

**"Müjdeleyin. nefret ettirmeyin;  
kolaylaştırın, zorlaştırmayın."**

**(Hadis-i Şerif )**

**Ecz. Abdullah Caner GÜVEN**

(Yazıda Bütçe Uygulama Talimatı'ndan BUT olarak bahsedilecektir!)

Eczacı olmamız hasebi ile fen bilimleri ile daha yakından ilgilenme fırsatı bulduk öğrencilik yıllarımızda... BUT ile fen biliminin ne alâkası var diye merak ettiniz belki ama aslında fizik anlatmak için çok iyi bir örnek.

Dinamik: Eczacıların banka hesaplarına yatan para (Durağan!!!)

Kinetik: BUT (Hiç durmayan, hareket eden!!!)

Şaka bir yana teknolojinin ve globalleşmenin etkisi ile giderek daha basit, anlaşılır ve kullanışlı hale getirilmesi gereken BUT giderek karmaşıklaşmakta ve zorlaşmaktadır. Her geçen gün yeni bir mesaj, yeni bir yazı, yeni bir talimat. Ama giderek daha zorlaşarak! BUT ile ilgili üzerinde durulması gereken hususları birkaç başlık altında toplayabiliriz:

**I. Koruyucu Aile Hekimliği ve Profilaktik (Önceden Önleme) Açısından BUT:**

Son genel seçimler sonucu göreve gelen hükümetimizin üzerinde en çok durduğu sağlık politikası "Koruyucu Aile Hekimliği" ve "Önceden Önleme" dir. Oysa anılan hedeflerle BUT birbirine alabildiğine ters düşmektedir. Aile He-

kimliği kavramının "Uzman Hekimlik" i içerip içermediği anlaşılacaktır. 6 yıl ağır bir tıp eğitimi alan hekimler, okudukları okullara girmenin ve bu okulları başarı ile bitirmenin güçlükleri göz önüne alınırsa sağlık hizmeti sunmaya tam manâsı ile hak kazanmışlardır. Oysa ki yeni BUT bunun tam aksini iddia etmektedir. Birkaç örnek vermek gerekirse:

1) Antidepresan etkili Sertralin etken maddesi yeni BUTa göre sadece Nöroloji ya da Psikiyatri uzman hekimleri tarafından yazılabilecektir. Bu etken maddenin dünyada en çok kullanılan ve ancak kutularla ifade edilen miktarları toksik etkiye neden olacak bir antidepresan olmasına rağmen kısıtlama getirilmiş olmasına anlam vermek güçtür. Zamanında müdahale edilerek önüne geçilmeyen depresif dönemlerin psikotik vakalarla sonuçlanacağı muhakkaktır.

2) Cerrahi girişim öncesi Makrolitler, Florokinolonlar v.b birçok antibiyotik, profilaktik olarak sadece Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı tarafından yazılabilmektedir. Cerrahi girişim yapabilecek doktorların bulunduğu her hastanede "Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı" bulunamayabilir. Profilaksinin önemi ile ilgili en güzel örnek oral cerrahi girişimlerdir. Cerrahi girişimlerde endokardit sonucu mortalite oranı en çok diş çekimi v.b oral girişimlerde gözlenmektedir. Diş he-



# Bütçe Uygulama Talimatı Üzerine...



kimine açıkça "Hastanı endokarditten ucuz ilaçlarla kurtar!" denmektedir. Klaritromisin kullanamazsın, florokinolon kullanamazsın! Ampisilin neyine yetmiyor?!

### II. Branşlara Göre İlaç Yazımı Kuralları Açısından BUT:

Yeni BUT da çoğu ilaç ancak spesifik uzmanlar tarafından yazılabilmektedir. Bu durum sanıldığından çok daha fazla sıkıntıya neden olmaktadır. Bu konu üzerinde yorum yapmaktan ziyade örneklerle meseleye yaklaşmak, bu durumun ne vahim boyutlara gittiğini göstermektedir.

1) Tolterodine ve oksibutinin etken maddesi sadece Nöroloji ya da Üroloji uzman hekimleri tarafından reçete edildiğinde ödenmektedir. Halbuki bu ilaçlar Çocuk Hastalıkları uzmanları tarafından "Enuresis Nocturna", Jinekologlar tarafından ise PID (Pelvic Inflammatory Diseases) ye bağlı hiperaktif ve/veya nörojenik mesane durumlarında kullanılabilir.

