eczacılık Uygulamaları

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP) mesleğin yeniden yapılanması için, mesleki hizmet kalitesinin artması için GPP, İyi Eczacılık Uygulamaları'nı ortaya atmıştır. Tarihi süreç içerisinde bakıldığında ABD bu konuda adımlarını 1960'lerden başlayarak atmış ve uygulamada büyük yol almıştır. İngiltere' de 1980'lerden itibaren doğru ve akılcı bir uygulama başlatmıştır. Farmasötik Bakımın ve kaliteli insan hizmetinin yaşama geçirilmesinin aracı olan İyi Eczacılık Uygulamaları eczacılık hizmet sunum kalitesine yönelik çerçeve ilkeleri kapsamaktadır. 1991 yılı ağustos ayında 10 farklı ülkeden 26 eczacı İsveç'in Stockholm kentinde bir araya

gelerek bir çalışma yapmışlar ve İyi Eczacılık Uygulamaları'nı ortaya çıkarmışlardır. Bunun sonucunda Uluslararası Eczacılık Federasyonuna yönelik GPP Stockholm Mektubunu yayımlamışlardır. FIP, bu konuyu yeniden değerlendirmiş, mart 1993'te FIP'e üye tüm eczacı birliklerine göndermiş ve bu konudaki düşünceleri almıştır. 1993 yılında Tokyo'da yapılan FIP Kongresinde Tokyo Deklarasyonu şeklinde GPP belgeseli onaylanmıştır.(Akcan, 2001,s.12)

Farmasötik bakımın sağlanmasının bir aracı olan GPP uygun kalitede hizmet sunumunu gerektirmektedir. Dolayısıyla GPP'nin amacı ilaç ve diğer sağlık ürünlerini topluma sunmak ve bunların en uygun şekilde kullanımlarını sağlamak için insanlara yardımcı olmaktır. Bu amaç etrafında eczacıların iyi bir farmasötik bakım gerçekleştirebilmeleri için iyi eczacılık uygulamalarını sağlamak yükümlülüğünü yerine getirmelidir. (Celayir, 1997, s: 17)

Eczacılık hizmeti sunulan her ortamda öncelikli olarak eczacı tarafından hasta sağlığının gözetilmesi gerekmektedir. Rasyonel reçete yazılmasında ve ilaçların uygun biçimde kullanılmasında yine eczacının katkısının gerektiği, Uluslararası Eczacılık Federasyonu FIP' in belirlediği temel ilkeler arasında yer almaktadır. Ayrıca; eczacılık hizmetlerinin temelinde , ilaç ve diğer sağlık ürünlerinin temin edilmesini, kullanımın izlenmesini, hastaya uygun bilgi ve danışmanlık hizmetinin verilmesini gerektiği, eczacılık hizmetlerinin her birinin amacının bireye dönük olmasını, açıkça tanımlanmasını ve ilgili tüm kesimlere etkin biçimde iletilmesi gerektiği de FIP'in belirlediği diğer ilkeler arasında yer almaktadır. (Akcan, 2001, s.15)

GPP'nin amacı ve FIP'in belirlediği ilkeler insan odaklı eczacılık hizmeti olan farmasötik bakımı geleneksel hizmetlerin önünde yer almasını sağlamaktadır. Buna göre; hastaya yönelik tedavide en yüksek terapötik sonucun alınması için hastanın ilaç kullanım kalitesinin artırılması ve tedavi sonuçlarının diğer sağlık personeli ve hastayla birlikte üstlenilmesi iyi eczacılık uygulamasını temel öğesini oluşturmaktadır. Bu sebeple, iyi eczacılık uygulamalarının tam anlamıyla yapılmasının sağlanması için eczacının lisans düzeyindeki eğitiminden, meslek içi eğitimine kadar bir dizi akademik süreçte, yeni düzenlemeler yapılmasıyla, öngörülen hizmete uygun eczacının yetiştirilmesi önde gelen bir görev olarak ilgili kesimlerin gündemine gelmektedir.(Akcan, 2001, s: 15)

6.3.2.Farmasötik Bakım

Hepler ve Strand (1990) tarafından tanıtılmış olan ve Amerika Birleşik Devletleri'nde sonra da Avrupa'da bulunan meslek organları ve eczacılarca uygulamaya başlanmış olunan Farmasötik Bakım Kavramı, eczacıların mesleki esaslarının yeniden tanımlanmasına yardımcı olmuş ve hastanın eczacılık mesleği açısından odak noktası olmasını sağlamıştır. (Akcan; 2001, s:20)

Kısaca hastaların her türlü ilaç tedavi sorunlarına çözüm bulmak olarak tanımlanabilen farmasötik bakım daha geniş anlamda, eczacının hasta için özel bir terapötik sonuç elde etmek amacıyla bir terapötik planın düzenlenmesi, uygulanması ve gözlenmesi sırasında, hasta ve diğer sağlık hizmetleri ile birlikte sunulan bir hizmet olmaktadır. (Akcan; 2001, s:21)

Farmasötik bakım; bir hastanın yaşam kalitesinin iyileştirilmesi amacına yönelik bir hastalığı ve belirtisini önleme, hastalığın tedavisi, belirtilerin tamamen ortadan kaldırılması ya da minimum düzeye indirilmesi, hastalığın sonuçlandırılması ve seyirinin hafifletilmesi, konularında başarı sağlamaya dönük ilaç tedavisi sağlama sorumluluğudur. (Celayir, 1997, s: 12)

Bir süreç içerisinde gerçekleşen bu hizmet sunumunda ilaçla ilgili olası veya mevcut problemleri tespit etmek, ilaçla ilgili mevcut problemleri çözmek ve ilaçla ilgili olası problemleri önlemek gibi üç temel fonksiyon dikkati çekmektedir. (Celayir, 1997, s: 13)

Farmasötik Bakımın öncel amaçları şunlardır:

- Karşılıklı etkileşim, terapötik duplekasyon ve alerjilerin engellenmesi veya düzeltilmeleri,
- İlaç rejim ve perhizlerinde maliyet etkinliğinin sağlanması,
- İlaç reaksiyonlarının gözlemlenmesi ve oluşumunun engellenmesi,
- Terapötik amaçların en yüksek seviyede gerçekleştirilmesi,
- İlaçla ilgili problemlerin neden olduğu acil servise başvuru, doktor muayenehanesi ve hastaneye kaldırma vakalarının en düşük seviyeye indirilmesi,

-Terapötik rejim ve perhizlerinin tutulması işlevinin ıslahıdır. (Akcan; 2001,s:21-22)

Eczacıların farmasötik bakım sunumunda, hastanın ilaçla ilgili tedavi sonuçlarına dönük daha fazla sorumluluk almaktadırlar. Böylelikle eczacı tarafından her hastaya

ayrı göstereceği ilgi ve özen ilaç tedavisine verilen cevabı optimize ederken aynı zamanda oluşabilecek riskleri de en aza indirgeyecektir. (Celayir, 1997, s: 52)

6.3.3.Klinik Eczacılık

Klinik eczacılık, eczacının, eczacılık bilimlerinin esaslarını farmakolojik, toksikolojik,terapötik, klinik, biyokimyasal ve farmasötik bilgilerin doğrultusunda hasta üzerine uygulanmasıdır. (Akcan, 2001, s:26)

Başka bir tanıma göre; bir halk sağlığı bilimi olan klinik eczacılık, tüm eczacılık bilgilerini hasta yararına kullanmasıdır.

(www.klinikecza.org/altmenu/bilgi.asp#tanım, 23.05.2005)

Klinik eczacılık kavramı içeriğindeki klinik kelimesinden dolayı genelde ilk akla gelen hastane eczacılığı olmaktadır. Ancak buradaki klinik kelimesi hasta odaklı eczacı anlamına gelmektedir.(www.klinikecza.org/altmenu/bilgi.asp#tanım, 23.05.2005) Ayrıca bireylerin ve toplumların ilaçları güvenli, etkin ve ekonomik kullanımlarını arttırarak sağlık hizmeti sunan kişi olan klinik eczacı (Akcan, 2001, s:26) sadece hastanelerde değil, eczanelerde ve eczacıların görev yaptıkları diğer alanlarda da bu hizmeti verebilmektedir.

(www.klinikecza.org/altmenu/bilgi.asp#tanım, 23.05.2005)

1960'lı yıllara kadar ilaç hazırlaması , dağıtımı, stok kontrolü, çeşitli kayıtlar şeklinde görevlerini sürdüren eczacının klinik rolü bu konuda en ileri gelişmelerin uygulandığı ülkelerden biri olan ABD'de hastane eczacılığında klinik eczacılık uygulamasına geçişle gelişmeye başlamıştır. 1960' lardan önce hastane eczacılarının hastayla ilgisinin çok az olduğu ya da hiç olmadığı, hastanın kullandığı ilaçlarla ilgili problemleri hakkında fikir edinilmemesi durumu var iken bu uygulama eczacı ilaç bilgisini hekim, hemşire ve hastaya aktarma görevini daha rasyonel hale getirerek hastayla doğrudan temasa geçmesi ve hastayı ilaç öyküsü açısından daha yakından tanımaya başlamasını sağlamıştır. (Sürücü, 1999, s:27)

Günümüzde eczacıların görev aldıkları çalışma alanları endüstri, eczaneler ve hastanelerdir. (Sürücü, 1999, s:27)

Eczacının klinik rolleri üç başlık altında toplanabilir:

A- Genel Fonksiyonları:

- Hastanın kullandığı ilaçlar hakkında bilgi edinmek.
- İlaçla tedavide danışmanlık görevini üstlenmek.
- İlaçların vücutta izlenmesi.
- Hastanın ilaç konusunda aydınlatılması ve eğitimi.

- İlaç kullanımı hakkında rapor yazmak.
- İlaçların kronik uygulamasında kontrolör görevini üstlenmek.

B- Spesifik Klinik Aktiviteleri:

- İstenmeyen ilaç etkisinin belirlenmesi ve önlenmesi.
- İlaç etkileşimlerinin belirlenmesi ve önlenmesi.
- Antibiyotik kullanımının kontrolü.
- İlk yardım.
- Damar yoluyla beslenme.
- Antikoagülanların izlenmesi.
- Ayakta tedavi gören hastaların kontrolü.

C- Klinik Farmasi Uygulamasında Spesifik Alanlar:

- Drog danışma merkezinin kurulması ve yürütülmesi.
 - Pediyatrik ve psikiyatrik ve diğer alanlarda klinik farmasi uzmanlığı.
 - Klinik Farmakokinetik uzmanlığı
 - Klinik toksoloji
- ve diğerleri (İzzettin, 1992, s:33-34)

Eczacının sahip olduğu bu roller klinik eczacılık çerçevesi içinde değerlendirildiğinde klinik eczacının görevleri aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Tedavide uygun ve ekonomik ilaçların seçiminde rol oynamak,
- Rasyonel ilaç tedavisinde doktora yardımcı olmak,
- Hastanın güvenliği ve ilaç kullanımını denetlemek için hastanedeki dağıtım aktivitelerini kontrol altına almak,
- Hastanın daha önce kullanmış olduğu ilaçları ve varsa bunların meydana getirdiği yan etkileri kaydetmek,
- Hastanın ilaç tedavisine cevap verip vermediğini izlemek,
- İlaç geçimsizliklerini, yan etkilerini bulmak ve engellemek,
- Kullanılan ilaçlar hakkında hastaya eğitim vermek.
- Reçeteye tabi olmayan ilaçların kullanımı hakkında hastaya gereken tavsiyelerde bulunmak ve danışmanlık yapmak,
- İlaç kullanımı ve dozaj rejimleri hakkında hastaya yardımcı olmak,
- Tedavisi kolay hastalıklarda hastaya ilaç konusunda yol göstermek
- Akut ve kronik hastalıklarda hastanın ilaç kullanımını kontrol altına almak,
- İlaç karışımlardaki geçimsizlikleri bulmak ve çözümlenmek,
- Spesifik ilaç hazırlamak,

- İlaçlar hakkındaki literatürleri değerlendirmek,
- Kullanılan ilaçlar hakkında rapor tutmak,
- Halk sağlığı ve ilaç konusunda topluma bilgi vermek. (Sürücü, 1999, s:28)

Klinik Eczacının görevlerinden bazıları genel hatlarıyla şu şekilde açıklanabilir.

Hastanın güvenliği ve İlaç Kullanımını Denetlemek İçin Hastanedeki Dağıtım Aktivitelerini Kontrol Altına Almak (Tek Dozlu Dağıtım Sistemi):

Klinik eczacılığın gereklerinden biri ilaçların sağlanması, servislere dağıtılması ve seviste bulundurulması olarak tanımlanan (Erdoğan, 2001, s: 33) ilaç dağıtım sistemlerinden olan birim doz ilaç dağıtım sisteminin kullanılmasıdır. Bu uygulamada hastaya yirmidört saat yetecek miktarda ilaç ya tek birim ;(tek tablet, 29 pomat, 10 cc şurup) ya da birim doz (bir günlük doz, örneğin; 2 tablet) ambalajlanmakta ve hasta dolabına gönderilmekte veya hemşiresine teslim edilmektedir. Gece ortaya çıkabilecek olası acil durumlar için her katın acil dolabında gerekli ilaçlar mevcut olup bunlar klinik eczacılar tarafından her gün sayılarak kontrol edilmektedir. Bu sistemde ilaç hatası riski azalmakta, servisteki ilaç toplam maliyet eczane bazında ve servis bazında düşmektedir.(Erdoğan,2001,s:34-35; www.klinikecza.org/altmenu/bilgi.asp#tanım, 23.05.2005) Ayrıca tek dozlu ilaç dağıtım sistemiyle ilaç suiistimalinin önüne geçilir ve ekonomik açıdan tasarruf sağlanmış olur.(www.klinikecza.org/altmenu/bilgi.asp#tanım, 23.05.2005)

Kullanılan ilaçlar hakkında hastaya eğitim vermek (Hastaların Eğitimi) :

Eczacıların en önemli görevlerinden biri, ilaç kullanımı, doz, yan etki uyarılar gibi konularda hastaların bilgilendirilmesidir. Bir anlamda hastanın bu konularda eğitilmesi olarakta nitelendirilebilecek olan bu durumda kullanılabilinecek yöntemler; Sözlü anlatım, yazılı bilgi içeren formlar, görsel - işitsel yöntemler, grup eğitimleri vb. gibi yöntemlerdir. Bilgilerin kalıcı olması, hasta tarafından zaman zaman gözden geçirilmeye uygun olması, hastaya başkası tarafından da ulaştırılabilmesi, ayrıntıya yer vermesi gibi özelliklere sahip olması nedeni ile yazılı yöntemin diğer yöntemlere göre daha basit ve avantajlı bir eğitim yöntemi olmasını sağlamaktadır. Klinik eczacılık uygulamalarının yaygın olarak yapıldığı ABD’de eczanelerin bir bölümü “Hasta Eğitim Odası” olarak kullanılmakta eğitim almak isteyen hastalara bahsetmiş olunan bu yöntemlerle eğitim verilmektedir. (www.klinikecza.org/altmenu/bilgi.asp#tanım, 23.05.2005)

İlaç geçimsizliklerini, yan etkilerini bulmak ve engellemek(İlaç Etkileşimlerinin Önlenmesi) :

Birden fazla ilacın aynı zaman periyodu içinde kullanıldığında ilaç

etkileşmesi söz konusu olabilmektedir. İlaçta birinin veya birden fazlasının etkisinin azalması, artması etkide nitel değişmelerin olabilmesi ya da toksik değişiklikler oluşması şeklinde meydana gelen bu etkileşmelerin önemi son zamanlarda ilaç sayısındaki artışa bağlı olarak artış göstermektedir. (Erdoğan, 2001, s:37) Oluşabilecek etkileşimlerin belirlenmesi ve gerekli uyarıların yapılarak bu etkileşimlerin önlenmesi de eczacının görevleri arasında yer alır. Bilgisayar destekli ilaç etkileşim programları ve kitapları klinik eczacıların en çok yararlandıkları kaynaklar olmaktadır. (www.klinikecza.org/altmenu/bilgi.asp#tanım, 23.05.2005)

Hastanelerde hastalığın tedavi sürecinde önemli yeri olan hastane eczaneleri yukarıda sayılan ve bazıları açıklanmış olan görevleri yerine getirmekte başarılı olduğu ölçüde hastanenin genel performansına sağladığı katkıları önem kazanacaktır. Örneğin; yapılan çalışmada cerrahi yoğun bakım ünitesinde verilen klinik eczacılık hizmetlerinin (ilaç izlenmesi bunlardan biridir) 13 haftalık çalışma süresinde 18030 dolarlık bir kazanç sağlandığını tespit etmişlerdir.(Sürücü,1999, s:28)

Klinik eczacılık hizmeti hastanelerde ve eczanelerde verilebilir. Hastanelerde verilen klinik eczacılık hizmetinin temelini hastane eczacılığı oluşturur. İyi bir klinik eczacılık hizmeti verebilmek için, öncelikle iyi bir hastane eczacılığı hizmeti verilmelidir. (Erdem, 1998,. s:23)

Rasyonel ilaç tedavisinin ne olduğunu anlamış, kavramış o ilke doğrultusunda tedavi yapmaya çalışan ülkelerde klinik eczacılıkla ilgili konularda ağırlıkla durulmaktadır.(Kanzık, 1992, s:27)

Amerika Birleşik Devletleri'nin Pennsylvania Eyaleti'nin York Şehri'nde bulunan York Hospital'de yürütülen bir araştırmada aşağıdaki sonuçlar alınmıştır.

