

T. C.
SAĞLIK VE SOSYAL YARDIM BAKANLIĞI
İLAÇ VE ECZACILIK GENEL
MÜDÜRLÜĞÜ

RASYONEL
İLAÇ SEMİNERİ KULLANIMI

ÖNSÖZ

Hastalıkların profilaksisi, diagnozu ve tedavisi veyahut da bir fizyolojik fonksiyonun değiştirilmesi amacıyla tüketicinin yararına bir şekilde kullanılması öngörülen ilaç, bir yandan modern tıbbın vazgeçilmez unsurlarından biri olarak değerlendirilirken, diğer yandan da endüstriyel ve ekonomik özellikleriyle diğer ürünler arasında farklı bir öneme sahiptir.

Ülkelerin uyguladıkları sağlık hizmetleri sistemlerinde farklılıklar mevcuttur. Ancak uygulanan sistem nasıl olursa olsun, sunulan hizmetin ve bu arada da kullanılan ilaçların maliyetleri, günümüzde hemen her toplumda üzerinde gittikçe daha büyük önemle durulan konulardan biri olmaya başlamıştır. Maliyet - etkinlik ilişkisini inceleyen çalışmalar bugün ortaya yeni bir kavram çıkarmıştır. "Rasyonel ilaç kullanımı".

"Rasyonel ilaç kullanımı", toplumların kendi özelliklerine uygun, etkili ve güvenli ilaçların seçimi, yeterli miktarda sağlanması, dağıtımı ve satışı, doğru amaçta ve uygun şekilde kullanılması, sağlık personeli ve toplumun eğitimi, sonuçların izlenerek değerlendirilmesi ve gerekli önlemlerin alınması gibi perspektifi çok geniş konuları içeren bir kavramdır.

"Rasyonel ilaç kullanımı" ndan amaçlanan hedefe varılabilmesi, başta devlet olmak üzere, ilaç endüstrisi, eğitim kuruluşları, sağlık personeli ve tüketicinin bu konuda gayretleri ve kendilerine düşen görevleri yerine getirmeleriyle mümkündür.

Dünya Sağlık Örgütü'nün, Nairobi'de konuyla ilgili olarak düzenlediği toplantıda elde edilen sonuçları Türkiye açısından değerlendirmek ve ülkemiz koşullarında "Rasyonel ilaç kullanımı" kavramını tartışmak üzere İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünce 29 Nisan 1986 tarihinde düzenlenen seminerin notlarını bu kitapçıkta toplayarak, seminere katılmayanların hizmetine sunmayı amaçladık.

Saygılarımızla.

İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü

SAĞLIK ve SOSYAL YARDIM BAKANI
MEHMET AYDIN

Baylar, Bayanlar

İlaç endüstriyel bir maldır. Ama diğer mallara benzemez. Herhangi bir malı tüketen kişinin o malı seçme şansı vardır. Halbuki ilaç tüketicisi yani hasta bunu yapamaz. Mal hakkındaki bilgisinin çok az oluşu da onu piyasada zayıf duruma sokmaktadır. Tüketici bu konuda herhangi bir tavsiye yapacak durumda da değildir. Yani bir beğeni, bir talep çeşidi ortaya koyma durumunda da değildir. Bunun yanında, ilacın üreticisi, yani ilaç imalatçısı, bir sermayedar olabilir. Mutlaka o mesleğin içerisinde olması şart değildir. Bir anonim şirket düşünün, sermaye, paralar konmuş, ilaç üretecek; orada ilacı üretecek olan kişiler, o müessesenin içerisinde çalışacak teknik kişilerdir. Binaenaleyh, ilacın üreticisi, yani üretimden sorumlu olan firma sahibi de aslında çalıştırmış olduğu teknik elemanlarla bağımlı bir duruma giriyor demektir. Bunun yanında, ilaçla ilgili sağlık sistemi içerisinde diğer üniteler de, sektörler de yer almaktadır. Eczaneci, ilacı toptan dağıtan kişi, ilacı yazan hekim, ilaçla ilgili olarak şu veya bu yönde kararlar veriyorlar demektir. Bu suretle, mali portesi yüksek olduğu için ilaçla ilgili bir sorun ortaya çıkıyor, bu da ilacın rasyonel kullanılması hadisesi. Yani ilaç bir yerde kaynakların israfına yol açabilecek bir mal teşkil etmektedir. Bizim arkadaşlarımız bu toplantıya ekonomik ilaç kullanımı diye bir isim koymuşlar. Rasyonel ilaç kullanımı tabiri de bu sahada kullanılıyor. Aslında, bu iki tabir arasında çok fazla bir fark yoktur. Her ikisinden de murat edilen, anlatılmak istenen ilacın bir toplum içerisinde, bir sağlık sistemi içerisinde bunu kullanana ve milli ekonomiye en yararlı bir şekilde sunulması demektir. Hadiseye baktığımız zaman, burada şahsi menfaat ile toplumun menfaati tezat halinde olursa, bu durumda hükümetlerin buna müdahale etmesi gerekiyor. Rasyonel ilaç kullanımı bakımından da bir ilaç politikası olması söz konusu olmaktadır. Bu suretle biz, ekonomi ilminin fevkalade karışık bir alanına girmiş olmuştuk. Şimdi bu alana girerken fevkalade dikkatli olacağız. Orada işler çok karışıyor, size şunu söyleyeyim, bu konuda mevcut olan literatürde ki, bunların herhalde en hacimli olanı 1985 yılında Nairobi'de yapılmış olan toplantıdır, burada meydana gelir görüşler ki, bugün arzu ediyorum, ümit ediyorum, inşallah dile getirilir, çok muhtevası geniş, çeşitli bahisleri, mülahazaları içeriyor. Nairobi'de neler söylenmiştir, şimdi biraz ona gireyim, yani kendi sözüm olarak bunları söyleyeyim de, biraz o toplantıdan bahsedeyim. Burada çıkan görüşlere göre, bir ülkede üretilen ilaçlar çeşik ve munteva bakımından optimum bir rekabet durumu yaratabilecek şekilde olmalı. Optimum rekabet hali bildiği gibi, piyasaya arz edilen mal ve hizmetlerin bunları arz edenler ve talep edenler tarafından yeteri kadar olmasını gerektiriyor: Sayı itibariyle, çeşitleri itibariyle.

Eğer bir alıcı, lüzumundan fazla çeşitle karşı karşıya ise, o zaman burada rekabetin bir nevi dejenere olduğunu ve optimum bir kıvamdan dışarı çıktığını müşahade ediyoruz. Alıcı şaşırıp kalıyor, hangisini alacak. Rasyonel bir seçim yapma imkanı burada kalmıyor. Piyasaların çok dağıldığı hallerde de bu olmaktadır. Şayet siz malı muayyen yerlerde buldurumuyorsanız ve çok dağınık bir piyasa söz konusuysa, o zaman burada alıcıların piyasadan istifadesi azalmaya başlıyor, çünkü nereye gidecekler, arz ve talep nerede karşılaşılabilecek ? Bizim perakendeci tabii eczaneyi biliyor, ama biz perakendeciyi talep sahibi bir adam olarak birinci faktör saymadığımızı göre, burada da özel bir durum ortaya çıkmaktadır, yani eczanelerin fazla oluşu rekabetin dejenere olmasına yok açmakta mıdır ? Böyle bir şey görülmemektedir. Daha doğrusu, ilacı piyasaya arz eden imalatçı ile burada tüketici-

ci adına hareket eden hekim söz konusu olur ise, o zaman bu söz hekim için de geçerlidir. Hekim ilacı kullanmıyor, ama tüketici adına onu ısmarlıyor, sipariş ediyor. Yani ilacı talep eden kişi, ama fiilen kullanan kişi değil. Ortada, bunu ilaçla her zaman söylüyorlar, "suis generis" bir endüstri, kendine özgü bir endüstri. Şimdi rekabetin söz konusu olmadığı bir piyasayı düşünelim. Herhangi bir ilacı, piyasada bir amaca yönelik bir mal olarak düşünelim, ondan bir tane var ve bunun ikamesi de söz konusu değil. O zaman bir monopol durumu söz konusu olacaktır, bu da ekonominin iyi bir hali, sağlıklı bir hali değildir. İlacın fazlası ise, hekimi şaşırtıyor, onu mu yazacak, bunu mu yazacak. Azı da kötü; bir optimum rekabet hali, optimum denge hali gerekir. İlaç bir taraftan mal farklılaştırmasına da müsait bir konu: Burada bir ilacın içerisinde birazcık bir şey katıyor imalatçı ve bu diyor şu bakımdan da daha iyidir. Hekim onu yazmağa başlıyor. Mal farklılaştırması, "product differentiation" dediğimiz hadise, bu suretle ilaç sektöründe fevkalade uygun bir uygulama alanı bulmaktadır.

Nairobi'de başka neler söylenmiş ? Ben onlardan da sizlere bir - iki özet vereceğim ve bu suretle rasyonel ilaç kullanımı meselesinde nelere dikkat edeceğimiz ortaya çıkacaktır. Evvela, "hekim uygun ilacı yazacak". Bunu yazmıyorsa, bizim ilacımız, bir iktisadi kaynağımız israf oldu demektir.

"İlaç, gerekli zamanda bulunmalı" diyor. Bu tabii, sistem olarak meseleye bakıştır, yoksa fert açısından bir hadise değil. Burada ferdi bir israf söz konusu değil, ama bu, sağlık sisteminin adeta bir gereğidir. Bir hükümet, kuracağı ilaç politikası dolayısıyla, ilacı bulunduracak; onu muhtaç olanın alacağı şekilde piyasada bulunduracak. Bu suretle, buradaki ekonomik kullanım hadisesi tabiri biraz fark gösteriyor, çünkü, ekonomik kullanım, bir yerde, kaynağın israf edilmeden kullanılması manasına geliyor. Halbuki, rasyonel ilaç kullanımı ile biraz daha fazla sistemle ilgili bir şey söylenmek istenmektedir.

Nairobi konferansının neticeleri; "İlaç, halkın satın alabileceği fiyatta olmalı" diyor. Bu da ilaca sahip olabilme meselesi. Çok kompleks bir saha bu da. Sağlık sistemini tümüyle ilgilendiren bir meseledir.

Diyo ki Nairobi'de toplananlar: "İlaç, gerektiği dozda alınmalı." Menfi yönden bakacak olursak, günde üç tane yerine altı tane alıyorsa israf oldu. Ama aksini de düşünmek lazım. Yani gereğinden az da kullanılmamalı. Hadisenin iki tarafı da ilgilileri bağlıyor. Biz hastamızı düşünüyoruz. "Gerekli ara ile alınmalı" (beş saatte bir gibi): "gerekli süre alınmalı" (üç gün, üç günden aşağı hastalığı geçti, bırakıyor). Bunlar tabii ilaç imalatçılarının lehine oluyor, ama sistemin de lehine, iyi çalışması için gerekli olan bir şey.

"İlaç etkili olmalı" diyor. Etken maddeleri vs. neyse içerisinde makul kalite ve güvenlikte olmalı.

Demek ki, bir memlekette uygun bir ilaç politikası sürülüyor diyebilmemiz için bunların hepsine dikkat edeceğiz. Görüyorsunuz, mesele ne kadar karışık. Tabii burada, "hekimin kabahati, hekim bunu bilmiyor" deyip geçmek iş değil. Nairobi buna da teklif getirmiş: "Hekimler öğrensin" diyorlar. Hekimler, neyi biliyor bu konuda, neyi bilmiyor. Herhalde bu forumda bunları samimi olarak ortaya koyacağız. Mesela, Kenya'daki doktor sekiz ilaç yazıyor, şu da işe yarar, bu da işe yarar diye, bunun istatistiğini yapmışlar. Filan ülkede de iki ilaç yazıyor ortalama. Bunları da tasnif etmişler. Kaldı ki, bizim jenerik ilaçların yazılması da tartışılırken "bizim hekimler biliyor mu bu işi ?" diye lafı oldu. Bunu burada hekim arkadaşlar dile getirecek. Jenerik ilaçları bugün biz yazmaya acaba uygun bir ortamda mıyız ? Biz ticari markalara alışmışız. İlacın ticari ismini yazma konusu var. Bu

durum karşısında acaba öyle bir şey söz konusu olsa bizim hekimimiz bunu yazacak durumda mıdır ? Bu ayrı bir mesele. Bunu da burada hekim arkadaşlar dile getirecek. Biz ilaç toplantısına hekimleri de çağırıyoruz.

