

# Serbest eczacılığa genel bir bakış

ilaçların serbest eczaneler ve  
diğer noktalar aracılığıyla  
dağıtımının hukuki çerçevesi,  
uygulama kapsamı ve  
ücretlendirilmesi

2021



International  
Pharmaceutical  
Federation

## Baskı bilgisi

Teklif hakkı 2021 Uluslararası Eczacılık Federasyonu'na (FIP) aittir)

Uluslararası Eczacılık Federasyonu (FIP)  
Andries Bickerweg 5  
2517 JP Lahey, Hollanda  
www.fip.org

Tüm hakları saklıdır. Bu yayının hiçbir kısmı herhangi bir erişim sisteminde depolanamaz veya herhangi bir biçimde veya herhangi bir araçla -elektronik, mekanik, kayıt veya kaynak belirtmeden- kopyalanamaz. FIP, bu rapordaki herhangi bir veri ve bilginin kullanımından kaynaklanan zararlardan sorumlu tutulamaz. Bu raporda sunulan verilerin ve bilgilerin doğruluğunu sağlamak için tüm önlemler alınmıştır. Çevirinin ayrıştığı durumlarda orijinal metin geçerlidir. Telif hakları FIP'e aittir. Belge, Türk Eczacıları Birliği tarafından İngilizceden çevrilmiştir. Orijinal ile çevirinin ayrışması durumunda metnin orijinali dikkate alınmalıdır.

### Yazarlar:

Rúben Viegas FIP Uygulama Gelişim Projeleri Koordinatörü  
Martha Poe, Virginia Commonwealth Üniversitesi, ABD  
Gonçalo Sousa Pinto, Uygulama Gelişim ve Transformasyon Direktörü, FIP

### Editör ve koordinatör:

Gonçalo Sousa Pinto, FIP Gonçalo Sousa Pinto, Uygulama Gelişim ve Transformasyon Direktörü,

### Gözden geçirenler:

Jaime Acosta Gómez, FIP Serbest Eczacılık Bölümü (İspanya)  
Daragh Connolly, İkinci Başkan, FIP Serbest Eczacılık Bölümü (İrlanda)  
Manjiri Gharat, FIP İkinci Başkanı (Hindistan)  
Lars-Åke Söderlund, President, FIP Serbest Eczacılık Bölümü (İsveç)  
Sari Westermarck, FIP Serbest Eczacılık Bölümü (Finlandiya)

### Tavsiye edilen alıntı biçimi

Uluslararası Eczacılık Federasyonu — FIP (2021). Serbest eczacılığa genel bir bakış - ilaçların serbest eczaneler ve diğer noktalar aracılığıyla dağıtımının hukuki çerçevesi, uygulama kapsamı ve ücretlendirilmesi. Lahey, Hollanda: Uluslararası Eczacılık Federasyonu.

### Kapak resmi:

© Smart Design | iStockphotos.com

# İçindekiler

Teşekkürler .....	2
Dünya Sağlık Örgütü bölgeleri .....	3
1 Serbest eczacılığa genel bir bakış 2021— Çalışma özeti ve önemli bulgular .....	4
2 Önemli göstergelerin infografikleri .....	11

## Teşekkürler

Bu raporun içeriği yazarlar ve editörler tarafından bağımsız bir biçimde oluşturulmuştur.

Bu çalışma Sanofi Tüketici Sağlığı tarafından sınırsız fonlarla desteklenmiştir.



## Dünya Sağlık Örgütü bölgeleri

Bölge	Kısaltması*
Afrika bölgesi	AFRO
Doğu Akdeniz bölgesi	EMRO
Avrupa bölgesi	EURO
Pan-Amerikan bölgesi/ Amerikalar	PARO
Güneydoğu Asya bölgesi	SEARO
Batı Pasifik bölgesi	WPRO

\* Bu belgede geçen infografiklerde Dünya Sağlık Örgütü bölgelerine bağlı oldukları DSÖ Bölge Ofisi ile atıfta bulunmaktadır, bu atıf Bölge Ofislerine yapılmış referans yapıldığı anlamına gelmemektedir.

# 1 Serbest eczacılığa genel bir bakış 2021— Çalışma özeti ve önemli bulgular

Serbest eczacılığın küresel görünümü sürekli bir evrim içindedir. Bu evrime katkıda bulunan faktörlerin başlıcaları şunlardır:

- Hem sağlık sistemleri hem de hastaların değişen ihtiyaçları;
- COVID-19 pandemisinin yarattığı etki;
- Hızlı yanıt üretme ve adaptasyon ihtiyacı;
- Öz bakımda yeni akımlar;
- Yeni teknolojilerin ve dijital unsurların ortaya çıkması;
- Hukuki modellerde yeni akımlar,
- Mesleki hizmet ve ödeme modellerinde yenilikler ve
- Serbest eczanelerin birinci basamak sağlık hizmetlerinde artan rolü.

Bütün bu faktörler evrensel sağlık sigortası hedefini etkilemekte ve serbest eczacılığı mesleğimizin ve genel olarak toplumun daha önemli ve dinamik bir sektörü haline getirmektedir.

Güvenli, etkili, kaliteli ve uygun maliyetli ilaçlar ve sağlık teknolojilerinin yanı sıra eczacıların diğer sağlık profesyonelleri ile işbirliği içinde sunduğu farmasötik bakım hizmetlerine erişimden herkesin yararlandığı bir dünya FIP'in vizyonudur. FIP'in eczacılık uygulamaları, bilimi ve eğitiminin önünü açarak küresel sağlığı desteklemek amacıyla yayımladığı misyon bildirisi, eczacılık mevzuatı ve uygulama modellerindeki değişim ve akımların takip edilmesini ve incelenmesini gerekli kılmaktadır. Bu nedenden dolayı FIP; eczacılık mesleğinin nasıl uygulandığı, düzenlendiği ve hizmet karşılığının ödendiği, küresel eczacılık işgücünün ne durumda olduğu ve ilaçların hastalara nasıl dağıtıldığı konularını araştırmak üzere üye örgütleri üzerinden düzenli olarak küresel araştırmalar yürütmektedir. Bu araştırmalar ile FIP farklı ülke ve bölgelerin karşı karşıya olduğu fırsat ve engeller hakkında sahip olduğu verileri güncellerken bu veriler ile politika yapım sürecine bilgilendirici kanıtlar sunmakta ve sağlık sonuçlarını eczacılık üzerinden iyileştirmek amacıyla değer odaklı önermeleri desteklemektedir.

2020 Araştırması Kasım 2020 ile Ocak 2021 arasında ve 118 ülke ve bölge üzerinde yürütülmüştür. 79 ülke veya bölgeden yanıt alınmıştır (yanıt oranı %67). Verilerin karşılaştırılması ülkelerin her iki araştırmaya da dâhil olduğu durumlarda (56) yapılmıştır. Bu oran, karşılaştırmalı incelemelere olanak tanıyan araştırmalara katılan ülkelerin kesişimi olduğu için önemlidir.

Çin Eczacılar Birliği'nin (CPA) anket sorularının Çin serbest eczacılık sektörünü yeteri kadar yansıtmadığı sonucuna ulaştığı ve bu nedenle araştırmaya katılmayı reddettiği unutulmamalıdır. Bunun üzerine FIP CPA'ye anlatıma dayalı bir durum çalışması sunumu yapmasını teklif etmiştir. Bu sayede ilaçların serbest eczanede veya ayakta tedavi ortamında dağıtımına dair belirli unsurların gözler önüne serilmesi sağlanmıştır.

## Küresel serbest eczacılık işgücü

2018 yılında FIP [Eczacılık İşgücü Verileri: Küresel Akımlar Raporu](#) 'nu yayımladı. Bu çığır açan belge 2006-2016 arasında eczacılık işgücünde gözlemlenen küresel kapasite akımlarına dair kapsamlı veriler sunmuş ve cinsiyet dağılımı ile ülkesel düzeydeki ekonomik göstergeler ve bölgesel değişimlere haritalandırılmış kapasite artışı dahil olmak üzere küresel ve bölgesel akımların izlenmesini sağlamıştır.

Bulguları burada sunulan 2020 araştırmasında ise gerekli işgücü verileri serbest eczacılık işgücüne ayrı bir önem atfedilerek toplanmıştır. Bu raporda seçilmiş göstergelere dair veriler, bu çalışmaya ve 2016'daki çalışmaya katılmış katılımcıların kesişiminin aynı göstergelere verdiği yanıtlardan elde edilen bulgular ile karşılaştırılmıştır. Bu sayede işgücü verilerinin geçirdiği evrimin bu iki veri noktası arasındaki görüntüsü aktarılmaya çalışılmıştır. 2020 verilerini 2018 raporunda açıklanan eğilimlerle ilgili olarak değerlendirmek faydalı olabilir, ancak bu analiz mevcut raporun kapsamı dışındadır.

Bu rapor serbest eczacılık üzerine yoğunlaşırken serbest eczacılık işgücü ile ilgili bulgular gelecekteki raporlarda ve işgücü incelemelerinde derlenecektir. 2020 verilerini gelecekteki raporlarda 2018 raporunda açıklanan eğilimlerle ilgili olarak ele alacağız.