Sözü edilen hastanede bir “ Klinik Eczacılık Programı” başlatılmıştır. Bu çalışma ile bu programın uzun dönem maliyet tasarrufu ve diğer yararları ortaya konulmuştur. Programın, 1991 yılında 140.000 \$ maliyeti vardır. Uygulama sonucu aynı yıl yapılan tasarruf ise 416.000 \$'dır. Bu rakamsal ifadeler bize programın başarılı olduğunu anlatmaktadır.

Ayrıca programın sonucunda: York Hospital' de ortalama hastanede yatış süresi 0,8 gün azalmış, ilaç harcamalarında günlük 4,44 dolarlık bir düşüş meydana gelmiştir. (23,60 dolardan, 19,16 dolara gerilemiştir). (Erdem, 1998,. s:32-34)

Sonuçların çoğu maliyetle ilgili olmasına rağmen, rakamsal olarak ifade edilemeyen daha birçok gelişme ortaya çıkmıştır. Örneğin, ilaç terapisine bağlı olarak meydana gelen dozaj azalmaları sonucu yan etkiler ve bu etkiler için

gerekecek ek hastanede kalma süresi azalmıştır. Ayrıca eczacıların, mesleki olarak daha fazla tatmin olmaları nedeniyle kalite artmıştır. (Erdem, 1998, s:34)

Formüllerin hazırlanması, ilaç tedavi komitelerinin kurulması ve bu komitelerde görev yapmaları, ilaçlarla ilgili, özellikle yeni ilaçlarla ilgili ilaç etkileşimleri, ilaçların istenmeyen etkileri ile ilgili konularda ilaç danışmanlığı yapmaları, hasta bilgilendirme ve eğitimini yine hastanede yapmak zorunda olmaları, maliyet, etkinlik çalışmalarını hastanede de sürdürmeleri ve yine istenmeyen etkileri izleyerek Sağlık Bakanlığı'na bildirmeleri hastane eczacısının akılcı ilaç kullanımının sağlanmasında üstlendiği görevleri olmaktadır. (Kanzık, 1992, s:29) Ayrıca; ilaçların istenmeyen etkilerinde de hastaları yoğun izleme, ilaç kullanan ve kullanmayan hastalar karşılaştırmalı olarak izlendiği grup araştırmaları gönüllü bildirimler ile bu konunun önemini anlatacak şekilde, hekim ve hemşirelerin eğitimi gibi konular da hastane eczacısının rolü kapsamındadır. Toplanan verilerin değerlendirilip yorumlanması da gerekmektedir. (Erdoğan, 2001, s:37)

Klinik eczacılık uygulamasında eczacılar hem hekime hemde hastaya yardımcı olabilmektedirler. Örneğin, hekime ilaç hakkında yeterli bilgi sağlayacak (ilacın etkisi, etkisizliği, yan etkileri, ters etkisi, toksitesi, etkileşimleri, biyoyararlanımı, farmakokinetiği, geçimsizliği vb.) ve hastaların ilaç-kan düzeyini saptayacak, hekimle birlikte doz ayarlaması yapabilecektir. Diğer taraftan hastaya yönelik çalışma, hastalara kullanacakları ilaçlar (ilacın kullanma şekli, yiyeceklerin ilaçla etkisi, ilacın yan etkilerinin neler olabileceği, ilacın saklama koşulları vb.) ve hastalıkları ile ilgili bilgi sağlamaktadır. (Sürücü, 1999, s:87)

6.3.4 Klinik Eczacılık Servisinin Ekonomik Katkısı İle İlgili Örnekler

Pharmacotherapy (farmakoterapi) dergisinin 2003 yılı 23.üncü cildi ve 1. sayısında yer alan ve klinik eczacılık servisinin ekonomik katkıları ele alınan bir çalışmada 1996 – 2000 yılları arasında yayınlanmış olan konu ile ilgili makalelerin değerlendirilmesi yapılmıştır. Sistematik olarak literatürün taranması sonucu değerlendirmeye alınan makalelerin %52'si hastaneleri, % 41'i serbest eczaneler ve klinik eczaneleri, % 3'ü sağlık bakım organizasyonlarını, % 3'ü , uzun veya orta dönem bakım üniteleri gibi diğer yerlerle ilgili çalışmaları kapsamaktadır.

Makalelerde % 47'si genel farmakoterapik izlenim % 20'si hedef ilaç programı, % 10'u hastalık yönetim programı, % 10'u hasta eğitimi , % 10'u diğer konular (alerji geçmişi, ilaç danışmanlığı, aşı yönetimi, durum yönetimi), % 2'si farmakokinetik izlenim konuları değerlendirilmiş olup seçilen makalelerde

kullanılmış olan değerlendirme metotları ise % 36'sı sonuç analizi, % 24'ü full ekonomik analiz, % 17'si sonuç tanımlaması, % 15'i maliyet ve çıktı tanımlaması, % 8'i maliyet analizidir. (Schumock ve diğ.,2003, s:113-117)

Genel olarak bakıldığında bu çalışmada değerlendirilen makalelerde klinik eczacılık servisinin önemli ekonomik katkılar sağladığı görülmektedir.

Örneğin; Tablo 6.1 de üniversite hastanesi, devlet hastanesi, hastaneye bağlı klinik ve serbest eczanelerde; genel farmakoterapötik izlem, hedef ilaç programı, hasta eğitimi veya bilişsel hizmetler konularının değerlendirildiği makaleler yer almaktadır.

Tablodaki birinci makalede yer alan çalışmada üniversite hastanesinde eczacının hasta bakım ekibinde direk katılımının hastaların hastanede kalış süresinin ve eczane hastane maliyetlerinde bir azalmanın sağlanabileceğinin teyidi amaçlanmıştır. Sonuç analizi yöntemi ile değerlendirilen çalışmada eczacının dokuz aylık çalışma süresince hasta bakım ekibine direk dahil olması ile hasta yatış süresi 1,3 gün kısalmıştır. İlaç maliyetlerinde ise başvuru başına 301\$ gibi bir azalma görülmüştür. Yine ikinci makalede yer alan eczacı tarafından başlatılan girişimlerin maliyet tasarrufu üzerine etkilerinde sonuç analizi yöntemi ile değerlendirildiği çalışmada 30 günlük çalışma sonucu tahmini yıllık tasarruf yaklaşık 394.000\$ olarak hesaplanmıştır.

Devlet hastanesinde yapılan çalışmanın yer aldığı beşinci makalede eczacılar tarafından sağlanan farmasötik bakım hizmetlerinin maddi etkilerinin değerlendirildiği görülmektedir. Buna göre sonuç tanımlama analizinde bir ay süresince toplam 4269\$'lık maliyet önlenmesi ile sonuçlanan 120 girişim gerçekleşmiştir.

Yedinci makalede yer alan serbest eczanenin yer aldığı kırsal bölgedeki serbest eczacılar tarafından farmasötik bakım etkinliklerinin değerlendirilmesinde sonuç tanımlama analizi çalışmasında iki ay süresince tahmini 752,391\$'lık maliyet tasarrufu ile sonuçlanan 878 girişimin gerçekleştiği görülmektedir.

Üçüncü makalede yer alan üniversite hastanesinde hedef ilaç programının uygulanması çerçevesinde HIV pozitif hastalarda G-CSF klavuzlarının ve eczacı girişiminin klinik, ekonomik etkilerinin değerlendirilmesine yönelik sonuç analizi yöntemine göre değerlendirilen çalışmada Granül canlandırıcı faktör kullanımının azalması, bedellerin 200\$/hasta gününden 112\$hasta gününe düştüğü ve yıllık tsarrufun 90.040\$ olarak hesaplandığı görülmektedir.

Dördüncü makalede üniversite hastanesinde hastane servislerindeki eczacı tarafından taburcu olacak hastaya ilaçlarıyla ilgili danışmanlık verilmesinin maliyet etkililiğinin değerlendirildiği çalışma yer almaktadır. Buna göre maliyet etkililik analizi yöntemi ile memnuniyetin % 79'dan % 91'e yükseltilmesi için gerekli artan maliyet kazanılan her memnuniyet puanı için 190\$ olmuştur.

Yine altıncı makalede yer alan hastaneye bağlı klinikte kadın doğum kliniğinde eczacı tarafından sağlanan danışmanlık hizmetinin deneyimin tanımlanmasında sonuç tanımlama yöntemine göre değerlendirilen çalışmada 10 ay boyunca tahmini olarak 59.000\$ olarak gerçekleştiği yer almaktadır. (Schumock ve diğ., 2003, s:126-132)

Tablo 6.1 59 Makaledeki Örnek Klinik Eczacılık Servislerin Değerlendirilmesi
Yeniden İncelenmesi

	Amaç	Analiz Yöntemi	Karşılaştırma Grubu	Çalışmaya Dahil Edilen Girdi Maliyetleri	Çalışmaya Dahil Edilen Kaynak Kullanımları ve Ekonomik Sonuçlar	Ekonomik Sonuçlar	Hakemlerin Yorumları
1	ÜNİVERSİTE HASTANESİ (Genel farmakoterapötik izlem)Hasta bakım ekibinde eczacının direkt katılımı ile hastanede kalış süresi, eczane ve hastane maliyetlerinde bir azalma sağlanabileceğinin teyit edilmesi.	Sonuç analizi	Kontrol grubu	Yok	Hastanede kalış süresindeki, sağlık bakım maliyetlerindeki ve ilaç maliyetlerindeki değişim	9 aylık çalışma süresince eczacı katılımı hastanede kalış süresini başvuru başına 1,3 gün kısaltmış, ilaç maliyetlerini 301\$/başvuru ve hastane maliyetlerini 1654\$/başvuru azaltmıştır.	Hizmet sağlanması bedeli göz önüne alınmamış.
2	ÜNİVERSİTE HASTANESİ (Genel farmakoterapötik izlem) Eczacı tarafından başlatılan girişimlerin maliyet tasarrufu üzerine etkilerinin değerlendirilmesi.	Sonuç analizi	Kontrol grubu, randomize	Yok	Hastanede kalış süresindeki ve ilaç maliyetlerindeki değişim	30 günlük çalışma süresince eczacı girişimine randomize edilen grubun ilaç maliyetleri kontrol grubununkinin %41'i idi. Tahmini yıllık tasarruf yaklaşık 394.000\$ olarak hesaplanmıştır.	Klinik sonuçlar da ölçülmüş; Hizmet sağlanması bedeli göz önüne alınmamış.
3	ÜNİVERSİTE HASTANESİ (Hedef ilaç programı) HIV-pozitif hastalarda G-CSF kılavuzlarının ve eczacı girişiminin klinik ve ekonomik etkilerinin değerlendirilmesi.	Sonuç analizi	Tarihsel grup	Yok	G-CSF dozları; G-CSF ve hastanede kalış süresi fiyatları	G-CSF kullanımı azalmış; bedeller 200\$/hasta günü'dan 112\$/hasta günü'a düşmüştür. Tahmini yıllık tasarruf 90.040\$ olarak hesaplanmıştır.	Klinik sonuçlar da ölçülmüş; Hizmet sağlanması bedeli göz önüne alınmamış; Maliyet yerine fiyat kullanılmış.
4	ÜNİVERSİTE HASTANESİ (Hasta eğitimi veya bilişsel hizmetler) Hastane servislerindeki eczacı tarafından taburcu olacak hastaya ilaçlarıyla ilgili danışmanlık verilmesinin maliyet-etkili olup olmadığının belirlenmesi.	Maliyet-etkililik analizi	Kontrol grubu	Personel ve yararlar, fırsat maliyetleri.	Yok	Memnuniyetin %79'dan %91'e yükseltilmesi için gerekli artan maliyet kazanılan her memnuniyet puanı için 190\$'dır. İlgili tüm hastaların bu programdan yararlanmaları 84.000\$a mal olacaktır.	Maliyet-etkililik analizi (tüm maliyetler girdi olarak kabul edilmiş; sonuç olarak hasta memnuniyeti alınmış); memnuniyet derecesi hastalara postalanmış bir anket ile belirlenmiş.
5	DEVLET HASTANESİ (Genel farmakoterapötik izlem) Eczacılar tarafından sağlanan	OD	Yok	Yok	Önlenen hastanede kalış süresi, ilaç ve sarf malzemesi maliyetleri;	Bir ay süresince toplam 4269\$'lık maliyet önlenmesi ile sonuçlanan 120	Yöntemler iyi tanımlanmamış; Kontrol grubu yok; Hizmet sağlanması

	farmasötik bakım hizmetlerinin maddi etkilerinin belgelendirilmesi.				kazanılan hemşirelik hizmetleri süresi	girişim yapılmış.	bedeli göz önüne alınmamış.
6	HASTANEYE BAĞLI KLİNİK (Hasta eğitimi veya bilişsel hizmetler) Bir kadın-doğum kliniğinde eczacı tarafından sağlanan danışmanlık hizmeti deneyiminin tanımlanması.	OD	Yok	Yok	Önlenen doktor hizmet maliyetleri	Kadın-doğum doktor maliyetinin 300\$/saat olmasına dayanarak, 10 ay boyunca tahmini maliyet önlenmesi 59.000\$'dı.	Eczacının zamanı veya hizmet sağlanması ile ilişkili maliyetler göz önüne alınmamış; Yöntemler iyi tanımlanmamış; Kontrol grubu yok.
7	SERBEST ECZANE (Genel farmakoterapötik izlem) Kırsal bölgede serbest eczacılar tarafından sağlanan farmasötik bakım etkinliklerinin ve bunlarla ilişkili sonuçların belgelendirilmesi.	OD	Yok	Yok	Potansiyel bakım Maliyet tasarrufu Hastaneye yatırımın ve muayene azalmasından dolayı	İki ay süresince tahmini 752,391\$'lık maliyet tasarrufu ile sonuçlanan 878 girişim yapılmış.	Hizmet sağlanması bedeli göz önüne alınmamış; Kontrol grubu yok; Maliyet belirleme metodolojisi iyi tanımlanmamış ve dış kaynaklardan edinilen maliyetlere dayandırılmış; Çok merkezli çalışma.

O.D : Sonuç Tanımlama

G-CSF: Granül Canlandırıcı Faktör.

Kaynak: Kaynaktan Alıntı Yapılmıştır.Schumock ve diğ.,2003, s:126-132

BÖLÜM 7

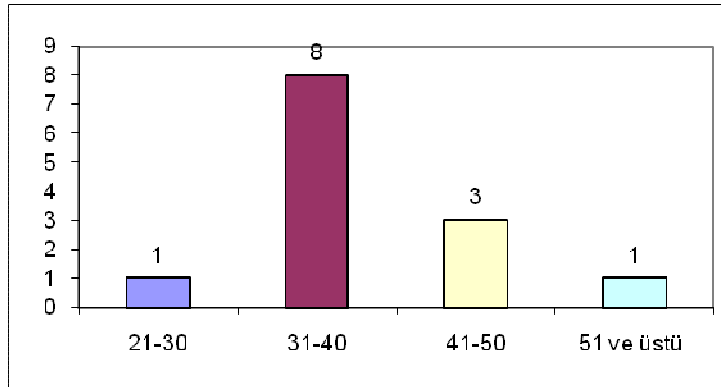
UYGULAMA I

Ankete 13 uzman,44 asistan olmak üzere 57 doktor katılmıştır.

7.1. Ankete Katılan Doktorların Yaş Dağılımı

Ankete katılan uzman ve asistan doktorların demografik özellik olarak yaş dağılımları aşağıdaki gibidir.

Şekil 7.1 Uzman Doktorların Yaş Dağılımı

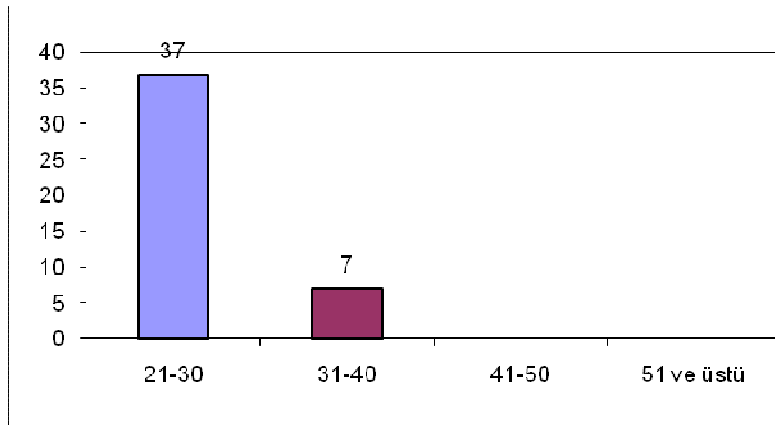


Tablo7.1. Uzman Doktorlar

Yaş	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
21-30	1	0,08
31-40	8	0,62
41-50	3	0,23
51 ve üstü	1	0,08
Toplam	13	1

Ankete katılan uzman doktorların % 8'i 21-30, % 62'si 31-40, % 23'ü 41-50 , % 8'i 51 ve üstü yaş grubunda yer almakta olup; yoğunluk 31-40 yaş grubu aralığında bulunmaktadır.