Şimdi, biraz daha ileri derecede meseleler: İlacın rasyonel kullanımı ile ilgili olarak, reçetesiz ilaç alımı konusu da var. Hasta gidiyor eczaneye, "başım ağrıyor" diyor, eczacı hemen oradan bir tane ilacı veriyor. Bu suretle, hekimin yapacağı işi tüketici ve eczacı kendi başına halletmiş oluyor. Acaba bu ne derecede tutarlı bir hadise ? İşte burada bizim O.T.C. ilaçlar vs. meselesi ortaya geliyor. Ayrı bir bahis bu, bahis içinde bahisler. Bunun yanında, ilaç dendiğinde, herhalde şişenin, ambalajın içindeki mesele değil, ilacın ekonomiyeye tüm masraf olarak, külfet olarak, sağlık sisteminin bir parçası olarak diğer maliyet meseleleri de geliyor: Pazarlama masrafları, satışları teşvik masrafları söz konusu oluyor. Neticede ekonomiyeye büyük yük. Belki ilaç bedelini bazı ülkelerde devlet veriyor, tüketici bedava alıyor, ama, tabii bu mikro açıdan önem ifade eder. Makro açıdan ekonomiyeye maliyeti, topluma maliyeti itibarıyla bir şey değişmez. O arada da bir masraf, belki de gereğinden fazla, lüzumsuz bir masraf meydana geliyor. Bunun üzerinde duracağız. Bu konularda işte bizim ilaç departmanımız, mütemadiyen analizler yapıyorlar, ama buradaki arkadaşların yardımına da ihtiyacımız var. Reklam meselesi var. Tasarruf meselesi olarak majistral ilaçlar meselesi herhalde bu konuyla yine ilgili. İlaçların muhafazası konusu var. İsraf yönünden, Türkiye'de neler oluyor bilemiyorum.

Daha komplike olarak, advers etkilerin bilinmesi de yine yukarıdaki konularla ilgili, çünkü bilmezseniz öyle bir sistem kuramaz iseniz, o zaman hadiseyi oradan da anlamayacağınız demektir. Şimdi, görüldüğü gibi, bugün burada konuşacak arkadaşlar, fevkalade çetrefil bir meseleyle, kompleks bir meseleyle karşı karşıya bulunmaktadır. Konuşma ve tartışmalar biçim ilaç sektörümüz bakımından faydalı olacaktır. Buna inanıyorum. Hepinize saygular sunarım. Teşekkür ederim.

Dr. C. G. Roepnack

Sayın Başkan, değerli konuklar,

Kanımca, rasyonel ilaç kullanımı, ucuz ya da iskontolu ilaç kullanımı anlamına gelmez.

Rasyonel ilaç kullanımı, ayrıca, tümüyle standardize edilmiş hastalıkların aynı şekilde tedavisi için salt teorik kavramların tartışmasız uygulanması da değildir.

Rasyonel ilaç kullanımı, ilaçların zekice kullanımı anlamına gelir. Diğer bir deyişle, bir hastalığın önlenmesi, kontrol altına alınması veya tedavi edilmesi için, doğru ilacın, gereken anda, gerektiği miktarda ve uygun fiyatla kullanılmasıdır.

Rasyonel tedavinin bir kısmını oluşturan rasyonel ilaç kullanımının temelinde, hastanın birey olarak kabul edilmesi, bilimsel tıbbi bilgi ve yargılar ve ekonomik düşünceler bulunmalıdır.

Bireyin fiziksel ve zihinsel durumu, kişiliği, yaşı, kültürel yapısı ve sosyo-ekonomik çevresine bağımlı olan hastalığı ön plandadır.

Hastalarımızın her birinin en rasyonel olabilecek tedavisinin seçiminde bu faktörlerin tüm göz önünde bulundurulmalıdır. Burada, ayrıca, elimizdeki terapötik imkanları ve yarar-maliyet oranını da değerlendirmemiş gerekir.

Pratik tatabette ve hastane tedavisinde, ilaçların rasyonel kullanımı için birkaç ön koşul vardır. Bunların tümünün sayılması gereksizken, birinin önemi nedeniyle üstünde durmak istiyorum: Tedavide hastanın dilekleri yol gösterici olmamalıdır. Bu hususa değinmemin nedeni, Almanya gibi daha varlıklı ülkelerde, hastanın doktordan "lütfen bana bu ilacı yazınız" gibi isteklerinin giderek sıklaşmakta olmasıdır. Kanımca buna uyan davranış kesinlikle ilaçların rasyonel kullanımı olamaz.

Gelişmekte olan ülkeler ve özellikle az gelişmiş ülkelerin sınırlı koşullarında, durum oldukça farklı olabilir. Bu bölgelerde bir olağanüstü halin varlığı kabul edilebilir. Yine de, burada dahi rasyonel ilaç kullanımında göz önünde tutulması gereken bazı ön koşullar vardır.

Bana göre, bu ön koşullar, semptomların dikkatli yorumu ve sağlık personeli veya doktor tarafından bilgi düzeyleri uyarınca değerlendirilmesinden ibarettir.

Bu kapsamda sağlık personeline değinmemin nedeni, bahis konusu az gelişmiş ülkelerde doktorların yetersizliğidir.

Bazı seçilmiş temel ilaçlar, bu ülkelerde rastlanan semptomların çoğunun tedavisinde tamamen yeterli olabilir. Fakat, birincil sağlık hizmetlerine uygun olarak bu seçilmiş ilaçların yeterli olması da bir ön koşuldur. Burada yeterlilik, var olan şartlarda hastaların gereksinmesine yeterli olanak anlamını taşır.

Sınırlı koşullarda dahi, terapötik gelişme kontrol edilmeli ve tedavinin gidişi bu ilerlemeye göre yeniden değerlendirmelere bağlı olmalıdır. Dünyanın her yerinde olduğu gibi, az gelişmiş ülkelerin sınırlı koşullarında dahi hastaya, uygulama hakkında yeterli talimat verilmeli ve kendisinin tedaviyi gerektiğinde uygulayıp uygulamadığı kontrol edilmelidir.

Temel düzeydeki herhangi bir tedavi, gerektiğinde hastanın acilen daha üst düzeyde tedaviye geçirilmesini de kapsamaktadır.

Şimdi, ilaçların rasyonel kullanımından sınırlı koşullar dışında, genel olarak bahsedeceğim.

Günümüzde, birçok yerde, aynı anda ilaçların rasyonel kullanımını ele alırken, "ilaçın" ancak her tür sağlık sisteminin tüm düzeyleri ve segmentlerinin yerine geçercesine kullanıldığını hatırla tutmak gerekir. İlaç bu seçkin yerin tanınmasının nedeni, sağlık sistemleri içinde en belirgin ve en önemli öğelerden biri olmasıdır.

Modern tıbbın birey olarak hastalara sağladıkları ve tüm insanlığa yararları, modern ilaçların yokluğunda mümkün olamazdı.

Modern ilaçların kullanımına yaklaşık yüz yıl önce geçildi. İlk büyük buluşlara rağmen bu alanda gerçek gelişme, elli yıl kadar önce, sulfonamidler ve hemen ardından ilk antibiyotiklerle başladı. Yine de, günümüz ilaçlarının büyük çoğunluğu, yaklaşık % 90'ı, son otuz-kırk yıldır keşfedilmiş ve uygulamaya sunulmuştur.

Son zamanlara kadar, ilaçların rasyonel kullanımı tartışmasız varsıyılırdı. Hastalar, doktorlar, yöneticiler, yaklaşık herkes ilaçların rasyonel kullanıldığını doğal olarak kabul etmekteydi. Zaten, ilaçlar başka nasıl kullanılabilirirdi? Fakat, zamanla şüpheler belirmeye başladı. Hastaların ilaçları gerektiği gibi kullanıp kullanmadıkları sorulur oldu, giderek artan sayıda ilaçtan doğru olanının seçimi güçleşti ve ilaçların giderek artan kullanımıyla istenmeyen yan etkiler veya etkileşmeler de sıklıkla yayınlanmaya başladı.

Halkta ve hatta diyebilirim ki, bilgi düzeyi yüksek olmayan halk kesiminde dahi mo-

dern tekniklere, doktorlara, ilaçlara ve yansira devlet kuruluslarına ve yonetime karşı belli bir şüphencilik yayılmaya başladı.

Giderek büyüyen bu şüphencilik akımı içinde yaklaşık her konunun geçerliliği tartışılırken, tıp bu eğilimin dışında kalamazdı.

Bu gerçek, etki mekanizmasını bilmediğimiz veya kendi gereksinmemiz ve isteğimizi karşı, seçme yeteneğinde olmadığımız bir olay için özellikle geçerlidir.

Bu kongre, hükümetlerin, tıp mensuplarının ve ilaç endüstrisinin, Dünya Sağlık Örgütünün (WHO) yansira, bahis konusu sorunları ciddiye aldığı bir kanıttır. Yakın geçmişte, Nairobi'de düzenlenmiş olan, Sayın Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanının değinmiş olduğu ve WHO'nun çok sayıda ülke ve uzmanlık dalından yaklaşık yüz eksper davet ettiği bir eksper toplantısında tek konu edilen husus, ilaçların rasyonel kullanımuydı.

Nairobi, Kenya'daki bu toplantıda özellikle ele alınan bu konu gelişmekte olan ülkelerin düşüncelerini taşımaktadır.

Kasım 1985'de yapılmış bu konferansın sonucu olarak, içinde bulunduğumuz yılın Mayıs ayında Cenevre'de toplanacak olan Dünya Sağlık Asamblesinde bu konu yeniden ele alınacaktır.

Genel Direktörün bildirisini, büyük ihtimalle ilgili bir karar izleyecektir.

Nairobi'de, WHO Genel Direktörü Dr. H. Mahler, sağlık konularının ve özellikle rasyonel ilaç kullanımının çok büyük öneme sahip ve yüzeysel ilginin yetmeyeceği kadar karmaşık olduğunu, geniş kitlelere seslenen basın - yayın araçlarının, hastalara verilen zarara bakmaksızın sıklıkla yaptığı gibi de, çok basite indirgenebildiğini vurgulamıştır.

Eksperlerin rasyonel ilaç kullanımı konusunun yorumlanmasında ve ayrıntılarının değerlendirilmesindeki çok sayıda görüş ayrılıklarına rağmen, yapılmış, yapılması gereken ve yapılacak çok şeyin olduğu konusundaki genel fikir herkesçe paylaşılmaktaydı.

Nairobi'de rasyonel ilaç kullanımını sağlamak için birkaç sorumluluk alanı tanımlanmıştır. Özellikle üçüncü dünya ülkelerine yönelik çözümler herhalde geçen Kasım'da Nairobi'deki WHO konferansının başlıca ürünüydü.

Önemleri nedeniyle, bahis konusu sorumlulukları burada özetlemek isterim :

Başlıca sorumluluk alanları, hükümetleri ilgilendirmektedir. Hükümetler, herşeyden önce, tüm nüfusun gereksinmelerini karşılayacak yeterli bir sağlık sisteminin oluşturulması için siyasal bir istemin varlığını sağlamalı ve buna bağımlı olarak belirgin bir ulusal sağlık ve ilaç politikası saptamalıdır.

Hükümetler, ayrıca, izleme ve devletin fonksiyonlarını yerine getirecek verimli bir sağlık otoritesinin varlığını ya da oluşturulmasını sağlamalı ve özellikle halk sektöründe, üstün nitelikli ürünlerin uygun koşullarda satın alındığını garantilemelidir. Ayrıca, kanımca, hükümetlerin, reçetelerin kimler tarafından yazılabileceğini ve hangi kişilerin, ne tür ürünleri dağıtabileceği / satabileceğini belirlemesi de çok önemlidir.

Piyasadaki preparatları hakkında tam ve yansız bilgilerin temini, ilaç endüstrisinin sorumluluk alanına girmektedir. Farmasötik endüstri, ayrıca, tanımlarında etik standartlara uymalı ve iyi üretim uygulamalarının (GMP) ana hatlarına bağlı kalmalıdır.

Nairobi'de "reçeteleyenler" adı verilen doktorlar, iyi ve rasyonel ilaç yazma alışkanlığı oluşturup gerekli ilaçları, tedavi maliyetini göz önünde tutarak önermelidir. Ayrıca

Dr. Mahler'e göre, "reçeteleyenler" imalatçıdan tüm gerçek bilgileri edinip hastaya da kullanacakları ilaçlar hakkında ancak gerçekleri iletmelidir.

Nairobi'de üniversiteler için tanımlanan başlıca sorumluluklar, üniversitelerin sağlık sektöründe (gelişmekte olan ülkelerde de) uzmanların eğitimini ve temel ilaç kavramının tanıtılmasını sağlamak olarak saptanmıştır.

Nairobi'de, ayrıca, tüketici kuruluşlarına da sorumluluklar verilmiştir. Buna göre, tüketici kuruluşları, ilaçlara ilişkin önemli bilgilerin halka ulaşmasını sağlamak, ilaç tanıtımında yüksek standartlara bağlı kalınmasını sağlamak ve tüketici birlikleri, ulusal temel ilaç programlarını desteklemelidir.

Nairobi'de, basın - yayın kuruluşlarının sorumlulukları da açıklanmıştır. Bu kuruluşlar, yüksek tanıtım standartlarına uyan firmalara yayınlarında olumlu yer vermeli ve ayrıca, durumu iyice değerlendirdikten sonra, bu tür yaklaşıma uymayan firmaları bildirmelidir.

En önemli sorumluluk alanı, WHO'ya aittir. WHO, bir ulusal sağlık politikasının ana hatlarını saptamalıdır.

Temel ilaçlar için model veri metinlerini, uygulamaya yardımcı genel talimatı hazırlamalıdır.