Burada toplam 72 ülke ve bölge uygulama alanlarında toplam 3.489.559 eczacı olduğunu belirttiler. Bir ülkenin nüfusunda 10.000 kişi başına düşen aktif eczacı sayısı sağlık sistemlerinde eczacıların erişilebilirliğine rağmen standart bir endeks teşkil etmektedir. Bu endeks Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve diğer örgütler tarafından sıklıkla kullanılmaktadır.

Çalışma örnekleminde 10.000 kişiye düşen ortalama eczacı sayısı 8,54 olarak belirlenmiştir. 10.000 kişiye düşen ortalama eczacı sayısını DSÖ bölgelerine göre incelerken Doğu Akdeniz bölgesindeki yoğunluğun küresel ortalamanın iki katından fazla olduğu sonucuna ulaştık. Bu durum büyük oranda dünyada eczacıların en yoğun olduğu ülkelerden biri olan Mısır'ın bu bölgede olmasından kaynaklanmaktadır. Eczacı kapasitesi/yoğunluğu ile eczacıdan elde edilen fayda arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için işgücünün nasıl yerleştirildiğini anlamak faydalı olacaktır. Karşılaştırmalı bir incelemenin mümkün olduğu 2016 ve 2020 araştırmalarına katılan 41 ülkeden oluşan altkümede 10.000 kişiye düşen eczacı sayısı %8,5'luk bir artışla 8,02'den 8,70'e yükselmiştir

Buna karşılık Afrika bölgesinde ortalamanın çok altında bir yoğunluk gözlemlenirken bu durum eczacılık işgücünün sağlık sistemlerinin ve bölge halkının ihtiyaçlarını karşılayabilme kapasitesinin uzun zamandır yetersiz olduğu anlamına gelmektedir. Bu durum gelir düzeyi ile birlikte düşünüldüğünde işgücü kapasitesi hakkındaki farklılıklar belirgindir. 10.000 kişi başına düşen sadece 0,19 eczacı ile düşük gelirli ülkelerdeki eczacı yoğunluğu yüksek gelirli ülkelerin tam 60'ta biridir. Bu durum bu ülkelerde farmasötik bakıma kısıtlı erişimi daha da azaltmakta, bu da bu sorunun üstesinden gelmek için işgücü planlama politikalarını gerektirmektedir. Daha fazla bilgi için infografik 1'e bakabilirsiniz.

Bu endeks üzerinden veri sağlayan 70 ülke ve bölgede toplam 1,869,570 eczacı (tam zamanlı veya eşdeğer) serbest eczanelerde aktif olarak çalışmaktadır. Çalışma örnekleminde 10.000 kişi başına düşen ortalama aktif serbest eczacı yoğunluğu 5,14'tür. Bu endeks üzerinden 2016 ve 2020'de veri sağlayan ülkeler içinde (n=42) 10.000 kişi başına düşen eczacı yoğunluğu %12'lik bir artışla 4,63'ten 5,19'e yükselmiştir. Bu endeks DSÖ bölgeleri arasında önemli farklılıklar göstermektedir: Avrupa bölgesindeki eczacı yoğunluğu (7,23) Afrika bölgesindeki yoğunluğun (0,95) yedi katından fazladır. Benzer şekilde yüksek gelir düzeyindeki ülke ve bölgelerdeki ortalama eczacı yoğunluğu (6,66) da düşük gelir düzeyindeki ülke ve bölgelerin (2,29) neredeyse üç katıdır. Bu durum serbest eczacıların sunduğu mesleki hizmetlere erişim ve sorumlu ilaç kullanımının temin edilmesine doğrudan etki etmektedir. Daha fazla bilgi için infografik 2'ye bakabilirsiniz.

Yetmiş altı ülke ve bölgede toplam 1.609.734 serbest eczane olduğu (eczacı tarafından denetlenen şube eczaneler bu sayıya dahilken posta yolu ile çalışan eczaneler ise dahil değildir) belirtilmiştir. 10.000 kişi başına düşen eczane sayısı 2,75'tir. Her iki araştırmaya da katılarak veri sağlayan ülke ve bölgelerde (n=50) bu ölçüt bu iki zaman dilimi arasında %11,2'lik bir artışla 2,50'ten 2,78'e yükselmiştir. Afrika bölgesinde 0,95 ile düşük bir yoğunluk gözlemlenirken diğer bölgeler küresel ortalamaya daha yakındır. Benzer bir biçimde düşük gelir düzeyindeki ülkelerinde 10.000 kişi başına düşen eczane sayısı 1'den azdır; bu da dünyanın farklı bölgelerinde ilaçlara, mesleki eczacılık hizmetlerine ve eczacılar tarafından sunulan birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimin daralması anlamına gelmektedir. Mısır, Moğolistan ve Hindistan orta-alt gelir düzeyinden ülkeler olmalarına rağmen 10.000 kişi başına düşen en yüksek serbest eczane oranlarına sahiptir. Daha fazla bilgi için infografik 3'e bakabilirsiniz.

Bir eczanenin hizmet ettiği ortalama nüfus ülkenin serbest eczane kapasitesinin yanı sıra eczane hizmetlerine ve muhtemelen ilaçlara erişimi hakkında bir ölçüt teşkil etmektedir. Araştırmaya yanıt veren 77 ülke ve bölge arasındaki küresel ortalama eczane başına 8940 kişidir. Afrika bölgesinde eczane başına düşen nüfus miktarının diğer bölgelerin iki katından fazla olduğu belirtilmektedir. Benzer biçimde düşük gelirli ülkelerde eczane başına ortalama 27,000 kişi düşerken bu miktar yüksek gelirli ülkelerin dört katıdır. Eczanelerin yüksek sayıda insan nüfusuna hizmet vermesi bu ülkelerdeki düşük eczane yoğunluğu ile birlikte ele alındığında böylesi yetersiz altyapı ve işgücü kapasitesinin nüfusun ihtiyaçlarını karşılayamayacağı açıktır. Kısıtlı işgücü eczacılık mesleğinin en temel rollerine eğilmek zorunda kaldığı için bu bölgelerde mesleki hizmetlerin kapsamını genişletmek de oldukça zordur.



Serbest eczane başına düşen eczacı oranı hasta bakımı ve farmasötik hizmetler sunma kapasitesi hakkında bir ölçüt teşkil etmenin yanı sıra eczacı sayısının serbest eczane sayısından az ve eczaneye gelen nüfus için yetersiz olduğu yerler için net bir ayırım çizgisi oluşturur. Araştırma örneklemindeki ortalama eczane başı eczacı oranı 1,88'dir.

DSÖ bölgeleri bu ölçüt temelinde ele alındığında Afrika bölgesi 0,86 ile en düşük serbest eczane başına eczacı oranına sahipken onu 0,98 ile Güneydoğu Asya bölgesi takip etmektedir. Bu iki bölgede bu oranın birin altında olması bazı serbest eczanelerin eczacı olmadan faaliyet gösterdiği veya bazı eczacıların birden fazla eczanede çalıştığı anlamına gelmektedir. Bu da bu bölgelerde farmasötik bakım ve diğer farmasötik hizmetlere veya bir eczacı tarafından denetlenen ilaç dağıtımına erişimi tehlikeye atabilir. Bu ölçüt gelir düzeyine göre incelendiğinde, serbest eczane başına düşen ortalama eczacı sayısı düşük gelirli ülkelerde (0,40) yüksek gelirli ülkelerin (2,38) neredeyse altıda biridir.

2016 ve 2020 yıllarındaki serbest eczane başına düşen serbest eczacı oranları karşılaştırıldığında ise her iki araştırmaya da katılan ülkelerde %8,67'lik bir artışla 1,73'ten 1,88'e yükselmiştir. Ne var ki bu artış sadece Avrupa bölgesi ile yüksek ve orta-üst sınıf gelir düzeyindeki ülkelerde gözlemlenmiştir. Bu düşüş Avrupa dışındaki bütün bölgelerde büyük bir endişe kaynağı olurken, aynı zamanda dünya genelinde eczane başına düşen işgücü kapasitesi bakımından da eşitsiz bir gelişim olduğunu göstermektedir.

Çalışma örnekleminde 10.000 kişi başına düşen ortalama eczane destek personeli sayısı 5,75'tir. Eczane destek işgücününün tanımı ülke ve bölgeye göre büyük oranda değişmektedir, dolayısıyla aldıkları eğitim, mesleki yetkinlikleri ve uygulama kapsamı da aynı şekilde değişkenlik göstermektedir. DSÖ bölgeleri arasında Amerika bölgesi 8,15 ile en yüksek serbest eczane başına destek personeli oranına sahipken en düşük oranın gözlemlendiği Afrika bölgesinde bu oran sadece 2,70 ile küresel ortalamanın neredeyse yarısıdır. Gelir düzeyine göre bakıldığında yüksek gelirli ülkelerdeki serbest eczane başına düşen eczane destek personeli sayısı 6,89 iken düşük gelirli ülkelerde bu oran 2,20'dir.