Şekil7.2.Asistan Doktorların Yaş Dağılımı



Tablo 7.2 Asistan Doktorların Yaş Dağılımı

Yaş	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
21-30	37	0,84
31-40	7	0,16
41-50	0	0
51 ve üstü	0	0
Toplam	44	1

Asistan doktorların yaş dağılımında sadece iki grup söz konusudur. Bu gruplar arasında % 84 le en yoğun 21-30 grubu ve % 16 ile de 31-40 grubudur.

7.2. Anket Sorularının Değerlendirilmesi

Ankete katılan doktorların görüşlerinin değerlendirilmesi aşağıdaki gibidir.

7.2.1. Rasyonel (Akılcı) İlaç Kullanımını Etkileyen Nedenler.

Doktorların anketin altıncı grup sorularını oluşturan rasyonel (akılcı) ilaç kullanımını olumsuz yönde etkileyen nedenler ile ilgili verdikleri cevaplar aşağıda ele alınmıştır.

7.2.1.1 Sağlık Kuruluşlarından Kaynaklanan Nedenler:

Tablo7.3 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	8	0,62
Önemli	5	0,38
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.4 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	29	0,66
Önemli	15	0,34
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	44	1

Bu soruda sağlık kuruluşlarında hastaların yoğunluk nedeni ile yeterli değerlendirilememesi ele alınmıştır. Her iki grupta da sadece çok önemli ve önemli dereceleri belirtilmiş buna göre; uzman doktorların %62 si çok önemli, % 38'i önemli, asistan doktorların % 66'sı çok önemli %34'ü önemli olarak görüşlerini bildirmişlerdir.

7.2.1.2 Aile Hekimliği Sisteminin Konumundan Kaynaklanan Nedenler:

Tablo7.5. Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,23
Önemli	6	0,46
Kararsızım	4	0,31
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.6 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	16	0,36
Önemli	20	0,45
Kararsızım	4	0,10
Önemsiz	1	0,02
Çok Önemsiz	3	0,07
Toplam	44	1

Doktorlardan aile hekimliği sisteminin yaygınlaşmamış olmasının etkisi değerlendirilmesi istenmiştir: Uzman doktorlar % 23'le çok önemli, %46 ile önemli, % 31 ile kararsızım olarak ; asistan doktorlar ise %36 çok önemli, %45 önemli, % 10 kararsızım, %2 önemsiz, % 7 çok önemsiz derecesinde yanıtlamışlardır.

7.2.1.3. Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç Kullanımının Yaygınlığı :

Tablo7.7 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	7	0,54
Önemli	6	0,46
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.8 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	22	0,50
Önemli	17	0,39
Kararsızım	3	0,07
Önemsiz	2	0,05
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	44	1

Hekim tavsiyesi dışında ilaç kullanımının yaygınlığı sorusuna uzman doktorlar %54 oranında çok önemli, % 46 oranında önemli; asistan doktorlar ise % 50 oranında çok önemli, % 39 oranında önemli, %7 oranında kararsızım, %5 oranında önemsiz olarak yanıtlamışlardır.

7.2.1.4. Doktorun Belirlediği İlaç Kullanma Talimatına Uyum Derecesi:

Tablo7.9 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,23
Önemli	9	0,69
Kararsızım	1	0,08
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.10 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	18	0,41
Önemli	25	0,57
Kararsızım	1	0,02
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	44	1

Doktorun belirlediği ilaç kullanma talimatına uymamanın etkisi olarak sorulan soruya uzman doktorların yanıtı %23 oranında çok önemli, % 69 oranında önemli ve %8 oranında kararsızım ; asistan doktorların yanıtı % 41 ile çok önemli, %57 ile önemli ve %2 ile kararsızım olmuştur.

7.2.1.5 Reçete Gerektiren İlaçların Reçetesiz Alınabilmesi :

Tablo7.11 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	4	0,31
Önemli	7	0,54
Kararsızım	1	0,08
Önemsiz	1	0,08
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.12 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	18	0,41
Önemli	18	0,41
Kararsızım	5	0,11
Önemsiz	3	0,07
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	44	1

Reçete gerektiren ilaçların reçetesiz alınabilmesi sorusuna uzman doktorların %31'i çok önemli % 54'ü önemli, %8'i kararsızım, % 8' i önemsiz olarak; asistan doktorların %41' i çok önemli, % 41'i önemli, %11'i kararsızım, %7'si önemsiz olarak yanıtlamışlardır.

7.2.1.6. Eczanelerde Reçetelenen Farmasötik Şekil Sayısında Ambalajlama (Tane İle Satış) Uygulaması :

Tablo7.13 Uzman Doktorlar

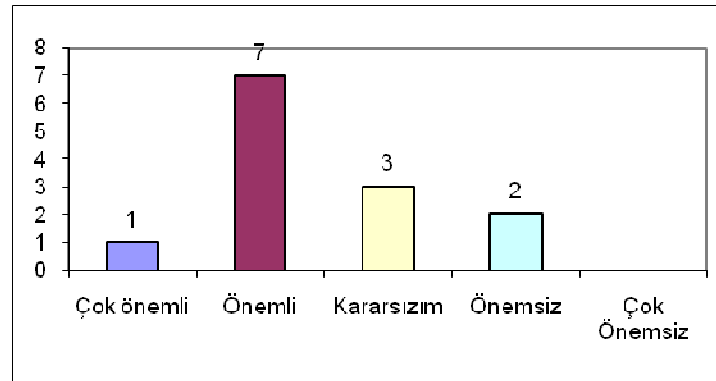
Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	1	0,08
Önemli	7	0,54
Kararsızım	3	0,23
Önemsiz	2	0,15
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.14 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	8	0,18
Önemli	16	0,36
Kararsızım	13	0,29
Önemsiz	4	0,10
Çok Önemsiz	3	0,07
Toplam	44	1

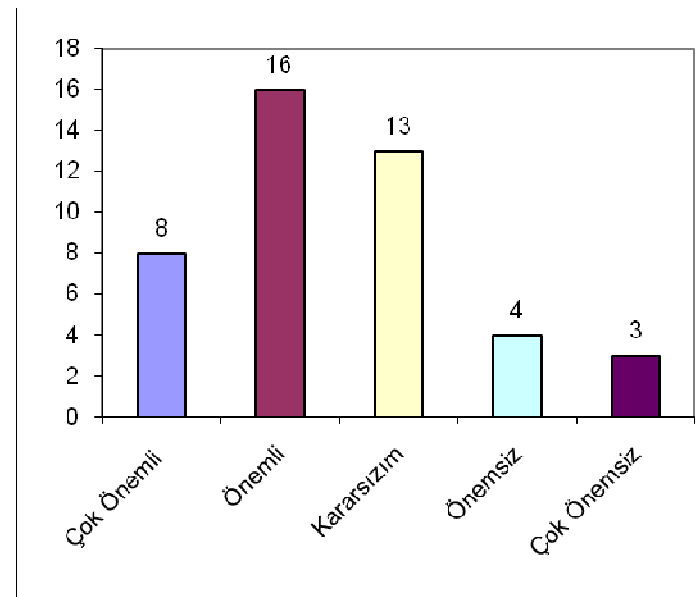
Eczanelerde reçetelenen farmasötik şekil sayısında ambalajlamanın (tane ile satış) uygulanmayışının etkisi olarak sorulan soruya uzman doktorların % 8' i çok önemli, % 54'ü önemli, %23'ü kararsızım, %15'i önemsiz olarak, asistan doktorların % 18'i çok önemli, %36'sı önemli, % 29'u kararsızım, %10'u önemsiz, % 7'si çok önemsiz olarak görüşlerini bildirmişlerdir.

Şekil7.3. Uzman Doktorların Değerlendirmeleri



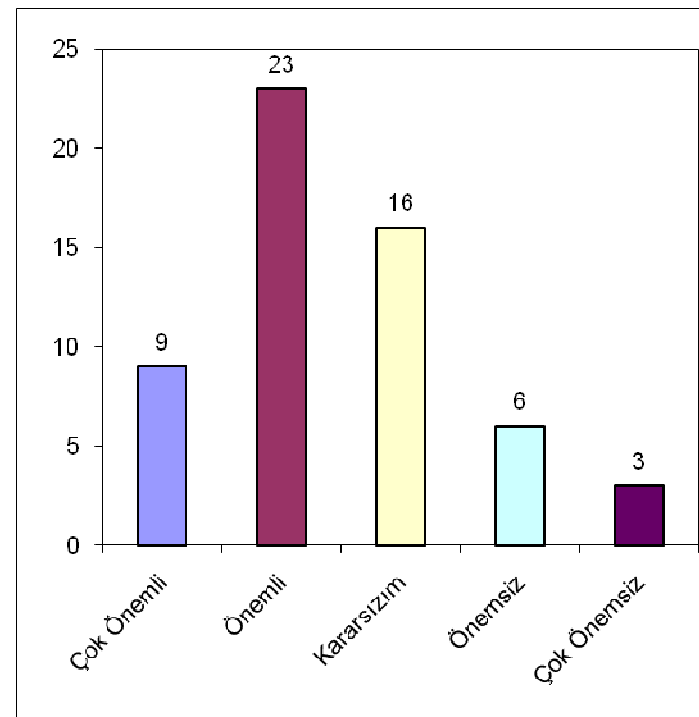
Ankete katılan uzman doktorlardan 1'inin cevabı Çok Önemli , 7'sinin Önemli, 3'ünün Kararsızım, 2'sinin ise önemsiz şeklinde olmuştur. Çok Önemsiz olarak hiçbir görüş bildirilmemiştir.

Şekil 7.4 Asistan Doktorların Değerlendirmeleri



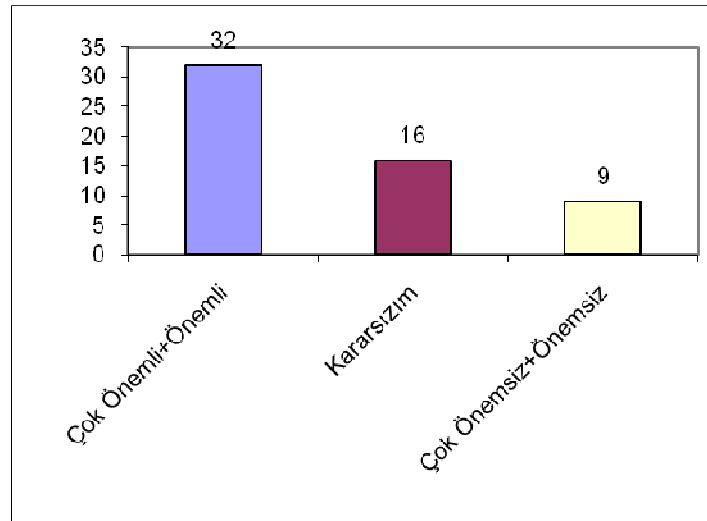
Ankete katılan asistan doktorlardan 8'inin cevabı Çok Önemli, 16'sının Önemli, 13'ünün Kararsızım, 4'ünün Önemsiz ve 3'ünün Çok Önemsiz şeklinde olmuştur.

Şekil 7.5 Uzman Ve Asistan Doktorların Görüşlerinin Toplamı



Uzman ve asistan doktorların bu konuda verdikleri cevaplara toplam olarak bakıldığında doktorların cevaplarının 9 tanesinin Çok Önemli, 23 tanesinin Önemli, 16 tanesinin Kararsızım, 6 tanesinin Önemsiz ve 3 tanesinin Çok Önemsiz olduğu görülmektedir.

Şekil7.6. Cevapların Üç Gruba Ayrılması



Eczanelerde reçetelenen farmasötik şekil sayısında ambalajlamanın (tane ile satış) uygulanmayışı sorusuna uzman ve asistan doktorların verdikleri cevapların toplamlarını Çok Önemli ve Önemli derecelerin toplamı , Kararsızım ve Çok Önemsiz ile Önemsiz derecelerinin toplamından oluşmuş üç grup içinde incelendiğinde; Çok Önemli ve Önemli derecelerinin toplamından oluşmuş grupta 32 kişi, Kararsızlarda 16 kişi, Çok Önemsiz ve Önemsiz derecelerinin toplamından oluşan grupta ise 9 kişi yer almaktadır.

Tablo7.15. Üç Gruba Göre Toplam Frekans Değerleri

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli+Önemli	32	0,56
Kararsızım	16	0,28
Önemsiz+Çok Önemsiz	9	0,16
Toplam	57	1

Eczanelerde reçetelenen farmasötik şekil sayısında ambalajlamanın (tane ile satış) uygulanmayışı sorusuna uzman ve asistan doktorların verdikleri cevapların toplamlarını Çok Önemli ve Önemli derecelerini toplamını , Kararsızım ve Çok Önemsiz ile Önemsiz derecelerinin toplamından oluşmuş üç grup içinde oransal olarak incelendiğinde; Çok Önemli ve Önemli derecelerinin toplamından oluşmuş grubun katılanlara oranı % 56, Kararsızımın katılanlara oranı %28, Çok Önemsiz ve Önemsiz derecelerinin toplamından oluşmuş grubun katılanlara oranı ise sadece % 16 olduğu görülmektedir.

7.2.1.7.Tanıtım Ve Pazarlamanın Etkisi :

Tablo7.16 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	2	0,15
Önemli	8	0,62
Kararsızım	1	0,08
Önemsiz	2	0,15
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.17 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	8	0,18
Önemli	18	0,41
Kararsızım	8	0,18
Önemsiz	8	0,18
Çok Önemsiz	2	0,05
Toplam	44	1

Tanıtım ve pazarlamanın etkisi sorusuna uzman doktorların % 15'i Çok Önemli, % 62'si Önemli, %8'i Kararsızım, % 15'i Önemsiz ; asistan doktorların %18'i Çok Önemli % 41'i Önemli, %18'i Kararsızım, %18'i Önemsiz, %5'i Çok Önemsiz olarak yanıtlamıştır.

7.2.1.8. İlaçların Etki Mekanizmalarının Bilinme Derecesi :

Tablo7.18 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,23
Önemli	6	0,46

Tablo7.19 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	10	0,23
Önemli	18	0,41

Kararsızım	0	0	Kararsızım	4	0,09
Önemsiz	3	0,23	Önemsiz	10	0,23
Çok Önemsiz	1	0,08	Çok Önemsiz	2	0,04
Toplam	13	1	Toplam	44	1

İlaçların etki mekanizmalarının yeterince bilinmemesinin etkisi olarak sorulan soruya uzman doktorların %23'ü çok önemli, % 46'sı önemli, % 23'ü önemsiz, % 8'i çok önemsiz; asistan doktorların % 23'ü çok önemli, % 41'i önemli, % 9'u kararsızım, % 23'ü önemsiz, % 4'ü çok önemsiz olarak yanıt vermiştir.

7.2.2. İlaç Satışında Reçetelenen Farmasötik Şekil Sayısının (Tane İle Satışın) Uygulanabilirliğini Etkileyecek Faktörler.

İlaç satışında reçetelenen farmasötik şekil sayısının (tane ile satışın) uygulanabilirliğini etkileyecek sorunlar aşağıdaki grupta yer alan sorularla değerlendirilmiştir.

7.2.2.1. Hijyen Faktörü :

Tablo7.20 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	5	0,38
Önemli	4	0,31
Kararsızım	2	0,15
Önemsiz	2	0,15
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.21 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	14	0,32
Önemli	17	0,39
Kararsızım	4	0,09
Önemsiz	6	0,14
Çok Önemsiz	3	0,07
Toplam	44	1

Hijyen sorunu sorusuna uzman doktorların % 38'i çok önemli, % 31'i önemli, % 15'i kararsızım, % 15'i önemsiz , asistan doktorların % 32'si çok önemli, % 39'u önemli, %9'u kararsızım, % 14'ü önemsiz ve % 7'si çok önemsiz şeklinde cevap vermişlerdir.

7.2.2.2. Hastanın İlaçlarının Başka İlaçlarla Karıştırabilmesi :

Tablo7.22 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	7	0,54
Önemli	5	0,38
Kararsızım	1	0,08
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.23 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	15	0,35
Önemli	19	0,43
Kararsızım	5	0,11
Önemsiz	5	0,11
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	44	1

Hastanın İlaçlarının Başka İlaçlarla Karıştırabilmesi sorusuna uzman doktorların % 54'ü Çok önemli, % 38'i Önemli ve % 8'i Kararsızım, asistan doktorların % 35'i çok önemli, %43'ü önemli, % 11'i Kararsızım, % 11'i Önemsiz şeklinde cevaplamıştır.

7.2.2.3. Sürekli Aynı İlaç Kullanmak Zorunda Olan Hastalarda Kişi İçin İlaç Temini :

Tablo7.24 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	6	0,46
Önemli	4	0,31
Kararsızım	1	0,08
Önemsiz	2	0,15
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.25 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	27	0,61
Önemli	4	0,09
Kararsızım	6	0,14
Önemsiz	5	0,11
Çok Önemsiz	2	0,04
Toplam	44	1

Sürekli aynı ilacı kullanmak zorunda olan hastalarda kişi için ilaç temini zorluğu sorununu uzman doktorların % 46'sı çok önemli % 31'i önemli, % 8'i kararsızım, %

15'i önemsiz olarak, asistan doktorların % 61'i çok önemli, % 9'u önemli, % 14'ü kararsızım, %11'i önemsiz ve %4'ü çok önemsiz olarak derecelendirmişlerdir.

