

Abdullah UĞUR*

Türkiye’de Eczanelerin Mekânsal Analizi ve Yeni Yasal Düzenleme

Spatial Analysis of Pharmacies in Turkey and New Legislation

ÖZET

Bu çalışmada Türkiye’deki eczanelerin mekânsal dağılışı ile bu konudaki yeni yasal düzenleme ele alınmaktadır. Çalışmada ilk önce, eczanelerin geçmişten günümüze Türkiye genelinde iller bazında nasıl bir dağılışı gösterdiği incelenmektedir. Sonra, eczanelerin bu dağılışılarında hangi faktörlerin ne derece etkili olduğu analizi edilmektedir. Ardından, 2012 yılında kabul edilen yeni yasal düzenlemenin uygulanmaya geçmesiyle mevcut mekânsal dağılışı nasıl etkileyebileceği tartışılmaktadır. Türkiye’de Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze kadarki sürede, eczane sayısı genelde artış göstermiştir. Ancak eczane sayıları ile illerin nüfus miktarı arasında dengeli bir dağılışı olmadığı gözlemlenmiştir. Eczanelerin mevcut mekânsal dağılışılarının nedenlerini ortaya çıkarmak için illerin; nüfus, hastane yatak sayısı, gelişmişlik düzeyi, doktor sayısı gibi bağımsız değişkenlerin etkileri araştırılmıştır. Belirtilen bağımsız değişkenlerden her birinin eczanelerin mekânsal dağılışı üzerinde ne derece etkili olduğu, korelasyon, aşamalı regresyon ve anova testi yapılarak analiz edilmiştir. Analizler sonucunda seçilen her bir bağımsız değişkenin, eczanelerin dağılışıyla farklı değerlerde olmakla birlikte hepsinin, pozitif yönde etkili olduğu tespit edilmiştir. Böylece eczanelerin dağılışıyla etkileyen faktörlerin çok çeşitli olduğunu ortaya çıkarmıştır. Bu sonuçlar dikkate alındığında, 2012 yılında salt nüfus ölçütü dikkate alınarak çıkarılan yeni yasal düzenleme ile eczanelerin sürdürülebilir dengeli bir mekânsal dağılışıyla sağlanamayacağı beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Türkiye, Eczaneler, Yeni Yasal Düzenleme, Eczanelerin Mekânsal Dağılışı, Sağlık Coğrafyası.

ABSTRACT

This study deals with spatial distribution of pharmacies in Turkey and these issues in the new legislation. In this study, first of all from past to present pharmacies is analysed how a distribution scale of the province in Turkey. Then, which factors, to what extent, are effective in the distribution of pharmacies are analyzed. Followed in 2012 adopted new regulations to be implemented, how it may affect the passing of the current spatial distribution are discussed. Since from the first years of Turkey Republic to present, the number of pharmacies have increased steadily. However, the number of pharmacies and amount of the population of the provinces have been observed that there is not a balanced distribution. In order to determine the causes of the current spatial distribution of pharmacies, the effects of the independent variables have been examined, such as, the population of the province,

* Yazar/Author Doç. Dr., Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Türkçe ve Sosyal Bilimler Eğitimi Bölümü.
abdullahugur@pau.edu.tr

the number of hospital beds, level of development, the number of doctors. The effects of related independent variables on spatial distributions were analyzed by correlation, stepwise regression and anova test. As the result of analysis, it is observed that independent variable has different positive effects on the distribution of pharmacies. Thus, a variety of factors affecting the distribution of pharmacies that had been identified. As a result of the study, it is expected that new legislation enacted in 2012 which was only measure of population community pharmacies cannot provide a balanced sustainable spatial distribution of community pharmacies.

Keywords: Turkey, Pharmacies, New Legislation, Spatial Distribution of Pharmacies, Health Geography.

Giriş

Sağlık, sadece hastalığın olmayışı değil, hem bireysel sorumluluğu hem de yaşam kalitesini kapsamaktadır. Nitekim Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik hali şeklinde tanımlamıştır (Öz, 2004: 11-12). Sağlık, toplum yapısının yanında bireysel ve fiziksel çevreyle ilgili çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Yaş, cinsiyet ve genetik özellikler, insan sağlığını etkilediği gibi konutlar, işyerleri, yerleşme kalıpları, doğal olaylar, kültürel yapı ve uygulamaları, hükümet politikaları ve sağlık hizmetleri insan sağlığını etkileyen diğer unsurlardır (Aliğaoğlu-Uğur, 2013: 179). Sağlığı etkileyen faktörlerin çok çeşitli olması, birçok bilimin kendi bakış açısıyla sağlıkla ilgili konuları ele almasını beraberinde getirmiştir. Çalışma alanı insan-mekân etkileşimi olan coğrafyanın da sağlıkla ilgili sorunları ya da sağlık hizmetlerinin mekânla olan ilgisini, dağılımını ve etkilerini beşeri coğrafya içerisinde yer alan sağlık coğrafyası adı altında ele almaktadır.

Sağlık hizmetleri, birbirini tamamlayan çeşitli hizmet alanlarından meydana gelmektedir. Bu hizmet alanlarından bir tanesini de eczaneler oluşturmaktadır. Eczaneler, doktorlar tarafından hastaların tedavisi için yazılan ilaçların temin edildiği ve bu ilaçların nasıl kullanılması gerektiği konusunda hastaların bilgilendirildiği yerler olup, sağlık hizmetleri zincirinin önemli bir halkasını meydana getirmektedirler. Bununla birlikte eczanelerin az gelişmiş ve dar gelirli ile kırsal alanları yaygın olan bölgelerde diğer sağlık hizmetlerinin sınırlı kalmasının da etkisiyle sağlıkla ilgili bilgi ve danışma hizmetlerinin alınmasında ayrıca merkezi bir rol oynadığı birçok çalışmada ortaya konulmuştur (Kaplan-Leinhardt, 1975; Rogers-Hassell-Noyca-Harris, 1998; Decoupigny-Perez, 2009; Law ve Diğerleri, 2013). Bu nedenle eczanelerin bulunduğu alan ve dolayısıyla mekânda dağılışı daha da önem kazanmaktadır. Ancak eczanelerin mekânda dağılışı dikkate alındığında ise genelde dengeli dağılmadığı ortaya çıkmıştır. Sağlık hizmetlerinin geneli gibi eczanelerin de kırsal ve düşük gelirli alanlarda sınırlı kaldığı ve gelir düzeyi ile eğitim seviyesinin yüksek olduğu alanlarda daha fazla yoğunlaştığı tespit edilmiştir (Kaplan, 1975; Decoupigny-Perez, 2009; Law ve Diğerleri, 2013, Aliğaoğlu-Uğur, 2013). Nitekim bu alanlar diğer yerlere göre hem gelir yetersizliği nedeniyle uygun sağlık hizmetleri alamamaları hem de sağlık hizmetlerinin bu alanlarda daha sınırlı olması nedeniyle sağlık hizmetleri alımında iki kat daha zorlanmaktadır. Böylece sağlık hizmetleri ihtiyacı yüksek alanlar bu hizmet alımı için ilave maliyetler ve zorluklarla karşılaşmaktadır. Medikal hizmetlerin kolay elde edilemediği bu gibi alanlarda insanların geleneksel tedavi yöntemlerine yönelmelerine neden olmaktadır. Bu yönelme hastalık davranışı teorisinde ortaya konulduğu gibi alt sosyoekonomik konum ile medikal danışma için eczanelere yönelme arasında negatif doğrusal ilişkinin olduğunu göstermektedir (Kaplan-Leinhardt, 1975: 37). Eczanelerin sağlık hizmetleri açısından bu önemi nedeniyle ulaşılabilirlik ile nüfus miktarı

dağılımına önem verilmiştir. Bazı ülkeler bu dağılışı yasalarla düzenleyerek dengeyi sağlanmaya çalışmaktadır (Purcell, 2004; Mangano, 2010; Lunch, 2009; Lluch-Kanavos, 2010). Ülkemizde de eczanelerin ülke geneline dağılışı dönem dönem gündeme gelmiştir. Öyle ki, Osmanlı İmparatorluğu'nun son zamanlarından beri bazı yasal düzenlemeler getirilerek, eczanelerin ülke genelinde dengeli dağılışı amaçlanmıştır. Son yıllarda eczanelerin dağılışı tekrar gündeme gelmiş ve bu konuda 2012 yılında Türkiye Büyük Millet Meclisi'nde (TBMM) yeni bir yasa çıkarılmış ve 2014 yılında ise bu yasanın yönetmenliğinin yayımlanmasıyla yürürlüğe girmiştir.

Eczanelerin mekânsal dağılışının bu önemi dikkate alınarak ülkemizdeki eczanelerin dağılışının nasıl bir gelişme gösterdiği, bu dağılıшта hangi faktörlerin ne düzeyde etkili olduğu ve nüfus kriteri dikkate alınarak 2012 yılında çıkarılan yasanın dengeli bir dağılışı sürdürülebilir bir şekilde çözüp çözemeyeceğinin tartışılması, çalışmanın başlıca amaçlarını oluşturmaktadır.

Bu araştırma altı bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın önemi ve amacının belirtildiği giriş bölümünden sonra araştırmada kullanılan verilerin kaynağı ve niteliği ile kullanılan yöntemler ve sınırlılıklar; veri, yöntem ve sınırlılıklar bölümüne açıklanmaktadır. Üçüncü bölümde, Türkiye'de eczanelerin mekânsal ve yasal gelişimi, başlığı altında geçmişten günümüze Türkiye'de eczanelerin nasıl bir mekânsal ve yasal gelişme gösterdiği ve en son 2012 yılında çıkarılan yeni yasa üzerinde durulmuştur. Eczanelerin bugünkü dağılışında hangi faktörlerin etkili olduğu ve bu faktörlerin etki derecesinin ölçülmesi bulgular bölümünde ele alınmıştır. Bir sonraki bölümde tartışma başlığı altında eczanelerle ilgili yasal gelişim ve bulgular bölümünde ortaya çıkan sonuçlar dikkate alınarak yorumlanmıştır. Son bölümde ise sonuç ve öneriler başlığı altında, çalışmanın genel bir değerlendirilmesi yapıldıktan sonra mevcut eczanelerin dağılışını etkileyen faktörler ve yeni yasanın bu dağılışı nasıl etkileyebileceği üzerinde durularak önerilerde bulunulmuştur.