### **Serbest eczane mülkiyeti**

Serbest eczane sahibi olmak ile ilgili hukuki düzenlemeler araştırmaya katılan ülke ve bölgelere göre geniş ölçüde değişkenlik göstermektedir. Serbest eczane mülkiyetinin en sık görülen türleri, toplam %86'lık oran ile bireysel eczacı mülkiyeti veya eczacıların çoğunluk hissedarı ile ortaklıklar kurulmasıdır. İkinci en sık görülen mülkiyet biçimi zincir eczanelerin kurumsal mülkiyetidir, bu da çalışmaya katılan 79 ülkenin 57'sinde görülmektedir (%72). Çok çeşitli mülkiyet modelleri mevcut olsa da çok az sayıda bölgede görülmektedir. Daha fazla bilgi için İnfografik 4'e bakabilirsiniz.

Araştırmaya katılan 79 ülke ve bölgenin %71'inde eczane sahibi olmak eczacılar ile sınırlı değildir. Dolayısıyla, eczanede yönetim ve nihai karar alma mekanizması bu ülkelerin sadece %29'unda lisanslı eczacıların mesleki yargılarına ve ahlaki değerlerine dayanarak gerçekleştirilmektedir.

Eczane sahibi olmanın eczacılar ile sınırlı olmadığı 56 yerde, bazı ülke ve bölgeler çıkar çatışması veya dikey entegrasyon modellerinden kaçınmak için kimin serbest eczane sahibi olabileceğine dair birtakım kısıtlamalar getirmiştir. Dikey entegrasyon aynı gerçek veya tüzel kişinin, örneğin serbest eczane, toptancı şirketler veya ilaç üreticileri gibi, ilaç tedarik zincirinin farklı düzeylerindeki unsurların birden fazlasına sahip olmasıdır. Eczane sahibi olmalarına izin verilmeyen kişiler hekimler ve diğer reçete yazabilen sağlık çalışanları (%53), farmasötik toptancılar (%37) ve ilaç üreticileridir(%38).

Çalışmaya katılan 76 ülke ve bölgeden 25'i (%33) yatay entegrasyona karşı birtakım kısıtlamalar olduğunu belirttiler. Yatay entegrasyon, bir şirketin tedarik zincirinin aynı düzeyinde mal veya hizmet üretimini artırması anlamına gelmektedir. Serbest eczanelerde ise yatay entegrasyon birden fazla eczanenin aynı kişi veya şirketin mülkiyetinde olmasını ifade eder, zincir eczanelerde durum tam olarak budur. Bazı bölgelerde birden fazla eczaneye sahip olmak mümkün olsa da pazar kontrolüne yol açabilecek durumları önleyebilmek için birtakım kısıtlamalar mevcuttur.



## Serbest eczanelerin açılması, dağılımı ve işlevsel gereksinimleri

Serbest eczanelerin açılması ve bölgesel dağılımı, nüfusun ilaçlara ve ilaç ile ilgili hizmetlere eşit ve sürekli erişimini temin eden ulusal ilaç politikalarının en önemli unsurlarından biridir. Serbest eczanelerin açılması ve bölgesel dağılımının düzenlendiği yerlerde eczane açılmasının, serbest bırakılmasının, kısıtlanmasının düzenlemeden faydalandığı düşünülmektedir. Yeni eczanelerin kurulması genel olarak kamu idareleri tarafından demografik veya coğrafi kriterlerin uygulanması yoluyla belirlenir, bunun ardında herkesin ilaçlara zamanında erişimi ile işlevsel ve sürdürülebilir bir eczane ağının sağlanması düşüncesi vardır.

Planlı modele sahip ülkelerden 9 tanesi, sadece yeni bir eczanenin açılması izninde coğrafi kriterler uygulamaktadır. Bunun aksine 5 ülke, yeni eczane lisansı vermek için sadece demografik kriterlerin uygulandığını belirtmiştir. 23 ülke veya bölge (%29) coğrafi ve demografik kriter kombinasyonunu kullanmakta ve yeni eczane açma izni vermeden ihtiyacı belirlemek için en yakındaki eczaneye uzaklık ve bölgedeki nüfus (veya nüfus artışı) gibi kriterler kullanmaktadır. 20 ülke ve bölgede (%25) yeni eczane açmak için diğer tür kriterler uygulanırken 22 tanesinde (%28) hiçbir kriter uygulanmamaktadır (yeni eczane açılması plansız gerçekleşmektedir). Daha fazla detay için infografik 4'e bakabilirsiniz.

Bu alanda toplanan son verilerden beri hiçbir kısıtlama uygulamayan ülkeler (yeni eczane açmanın plansız ve serbest olduğu yerler) iki araştırmaya da katılan 55 ülke ve bölge içinde %49'dan %27'ye (27'den 15'e) düşmüştür. Bu durum yeni eczanenin açılmasında uluslararası düzeyde daha fazla düzenlemeye gidilmesi yönünde bir eğilim olduğunu göstermektedir.

Serbest eczaneler için planlı dağıtım sistemlerinin uygulandığı bazı yerler nüfus yoğunluğunun çok düşük olduğu yerlerde yeni eczane açılması için birtakım teşvikler uygulayabilmektedir. Böyle yerlerde eczane açılması kamu hizmeti bakış açısından son derece önemli olsa da mali yardım alınmadığı sürece eczanenin varlığını sürdürmesini tehlikeye atabilir.

Serbest eczane içindeki bazı fonksiyonel bölgeler belirli hizmetler veya farmasötik bakım sunumu ile ilişkilendirilebilir. Bu bakımdan, serbest eczane içindeki böyle bölgeler için getirilen hukuki gereksinimler eczanenin topluma sunması gereken veya beklenen hizmet türleri ile bağlantılıdır. Hasta-eczacı konsültasyonu için ayrı bir odanın bulunması, araştırmaya katılan 75 ülke ve bölgenin 23'ünde (%30,7) hukuki bir gereksinimdir. Sınai olarak üretilen ilaçlarla karşılanamayan ihtiyaçları karşılamada önemli bir yeri olan eczanede ilaç hazırlama eylemi için ayrı bir alanın olması, 74 ülkenin 46'sında (%62) hukuki bir gereksinimdir.

Katılımcıların atmış altısı (%84), serbest eczanelerin çoğunlukla yönetici eczacı, sorumlu eczacı veya teknik müdür olarak da adlandırılan bir yetkili eczacı bulundurmasını şart koymuştur. On altı ülke veya bölge (%20,3) belirli durumlarda eczane personeli içinde birden fazla serbest eczacı bulundurma zorunluluğu olduğunu belirtmiştir. On üç ülke veya bölge (%16,5) eczane teknisyenleri veya diğer eczane destek işgücü için birtakım hukuki gereksinimlerin olduğunu belirtmiştir.

Devlet kurumlarının standart göstergeler üzerinden serbest eczaneleri standart olarak değerlendirme veya denetlemesi hususunda ise böyle kalite kontrol sistemleri 78 katılımcının 65'inde (%83) mevcuttur.

## Serbest eczacıların faaliyet kapsamı

Araştırmada eczacılar tarafından sunulan ve hukuki olarak düzenlenmiş hizmetlerin kapsamı, yani bu hizmetlere her bir yargı bölgesinde yasalar tarafından izin verilip verilmediği mercek altına alınmıştır. Bu soru geçmiş araştırmalar kapsamında sorulan ve her ülkede sunulan hizmetler ile bu hizmetleri sunan yaklaşık eczacı yüzdesini soran sorulardan daha farklıydı. Bunun nesnel verilerle ifade edilmesi oldukça zor olduğu görüldüğü için bu yılın araştırmasında bu hizmetleri sunma olasılığına (hukuki uygulama kapsamı) odaklanıldı. Bu nedenle önceki çalışmalardan elde edilen bulgular ile karşılaştırma yapılması mümkün değildir.

Bu araştırmaya dört kategoride hizmet ve uygulama dâhil edilmiştir:

1. Tedavinin başlaması, sürdürülmesi veya değiştirilmesi için klinik karar alma süreçlerini içeren hizmetler;
2. Eczane dışında da ilaç ve farmasötik bakım sunulması;
3. Hastalık taraması ve

#### 4. İlk yardım/acil bakım sunulması.

Aynı yıl içinde FIP aşılama eczacıların rolü üzerine ayrı bir araştırma yapmış olduğu için aşılama hizmetlerinin bu yılın araştırmasına dâhil edilmediği unutulmamalıdır. İki çalışma arasında uygunluğu sağlamak adına o araştırmanın birtakım bulguları bu rapora da eklenmiştir, ancak daha fazla bilgi için “Eczanelerin bağışıklama oranına etkisinin genel değerlendirmesi - Küresel araştırma” (Ağustos 2020) raporuna bakılmalıdır.

Tedavinin başlaması, sürdürülmesi veya değiştirilmesi için klinik karar alma süreçlerini içeren ilk kategorideki hizmetlerde, ülkelerin büyük bir bölümünde (79 katılımcıdan 60’ı, %76) acil durum kontraseptiflerinin dağıtımı mevcuttur. Bazı ülkelerde eczacılar reçete değişikliklerine (25, %32), tamamlayıcı reçete yazma (16, %20) veya bağımsız reçete yazmaya (13, %16) başlamıştır. Bu hizmetler katılımcıların üçte birinden fazlasında (29, %37) halihazırda mevcut olan terapötik ikamenin önemli rolünü tamamlar niteliktedir. Daha fazla bilgi için İnfografik 5’e bakabilirsiniz.