7.2.2.4. Prospektüs Faktörü :

Tablo7.26 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,23
Önemli	5	0,38
Kararsızım	3	0,23
Önemsiz	2	0,15
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.27 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	9	0,20
Önemli	15	0,35
Kararsızım	7	0,16
Önemsiz	10	0,23
Çok Önemsiz	3	0,07
Toplam	44	1

Prospektüs sorununu uzman doktorların % 23'ü çok önemli % 38'i önemli, % 23'ü kararsızım, % 15'i önemsiz olarak, asistan doktorların % 20'si çok önemli, % 35'i önemli, % 16'sı kararsızım, %23'ü önemsiz ve % 7'si çok önemsiz olarak derecelendirmişlerdir.

7.2.2.5. İthal Edilen İlaçların Orijinal Ambalajda Paketlenmiş Olması :

Tablo7.28 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,23
Önemli	4	0,31
Kararsızım	3	0,23
Önemsiz	3	0,23
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Tablo7.29 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	5	0,11
Önemli	12	0,27
Kararsızım	9	0,20
Önemsiz	17	0,39
Çok Önemsiz	1	0,02
Toplam	44	1

İthal edilen ilaçların orijinal ambalajda paketlenmiş olması sorununu uzman doktorların % 23'ü çok önemli % 31'i önemli, % 23'ü kararsızım, % 23'ü önemsiz olarak, asistan doktorların % 11'i çok önemli, % 27'si önemli, % 20'si kararsızım, %39'u önemsiz ve %2'si çok önemsiz olarak derecelendirmişlerdir.

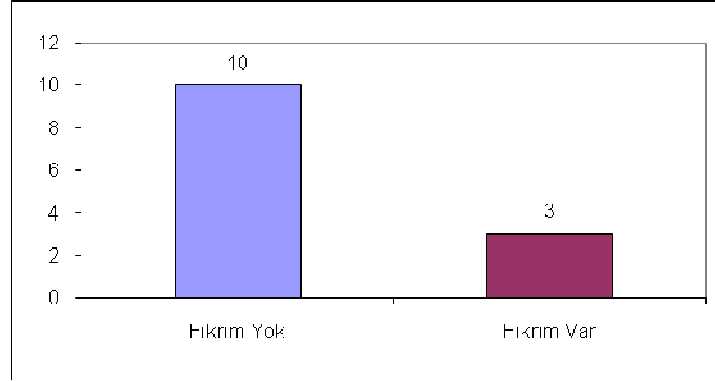
7.2.3. Klinik Eczacılık Sistemi

Tablo7.30 Uzman Doktorlar

	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Fikrim Yok	10	0,77
Fikrim Var	3	0,23
Toplam	13	1,00

Uzman doktorların % 77'si klinik eczacılık hakkında fikri olmadığını, % 23'ü klinik eczacılık hakkında fikri olduğunu belirtmişlerdir.

Şekil 7.7 Frekans Olarak Değerlendirme



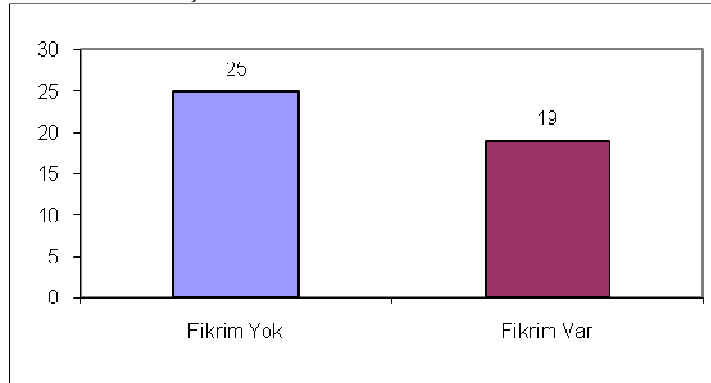
Sayı olarak bakıldığında ise ankete cevap veren uzman doktorların 10 tanesinin fikri olmadığı, 3 tanesinin fikri olduğu görülmektedir.

Tablo7.31 Asistan Doktorlar

	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Fikrim Yok	25	0,57
Fikrim Var	19	0,43
Toplam	44	1,00

Asistan doktorların % 57'si klinik eczacılık hakkında fikri olmadığını, % 43'ü klinik eczacılık hakkında fikri olduğunu belirtmişlerdir.

Şekil7.8Asistan Doktorlar



Sayı olarak bakıldığında ise ankete cevap veren asistan doktorların 25 tanesinin klinik eczacılık hakkında fikri olmadığını, 19 tanesinin klinik eczacılık hakkında fikri olduğu görülmektedir.

7.2.4. Klinik Eczacılık Sisteminin Ülkemiz Genelinde Uygulanabilirliği

Tablo7.32 Uzman Doktorlar

	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Evet	1	0,33
Hayır	2	0,67
Toplam	3	1,00

Tablo7.33 Asistan Doktorlar

	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Evet	6	0,32
Hayır	13	0,68
Toplam	19	1,00

Klinik eczacılık hakkında fikri olan uzman doktorlardan 1 kişi ülkemiz genelinde uygulanabilir mi sorusuna evet, 2 kişi hayır demiştir. Diğer bir deyişle uzman doktorların % 33'ü bu soruya evet, % 67'si hayır demiştir.

Klinik eczacılık hakkında fikri olan asistan doktorlardan 6 kişi ülkemiz genelinde uygulanabilir mi sorusuna evet, 13 kişi hayır demiştir. Diğer bir deyişle asistan doktorların % 32'si bu soruya evet, % 68'i hayır demiştir.

Tablo7.34 Uzman ve Asistan Doktorlar

	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Evet	7	0,32
Hayır	15	0,68
Toplam	22	1,00

Klinik eczacılık hakkında fikri olan uzman ve asistan doktorların toplamına bakıldığında 7 kişi ülkemiz genelinde uygulanabilir mi sorusuna evet, 15 kişi hayır demiştir. Diğer bir deyişle uzman ve asistan doktorların % 32'si bu soruya evet, % 68'i hayır demiştir.

7.2.5.Klinik Eczacılık Sisteminin Ülkemiz Genelinde Uygulanmasını Etkileyen Faktörler :

7.2.5.1.Mali Faktörler

Tablo7.35 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	0	0
Önemli	0	0
Kararsızım	0	0
Önemsiz	2	1,00
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	2	1

Tablo7.36 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	5	0,38
Önemli	5	0,38
Kararsızım	1	0,08
Önemsiz	2	0,15
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1

Klinik eczacılığın ülkemiz genelinde uygulanabilir mi sorusuna hayır diyen uzman doktorların % 100'ü uygulanamama nedeni olarak mali yetersizlikler sorusuna önemsiz cevabını vermişlerdir. Klinik eczacılığın ülkemiz genelinde uygulanabilir mi sorusuna hayır diyen asistan doktorların mali yetersizlikler sorusuna %38'i çok önemli, % 38'i önemli, %8'i kararsızım, %15'i önemsiz cevabını vermişlerdir.

7.2.5.2.Fiziksel Koşullar:

Tablo7.37 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	1	0,50
Önemli	1	0,50
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	2	1,00

Tablo7.38 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	6	0,46
Önemli	5	0,38
Kararsızım	2	0,15
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1,00

Fiziksel koşulların yetersizliğin önem derecesi sorusuna uzman doktorların %50'si çok önemli, % 50'si önemli; asistan doktorların % 46'sı çok önemli, %38'i önemli, %15'i kararsızım yanıtını vermişlerdir.

7.2.5.3. Cevap Verilecek Reçete Sayısında Yoğunluk :

Tablo7.39 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	2	1,00
Önemli	0	0
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	2	1,00

Tablo7.40 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	4	0,31
Önemli	6	0,46
Kararsızım	2	0,15
Önemsiz	1	0,08
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1,00

Cevap verilecek reçete sayısında yoğunluğun önem derecesi sorusuna uzman doktorların %100'ü çok önemli ; asistan doktorların % 31'i çok önemli, %46'sı önemli, %15'i kararsızım, %8'i önemsiz yanıtını vermişlerdir.

7.2.5.4. Hasta İle İletişim :

Tablo7.41 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	1	0,50
Önemli	1	0,50
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	2	1,00

Tablo7.42 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	4	0,31
Önemli	7	0,54
Kararsızım	1	0,08
Önemsiz	1	0,08
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1,00

Hasta ile iletişimin zor olacağı konusunun önem derecesi sorusuna uzman doktorların %50'si çok önemli, % 50'si önemli ; asistan doktorların % 31'i çok önemli, %54'ü önemli, %8i kararsızım, %8'i önemsiz yanıtını vermişlerdir.

7.2.5.5.Klinik Eczacılık Sisteminin Bilinme Düzeyi :

Tablo7.43 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	0	0
Önemli	2	1,00
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	2	1,00

Tablo7.44Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	7	0,54
Önemli	4	0,31
Kararsızım	1	0,08
Önemsiz	1	0,08
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1,00

Klinik eczacılık sisteminin yeterince bilinmemesi konusunun önem derecesi sorusuna uzman doktorların %100'ü önemli; asistan doktorların % 54'ü çok önemli, %31'i önemli, %8'i kararsızım, %8'i önemsiz yanıtını vermişlerdir.

7.2.5.6.Mevcut ve Halen Okuyan Eczacıların Eğitimi:

Tablo7.45 Uzman Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	1	0,50
Önemli	1	0,50
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	2	1,00

Tablo7.46 Asistan Doktorlar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	7	0,54
Önemli	4	0,31
Kararsızım	1	0,08
Önemsiz	1	0,08
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	13	1,00

Mevcut ve halen okuyan eczacıların eğitimine gereksinme duyulması konusunun önem derecesi sorusuna uzman doktorların %50'si çok önemli, % 50'si önemli ; asistan doktorların % 54'ü çok önemli, %31'i önemli, %8i kararsızım, %8'i önemsiz yanıtını vermişlerdir.

BÖLÜM 8

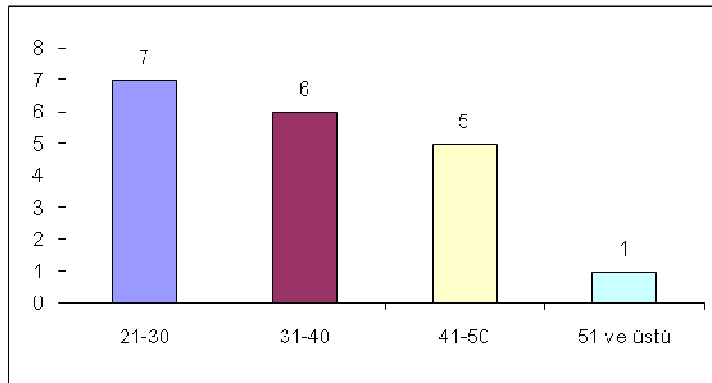
UYGULAMA II

Ankete 19'u hastanede görevli , 11'i serbest eczanelerde olmak üzere 30 eczacı katılmıştır.

8.1 Ankete Katılan Eczacıların Yaş Dağılımı

Ankete katılan serbest ve hastane eczanelerinin demografik özellik olarak yaş dağılımları aşağıdaki gibidir.

Şekil 8.1.Hastanede görevli eczacıların yaş dağılımı

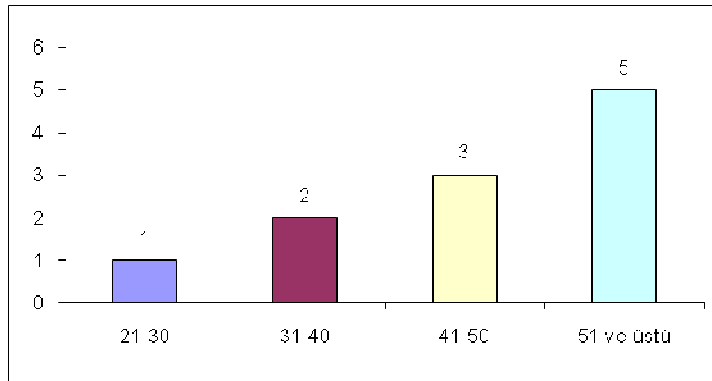


Tablo 8.1Hastanede görevli eczacıların yaş dağılımı

Yaş	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
21-30	7	0,37
31-40	6	0,32
41-50	5	0,26
51 ve üstü	1	0,05
Toplam	19	1

Ankete katılan hastanede görevli eczacıların yaş dağılımları incelendiğinde %37' le 21-30 grubunu, %32' le 31-40, %26'la 41-50 ve %5'le51 ve üstü grubunu oluşturmaktadır.

Şekil8.2.Serbest Eczacıların Yaş Dağılımı



Tablo8.2.Serbest Eczacıların Yaş Dağılımı

21-30	1	0,09
31-40	2	0,18
41-50	3	0,27
51 ve üstü	5	0,45
Toplam	11	1

Ankete katılan serbest eczacıların yaş dağılımları incelendiğinde % 9'la 21-30 grubunu, %18' le 31-40, %27'le 41-50 ve %45'le 51 ve üstü grubunu oluşturmaktadır.

8.2. Anket Sorularının Değerlendirilmesi

Ankete katılan eczacıların görüşlerinin değerlendirilmesi aşağıdaki gibidir.

8.2..1.Rasyonel (Akılcı) İlaç Kullanımını Etkileyen Nedenler:

Eczacıların anketin altıncı grup sorularını oluşturan rasyonel (akılcı) ilaç kullanımını olumsuz yönde etkileyen nedenler ile ilgili verdikleri cevaplar ele alınmıştır.

8.2.1.1 Sağlık Kuruluşlarından Kaynaklanan Nedenler :

Tablo8.3Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	8	0,42
Önemli	9	0,47
Kararsızım	2	0,10
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	19	1

Tablo8.4 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	9	0,82
Önemli	2	0,18
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Bu soruda sağlık kuruluşlarında hastaların yoğunluk nedeni ile yeterli değerlendirilememesi ele alınmıştır. Ankete katılan hastanede görevli eczacıların %42' si çok önemli % 47'si önemli, % 10'u kararsızım olarak görüşlerini bildirmişler,serbest eczacıların % 82'si çok önemli, %18'i önemli, olarak görüşlerini bildirmişlerdir.

8.2.1.2 Aile Hekimliği Sisteminin Konumundan Kaynaklanan Nendeler:

Tablo8.5 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	5	0,26
Önemli	12	0,63
Kararsızım	2	0,10
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	19	1

Tablo8.6 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	2	0,18
Önemli	5	0,45
Kararsızım	2	0,18
Önemsiz	2	0,18
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Aile hekimliği sisteminin yaygınlaşmamış olmasının etkisini hastanede görevli eczacıların % 26'sı çok önemli, %63'ü önemli, % 10'u kararsızım olarak ; serbest eczacıların ise %18'i çok önemli, %45'önemli, % 18'i kararsızım, % 18'i önemsiz, olarak belirtmişlerdir.

8.2.1.3 Hekim Tavsiyesi Dışında İlaç Kullanımının Yaygınlığı

Tablo8.7 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	16	0,84
Önemli	3	0,16
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	19	1

Tablo8.8 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	4	0,36
Önemli	5	0,45
Kararsızım	0	0
Önemsiz	2	0,18
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Hekim tavsiyesi dışında ilaç kullanımının yaygınlığı sorusuna hastane eczacıları %84 oranında çok önemli, % 16 oranında önemli; serbest eczacılar ise % 36 oranında çok önemli, % 45 oranında önemli, %18 oranında önemsiz, olarak yanıtlamışlardır.

8.2.1.4 Doktorun Belirlediği İlaç Kullanma Talimatına Uyum Derecesi :

Tablo8.9Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	11	0,58
Önemli	8	0,42
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0

Tablo8.10 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	6	0,55
Önemli	4	0,36
Kararsızım	0	0
Önemsiz	1	0,10
Çok Önemsiz	0	0

Toplam	19	1		Toplam	11	1
--------	----	---	--	--------	----	---

Doktorun belirlediği ilaç kullanma talimatına uymamanın etkisi olarak sorulan soruya hastane eczacılarının yanıtı %58 oranında çok önemli, % 42 oranında önemli ; serbest eczacıların yanıtı % 55 ile çok önemli, %36 ile önemli ve %10 ile önemsiz olmuştur.

8.2.1.5 Reçete Gerektiren İlaçların Reçetesiz Alınabilmesi :

Tablo8.11Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	9	0,47
Önemli	8	0,42
Kararsızım	1	0,05
Önemsiz	1	0,05
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	19	1

Tablo8.12 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,27
Önemli	5	0,45
Kararsızım	1	0,10
Önemsiz	2	0,18
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Reçete gerektiren ilaçların reçetesiz alınabilmesi sorusuna hastane eczacılarının %47'si çok önemli % 42'si önemli, %5'i kararsızım, % 5' i önemsiz olarak, serbest eczacıların, %27'si çok önemli, % 45'i önemli, %10'u kararsızım, %18'i önemsiz olarak yanıtlamışlardır.