1- Veri, Yöntem ve Sınırlılıklar

Bu çalışmada kullanılan verilerin kaynaklarını Türkiye İstatistik Kurumu (TUIK), Türk Eczacılar Birliği (TEB) ve Kalkınma Bakanlığı oluşturmaktadır. Yıllar itibarıyla illerin eczane, hastane yatak, doktor sayıları ile ilgili veriler TUIK'den elde edilmiştir. Yine illerin eczane sayıları için TEB kayıtlarından da yararlanılmıştır. Çalışmada iller bazında eczane sayısı elde edilirken kamu ya da özel sektöre ait hastaneler içerisinde yer alan eczaneler dikkate alınmaksızın, serbest ya da özel eczane (independent pharmacy, community pharmacy, private pharmacy) olarak ifade edilen eczanelerle sınırlı tutulmuştur. Bununla birlikte illerin gelişmişlik düzeyleri ve sıralaması ile şehirlerin etki alanlarının tespiti için günümüzde Kalkınma Bakanlığı'na dönüşen Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) verileri kullanılmıştır. Ayrıca serbest eczaneler ile ilgili yasal düzenlemeler konusunda Resmi Gazete'nin ilgili sayıları ile teorik ve ampirik çalışmalardan yararlanılmıştır. Tüm bu veriler üç aşamada değerlendirilmiştir. Birinci aşamada Cumhuriyetin ilk yıllarından günümüze kadarki zaman dilimi üç kesite bölünerek eczanelerin mekânda dağılışı ile yasal gelişimi analiz edilmiştir. Bu kesitlerin belirlenmesinde eczaneler konusunda yapılan yasal düzenlemelerdeki değişiklikler ile nüfus sayım yılları belirleyici olmuştur. Birinci kesit olarak, Cumhuriyet döneminde

eczaneler hakkında ilk yasa değişikliğin yapıldığı 1927 yılı alınmıştır. Yine aynı yılda yapılan Cumhuriyetin ilk nüfus sayımı da eczane sayısı ile nüfus miktarı analizi olanağı vermiştir. İkinci kesit için 1960 yılı seçilmiştir. 1953 yılında eczaneler ile ilgili ikinci yasa değişikliği ve bu yasanın etkisini görmek açısından 1960 yılının seçilmesinde belirleyici olmuştur. Bu alanda en son yasal düzenlemenin yapıldığı 2012 yılı ise son kesiti oluşturmaktadır. Belirtilen üç kesit dikkate alınarak oluşturulan tablolar ve haritalarla eczanelerin mekânsal dağılışı ile yasa değişiklikleri ve etkilerinin analizi yapılmıştır. İkinci aşamada birer bağımlı değişken olarak ele alınan illerin eczane sayılarını aynı illerdeki nüfus miktarı, gelişmişlik düzeyi, hastane yatak ve doktor sayısı olarak ele alınan bağımsız değişkenlerden etkilenip etkilenmediği, etkilendiyse ne düzeyde etkilendiğini ortaya çıkarmak için korelasyon, aşamalı regresyon ve anova yöntemleriyle test edilerek analizleri yapılmıştır. Eczanelerin kuruluş yeri ile hastaneler arasında yakın bağ bilindiğinden hastane sayısı istatistiki analize dahil edilmemiştir. Çalışmada kullanılan bağımsız değişkenlerin seçiminde, Kaplan ve Leinhardt (1975) ile Dokmeci ve Ozus (2004)'un araştırmalarından yararlanılmıştır. Eczanelerin lokasyonunu etkileyebileceği diğer bir bağımsız değişken olan özel klinik sayılarının elde edilememesi çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. Ayrıca Türkiye'de eczanelerin mekânsal analizi konusunda teorik yada ampirik çalışmaların sınırlı olması çalışmanın diğer bir sınırlılığını oluşturmaktadır. Üçüncü aşamada bir bütünlük içinde eczanelerin yıllar itibarıyla yasal gelişimi ve mekânsal dağılışı ile bulgulardan ortaya çıkan sonuçların genel bir değerlendirilmesi ve öneriler ele alınmıştır.

2- Türkiye'de Eczanelerin Mekânsal ve Yasal Gelişim Süreci

Türkiye'de günümüz anlamındaki serbest eczanelerin kökeni Selçuklu döneminde Anadolu'da açılan tıbbi amaçlı birtakım ürünlerin satıldığı dükkânlara kadar uzanmaktadır. Selçuklularda hastane içlerindeki eczanelerden ayrı olarak kasaba ve şehirlerde birtakım hastalıkların tedavisinde kullanılan ürünlerin satıldığı özel eczaneler de yer almaktaydı (Baytop, 1985: 92; 2000: 8). Ancak bugünkü anlamda özel eczaneler Osmanlı döneminde XVIII. yüzyılın ortalarından itibaren açılmaya başlandığı bilinmektedir. Bu anlamda 1757 yılında İstanbul'un Bahçekapı semtinde açılmış olan "İki Kapılı Eczane" ilk özel eczane olarak kayıtlara geçmiştir. Bu eczanenin ilk defa kimin tarafından açıldığı bilinmemekle beraber 1891 yılında eczacı Gorgi Tülbentçiyen'a geçtiği kayıtlara yer almaktadır (Baytop, 1995: 95-99). İstanbul'da bu ilk özel eczaneden sonra eczane sayısı artmaya başlarken eczane ürünlerinde kalite ve standartlık konusu da gündeme gelmiştir. Çünkü o dönemde günümüz anlamında ilaç sanayisi gelişmediğinden, ilaçlar eczaneler tarafından üretilmekteydi. Bu nedenle o dönemin eczaneleri genelde ilaç üretimi ve satışı olmak üzere iki bölümden oluşmaktaydı. Bu anlamda Osmanlı Devleti'nde üretilen malların kalite ve miktarlarının denetim altına alınması amacıyla esnaf sayısının sınırlanmasını ve denetimini sağlayan

“gedik”¹ uygulaması eczanelere de getirilmiştir. Bu uygulama ilk olarak İstanbul’un Beyoğlu semtinde başlamıştır. Beyoğlu’nda 24 Temmuz 1831 tarihinde çıkan bir yangında buradaki eczanelerin de büyük bir kısmı yanmıştır. Yangın sonrasında hekimbaşı Mustafa Behçet Efendi bu semtte yeniden faaliyet gösterecek eczane sayısını 25 ile sınırlamıştır. Getirilen bu sınırlama semtte gedik uygulamasına neden olmuştur. Bu uygulama göre belirtilen semtte bir eczane sahibi olmak için burada eczanesi bulunan birinden veya eczane sahibinin mirasçılarından eczane açma hakkı (gedik) satın almak gerekiyordu. Zaman içinde gedik (ruhsat) devretme yöntemi bütün İstanbul’a yayılmış ve gedik fiyatları 50 bin kuruş (500 altın) gibi dönemi için servet sayılabilecek bir düzeye erişmiştir. Gedik yönteminin uygulanmasıyla birlikte “muvazaa”² yapılan eczaneler de ortaya çıkmıştır. Bu konuda önlemler alındıysa da bu alınan önlemlerin etkili olmadığı kaydedilmiştir (Baytop, 1995: 33; Karayaman, 2008: 115-116).

Osmanlı Devleti’nde 17 Mayıs 1852 tarihinde “Nizamname-i Eczacıyan Der Memalik-i Osmaniye” adıyla eczacılar ve eczaneler hakkında çıkarılan ilk yasal düzenlemede gedik uygulaması yeniden düzenlenmiştir. 77 maddelik nizamnamede eczacılık bağımsız bir meslek olarak tarif edilirken diplomasız kişilerin eczane açmaları yasaklanmıştır. Gedik devri hakkında yetkiler genişletilerek gedik hakkı mirasçılarına da tanınmıştır. Eczanelere gedik verme yetkisini Tıbbiye Nezareti’ne bırakan nizamnamede eczane dükkânları Mekteb-i Tıbbiye-i Şahane Nezareti’ne bağlanmıştır. Bununla birlikte eczane dükkânları esnaf da kabul edilerek diğer esnaflarla birlikte Evkaf Nezareti’ne bağlı olacağı belirtilmektedir. Aynı nizamnamenin 18. maddesinde bir yerleşmedeki eczane sayısını nüfus miktarıyla sınırlı kalacağı ve yeni eczane açılmasının da o alandaki nüfus artışına bağlanmıştır (Yıldırım’dan naklen Karayaman, 2008: 116). 1852 yılından sonra gerek gedik uygulamasına bağlı olarak yüksek fiyatlara ulaşan ruhsat devri gerekse ilaç üretimi ve dağıtımındaki kalite ve standartlardaki düzensizlikleri ortadan kaldırmak için 2 Şubat 1861 tarihinde “Beledi İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname” adıyla yeni bir düzenleme getirilmiştir. Devrin Fransız yasa ve yönetmenlikten yararlanılarak hazırlanan 49 maddelik bu nizamnamenin 4. maddesinde eczanelerin serbestçe açılabilmesine yer verilmiştir. Belirtilen maddede “Eczacı dükkânlarının adedi mahdud değildir” hükmü uyarınca gedik uygulamasına son verilmiştir. Böylece daha önce uygulanan gedik uygulaması ortadan kaldırılırken beraberinde birçok tartışmayı getirmiştir. Bu tartışmalar arasında eczane sınırlamasının bulunmaması, eczane sayısının çok artmasına bunun sonucu olarak da haksız rekabet ve

¹ Türkçe kökenli bir kelime olan gedik, kelime anlamı “eksik, duvarda açılan çatlak”, terim olarak ise inhisar (tek, yalnız, tekel) ve imtiyaz esasına dayanan askeri, idari, hukuki ve iktisadi anlamları ifade etmektedir. Osmanlı tarihi ve hukuku açısından önem taşıyan yönü ise hukuki ve iktisadi alanında olup “ticaret ve sanat yapabilme salâhiyeti [yetkisi]” şeklinde tanımlanmaktadır (Pakalın, 1993: 656-659; Akgündüz, 1996: 541-543).