2) Metilergobasin etken maddesi sadece Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı tarafından reçete edilebilir. Yani ilçede doğum yapan hastaya, pratisyen doktor bu ilacı yazamaz. Çünkü oksitosik etki için bu ilacı sadece ilgili uzman kullanabilir. Fiyatı da ucuz zaten, hasta gitsin alsın!

3) İnsülinler Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı ya da Göğüs Hastalıkları Uzmanı tarafından reçete edilemez! Doğum öncesi mortal hiperglisemi komasına giren hamile bir bayana gerekli olan insülini yazabilsin diye her hastaneye bir dahiliye yada aile hekimi uzmanı mı tayin etmek gerek? İnsülin tasarruf olur mu?

4) Sunî gözyaşları sadece Göz Hastalıkları uzmanları tarafından reçete edilir deniliyor. Epilepsi koması sonucu komaya giren hastada göz kapağı refleksi kaybına bağlı kurumanın önüne geçmek için, nöroloji profesörü, göz kliniğinden bir asistan çağırır ve ona reçete yazdırır. Buna gülmek mi gerekir, ağlamak mı?

5) Pantoprazol, esomeprazol v.b bazı mide ilaçları sadece 3 uzman hekim grubu tarafından yazılabilmektedir. Acaba bütçe uygulama talimatı "Fizik Tedavi

ve Rehabilitasyon Uzman" hekimine pantoprazol pahalı geliyor, lansaprazol yaz!" mı demektedir?

6) By-Pass ameliyatı sonrası enfeksiyon kaparak sepsis geçiren bir hastaya Kardiyoloji Uzmanı Prof. Dr. .... tarafından vankomisin etken maddesi yazılır. Eczane veremez. Çünkü EHU onayı gereklidir. Duruma veryansın eden doktor nöbetçi eczaneyi arar ve açar ağzını, yumar gözünü. Oysa bağırılması gereken eczacı değildir!!! Nasreddin Hoca misali herkes haklıdır; ama bir nüans var arada! Eczacı daima haksızdır; bedelini de hemen öder!

### III. Rapor Gereklilikleri Açısından BUT:

Bu konu maalesef eczacıların korkulu rüyası haline gelmiştir. Tedavi şeması, ilgili uzman, ekteki tahlil, 3 ay, 6 ay... Heyet raporları aslında hastaya ilacı vermek için değil; vermemek, verdirmemek için bu kadar karmaşık hale getirilmiştir. Hepimiz biliriz ki hiçbir uzman hekim literatür desteğini arkasına almadan kolay kolay ilaç yazmaz! Hele de pahalı ve spesifik ilaçları... Ama gelin görün ki sistem ne doktorlara ne de eczacılara itimat etmemektedir. İlaç israfını önlemenin yolu rapor koşullarını güçleştirmek değil, hekimlerin ilaç yazım bilincini geliştirmektir. Bu noktada yanlış anlaşılma olmaması için üzerinde durmak istediğim bir nokta var ki, belki de sorunun çözüm kaynağı olacaktır.

BUT her yayınladığında, işiyle alakadar olan her eczacı tarafından aynı gün temin edilir ve okunur. Yardımcı eczane personeline gerekli talimatlar verilir, tezgah camlarına ve raflara notlar ilştirilir. Hummalı bir çalışma ve telefon trafiği başlar! Peki hekimlerimiz bu talimattan haberdar ediliyor mu sizce? İlaç firmaları, Sağlık Bakanlığı ya da tabip odaları yeni BUT un hekimlere ulaştırılması ve anlatılması için gerekli çabayı sarfediyor mu? Maalesef hayır! İş döner, dolaşır ve eczacıya rücu eder!

Bu meseleye kendi başımdan geçen bir hadiseyi de içeren birkaç örnekle açıklamak isterim:

1-) Kalsitriol etken maddesinin ödenmesi için gerekli T değeri uygulaması kendimi bildim bileli bir muammadır. Validemde de belirli bir yaşta sonra kemik erimesi başladı. İlk zamanlar bu ilaçlar uzman hekimler tarafından reçete edildiğinde ödeniyordu. Daha sonra uygun T değerini de içeren rapor zorunluluğu



geldi. T değeri 2.5 in altında olmadığı için kendi imkanımızla karşılama yoluna gittik. (Acaba her hasta bunu yapabildi mi?) Geçtiğimiz yılın Temmuz ayında otobüsten inerken ayağı kayan annemin bel omurgası 3 yerden kırıldı! Artık ilaçlarını rahatlıkla alabiliirdi! Çünkü osteoporoz ilaçlarını kullanmayı hak etmişti!