8.2.1.6.Eczanelerde Reçetelenen Farmasötik Şekil Sayısında Ambalajlamann (Tane İle Satışın) Uygulaması :

Tablo8.13Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	5	0,26
Önemli	5	0,26
Kararsızım	4	0,21
Önemsiz	4	0,21

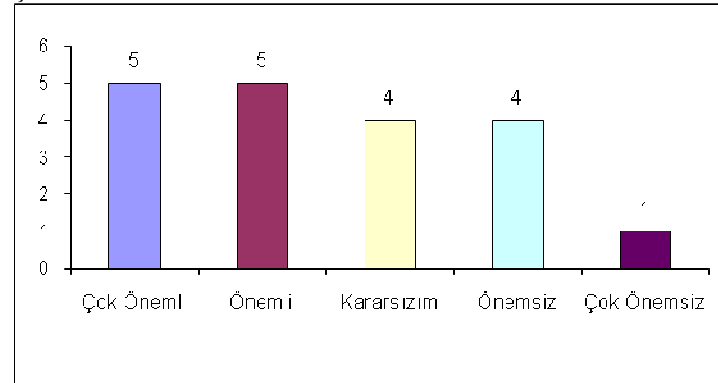
Tablo8.14 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	2	0,18
Önemli	0	0
Kararsızım	2	0,18
Önemsiz	2	0,18

Çok Önemli	1	0,05		Çok Önemli	5	0,45
Önemli				Önemli		
Kararsızım				Kararsızım	4	
Önemsiz				Önemsiz	4	
Çok Önemsiz				Çok Önemsiz	1	
Toplam	19	1		Toplam	11	1

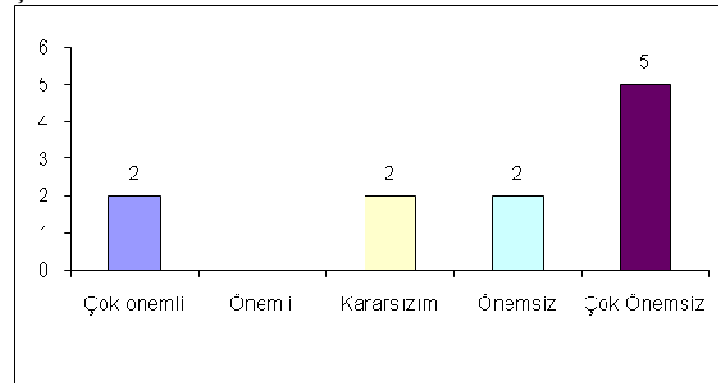
Eczanelerde reçetelenen farmasötik şekil sayısında ambalajlamanın (tane ile satış) uygulanmayışının etkisi olarak sorulan soruya hastane eczacılarının % 26' sını çok önemli, % 26'sını önemli, %21'i kararsızım, % 21'i önemsiz, %5'i çok önemsiz olarak, serbest eczacıların % 18'i çok önemli, %18'i kararsızım, %18'i önemsiz, % 45'i çok önemsiz olarak yanıtlamışlardır.

Şekil8.3 Hastanede Görevli Eczacılar



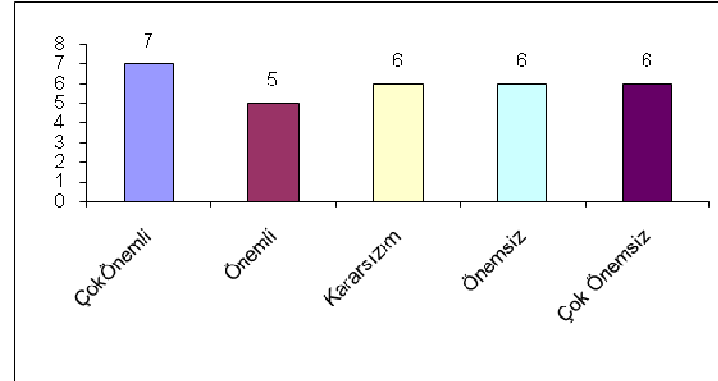
Ankete katılan hastane eczacılarının 5'inin cevabı çok önemli , 5'inin Önemli, 4'ünün Kararsızım, 4'ünün önemsiz, 1'inin çok önemsiz şeklinde olmuştur.

Şekil8.4 Serbest Eczacılar



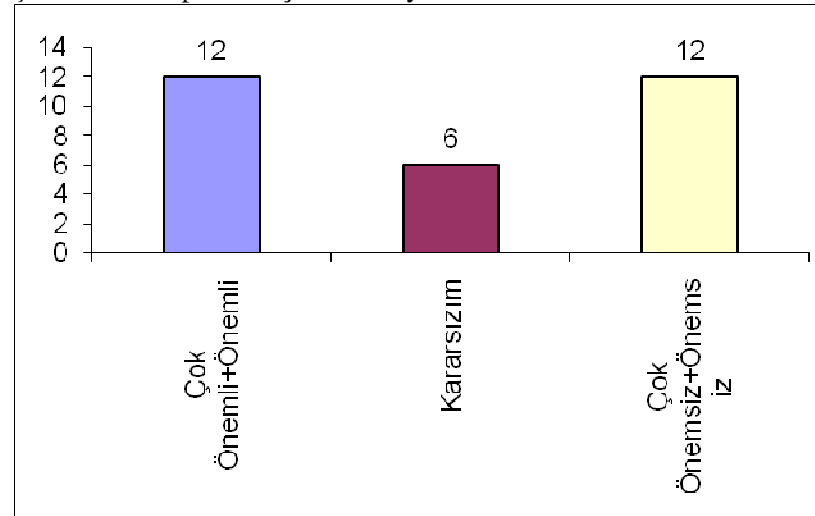
Ankete katılan hastane eczacılarından 2'sinin cevabı Çok Önemli, 2'sinin Kararsızım, 2'sinin Önemsiz ve 5'inin Çok Önemsiz şeklinde olmuştur.

Şekil.8.5 Hastane ve Serbest Eczacıların Görüşlerin Toplamı



Hastane ve serbest eczacıların eczanelerde reçetelenen farmasötik şekil sayısında ambalajlamanın (tane ile satışın) uygulanmayışı sorusuna verdikleri cevaplara toplam olarak bakılırsa eczacıların 7 tanesi Çok Önemli, 5 tanesi Önemli, 6 tanesi Kararsızım, 6 tanesi Önemsiz ve 6 tanesi Çok Önemsiz olarak çıkmaktadır.

Şekil.8.6 Cevapların Üç Gruba Ayrılması



Eczanelerde reçetelenen farmasötik şekil sayısında ambalajlamanın (tane ile satışın) uygulanmayışı sorusuna hastane ve serbest eczacıların verdikleri cevapların toplamlarını Çok Önemli ve Önemli derecelerinin toplamı , Kararsızım ve Çok Önemsiz ile Önemsiz derecelerinin toplamından oluşmuş üç grup içinde incelendiğinde; Çok Önemli ve Önemli derecelerinin toplamından oluşmuş grupta 12 kişi, Kararsızlarda 6 kişi, Çok Önemsiz ve Önemsiz derecelerinin toplamından oluşan grupta ise 12 kişinin yer aldığı görülmektedir.

Tablo.8.15 Cevapların Üç Gruba Ayrılması

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli+Önemli	12	0,40
Kararsızım	6	0,20
Önemsiz+Çok Önemsiz	12	0,40
Toplam	30	1

Eczanelerde reçetelenen farmasötik şekil sayısında ambalajlamanın (tane ile satış) uygulanmayışı sorusuna hastane ve serbest eczacıların verdikleri cevapların toplamlarını çok önemli ve önemli derecelerini toplamını , kararsızım ve çok önemsiz ile önemsiz derecelerinin toplamından oluşmuş üç grup içinde oransal olarak incelenirse; çok önemli ve önemli derecelerinin toplamından oluşmuş grubun katılanlara oranı % 40, kararsızımın katılanlara oranı %20, çok önemsiz ve önemsiz derecelerinin toplamından oluşmuş grubun katılanlara oranı ise % 40 dır.

8.2.1.7 Tanıtım Ve Pazarlamanın Etkisi

Tablo8.16 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	5	0,26
Önemli	7	0,37
Kararsızım	4	0,21
Önemsiz	3	0,16
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	19	1

Tablo8.17 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,27
Önemli	4	0,36
Kararsızım	0	0
Önemsiz	3	0,27
Çok Önemsiz	1	0,10
Toplam	11	1

Tanıtım ve pazarlamanın etkisi sorusuna hastane eczacılarının % 26'sı çok önemli, % 37'si önemli, %21'i kararsızım, % 16'sı önemsiz ; serbest eczacıların

%27'si çok önemli, % 36'sı önemli, % 27'si önemsiz, %10'u çok önemsiz olarak yanıtlamıştır.

8.2.1.8 İlaçların Etki Mekanizmalarının Bilinme Derecesi :

Tablo8.18Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,16
Önemli	13	0,68
Kararsızım	2	0,10
Önemsiz	1	0,05
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	19	1

Tablo8.19 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	2	0,18
Önemli	6	0,55
Kararsızım	1	0,10
Önemsiz	2	0,18
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

İlaçların etki mekanizmalarının yeterince bilinmemesinin etkisi olarak sorulan soruya hastane eczacılarının % 16'sı çok önemli, %68'i önemli, % 10'u kararsızım,%5'i önemsiz; asistan doktorların % 18'i çok önemli, % 55'i önemli, % 10'u kararsızım, % 18'i önemsiz olarak yanıt vermiştir.

8.2.2 İlaç Satışında Reçetelenen Farmasötik Şekil Sayısının (Tane İle Satışın) Uygulanabilirliğini Etkileyecek Faktörler:

İlaç satışında reçetelenen farmasötik şekil sayısının (tane ile satışın) uygulanabilirliğini etkileyecek sorunlar aşağıdaki grupta yer alan sorularla değerlendirilmiştir.

8.2.2.1 Hijyen Faktörü:

Tablo8.20 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	13	0,68
Önemli	4	0,21
Kararsızım	0	0
Önemsiz	1	0,05
Çok Önemsiz	1	0,05
Toplam	19	1

Tablo8.21 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	10	0,91
Önemli	0	0
Kararsızım	0	0
Önemsiz	1	0,10
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Hijyen sorunu sorusuna hastane eczacılarının % 68'i çok önemli, % 21'i önemli, % 5'i önemsiz, %5'i çok önemsiz, serbest eczacıların % 91'i çok önemli, % 10'u önemsiz şeklinde cevap vermişlerdir.

8.2.2.2. Hastanın İlaçlarının Başka İlaçlarla Karıştırabilmesi :

Tablo8.22 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	16	0,84
Önemli	2	0,10
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	1	0,05
Toplam	19	1

Tablo8.23 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	7	0,64
Önemli	4	0,36
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Hastanın ilaçlarının başka ilaçlarla karıştırabilmesi sorusuna hastane eczacılarının % 84'ü çok önemli, % 10'u Önemli ve % 5'i çok önemsiz, serbest eczacıların % 64'ü çok önemli, % 36'sı önemli şeklinde cevaplamıştır.

8.2.2.3 Sürekli Aynı İlacı Kullanmak Zorunda Olan Hastalarda Kişi İçin İlaç Temini :

Tablo8.24 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	10	0,53
Önemli	7	0,37
Kararsızım	1	0,05
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	1	0,05
Toplam	19	1

Tablo8.25 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	5	0,45
Önemli	2	0,18
Kararsızım	1	0,10
Önemsiz	2	0,18
Çok Önemsiz	1	0,10
Toplam	11	1

Sürekli aynı ilacı kullanmak zorunda olan hastalarda kişi için ilaç temini zorluğu sorununu hastane eczacılarının % 53'ü çok önemli, % 37'si önemli, % 5'i kararsızım, %5'i çok önemsiz olarak, serbest eczacıların % 45'i çok önemli, % 18'i önemli, % 10'u kararsızım, %18'i önemsiz ve %10'u çok önemsiz olarak derecelendirmişlerdir.

8.2.2.4. Prospektüs Faktörü :

Tablo8.26 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	9	0,47
Önemli	4	0,21
Kararsızım	0	0
Önemsiz	4	0,21
Çok Önemsiz	2	0,10
Toplam	19	1

Tablo8.27 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	4	0,36
Önemli	2	0,18
Kararsızım	0	0
Önemsiz	4	0,36
Çok Önemsiz	1	0,10
Toplam	11	1

Prospektüs sorununu hastane eczacılarının % 47'si çok önemli % 21'i önemli, % 21'i önemsiz, % 10'u çok önemsiz olarak, serbest eczacıların % 36'sı çok önemli, % 18'i önemli, %36'sı önemsiz, %10'u çok önemsiz olarak derecelendirmişlerdir.

8.2.2.5 İthal Edilen İlaçların Orijinal Ambalajda Paketlenmiş Olması :

Tablo8.28 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	7	0,37
Önemli	6	0,32
Kararsızım	2	0,10
Önemsiz	3	0,16
Çok Önemsiz	1	0,05
Toplam	19	1

Tablo8.29 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	4	0,36
Önemli	5	0,45
Kararsızım	1	0,10
Önemsiz	1	0,10
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

İthal edilen ilaçların orijinal ambalajda paketlenmiş olması sorununu hastane eczacılarının % 37'si çok önemli, % 32'si önemli, % 10'u kararsızım, % 16'sı önemsiz, %5'i çok önemsiz olarak, serbest eczacıların % 36'sı çok önemli, % 45'i önemli, % 10'u kararsızım, %10'u önemsiz olarak derecelendirmişlerdir.

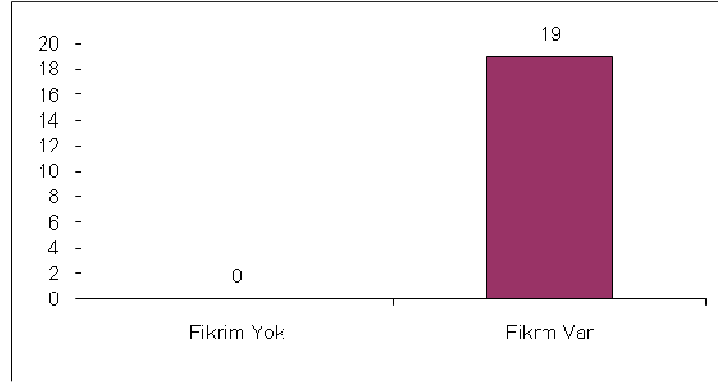
8.2.3 Klinik Eczacılık Sistemi

Tablo8.30 Hastanede Görevli Eczacılar

	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Fikrim Yok	0	0
Fikrim Var	19	1
Toplam	19	1

Hastanede görevli eczacıların % 100'ü klinik eczacılık hakkında fikri olduğunu, belirtmişlerdir.

Şekil8.7 Hastane Eczacıları



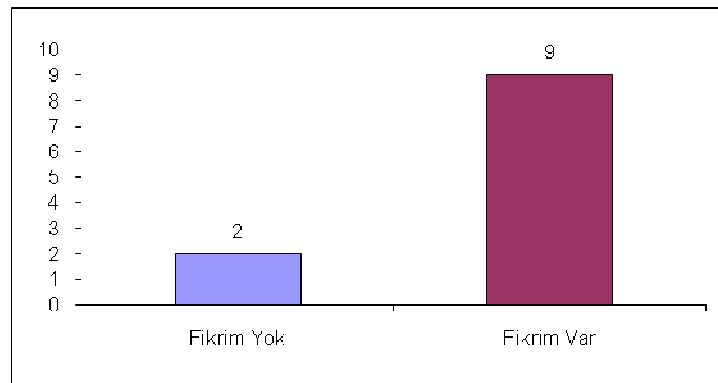
Sayı olarak bakıldığında ise ankete cevap veren hastane eczacılarının 19 tanesinin klinik eczacılık hakkında fikri olduğu görülmektedir.

Tablo8.31 Serbest Eczacılar

	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Fikrim Yok	2	0,18
Fikrim Var	9	0,82
Toplam	11	1,00

Serbest Eczacıların % 18'i klinik eczacılık hakkında fikri olmadığını, % 82'si klinik eczacılık hakkında fikri olduğunu belirtmişlerdir.

Şekil8.8 Serbest Eczacılar



Sayı olarak bakıldığında ise ankete cevap veren serbest eczacıların 2 tanesinin klinik eczacılık hakkında fikri olmadığı, 9 tanesinin klinik eczacılık hakkında fikri olduğu görülmektedir.

8.2.4.Klinik Eczacılık Sisteminin Ülkemiz Genelinde Uygulanabilirliği

Tablo8.32Hastanede Görevli Eczacılar

	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Evet	8	0,42
Hayır	11	0,58
Toplam	19	1

Tablo8.33Serbest Eczacılar

	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Evet	3	0,33
Hayır	6	0,67
Toplam	9	1

Klinik eczacılık hakkında fikri olan hastane eczacılarından 8 kişi ülkemiz genelinde uygulanabilir mi sorusuna evet, 11 kişi hayır demiştir. Diğer bir deyişle hastane eczacılarının % 42'si bu soruya evet, % 58'i hayır demiştir.

Klinik eczacılık hakkında fikri olan serbest eczacılardan 3 kişi ülkemiz genelinde uygulanabilir mi sorusuna evet, 6 kişi hayır demiştir. Diğer bir deyişle serbest eczacıların % 33'ü bu soruya evet, % 67'si hayır demiştir.