² Arapça kökenli bir kelime olan muvazaanın kelime anlamı; dalavereli iş, danişıklı döğüş iken hukuktaki karşılığı; sırf üçüncü kişileri aldatmak için inanmadan yaptıkları muamele olarak ifade edilmektedir (Devellioğlu, 2007: 696). Muvazaa sağlık alanında ise “Eczacının sahip ve mesul müdürü olarak görüldüğü eczaneyi fiili olarak görevi başında bulunsun veya bulunmasın, gizli veya açık, yazılı veya sözlü anlaşmalarla ortak veya bireysel olarak bir başkasının işletmesi faaliyetini ve benzeri tüm faaliyetleri” anlamında kullanılmaktadır (www.titck.gov.tr/ Mevzuat/MevzuatGetir?id=2540).

üretilen ilaçlarda kalitesinin düşmesi ile eczanelerin mali yönden güçsüzleşmeye neden olacağı yer almıştır. Eczacılar geçimlerini sağlayabilmek için birbirleriyle şiddetli rekabete girmişlerdir. Bu rekabet ve kazanç hırsı ilaçların reçetelerine uygun olmayan miktarda ve nitelikte hazırlanmasına kadar ulaşmıştır. Örneğin kininden yapılan ilaçta, kinin miktarını yarı yarıya azaltılarak satılması sık karşılaşılan bir duruma gelmiştir. Yine hazırlanan ilaçlarda tek tip fiyatın uygulanmaması, hekimlerle eczacıların ortak eczane açmaları, hekimlerin de hastanelerde ilaç satmaları diğer şikâyet edilen konuları oluşturmuştur (Baytop, 1985: 104-130, 259-267). Böylece bu sorunları gidermek ve zamanla değişen koşullar yeni bir eczacılık nizamnamesini gerekli kılmıştır. Bu amaçla 1911 yılında Meclis-i Tıbbiye tarafından bir eczane nizamnamesi taslağı hazırlanmıştır. Ancak araya giren I. Dünya Savaşı nedeniyle taslak bir türlü gündeme alınıp yürürlüğe konulamamıştır. “Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kararname” tasarısı 1 Temmuz 1922 yılında Padişah Mehmet Vahdettin tarafından onaylandıysa da Ankara’da kurulan Türkiye Büyük Millet Meclisi tarafından tanınmamıştır (Baytop, 1985: 265; Karayaman, 2008:117-118). Aynı yılda Türkiye’deki eczane sayısı ise 431 olarak kaydedilmiştir (İstatistik Yıllığı 1929: 85).

Osmanlı İmparatorluğu’nun son dönemlerine kadar yürürlükte olan 1861 yılındaki kanun, devletin devamlılık esasına bağlı olarak 1927 yılına kadar Cumhuriyetin ilk yıllarında da yürürlükte kalmaya devam etmiştir. Buna bağlı olarak Osmanlı Dönemi’nde eczane sayılarının sınırlandırılması hakkındaki tartışma da Cumhuriyetin ilk yıllarında devam etmiştir. Tartışmalarda İstanbul’daki eczane yoğunluğuna bağlı olarak eczacıların mali sıkıntı içinde olduğu, mevcut rekabetin ilaç ve fiyat istikrarında sorunlar yarattığı, buna karşın Anadolu’nun birçok yerleşmesinde eczanelerin bulunmadığı ve getirilecek yeni bir kanunla mutlaka eczane sayılarının sınırlandırılması gerektiği, her tartışmada dile getirilmiştir. Mevcut tartışmalar yeni bir düzenleme ile sonuçlanmış ve “Beledi İspençiyarlık Sanatının İcrasına Dair Nizamname” yürürlükten kaldırılmış ve 6 Temmuz 1927 tarihinde 964 sayılı “Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun” yürürlüğe girmiştir. 6 bölümden oluşan kanunun 18. maddesinde “Bir mahalde bulunan eczanelerin adedi o mahallin nüfusuna göre tespit olunur” denilerek, eczane sayıları yerleşmelerin nüfusuna göre sınırlama getirmiştir. Aynı kanunun 22. maddesinde ise nüfusuna göre eczane sayılarının fazla bulunduğu yerleşmelerde, eczane sayısı belirlenen sayıya ininceye kadar yeni eczane açılmayacağı gibi, kanunun yayımlandığından itibaren bir yıl geçtiği halde eczane sayısı o yerleşmede belirlenen sayıya inmediği takdirde ruhsat tarihi dikkate alınarak en son açılanların kapatılacağı veya başka yerleşmelere nakledileceği ifade edilmektedir (Karayaman, 2008: 119). 1927 yılından itibaren yeni yasanın uygulanmasına bağlı olarak nüfusa göre eczane yoğunluğu fazla olan bazı yerleşmelerde yasa gereği kapatıldığı anlaşılmaktadır. Nitekim 20. yüzyılın başlarından itibaren eczane sayısı sürekli artarak 1927 yılında 668’e ulaşmıştır. Ancak yasanın uygulanması nedeniyle bu yıldan sonra eczane sayısının azaldığı tespit edilmiştir. Nitekim ülkedeki toplam eczane sayısı 1930’larda 455’e kadar düşerken bu sayı ancak 1950 yılından sonra tekrar 1927 yılı sayısını yakalayabilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1- Türkiye’de yıllar itibarıyla eczane sayısı ve eczane başına düşen nüfus miktarı.

Yıllar	Eczane sayısı	Nüfus	Eczane başına düşen nüfus
1923	507	-	-
1927	668	13 648 270	20 431,5
1930	455	-	-
1940	482	17 820 950	36 972,9
1950	640	20 947 188	32 729,9
1960	1194	27 754 820	23 247,2
1970	2524	35 605 174	14 106,6
1980	6335	44 736 957	7 061,8
1990	13 005	56 473 035	4 342,4
2000	20 748	67 803 924	3 267,9
2012	24 612	75 627 384	3 072,7

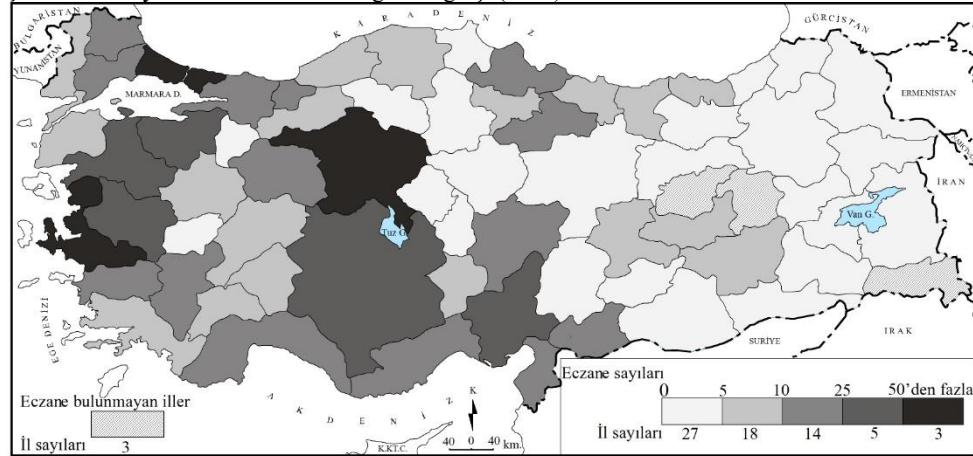
Kaynak: İstatistik Umum Müdürlüğü, 1929; Başbakanlık İstatistik Umum Müdürlüğü, 1946; Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, 1959, 1963 1973, 1983, 1993, 2003a; 2003b; TÜİK, 2012; Türk Eczacılar Birliği, 2012.

Yeni kanunun çıkarılmasının esas amaçlarından birisi, eczanesi olmayan ya da eczane sayısı var olan nüfus miktarına göre az olan il ve ilçe merkezlerinde eczanelerin açılarak, ülke genelinde eczanelerin dengeli dağılımını sağlamaktır. Ancak belirtilen nüfus eşiğine göre eczane sayıları fazla olan yerleşmelerde eczanelerin kapatılmasıyla birlikte ülke genelinde eczane sayısı azalırken eczane sayısı az olan ya da hiç bulunmayan yerleşmelerde eczanelerin açılmadığı tespit edilmiştir. Nitekim bu yasanın uygulanmasıyla İstanbul’da 90, İzmir’de 8 eczane kapatılırken 1940’lı yılların sonlarına kadar 5 il ve 276 ilçe merkezinde hiç eczane açılmamış olması mevcut yasanın eleştirilmesini beraberinde getirmiştir (Karayaman, 2008: 122-123). Bu eleştirilere bağlı olarak yürürlükteki 964 sayılı kanuna 7 Şubat 1949 tarihinde 5320 sayılı kanunla ek bir madde eklenerek TBMM’de kabul edilmiş ve 11 Şubat 1949 resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu ek maddeye göre “Bu kanunun yürürlüğe girmesinden sonra eczanesi bulunmayan il ve ilçelerle Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na kabul edilecek bucaklarda eczane açarak beş yıl müddetle müstemirren [sürekli olarak] çalışıp yapılacak teftişlerde iyi sicil almış olan eczane sahiplerinin mevcut tahdide [sınırlamaya] bakılmaksızın arzu ettikleri il ve ilçelerde eczane açmalarında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı tarafından müsaade edilir” (Resmi Gazete, 1949: 11.02.1949) denilerek eczanesi bulunmayan il ve ilçelerde eczanelerin açılması daha da teşvik edilmiştir. Ancak bu ek madde yürürlüğe girmesine rağmen nüfusa göre eczane sayılarının dağılımında istenilen sonuç alınamadığı gibi mevcut sınırlamanın kaldırılması ile ilgili tartışmalar 1950’li yılların başlarında da devam etmiştir. Öyle ki eczane sayılarının sınırlandırılmasının kaldırılması ile ilgili tartışmalar 1953 yılında TBMM’ne taşınmıştır. Mecliste oluşturulan komisyonlar ve sonunda genel kurulda yapılan tartışmalar ile yapılan oylama sonucunda 18.12.1953 tarihinde 964 sayılı kanun ve bunu destekleyen 5320 sayılı kanun kaldırılırken bunun yerine 6197 sayılı Eczaneler ve Eczacılar Hakkındaki Kanun kabul edilmiştir. 5 bölüm ve 48 maddeden