Bir diğer önemli hizmet kategorisi de eczane dışında da ilaç ve farmasötik bakım sunulmasıdır. İlaçların eve teslimi ülke ve bölgelerin %68’inde mevcutken bakım evlerinde ilaç dağıtımı ve hizmet sunumu %54’ünde vardır. Aynı şekilde, katılımcıların yarısından biraz fazlasında (%51) evde bakım ve tedavi değerlendirme hizmetleri sunulmaktadır. Eczacıların bu hizmetleri doğrudan insanların evinde sunması sorumlu ilaç kullanımı için önemli olmasının yanında, yalnızlık çeken veya gerekli desteği bulamayan hastaların takip edilmesinin sosyal yönü de vardır. Bu hizmetler birçok insan, özellikle de evde kalmaları tavsiye edilen kronik hastalık sahibi yaşlılar için karantina veya kapanma gibi uygulamalar sırasında büyük önem arz etti.

Hastalık taramasına odaklanan hizmetler içinde, araştırma kapsamında sorulan sorular HIV ve COVID-19 testleri ile ilgiliydi. Eczanede HIV testi yapılması 15 ülke veya bölgede görülürken (%19) COVID-19 testi 14 yargı alanında (%18) hukuki onay aldı. Bireysel kararlar ile önleyici önlemleri kolaylaştırdıkları ve sağlık sistemlerinin uygun takibi sağlayabilmesine önayak olarak güvenilir sağlık sonuçlarına hızlı ve güvenilir erişim sağlayan COVID-19 tarama testlerinin serbest eczanelerde sunulması, bu ülkelerdeki pandemi kontrol stratejilerine önemli katkı sağladı. Bu raporun yayımlandığı tarih itibarıyla (Temmuz 2021) eczanede COVID-19 testi yapılmasının önünü açan ve bu hizmetin karşılığı olarak üçüncü taraflardan ödeme alınan ülke sayısı bu araştırma için veri toplandıktan sonra da artmaya devam etmiştir. İtalya, Litvanya ve Polonya’da eczanede aşılama yapılmasının serbest bırakılması ile aynı durum aşılama hizmetleri için de geçerlidir.

Son olarak, 43 ülke ve bölgede (%54) eczacılar ilk yardım/acil bakım hizmetleri sunmaktadır. Bu hizmetler serbest eczanelerin toplumun içinde birinci basamak sağlık hizmeti merkezi olma rollerini de güçlendirmektedir.

#### Serbest eczanelerin ücretlendirilmesi

Sağlık sistemleri bakış açısından eczane ücretlendirme modellerinin uygun maliyetli olması gerekmektedir. Önemli halk sağlığı hizmetleri de dâhil olmak üzere kapsamlı eczacılık hizmetlerinin sunumu ve ilaçlara erişimin temin edilmesi için eczanelere gerekli ödemeler sağlanmalıdır.

En sık ücretlendirilen hizmetler reçeteli ilaçların hazırlanması (dokuz ülke) olurken onu tedavi değerlendirme (genel olarak veya belirli hastalık ya da tedavi türleri için) ve aşılama (ikisi de yedi ülkede) takip etti. Ücretlendirmenin sağlandığı en fazla sayıda hizmet ve bu hizmetlerin ücretlendirildiği ülkeler tedavinin başlatılması, sürdürülmesi veya değiştirilmesini içerecek klinik karar alma süreçleri kapsamındadır. Bu da eczacıların eczacılık hizmetleri ve ilaçlar konusundaki uzmanlığının ve ilaçların optimal kullanımıyla ilişkili değerlerin sağlık sistemleri tarafından artı değer olarak kabul edildiğini ve en az 13 ülke ve bölgede ücretlendirildiğini göstermektedir. Daha fazla bilgi için İnfografik 6’ya bakabilirsiniz.

Üçüncü taraf tarafından ödeme yapılan 65 katılımcı içinde 37 tanesi (%57) tek bir üçüncü tarafın ödeme yaptığını belirtirken 28 ülke ve bölge (%43) eczacıların birden fazla taraftan ödeme aldığı belirtilmiştir. Her ne kadar birden fazla sözleşmeye dayanan anlaşmalar yönetim açısından karmaşık görünse de savunu faaliyetleri ve belirli taraflardan ödeme alınması hususlarında büyük esneklik sağlayabilir. Eczacılar için bazı destek araçları böyle sözleşmelerle uğraşmak zorundadır.

Küresel düzeyde, 72 katılımcının 37'si (%51,4) eczanelere yapılan ödemenin ağırlıklı olarak tıbbi ürünlerin fiyatlarına bağlı olarak yapıldığını belirttiler, bu da eczaneleri fiyat dalgalanmalarına karşı savunmasız hale getirmektedir. 11 ülke ve bölge (%15,3) ödeme modellerinin ağırlıklı olarak hizmet ücretlerine bağlı olarak gerçekleştiğini belirttiler. Katılımcıların üçte biri (24 ülke ve bölge) eczane ücretlendirmesinin başka modellere göre yapıldığını belirttiler. Bu durum birkaç ülke için eczanenin üçüncü taraflardan ödeme alamamasına ve ödemenin hasta veya müşteri tarafından yapılmasına yol açsa da bazı ülkelerde (örneğin ABD ve Kanada) mevcut iki model arasında bir denge kurmaktadır.

Araştırmada eczanelerin ilaç ve hizmet sunabilmesi için üçüncü taraflardan aldığı ödemenin farklı bileşenleri ve bunların eczane cirosu içindeki payları mercek altına alındı. Her ne kadar bu hususta veri sağlayan katılımcı sayısı daha düşük olsa da 43 katılımcı en azından bir ödeme bileşeni hakkında veri sundular. Sunulan veriler, geri ödemesi yapılan ilaç ve ürünlerin fiyatı ile bağlantılı marj temelli sistemlerin sadece en sık görülen bileşen olmadığı, aynı zamanda eczanelerin gelirine en fazla katkı sağlayan bileşen (ortalama %46) olduğunu göstermektedir. Eczane gelirlerine en az katkı sağlayan ödeme bileşeni mesleki hizmet karşılığı yapılan ödemelerdir (ortalama olarak %4'ten fazla değil).

### **ilaçların serbest eczanelerde ve diğer satış noktalarında dağıtımı ve satışı**

Reçetesiz ilaçların dağıtımı ve satışına dair mevzuata bakıldığında katılımcılar arasında üç farklı senaryo göze çarpmaktadır (n=75):

1. Bu ilaçların sadece serbest eczaneler tarafından dağıtıldığı yerler (%38,6);
2. Reçetesiz ilaçların serbest eczane dışında satılabildiği, ancak bazı ilaçların reçete gerektirmese de sadece eczanelerde dağıtılabildiği yerler (%34,7%); ve
3. Bütün reçetesiz ilaçların eczanelerden veya diğer noktalardan alınabildiği yerler (%26,7).

Amerika ve Avrupa bölgeleri reçetesiz ilaçların dağıtımında en azından belirli tür düzenlemelere sahip en fazla ülke ve bölge yüzdesine sahip olduğunu belirtirken bu durum bu yerlerde eczacılık uzmanlarının reçetesiz ilaçların dağıtımında daha büyük bir rolü olduğunu göstermektedir. Afrika, Doğu Akdeniz ve Güneydoğu Asya bölgeleri reçetesiz ilaçların eczane dışında satılmasının daha sık görüldüğünü ve sadece eczanede satılan ilaçlara dair bir listelerinin bulunmadığını belirttiler. Daha fazla bilgi için infografik 7'ye bakabilirsiniz.

Reçetesiz ilaçlar çalışmaya katılan ülke ve bölgelerin %60'tan fazlasında serbest eczanelerin dışında da alınabilirken %73'ünde reçetesiz ilaçların sorumlu kullanımında eczacının rolü, bazı reçetesiz ilaçların dağıtımında eczacı denetimini gerektiren hukuki modeller tarafından tanınmıştır. Bunun karşısında katılımcıların %27'si böyle bir düzenlemenin bulunmadığını belirttiler.

Reçetesiz ilaçların dağıtım kanallarını düzenlemeye ek olarak bazı ülke ve bölgeler hastanın serbest eczanede raftan ilacı alıp kendi ilacını kendi seçtiği dağıtım modeline izin vererek veya vermeyerek ilave bir düzenleme daha getirmişlerdir. Hastaların kendi seçimlerini yapabilme düzeyleri üç kategoriye ayrılmıştır:

1. Bütün reçetesiz ilaçlar tezgahın arkasındadır ve hasta tarafından istenmelidir (75 katılımcının 26'si; %35);
2. Belirli reçetesiz ilaçlar tezgahın arkasında iken diğerlerini hasta kendisi seçebilir (27 katılımcı; %36); ve
3. Bütün reçetesiz ilaçlar hasta tarafından seçilebilir (22 katılımcı, %29).

Reçetesiz ilaçların serbest eczanelerin dışında satışı ilacı hastanın kendisinin seçmesi kısıtlanarak daha da ileri düzeyde düzenlenebilir: daha kısıtlayıcı bir model olan hastanın hiçbir reçetesiz ilaca doğrudan ulaşamaması (37 katılımcıdan 7'si; %19) daha az kısıtlayıcı olan hastanın bütün reçetesiz ilaçlara doğrudan ulaşabildiği modele (12; %32) ve en sık görülen model olan hastanın erişim düzeyinin ilaç türüne göre değişkenlik gösterdiği modele (18; %49).