Şekil 8.34 Hastane ve Serbest Eczane Toplamı

	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Evet	11	0,39
Hayır	17	0,61
Toplam	28	1,00

Klinik eczacılık hakkında fikri olan hastane ve serbest eczacıların toplamına bakıldığında 11 kişi, ülkemiz genelinde uygulanabilir mi sorusuna evet, 17 kişi hayır demiştir. Diğer bir deyişle hastane ve serbest eczacıların % 39'u bu soruya evet, % 61'i hayır demiştir.

8.2.5 Klinik Eczacılık Sisteminin Ülkemiz Genelinde Uygulanmasını Etkileyen

Faktörler :

8.2.5.1 Mali Faktörler:

Tablo8.35 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	7	0,64
Önemli	3	0,27
Kararsızım	1	0,10
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Tablo8.36 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	1	0,17
Önemli	4	0,67
Kararsızım	0	0
Önemsiz	1	0,17
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	6	1

Klinik eczacılığın ülkemiz genelinde uygulanabilir mi sorusuna hayır diyen hastane eczacılarının mali yetersizlikler soruna % 64'ü çok önemli, %27'si önemli, %10'u kararsızım, serbest eczacıların ise % 17'si çok önemli, %67'si önemli, %17'si önemsiz cevabını vermişlerdir.

8.2.5.2 Fiziksel Koşullar :

Tablo8.37 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	5	0,45
Önemli	6	0,55
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Tablo8.38 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	1	0,17
Önemli	4	0,67
Kararsızım	0	0
Önemsiz	1	0,17
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	6	1

Fiziksel koşulların yetersizliğinin önem derecesi sorusuna hastane eczacılarının %45'i çok önemli, % 55'i önemli; serbest eczacıların % 17'ü çok önemli, %67'si önemli, %17'si önemsiz yanıtını vermişlerdir.

8.2.5.3.Cevap Verilecek Reçete Sayısında Yoğunluk:

Tablo8.39 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	6	0,55
Önemli	4	0,36
Kararsızım	0	0
Önemsiz	1	0,10
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Tablo8.40 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,50
Önemli	1	0,17
Kararsızım	0	0
Önemsiz	1	0,17
Çok Önemsiz	1	0,17
Toplam	6	1

Cevap verilecek reçete sayısında yoğunluğun önem derecesi sorusuna hastane eczacılarının %55'i çok önemli, % 36'sı önemli, %10'u önemsiz ; serbest eczacıların % 50'si çok önemli, %17'si önemli, %17'si önemsiz, %17'si çok önemsiz yanıtını vermişlerdir.

8.2.5.4 Hasta İle İletişim :

Tablo8.41 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,27
Önemli	3	0,27
Kararsızım	0	0
Önemsiz	5	0,45
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Tablo8.42 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	2	0,33
Önemli	3	0,50
Kararsızım	0	0
Önemsiz	1	0,17
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	6	1

Hasta ile iletişimin zor olacağı konusunun önem derecesi sorusuna hastane eczacılarının %27'si çok önemli, % 27'si önemli, %45'i önemsiz ; serbest eczacıların % 33'ü çok önemli, %50'si önemli, %17'si önemsiz yanıtını vermişlerdir.

8.2.5.5 Klinik Eczacılık Sisteminin Bilinme Düzeyi :

Tablo8.43 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	8	0,73
Önemli	3	0,27
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Tablo8.44 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,50
Önemli	3	0,50
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	6	1

Klinik eczacılık sisteminin yeterince bilinmemesi konusunun önem derecesi sorusuna hastane eczacılarının %73'ü çok önemli, % 27'si önemli; serbest eczacıların % 50'si çok önemli, %50'si önemli, yanıtını vermişlerdir.

8.2.5.6 Mevcut ve Halen Okuyan Eczacıların Eğitimi :

Tablo8.45 Hastanede Görevli Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	8	0,73
Önemli	3	0,27
Kararsızım	0	0
Önemsiz	0	0
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	11	1

Tablo8.46 Serbest Eczacılar

Dereceler	Frekans Sayısı	Katılanlara Oranı
Çok Önemli	3	0,50
Önemli	2	0,33
Kararsızım	0	0
Önemsiz	1	0,17
Çok Önemsiz	0	0
Toplam	6	1

Mevcut ve halen okuyan eczacıların eğitimine gereksinme duyulması konusunun önem derecesi sorusuna hastane eczacılarının %73'ü çok önemli, % 27'si önemli; serbest eczacıların % 50'si çok önemli, %33'ü önemli, %17'si önemsiz yanıtını vermişlerdir.

8.3 Araştırmanın Yöntem Ve Değerlendirilmesi

Bu çalışmada ilacın tüketimi sırasında ülke ekonomisine en az yükü getirerek, maksimum faydayı sağlayabilmek için gerekli olan koşulların oluşmama nedenleri tespit edilmeye çalışılmış ve nedenlere karşı sunulan çözüm önerilerinin uygulanabilirliği hakkında görüşler alınmıştır. Bu amaçla anket çalışması, ilacın bir anlamda tüketicisi konumunda olan hekimler ile, ilacın dağıtımında tüketimden bir önceki aşamayı oluşturan eczacılara uygulanmıştır.

Anket; İstanbulda Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi (EAH), Haseki EAH, İstanbul Bezmi Alem Valide Sultan Vakıf Gureba EAH ve İstanbul EAH' lerinde dahiliye kliniklerinde görevli uzman ve asistan doktorlarla, yine bu kuruluşlarda görevli eczacılara ve ayrıca serbest eczacılara yüzyüze görüşülerek uygulanmıştır.

Türk sağlık sektöründe ilaç pazarlama bileşenleri, akılcı ilaç kullanımı ve klinik eczacılık konulu ankete katılan 13'ü uzman, 44'ü asistan olmak üzere 57 doktor; 19'u hastane, 11'i serbest olmak üzere 30 eczacının verdikleri cevaba göre elde edilen verilere bakılarak yapılan tablo ve grafiklere ilişkin değerlendirmeler aşağıda belirtilmiştir.

Uzman doktorların yaş dağılımı 31-40 (Şekil 7.1), asistan doktorların 21-30 (Şekil7.2) yaş grupları arasında yoğunlaşmakta, hastane eczacılarının yaşı 21-30 (Şekil 8.1), serbest eczacıların 51ve üstü (şekil 8.2) yaş grubunda yoğunlaşmakla beraber eczacıların diğer yaş grupları ile frekans sayıları arasında pek fark bulunmamaktadır.

Öncelikle ilaç israfına yol açan nedenlerin önem derecesinin tespiti amacı ile;anket formunun 6 numaralı sorusu şıklarıyla belirtilen nedenlerin değerlendirilmesi istenmiştir. Buna göre ilk sık olan sağlık kuruluşlarında yoğunluk nedeni ile hastaların yeterli değerlendirilememesi sorusuna uzman ve asistan doktorların % 60'tan fazlası çok önemli (Tablo 7.3- 7.4), % 30'dan fazlası (Tablo 7.3-7.4) da önemli; hastane eczacılarının ise %89'u çok önemli ve önemli olarak (% 42 si çok önemli + % 47 si önemli) (Tablo 8.3), serbest eczacıların % 82'si çok önemli,%18'i önemli olarak (Tablo 8.4), değerlendirmeleri ilaç kullanımı için ilk aşama olan doğru tanının her zaman sağlıklı olarak konulamadığını göstermekte ve daha ilk aşamadan hatalı ya da eksik ilaç kullanımı ortaya çıkmaktadır.

İkinci sık olan aile hekimliğinin yaygınlaşmamış olması sorusuna da uzman ve asistan doktorlar çok önemli ve önemlide (Tablo 7.5-7.6); hastane ve serbest

eczanelerde yine çok önemli ve önemlide (Tablo 8.5-8.6) oransal yoğunluk görülmektedir. Birinci basamak sağlık kuruluşlarının optimal düzeyde kullanılmıyor olması hem ikinci basamak kuruluşlarda yoğunluğa yol açmakta, hem de koruyucu hekimlik sisteminin olmaması nedeni ile hastalık açısından daha büyük sorunlara neden olmaktadır.

Hekim tavsiyesi dışında ilaç kullanımında da yine uzman ve asistan doktorlar çok önemli ve önemli (Tablo 7.7-7.8), Hastane ve serbest eczacılarda çok önemli ve önemlide (Tablo 8.7-8.8) oransal olarak yoğunlaşmaktadır. Bu oranların çokluğu bireylerin gerek eğitim eksikliğinden gerekse ekonomik nedenlerden dolayı çevre tavsiyesi ile ilaç kullanımını çokluğunu göstermektedir. Bu şekilde kullanılan ilaçlar doğal olarak hem ekonomik kayba sebep olmakta hemde kişi için çeşitli yeni sağlık sorunlarını ortaya çıkarmaktadır.

Doktorun belirlediği ilaç kullanma talimatına uymamada ise uzman ve asistan doktorların (Tablo7.9-7.10) büyük çoğunlukla çok önemli ve önemli olarak; hastane ve serbest eczacılarında (Tablo 8.9-8.10) aynı şekilde çok önemi ve önemli olarak yanıt vermeleri ilacın etkili bir şekilde kullanılmadığını göstermektedir. Bu durum eğitim durumu ve/veya kişisel faktörlerin yanında ilaç kullanımı konusunda eğitim ile de ilgili bir konudur.

Reçete gerektiren ilaçların reçetesiz alınabilmesinde ise uzman ve asistan görüşlerinde ağır basan görüş çok önemli ve önemli olmakta(Tablo 7.11-7.12), hastane ve serbest eczacılarda ise görüşler aynı yönde (Tablo 8.11-8.12) olmaktadır. Bu durumda kişinin ilaç direncine, yan etkilere ve ekonomik kaynakların gereksiz kullanımına sebep olmaktadır.

Eczanelerde reçetelenen farmasötik şekil sayısında ambalajlamanın (tane ile satışın) uygulanmayışında ise frekans sayısı büyüklüğüne göre sıralamanın uzman doktorlar önemli, kararsız, önemsiz ve çok önemli (Tablo 7.13), asistan doktorlarda ; önemli , kararsızım , çokönemli,önemsiz, çok önemsiz şeklinde bir sıralama olduğu (Tablo 7.14) görülmektedir.

Uzman ve asistan doktorların ortak görüşleri ise önemli ve çok önemlide (Şekil 7.6) yoğunlaşmaktadır.

Hastanede görevli eczacıların frekans sayısı büyüklüğüne göre sıralaması çok önemli önemlide aynı sayıda, kararsızım ve önemsizde aynı sayıda ve en son çok önemsiz olarak(Tablo 8.13) sıralanmaktadır. Serbest eczacılarda ise frekans

büyüklüğü sırasında çok önemsiz en önde gelmekte daha sonra önemsiz kararsızım ve çok önemli eşit paylar(Tablo 8.14) almaktadır.

Hastane ve serbest eczacıların görüş toplamında ise aralarında çok fark olmamakla beraber çok önemli ön sırada gelmekte Kararsızım önemsiz ve çok önemsiz eşit pay almakta en sonda ise önemli (Şekil 8.5) gelmektedir.

İlacın etki mekanizmalarının kişiye göre değişmesi bazı ilaçların yan etkilerinin meydana çıkması, doğru tanının konamaması nedeni ile alınan ilaçların kullanılmaması bir anlamda ilaçların atıl durmasına sebep olmaktadır. Oysa tedavide belirli aralıklarla adım adım değerlendirmelerde ilacın devamına ve değişmesine karar verilmesi ile paralel bir uygulama olarak ilaçların tane ile verilmesinde fazla ilaç kalmamış olacaktır.

Ayrıca SSK, Bağkur, Emekli sandığı gibi sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı hastalarda 7 günlük (ayaktan hasta) ve 5 günlük (yatan hasta) dozajların uygulanması orijinal ambalajdaki ilaçların kullanılmadan kalmasına sebep olmaktadır.

Tanıtm ve pazarlamanın etkisinde ise uzman ve asistan doktorlar çok önemli ve önemli olarak çoğunlukta (Tablo 7.16-7.17); hastane eczacıları ile serbest eczacılarda da çok önemli ve önemli olarak çoğunluk (Tablo8.16-8.17) göstermektedirler

İlaç firmalarının promosyon çalışmalarına fazla ağırlık vermesi ile oluşan maliyetin ilaç fiyatlarına yansması, promosyon tanımındaki eksiklikler zaman zaman bazı kişilerin ticari düşüncesi bu şıkkın etkisini artırmaktadır.

İlaçların etki mekanizmaların yeterince bilinmemesinde ise yine uzman ve asistan doktorlar önemli ve çok önemlide yoğunlaşmaktadır (Tablo7.18-7.19); hastane eczacıları ve serbest eczacılarda da aynı görüşlerde yoğunluk(Tablo 8.18-8.19) göstermektedir. İlaçların belirli biyolojik yapıdaki etkisinin nasıl oluştuğunun bilinmesi , o etkiyi elde etmek için ilacın hekim tarafından rasyonel şekilde kullanılmasına olanak vermektedir. Bu konuda firmaların ar-ge çalışmalarının önemi ağırlık kazanmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımını sağlamak amacı ile eczanelerde ilacın tane ile satışını etkileyecek sorunlar hakkındaki görüşlerin değerlendirilmesi aşağıdaki gibidir.

Hijyen Sorunu; Uzman ve asistan doktorlar, hastane ve serbest eczacılar tarafından ilk akla gelen sorundur. Buna göre uzman ve asistan doktorların cevaplarında çok önemli ve önemli derecesinde oransal yoğunluk görülmekte (Tablo 7.20-7.21); hastane eczacılarında da çok önemli ve önemli derecesinde (Tablo 8.20),

serbest eczacılarda ise çok önemli (Tablo 8.21) derecesinde büyük bir oransal yoğunluk görülmektedir.

Hastanın İlaçlarını başka ilaçlarla karıştırabilmesi; Uzman doktorlar ve asistan doktorlar bu sorun ile ilgili görüşlerini ağırlıklı olarak çok önemli ve önemli(Tablo 7.22-7.23); hastane eczacıları ile serbest eczacılarda yine aynı şekilde çok önemli ve önemlide ağırlık (Tablo 8.22-8.23) göstermektedir.

Sürekli aynı ilacı kullanmak zorunda olan hastalarda kişi için ilaç temini zorluğu; Uzman doktorların büyük bir çoğunluğu çok önemli ve önemli olarak, asistan doktorların büyük bir çoğunluğu çok önemli olarak (Tablo 7.24-7.25); hastane eczacılarının büyük bir çoğunluğu çok önemli ve önemli olarak, serbest eczacıların çoğunluğu çok önemli olarak (Tablo 8.24-8.25) görüş bildirmişlerdir. Bu sorun tane ile satışın 1,2,3 ... gibi olarak anlaşılmasından kaynaklanmaktadır. Oysa bundan kasıt kişinin ihtiyacına göre sayıda ilaçtır. Sürekli aynı ilacı kullanan hastalar zaten raporlu hastalardır ve bunlarda rapor da belirtilen periyodik sürelerle göre yetecek ilaç miktarı (tane olarak) verilebilir.

Prospektüs Sorunu; Bu sorunla ilgili doktorların cevaplarında bir dağılım gözlenmekle beraber uzman doktorlarda en büyük yoğunluk önemli (Tablo 7.26), asistan doktorlarda de yine önemli (Tablo7.27) en büyük yoğunluğa sahiptir. Hastane ve serbest eczacıların cevaplarında da yine bir dağılım söz konusu olmakla beraber hastane eczacılarında çok önemli (Tablo 8.26) görüşü ağırlıktadır. Serbest eczacılarda ise eşit olarak çok önemli ve önemsiz görüşü ağırlık (Tablo8.27)kazanmaktadır. Prospektüs öncelikle halkın anlayacağı biçimde yazılıp; tane ile satışta bilgisayardan ilgili ilaç için otomatik olarak etiket şeklinde çıktı alınabilir.

İthal edilen ilaçların orijinal ambalajda paketlenmiş olması ; Bu konuda da yine doktorlar arasında dağılım söz konudur. Uzman doktorların eşit olarak çok önemli, kararsızım, önemsiz ve en büyük frekansa sahip olarak önemli (Tablo 7.28)dedikleri tespit edilmiş; asistan doktorlarda ise en az çok önemsiz görüşü (Tablo 7.29 bildirilmiştir. Hastane eczacılarında ve serbest eczacılarda da dağılım söz konusu olup; her ikisinde de çok önemli ve önemli (Tablo 8.28-8.29)ağırlıktadır. İlk başta bu bir sorun gibi gözükse de tane ile satışın bölünebilir blister ambalajlarda olması düşünüldüğünde ithal edilen ilaç üreticilerinin de bu konuda üretim yapması istenebilir. Böylelikle onların üretim sistemini de fazla değiştirmesine gerek kalmayacaktır.

Günümüzde ilaçların orijinal ambalajlarında üretilmesinden dolayı eczacının görevi sadece raftan ilacı alıp hastaya verme ile sınırlı kalmıştır. Oysa eczacının hastayı bilgilendirme, ilaç kullanımında takibi, gerektiğinde reçetede ilaç etkileşimleri ile ilgili konularda hekimlere danışmanlık yapmak gibi görevleri de vardır. Klinik eczacılık kavramına dahil edilebilecek bu görevlerin yerine getirilebilmesi için bu sistemin uygulanması gerekir. Anketin son grup sorularında bu sistem hakkında doktor ve eczacıların bilgi düzeyleri ile sistemin uygulanmasında karşılaşılabilecek sorunlar değerlendirilmiştir.