oluşan 6197 sayılı kanun 24 Aralık 1953 tarihinde resmi gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu kanunun 46. maddesinde “Eczacılar ve eczaneler hakkındaki 964 sayılı kanunla buna zeyil [bağlı, destekleyen] 5320 sayılı kanunun hükümleri mülgandır [kaldırılmıştır, iptal edilmiştir]” denilerek bir yerleşmede yeni eczane açma ile ilgili nüfus sınırlamalara son verilmiştir (Resmi Gazete, 1953: 24 Aralık). Böylece 1927 yılında başlayan eczanelerin nüfusa göre sayısının sınırlandırılması 26 yıl sonra 1953 yılında son bulmuştur. Sınırlamanın son bulunduğu 1953 yılı sonu itibarıyla Türkiye’de toplam 714 olan eczane sayısının ülke genelinde (nüfusa göre) dengeli dağılmadığı ortaya çıkmıştır. Nitekim bu yılda 63 ilden oluşan Türkiye’nin 5 ilinde (Ağrı, Bingöl, Hakkâri, Muş ve Tunceli’de) eczane bulunmaz iken, 2 ilde 1-5 arasında; 22 ilde 6-10 arasında; 3 ilde (Adana, Ankara, Bursa) 26-50 arasında ve 2 ilde (İzmir 67, İstanbul 162) 51’den fazla eczaneye sahip olduğu kaydedilmiştir (İstatistik Yıllığı, 1959: 116-128). 1953 yılından sonra eczane sayısı artmaya devam etmiştir. Ülke genelinde bu sayı 1955 yılında 739’a ve kırsal kesimden şehir ve kasabalara göçlerin şiddetlendiği 1960 yılında 1194 sayısına ulaşılmıştır (Tablo 1).

3197 sayılı kanun çıktıktan sonra eczane sayısı artmasına rağmen eczanelerin ülke geneline dağılışının bu yasadan sonra da dengeli gerçekleşmediği ortaya çıkmıştır. Nitekim 1960 yılında eczanelerin illere dağılışına bakıldığında nüfusa göre eczane açma sınırlamasının olduğu dönemde eczanesi olmayan üç ilde (Bingöl, Hakkâri ve Tunceli) 1960 yılına kadar da eczanelerin açılmadığı tespit edilmiştir. Bu yılda 24 ilin, 1-5 arasında; 18 ilin, 6-10 arasında; 14 ilin, 11-25 arasında; 5 ilin (Adana, Balıkesir, Bursa, Konya, Manisa) 26-50 arasında ve 3 ilin ise (Ankara: 92, İzmir: 109, İstanbul: 398) 51 ve üstü eczane barındırdığı kaydedilmiştir. 1960 yılındaki eczane yoğunluğunun 1953 yılına benzer şekilde ülkenin batısında yoğunlaştığı görülmektedir (Şekil 1).

Şekil 1- Türkiye’de eczanelerin illere göre dağılışı (1960).

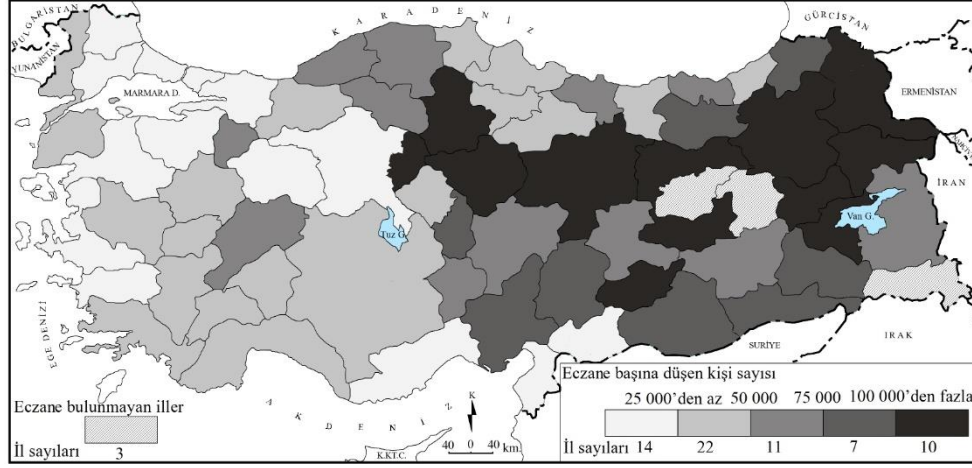


1960 yılında ülke genelinde eczanelerin düzensiz dağılışı, nüfus dağılışlarıyla da kıyaslandığında da ortaya çıkmaktadır. Nitekim 14 ilde bir eczane başına 25,000’den az nüfus düşerken 22 ilde 25,000-50,000 arasında, 11 ilde 50,001-75,000; 7 ilde 75,001-

100,000 ve 10 ilde ise 100,001 fazla nüfusun düştüğü hesaplanmıştır. Eczane sayısı başına düşen nüfusun miktarı, eczanelerin ülkenin genelinde başta büyük şehirleri kapsayan iller olmak üzere batı kesiminde yoğunlaşmasına bağlı olarak azalırken doğu kesiminde bu miktar giderek artmıştır (Şekil 2).

Eczane sayısı, 1960 yılından sonra da katlanarak hızlı bir artış meydana getirmiştir. Nitekim eczane sayısı 1970 yılında 2,524'e, 1980 yılında 6,335'e, 1990 yılında 12,005'e, 2000 yılında 20,748'e ve 2012 yılında 24,612'e ulaşmıştır. 1960 yılından sonra eczane sayısının artış hızı, nüfus artış hızından daha yüksek olduğundan, eczane sayısı başına düşen nüfus da buna bağlı olarak sürekli azalmıştır. Nitekim Türkiye genelinde eczane başına düşen kişi sayısı 1960 yılında 23,242 iken bu sayı 1970 yılında 14,107'ye, 1980 yılında 7,062'ye, 1990 yılında 4,342'ye, 2000 yılında 3,268'e ve 2012 yılında 3,073'e düşmüştür (Tablo 1).

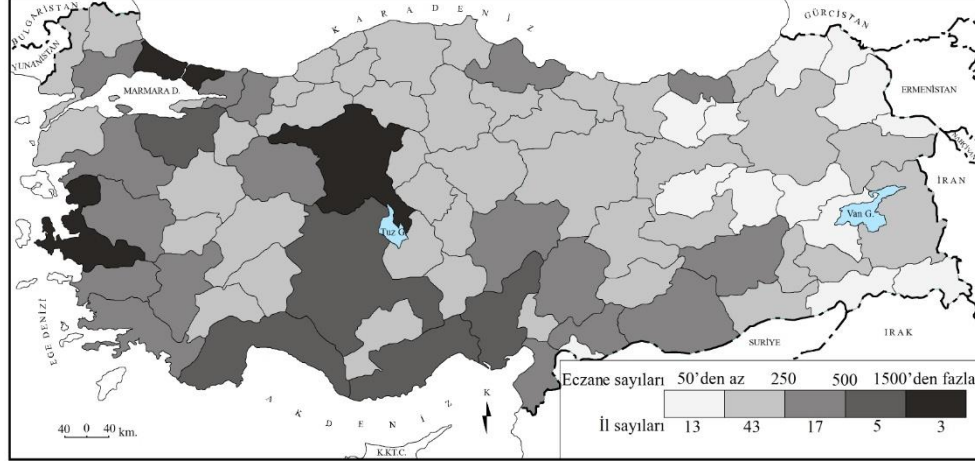
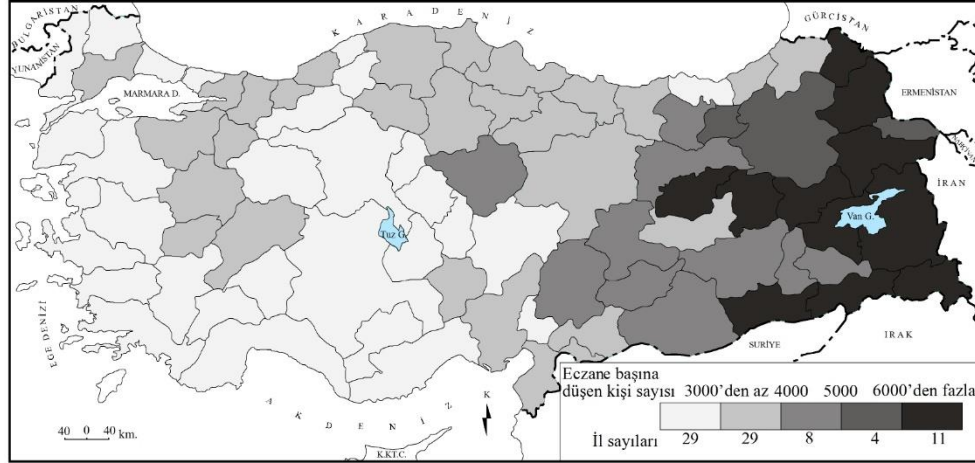
Şekil 2- Türkiye'de illere göre eczane başına düşen nüfusun dağılışı (1960).