Bu liste öyle uzundur ki, tamamının verilmesine imkan yoktur. Yine de Dünya Sağlık Örgütü, ilgili tüm tarafların haklı çıkarlarına saygı gösterirken, hastaya olabilecek yararlar daima ön planda tutulmaktadır.

Şimdi, ilaçların rasyonel kullanımında endüstrinin durumu nedir ?

Endüstri - rasyonel ilaç kullanımı ilişkisinde bu listenin anlamı, daha iyi tanımlamaları veya daha kesin cevabı gerektiren bazı soruları içermesidir. Örneğin, bilgi. İlaçlara ilişkin bilgiyi, büyük arterlerin daha ufak kapillerlere dallandığı kan dolaşımına benzetebiliriz. Ancak yol üstünde bir engelin olmaması halinde oksijenin tümü (benzetmemizdeki bilgiye eşdeğer) hedefine ulaşabilir. Benzetmeye biraz daha açıklık kazandırmak için: Kanımca bilgi dağıtımı ve iletişimi bir çağlayan bahis konusudur. Yeni ilacı keşfetmiş olan laboratuvar, firma araştırma merkezlerinde birikmiş olan çok büyük bir bilgi hazinesine sahiptir. Bu bilginin bir kısmı, klinik çalışmalarda ilacı deneyen kliniklere ulaşır. Buralardan edinilenle de bilgi alanı genişler, teori ve pratik bütünleşir. Buna karşılık, bu bilgi hazinesinden doktora ve hastaya ulaşan, çok az bir bölümdür. Endüstrinin herkese her çeşit bilgiyi vermesi bahis konusu olamaz. Böylece, alıcı, yani doktor veya hasta, selektif bilgi sahibidir. Fakat hiçbir iyi öğretmenin, devlet yetkilisinin, doktorun, hastanın, sürekli ve yeterli bilgi akımından uzak durması düşünülemez. Bu dolaşım sisteminde her kısım aynı büyük öneme sahiptir ve koordinasyon şarttır. Ayrıca, aynı kapsamda, endüstri, kendine düşen önemli görevin bilincindedir. Hükümetlere, sağlık otoritelerine ve hastalara ulaştırılan bilgi, yeterli, tam ve anlaşılabilir olmalıdır. Boşlukların varlığında, endüstrinin tüm ilgili taraflarla işbirliği yapıp ekspertizini kullanması gereklidir.

Bu ekspertiz, bilimsel verileri olduğu gibi pazarlama bilgisini de ilgilendirmektedir. Bu arada, bilginin tekelleştirilemeyeceğini unutmamalıyız. Bilgi kısıtlanamaz. Hükümetin, tıp mesleğinin ya da hastaların, kısaca, ilgili tarafın seçim yapabilmesi imkanını sağlayabilecek boyutlarda bilgi kaynaklarının bulunması şarttır. Bugün, dünyanın çeşitli yörelerinde, bilgiyi "bağımsız ilaç bilgi merkezleri" nde sınırlamak eğilimi vardır. Bu merkezlerin kurulmasını savunanlar, endüstrinin, WHO'nun, hükümetlerin, bir ilaç hakkında tamamen ta-

rafsız yargıda bulunamayacağını veya bilgi sağlayamayacağını ileri sürmektedir. Bence, bu düşünce fikir tekelleşmesine doğru tehlikeli bir eğilim olabilir.

Pazarlamaya gelince, burada da, bilimsel bilgiye benzer biçimde tanıtma materyali tarafsız ve tam olmalı ve etik kurallara uymalıdır.

Bu amaçla, endüstri, IFPMA (International Federation of Pharmaceutical Manufacturers' Association : Uluslararası İlaç İmalatçıları Birliği Federasyonu) aracılığıyla kendi IFPMA pazarlama uygulaması ilkelerini oluşturmuştur. Tüm üye birlikler bu ilkelere katılmaktadır. Çok yakın zamanda, IFPMA Konseyi bir danışma komitesi kurmak üzere endüstri dışından üç söz sahibi kişiyi seçmiştir. Bu danışma komitesi, üye firmaların pazarlama çalışmalarına yönelik usulsüzlük iddialarını bağımsız olarak değerlendirecektir.

Endüstriyi etkileyebilecek diğer kritik hususlar, ilaçların kısıtlı ya da sınırlı listeleridir. Sınırlı ilaç listesinin temelindeki fikir sıklıkla, "tüm ilaçların % 10'u, tüm hastalıkların % 90'ını iyileştirebilir" düşüncesini kapsamaktadır. Bu düşünce, tabiidir ki, tamamen yanlıştır. Ayrıca, endüstrinin WHO "temel ilaçlar listesi" ne karşı olduğu da doğru değildir. Aksine, bu listenin, halkın çok çaresiz olduğu daha az ve en az gelişmiş ülkelerdeki acınacak bir soruna çözüm getirdiğine inanmaktayız. Burada, her ne kadar dünyamızın yüz milyonlarca insanını ilgilendirmekteyse de, olağanüstü bir halin varlığı bahis konusudur. Bu koşullarda muhakkak ki, 240 kadar terapötik aktif madde yeterli olabilir. Temel sağlık hizmetlerinin sınırlarına yaklaştıkça, 30 hatta 20 ilaç bile başlıca illetlere yeterli olabilmektedir.

Unutulmaması gereken bir gerçek de, WHO'nun "temel ilaç listesi" ndeki bu 240 aktif bileşik dahi piyasadaki çok sayıda ilaca eşdeğerdir. Nitekim, listedeki maddelerin çoğunun yanında görülen küçük kare işareti, büyük bir grup eşdeğer madde içinden bir örneğin temsil edildiğinin belirtisidir.

Listede, ayrıca, değişik dozaj veya takdim şekilleri belirtilmemiş, ayrıca tedarik eden çeşitli firmalardan bahsedilmemiştir. Bu faktörlerin tümü hesaba katılırsa, "temel ilaç listesi" dahi kolaylıkla 3000 - 4000 ilacı içerebilmektedir.

Özetlersem: Eleme - seçme ve sınırlama meşrudur ve hemen daima gereklidir. Buna karşılık, seçme olanağı tanımadan sınırlama, kısıtlamadır ve uzun vadede kısıtlamanın kimseye yararı olamaz. Reçete yazan doktora yararsızdır, endüstriye yararsızdır ve hepsinin üstünde, hastanın çıkarlarına yararsızdır.

Doktorların, bilgide olduğu gibi, hastaları için en iyi ilacın tayininde de seçme hakları olmalıdır.

Hastanın mümkün olan en iyi tedaviyi edinmek hakkıdır ve çok sayıda bilinen ve halen bilinmeyen patolojik bozukluklar için çok gerekli yeni ilaçlara yönelik araştırmaları kısıtlamak istemiyorsak, endüstrinin de kısıtlanmaması gerekmektedir. Unutmamalıyız ki, eski ilaç, yeni ilacın araştırma giderlerini sağlayabilmelidir ve bugünün yeni ilacı yarının temel ilacı olabilir. Bence, bu da ilaçların rasyonel kullanımını kapsamına girer.

Piyasada çok sayıda ilaç bulunduğuna ve bunların önemli bir kısmının gereksiz olduğuna dair iddialara karşı diyebiliriz ki, bazı ilaçlar bazı ülkelerde veya bazı endikasyonlarda güncelliğini yitirmiş olabilir ve bunların yerini daha üstün nitelikli daha modern ilaçlar da almış olabilir. Yine de, bazı belli sınırlı durumlarda, özellikle sınırlı ekonomik koşullarda, eski ilaçlar hâlâ geçerlidir. Ayrıca, zamanında, bu ilaçların yaklaşık tümü yerel sağlık otoritelerince onaylanmış ve ruhsatlandırılmıştır.

Bazı durumlarda, tıptaki ekol farkından, değişik çevre veya epidemioloji koşullarından ötürü görüş ayrılıkları da olabilir. Bu nedenle, farmasötik ürünlerin istem ve sunusunda dünya çapında aynılık beklenmemelidir. Bunun ötesinde, ne hastalar, ne de patolojik durumlar birbirinin aynı değildir. Anlatılan durumlarda benzerlikler hiçbir zaman gözlenmediği gibi, gelecekte de görülmeyecektir.

Uluslararası ticarete var olan ilaçların niteliğine ait şüpheleri ortadan kaldırmada WHO sertifikalama şeması yaklaşık tüm ilgili soruları cevaplayabilmekte ve bu ürünlerin iyi kalitede olduklarının yanısıra, haklarında yeterli bilgi varlığını da garantilemektedir. Bu WHO sertifikalama şeması genişletilebilir. Yine de, şimdiki haliyle dahi, ülkeler bundan daha çok yararlanabilmelidir.

Yakında Cenevre'de toplanacak olan 39. Dünya Sağlık Asamblesi, üye ülkelerin tüm temsilcilerine, rasyonel ilaç kullanımı konusunu tartışma olanağını verecektir. Dr. Mahler, Nairobi Konferansının ana hatlarını anlatacak ve ardından herhalde ileride eksper gruplarca ele alınması gereken bir takım sorular ortaya atılacaktır.

Bu karmaşık konuda tüm farklı fikirlerin ortak niteliğini bulmak kolay bir iş olmayacaktır. Yine de, WHO'nun, geçmişte olduğu gibi, bu konuda da güçlüklerin üstesinden geleceğine kuvvetle inanmaktayım.

Böylece, rasyonel ilaç kullanımı konusunda Nairobi Konferansı, var olan tutumlar ve eğilimleri vurgulayıp hızlandırarak, ilaçların daha rasyonel kullanımıyla hastalarımıza daha iyi yardım olanakları bulunmasını uyarmıştır.

Sonuç olarak, daha rasyonel ilaç kullanımı için çağrı uygundur ve iyi zamanlanmış-
tır. Bu, çok karmaşık bir konudur ve hükümetleri, üniversiteleri, tıp ve eczacılık mesleklerini, farmasötik endüstriyi ve hepsinin üstünde, hastaları ilgilendirmektedir.

Kişi ve toplum için mümkün olan en üstün yararları sağlamak amacıyla güden rasyonel ilaç kullanımı, ancak ilgili tüm tarafların sıkı işbirliğiyle mümkündür.

Bazılarımızın biraz daha derin düşünerek bir üretici öğrenim sürecinden geçmemiz gerekebilir.

Rasyonel tedavi, rasyonel ilaç kullanımının ötesindedir ve her birimizin, potansiyel bir hasta olarak kişisel sorumluluğunu kapsamına alır: Aşırı veya yetersiz, yanlış beslenme, ölçsüz alkol veya tütün tüketimi gibi herhangi bir ilacın tedavi edemeyeceği kadar kişisel zarar ve toplumsal masraf yaratan nedenlerden korunmak görevimizdir.

Günümüzde rasyonel ilaç kullanımının bu kadar yaygın tartışılan bir konu olmasının nedeni, ilaç ya da farmasötik endüstrideki bir eksiklik değildir. Esas sebep, ilacın kapsamının, toplumsal ve ekonomik anlamlarının amaçtan sapma tehlikesidir. Sağlığımızı ve tüm olanaklarımızı rasyonel biçimde kullanarak "mümkün olan en kısa sürede herkese sağlık" ilkesine doğru çok önemli bir adım atmış oluruz.

Teşekkür ederim.

Prof. Dr. Oğuz Kayaalp

Sayın Başkan, Sayın dinleyenlerim,

Rasyonel ilaç kullanımı hakkında bana söz verdiği için Tertip Heyetine önce teşekkür ederim. Bu konu üzerinde özellikle duran bir kimseyim. Tertip Heyeti bunun farkına vardı ve şifahi olarak da ifade edildi. Bundan 8 yıl önce, kitabımın ilk baskısını yaparken adı ne olsun dedim. "Tıbbi Farmakoloji" olsun, fakat hangi açıdan? Rasyonel tedavi açısından. O zamandan beri, bu şemsiye altında, "Tıbbi Farmakoloji" kitabımı yayınlamakta devam ediyorum. Türkiye'de bu kavramın yerleşmiş olduğunu ve materyalize edildiğini de bu toplantı vesilesiyle görmekten memnuniyet duyuyorum.

Ben, rasyonel ilaç kullanımını hekim ve hekimlik açısından ele alacağım. Daha ziyade somut noktalar üzerinde duracağım.

Hekim üzerine, rasyonel ilaç kullanımı bakımından büyük sorumluluk düşüyor. Bir, kendi sorumluluğu var. İkincisi, hastanın sorumluluğu var. Hastanın sorumluluğunda hekimin gözden kaçırmaması gereken önemli bir nokta şu: Hasta, çoğu zaman rasyoneldir. Kendi ihtiyaç maddelerini karşılarken, kendi olanaklarını en rasyonel şekilde kullanmak ister, fakat bu kişi, ilaç kullanacağı zaman ne kadar rasyonel kişi olursa olsun, bu konuda uzmanlaşmış, (tabiri caiz ise) bir kişi de olsa, artık o rasyonel kişiliğini, rasyonel yaklaşımını ilaç konusunda kullanamaz. Vekâletini hekime vermiştir. Dolayısıyla, hekim, bu noktayı da dikkate alarak, ilacı rasyonel şekilde kullanmak, hastasına tavsiye etmek zorunluluğundadır.