Yalnızca reçete ile dağıtılan ilaçların sadece fiziksel (internet üzerinden olmayan) kurumlarda dağıtılması üzerine veri sağlayan 76 ülke ve bölgenin tamamı (76, %100) bu dağıtımın serbest eczanelerde gerçekleştiğini

belirtti. İkinci en sık görülen dağıtım kanalı ilaç dağıtım yetkisine haiz hekimler oldu (76 katılımcının 22'si, %28,9).

Ayakta tedavi gören hastaların erişebileceği, uzmanlık alanlarına özel bazı ilaçların dağıtım kanalları hakkında toplam 71 ülke ve bölge bilgi vermiştir. Bu alanda en sık verilen cevaplar serbest eczaneler (64; %90,1) ve hastanedeki poliklinik eczaneleri (48; %67,6) olmuştur. Ayrıca yanıt veren 77 katılımcı içinde 71 tanesi (%92) ilaç üreticilerinden veya toptancılarından doğrudan hastanın evine ilaç teslimiyeti yapılmasına izin verilmediğini belirttiler.

74 yanıt veren katılımcı içinde ülke ve bölgelerin çoğunluğu homeopati ilaçlarının serbest eczaneler aracılığıyla dağıtıldığını belirtirken (52; %70) yaklaşık üçte biri de homeopati ilaçlarının başka yerlerde dağıtıldığını belirttiler (22; %30). Benzer bir biçimde ülke ve bölgelerin çoğunluğu (60; %81) bitkisel/geleneksel ilaçların serbest eczanelerde dağıtıldığını ifade ederken yaklaşık beşte biri (14; %19) başka yerlerde dağıtıldığını belirttiler.

INN reçetelendirme<sup>1</sup> kanıt dayalı tedavi seçimini yaygınlaştırmanın yanı sıra hasta ve ödeme yapan üçüncü taraflar için ekonomik tasarrufu da beraberinde getirmektedir. 73 yanıt veren katılımcının çoğunluğu INN reçetelendirmenin zorunlu olmadığını belirtirken (44; %60,3) 27 ülke ve bölge de (%37,5) bunun zorunlu olduğunu belirtti.

Hekimlerin marka adına göre reçeteleme yapabildikleri 47 ülke ve bölgenin 11'inde (%23,4) eczacıların jenerik alternatif vermesi gerekmektedir. Bununla birlikte eczacılar 6 ülke ve bölgede (%12,8) jenerik alternatif dağıtım yetkisine sahip değildir. Kalan yerlerde jenerik ikame gönüllülüğü (23; %50) veya ödeme yapan üçüncü tarafa (7; %14,9) bağlıdır.

INN reçetelendirmenin zorunlu olmadığı durumlarda jenerik ikame yapabilme yetkisi bazen eczacılara verilmiştir. Yine de ikame, bir dizi nedenden ötürü reçeteyi yazan sağlık uzmanı veya hasta tarafından sekteye uğratılmaktadır. Jenerik ikamenin zorunlu olduğu durumlarda bile bu durum reçete yazan sağlık uzmanı, hasta veya ödeme yapan üçüncü taraf tarafından hükümsüz bırakılmaktadır. Yanıt veren 79 katılımcıdan 57'si (%72) jenerik ikame olasılığının reçeteyi yazan sağlık uzmanı, 62'si (%78) hasta ve 25'i (%32) eczacı tarafından kabul edilmediğini belirttiler.

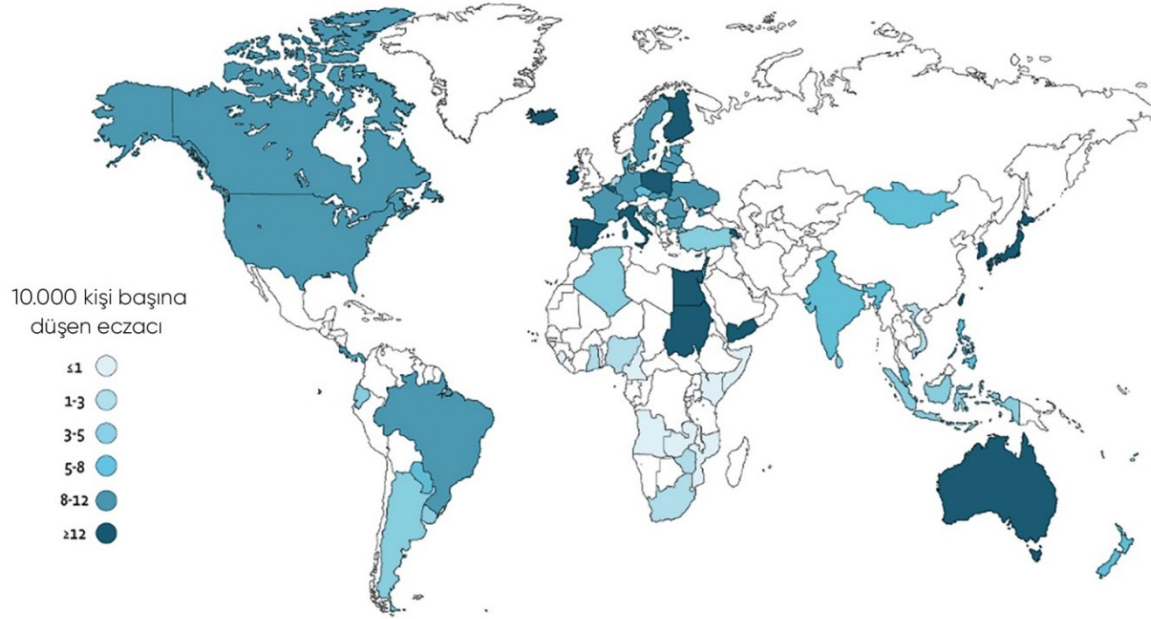
İlaç fiyatlarının hükümet tarafından düzenlenmesinin sadece ilaçlara erişim veya kamu harcamaları değil, aynı zamanda iş modelleri ve tedarik zinciri üstünde de etkisi vardır. İnternet üzerinden veya seyahat ile satış yapmanın giderek yaygınlaştığı bir küresel ekonomide eczacıların fiyat düzenlemelerinin serbest piyasa ilkeleriyle, sağlıkla ilgili karar almada tüketici özerkliğiyle ve eczane uygulama modellerinin sürdürülebilirliğiyle nasıl ilişkili olduğunu anlamaları zorunludur. Bu hususta bilgi sağlayan 75 katılımcıdan 21'i (%28) herhangi bir fiyat düzenlemesinin bulunmadığını belirtti.

Geriye kalan 54 ülke ve bölge de fiyat düzenlemesi bakımından üç kategoriye ayrılmıştır: sadece geri ödemeye tabi ilaçların fiyatı düzenlenenler (17; %22,7), bütün sadece reçete ile satılan ilaçların fiyatı düzenlenenler (12; %16); ve genel olarak bütün ilaçların fiyatı düzenlenenler (25; %33,3).

<sup>1</sup> -ç.n: Hekimlerin, ilaçları ticari isimleri yerine, aktif farmasötik maddenin ismiyle reçetelemesi

## 2 Önemli göstergelerin infografikleri

### 1. 10.000 kişi başına eczacı yoğunluğu (bütün uygulama alanlarında)



Bölgelere ve gelir düzeyine göre 10.000 kişi başına eczacı yoğunluğu (bütün uygulama alanlarında) (n=73)



10.000 kişi başına eczacı yoğunluğunun (bütün uygulama alanlarında) 2016-2020 arası değişimi (bu iki araştırma arasında sürekli veri sağlayan ülke ve bölgeler; n=41)



\*Bir ülke cevap vermiştir (Sierra Leone)



## 2. Ülke başına düşen serbest eczacı yoğunluğu

74 ülke ve bölgede  
(4,114 milyar kişiyi, yani  
dünya nüfusunun %54'ünü temsilen)

**3,489,559**

faal eczacı  
vardır (bütün uygulama alanlarında)