1-) Klopidoğrel etken maddesi ile ilgili olarak verilen talimatı harfiyen yazıyorum!

“ Klopidoğrel içeren ilaçlar yalnızca aşağıda belirlenen durumlarda kullanılabilir.

a) Koroner veya periferik stent uygulanan hastalarda toplam 6 ayı geçmemek üzere, kullanım süresinin belirtildiği, resmi sağlık kurulu raporu ile, Kardiyoloji, İç hastalıkları ve Kalp Damar Cerrahisi Uzman tabipleri tarafından kullanılabilir.

b) Akut koroner sendrom tanısıyla hastaneye yatırılıp EKG değişikliği veya troponin pozitifliği tespit ve dokümanite edilmiş olan miyokard infarktüsü veya anstabil angina hastalarında resmi sağlık tesislerinde düzenlenen ve ilacın kullanım gerekçesi, dozu ve en fazla toplam 9 ayı geçmemek üzere kullanım süresinin belirtildiği, resmi sağlık kurulu raporu ile, Kardiyoloji, İç hastalıkları ve Kalp Damar Cerrahisi Uzman tabipleri tarafından kullanılabilir. Nüks vakalarda ilaç kullanım süresi yeniden başlatılabilir.

c) Asetilsalisilik asit alerjisi veya major gastrointestinal intolerans nedeniyle asetilsalisilik asit kullanımına kontrendikasyon bulunduğu gastroenteroloji uzman tabibince belirlenmesi ve resmi sağlık tesislerinde düzenlenecek resmi sağlık kurulu raporunda diğer antiagregan ilaçların kullanılamama gerekçesi ile birlikte belirtilmesi halinde ve en fazla 1 yılı geçmemek üzere kullanım süresi belirtilerek; kalp kapak biyoprotezi bulunanlarda, koroner arter hastalığı veya tıkaçıcı periferik arter hastalığı veya serebral iskemik olayı (iskemik inme) tespit ve dokümanite edilen yüksek riskli hastalarda ve Kardiyoloji, İç hastalıkları, Nöroloji ve Kalp Damar Cerrahisi ve Hematoloji Uzman tabipleri tarafından kullanılabilir.

d) Yatan hastalarda rapor şartı aranmadan ilgili uzman tabip tarafından yazılabilecektir.”

Sizce amaç ilacı kullanılmak mı, yoksa kullanılmamak mı? Bu talimatın bilimsel dayanağı nedir? Aslında bu soruların yanıtları çok basit! Ama yine de bu yanıt ilgili makamlarca verilmelidir!

#### IV. Teşhis ve Doz Açısından BUT:

Teşhis ve kullanım süresi ilacın yanına yazılmak kaydı ile, antibiyotikler 10 (On) günlük dozda verilebilir. İlaç israfını önleme açısından 10 (On) gün ibaresi kabul edilebilir. Peki ilacın yanına teşhisi ikinci kez yazdırmaktaki maksat nedir? Acaba doktorun yazmayacağı bilindiği halde, eczacı da “10 günlük tedavi” uyarısına istinaden ilacı vereceğinden 7 günü aşana bedeli eczacının alacağından keserek tasarruf sağlamak mıdır asıl maksat? Yoksa 10 günlük tedavinin önüne geçerek mi?Anlamak çok zor gerçekten.

Seftriakson etken maddesini içeren bir ilacın prospektüsünü açıp okuyoruz! Enfeksiyon varlığında tedavi süresi genellikle 14 gündür. Bu ilaç uzman hekim tarafından bile sadece 3 günlük dozda yazılabilmektedir. Amaç hastayı 3 günlük yetersiz tedavi ile öldürerek ilaç masrafından tamamen kurtulmak mı; yoksa akılcı ilaç kullanımını teşvik etmek mi? Muamma... Bu ilacı menenjit teşhisinde 2 gramlık tek dozda kullanabilen pratisyenin hekimin, pneumonide bu ilacı kullanacak mesleki bilgisi olmadığı da yine BUT tarafından ifade edilmektedir!!!

#### V. Hasta ve Eczacı Mağduriyeti Açısından BUT:

Klopidoğrel reçete edilen hasta, çoğunlukla da ölümün eşiğinden dönmüş olmanın da verdiği stersle son derece agresiftir. Siz bu hastaya yukarıda zikrettiğim klopidoğrel kullanım ilkelerini anlatmaya kalkışsanız büyük ihtimalle kapıyı çarpıp gider ve eskaza gözünden kaçan başka bir eczacıdan alır. Ama eczacı o ilacın parası alamaz, o ayrı bir mesele...