Türkiye'de 1960'lardan sonra da eczane sayılarında hızlı artış olmasına karşın bu artışın illerin nüfusu dikkate alındığında değişimler olmakla beraber genel olarak geçmiş dönemlere benzer şekilde düzensiz dağılışının günümüze kadar devam ettiği ortaya çıkmıştır. 2012 yılında eczanelerin illere dağılışı incelendiğinde, 13 ilin 50'den az; 43 ilin 50 ile 250 arasında; 17 ilin 251 ile 500 arasında; 5 ilin (Adana, Antalya, Bursa, Konya, Mersin) 501 ile 1500 arasında ve üç ilin (İstanbul, Ankara, İzmir) 1500'den fazla eczaneye sahip olduğu tespit edilmiştir. 1960 dönemine benzer şekilde 2012 yılında da eczaneler başta İstanbul, Ankara ve İzmir illerinde kümelenmiş bir şekilde ülkenin batı yarısında yoğunlaşmışlardır. Eczane sayıları Anadolu'nun başta iç (Bingöl, Tunceli, Muş, Bitlis), kuzeydoğu (Ardahan Bayburt, Gümüşhane) ve güneydoğu (Hakkâri, Şırnak) kesimlerindeki illerinde olmak üzere genel olarak doğu yarısında düşük düzeyde kalmıştır (Şekil 3). Aynı yılda eczane başına düşen kişi sayısı incelendiğinde eczanelerin ülke genelindeki düzensiz dağılışı daha açık olarak ortaya çıkmaktadır. Nitekim 20 ilde eczane başına düşen kişi sayısı 3,000'den az iken, 29 ilde 3,000 ile 4,000; 8 ilde 4,001 ile 5,000; 4 ilde 5,001 ile 6,000 ve 11 ilde ise 6,000'den fazla düşmektedir. Eczane başına

düşen kişi sayısının 3,000'den az düştüğü iller Türkiye'nin batı yarısında özellikle bu yarının güney ve batı kıyılarında yoğunlaşmıştır. Eczane başına düşen kişi sayısının ülkenin doğu yarısında genel olarak yükselmiştir. Bu durum Muş (10,076), Şırnak (10,377), Hakkâri (13,332) illerinde en üst düzeye çıkmaktadır (Şekil 4).

Yeni eczane açılmasında bir sınırlanmanın olmadığı 6197 sayılı Eczaneler ve Eczacılar Hakkındaki Kanun'un 1953 yılından itibaren yürürlükte olmasına karşın ülke genelinde eczanelerin nüfusa göre dağılımında dengenin sağlanamadığı ortaya çıkmıştır. Nitekim bu yasa yürürlüğe girdiği tarihten itibaren tıpkı yeni eczane açmanın nüfusa göre sınırlamanın yer aldığı 964 sayılı "Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun" gibi etki yaparak, ülke genelinde eczane sayısı artmasına rağmen eczanelerin nüfusa göre ülke genelinde düzeli dağılmasını sağlayamamıştır. Bu yapı daha önceki yasalarda olduğu gibi beraberinde tartışmaları da getirerek bir alanda yeni eczane açılması için nüfus sınırlamasının tekrar uygulanmasını gündeme getirmiştir. Bu konuda 2000'li yılların başında taslak çalışmalar hazırlanmış ve konu 2012 yılının başlarında TBMM getirilerek görüşmeye açılmıştır. Yapılan görüşmeler sonucunda 6197 sayılı kanunda dokuz maddelik değişiklik tasarısı genel kurulda görüşülerek ve geçici iki madde eklenerek "6308 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun" adıyla 17 Mayıs 2012 tarihinde kabul edilmiştir. Yeni kanunun 20. maddesine göre "Serbest eczane sayıları ilçe sınırları içinde nüfusa göre en az üç bin beş yüz kişiye bir eczane olacak şekilde düzenlenir" denilerek yeni eczane açmak için nüfus sınırlaması tekrar getirilmiştir. Yine yeni kanuna göre "serbest eczanelerde reçete sayısı ve/veya ciro gibi kriterlerle belirlenen sayıda ikinci eczacı çalıştırmak zorunludur" maddesi eklenmiştir. Yeni kanunun geçici maddesi olan "Bu kanunun yürürlüğe girdiği takvim yılında eczacılık yapma hakkına haiz eczacılar ile eczacılık fakültesinde okumakta olan ve okumaya hak kazanmış bulunanlar hakkında, bir defaya mahsus olmak üzere nüfusa göre eczane açılmasına ve nakline dair sınırlamalara ve yardımcı eczacı olarak çalışma zorunluluğuna ilişkin hükümler uygulanmaz" ifadesiyle eczane sınırlamasının tam olarak iki yıl sonra uygulanacağını anlaşılmaktadır. Yeni kanunun geçici diğer maddesi ise "bu kanun uygulamasına ilişkin yönetmenlik kanunun yürürlüğe girmesinden itibaren altı ay içinde Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanarak yürürlüğe konulur" ifadesine rağmen kanunla ilgili yönetmenlik ancak 12 Nisan 2014 tarihinde yürürlüğe girmiştir (Resmi Gazete, 2012: 31Mayıs; 2014; 12 Nisan).

Sekil 3- Türkiye’de eczanelerin illere göre dağılışı (2012).**Sekil 4-** Türkiye’de illere göre eczane başına düşen nüfusun dağılışı (2012).

3- Bulgular

Türkiye’de eczanelerin yerleşim alanlarına dağılışında etkili olan faktörleri test etmek için korelasyon, aşamalı regresyon ve anova testi yapılmıştır. Analizler SPSS 14 paket programı ile yapılmıştır. Analizler yapılmadan önce değişkenlerin olası çokluk hatasının (multicollinearity) olup olmadığının belirlenmesi için standardize edilmiştir. İlk olarak her bir değişkenin birbirleriyle ilişkisinin düzeyini belirlemek üzere ikili (basit) ve kısmi düzeyde korelasyonların analizi yapılmıştır³.

Yapılan ikili korelasyon analizi sonucunda, eczane sayıları ile nüfus ($r = .991, <.001$), doktor sayısı ($r = .985, p<.001$), gelişmişlik düzeyi ($r = -.451, p<.001$) ve hastane yatak

³ İkili korelasyon, iki değişken arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla kullanılan bir tekniktir. Kısmi korelasyon ise, aralarında ilişki aranacak değişken sayısı üç yada daha çoksa, bu durumda kullanılan bir tekniktir.

sayısı ($r = .976, p < .001$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmıştır. Daha sonra eczanelerin illere dağılımına ilişkin sayıları kısmi düzeyde yapılan korelasyon analizi sonucunda ise, nüfus ($r = .991, < .001$), doktor sayısı ($r = .573, p < .001$) gelişmişlik düzeyi ($r = -.431, p < .001$) ve hastane yatak sayısı ($r = -.507, p < .001$) arasındaki ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olduğu saptanmıştır (Tablo 1).

Aşamalı regresyon analizi sonucunda, Türkiye'de eczane sayılarının illerdeki yerleşim alanlarına dağılımı üzerinde nüfus, doktor sayısı, gelişmişlik düzeyi ve hastane yatak sayısı olmak üzere dört bağımsız değişkenini belirleyiciliği saptanmıştır. Bağımsız değişkenler etkileri dört aşamalı bir modelle ortaya çıkmıştır. Bu modele birinci aşamada nüfus sayısı; ikinci aşamada, nüfus ve doktor sayısı; üçüncü aşamada, nüfus, doktor sayısı ve gelişmişlik düzeyi; dördüncü aşamada, nüfus, doktor sayısı ve gelişmişlik düzeyi ile hastane yatak sayısı yer almıştır. Bu dört aşamanın her biri illerin eczanelerin yerleşim alanlarının dağılımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı düzeye erişmiştir.

Aşamalı regresyon analizi sonuçlarına göre, birinci aşamada, nüfusun eczanelerin yerleşim alanları üzerindeki yordayıcı olduğu saptanmıştır ($\beta = .991, t = 65,928, P < .001$). Bu sonuca göre, nüfus eczanelerin yerleşim alanlarına dağılımında en yüksek düzeyde yordayıcı olmuştur. İkinci aşamada, doktor sayısı ($\beta = .362, t = 6.170, P < .001$) eczanelerin yerleşim alanları üzerinde yordayıcı olmuştur. Bu sonuca göre, doktor sayısı arttıkça eczanelerin yerleşim alanlarına dağılımında ikinci düzeyde etkili bir faktör olmaktadır. Üçüncü aşamada, gelişmişlik düzeyi ($\beta = -.053, t = -.4.194, p < .001$) eczanelerin yerleşim alanları üzerinde düşük düzeydeki yordayıcılığına rağmen istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmıştır. Dördüncü aşamada, hastane yatak sayısı ($\beta = -.450, t = -.5.127, p < .001$) eczanelerin yerleşim alanları üzerinde yordayıcı güce erişmiştir. Ancak hastane yatak sayısı eczanelerin yerleşim alanlarına dağılımında olumsuz düzeyde yordayıcı olmuştur.

Tablo 1- İllerin eczane sayılarının belirleyici değişkenlere ilişkin korelasyonlar ve aşamalı regresyon analizi.

Model		Standardize edilmemiş katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar	t	P	Korelasyonlar	
		B	Std. hata				Beta	İkili
1	Sabit	-50.043	10.938		-4.575	.001**		
	Nüfus	.000	.000	.991	65.928	.001**	.991	.991
2	Sabit	-30.383	9.570		-3.175	.002*		
	Nüfus	.000	.000	.663	12.372	.001**	.991	.776
	Doktor sayısı	.067	.011	.362	6.170	.001**	.985	.573
3	Sabit	53.517	21.810		2.454	.016*		
	Nüfus	.000	.000	.663	12.372	.001**	.991	.816
	Doktor Sayısı	.058	.010	.314	5.758	.001**	.985	.549
	Gelişmişlik d.	-20.789	4.956	-.053	-4.194	.001**	-.451	-.431
4	Sabit	115.016	.22.405		5.134	.001**		
	Nüfus	.000	.000	.709	14,968	.001**	.991	.864
	Doktor Sayısı	.130	.017	.708	7.843	.001**	.985	.669
	Gelişmişlik	-28.200	4.537	.071	6.216	.001**	-.451	-.581

	düz.						.976	-.507
	Hastane yatak s.	-067	.013	-.450	-5.127	.001**		

P<.05*, P<.001**

Türkiye’de yerleşim alanlarına göre eczanelerin dağılımı üzerinde nüfus, doktor sayısı, gelişmişlik düzeyi ve hastane yatak sayısının her birinin toplam varyansa katkısına bakıldığında, en yüksek değişkenin nüfus olduğu saptanmıştır [$\Delta R^2 = .982$, $F= 4346,512$, $P = .001$]. Bu sonuca göre, nüfus değişkeni eczanelerin yerleşim alanlarına dağılımında % .982 gibi çok yüksek düzeyde açıklayıcı olduğunu göstermektedir.