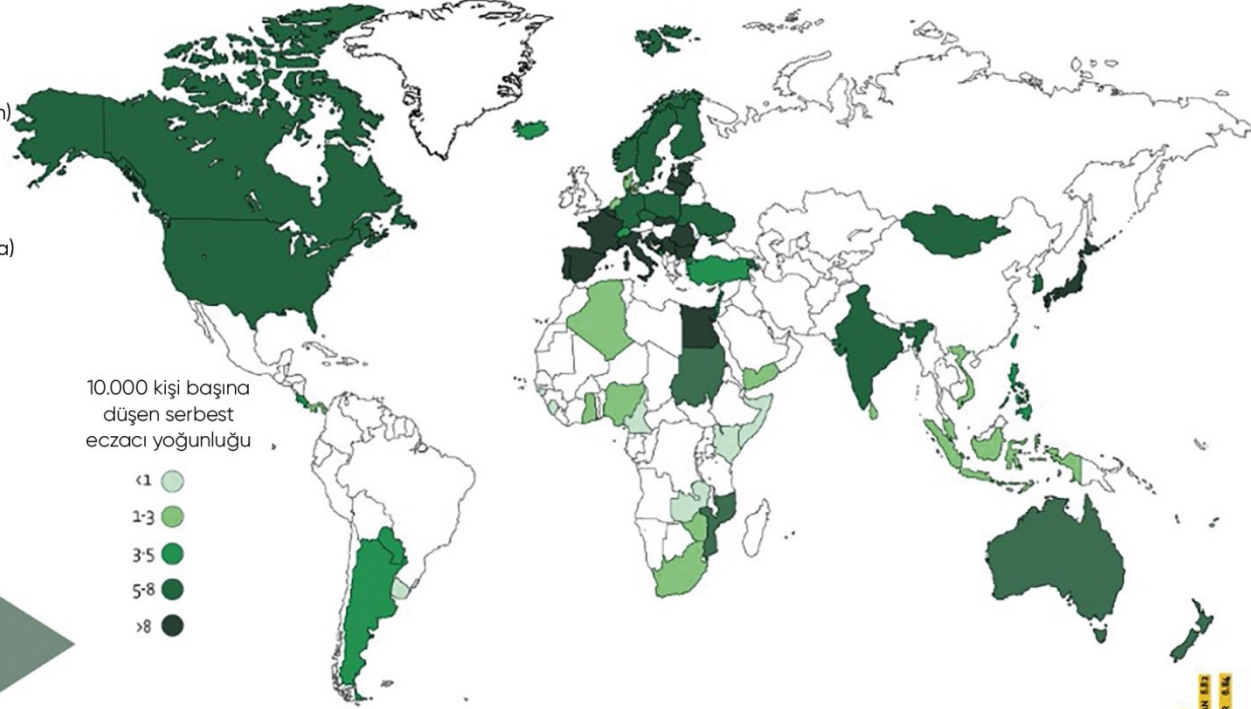


bunların

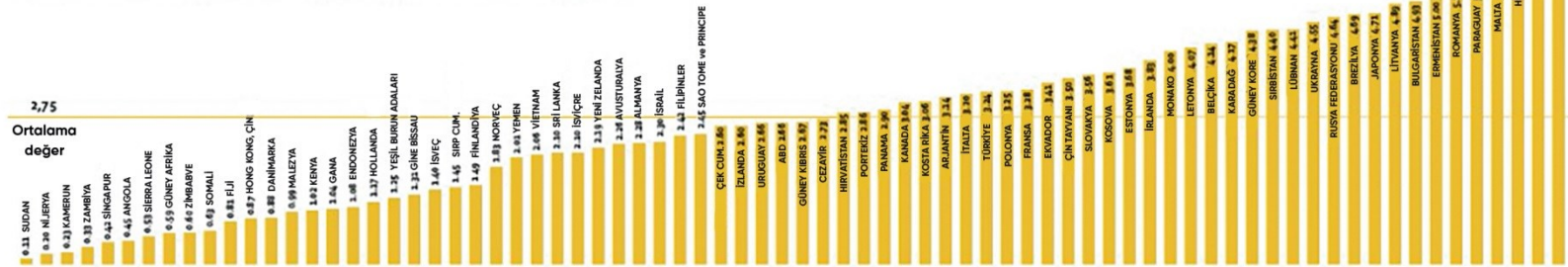
**1,869,570**

tanesi serbest eczanelerde  
tam zamanlı olarak çalışmaktadır

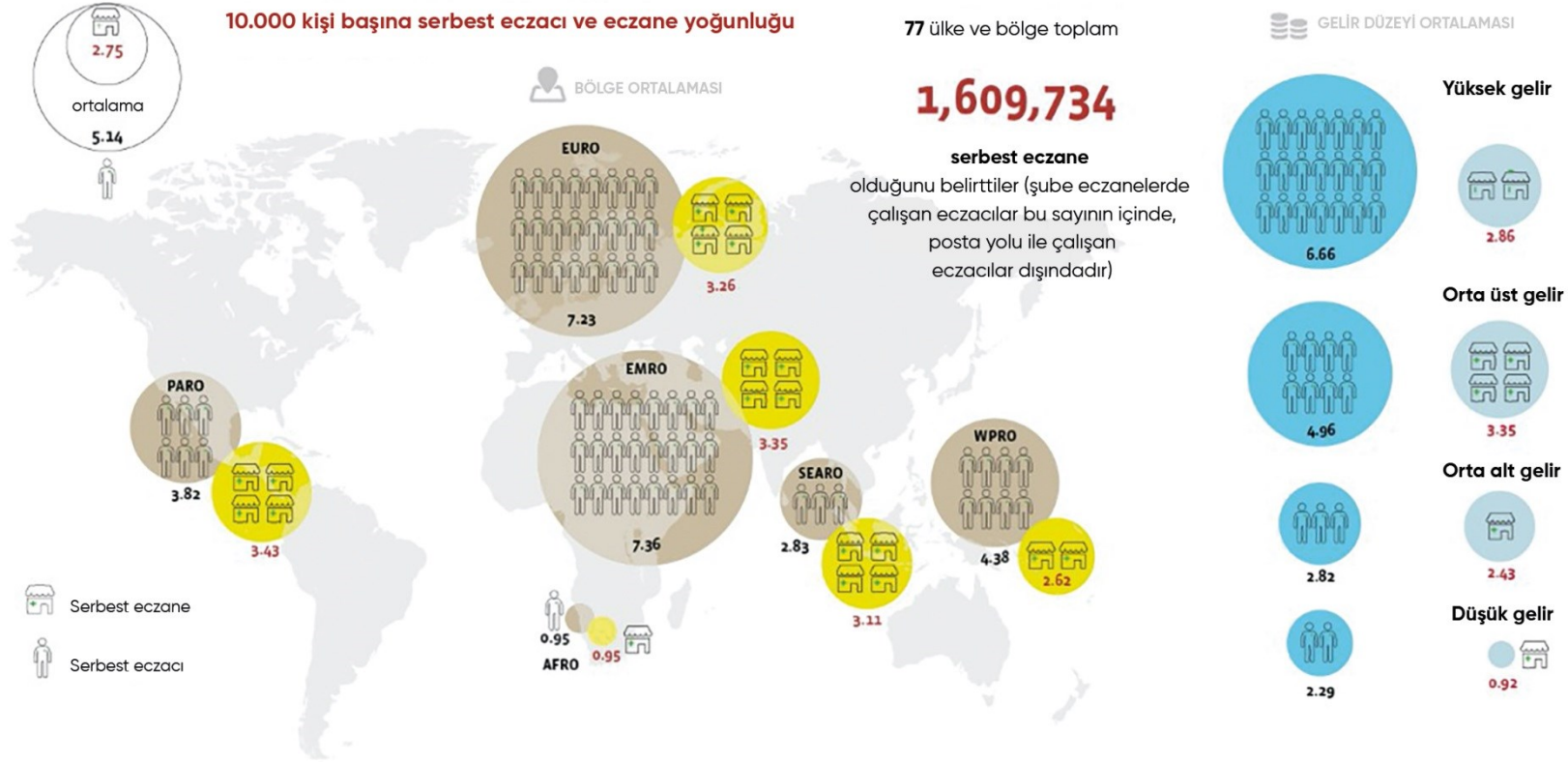
10.000 kişi başına  
düşen serbest  
eczacı yoğunluğu



Ülkelere göre 10.000 kişi başına düşen eczacı yoğunluğu (n=77)



### 3. Bölge ve gelir düzeyine göre serbest eczacılara ve eczanelere erişim



2020'de eczane başına serbest eczacı oranı, bütün ülke ve bölgelerde (n=67)



Eczane başına düşen serbest eczacı oranının 2016-2020 arası değişimi, (her iki çalışmaya da katılan ülke ve bölgelerde (n=41))



