

# Türkiye'de eczacılığın geleceği

## Emin Olgun



1968 yılında Trabzon'da doğdu. Sırayla Erzincan Mercan İlkokulu, Gümüşhane Uluköy Ortaokulu, Konya Atatürk Sağlık Meslek Lisesi ve İstanbul Üniversitesi Eczacılık Fakültesini bitirdi. Bir süre bilişim sektöründe faaliyet gösterdi. 2004 yılından bu yana serbest eczacılık yapan Olgun, evlidir ve 3 çocuk babasıdır.

Eczacılık, az sayıdaki kadim mesleklerden biridir. İnsanlığın var olduğu zamandan beri olagelmıştır. Zaman içinde tüm mesleklerde olduğu gibi yapısal değişiklikler yaşamıştır ve 1900'lerin başına kadar kendini güncellemeyi başarmıştır. 1900'lü yıllarda ve öncesinde, hekimler hastasının tedavisinde kullanacağı ilacın formülünü reçeteye yazar, bu reçete eczaneye gelir ve eczacı tarafından hastaya özel ilaç hazırlanırdı. İlk ticari olarak standardize edilmiş ilaçlar Fransa, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerden getirilmeye başlandı. Arkasından özellikle İstanbul'daki eczacılar yurt dışından gelen bu ilaçların benzerlerini kendileri üretmeye başladı. 1895 yılından sonra Eczacı Ethem Pertev tarafından üretilen Pertev Şurubu ve Ecz. Ali Süreyya tarafından üretilen İksir-i Süreyya yaygınlık kazanmış ve seri üretilmiş ürünlere örnektir. Bu tarihten sonra seri üretilen müstahzarların sayısı hızla artmış, buna karşılık hastaya özel yapılan majistral ilaçların reçetesi de azalmıştır. Günümüze geldiğinde majistral formül içeren reçete sayısı yok denecek seviyeye inmiştir. Bu süreç, eczacılıkta yeni bir dönemin başlangıcına işaret etmiştir. Fakat eczacılar, eczacıları yetiştiren eğitim kurumları ve eczacılıkla ilgili düzenlemeleri yapan kurumlar bu değişimi yakalayamamış, birçok kez de değişimi geri çevirmek adına çaba sarf etmişlerdir. Seri üretilen müstahzarlar dünyada eczacılığın yapısını değiştirmiştir. Artık eczacılık Farmasötik Teknoloji yoğun olmaktan çıkmış, Farmakoloji ve Klinik Eczacılık yoğun hale gelmiştir.

Ülkemizde maalesef bu konuda hiçbir mesafe kat edilememiştir. Eczacılık eğitimi hala kimya ve farmasötik teknoloji ağırlıklıdır. Klinik eczacılık alanı ise yeni yeni oluşmaktadır. Ülkemizde eczacıların ilaç-ilaç etkileşimleri, cinsiyet-yaş-doza ilişkisi, endikasyon-teşhis ilişkisi gibi alanlarda bilgileri zayıftır. Anatomi ve fizyoloji bilgileri yoktur. Hasta odaklı eczacılık konusunda eğitim almamışlardır. Bu süreç eczacıları raftan ilacı alıp veren bir meslek haline getirmiştir.

Serbest eczacılığın iki boyutu bulunmaktadır.

**1- Sağlıkla ilgili ürünlerin insanlara sunulması:** Bu ağırlıklı ticari işlemlerin yürüdüğü bir süreçtir. Tüm dünyada güvenilir bir meslek olan eczacının, güvenilir ürünleri tüketiciye sunması şeklinde yürür. Burada da danışmanlık rolü ön planda olmakla birlikte, ticari bir süreçtir.

**2- İlaç ve Tıbbi Danışmanlık:** Bu alanda eczacılar sağlık sisteminin vazgeçilmez unsurlarıdır. İlaç güvenliği ve farmasötik bakım alanında çok etkin rol oynarlar (rol oynaması gerekir).

2004 yılında başlayan sağlıkta dönüşüm reformu eczacılığın temel yapısını ve dinamiklerini sadece finansal açıdan değerlendirmiştir. Meslek örgütü ve kurumlarımız tüm eczacıları aynı seviyede tutmayı amaçlamış, bunu sağlayabilmek adına da eczanelerin büyümesini engellemek adına politikalar üretmiştir. Örneğin belli bir cironun üzerine çıkan eczanelerin ikinci eczacı istihdamı zorunluluğu geti-

rilmıştır. Ciro arttıkça istihdam edilecek ikinci eczacı sayısı artmaktadır. Ayrıca ikinci eczacının maaşı 3 asgari ücretten az olamaz kriteri getirilerek cirosu yüksek eczanenin cezalandırılması yoluna gidilmiştir. Üstelik ikinci eczacının eczanede tanımlanmış hiçbir görev ve sorumluluğu yoktur. Zorunlu istihdam yaptırılan ve çok yüksek ücret tanımlanan bir personelin, görev ve sorumluluğunun olmaması eczanelerin içerideki personel düzenini de bozmaktadır.