Hekimlik açısından, rasyonel ilaç kullanılışı için hangi ana noktalar üzerinde durulması lazım ve her bir ana nokta içinde de hangi alt noktalar mevcut, bunları belirtmeye çalışayım.

Birincisi, iyi teşhis olmadıkça rasyonel ilaç kullanılmaz. İlaç ne kadar iyi, ne kadar modern, ne kadar etkili ilaç olursa olsun, ancak iyi teşhis temeli üzerine bina edilirse ilaç kullanımı rasyonel olabilir.

Teşhis olanaklarının az olması, rasyonel ilaç kullanım olanağını ve ihtimalini önemli ölçüde azaltır. Somut bir örnek vereyim: Koma halinde bir hasta. Komanın çok çeşitli sebebi var. Eğer sebebi belli olmazsa bu koma içindeki kritik durumdaki hastayı tedavi etmeye gereken tüm ilaçlar elimizin altında da olsa imkan yok. Teşhis açısından üzerinde durulması gereken bir nokta, ilaçlar modernleşirken bize daha verimli, daha büyük ölçüde başarılı tedavi imkanlarını sağlarken, teşhis imkanları da buna paralel şekilde gelişmiştir ve ilaç, ilacın etkinliği arttıkça onun yerinde kullanılması daha büyük önem kazanır. Teşhisin modernleşmesinde de önemli bir faktör, klinik analiz olanaklarıdır. Eğer klinik analiz olanakları hekimin eli altında mevcut değilse, hekim bazı modern ilaçları maalesef kullanamaz. Onlar yerine, ya hiç ilaç kullanmamak zorundadır, yahut da tedavisi şüpheli, fazla etkisi olmayan, fakat o koşullar altında fazla sakıncası da olmayan, teselli kablından ilaç kullanmak zorundadır. Buna örnek ne? Tüm ilaçlar söz konusu değil, oran antikoagülanlar bugün bir çok trombotik ve hastanın hayatı için kritik hastalıkların tedavisinde kullanılıyor. Eğer sizin protrombin zamanını tayin imkanınız yoksa, hastanenede, kliniğinizde, çevrenizde, bunun kullanılmasına imkan yoktur. Eğer hastanede klinik analiz olanakları bu şimdiki durumda günümüzde basit sayılan testleri yapmaya imkan vermiyorsa, o halde biz pek çok trombotik hastalıkta büyük yeri olan bu ilaçları kullanamayacağız. Bu açıdan baktığımızda,

maalesef, Türkiye'de büyük bir nüfus grubu, sırf klinik analizlerin yetersiz olması nedeniyle, bu ilaçların sağladığı imkanların ötesine itilmiş durumdadır.

Klinik analiz üzerinde durmanın bir diğer nedeni, bize kesin teşhis imkanını sağlaması, yardım etmesi yanında bazı modern ilaçların, çok etkili, çok başarılı ilaçların kullanılması için onların vücuda ne kadar girdiğini bilmemiz lazım ve vücut sıvılarında ne miktarda ne konsantrasyonda ilaç var, bunu bilmemiz lazım.

Klinik analiz, bize bu yönde de ölçüm imkanı sağlar. Yine bunu yapamazsak birçok ilacı verimli şekilde, rasyonel şekilde kullanamayız. Örnek: Lityum. Bugün lityum düzeyini ölçemezseniz, lityumu yeterli şekilde, uygun miktarda kullanamazsınız. Kullandım, oldu denilirse, olmuştur, fakat plasebo etkisidir veya lityumun birçok tehlikeli komplikasyonları pahasına olmuştur.

Diğer bir nokta, klinik analiz imkanları bize ülkemiz ve benzeri ülkelerde, hastalıklar arasında, ilaç kullanma yerleri arasında önemli yer tutan infeksiyon hastalıklarının uygun şekilde, rasyonel şekilde tedavi edilmesine imkan verebilir. Her anti - infeksiyöz ilacın, antibiyotik ilacın kullanılması için bazı laboratuvar testlerinin yapılmasına pek gerek olmayabilir, ama bir kısmı için, bazı bakteriel hastalıklar için, bazı bakteri türleri için, bu önemlidir. Mutlaka antibiogram yapılarak kullanılсын demiyorum; belki bu masraflı olabilir, olanaklar olmayabilir, ama, hiç olmazsa, Türkiye'de belirli ve ilaca karşı duyarlığı fazla, değişkenlik gösterdiği bilinen bakterilerin, infeksiyon etkenlerinin durumu nedir, bunun hakkında saha araştırması yapılsın ve periyodik olarak bunlar yayınlansın. Yani, Türkiye'de filan bakterinin duyarlık durumu veya rezistans durumu şudur, bölgeye göre budur, filan hastanede -hastaneden hastaneye bile değişebilir- şu hastanede durum böyledir, bu hastanede durum öyledir diye onların belirlenmesi lazım.

Biraz teorik tarafa kaçacağım: Bugün, bazı hastalıklarda artık ilacın etki yerinin bozuk olduğunu biliyoruz ve eğer bunun farkına varmazsak, ilacı boş yere kullanabiliriz. Örnek: Bazı endokrin hastalıklar. Eskiden, tıp bakımından kavram şu şekildeydi. Endokrin hastalık, endokrin bezin genellikle ya eksik salgı yapmasından, yahut fazla salgı yapmasından olurdu. Bugün, eskiden bezin eksik çalışmasına bağlı olduğumuz hastalıkların gerçekte bezin eksik salgı yapmasına değil, fakat o salgılanan maddenin, normal miktarda salgılanan maddenin hedef organda etkilediği reseptörlerin azalmasına veya kaybolmasına bağlı olduğunu öğrenmiş oluyoruz. Bazı androjen yetersizlikler, testisin eksik çalışmasına, gelişmesine bağlı değil, (Testiküler feminizasyon dediğimiz bir durum var) fakat salgılanan androjen hormonun etkileyeceği, seks hormonlarının etkilediği reseptörün azalmasına bağlı. Yine bazı diyabet şekilleri, insülin eksikliğine değil, insülin bol da salgılansa insülin reseptörünün azalmasına bağlı. Bunların tesbiti zor, üzerinde fazla durmayacağım.

Diğer bir nokta, ana nokta, teşhisten sonra hastanın biyolojisinin hekim tarafından iyi bilinmesi lazım. Biyolojiyle ilgili hangi parametrelerin bilinmesi lazım? Hastanın yaşı, ve rasyonel ilaç kullanımında yaşla ilgili iki önemli durum, pediatrik hastalarda ilaç kullanılması ve geriatrik hastalarda ilaç kullanılması.

Pediatrik hastalarda ilaç kullanılmasını önemi eskiden beri bilinir, ama geriatrik hastalarda kullanmanın önemi daha yenidir ve özellikle de ülkenin hayat düzeyi yükseldikçe ve sağlık hizmetleri modernleştikçe, geriatrik yaşa, ileri yaşa gelen nüfus kesimi artıyor ve bu geriatrik kişilerde ilaç kullanımı da o bakımdan önem kazanıyor. Türkiye'de artık bu noktaya gelmiş durumda ve bu yaşla ilgili bazı temel kavramlar var. Bugün, "neonatuk" nedir, "infant" nedir, "çocuk" nedir, "adolesan" nedir? Bunların her birinin yaş sınırı var, ona

göre de ilacın dozu veya kullanmayla ilgili diğer özellikleri değişebiliyor.

Acaba ilaç kullanan, yazan kişilerde bu sınırlar hakkında ne kadar bilgi oluşmuş, bunların epidemiolojik bakımdan incelenmesi lazım.

Diğer bir nokta, seks, cinsiyet. Pratik bakımdan önemli olan, erkeklerde filan ilaç fazla etki yapar, diğeri az etki yapar değil. Bilhassa ilaçların teratojenik etkisi olanlar var. Bunları biz erkeklerde daha kolay kullanabiliriz ve bazı noktalara dikkat etmeden o ilacın erkekte kullanılması rasyoneldir, ama kadında kullanılması, üretken çağdaki kadında kullanılması da aynı rahatlıkla doğru olmayabilir. Öneğin, akne tedavisinde gayet etkili olan bazı retionik asid türevleri çıktı. Ticari ad vermeyeyim, "cik-retionik" asid gayet etkili, özellikle diğer klasik ilaçlara resistan olan aknenin tedavisinde, fakat, tabiri caizse, muazzam teratojenik. Erkek hastalarda rahatlıkla kullanılabilir, fakat hanım hastalara gelince çok dikkat edilmesi lazım.

Hastanın biolojik durumuyla ilgili bir başka nokta, başlıca eliminasyon organlarının hastadaki durumu. İlacın rasyonel kullanılması için bunların bilinmesi lazım. Karaciğerin durumu nedir, böbreklerin durumu nedir ?

Diğer bir biolojik nokta, diet ve çevresel kimyasal maddeler. Bazı ilaçların yemek arasında alınması bunların absorpsiyonunu çoğu zaman azaltır. Ancak, bu azalınca çoğu ilaç için önemli değildir. Velez ki, o ilaç % 100 oranında absorbe edilen bir ilaç olsun. Fakat, bazı ilaçlar, az sayıda, kısmen absorbe edilirler. İşte bunlarda, yemek sırasında alınıp alınmama önemlidir. Az sayıda ilacın yemek sırasında alınması absorpsiyonunu artırabilir, ama çoğu ilaç için azaltır. Fakat, bu gerçeğe rağmen bazı ilaçların bir yemek sırasında alınmasını hasseten tavsiye ederiz. Çünkü aç karna alındığında midede tahriş yapabilir ve aç karna vermenin faydası mide tahrişine bağlı sakinca yanında kaybolur.

Diğer bir nokta, çevresel kimyasal faktörler arasında diet dışında, sigara. Sigara tiryakiliği bazı ilaçların kullanımında, hastaya yazılmasında dikkatle üzerinde durulması gereken bir nokta. Buna en somut örnek olarak teofilin tedavisini söyleyeyim. Bugün, referans kitaplarına bakarsanız, teofilin'in erişkin dozu, sigara içenlerde ve sigara içmeyenlerde farklıdır. Sigara içenlere daha yüksek dozda teofilin verilir, aynı kan düzeyine erişmek için. Çünkü sigara dumanı içindeki bazı maddeler, bildiğimiz gibi, teofilini yıkan, daha pek çok ilacı yıkan mikrosomal enzimleri indüklerler.

Çevresel faktörler içinde bazı tarımsal savaşım maddelerini de dikkate alam lazım. Gerçi, asetilkolin benzeri ilaçlar bugün fazla kullanılmıyorlar, fakat bizim ülkemizin güney tarafında ve organik fosfatlı insektisidlerin, karbonatların sık kullanıldığı bölgedeki kişilerde asetilkolin benzeri bazı ilaçları yıkan enzimlerin busklinik şekilde inhibe edilmiş olması muhtemel ve böyle durumlarda bu ilaçlardan reaksiyon beklenebilir.

Hastayla ilgili diğer bir durum, farmakogenetik faktörler. Farmakogenetik faktörler içinde de Türkiye bakımından önemli olan glikoz-6-fosfat-dehidrogenaz yetmezliği. Pek çok oksidan nitelikli ilaç, bu gibi kişilerde kolaylıkla hemolize neden olabilir. Bazı ilaçların verilmesinden önce bu gibi kişilerin belirlenmesi lazım. Yine, eğitim sistemimizde, bu glikoz-6-fosfat eksikliğinin Türkiye bakımından öneminin vurgulanması lazım. Yoksa, İngiltere kitaplardan yapılan eğitimle bunun Türkiye'deki öneminin farkına varılmayabilir. Bugün Güney Anadolu'da Eti Türkü diye öfemizm olarak adlandırdığımız bir grup vatandaşımız var. Bunlar Türk vatandaşı, fakat etnik orijinleri nedeniyle bunlarda glikoz-6-fosfat dehidrogenaz eksikliği sıklıkla görülüyor. Bu bölgede çalışan hekimlerin bu açıdan dikkatli olması

lazım. Yine, aynı bölgelerde talasemi fazla görülüyor ve batı hematolojik komplikasyonların bazı ilaçlarda bunlarda ortaya çıkması söz konusu.

Farmakogenetikle ilgili, çok seyrek görülen durumlar da var. Bunların bilinmesinde de yarar var.

Rasyonel ilaç kullanımı bakımından diğer bir nokta, bugün Türkiye'ye gelen yeni ilaçlar ilk defa çıkmış. Batı toplumundaki deneklerde deneniyor. Onların farmakogenetik yapısı farklı olabilir. Örneğin, asetillenmek suretiyle inaktive edilen bir ilaç. Almanya'da hızlı asetilleneyenlerin oranı çok yüksekse -bu tamamiyle teorik örnek olarak söylüyorum, gerçek bu şekilde olmayabilir- o toplumda denenip ortalama dozu o toplumda tesbit edilmiş ve Türk toplumunda yavaş şekilde inaktive edenlerin oranı yüksekse, bu ilaç Türkiye'de daha fazla yan tesire sebep olacaktır. Bu noktanın da hatırdta tutulması lazım.