Bir diyalog...

-Eze bu ilacı pratisyen yazamaz. Dahiliyeciye yazdırman lazım.

-Oğul niye ki? Sağlık ocağındaki tohtoru tohtordan saymiller mi çi?

-Sayıyorlar ama gücü yetmiyor onu yazmaya.



## BUT ÜZERİNE

10 dakika sonra teyze elinde reçete geri döner. Bu kez aynı reçetede dahiliye kaşesi de vardır!

-Eze çift kaşe yasak! O reçete iptal oldu, yeniden yazdır!

-Ola oğul gözüz kor olmaya! Ahan herif onayladı, imza da attı! Daha ne yeni reçetesi. Siz ilacı vermek istemiyorsunuz!

-Yok eze, vallaha devlet öyle emrediyor!

-Etmeyin oğul, bu sefer alın, hava soyuh!

-Kusura bakma eze. Paramızı keserler sonra....

Bu diyalog daha çok uzar, gider! Aslında hasta mağdur edilmektedir. Zira o ilaç kullanılacaksa bir şekilde kurala uygun hale getirilir ve reçete karşılanır ama olan hastaya olur.

Bu kadar karmaşık kurallar dahilinde de eczacı mutlaka hata yapar! Kesintisi, iadesi, ... alır başını gider. Eczacıya yeni başlayan bir arkadaşımızın babasının çok güzel bir tespiti var bu konuda:

"Doktor reçeteye kaşe basıyor, parasını alıyor. Depo faturasına bir kaşe bastırıyor, parasını alıyor. Hasta bir imza atıyor parasını alıyor. Eczacılar bir reçete için en az 4-5 kaşe basıp bir o kadar da imza atıyorlar ama bir türlü para alamıyorlar. Üstelik alamadıkları paranın peşin vergisini de gününde ödüyorlar! Bu nasıl iş?"

Aslında ne kadar haklı değil mi?

**Peki biz bu konuda ne yapabiliriz?**  
**Şikayet etmek kolaydır ama çözüm üretmek güçtür. Hepimiz biliyoruz ki bu sorunun kaynağında maalesef para yatmaktadır. Aslında fazla yere yazılan her kutu ilaç bizlerin gelecekte yaşayacağı olası sorunların temeline yeni bir tuğla koymaktadır. Çözüm önerilerini şöyle sıralayabiliriz:**

1) Henüz mümkün görülmemekle beraber, e-reçete uygulamasına geçilmesi, en azından tarih, protokol, kaşe, imza, oynama, teşhis v.b sıkıntıları ortadan kaldıracaktır.

2) Doktorların yazdığı ilaçlar kayıt altına alınarak izlenecektir. Bunun için her doktora bir kod numarası verilmelidir. Bu kod numarası kesinlikle değişmez olmalıdır. Bu takip hatalarını önleyecektir.

3) Heyet raporu ile ömür boyu kullanılacak olan ilaçlar kurulan sistem ile kayıt altına alınmalı, her seferinde reçeteye fotokopi ekleme uygulaması kesinlikle sona erdirilmelidir.

4) BUT hazırlık komisyonuna en az birer adet TEB yönetim kurulu üyesi ve serbest eczacı katılmalıdır.

5) Etik dışı ilaç yazımının tespiti halinde en ağır cezalar verilmelidir. Eczacıları yıllarca sözleşmeden mahrum bırakan sistem paramedikal çalışmaya yönelenlere de aynı derecede sert yaklaşmalıdır.

6) BUT yayınlandığı anda öncelikle hekimlere ve en az 20 gün sonra da eczacılara ulaştırılmalıdır.

7) Eczacılar reçete kontrol ünitesi gibi çalışmaktan kurtarılmalı; devlet ile eczacı arasında köprü vazifesi görecektir profesyonel aracı finans kurumları kurulmalıdır. Bu kurumlar belirli komisyonlar karşılığında reçete kontrolü ve ödemesi yapmalıdırlar.

8) Eczacı olmayan reçete kontrol ünitesi personeli kesinlikle ve ivedilikle eczacı ve hekimlerle değiştirilmelidir.

9) Geçmişe dönük hataların tekerrürünü önlemek için reçete kontrolünü en fazla 10 iş gününe düşürecek altyapı kurulmalıdır.

10) Endikasyon dışı kullanımlarda sorumlu makam ilacı veren değil, kullandıran makam olmalıdır.

11) Bir an evvel teşhis kodlaması sistemi kurulmalı, kullanışlı hale getirilmeli ve kullanıma açılmalıdır..