Bunun bir örneği de SGK'ya yapılan kurum iskontolarındadır. Yıllık 700 bin TL'ye kadar cirosu olan eczaneler SGK'ya iskonto uygulamazken 1 milyon 500 bin TL ciroyu aşanlar %2,75 iskonto uygulamaktadır. Üstelik ciro hesabında SGK'ya kesilen fatura değil, eczanenin tüm cirosu esas alınmaktadır. Örneğin AVM'deki bir eczane belki yılda 300 bin TL SGK reçetesi yapmaktadır. Ancak kendisinin özel gayreti veya konumu nedeniyle cirosu 1 milyon 500 bin TL'yi aştığı için %2,75 iskonto uygulamak zorunda kalmaktadır. Bu iskonto sisteminin SGK cirosu üzerinden yürütmesi ve vergi düzenindeki gibi belli baremleri aştıkça artan iskonto oranlarına dönüşmesi gerekir.

Yine SGK tarafından ödenmekte olan reçete ücretlerinde buna benzer bir durum söz konusudur. Yıllık cirosu 230 bin TL'ye kadar olan eczanelerde 3,06 TL reçete hizmet bedeli ödenirken, 1.725.001 TL yıllık ciroyu aşanlara sadece 36 kr. reçete hizmet bedeli ödenmektedir. Yine bu cironun hesaplanmasında SGK cirosu değil eczanenin tüm cirosu dikkate alınmaktadır.

Tabela standardı gibi uygulamalarla eczanelerin dış görünüşüne müdahale edilmekte fakat sağlık hizmet sunucusu fonksiyonu için gerekli gerçek eksiklikler adına nerdeyse bir şey yapılmamaktadır. Eczanelerin maddi sıkıntıda olduğu bir dönemde tüm eczanelerin tabelasının değiştirilmeye çalışılması anlamsızdır. Ayrıca zaten tabelası mevcut eczanelerin yeni baştan tabela yaptırması milli servetin heba edilmesi anlamı taşımaktadır.

Eczacılıkta hizmet kalitesinin artırılması hiçbir zaman gündeme gelmemiştir. Halkın memnuniyetini artırmak adına diğer sağlık hizmet sunucularında yapılan kalite değerlendirmesi eczacılık alanında gündeme bile getirilmemiştir. Tüm sistemin değiştiği bir süreçte eczacılığın da bu sürece dahil edilmemesi, sadece ilaç tedarik konusunda düzenlemeler yapılması sistemin ruhuna ters düşmektedir. Eczacılığın sağlık danışmanı rolünün bu kadar geride kaldığı bir yapının sürdürülebilir olmadığı da aşikârdır.

Eczacılık öncelikle sağlık mesleğidir ve sistemin ayrılmaz bir parçasıdır. 25 bin civarında bir nokta ile tüm halkımıza dokunmaktadır. Bu sayı, onca özen ve gayret ile oluşturulan aile hekimliği noktasının en az 3 katıdır. Fakat eczacılık ve eczaneler, sistemin içinde etkin olarak kullanılmamaktadır. Bunun temel nedenlerinden biri de eczacılarda ciddi bilgi eksikliği bulunmasıdır.

Nüfusa dayalı eczane sayısını kısıtlama çabası eczacılığa kalite getirmemiştir. Hatta kalitede düşüşe neden olmuştur. Bunun yerine serbest eczacılık bir uzmanlık alanı olarak tanımlanmalı, 3 yıllık bir ek eğitim öngörülmelidir. Mevcut serbest eczacılarda 6 yıllık bir süre içinde meslek içi eğitim olarak uzmanlaştırılmalıdır. Bu eğitimde klinik eczacılık ve farmasötik bakım uygulamaları esas alınmalıdır. Bu sayede mevcut bilgi eksikliği giderilmiş olacaktır.

Kronik hastalık yönetimi sosyal güvenlik kurumlarının en önemli uğraş alanlarından biridir. Ortalama ömür süresinin sürekli arttığı ülkemizde, sağlık bütçesinden hatırı sayılır bir miktar buraya ayrılmak zorunda kalmakta ve buradaki giderler daha hızlı yükselmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumunun faaliyetlerinin sürdürülebilir olması adına bu alana daha ciddi politikalar üretilmesi gerekmektedir. Bu alanda eczacılar hiçbir fonksiyon yüklenmemiştir. Acilen Kronik Hasta Takibinde eczacılardan daha etkin faydalanılmalıdır.

Eczanelerde hasta eğitimi yapma zorunluluk haline gelmelidir. Reçete ücreti değil, hasta eğitim ve danışmanlık ücreti diye bir hizmet kalemi oluşturulmalıdır. Serbest eczanelerde hastaların polifarmasi açısından değerlendirilmesinin altyapısı hazırlanmalı ve eczacılar bu alanda aktif olarak görev yapmalıdır. Avrupa ülkelerinde bile polifarmasi %40'lar civarındadır. Ülkemizde bu alanda hiçbir çalışma olmadığı göz önüne alınırsa çok daha yüksek oranlarla karşılaşacağımız açıktır. Amerika'da yapılan bir çalışmada 75-85 yaş arası erkeklerin %37,1'inde, kadınların ise %36'sında 5 ve üzeri ilaç reçete edildiği, tüm hastaların %58'inde ise 1 veya daha fazla gerekli olmayan ilaç reçete edildiği gözlemlenmiştir (1). Ülkemizde, şu ana kadar, bunun düzeltilmesine yönelik bir çalışma yapılmamıştır. Bu konu daha süratle ele alınmalı, eczacıların sisteme dahil edilmesi suretiyle hızlı mesafe alınmalıdır.