Hastanın biolojik durumuyla ilgili diğer bir faktör, hastanın ilaç öyküsü. Hasta daha önceden hangi ilaçları kullanıyor, bunun bilinmesi lazım. Bazı diüretik ilaçlar alanlara siz aspirin ve benzeri ilaçları verirseniz, onların diüretik etkisini ileri ölçüde azaltırsınız. Hekim, rasyonel şekilde kullanmak isterse diüretiği veya aspirin benzeri ilacı, bunu hatırdta tutması lazım.

Diğer bir nokta, tedavinin sürekliliği. Yaptığınız tedavi ne derece sürekli olacak, bunun göz önünde bulunması lazım. Bazı helmintiazis olguları var ki, Türkiye'de çok sık görülüyor, fakat sağlık yönünden fazla problem değil. Üstelik de, sanitasyon eksikliğine bağlı. Şimdi, sanitasyonu düzeltmedikçe biz bunları tedavi edelim mi? Bunun için bu masrafa hastayı maruz bırakalım mı? Yahut reçete bedelini ödeyen devleti bu masrafa maruz bırakalım mı? Bunlar, düşünülmesi gereken şeyler. Bugün opiat bağımlılarını bile biliyorsunuz, bazı ülkeler tedavi etmiyor. Çünkü tedavi ediyor, tekrar aynı işe başlıyor. Ne yapıyor? Veriyor metadon'u, en rasyonel tedaviyi o şekilde bulmuş. Yeterli diyor. ben adamı rehabilite edeyim ve bana da zararı olmasın.

Diğer bir nokta, ana nokta, ilaç seçimini rasyonel şekilde nasıl yapacağız? Eğer bir tıbbi durumun tedavisi için tek alternatif, tek ilaç seçimi ve onun rasyonelliği, bir hastanın tedavisinde birden fazla sayıda ilaç varsa veya ilaçla tedavinin yanında cerrahi tedavi, yani ilaçsız diğer tedavi imkanları varsa kritik oluyor. Şimdi bu çok alternatif içinden seçimi nasıl yapacağız?

Bugün, hipertansiyon tedavisinde çok çeşitli ilaçlarımız var. Bazıları çok etkili (guanetidin gibi), bazıları az etkili (B - blokerler gibi, yahut diüretikler gibi). Hastada hafif hipertansiyon durumu varsa, etkisi düşük olanı kullanacağız. En etkili olanları kullanmağa gerek yok. Onun için de, bugün, rasyonel tedavide, hipertansiyon gibi, her toplumda % 10-15 oranında görülen bir durumun tedavisinde, basamaklı tedavi kavramı diye, gayet rasyonel bir tedavi kavramı gelişti.

İlacın güvenliği önemli seçimi yaparken. Yarar / zarar oranı, terapötik indeksi önemlidir.

İlacın verilme kolaylığı önemlidir. Bir köyde eğer enjeksiyon yapacak kimse yoksa, hastaya enjeksiyon şeklinde ilaç vermenin anlamı yok. Günümüzde, bir de i.v. infüzyonla verilen ilaçlar çıktı. Bunların hele verilmesine hiç gerek yok.

Verilme kolaylığının artırılması lazım. Bugün bir çok dünya ülkesinde terminal kanser ağrısında morfin ağızdan kullanılıyor. Hastanın morfin bağımlılığı üzerinde durulmuyor, tıbben böyle bir durumda üzerinde durulması gerekmez, fakat hastayı iğneciye de ba-

ğimli kılmamak lazım. Hayatı boyu bağımsız yaşamaya alışmış kimse, çevresinde de fazla yardımcısı yok. Ne oluyor. ağız yolundan morfin tedavisi yapılıyor. Bugün "essential drugs list" e ağız yolundan verilecek morfin preparatları, oral solüsyon ve morfin tableti girmiş vaziyette. "Essential drugs list" e girmesine rağmen Türkiye'de henüz bu kavram ve bu pratik yerleşmedi.

Diğer bir nokta, ilaç seçimi yaparken, alternatifleri arasında tedavinin bedeli önemli. Fiyat demiyorum. Bazı hastalıklar cerrahi şekilde tedavi ediliyor. Cerrahi tedavinin maliyeti ne? İlaçla tedavinin maliyeti ne? Tedavinin bedelini söylerken, ilaç ucuzdur, pahalıdır, onu da çok dikkatli şekilde değerlendirmek lazım. Tek dozun fiyatı, tek kutu ilacın fiyatı önemli değil. Acaba, hangi sıklıkta, kaç doz veriliyor, hangi süre veriliyor, kaç kutu ilaç ile tedavi yapılması lazım, bunun dikkate alınması lazım. Uygulama ücreti var mı? Enjeksiyonla verildiğinde olduğu gibi. Bu ücretin de dikkate alınması lazım.

Diğer bir nokta, acaba ilaçsız, tedavi olmasaydı, bu hastaların topluma maliyeti ne olacaktı? Bugün A.B.D.'de 2 milyon Alzheimer tipi senil demans olgusu var ve federal hükümetlere bu işin araştırılmasına muazzam para aktarılıyor. Üzerinde durulmasının sebebi şu: Tıp kitaplarına baktığımız zaman Alzheimer demansı bellek kaybıdır, beyinde şu çekirdek şöyledir, şu nörotransmitter gitmiştir, fakat hekim bakımından gereken önemli nokta, bu hasta artık bütün melekelerini kaybetmiş durumda, kendi kendine bakamıyor. Bakım ücreti, Amerika'da hesaplanmış, 12 milyar dolar, 2 milyon Alzheimer hastasının bakımı. Yani bizim bütçeye neredeyse eşdeğer. Şimdi bunun tedavisi için ilaç yok. Bunun tedavisi için bir ilaç geliştirilirse, bunun fiyatını 12 milyara karşı ölçmek lazım.

Diğer bir nokta, ana nokta, hekimin ilaç bilgisinin iyi olması lazım. Bu ilaç bilgisi mutlaka farmakoloji bilgisi değil, aynı zamanda müstahzar bilgisi. Hangi ilaç hangi farmasötik şekildedir, o farmasötik şekil tek yitilikli mi, çift yitilikli mi, bunların bilinmesi lazım. Eğer hastaya hekim reçetesini yazarsa, sen şu kadar gün şu kadar ilaç alacaksın derse ve bir kutu yazmışsa, yedi günlük tedavinin ikinci günü bir kutu biterse, hasta hekime itimadını kaybeden ve bu tedaviyi hiç olmazsa bazı ilaçlarla önemli şekilde etkiler.

Rasyonel ilaç kullanabilmek için, hekimin de, kişilik bakımından rasyonel olması lazım. Ayrıca hastanın da kişilik bakımından rasyonel olması lazım. Eğer hasta, hastalığı hakkında kaygı duymayacak kadar rasyonellikten yoksunsa, hekim ne kadar rasyonel de olsa, rasyonel tedavi imkanlarını da kullansa, takdir edersiniz ki, böyle bir durumda rasyonel uygulama yapılamaz.

Benim söyleyeceğim esas itibarıyla bu kadar. Vakit olsaydı kombine ilaçların rasyonelliğinin değerlendirilmesinden de söz edecektim, ama soru döneminde soran olursa o konuya da temas edebilirim. Teşekkür ederim.

Prof.Dr. Güler Kanra

Sayın Başkan, Sayın Konuklar,

Ben, bana bu imkânı sağladığı için Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanına, Eczacılık Genel Müdürlüğüne huzurunuzda teşekkür ederim.

Ben, zamanımı rasyonel kullanmağa çalışacağım, çünkü çok çabuk konuşurum. Yani bütün konuştuklarımı çok süratli bitireceğim.

Diğer konuşmacılar olaya bakış açısı olarak bir farmakolojistin baktığı açıdan bak-
tılar. Ben bir klinikçinin polikliniğinde bir hastayı muayene ettikten sonra aklımdan neler
geçirmesi lazım bir reçete yazmadan önce, bunu size aktarmak istiyorum. Tabii bu insanın
hastayı muayene ettikten sonra ne kadar sürede reçete yazacağını siz takdir edersiniz. Bu
zaman zarfında, ki bu on dakikayı geçmez, aklımdan neler geçirmesi lazım bir reçeteyi yaz-
ması için, size bunu özetlemek istiyorum.

Birincisi, hiçbir hekim arkadaşımızın, hiçbir şekilde hastayı görmeden, telefonla,
ahbap işi, hiçbir tedavi vermemesi gerekir. Muhakkak klinik muayene, bir hikaye alması ge-
rekmetedir. Eğer bunu yapmazsa öder, muhakkak öder.

Değerlendirmede fizik muayene demiştik. Hasta önümüze geldi, ilk defa bakacağı-
mız şey, iyi bir hikayeden sonra bizi o noktaya ulaştıracak bulguları hemen saptayabilmek-
tir. Tabii bu da insanın yetişmesine, klinikçinin yetişmesine ve eğitimine bağlı. Ben diyo-
rum ki, değerlendirmemizde birinci madde olarak, eğer bir çocuğun absesi varsa, artık bu
çocuğa sistemik antibakteriel ajan vermek yerine bu abse süratle açılmalıdır. Ve abse de
Gram boya ile boyanmalıdır.

Yeni 1985 neşriyatı ve '86 başı neşriyatını takip ettiğimizde diyor ki bize, ameli-
yathanede safra kesesi alınırken muhakkak safra kesesi materyelinden cerrah o anda Gram
stain boyamalıdır. Eğer Gram boyama yapmaz ise, hastanın gidişatı, süresi ve ona karşı olan
bir çok antibakteriel ajanların kullanılması, kendisini çok uğraştıracaktır. Onun için günü-
müzde ve hekimlik hayatımızda Gram stain evkalade değer kazandı.

Değerlendirmede ikinci bir olay, aldığımız kültürü, ekıyoruz. Bir meningokok kültü-
rü. Hastada meningokok düşünüyorsak, bu kültürün muhakkak koşuşturularak götürülmesi
lazım. Eğer bir kaka kültürü aldysak, oda hararetinde 24 saat kalabilir, hiç telaşlanmamıza
gerek yok. Normal olarak laboratuvarı kullanırken hekimin çok bilinçli hareket etmesi laz-
ım. Hatta, gonokok düşünüyorsak, bir gonokoksik konjonktivit düşünüyorsak, "bedside",
yatak başı kültürü almak gerekir. O zaman üretim şansı % 97 iken, bunu koşarak da trans-
port etseniz üretim şansı % 23'e düşmektedir.

İkinci bir madde olarak hemen değerlendiriyoruz ve söylüyoruz ki, eğer bizim eli-
mizde hiç bir klinik veri yoksa şikayetlerinden tablolarımız var. Bir hekimin bir şikayetten,
kulak ağrısı şikayetinden neler olabileceğine dair elinde, şu anda '85 neşriyatı yeniledi bu-
nu, olanaklar var. değerlendirmeler var. Neler olabilir ? Gözünde bir enfeksiyon varsa bu-
nun ilk ajanı nedir ve ne düşünmesi gerekir gibi öncelikle sıralanan listeler çıkartılmıştır
dünyada, bunlar her yıl yenilenmektedir. İşte bu listelerle hastalığın, değerlendirmenin ön-
celikleri değerlendirilerek hastaya tedavi başlanabilir, sonraki çalışmalarını tekrar evaule
etmek üzere. Bu arada üçüncü bir değerlendirme de; hastayı tedaviye başladık, muayene
ettik ve diyoruz ki, normal olarak bir patojen idantifiye de edemedik. Bir antibakteriel
ajan vermekle mükellefiz. Diyoruz ki, tonsillit, bir antibakteriel ajan. Eğer bir hastaya
iki tahe antibakteriel veriyorsak, muhakkak ki, mazeretimiz olması lazım. Bu mazeretin
en büyüğü, hastanemizdeki evaluasyonlarımızda, hastanemizdeki yazdığımız reçetelerde
biz bunun süratle "feed-back" yaparız, ya mikst enfeksiyon göstermesi lazım, ya da, he-
kim arkadaşımız "sinerjistik etkisinden faydalaniyorum da hocam onun için yazdım" de-
mesi lazım. O bakımdan bir hastalığa bir tek antibakteriel ajan yeder. Pekiyi bu antibakte-
riel ajan, dar spektrumlu mu olsun, geniş spektrumlu mu olsun ? Eğer, bakteriolojik ola-
rak ve klinik olarak baktığımızda bakteri neticesi elimize geçmemişse, geniş spektrumlu
kullanıyorsak, bunun riskini ödeyeceğiz, çünkü ileride bu mikst enfeksiyon, "superimpo-

sed" enfeksiyona adaydır. Ama bir tonsillit'i varsa, dar spektrumlu ve tek antibakteriel ajan. Buna en güzel misal kriptik anjindir veya bu tabii "rheumatic fever" dan korumak için hastayı Penicilik G'yi vermek yetmektedir. Bunun için ille semi-sentetik penisilin vermeğe kesinlikle gerek yoktur, aksine kontrendikedir. Parası açısından ben konuşmuyorum, haddim değil, bilmiyorum.