İkinci aşamada eczanelerin yerleşim alanlarına dağılımında doktor sayısının varyansa katkısı anlamlı düzeyde olduğu bulunmuştur [$\Delta R^2 = .006$, $F= 38.064$, $P = .001$]. İkinci aşamada, nüfus ve doktor sayısının eczanelerin yerleşim alanlarının dağılımı üzerindeki birleşik katkısı %988’e yükselmiştir. Üçüncü aşamada eczanelerin yerleşim alanlarının dağılımında gelişmişlik düzeyinin varyansa katkısı istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmıştır [$\Delta R^2 = .002$, $F= 17.592$, $P = .001$]. Üçüncü aşamada; nüfus, doktor sayısı ve gelişmişlik düzeyinin eczanelerin yerleşim alanlarının dağılımı üzerindeki birleşik katkısı %990 olmuştur. Dördüncü aşamada hastane yatak sayısı değişkenin eczanelerin yerleşim alanlarına katkısı anlamlı düzeye erişmiştir. Sonuçta, hastane yatak sayılarının eczanelerin yerleşim alanlarına dağılımına ilişkin varyans katkısının %003 olmuştur. Bu varyans katkısı düşük ancak istatistiksel olarak anlamlı düzeye ulaşmıştır [$\Delta R^2 = .003$, $F= 26.285$, $P = .001$]. Dördüncü aşamada; nüfus, doktor sayısı ve gelişmişlik düzeyi ile hastane yatak sayısının eczanelerin yerleşim alanlarının dağılımı üzerindeki birleşik katkısı %993’e erişmiştir (Tablo 2). Bu sonuçlara göre, eczanelerin yerleşim alanlarına dağılımının belirlenmesinde nüfus, doktor sayısı, gelişmişlik düzeyi ve hastane yatak sayısının önemli bir belirleyicisi olduğunu göstermektedir.

Tablo 2- Aşamalı modellere ilişkin karşılaştırma değerleri (model özeti)^e.

Model	R	R ²	Uyumlaştırılmış R ²	Tahmini Standart hatası	Değişim İstatistikleri				
					ΔR^2	ΔF	df1	df2	$\Delta F P$
1	.991 ^a	.982	.982	85.773	.982	4346,512	1	79	.001**
2	.994 ^b	.988	.988	70.764	.006	38.064	1	78	.001**
3	.995 ^c	.990	.990	64.259	.002	17.592	1	77	.001**
4	.996 ^d	.993	.993	55.754	.003	26.285	1	76	.001**

P<.001**

a = Nüfus; b = Nüfus, doktor sayısı; c = Nüfus, doktor sayısı, gelişmişlik düzeyi; d = Nüfus, doktor sayısı, gelişmişlik düzeyi, hastane yatak sayısı; e= Bağımlı değişken = Eczane sayıları; Δ = Değişim

Çalışmada her bir değişkenin eczane sayısına katkıları bakımından fark yaratıp yaratmadığını belirlemek için tek yönlü varyans analizi (anova testi) yapılmıştır. Analiz sonucunda, nüfusun eczane sayısı üzerinde diğer değişkenlere göre anlamlı fark yaratmıştır ($F = 4346,512$, $p < .001$). Bununla beraber nüfus ve doktor sayısı birlikte ele alındığında anlamlı fark saptanmıştır ($F = 3211,879$, $p < .001$). Eczane sayısının farklılaşmasını nüfus, doktor sayısı ve gelişmişlik düzeyi değişkenleri birlikte ele

alındığında benzer biçimde anlamlı düzeyde fark yaratmıştır ($F = 2602,615$, $p < .001$). Ayrıca, eczane sayısı üzerinde nüfus, doktor sayısı ve gelişmişlik düzeyi ile hastane yatak sayısı bağımsız değişkenleri birlikte ele alındığında istatistiksel olarak anlamlı yönde fark bulunmuştur ($F = 2599,506$, $p < .001$). Diğer bir değişle nüfus, gelişmişlik düzeyi, doktor ve hastane yatak sayıları eczane sayılarının yerleşim alanlarına dağılımını farklılaştırmaktadır (Tablo 3).

Tablo 3- Eczane sayılarının değişimi üzerinde bağımsız değişkenlerin rolüne ilişkin anova testi^e.

Model		Kareler toplamı	df	Ortalama kare	F	P
1	Regresyon	78.572	1	78.572	4346.512	,001 ^a
	Artık değer	1.428	79	.018		
	Toplam	80,000	80			
2	Regresyon	79.219	2	39.520	3211.897	,001 ^b
	Artık değer	.960	78	.012		
	Toplam	80.000	80			
3	Regresyon	79.219	3	26.406	2602.615	,001 ^c
	Artık değer	.781	77	.010		
	Toplam	80.000	80			
4	Regresyon	79.420	4	19.855	2599.506	,001 ^d
	Artık değer	.580	76	.008		
	Toplam	80.000	80			

$P < .05^*$, $P < .001^{**}$, $P < .0001^{***}$

a = Nüfus; b = Nüfus, doktor sayısı; c = Nüfus, doktor sayısı, gelişmişlik düzeyi; d = Nüfus, doktor sayısı, gelişmişlik düzeyi, Hastane yatak sayısı, e= Bağımlı değişken (eczane sayıları)

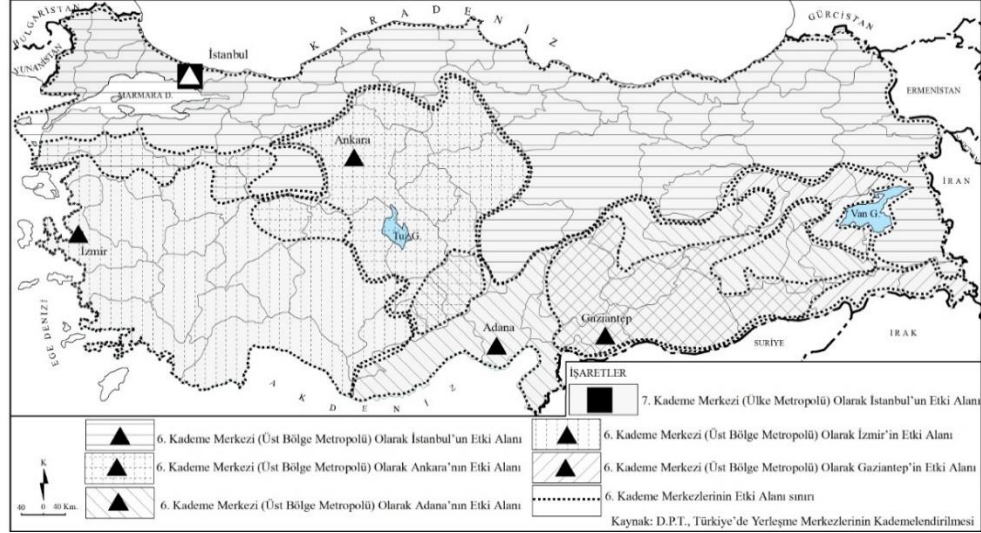
4- Tartışma

Türkiye’de illerin nüfus miktarının artmasıyla eczane sayılarında da artış olmakla birlikte bu artışın tüm illerde düzenli gelişmediği ortaya çıkmıştır. Buna bağlı olarak iller arasında kişi başına düşen eczane sayısı arasında büyük farklar ortaya çıkmasına neden olmuştur. İllerdeki eczane sayısı artışının illerin nüfus artışı hızıyla paralellik göstermemesi, illerin eczane sayısı artışı üzerinde nüfusla beraber diğer faktörlerin de etkili olduğunu göstermektedir. Nitekim yapılan istatistiksel analizde Türkiye’de eczane sayılarının illere dağılışı üzerinde illerin nüfus, gelişmişlik düzeyi, doktor ve hastane yatak sayısı faktörlerinden her birinin etkisinin istatistiksel olarak anlamlı düzeye eriştiği tespit edilmiştir. Belirtilen her bir bağımsız değişkenin eczanelerin illere dağılışı üzerinde birleşik etkisi %99,3’e erişmiştir.

Nüfus miktarının yanında eczanelerin illere dağılışında anlamlı bir fark yaratan faktörlerden biri illerin gelişmişlik düzeyidir. İllerdeki eczane sayılarının artışı nüfus artışları ile beraber gelişmişlik düzeyiyle paralel artış göstermesi “nüfus miktarı ile gelir seviyesi” eşik (threshold) kavramını akla getirmektedir. Walter Cristaller’in Merkezi Yerler Teorisi’nde kullandığı bu kavram, merkezi bir alanda herhangi bir faaliyetin yerine getirilmesi için ihtiyaç duyulan nüfus miktarının alt sınırını ifade etmektedir. Kavram satın alma gücü veya yeni bir iş kuran bir kişinin veya şirketin bu işini sürdürebilmesi için gerekli olan parasal desteği ifade etmektedir. Fakat parasal akışın ölçülmesindeki güçlükler nedeniyle nüfus veya tüketici miktarı esas alınmaktadır (Aliağaoğlu-Uğur, 2013: 189-190). Böylece gelişmişlik düzeyinin düşük olduğu

alanlarda satın alma gücünün de düşük olması nedeniyle bu alanlarda yeni bir eczane açma nüfus eşiği giderek yükselecektir. Ülkemizdeki gelişmişlik düzeyinin ülkenin kıyı ve batı yarısına göre iç ve doğu kesimlerine doğru giderek azalması bu alanlarda yeni eczane açmak için de nüfus miktarı eşiğini de giderek arttırmıştır. Başka bir ifadeyle bu alanlarda yeni eczane açmak için ülkenin batı yarısına göre daha fazla nüfusa ihtiyaç duyulmaktadır. Böylece bu kesimlerde eczane başına düşen nüfus miktarın da giderek artış olmuştur.