Eczacı ile hastaya reçete düzenleyen hekim arasında iletişim kurulamamaktadır. Bu durum reçetede doz aşımı, hatalı ürün reçeteleme gibi durumların düzeltilmesine engel olmaktadır. Örneğin eczanemize 6 yaş altı birçok çocuğa şurup reçetesi gelmektedir. Bu ilacın prospektüsünde 6 yaş altında kesinlikle kullanılmamalı, 6-12 yaş arasında ise zorunluluk halinde kullanılması gerektiği yazılmaktadır. Bu reçeteyi düzenleyen hekime ulaşmaya çalıştığımızda birçok kez başarısız olunmuştur. Bu durum tedavi süreçlerinde aksamaya neden olmaktadır.

Ülkemizde gıda takviyeleri ile ilgili ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Bu ürünlerin ilaç formunda (tablet, şurup, kapsül gibi) hazırlananlarının ruhsatları Sağlık Bakanlığınca düzenlenmemesi ve eczaneler üzerinden halka sunulmaması ciddi sağlık sorunları yaşanmasına yol açmaktadır.

Eczanelerin ticari yönü ise ihmal edilmemelidir. Eczanelerin acilen gelir artırıcı çalışmalara ihtiyacı vardır. Eczaneler ilaç dışı ürünlerin tedarik edilebileceği en güvenilir noktalardandır. Gıda Takviyeleri, Kozmetik, İtiryat, Anne-Bebek, Ağız Bakım, Medikal Malzeme ve Cilt Bakım alanlarında eczanelerin daha etkin olabilmesinin önü açılmalıdır.

Eczanelerin ürün çeşitlenmesine ihtiyacı vardır. Daha düne kadar sadece eczanelerden alınan şampuan, diş macunu, krem, cilt bakım ürünleri vs. gibi ürünler artık bizzat bazı eczacılar tarafından ec-

zanelerde satılması hoş karşılanmamakta, bunu satan eczaneler ise marketleşme suçlaması ile karşı karşıya kalmaktadır. Halbuki bu ürünler zaten eczanelerden daha güvenli olarak tedarik edilebilecek ürünlerdir.

Personel kalitesi ve bilgi seviyesi yeniden değerlendirilmeli, göstermelik değil daha ciddi meslek içi eğitim planlanmalıdır. Üniversitelerin eczacı teknisyenliği bölümlerinden mezun olanlar çoğunlukla eczanelerde görev almamaktadır. Bu nedenle mevcut yasanın öngördüğü süreç istihdam konusunda sıkıntılar oluşturmaktadır. İstihdam sorununa çözüm üretebilmek adına gerekirse meslek liselerinde eczane teknisyenliği bölümlerinin açılması düşünülmelidir.

Hastane eczanelerindeki eczacılar polifarmasiyi engelleme adına aktif şekilde kullanılmalıdır. Hastane eczanelerinde görev yapan eczacılar, çoğunlukla servislerden gelen ilaç taleplerini karşılayan bir konuma oturmuştur. Bu işlem sırasında ilaç-ilaç etkileşimleri ve doz kontrolü yapılmamakta ve polifarmasiye bakılmamaktadır. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesinde, 2013 yılında yapılan bir araştırmada, 2.162 hastanın, 1.611'inde (%74,52) polifarmasi tespit edilmiştir (2). Yani her 4 kişiden 3'ünde polifarmasi vardır. Polifarmasinin bu kadar yüksek olduğu bilinirken eczacıların sistemde stok kontrol ve tedarikçi gibi kullanılmaları ciddi bir sorundur.

Özet olarak, eczacıların sağlık sisteminde daha aktif olarak görev almalarının altyapısı kurgulanmalıdır. Yetişmiş insan kaynağı ve var olan eczane sayısı göz önüne alındığında sağlık hizmetinde kaliteyi artırabilmek için eczacılar sistemde daha aktif olmalıdır. Eczanelerde sınıflama ciro bazında değil, hizmet kalitesi bazında olmalıdır. Bu nedenle acilen kalite kriterleri tanımlanmalıdır. Eczanelerin mali yapısının güçlendirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Tek SGK'ya bağlı eczaneler yerine, gıda takviyeleri dışında ilaç dışı ürünlerden de gelir elde edebilen yapı kurgulanmalıdır.

## Kaynaklar

1) Aytül Belgi Yıldırım, Ali Yaşar Kılınç, Turk Kardiyol Dem Ars 2017;45 Suppl 5: 17-21 doi: 10.5543/ tkda.2017.92770.

2) Fatma Nihan Cankara ve ark., Hekimlerin İlaç Tercihleri ve Polifarmasi, SDÜ Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt 6/Sayı 1/2015.