Başka bir nokta, bir antibakteriel ajanı verirken hastaya muhakkak o hastanın durumunu değerlendirmemiz lazım. Ona alternatif ilaçlar varsa, mesela eğer streptomisin muhakkak vereceksek, primer pulmoner enfeksiyon varsa, streptomisini verirken 8. kafa çiftini muhakkak zedeleyeceğimizi düşünmemiz gerekir. Yaptığımız on senelik "follow-up" da % 32 nisbetinde sağırılık bulduk streptomisin'e sekonder. Bir arkadaşımızın doçentlik tezidir. O zaman, streptomisin yerine acaba primer pulmoner enfeksiyona ne verelim ki, bu hastanın 8. kafa çiftini bozmasın. Bu tabii pahalı da olsa, o hastanın hakkı olan rifampisin-dir. Eğer tabii çocuğun kaverni de varsa, bir yığın mazereti var bu için.

Eğer bir hastanın böbrekleri ve karaciğeri bozursa, karaciğeri bozuk olana kolaramfenikol vermek, ekskresyon oradan yapılacağı için hatahdır. Onun için spesifik durum çizelgeleri vardır. Bu arada doz azaltılmalı ve süreler uzatılmalıdır, aralık süreler uzatılmalıdır ve böyle düşünülmelidir.

Bir hastada karaciğer-böbrek kistik hastalığı varsa ne verelim ? Böyle çocuklar da sık sık hastanemize gelmektedir. Onların da çizelgeleri hazır, bakılır. Muhakkak eğitim. Tabii burada hemen bir parantez yapmak icabediyor: Hekimin muhakkak "updated" olması lazım. Kesinlikle, hekim, her yıl, kendisinin hakkı olarak yazması icabeden antibakteriel ajanları nasıl yamzalıdır, bunu öğrenmesi lazım. Bunun için de, tabii hatırlatıcı kurslar devletin vazifesidir.

Başka bir değerlendirme de, ısrarla söylüyoruz, bazı durumlar vardır disgammaglobulinemi gibi, "immuno-compromised host" dediğimiz, yani malign hastalıklar olan veya malign hastalıktan dolayı sitotoksik ilaçlar alan bir lösemi, lenfoma gibi hastalıklarda bakterisidal antibakteriel ajanlar, bakteriyostatik antibakteriel ajanlara tercih edilmelidir. Bu da muhakkak bilinen yapılmalıdır, çünkü mikroorganizma eradike etmek bakteriyostatikle mümkün değildir. Bu şartı da hemen akıldan geçirmekte fayda vardır. Bir enfektif endokarditte, normal olarak streptococcus viridans'ı eradike etmek olasılığını düşünerek, bakterisidal antibakteriel ajan muhakkak tercih edilmelidir.

Bir bakteriel ajanın antagonistik etkisi in vitro ise, hekim olarak in vivo'yu takip bizim önceliğimizdir. Yani bir antibiogramda, bir yığın artılarla gelir hasta, elinde bir koca kağıt, fusiform basil üremiş altı zait linkosin. Bizi bu hiç enterese etmez. Bizimle hiç bir ilişkisi yoktur, bu korkunç büyük kağıdır. Değerlendirmede hekim olarak vazifemiz, hastamıza bakalım, hastamızda ne düşündüysel bir antibakteriel ajan verelim ve takip edelim.

In vitro antagonizm, in vivo antagonizme hiç bir zaman korrelasyon göstermemektedir. Bir meningokoksik menenjitte tedavi penisillin + kloramfenikolken, bu kesinlikle in vitro antagonistiktir, fakat in vivo hastamızı takibimiz, ateşi düşmüşse meningeal arazlardan ayak fenomenini kaybolmuşsa yeterlidir, devam edelim. Muhakkak tedavi süresini tamamlayalım ve devam edelim. Demek ki, antibiogramda gösterilen antibakteriel ajanları kullanma prensibi bir tek noktadadır, o da eğer hastalık "life-threatening" ise, hasta ölüme gidiyorsa, mazeret kabul etmez bizim hatamız. "Bekleyeyim de iyileşsin" yoktur. Onu vermek mecburiyetindeyiz.

Başka bir değerlendirme, kafi doz, uygun süre ve normal olarak uygun yol tercih etmeliyiz. Kusan bir hastaya ağızdan vermek kesinlikle hatalıdır, tabii ORS hariç. ORS, kusarsa muhakkak ağızdan vereceğiz, çünkü villuslerin "refreshment"ı, yenilenmesi, normal olarak yeşermesi için kesin ağızdan başlarsak, o refleks "vomiting" durmaktadır, bir gastroenterit etkeninde. Fakat devamlı kusma, bir saatte 24'ün üzerinde kusma varsa bu çocuk parenteral tedaviyi hak etmiştir.

Bir çocuk eğer şokta ise ona oral veremeyiz. Muhakkak parenteral tedavi vermemiz lazım. Bir bakteriel menenjitte kesinlikle oral verme olasılığımız yok. Transportasyon yapıyorsak o zaman bile bir penisilin enjeksiyonu + hemen hastaneye nakletmeliyiz. Bunun dışında bir dakikamızın bile ehemmiyeti var menenjitte. Muhakkak parenteral başlamak mecburiyetindeyiz.

Başka bir değerlendirme, hasta geldi siyanotik, buna hemen antibakteriel ajan vermek kesinlikle hatalıdır. O hastanın durumunu muhakkak takip etmemiz icabeder. Hekimin yeri budur. Nedir bu ? Oksijenasyonunu temin etmek, hipovolemik şokta suyu yerine koymak. Değerlendirmede muazzam bir şekilde gazlı gangren varsa, muhakkak cerrahı çağırarak onu orada amputasyona süratle gitmektir, çünkü bir dakikanın ehemmiyeti vardır, bir eklemi kaybedebiliriz.

"Surgical treatment"ın, yani cerrahi tedavinin yerini hiçbir zaman antibakteriel ajan tutamaz. O bakımdan öncelik süratle oksijenasyona, normal olarak mayı yüklemeye ve hastayı takibe verilmelidir. Yani bir difteriyi burada örnek olarak alırsak, anti-toksik immunitiyi temin etmemiz, antibakteriel ajan vermemizden çok daha öncelik taşır, çünkü sirkülasyondaki toksinler, süratle çocuğu miyokarditten öldürebilir. Bir saniyemizin bile ehemmiyeti vardır. O bakımdan, kafamızdan antibakteriel ajanları süratle silip, ne yapacağımıza karar vermemiz icabeder.

Başka bir değerlendirme, süratle, mesela "minimal inhibitör konsantrasyon" ve "minimal bakterisidal konsantrasyon" dediğimiz bir olay var. Hepimiz bunu biliyoruz. Bakterinin ilk defa inhibisyonunu sağlayıp, sonra bunu öldürecek, "killing" yapacak dozda vermemiz lazım. Bu bizim büyük hastanemizde yapılmaktadır, devam etmektedir. Yurt dışında eğitimimizde de üç dakikada, onbeş dakikada maksimal küçük bir "punkt" testle bu bize verilirdi. Bunun değeri nedir ? Verilen antibakteriel ajanın olumlu bir şekilde az dozda, yani uygun dozda verilerek Bos'lara veya mesela likordan bahsediyoruz veya bir apseye ne kadar geçtiğini ölçmektir. Bunun için hastayı yüklemeye gerek yok. Örnek olarak, eğer meninklere gitmesini istiyorsak, oradan küçük bir "spot" test yaparak bunu ölçtüğümüz zaman, verdiğimiz antibakteriel ajanımız kafi midir, değil midir, bunu denememizde fayda var. Buna bir misal ampicilin denen antibakteriel ajan, menenjer iyileştikçe, normal olarak kan-beyin barajı düzeldikçe Bos'a geçememektedir. Dolayısıyla dozumuzu hasta iyileştikçe artırmak mecburiyetindeyiz. Bunun için "minimal inhibitor konsantrasyon" ve "minimal bakterisidal konsantrasyon", her hastane veya her normal hastaya bakan yer kavuşmalıdır, yani buna layıktır.

Başka bir değerlendirme, hastayı aldık. Her şeylerimiz tamam, antibakteriel ajanlarımız tamam, kültürlerimizi ürettik, tedavi de veriyoruz. Bakıyoruz hasta iyileşmiyor, ateşi yüksek, tekrar meningeal irritasyon başlatı, konvülsiyonlar geçiriyor. Bu hasta, kesinlikle re-evalüe edilmelidir. Eğer biz kendimize yetmiyorsak başka yakın ocak hekimi ve yakın hastane veya bunu iyi bilenler çağrılmalı, hiç bir zaman bir süpergo geliştirilmemeli, hasta başı toplantısı yapılmalı, doğru yol bulunmalıdır. Veya sil baştan yapmalı hekim kendisi,

her şeyini unutmali, bir noktaya takilip kirk plak gibi durmamalidir. Muhakkak hastayi her yönüyle, laboratuvar, fizik muayene, klinik yönüyle re-evalué etmelidir. Bunun dısında, Bu hastayi re-evalué etmesinin sebebi, bir şey olabilir. Bu yabancı bir cisim olabilir, akciğesinde kalabilir, devamlı enfeksiyonu vardır. Bunu muhakkak kaçırmamalı. Kulağına, burnuna kaçmıştır. Biz bunu sifilis diye veya herhangi bir difteri burun difterisi diye tedavi etmemize gerek yok.

Ben Mümtaz Soysal'ın çocuğunda yabancı cisim bulmuştum. 3,5 ay dolaşmıştı hasta. Hep söylerim, Mümtaz Soysal'ın çocuğu bize böyle yabancı cisimle ulaşırsa birçok hastalar ulaşmaz. O zaman enfeksiyon veya herhangi bir şey iyileşmiyorsa, yabancı cisim açısından muhakkak re-evaluasyon gerekir.

Bundan sonraki başka bir nokta, profilaktik antibiotik ajanlara gelmektedir. Bunun için çok bilinçli olmalıyız, çünkü profilaktik antibakteriel ajanlar bir yandan fayda getirirken, bir yandan süperenfeksiyon yaratmakta, normal olarak toksikolojik özellikleri akümülyasyondan dolayı artmakta ve allerji meydana getirmektedir hastada. O bakımdan profilaktik antibakteriel ajanlar sınırlı sistemlerde kullanılmalıdır. Buna en büyük misal "rheumatic fever" tanısı almış çocuk ömür boyu Penadur veya Pen-os profilaksisi alacaktır. Onun için, değerlendirmede veya bir meningokoksik menenjitte ekspozé olduysa, üç gün süreyle muhakkak gantrisin alacağız. Bunun dısında, bir reküran menenjit varsa, (27 kez gelen hastamız var bizim) buna muhakkak profilaktik antibakteriel ajan ömür boyu vermemiz gerekmektedir.

Bunun dısında, son maddeye geçmeden önce bir maddeyi söylemek istiyorum. Hekim arkadaşlarımıza tavsiyemiz, yazdıkları reçeteleri çok güzel yazıyla yazmaları ve eczacılarımızın bunları çok iyi bir şekilde okuması gerekmektedir, çünkü bunu, biz üçlü bir trigon şeklinde değerlendiriyoruz, hastamızın da okuması lazım. Bizim hastalarımız artık okumaz yazma bilmeğe başlamışlardır. Yani, kadınınızın % 65, erkeğimizin % 82 okur-yazarlığı olduğuna göre, bundan istifade edeceklerdir. Kargacak, eğri-büğrü kendinin de okuyamadığı, eczacının da okuyamadığı yazılarla reçeteyi işgal etmememiz gerekir. Reçete biçim velinimetimizdir. Oradan para kazanıyoruz.

Değerlendirmede bir şey daha var: Aklımıza esen antibakteriel ajanlar alarak toplumumuzda rezistan suşları geliştirmeye kimsenin hakkı yok. O bakımdan, bilmiyorsak öğrenelim, soralım.

Bir diğér özellik, hekim arkadaşlarımıza da söylüyoruz, her yerde söylüyoruz, burada da ben tekrar etmeyi çok severim: Reçetelerimize saygı duyalım. Hiçbir hekimin reçetesini hiçbir hekim fırlatıp atmamalıdır. Onu almalı, onu değerlendirmeli, oradaki hatada kendisini de yetiştirmelidir. O hatayı kendisi yapmamalıdır.

Son olarak, Dünya Sağlık Teşkilatının "Normal drug for infants and children" kitabında çok güzel bir bölüm var. Sayın Başkan izin verirse hemen aktarmak istiyorum. Çocuklara antibakteriel ajanlar verilirken bazı faktörler var. Bu faktörlerin en büyüğü demografik faktörler. Nedir bu? Normal olarak çok az çocuğu mu var bu ailenin, çok fazla çocuğu mu var, çok yaşlı çocuğu mu var, çocuklar adolesan periodu -bunu çok iyi değerlendirmesi lazım- evli mi bu aile, mutlu mu bu aile ve normal olarak eğitim seviyeleri yüksek mi, çok para mı alıyorlar, zenginler mi bu aile? Bu çok etken reçetenin kullanılmasında. Sosyal faktörler içerisinde muhakkak ailenin problemlerinin minimalde olması gerekir, reçeteye ehemmiyet vermesi bakımından ve ailenin normal rutinlerini çok iyi geliştirmiş olması gerekir.