Eczane sayılarının illere dağılımlarında özellikle büyük şehirleri kapsayan illerde daha fazla yığılmasında bu illerdeki nüfus miktarı ve gelişmişlik seviyelerinin yüksek olmasının yanında yığılma veya toplanma ekonomisinin bir sonucu olarak doktor ve hastane yatak sayılarının yüksek olmasının da etkili olduğu görülmektedir. Türkiye’de illerin içinde barındırdığı şehirlerin büyüklüğüne göre şehirselleşme fonksiyonlarının büyüklüğü ve etki alanı da buna bağlı olarak artmaktadır. Türkiye’de büyük ve ihtisaslaşmış hastanelerin genelde büyük şehirleri kapsayan illerde yoğunlaşması bu şehirlerin sağlık fonksiyonu etki alanlarını da genişletmektedir. Bu anlamda Türkiye’nin ulusal ve bölgesel düzeydeki etki alanlarına sahip şehirlerin etki alanı, sağlık fonksiyonu açısından da kendisini göstermektedir. Nitekim DPT’nin Türkiye şehirlerinin etki alanının ölçüldüğü çalışmasında, bu durum açık olarak ortaya çıkmaktadır. İstanbul’un yedinci derecede ulusal düzeyde tüm Türkiye’yi, altıncı düzeyde Marmara Bölgesi ve yakın çevresini üst bölgesel metropol olarak etkilemektedir. Yine altıncı derecede üst bölgesel metropol olarak Ankara, İç Anadolu Bölgesi ve yakın çevresini İzmir ise Ege Bölgesi ve yakın çevresini etkilemektedir (Harita 5). Ulusal ve bölgesel şehirleri kapsayan illerin hastaneleri, etki alanlarında hasta çektikleri düşünüldüğünde bu illerde bulunan eczanelerin bu hastalara da hizmet sunmalarını beraberinde getirmektedir. Bu durumda büyük şehirleri kapsayan illerin de eczane sayısı artışını tetiklemektedir. Böylece bu illerin içindeki büyük şehirlerin etki alanı ortada iken sadece bu illerin nüfusu dikkate alınarak eczane başına düşen nüfus azalmakta ya da bu illerde eczanelerin kümelenmesi şeklinde karşımıza çıkmaktadır.

Sekil 5- Türkiye’de ülke metropolü ve üst bölge metropolü şehirlerinin etki alanları.

Sonuç ve Öneriler

Bir ülkede sürdürülebilir sosyal ve ekonomik gelişme, o ülkedeki temel hizmetlerin mekân üzerinde nüfusa bağlı olarak dengeli bir dağılımla sağlanabilir. Bu hizmetlerin başında ise her bir bireyin farklı zamanlarda ihtiyaç duyabileceği temel sağlık hizmetleri gelmektedir. Temel sağlık hizmetlerinin önemli bir halkasını hastaların ilaçlarının temin ettiği ve bu ilaçların nasıl kullanılması konusunda bilgilendirme hizmetinin alındığı eczaneler oluşturmaktadır. Bununla birlikte eczaneler az gelişmiş, dar gelirli ve kırsal alanları yaygın olan bölgelerde diğer sağlık hizmetlerinin de bu alanlarda sınırlı kalmasının da etkisiyle sağlıkla ilgili bilgi ve danışma hizmetlerinin alınmasında ayrıca merkezi bir rol oynamaktadırlar. Bu nedenlerdir ki bir ülkede eczane başına düşen nüfus miktarının yanında, eczanelerin ülke genelinde nüfusa göre dengeli dağılımı da önem kazanmaktadır.

Türkiye’de temel sağlık hizmetlerinin sunumu açısından eczanelerin mekân üzerinde dağılışı geçmişten beri gündem oluşturan bir konu olarak ortaya çıkmıştır. Öyle ki özel eczanelerin sağlık hizmetlerinin önemli bir parçası olarak görülmeye başlandığı XVIII. yüzyılın sonlarında İstanbul’da bugünkü tarihi yarımada için kabul edilen eczane sayısı sınırlaması (gedik uygulaması) zamanla bütün şehirde uygulanmıştır. Ancak şehirde eczane sayısı sınırlamasının zamanla eleştirilmesi bu sınırlamanın kalkmasıyla sonuçlanırken takip eden dönemde sınırlamanın tekrar getirilmesi için talep artmıştır. Bu yükselen taleplere bağlı olarak yeniden düzenlenerek getirilmek istenen yasal sınırlama, Osmanlı İmparatorluğu’nun dağılmasıyla sonuçsuz kalırken konu Cumhuriyetin ilk yıllarında tekrar gündeme gelmiştir. Talep edilen sınırlama 1927 yılında çıkarılan ve nüfusa göre il ve ilçe merkezlerinde eczane sayılarını sınırlayan 964 sayılı “Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun”la sağlanmıştır. Takip eden yıllarda nüfusa göre eczane sayısı sınırlamasının eczanelerin ülke genelinde nüfusa göre dengeli dağılıfta etkili olmadığı ve beraberinde bu sınırlamanın sorunlar yarattığı belirtilerek eleştirilmiştir.

Nitekim 1940 yılına gelindiğinde 5 il ve 276 ilçe merkezinde eczane açılmaması nedeniyle eczane bulunmaya il ve ilçe merkezlerinde eczane açılması için yeni teşvikler verilmesine rağmen istenilen sonuç alınamamıştır. Bununla birlikte eczane sayısının nüfusa göre sınırlamasını getiren yasa ile ilgili eleştiriler ve bu sınırlamanın kaldırılması konusundaki talepler gittikçe artmıştır. Bu talepler 1953 yılında çıkarılan “6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun”la sağlanarak yeni eczane açılması konusundaki nüfus miktarı sınırlaması kaldırılmıştır. Uzun bir süre yürürlükte kalan 6197 sayılı kanunun nüfusa göre eczanelerin illere dağılımı konusunda bir engel oluşturduğu ifade edilerek, zaman içinde eleştirilmesinin yanında yeni eczane açılması için nüfus sınırlamasının tekrar getirilmesi talepleri daha sık dile getirilmiştir. 2012 yılında 6308 sayılı kanunla 1953 yılından itibaren uygulanan “6197 sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanun”da değişiklik yapılarak il ve ilçe merkezlerinde yeni eczane açılmasında yeniden nüfusa göre sınırlama getirilmiş ve 2014 yılında yayımlanan yönetmenlikle uygulanmaya başlanmıştır.

Türkiye’de eczanelerin mekân üzerinde gelişimi dikkate alındığında eczanelerin ülkedeki nüfusun dağılımına göre dengeli bir dağılımın sağlanması konusunda sürekli bir çaba içerisinde olmasına karşın bunun tam olarak başarılmadığı ortaya çıkmıştır. Eczanelerin ülke genelinde nüfusa göre düzensiz dağılımındaki sorun, hep o denemdeki mevcut yasada aranmıştır. Nüfus miktarına göre eczane sayısına sınırlama getirilmek istendiği zamanlarda Avrupa ve dünyanın diğer başka alanlarındaki ülkelerde nüfus sınırlaması olduğuna dair kanıt gösterilerek bir dayanak noktası yapılmıştır. Benzer şekilde nüfus sınırlaması kapsayan kanunun uygulandığı dönemlerde ise eczane açmak için nüfus sınırlaması olmayan ülkeler kanıt gösterilerek mevcut yasa eleştirilmiştir. En son 2012 yılında yapılan ve yeniden yeni eczane açmak için nüfus sınırlamasını getiren kanun değişikliğinin ardından benzer tartışmalar hemen yapılmaya başlanmıştır. Nitekim bu yeni yasa değişikliği için “Tahdit [sınırlama] tekerrürden ibarettir” (Göngür, 2012: 3-52) denilerek bu sınırlamaya karşı yeniden bir tartışma sürecini beraberinde getirmiştir.

Türkiye’de eczanelerle ilgili bu yasal gelişim süreci bir bütün olarak değerlendirildiğinde eczanelerin ülke genelinde nüfusa göre dengeli bir dağılımının sağlanmasında bu alandaki yasa değişikliği ile sürdürülebilir bir şekilde başarılı olunamayacağı ortaya çıkmıştır. Öyle ki Osmanlı İmparatorluğu döneminden beri eczanelerin mekânda dağılımında gerek nüfus miktarı sınırlaması (tahdit) gerekse sınırlamanın kalkması bu sonucu değiştirmemiştir. Bu da eczanelerin ülke genelindeki dağılımında etkili olan unsurun sadece nüfus miktarı olmadığı, nüfus miktarının yanında gelişmişlik düzeyi, hastane yatak ve doktor sayılarının da etkili olduğunu ortaya çıkmıştır. Nitekim korelasyon, aşamalı regresyon ve anova analizlerinde eczanelerin illere dağılımlarında etkili olan bağımsız değişkenlerin nüfus, gelişmişlik düzeyi ile hastane yatak ve doktor sayısı faktörlerinden her birinin istatistiksel olarak anlamlı düzeye eriştiği tespit edilmiştir. Belirtilen bağımsız değişkenlerin eczanelerin illere dağılımı üzerindeki birleşik etkisi ise % .993’e erişmiştir.

İllerdeki eczane sayılarının artışı nüfusla beraber o ilin gelişmişlik düzeyine paralel artış göstermesi, ilin nüfus miktarının yanında nüfusun gelir seviyesi eşik kavramını

hatırlatmaktadır. Kavram, satın alma gücü veya yeni bir işyeri açılabilmesi için gerekli olan finansal desteği ifade etmektedir. Finansal akış ölçülmesinin güçlüğünden dolayı nüfus veya tüketici miktarı esas alınmaktadır. Gelişmişlik düzeyi düşük alanlarda satın alma gücü düşük olması nedeniyle bu alanlarda yeni bir eczane açma nüfus eşliğini de giderek yükselecektir. Böylece bu alanlarda nüfus miktarı ile eczane sayısı arasındaki denge nüfus miktarı lehine giderek bozulmaktadır. Gelişmişlik düzeyi yüksek alanlarda ise tersi bir durum gerçekleşerek eczane sayısı lehine artış olacaktır.