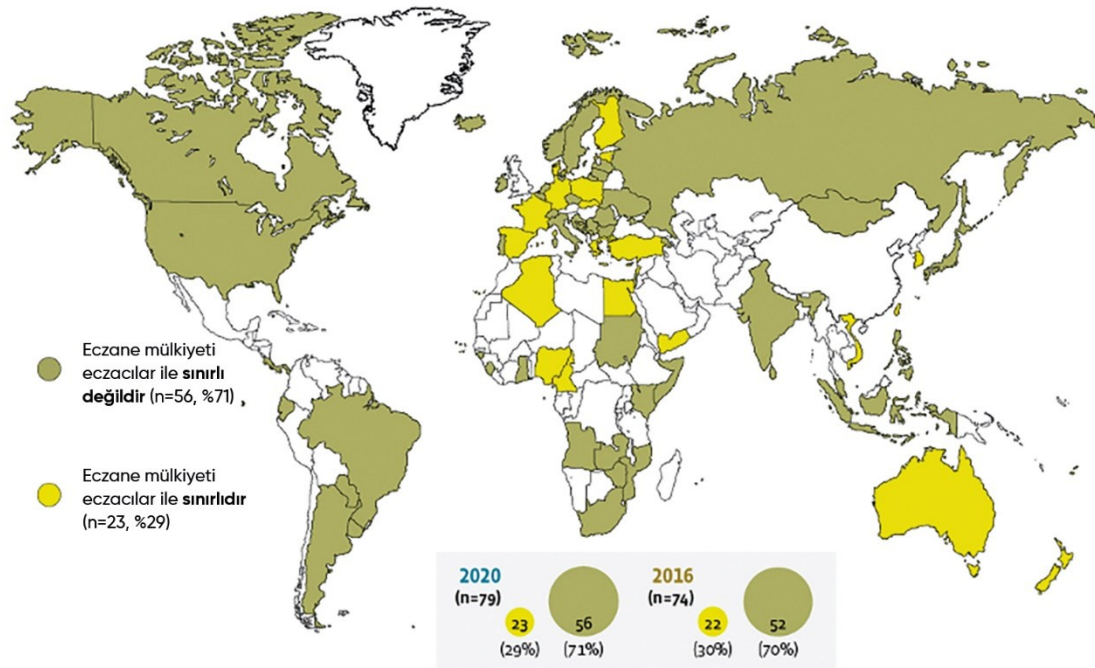
\*Yanıt veren tek ülke baz alınarak



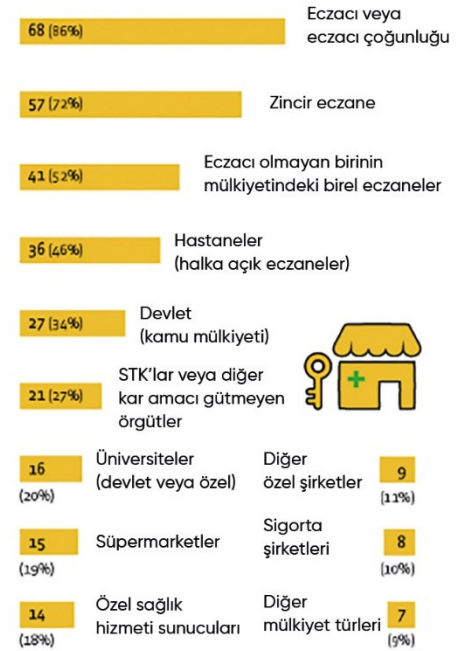


## 4. Serbest eczane mülkiyeti ve yeni eczane açma modelleri

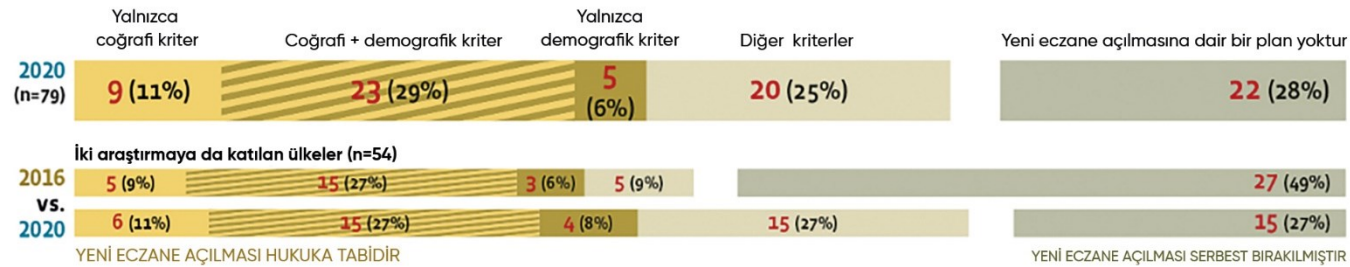
Ülkelere göre mülkiyet modeli dağılımı: eczacı mülkiyeti vs. diğer mülkiyet



Serbest eczane mülkiyeti türleri (n=79)