Fizyolojik faktörlere gelince, üçüncü faktör, normal olarak ilaç hakkında çok iyi fikrimiz olması ve ilacı çok iyi bilmemiz gerekir. Repesantörlerden öğrenmek yerine kitapları açıp okumak gerekir, öyle takip etmek gerekir. O bakımdan, normal olarak tedavinin de konstraktif bir şeması olması gerekir, yapısı olması gerekir beynimizde, onun bunun "dealing" iyle, onun bunun itmesi-kakmasıyla biz hiç kimseyi tedavi edemeyiz. Mümkün değil bu. Devam etmez çünkü. Dolma tüfek yürümez. Bu iş kesinlikle yürümez.

Hastalığı iyi bilmek mecburiyetindeyiz. Ne var inkübasyon periodu var bu hastalığın, nedir bu hastalık, evvelce tecrübemiz var mı, ne yapmıştık o zaman ? Bunları hemen aklımızdan geçirmemiz gerekir.

Reçete yazanın muhakkak kısa süre tedavi vermesi lazım. Uygun süreyi de unuttum, hemen burada hatırlatmak isterim: Koskoca bir tifo, "enteric fever", yedi günde düzelir. Bunun üzerine artık ısrar edip de otuz günde tifoyu düzeltmek hiçbirimizin haddi değildir. Herhangi bir şekilde, bir menenjit, yedi günde düzelmektedir. Bir menenjiti yedi günde düzeltiyorsak bir anjini de beş günde düzeltmemiz gerekir. O bakımdan bu süreleri artık çok iyi bilmemiz gerekir.

Reçeteyi yazdıktan sonra, normal olarak, sıklıklarını çok fazla artırmamak lazım. Altı saatte bir, saat kursun, anne okumuş-yazmış, öbürküsü unuttur gider. Buna çok iyi tarif gerekir. Hekim reçeteyi yazdığı zaman hastasını dizinin dibine alıp ona çok iyi öğretmek, çok iyi emek vermek ve tekrarlaması gerekir.

Ben şahsen ocak hekimliği yaptığımdan bunu gördüm. Hakikaten ne anlatsak onun lehinedir ve onun hakkıdır.

İlacı da bulması gerekir. Herkes söyledi, ben hemen athyorum ve hekimin kesinlikle ilacın üzerindeki "label" ı görmesi gerekir ki, ismini yazdığı ilacın aynı olduğunu görmesi gerekir. Ocak eczaneye yakınsa, getir ilaçlarını bir kere de ben göreyim demesinde fayda vardır, çünkü yazdığıyla eczacının verdiği arasında dağlar kadar fark olmaktadır.

Bir de değerlendirmede, eczacının da hastaya bunları anlatması gerekir. Eczacının da reçeteyi yazan doktoru tanıması gerekir. Eğer tanyorsa, iyi bir ilişki kurulur hasta, hekim ve eczacı arasında.

Son olarak, hekimin hastasıyla fevkalade iyi geçinmesi gerekir, reçeteyi verirken ve ona ısrarla çocuğun tedavi olma süresini, kesin tarzda belirtmesi gerekir.

Çok teşekkür ederim.

Prof. Dr. Alâeddin Akçasu

Gerek Dr. Roepnack'ın, gerek Prof.Dr. Oğuz Kayaalp'in ve Prof. Dr. Güler Kanra'nın konuşmalarını hep beraber dinledik.

Rasyonel ilaç kullanılması konusunun ne kadar önemli olduğunu bir kere daha vurgulamak yerinde olacaktır.

Disküsyona geçmeden, sorulara geçmeden evvel, müsaadenizle üç-beş kelime de ben arz etmek istiyorum.

Dünyamızda, çok gelişmiş ülkelerle çok az gelişmiş ülkeler birlikte aynı güneşi paylaşmaktadır, fakat aynı imkanı değil.

Rasyonel ilaç kullanımı, bu açıdan zaten önem kazanmıştır.

Nairobi'de yapılan toplantının esas prensipleri, güneşten az istifade edebilen o gruba daha fazla istifade edebilme yollarının rasyonel nasıl elde edilebileceği, ilaçta araştırılmış. Fakat, çok acı olan nokta, gelişmemiş ülkelerin bireysel olarak içine baktığımız zaman, çok gelişmiş bir grupla çok az gelişmiş grupların aynı sokak içerisinde, aynı mahallede, aynı şehirde müşterek yaşadığını görüyoruz.

Rasyonel ilaç kullanımı, bu bakımdan da memleketimiz açısından önemli. Tabii ki, Sayın Oğuz Kayaalp'in, ve Sayın Güler hanımın söylediği noktalar çok önemli. Bunsuz rasyonel ilaç kullanılamaz. Fakat, bu şartlar ne dereceye kadar memleketimizde yerine getirilebilmektedir, getirilmesine nasıl imkan sağlamamız lazım, asıl konuşma noktamız bu olması lazım.

En üst düzeydeki imkanlara sahip bir toplumun rasyonel ilaç veriş şartlarının oluşmasını bekleyecek olursak, toplumumuzda alt düzeyde bulunan grupların tedavisinde rasyonel olmamakta o kadar ısrar etmiş oluruz. Onun için, mutlaka, bizim bu gibi toplantılarda üzerinde durmamız gereken nokta, teorik olarak değil, Türkiye hekimleri, Türkiye hastaları genellikle nerededir, biz bir Almanya hastası mı, bir İngiltere hastası mı, yoksa üçüncü dünya devletlerinin çok geri kalmış olan toplumlarına eşit düzeyde miyiz ? Onun için, bizim memleketimizin problemlerinin çözülmesi biraz daha rasyonel yaklaşımla mümkün olabilir. Biz burada her türlü imkana sahip orkadaşlar olarak konuşuyoruz, hiç imkana sahip olmayan kimselerin derdini anlamaya çalışıyoruz. Onun için, gönülüm isterdi ki, bu toplantıda "rasyonel ilaç kullanmasını ben de sizin kadar biliyorum arkadaş, ama ben hastanın dediğini anlamıyorum, ben günlük gazeteyi bile okuyamıyorum, ben hiçbir şekilde ilgi gösterilmeyen hekim sınıfındanım, ben tıp fakültelerinden zaten birşey okumadan zıktım. Burada geldim, hiç bir şey de okumuyorum. Ben ne yapabilirim ?" diyenlerin de burada sözlerini dinleyelim.

O bakımdan, rasyonel ilaç kullanılması, bir toplumun ekonomik seviyesi değil, asıl kültürel seviyesinin bir prodüksiyonu olması gerekir.

Gayet güzel bir başlangıç yaptı sayın Oğuz Kayaalp. Rasyonel hekim ve rasyonel hasta. Kafi değil, rasyonel hekim olur da, rasyonel hasta da olur da, rasyonel devlet olmaz, yine rasyonel ilaç yazamazsınız. Her anlayışta rasyonel olmamız lazım. Rasyonel bir kainatta, rasyonel bir Birleşmiş Milletler toplumu içerisinde, rasyonel bir devlet idaresinde, rasyonel bir sağlık politikasında, rasyonel bir eczacılık, hekimlik ve rasyonel üniversitede, ancak toplumun bu rasyonel prodüksiyonu olarak rasyonel tedavi yapabilecek durumdayız. Zaten Birleşmiş Milletler'in, Dünya Sağlık Teşkilatının bunun üzerinde çok önemle durması, müteaddit toplantıları yapmak zorunluluğunu hissetmesindedir. Bu bakımdan sizi işgal ettiğim için özür dilerim, kendim imkanım itibariyle çok imkansızlardan daha şanslıyım, ama kendimi hiçbir zaman imkansızlardan ayırmak da istemediğim için bu konuşmayı yapmış oluyorum. Çok teşekkür ederim.

Şimdi içinizde, bu konular hakkında soru sormak isteyen veyahut da bizi aydınlatmak yolunu tercih edecek arkadaşlara söz vereceğim. Söz isteyen ?

Prof. Dr. Mekin Tanker

Efendim, ilacın rasyonel kullanımı, tedavinin de rasyonel yapılması gerekli. Yalnız

bu gerek sadece herhalde gelişmekte olan ülkelerde değil. Gelişmiş ülkeler için de gerekli, ama bizim konumuz gelişmekte olan ülkelerde rasyonel ilaç kullanımı. Şimdi, Türkiye acaba neresinde? Nairobi'nin olduğu yerde mi, yoksa gelişmiş batı ülkelerinin olduğu yerde mi, yoksa onun arasında bir yerde mi? Bir kere, bunu da seçmemiz lazım diye düşünürüm, birinci, yani ilk cümlem olarak bunu söylemek istiyorum. Fakat burada söz almaktan amaçım aslında bir başka hususu ifade etmek idi. İlacın rasyonel kullanımında bir sektörü unuttuk gibi geldi, yahut da konuşmaların seyri içinde sıra gelmedi. Onun için onu tamamlamak lüzumunu hissetti-

İlacın rasyonel kullanımında önemli sektörlerden bir tanesi eczaneler ve eczacılardır. Eczaneler ve eczacılardır dedim, çünkü eczacılar, hem eczanelerde hem de hastanelerde ilacın rasyonel kullanılmasının önemli bölümlerinde görev yapan meslek mensuplarıdır. Bir ilacı, şimdi sayın konuşmacıların söyledikleri noktaların hemen hepsini not ettiğimi zannediyorum. Özellikle kafi dozun sağlanabilmesi için, uygun sürenin sağlanabilmesi için eczacının hekimle işbirliği yapmasında mutlak zorunluluk vardır. Bugün için, sadece ruhsatlanmış ve hazır ambalaj biçiminde ortalıkta bulunan ilaçların dozunu ayarlamak hekimin de elinde değil. Ne yapabilir hekim? İki katına çıkarabilir. Eğer tabletse, üzerinde de bir çentik varsa, yarıya da indirebilir, ama % 10 artıramaz dozu, bu mümkün değil. Bunu yapmak imkanı yoktur. Ne zaman olabilir bu? Bu ancak, eczacıyla hekim işbirliği sonucunda olur. İlaçların müstahzar halinde gelsin ya da gelmesin, eczacılar tarafından yeni bir şekle dönüştürülebilmesi imkanlarının da ortada olması lazım. Bu husus, hastanelerde de, eczanelerde de, biraz farklı olmakla beraber aynı biçimde yürür. Hastanelerde eczacı, hekime aynı biçimde hem ilacın değişik dozlarda kullanımında yardımcı olmak, hem de çeşitli ilaçlar hakkında, hekimin kendi alanının dışına çıkan ilaçlar hakkında da karşılıklı görüşmelerle bilgi geliştirmesi yapmak imkanı bulacaktır. Aslında, eczanelerde de durum aynıdır. Yeter ki eczacıyla hekim arasında yakın bir işbirliği olsun ve ne eczacı bir hastalığı teşhis etmek için bir çaba sarfetsin, yani tedavisini yapmak için, ne de hekim bu ilaç hakkında kendi bilgisi içerisinde bulunan malumatla yetinsin. Bu takdirde, eğer birlikte bir çalışma düzeni olabilsen, bugün sayılan sakıncaların daha önemli bir kısmının halledilebileceği açıkça görülecektir. Zaten gelişmiş ülkelerde böyledir, onun için oralarda bir problem olmuyor. Demek ki, ilaç konusu, ekonomik ilaç kullanımı söz konusu olduğu zaman, eczacı sektörünü bu konuda önemli bir yakınlaştırıcı faktör olarak ortaya koymak zorunluluğu vardır.

Tabii, bir küçük noktaya değinmek istiyorum. Sayın Kanra'nın eczacılar başka ilaçlar da veriyorlar diye bir sözü oldu. Akli başında hiç bir eczacının hekimin tedavisi dışında bir tedavi yöntemi uygulayacağını zannetmem, kabul de etmem zaten, ama şöyle bir durum vardır bazen. Bazen ilaçların hastaya intikali bakımından eczacının zorunlu olduğu, bir takım uymak zorunda olduğu, belki meslek dışı faktörler vardır. O ilaç yoktur mesela, benzeri vardır. Yani benzeri deyince benzerinden kastım şu: Aynı etken maddeyi aynı biçimde taşıyan bir başka ilaç var. Şimdi tabii bu konuda başka bir noktaya mutlaka geliyoruz. Söyleyeceksiniz, onu biliyorum. Diyeceksiniz ki, filan yerde imal edilen ilaç öbürüne göre farklıdır. Doğrudur belki, ama bunun bilimsel deneylerinin henüz yapılmadığı ve her biri için çeşitli formül sistemleri uygulanmadığı zaman belli yerlerde de farklılıklar da görüldüğü hallerde, burada da kaçınılmazlık, hekimler tarafından da, eczacı tarafından da gelir, ama şunu açıkça söyleyeyim ki hiç bir eczacı, akli başında bir eczacı, bir tedavinin, yani etken maddeyi değiştirmek suretiyle herhangi bir ilacı vermez.