Eczane sayısının özellikle büyük şehirleri kapsayan illerde daha fazla yığılması bu illerin nüfus miktarı ve gelişmişlik seviyesinin yanında hastane yatak ve doktor sayısının bu alanlarda daha fazla yoğunlaşmasının (yığılma ekonomisinin) bir sonucu olarak, eczanelerin de bu alanlarda kümelenmesini arttırmıştır. Nitekim günümüzde büyük şehirlerde yer alan ihtisas hastaneleri dikkate alındığında bu şehirlerin ve dolayısıyla bu şehirleri barındıran illerin sağlık fonksiyonunun etki alanı, il sınırlarını aşarak bölgesel hatta ulusal düzeye varacak şekilde hizmet verdiği düşünüldüğünde, bu illerdeki eczanelerin de sadece il nüfusuna değil, bu şehirlerin sağlık fonksiyonu etki alanındaki tüm nüfusa hizmet verdikleri ortaya çıkarmaktadır. Bu yapı büyük şehirlerde daha fazla eczane kümelenmesi beraberinde getirirken, sadece o il nüfusları ele alındığında eczane başına düşen kişi sayısı da göreceli olarak düşmektedir. Nitekim Aliagaoglu ve Uğur'un 2013 yılında Ankara şehri için yaptığı bir çalışmada benzer sonuç ortaya çıkmıştır.

Eczanelerin ülke genelindeki dağılımında etkili olan tüm bu faktörler dikkate alındığında, Türkiye'de eczanelerin nüfus dağılımına paralel bir dağılım sağlayamamasında yapısal temelli faktörlerin etkili olduğu anlaşılmaktadır. Eczanelerin dağılımında etkili olan bu yapısal faktörler ortada iken, salt nüfus kriteri dikkate alınarak çıkarılan yeni yasalarla bu dağılımların düzenleme süreci uzun soluklu olamayacağını göstermektedir. Nitekim konunun geçmişi de bunu yansıtmaktadır. Eczanelerin Türkiye genelinde nüfusa göre dengeli bir şekilde sürdürülebilir nitelikte dağılımının, nüfus dışındaki diğer faktörlerin de dikkate alınmasıyla sağlanabilir. Bu anlamda gelişmişlik düzeyinin ülke genelinde dengeli bir dağılımı konusunda çabaların artırılmasının yanında ihtisas hastanelerin ülke genelinde dengeli dağılımları da önem kazanmaktadır. Öyle ki bölgesel düzeyde hizmet verebilecek şehir hastanelerinin devreye girmesiyle hastane yatak ve doktor sayılarının da ülke genelinde dağılımlarında daha dengeli bir yapı ortaya çıkacağından, eczane dağılımlarının buna bağlı olarak daha dengeli bir dağılımı beraberinde getirecektir. Benzer şekilde ülke genelindeki şehirleşmenin bölgeler arasındaki dengenin sağlanması için teşvik edilmesi, dolaylı olarak eczanelerin ülke genelinde nüfusa göre dengeli dağılımında da kendisini gösterecektir. Bu anlamda orta ve küçük ölçekteki şehirlerin gelişimi konusunda teşviklerin artırılması, eczaneler gibi diğer birçok yapısal sorunun çözümünde sürdürülebilir bir şekilde etki yapacaktır.

Kaynakça

- AKGÜNDÜZ, A., (1996). *İslam Ansiklopedisi*, içinde (c. XIII, s. 541-543) Ankara: Türkiye Diyanet Vakfı Yay. İslam Ansiklopedisi
- ALİAĞAOĞLU, A.-UĞUR, A., (2013). "Ankara Şehrinde Eczanelerin Mekânsal Analizi", *Doğu Coğrafya Dergisi*, 18 (29), s. 177-191.

- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, (1959). *İstatistik Yıllığı 1959*, Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Yay. No. 380.
- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, (1963). *İstatistik Yıllığı 1963*, Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Yay. No. 490.
- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, (1973). *İstatistik Yıllığı 1971*, Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Yay. No. 670.
- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, (1983). *İstatistik Yıllığı 1983*, Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Yay. No. 1040.
- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, (1993). *İstatistik Yıllığı 1993*, Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Yay. No. 1620.
- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, (2003a). *İstatistik Yıllığı 2002*, Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Yay. No. 2779.
- Başbakanlık Devlet İstatistik Enstitüsü, (2003b). *2000 Genel Nüfus Sayımı*, Ankara: Devlet İstatistik Enstitüsü Yay. No. 2759.
- Başbakanlık İstatistik Umum Müdürlüğü, (1946). *İstatistik Yıllığı 1942-1945*, c. XV, Ankara: Başbakanlık Umum Müdürlüğü Yay.
- BAYTOP, T., (1985). *Türkiye Eczacılık Tarihi*, İstanbul Üniversitesi Yay. No: 3358 Eczacılık Fakültesi Yay. No: 47, Ankara.
- BAYTOP, T., (1995). *Eczahane'den Eczane'ye*. İstanbul: Faik Yolaç Ofset Basım.
- DECOUPINGNY, F.-PEREZ, S., (2009). "A New Analysis of Access to Healthcare Reveals Disparities in a Cross-border Population of the Southern European Alps" <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00449575>.
- DEVELLİOĞLU, Ferit, (2007). *Osmanlıca-Türkçe Ansiklopedik Lügat*, Ankara: Aydın Kitabevi Yayınları.
- DOKMECİ, V.-OZUS, E., (2004). "Spatial Analysis of Urban Pharmacies in Istanbul", *European Planning Studies*, 12(4), s. 585-594.
- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun ile Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Kanun No:6308. (2012, 31 Mayıs). *Resmî Gazete*, s. 1-2.
- Eczacılar ve Eczaneler hakkında Kanun, Kanun No: 6197. (1953, 24 Aralık). *Resmî Gazete*, 7817.
- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, (2014, 12 Nisan). *Resmî Gazete*, s. 54-66.
- Eczacılar ve Eczaneler Hakkındaki Kanuna Bir Madde Eklenmesi Hakkında Kanun, Kanun No: 5320. (1949, 11 Şubat). *Resmî Gazete*, 15447.
- GEOL, P.-ROSS DEGNAN, D.-BERMAN, P.-SOUMERAL, S., (1996). "Retail Pharmacies in Developing Countries: A Behavior and Intervention Framework", *Social Science&Medicine*, 42 (8), s. 1155-1161.
- GÜNGÜR, S. (2012). "Tarih Tekerrürden İbarettir", *Havan*, 67 (Kasım), s. 3-52.
- IGUN, U.A., (1987). "Why We Seek Treatment Here Retail Pharmacy and Clinical Practice in Maiduguri, Nigeria", *Social Science & Medicine*, 24 (8), s. 689-695.

- İstatistik Umum Müdürlüğü (1929). *1929 İstatistik Yıllığı*, İkinci Cilt, İstanbul: Türkiye Cumhuriyeti Baş Vekâleti Yay. No. 8, İstanbul Cumhuriyet Matbaası.
- KAMAT, W.R.-NICTER, M., (1998). "Pharmacies, Self-Medication and Pharmaceutical Marketing in Bombay, India", *Social Science & Medicine*, 47(6), s. 779-794.
- KAPLAN, R.S.-LEINHARDT, S., (1975) "The Spatial Distribution of Urban Pharmacies", *Medical Care*, 13, s. 37-46.
- KARAYAMAN, M., (2008). "Türkiye'de Eczane Sayılarının Sınırlandırılmasına İlişkin Düzenlemeler ve Sonuçları", *Osmanlı Bilimi Araştırmaları*, 10 (1), s. 115-135.
- LAW, M.R.-HEARD, D.-FISHER, J.-DOUILLARD, J.-MUZİKA, G.-SKETRİS, I.S., (2013). "The Geographic Accessibility of Pharmacies in nova Scotia", *Canadian Pharmacists Journal*, 146 (1), s. 39-46.
- LLUCH, M., (2009). "Are Regulations of Community Pharmacies in Europe Questioning Our Pro-competitive Policies", *Eurohealth*, 9 (4), s. 26-28.
- LLUCH, M.-KANAVOS, P., (2010). "Impact of Regulation of Community Pharmacies on Efficiency, Access and Equity. Evidence from the UK and Spain", *Health Policy*, 95 (2-3), s. 245-254.
- MANGANO, A., (2010). "Community Pharmacies in the City Area: Evidence from an Italian Province", *European Planning Studies*, 18(3), s. 485-496.
- NORRIS, P., (1997). "The State and Market: The Impact of Pharmacy Licensing on the Geographical Distribution of Pharmacies", *Health and Place*, 3(4), s. 259-269.
- ÖZ, F., (2004). *Sağlık Alanında Temel Kavramlar*, Ankara: İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş.
- PAKALIN, M. Z., (1993). *Osmanlı Tarih Deyimleri ve Terimleri Sözlüğü I*, İstanbul: Milli Eğitim Bakanlığı Yay. No: 2505.
- PURCELL, D., (2004). *Competition and Regulation in the Retail Pharmacy Market*, Dublin: The Policy Enstitute.
- ROGERS, A.-HASSELL, K.-NOYCE, P.-HARİS, J., (1998). "Advice-Giving in Community Pharmacy: Variations Between Pharmacies in Diferent Locations", *Health&Place*, 4(4), s. 365-367.
- SELYA, R.M., (1988). "Pharmacies as Alternative Sources of Medical Care: The Case of Cincinnati", *Social Science & Medicine*, 26(4), s. 409-416.
- TUİK, 2012 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sonuçları, <http://www.tuik.gov.tr>
- Türk Eczacılar Birliği, 2012.
- WATERSON, M., (1993). "Retail Pharmacy in Melbourne: Actual and Optimal Densities", *The Journal of Industrial Economics*, XLI (4), s. 403-419.
- www.e-kutuphane.teb.org.tr
- www.titck.gov.tr/Mevzuat/MevzuatGetir?id=2540