Buna göre verilen cevaplar aşağıdaki şekilde değerlendirilmiştir.

Klinik eczacılık sistemi hakkında uzman doktorların büyük bir çoğunluğunun fikrinin olmadığı (Tablo 7.30), Asistan doktorlarında yine çoğunluğunun fikri olmadığı (Tablo 7.31) görülmektedir. Hastane eczacılarının hepsinin klinik eczacılık hakkında fikri olduğu (Tablo 8.30), serbest eczacıların ise küçük bir oranının fikri olmadığı (Tablo 8.31) tespit edilmiştir.

Klinik eczacılık hakkında fikri olan doktorlar ülkemiz genelinde uygulanabilirliği sorulduğunda uzman doktorların büyük bir çoğunluğu hayır demiş (Tablo 7.32), asistan doktorların da büyük bir çoğunluğu (Tablo 7.33) hayır demiştir. Sistem hakkında fikri olan eczacılardan hastane eczacılarının ve serbest eczacıların hayır cevabı evet cevabına göre daha fazla (Tablo 8.32-8.33) olmuştur.

Klinik eczacılık sisteminin ülkemizde uygulanabilirimi sorusuna hayır diyen doktor ve eczacıları nedenleri sorulmuştur. Buna göre verilen cevaplar şu şekilde değerlendirilmiştir.

Mali yetersizlikler ; Klinik eczacılık sisteminin uygulanabilirliğine hayır diyen uzman doktorların hepsi bu soruna önemsiz (Tablo 7.35) demişler, asistan doktorların ise eşit ağırlıklı olarak çok önemli ve önemli şeklinde (Tablo 7.36) cevap vermişlerdir.

Hastane eczacılarında büyük bir çoğunlukta çok önemli; serbest eczacılarda ise önemli cevabı (Tablo 8.35-8.36) ağırlıktadır.

Fiziksel koşulların yetersizliği; uzman doktorların cevapları eşit oran olarak çok önemli ve önemli olmuş, asistan doktorların ise çok önemli ağırlıkta olup önemli ve kararsız da da dağılım (Tablo 7.37-7.38) göstermiştir. Hastane eczacıları ise eşite yakın bir oranda çok önemli ve önemli şeklinde, serbest eczacılar ise çok önemli ve önemsiz eşit oranda olup ağırlıklı olarak önemli şeklinde (Tablo 8.37-8.38) cevaplamışlardır.

Cevap verilecek reçete sayısında yoğunluk; Uzman doktorların hepsi çok önemli(Tablo 7.39); Asistan doktorların ise ağırlıklı olarak önemli cevabını verdikleri (Tablo 7.40) görülmüştür. Hastane eczacıları ise ağırlıklı olarak çok önemli ve önemli , serbest eczacılar ise ağırlıklı olarak çok önemli cevabını (Tablo 8.39-8.40) vermişlerdir.

Hasta ile iletişimin zor olacağı; uzman doktorların cevabı eşit olarak çok önemli ve önemli (Tablo 7.41) şeklinde, asistan doktorların ise ağırlıklı olarak önemli şeklinde (Tablo7.42) olmuştur. Hastane eczacılarının cevabı eşit olarak çok önemli ve önemli şeklinde olmakla beraber önemsiz cevabı ağırlıktadır.(Tablo 8.41),serbest eczacılarının ise ağırlıklı olarak önemli (Tablo8.42) olmuştur.

Klinik eczacılık sisteminin yeterince bilinmemesi; uzman doktorların hepsi önemli demiştir, asistan doktorların ise oransal olarak yarıdan fazlası çok önemli (Tablo 7.43-7.44)demiştir. Hastanede görevli eczacıların büyük oranı çok önemli, serbest eczacıların ise eşit oran olarak çok önemli ve önemli şeklinde(Tablo 8.43-8.44) cevapladıkları tespit edilmiştir.

Mevcut ve halen okuyan eczacıların eğitimine gereksinme duyulması sorusuna; uzman doktorlar eşit olarak çok önemli ve önemli(Tablo 7.45), asistan doktorlar ağırlıklı olarak çok önemli (Tablo 7.46) ; hastane eczacıları ise ağırlıklı olarak çok önemli, serbest eczacılar da ağırlıklı olarak çok önemli şeklinde (Tablo 8.45-8.46)cevaplamışlardır.

SONUÇ

Bireysel ve toplumsal yaşamda, başta sağlıktaki etkileri olmak üzere ekonomik etkileri de oldukça büyük yer tutan ilacın, üretiminin ve tüketiminin, ihracat ve ithalatının gelişmiş ülkelerdeki fazlalığının nedenleri bu ülkelerde yapılan ilaçla ilgili Ar-Ge çalışmaları ile birlikte, bilim ve teknolojinin insan yaşamı üzerine olumlu ve olumsuz etkilerinin her iki yönde de fazla olmasıdır.

Türk ilaç endüstrisinde ise; Ar-Ge çalışmalarının çok az düzeyde olması, İhracatın ithalatı karşılama oranının oldukça düşük olması, hammadde üretiminde yıllar itibari ile meydana gelen azalışla birlikte artan ithalat, kişi başına ilaç tüketiminin diğer ülkelere göre miktar olarak düşük olmasının yanı sıra bu düşük miktarla birlikte nitelik yönünden de iyi bir derecede olmaması, ilaç konusunun akılcı kullanılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

İlacın israf edilmeden, bireysel tüketici için, dolayısıyla toplum için en üst düzey faydayı sağlayacak şekilde kullanımı amacıyla, akılcı ilaç kullanımı çerçevesi içinde, ilaç dağıtımının son aşaması olan eczacılığın, klinik eczacılık sistemi ve bu sistemin içinde yer alabilecek olan tane ile ilaç satışının uygulanabilirliği değerlendirildiğinde, öncelikle akılcı ilaç kullanımını olumsuz yönde etkileyen nedenler karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenler genel olarak aşağıdaki gibi belirtilebilir.

- Gerek bireylerden gerekse sağlık hizmeti sunumundaki eksikliklerden dolayı sevk zincirinin olması gerektiği gibi çalışmadığı, dolayısı ile doğrudan hastanelerde yoğunlaşmanın olduğu görülmekte, bu durum da hastanın tam ve doğru değerlendirilmesinin yapılmasını olumsuz olarak etkilemektedir.
- Doktorun belirlediği ilaç kullanma talimatına uymamada önemli sorunlardan biridir. Yapılan çalışmalarda yaşlı bireylerin yaklaşık %40'ının belirtildiği şekilde ilaç kullanmadığı, genellikle reçete edilenden az miktarda kullanıldığı ve bu şekilde davranan bireylerinde %35'inden fazlasının uyumsuzluk nedeniyle sağlık sorunları yaşadığı belirtilmiştir. (Tokem ve Karadakovan,2004,s:80). Tokem ve Karadakovan tarafından yapılan çalışmada eğitim sonrasında yaşlı bireylerin reçetedeki ilaç bilgileri artmıştır. (Tokem ve Karadakovan,2004,s:86). Bu durum kişilerin reçete edilen ilaçların kullanılmasında eğitimin gerekliliğine bir örnek olarak gösterilebilir. Ayrıca yapılan anket çalışmasında da, bu nedenin önemi ortaya çıkmaktadır.

- Reçete gerektiren ilaçların reçetesiz alınabiliyor olması, tanıtım ve pazarlamanın etkisi, ilaçların etki mekanizmalarının yeterince bilinmemesi de yine yapılan bu çalışmada ilaçların rasyonel kullanımında önemli derecede olumsuz etkilere sahip olduğu ortaya çıkmaktadır.
- Yapılan bu çalışma sonucu tane ile satışın da olumuz yönde etki derecesi büyük olarak ortaya çıkmaktadır.İlaçların bölünemeyen orijinal ambalajda ve standart sayıda olması sebebi ile, bireye göre tedavi uygulanması sonucunda tedavi bitiminde fazla ilaçların kalabiliyor olması, hem direk olarak israfa sebep olmakta hem de doktora danışılmadan çevredekilerin kullanması ile birlikte yeni problemleri ortaya çıkarmaktadır.

Ayrıca sosyal güvenlik kuruluşlarına bağlı hastaların, reçete düzenlenmesinde uyulması gereken kurallarda belirtilen, hastane eczanesi dışından alımda beş, ayaktan hastalarda yedi günlük doza ulaşmak için yazılan ikinci kutudaki ilaçların kalabilmesi de tane ile satışın gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Tane ile satışın uygulanabilmesinde yer alan sorunlar çözüme ulaştırılabilecek sorunlardır.

Klinik eczacılık sistemi hakkında doktorların fikrinin olmadığına çoğunlukta olması, uygulanamama nedenleri arasında fiziksel koşulların yetersizliği, ilgili kişilerin eğitime gerek duyulması önemli konular olarak karşımıza çıkmaktadır.

İlacın bölünebilir olarak satılmasında ampul gibi iğnelerin adet olarak bölünebilirliği kolaylığının yanında, kapsül ve draje gibi ilaçların özellikle blister ambalajlar içinde ve gerektiği tane kadar koparılabilecek şekilde sunulması ilacı hem hijyen açısından koruyacak hemde ihtiyaç olunan adet kadar tüketilmesini sağlayacaktır.Ayrıca ilaçların ambalajlarının hammaddesini oluşturan kağıt israfı önlemiş olunacak ve çevre açısından olumlu etkiler meydana gelecektir. Özellikle hastanelerde orijinal ambalaj içinde verilen ilaçların ambalajlarından çıkarılması sonucu oluşan kağıt atığının oldukça önemli bir yer tutması, ilaçların büyük ambalajlarda bölünebilir olmasını gerekli kılmaktadır.

Erdem Hintoğlunun 1998 tarihli çalışmasında belirtilen ABD' deki York Şehrinde yer alan , York hospitaldaki 1991 yılında yürütülen klinik eczacılık programı ile 416.000 \$ tasarruf sağlanmış, buna karşılık programın ortaya konma maliyeti 140.000 \$ olarak gerçekleşmiştir. Ayrıca ortalama hastanede yatış süresi 0,8 gün

azalmış, ilaç harcamalarında günlük 4,44 dolarlık bir düşüş meydana gelmiştir. (23,60 dolardan, 19.16 dolara gerilemiştir.)

Gerek yukarıda yer alan gerekse Tablo 6.1 de yer alan klinik eczacılığın ekonomik etkilerini gösteren makalelerde de belirtilen, klinik eczacılık programının etkisi sonucu ilaç harcamalarında ve dolayısı ile hastane maliyetinde meydana gelen düşüş, şüphesizki klinik eczacılık sisteminin ülkemizde de uygulanması sonucu ulaşılabilecek olumlu sonuçlardır.

Ülke içinde yapılacak yatırımlarla, sağlık kuruluşlarının optimal ve kaliteli dağıtılmasının sağlanması ile birlikte öncelikle hastane eczanelerinde olmak üzere ülke genelinde klinik eczacılık sisteminin de getirilmesi hem ilacın tane ile satışına (bölünebilir şekilde) zemin hazırlayacak, hem de ilacın akılcı kullanımına olumsuz neden olan etmenleri büyük ölçüde azaltacaktır.

KAYNAKLAR

A.KİTAPLAR

ALTUNIŞIK, Remzi; ÖZDEMİR, Şuayıp; TORLAK, Ömer; **Modern Pazarlama**, Değişim Yayınları, Birinci Basım Adapazarı Eylül 2001.

ARPACI, Tamer; AYHAN, D.Yaşar; BÖGE, Erinç; TUNCER, Doğan; ÜNER, M.Mithat; **Pazarlama** , Gazi Yayınları, Ankara,1992.

CEMALCILAR, İlhan; **Pazarlama Yönetimi**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 885, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 473 1. Baskı Eskişehir, Aralık 2000.

CİNGİ M.İpek, EROL Kevser, **Farmakoloji**, T.C. Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 494, Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 223 Eskişehir, Şubat 1993.

ÖZGEN, Hüseyin;ÖZTÜRK, Azim; YALÇIN, Azmi; **Temel İşletmecilik Bilgisi**, Nobel Kitabevi, Adana, 2001.

Devlet Planlama Teşkilatı(DPT): **8. Beş Yıllık Kalkınma Planı İlaç Sanayii Özel İhtisas Komisyonu Raporu**; DPT Yayını Yayın No: DPT 2540-ÖİK 556, Ankara 2001.

Devlet Planlama Teşkilatı(DPT): **8. Beş Yıllık Kalkınma Planı Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Özel İhtisas Komisyonu Raporu**; DPT Yayını Yayın No: 2561- ÖİK 577, Ankara 2001.

Dünya Sağlık Örgütü **Temel İlaçlar Eylem Planı Reçete Yazma Rehberi Pratik El Kitabı**; T.C.Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü .DSÖ/DAP/94.11 Dünya Sağlık Örgütü **Temel İlaçlar Politikası Bölümü İlaç ve Tedavi Kurulları Uygulama Klavuzu** , Cenevre 2003; SB RSHMB, Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü, T.C.Sağlık Bakanlığı Yayın No : 661, SB – HM – 2004/06.

Dünya Sağlık Örgütü, **Ulusal Bir İlaç Politikası Nasıl Geliştirilir ve Yürürlüğe Koyulur** , **Ulusal İlaç Politikaları Geliştirme Rehberi**, Cenevre 1988; T.C Sağlık Bakanlığı Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü , 2.Baskı.

EŞKAZAN, Esat; “ Akılcı İlaç Kullanımı ”, **Akılcı İlaç Kullanımı Sempozyumu 14 Ocak 1999**, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu Yayın No:11 Birinci Baskı, Kaya Basım İstanbul Ocak 99

GEÇGİL, Şükran; **Farmasötik Teknolojiye Başlangıç**, Cihan Mabaacılık, İstanbul,1991.

İEİS, **İlaç ve İlaç Endüstrisi**, İEİS Yayını, İstanbul 1984.

İSLAMOĞLU, A.Hamdi; **Pazarlama İlkeleri**, 2. Bası, Beta Basım, İstanbul 2002

- KAYAALP, S.Oğuz; **Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji**,4.Baskı,cilt1 1987.
- KAYAALP,S.Oğuz; **Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji**,9. Baskı,cilt.1 Hacettepe – Taş Kitapçılık Ltd. Şti. Ankara 2000.
- MUCUK, İsmet, **Modern İşletmecilik**, 14. Basım, Türkmen Kitabevi, İstanbul 2003.
- MUCUK, İsmet, **Pazarlama İlkeleri**, 6. Basım, Der Yayınları, İstanbul 1994.
- OMMATY, Rıza; **Vademecum Modern İlaç Rehberi**, 27.Baskı, Feryal Matbaası Ankara 2005
- SABUNCUOĞLU Zeyyat, TOKOL Tuncer; **İşletme**, Ezgi Yayınları, Bursa2001.
- ŞAKAR, Ayşe Yiğit; **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamaları**, Türkiye Sağlık İşçileri Sendikası Yayını Yayın No: 22, İstanbul,1999.
- T.C. Sağlık Bakanlığı ; **Türkiye Sağlık Hizmetlerinde Üç Yıl** , Mayıs 1999- Mayıs 2002.
- TEK, Ömer Baybars; **Pazarlama İlkeleri Türkiye Uygulamaları Global Yönetimsel Yaklaşım**, 8. Baskı, Beta Basım, İstanbul Ocak 1999
- TURAN, Nurcan; **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, T.C Anadolu Üniversitesi Yayınları No: 1555, İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Yayınları No: 182 Eskişehir, 2004.

B.TEZLER

- AKCAN, Mehmet Hakan; **“Türkiye’de Eczacılık Meslek Uygulamalarının İyileştirilmesine Yönelik Stratejilerin Belirlenmesi”** Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kütahya 2001.
- AKICI, Ahmet; **“Pratisyen Hekimlerin Akılcı İlaç Tedavisi Uygulamaya Özendirilmesi”** Uzmanlık Tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji ve Klinik Farmakoloji Anabilim Dalı, İstanbul 2000.
- BANOĞLU, Saliha; **“İlaçta Patent Uygulamasının Rasyonel İlaç Kullanımı Üzerine Olası Etkileri”** Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2001.
- BİLGENER, Emrah; **“ Türk İlaç Sanayii’nde Pazarlamada Tanıtımın Rolü”** Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2002.

CELAYİR, Ö.Nazan; “ **Ankara İlindeki Serbest Eczacılık Kalitesinin İyi Eczacılık Uygulamaları (GPP) Işığında Değerlendirilmesi Konusunda Bir Araştırma**” Bilim Uzmanlığı Tezi, Haccettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1997.

DURGUT, İlhan; “**Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Eczanelerin Rolü**” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2000.

ERDEM, Handan Hintoğlu; “ **Türkiye’de Hastane Eczacılığı Ve Bunun Yatan Hasta Maliyetine Etkileri Üzerinde Bir Çalışma**” Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1998.

ERDOĞAN, Ö.Nazan; “**Hastane Eczacılığı Hizmetlerinde Performans Geliştirme**” Doktora Tezi, Haccettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2001.

MAHANOĞLU, Erdem; “**İlaç Dağıtım Kanallarında Müşteri Memnuniyeti**” Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2003.