Şimdi bir küçük noktaya daha değinmek istiyorum. Eczacının hastanelerdeki hizmeti de bugün için Türkiye'de anlaşılabilir değildir. Eczacı, hastanelerde, sadece ilacı de-

polayan ve ilacı hastaya veren değildir. Çünkü, hastane eczacılığı kavramı, çok daha geniş bir kavramdır. Klinik eczacılığı kastetmiyorum. Klinik eczacılık, klinik farmakoloji, bunlar daha ayrı faktörler. Biraz evvel, Sayın Kayaalp'in de söylediği gibi, hakikaten çok daha ileri faktörler, ama hastane eczacılığında dahi bugün için Türkiye'de eğer gerekli hizmet aranabilir ve hastane eczacılığı yeni baştan düzenlenir, re-organizasyonu tam olarak getirilirse, ilacın rasyonel kullanımı açısından asıl önemli adım o zaman atılır. Çünkü, bir eczacı, eğer bu şekilde görevlendirilirse, -bu yalnız eczacının görevi değildir, esasında bir komitenin görevidir, burada, hekim, eczacı, hatta başka sağlık elemanları da vardır- onların ortaklaşa düzenleyebileceği sistem içerisinde ki, batı ülkelerinde bu uygulanmaktadır, hem hastaneye alınacak ilaçlar açısından, hastanede bulundurulacak ilaçlar açısından, hem de bunun hastanelerde, kliniklerde rasyonel kullanılışı açısından o zaman Türkiye çok önemli bir adım değil, bir sıçrama yapacaktır. O yüzden, Sayın Sağlık Bakanlığı yetkilileri de buradayken bu konunun üzerine de başa basa söylemek istiyorum.

Teşekkür ederim.

— Konumuz genelde rasyonel ilaç kullanımı. Buyrun.

Prof. Dr. Enver İzgü

Sayın Başkan,

Ben genelde Nairobi Konferansı kararları karşısında Türkiye'nin durumu hakkında biraz bilgi vermek isterim, müsaade ederseniz.

Nairobi'de toplanmış, geri kalmış memleketlerde ne yapmak lazımdır diye bir çok kararlar alınmış ve burada bu bildiri Sayın Doepnack tarafından da bize bildirildi. Bu kararlar karşısında memleketimizin durumu nedir acaba ? Nairobi'de 1986'da toplanan Kongrenin esasları Türkiye'de 1928'de kanun olarak neşredilmiştir. Türkiye, şimdi okuduğum basit Nairobi kararlarını okurken yüreğim titredi, kendi aldığı kararları dünyaya tanıtamamış, yayamamış bir durumda.

Tababet ve şubatı sanatlarının icrasına ait kanun da zannedirim 1929-1930 larda çıkmıştır. Türkiye'de hiçbir ilaç "romatizmaya iyi gelir" diye reklam yapılmaz, "tırnağı uzatır, saçı büyütür" diye yapılmaz. Reklamlar 1930'dan beri düzenlenmiştir. Türkiye'de hiç bir ilaç "içerisine şu maddeyi koydum, bundan üstündür" diye ruhsata tabi tutulmaz. 1928'de ilaçlar Türkiye'de tetkike alınmış, Sağlık Bakanlığından, bugün de hâlâ eğer manen söylemek lazım gelirse, manevi yolda müstakil olarak karar veren komisyonların süzgecinden geçer. Bu bakımdan, Nairobi Konferansı beni daha çok belki içerisinde, orada geçip de bizim de "mass-media" dan istifade edemememiz yönünden belki biraz faydalı olmuş kabul ediyorum. O da, kitleleri yetiştirme bakımından.

İkinci arz etmek istediğim nokta, Sayın Başkan, eğitim. Hakikaten Sayın Akçasu çok güzel yere dokundu. Eğitim, okutabiliyor muyuz, rasyonel mi ? Ben Türkiye'de sağlıkla ilgili bütün eğitim sistemlerinde pek fazla rasyonel olmadığımız kanısındayım. Sağlık Şurasında Sayın Hocamızın söylediği gibi, en ücre köşedeki hekimlere bu bilgiyi yayabiliyor muyuz ? Hakikaten Güler Hanım o kadar güzel anlattı ki ve Sayın Başkan da gayet güzel söyledi. Günlük gazeteyi okuyamayan, okuma fırsatı bulamayan bir muhitte, biz yayabiliyor muyuz ? Ben bunun üzerinde durmak istiyorum. Özellikle en büyük ihtiyacımız bir da-

imi sirkülerle yenilikleri hiç olmazsa tarafsız kaynaklardan alarak Sayın Roepnack'ın söylediği gibi "mass-media" da dünya devletleri dışındaki bilimsel, bitaraf müesseselere doğru gitmektedir. Bizde de belki Odalar, belki bunların dışında bilimsel bir teşekkülle, en ücra köşeye kadar sağlık mensubuna en yeni bilgileri sunmamız lazımdır ki, ancak ilaç.konusunda bir rasyonel sarfiyat durumuna geçelim. Ben, şu kanaatteyim: Bu hususta yapacağımız çok şeyler var ve hakikaten ilaç, insan gibi, benim kanaatimce, doğar, büyür, ölür ve bunun içerisinde delikanlılık zamanı da vardır. Bu zamanda da rasyonel olmayan şekilde kullanılabilir. Çok yapacağımız şeyler var, muhakkak bunu kabul ediyorum, fakat bugün Türkiye'de durum hiç de yüreğimizi titretecek kadar değil, çok şükür, Türkiye bu hususta çok eskiden beri bilinçlenmiş bir halde ve Sağlık Bakanlığı teşkilatının bugün üzerinde durmasının sebebi de taa 1900'lerde gelme köklü bir anlayışın sebebidir. Ben bunları özellikle açıklamaya yönünden buraya geldim, verdiğiniz söze teşekkür ederim.

Prof. Dr. Alâeddin Akçasu

Sayın Enver İzgü, çok teşekkür ederim. 1928 tarihli kanun bu kadar güzeldi de neden 1986'da aynı konuyu konuşuyoruz ? Bu da bizim hatamız. O bakımdan, biz bu için bir kısmını halletmiş olabildik şimdiye kadar. Bu konuda soru sormak isteyen arkadaşlarımız var mı ?

Prof. Dr. Alaeddin Akçasu

Eczacılığın bizim memleket bakımından çok önemli bir rasyonel ilaç kullanımı merkezi olduğunu ve bunun da nedeninin kanunumuza rağmen reçetesiz ilaç tevziyatının eczanelerde reçeteliye neredeyse eşit veya daha fazla olması gerçeği olduğunu belirttim. Dolayısıyla bizim için rasyonel ilaç vermek ve tedavi etmek için Türkiye bakımından eczacılığın önemi vardır sorusunu kendime sormuştum. Onun için konuşmada bizim için mutlaka eczacılığı da sokması gerekir. Yalnız hiç bir vechile bulunduğu memlekette reçetesiz bir ilacın verilebileceğini tahayyül edemiyorum. O bakımdan belki cevap veremedi. Eczacılık, Türkiye'de benim gençliğimin sırasında hekimini yetiştiren bir okul mahiyetindeydi. Benim bulunduğum bir memlekette, eczanede oturmak, eczacılarla konuşmak bir entellektüel zümrenin erişebilmesi en yüksek bir seviyeydi. Bugün için tam tersi gibi geliyor bana, çünkü eczacıyı bulamıyorsunuz orada. Her ilacı gittiğimiz zaman, İstanbul için söylüyorum, belki Anadolu'da bulursunuz, tüketecek yeri olmadığı için, bulamıyorsunuz. Neyse, bu o kadar önemli değil, bu bizim kendi hatamızdır, başka bir şey değildir.

Benim asıl öğrenmek istediğim, yeni bir ilaç bulunduğu takdirde, patent süresi içerisinde, bu ilaç tamamiyle restriksiyona tabidir. Halbuki tedavinin rasyonalizasyonunda restriksiyonun tedavi için tehlikeli olduğundan bahsedilmişti, konuşmasında. Halbuki, yeni ilaçların bulunması sisteminde patent süresi geçinceye kadar kimse bu ilacı yapma yetkisine sahip değildir. En liberal memleketten, en totaliter memlekete kadar. Demek ki, ilaç bir süre hekimin seçme, hastanın isteme hürriyetinin dışına çıkarılmıştır ve bu zorunlu. Yani ben bunu tenkit etmiyorum. Bu zorunlu. Bu zorunluluk karşısında seleksiyon imkanından bahsetmek veyahut da, restriksiyondan bahsetmek genel olarak biraz zor. Çünkü ilacın hüviyeti bu. Ondan sonra çok tuhaf bir durum vardır. İlacın yarılama süresi kısadır, bir yeni ilaç bulunur, patent süresi 15 sene, ama bunun 7-8 senesi hazırlık dönemidir, ilaçtan istifade etmez ilaç sanayii. İstifade ettiği 6-7 sene içerisinde ondan daha aktif bir yeni ilacın bulunmayacağını ve kendisinin masrafının tamamiyle zarar hanesine geçmeyeceğini, kimse

garanti edemez. Bu ilerleme bu şekilde olmaktadır. Yeni ilaçların bulunması, restriksiyon oluyor mu, olmuyor mu, bu bakımdan kendisinin fikrini rica edeceğim.

Dr. Roepnack (soruya cevabın çevirisi)

Sayın Profesör,

Patent, entellektüel veya endüstriyel mülk diyebileceğimiz özelliğin bir kısmını oluşturur. Kanımca, bu özellik, bu konudaki herhangi bir tartışma ya da düşüncenin temelindeki en önemli faktörlerden biridir. Birbirimizin mülküne saygılı olmalıyız. Entellektüel mülk de bu kavramın içindedir. "Entellektüel veya endüstriyel mülk" denince, patent, marka ve teknolojik bilgi-deneyim kastedilmektedir.

Patent bakımından durum açıktır. Herhangi bir ürün için patent, verildiği antan itibaren ve ürünün pazarlanmasının hemen başlangıcından geçerlidir. Diğer bir deyişle, yeni buluşun geliştirilmesiyle patent hakkının verilmesi ve ürünün pazarlanması arasında genellikle, büyük bir zaman farkı yoktur. Buna karşılık, farmasötik alanda durum farklıdır. Entellektüel mülkün, geçerli olabilecek bir uygulama için yeni bir madde konusundaki buluşun korunabilmesi için, ürün mümkün olan en erken dönemde patentlenmelidir. Bu dönemse, yeni bir ürünün, yeni bir ilacın gelişmesinin çok erken bir evresidir. Bu yeni ürünün fizyolojik, toksikolojik vb. deneyleri ve bunlara ek klinik çalışmalar, gelişmesinin yaklaşık 7-8 yılı gibi uzun bir süreyi kapsadığından, yeni bir ilaç, yeni bir kimyasal madde ruhsatlandırılıp pazarlanana kadar aşağı yukarı 10 yıl geçmiştir bile. Ayrıca, unutmayalım ki, çok sayıda kimyasal maddeden ancak bir tanesi yeni bir ilaç olarak pazara erişebilmektedir. Bir hesaba göre, tedavi olasılığı tanınan, potansiyel ilaç denebilecek 6000 kimyasal maddenin ancak bir tanesi pazarlanma evresine gelebilmektedir. Tabii ki, bu 6000 kimyasal maddenin tümü başlangıçtan patentlenmez, bir kısmından vazgeçilir. Yine de, doktorun reçetesine ulaşmış olan yeni ilacın geleceğinde yaklaşık 8-10 yıllık veya şanslıysa 12 yıllık bir korunmuş patentli yaşam vardır. Normal (diğer) ürünlerde, bu süre 18 yıldır. Bu nedenle, günümüzde, farmasötik ürünlerin patent yaşamını uzatmak için tartışmalar süregelmektedir: ürünün ruhsatlandırılıp pazarlanmasına kadar patent süresinin durdurulması, bekletilmesi ve pazarlanmasıyla zamanın yeniden işlemeye başlaması düşünülmektedir.

Anlatılan nedenlerden ötürü, günümüzün yasal koşulları, araştırma ve geliştirmeyi kısıtlamaktadır. Özellikle, yeni bir ilacın geliştirilmesinin ve pazarlanabilir hale gelmesinin bugün, yüzlerce milyon değil, fakat 90-100 milyon dolar gerektirdiği düşünülürse, bu kısıtlama daha belirginleşir.

Yine de araştırmaya dayalı bir endüstri olarak, bir patent koruyuculuğunun olduğunu ve bu koruyuculuğun tükenmesiyle herkesin yasal olarak eldeki bilgileri kullanabileceğini ve bu maddeyi pazarlayabileceğini kabul etmemiz gerekmektedir.

Bu gerçek, araştırmaya dayalı firma, esas buluşun sahibi firma tarafından her zaman beğenilmemekteyse de, bu tür bir gelişimin pazarı ve ekonomik koşulları, fiyatlamayı uyardığı da yadsınmaz.

Genelikle, belli bir süre sonra, taklitçiler sözcüğünü kullanmak istemediğimden ikinci eller diyebileceğim taraflar sayesinde fiyatlar büyük bir düşüş göstermektedir.

— Çok teşekkür ederim.