Serbest eczanelerin açılması ve dağılımı

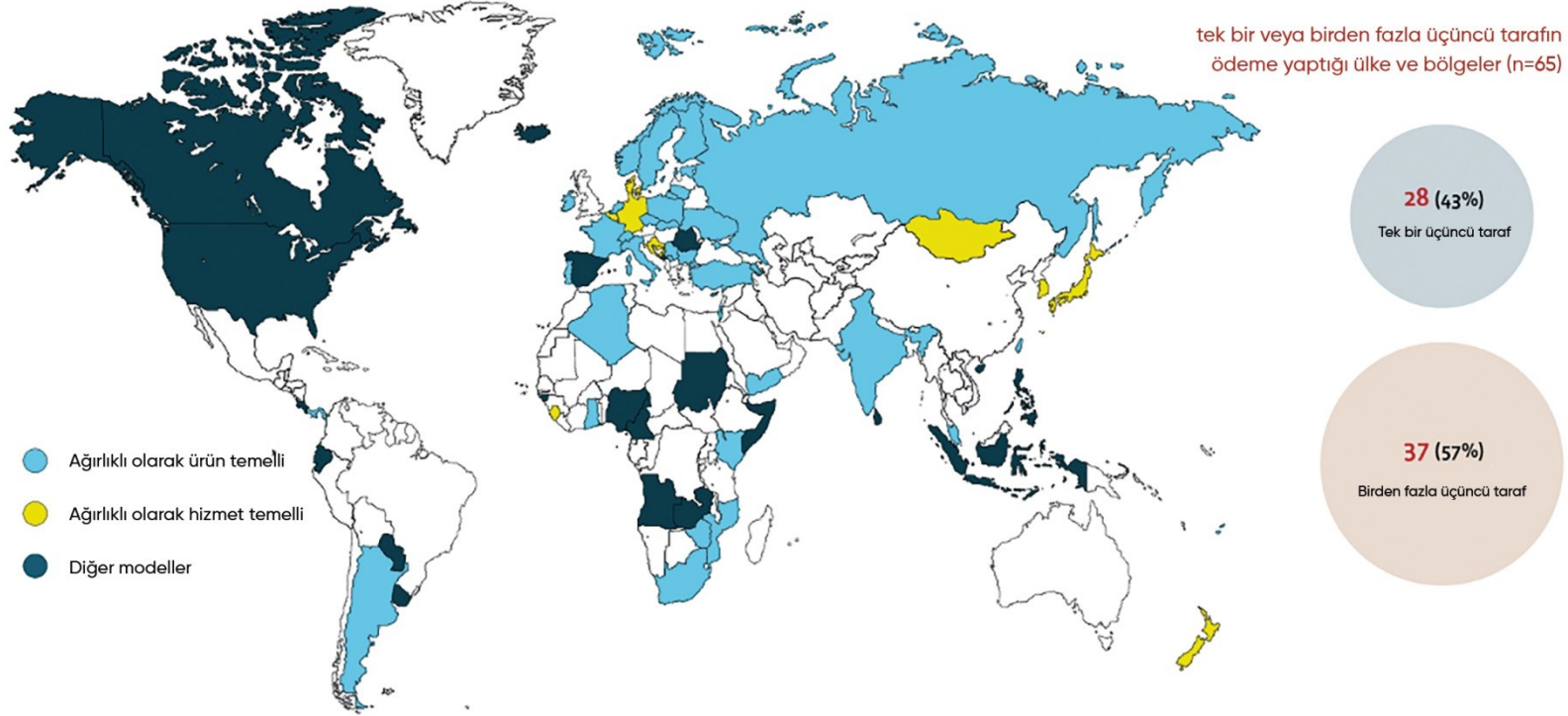


## 5. Serbest eczacıların sunmasına izin verilen ilaç dağıtım dışındaki hizmetler

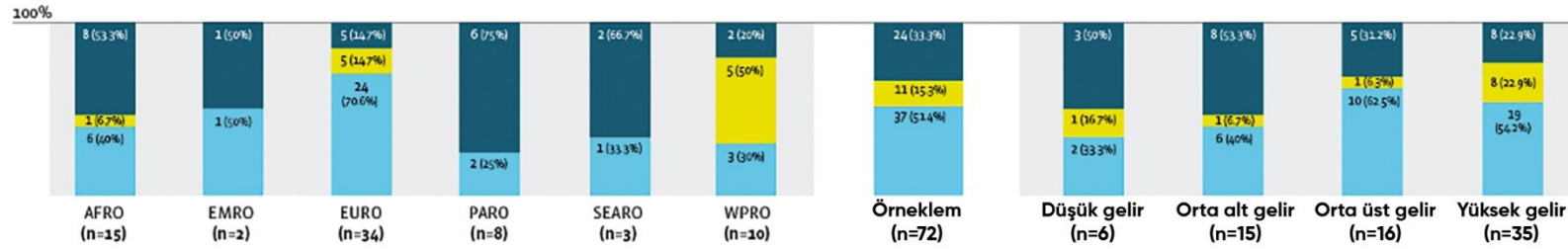


## 6. Serbest eczane ödeme modelleri

Ülke veya bölge başına temel ödeme modeli ilkesi



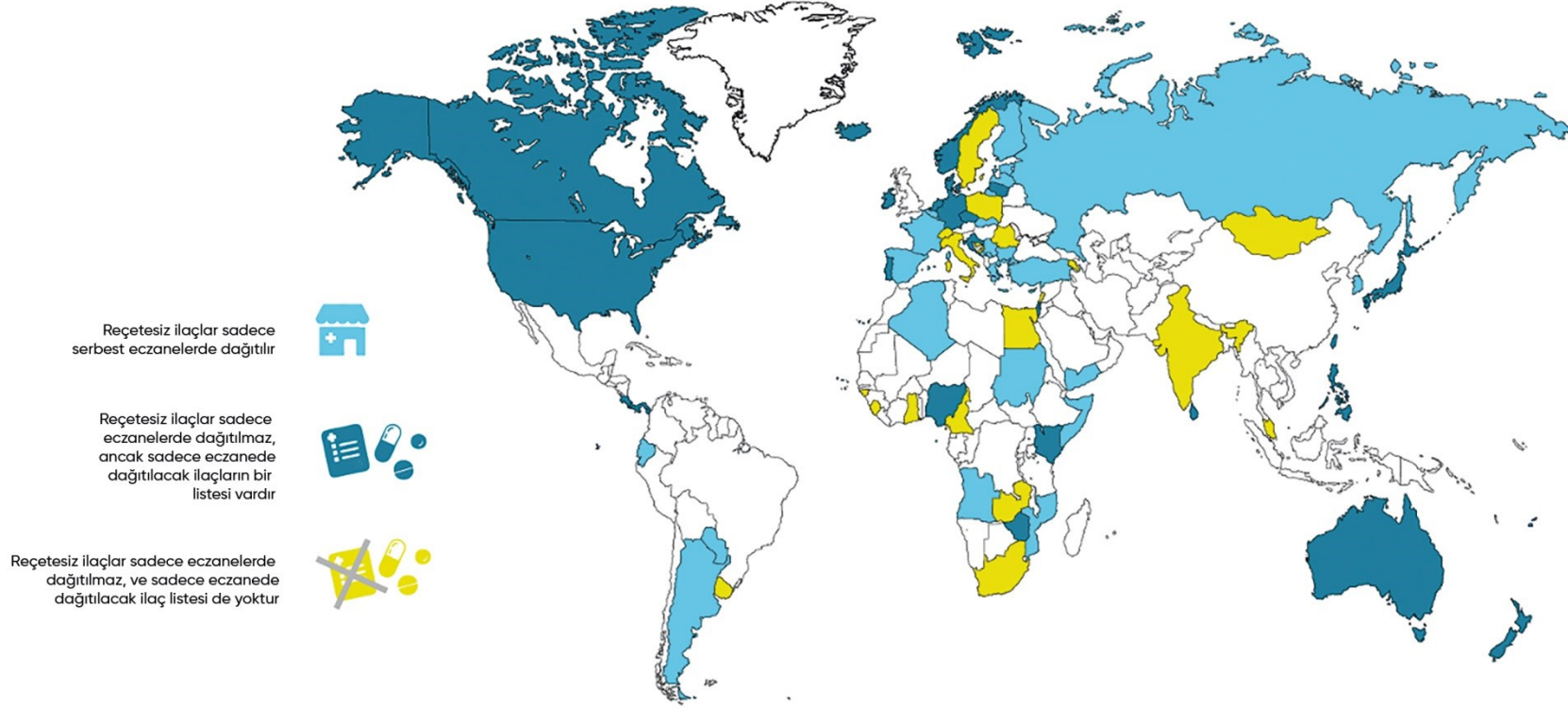
DSÖ bölgelerine göre temel ödeme modeli ilkesi (n=72)



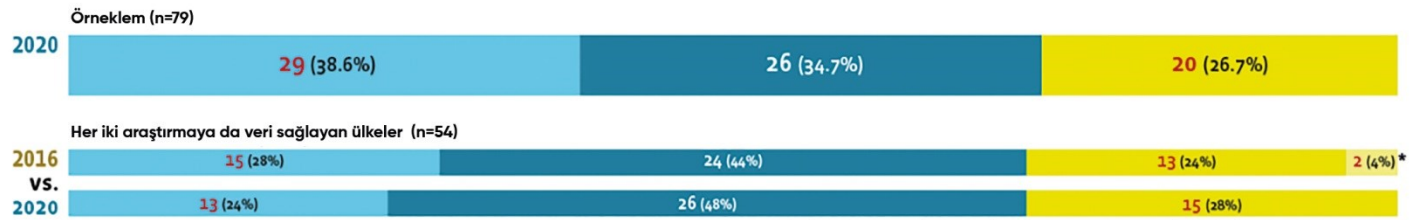
Gelir düzeyine göre temel ödeme modeli ilkesi (n=72)



## 7. Reçetesiz ilaçların serbest eczane ve diğer hizmet noktalarında tedariki

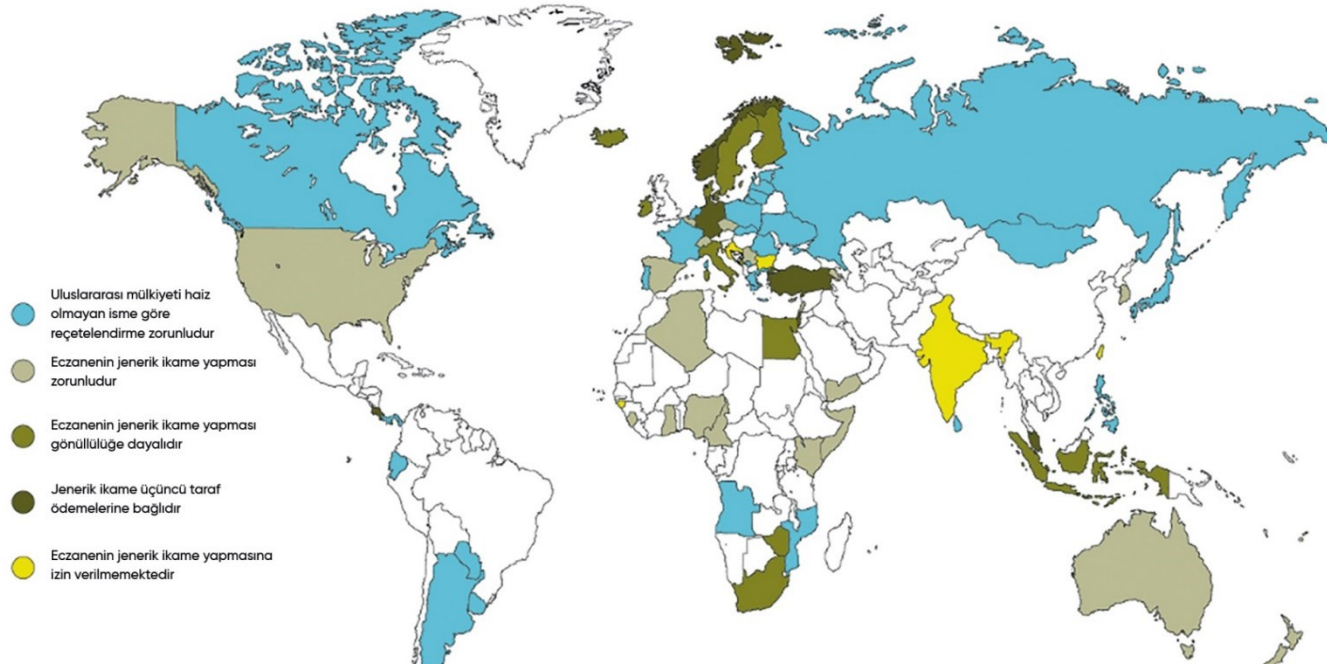


Ülke ve bölgelerin sayısı ve yüzdesi



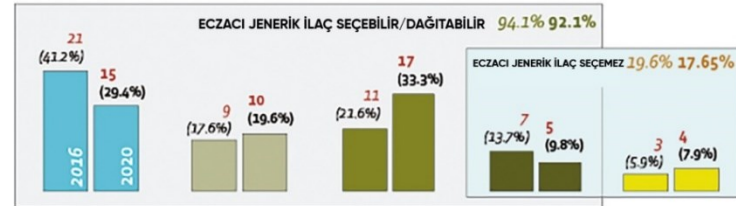
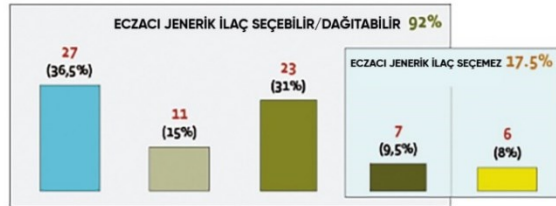
\*: Reçetesiz ilaçlar sadece eczanelerde dağıtılmaz. Sadece eczanede dağıtılabilecek ilaç listesi hakkında veri yoktur

## 8. Uluslararası mülkiyeti haiz olmayan isme göre reçetelendirme veya jenerik ikame



Eczacının jenerik ilaç seçebilme ve dağıtabilme ihtimaline göre düzenleyici modeller (n=74)

Eczacının jenerik ilaç seçebilme ve dağıtabilme ihtimaline göre düzenleyici modeller, 2016-2020 (Her iki araştırmaya da katılan ülke ve bölgeler arasında, n=41)



Uluslararası  
Eczacılık  
Federasyonu

Fédération  
Internationale  
Pharmaceutique

Andries Bickerweg 5  
2517 JP Lahey  
Hollanda

-  
T +31 (0)70 302 19 70  
F +31 (0)70 302 19 99  
fip@fip.org  
-

[www.fip.org](http://www.fip.org)

| Serbest eczacılığa genel bir bakış 2021