MEDENİ, S.Semih; “**İlaç Sanayinde Fiyatlandırma Sistemleri ve Şirket İçi Birim Maliyetlendirme**” Yüksek Lisans Bitirme Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 1995.

ÖKTEM, Rıfat, “**Türkiye’de Eczacıların ve Eczacılık İşletmelerinin Rasyonel İlaç Kullanımındaki Rolü Üzerinde Bir Araştırma**” ; Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 1996.

SARIHASANOĞLU, Neslihan, “**Global Sağlık Politikası Işığında Türk Sağlık Politikası**” Yüksek lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2000.

SERİN, İlhan; “ **Genel Sağlık Sigortası ve Türkiye’de Uygulanabilirliği**” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2001.

SÜRÜCÜ, Aysel; “**Hastanelerde Eczacılık Hizmetlerinin Yönetim ve Organizasyonu (Osmangazi Üniveritesi Eğitim Uygulama ve Araştırma Hastanesi Eczanesi İçin Bir Örgüt Modeli Önerisi)**” Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eskişehir 1999.

ŞİN, İsmail; “**Sağlık Harcamaları ve Türkiye’deki Gelişimi**” Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 1999.

YAPRAKLI, Eyüp Murat; “ **İlaç Pazarlamasında Problemler**” Bilim Uzmanlığı (Master) Tezi, İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Malatya 2002.

YÜKSEL, Cenk A., “ **Hekimlerin İlaç Tercihinde Pazarlamamın Önemi ve Seçim Kararlarında Etkili Pazarlama Vasıtalarının Belirlenmesine Yönelik Pilot Araştırma**” Yüksek Lisans Tezi , İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 1994.

YÜKSEL, Cenk A., “ **İlaç Pazarlaması, Reçetesiz İlaçlara Karşı Türk Eczacılarının Kanaat Ve Tutumlarını Belirlemeye Yönelik Pilot Araştırma**” Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2000.

C-DERGİLER

ABACIOĞLU, Nurettin; “ İlaçta Jenerik İsim ”, **IV. Türkiye Eczacılık Kongresi 10-11-12 Mayıs 1991 İstanbul**, İstanbul Eczacı Odası Yayınları : 6 Final Ofset İstanbul 1992

AĞIRBAŞ, İsmail; AKSOY, Şule; ÇAKAR, S. Kenan; “ Farmakoekonomi ve Biyoeşdeğer İlaç Kullanımına Yönelik Bir Araştırma ”, **Sağlık ve Toplum** Yıl:15, Sayı:4, Ekim-Aralık 2005

BALTA, Ecehan; “ Türkiye’de Geri Ödeme Sistemleri ”, **TEB Haberler** Türk Eczacıları Birliği Aylık Yayın Organı Temmuz-Ağustos 2004

ÇELİK,Turgay; “ **Tıp Fakültelerinde Yeni Bir Soluk: Rasyonel Farmakoterapi Eğitimi**”, Aralık 2000, Cilt:42, Sayı:4

DEMİRDERE, Altan; “ İlacın Tarihsel Gelişimi ”, **İEİS Aylık Rapor Dergisi**, Yıl:1, Sayı:4, Ekim 1988

DEMİRKAN, Kutay; “ Yoğun Bakımda Klinik Eczacının Rolü ”, **Yoğun Bakım Dergisi** Cilt:3, Sayı:3, Yıl:2003

DİE, T.C. BAŞBAKANLIK DEVLET İSTATİSTİK ENSTİTÜSÜ, TÜRKİYE İSTATİSTİK YILLIĞI, 2004

DOMAÇ, Mehmet; “ Jenerik İlaç ”, **Teb Haberler** Türk Eczacıları Birliği Aylık Yayın Organı Eylül - Ekim 2002

DOMAÇ, Mehmet; “ Veri Koruma- Veri İmtiyazı Konularının Ulusal Boyut Çerçevesinde Değerlendirilmesi ”, **Güncel Eczacılık Dergisi** Sayı:134, Ocak-Şubat 2005

GÖRPELİOĞLU, Süleyman; “ Aile Hekimliği Nedir? Ne Değildir? ”, **Aktüel Tıp Dergisi**, Cilt: 9, Sayı:6, Mayıs 2004

- Güncel Eczacılık Dergisi**; “ AB’ de ve Türkiye’de Jenerik İlaç Endüstrisi ” Panel ,
Sayı: 137, Mayıs - Haziran 2005
- Güncel Eczacılık Dergisi**; “ Akılcı İlaç Kullanımı ” , Sayı: 91, Şubat 2001
- Güncel Eczacılık Dergisi**; “ Avrupa’nın Tecrübesi Işığında Eşdeğer İlaç Tasarruf Sağlıyor ”, Sayı:148, Haziran 2006
- Güncel Eczacılık Dergisi**; “ Jenerik İlaçlar Hakkında En Çok Sorulan Sorular”,
Sayı:90, Ocak 2001
- Güncel Eczacılık Dergisi**; “ Temel İlaçlar Hakkında Yeni Sorular ” , Sayı:42,
Kasım 1996
- İEİS**, “ Bilim Kurulu Raporu ” , Aylık Rapor Dergisi, Sayı:31, Yıl:4, Şubat 1991
- İEİS**, “ Dünyada ve Türkiye’de İlaç Endüstrisi ” , 2003 Faaliyet Raporu
- İEİS**, “ İlaçta Geri Ödeme Sistemleri Tartışıldı ” , Aylık Rapor Dergisi, Sayı: 116,
Ağustos 2004
- İEİS**, “ Jenerik İlaç ” , Aylık Rapor Dergisi, Sayı: 119, Ekim 2005
- İEİS**, “ Sektördeki Gelişmeler ve Sendikamızın Çalışmaları”, 2005 Faaliyet Raporu
- İZZETTİN, Fikret Vehbi; ÖZDİNÇ, Nükhet; “ Eczacı ve Hastane Formüler Sistemi ”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı: 2, Mayıs 1993
- İZZETTİN, Fikret Vehbi; “ Eczacının Klinik Roller (Klinik Eczacı)”, **IV. Türkiye Eczacılık Kongresi 10-11-12 Mayıs 1991 İstanbul**, İstanbul Eczacı Odası Yayınları : 6 Final Ofset İstanbul 1992
- KANZIK, İlker; “ Eczacılık Eğitimi ”, **IV. Türkiye Eczacılık Kongresi 10-11-12 Mayıs 1991 İstanbul**, İstanbul Eczacı Odası Yayınları : 6 Final Ofset İstanbul 1992
- KAYAALP, S. Oğuz; “ Rasyonel İlaç Kullanımı, Doğru İlaç Seçimi ”, **İEİS Aylık Rapor Dergisi**, Yıl:5, Sayı:53, Aralık 1992
- OKTAY, Şule; AKICI, Ahmet; “ Yaşlılarda İlaç Kullanımı ve Rasyonel Farmakoterapi Kararı Verme Süreci ”, **Geriatri 2001**, Cilt: 4, Sayı:3
- SANCAK, Ethem; “ Dağıtım Kanalları ”, **Güncel Eczacılık Dergisi** Sayı:100, Aralık 2001- Ocak 2002
- SANCAR, Mesut; “ Farmakoekonomiye Genel Bakış ”7.Türkiye Eczacılık Kongresi İstanbulda Gerçekleştirildi., **Güncel Eczacılık Dergisi** Sayı:117, Temmuz 2003
- T.C İstanbul Valiliği İl Sağlık Müdürlüğü; “ İstanbul’da Sağlık”; **İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü’nün Yayın Organı** , Haziran-Temmuz 2005
- SCHUMOCK T. Glen ., BUTLER G. Melissa,MEEK D. Patrik, VERMEULEN C.Lee, ARONDEKAR V Bhakti, and BAUMAN L Jerry , FCCP, “Evidence of the

Economic Benefit of Clinical Pharmacy Services:1996-2000”**Pharmacotherapy**

volume 23, Number 1, 2003

TOKEM, Yasemin; KARADAKOVAN, Ayfer; “ Yaşlı Bireylere Verilen Bireyselleştirilmiş İlaç Eğitim Programının İlaç Yönetimleri Üzerine Etkisinin

İncelenmesi ”, **Sağlık ve Toplum** Yıl:14, Sayı:3, Temmuz-Eylül, 2004

TOKGÖZ, Turgut; “ Jenerik İlaç Üretimi ve Kullanımı Desteklenmeli ”, **İEİS Aylık Rapor Dergisi** Sayı:117, Aralık 2004

TOKGÖZ, Turgut; “ Jenerik Üreticilerinin Önündeki Engel: Veri İmtiyazı ”, **Güncel Eczacılık Dergisi**, Sayı:134, Ocak-Şubat 2005

ÜLGEN, Orhan; “ Farmakoeconomünün Temel Yöntemleri ”, **Güncel Eczacılık Dergisi** Sayı:47, Nisan 1997

ÜSTEL, İsmail; “ Farmakoeconomik Bir Kavram: Maliyet- Etkinlik Analizi”, **İEİS Aylık Rapor Dergisi**, Yıl:6, Sayı: 54-55, Ocak - Şubat 1993

YİĞİT, Vahit; AĞIRBAŞ, İsmail; “ Bir Hastane İşletmesinde Fiili Birim Maliyetlerin Bütçe Uygulama Fiyat Tarifesi İle Karşılaştırılması: Sağlık Bakanlığı Tokat Doğum ve Çocuk Bakımevi Hastanesinde Bir Uygulama ”, **Sağlık ve Toplum** Yıl:14, Sayı:3, Temmuz-Eylül, 2004

YURTOĞLU, Cengiz; **Havan Dergisi**, Sayı: 9-10, İstanbul Eczacı Odası Yayını, İstanbul 1991

D.İNTERNET

<http://www.ieis.org.tr>

<http://www.igeme.org.tr>, BEKTAŞOĞLU, Songül; “**İlaç Sanayi**”,2005.(09.04.2006)

<http://www.klinik.ecza.org>

<http://195.142.135.65/who/bulten/turk/bul4ilac.HTM>, “**DSÖ ve Temel İlaçlar Eylem Programı**”.(21.07.2006)

<http://www.wistabip.org.tr>, “**Maliyeden İlaç Raporu**”. (05.05.2006)

http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_1/10.html,“**Koruyucu ve Tedavi Edici Hekimlik Hizmetlerinin Planlanmasında Örgütlenme Modelleri**”-Nusret Fişek’in Kitaplaşmamış Yazıları-1 Sağlık Yönetimi (21.04.2006)

<http://www.saglik.gov.tr>

<http://www.emekli.gov.tr>

<http://www.bagkur.gov.tr>

<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/raporsi.pdf>; “**Teknoloji Öngörüsü Projesi Sağlık ve İlaç Paneli Ön Rapor**” Ankara 2003 (02.02.2006)

<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK-6.pdf>, KANZIK, İlker; “**Türk İlaç Sanayi**”. (02.02.2006)

<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK-7.pdf>, KANZIK, İlker; “**Avrupa Birliğinde İlaç Sektörünün Yapısal Anazlizi**”.(30.01.2006)

<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/teknolojiongorusu/paneller/saglikveilac/raporlar/son/EK-8.pdf>, “**Amerika Birleşik Devletleri Farmasötik Endüstri Profili**”. (02.02.2006)

E.GAZETELER

Resmi Gazete; 19.01.2005, Sayı:25705.

Resmi Gazete; 14.02.2004, Sayı:25373.

Resmi Gazete; 03.03.2004, Sayı:25391.

Resmi Gazete; 15.12.2005, Sayı:26024.

Resmi Gazete; 22.03.2005, Sayı:25763.

Resmi Gazete; 09.02.2005, Sayı:25722 Mükerrer.

F.DİĞER

Türkiye’de İlaç, İeis 2002.

Türkiye’de İlaç, İeis 2003.

HAMZAOĞLU, Onur- ÖZCAN,Umut “Türkiye Sağlık İstatistikleri” **Türk Tabipler Birliği Yayınları**, Ankara, 2006

Mali İzleme Raporu Kasım 2005 Bütçe Sonuçları ; Ek Analiz “**Sağlık Harcamalarında Neler Oluyor?**” Yönetişim Etüt Programı (TEPAV)(EPRI).Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı .

G. ANKETE KATILAN SERBEST ECZANELER

Batur Eczanesi

İlker Eczanesi

Kevser Eczanesi

Meriç Eczanesi

Önder Eczanesi

Öztürk Eczanesi

Sera Eczanesi

Uzman Eczanesi

Yeni Çimen Eczanesi

Yeni Füsun Eczanesi

Yeni Park Eczanesi

EK 1. Doktorlara ve Eczacılara Uygulanan Anket

1) Adınız

Soyadınız

Tarih :

2) Mesleğiniz

Doktor

Eczacı

3) Görev yeriniz

.....hastanesi /sağlık ocağı

.....fakültesi

 serbest

4) Cinsiyetiniz

B

E

5) Yaşınız

a) 21-30 ()

b) 31-40 ()

c) 41-50 ()

d) 51 ve üstü ()

Lütfen aşağıdaki soru şıklarında her bir şık için size uygun gelen önem derecesinin karşısına (X) işareti koyarak belirtiniz

çok önemli önemli kararsızım önemsiz çok önemsiz

6) Rasyonel (Akılcı) ilaç kullanımını olumsuz yönde etkileyen nedenler.

a) Sağlık kuruluşlarında hastaların yoğunluk nedeni ile yeterli değendirilememesi.

b) Aile hekimliği sisteminin yaygınlaşmamış olması

c) Hekim tavsiyesi dışında ilaç kullanımının yaygınlığı

d) Doktorun belirlediği ilaç kullanma talimatına uymama

e) Reçete gerektiren ilaçların reçetesiz alınabilmesi

f) Eczanelerde reçetelenen farmasötik şekil sayısında ambalajlanmanın (tane ile satışın) uygulanmayışı

g) Tanıtım ve pazarlamanın etkisi

h) İlaçların etki mekanizmalarının yeterince bilinmemesi

7) İlaç satışında reçetelenen farmasötik şekil sayısının (tane ile satışın) uygulanabilirliğini etkileyecek sorunlar.

a) Hijyen sorunu

b) Hastanın ilaçlarını başka ilaçlarla karıştırabilmesi

c) Sürekli aynı ilacı kullanmak zorunda olan hastalarda kişi için ilaç temini zorluğu.

d) Prospektüs sorunu

e) İthal edilen ilaçların orijinal ambalajda paketlenmiş olması

8) Klinik eczacılık sistemi

a) Klinik eczacılık hakkında fikrim yok

b) Klinik eczacılık hakkında fikrim var

Klinik eczacılık hakkında fikriniz **var** ise ülkemiz genelinde uygulanabilir mi ?

a) Evet

b) Hayır

Cevabınız **hayırsa** ikinci sayfadaki şıklarda bulunan uygulanamama nedenlerini her bir şık için size uygun gelen önem derecesinin karşısına (X) işareti koyarak belirtiniz

	çok önemli	önemli	kararsızım	önemsiz	çok önemsiz
a) Mali yetersizlikler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Fiziksel koşulların yetersizliği	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Cevap verilecek reçete sayısında yoğunluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Hasta ile iletişimin zor olacağı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Klinik eczacılık sisteminin yeterince bilinmemesi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Mevcut ve halen okuyan eczacıların eğitimine gereksinme duyulması.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Diğer düşünceleriniz.....

Ankete katıldığımız için teşekkür ederim

EK 2. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

09/02/2006

SAYI :SG.B104İSM.4340000/137
KONU : Tez Çalışması

HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Üniversitenizin Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümünde Yüksek lisans yapmakta olan, Sibel Engin'in " Türk Sağlık Sektöründe ilaç pazarlama bileşenlerin rasyonel ilaç kullanımı ve klinik eczacılık" konulu tezine Müdürlüğümüz tarafından izin verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Uzm.Dr.Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.

EK 3. İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İzin Belgesi



T.C.
İSTANBUL VALİLİĞİ
İl Sağlık Müdürlüğü

09/09/2006

SAYI :SG.B104İSM.4340000/138
KONU : Tez Çalışması

Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümünde Yüksek Lisans yapmakta olan, Sibel Engin'in "Türk Sağlık Sektöründe İlaç pazarlama bileşenlerin rasyonel ilaç kullanımı ve klinik eczacılık konulu tezini kamu görevinde yapması uygun görülmüştür.

Gereğini Bilgilerinize arz ederim.

Uzm.Dr.Mehmet BAKAR
Sağlık Müdür V.

KURUMLAR:
Şişli Etfal EAH
Haseki EAH
İstanbul Bezmi Alem Valide Sultan Vakıf Gureba EAH
İstanbul EAH
Fatih Merkez Sağlık Ocağı
Bakırköy Merkez Sağlık Ocağı

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
Adres: İstanbul T.C. Sağlık Bakanlığı
Tic. Sic. No: 2647/29912
Gözetim Yürütme

SECEL BELGESİ
Tarih: 09.09.2006 No: 1429
Geldiği yer:
Verilen Şube: Seel
Hastane müdürü Başbakan.

01.03.06

ÖZGEÇMİŞ

Sibel Engin, 1975 İstanbul doğumludur. 1992 yılında Fatih Ticaret Lisesinden mezun oldu. 1997 yılında Muğla Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi İşletme bölümünden mezun oldu. 2006 yılında Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Bölümünde Yüksek Lisansını Tamamladı.