BAYBURT VE BOLU İLLERİ REÇETE ÖRNEKLEMLERİ MALİYETLERİNİN AKILCI İLAÇ KULLANIMI İLKELERİ ÇERÇEVESİNDE DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Salih Mollahaliloğlu,*
Dr. Özlem Coşkun,*
Uzm. Dr. Ahmet Refik İmamecioğlu,*
*Dr. Ümit Başara**

**Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi.*

(İzmir'de gerçekleştirilen 2004 Türkiye İktisat Kongresi'nde yazılı tebliğler kitapçığında kabul edilmiştir.)

Özet

Türkiye'de, halen genel sağlık harcaması içerisindeki payı yaklaşık %40'larda olan ilaç giderleri, gittikçe artma eğilimindedir.

Bu araştırma kapsamında, Bayburt ve Bolu illerindeki eczanelerde Ağustos 2003'te yapılan anket çalışmaları ile Bayburt'ta 565, Bolu'da 1225 reçete bilgisine ulaşılmıştır.

Bu reçetelerin Bayburt'ta %46,8'i, Bolu'da %56'sı Birinci Basamak Sağlık Kurumlarında yazılmıştır.

Reçete yazan hekimlerin Bayburt'ta %69, Bolu'da % 57,9'u pratisyen hekimlerdir.

Sağlık güvencesi olanların reçete başı maliyetleri, olmayanlara göre daha yüksektir.

Reçetelenmiş ilaçlar, bildirilen tanıya göre, 'Tanı ve Tedavi Rehberleri 2003' kaynak alınarak 'rasyonel' veya 'uygun değil' şeklinde sınıflanmışlardır. Bayburt'ta toplam ilaç kalem sayısının %44,1'i 'uygun olmayan' ilaçlardan ibaret olup, bu toplam maliyetin %49'una karşılık gelmektedir. Bolu'da irrasyonel ilaçların mali payı %28,86 olsa da, ilaç kalem sayısı içindeki oranları %45,61 düzeyindedir.

Devamlı ve güncel akılcı ilaç çalışmaları ile önemli miktarda ilaç firmalarının yanlı bilgilendirmeleri etkisi altında bulunan hekimlere açık ve kanıta dayalı ilaç bilgisi sunulmalı, 'kurum' bazında ve multidisipliner bir anlayışla çalışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler

'Akılcı ilaç'
'Tanı ve tedavi rehberleri'
'Sağlık ekonomisi'
'İlaç harcaması'
'Farmakoterapi'

I. Giriş

Son yıllarda dünya genelinde toplumlar tarafından sağlığa verilen önem büyük ölçüde artmış ve böylece sağlık hizmetlerine olan talebin hızla artması durumuna tanık olunmuştur.

Bu gelişmenin bir sonucu olarak, tümü değilse de çoğu ülkeler, kendilerini sağlık harcamalarının gittikçe artması problemi ile karşı karşıya bulmuşlardır.

Toplumların büyümesi ve giderek yaşlanması, toplumun beklentilerinde meydana gelen değişiklikler ve kullanımda olan ilaçların gittikçe artan çeşitliliği gibi unsurlar sağlık sistemleri için ayrılan bütçeler üzerinde birer baskı unsuru haline gelmişlerdir. Ve gittikçe artan ilaç harcamaları makroekonomik bazı güçlüklere yol açmıştır (1).

Bir toplumda reçeteli ilaç tüketimini belirleyen başlıca faktörler şunlardır (2);

1. Toplumun demografik yapısı (Yaşlı nüfus daha çok ilaç tüketir.)

2. Hastalıkların insidans ve prevalansları

3. Sosyoekonomik yapı

4. Sağlık hizmeti sunumunun kapsadığı nüfusun büyüklüğü

5. Tıbbi kültür (3)

6. Farmasötik endüstrisinin pazarlama faaliyetleri

7. Profesyonellerin reçete yazma davranışları

8. Düzenlemeler

Yapılan global bir araştırma, 1975 ile 2000 yılları arasındaki süreçte dünya farmasötik ürünler tüketiminin dramatik bir ölçüde arttığını ve 70 milyar dolardan 317 milyar dolara yükseldiğini ortaya koymuştur (4). İlaç harcamalarındaki bu çok hızlı artış özel bir ilgi alanı haline gelmiş ve hatırı sayılır ölçüde politik dikkati de üzerine çekmiştir. İlk bakışta ekonomik olarak kolayca kontrol altına alınabilecek somut bir sorun gibi görülse de, bu ilk izlenimin hatalı yönelimlere yol açtığı dünya genelinde defalarca kanıtlanmıştır. Yıllar içerisinde geliştirilen etkileyici çeşitlilikteki maliyet kısıtlayıcı önlemlere rağmen ilaç harcamaları yüksek kalmaya devam etmiş, hatta kural olarak artmaya devam eder bir hale gelmiştir (1).

Dünya Sağlık Örgütü, zaman içerisinde, ilaçların ulaşılabilirliğinin, maliyetlerini de göz önünde bulundurarak nasıl temin edilebileceği sorusu karşısında, sorunun uzun vadeli farmasötik politikaların ayrılmaz bir parçası olarak görülmesi gerektiği sonucuna varmıştır. Konu daha geniş bir çerçeveden bakıldığında, tüm bir sağlık hizmeti politikasının bir parçası ve daha da geniş anlamda bir ülkenin ekonomik ve sosyal politikasının önemli bir bileşenidir (1).

Bazı ülkeler, daha kaliteli sağlık hizmeti ve ilaçlara erişebilirlikte eşitlik ilkelerinden ödün vermeden farmasötik maliyetlerini kontrol altına alma kararlılığı içerisinde, diğer bazı ülkelerde geliştirilmiş ve umut vadeden politikalar paralelinde bazı önlemleri kendi içlerinde yürürlüğe koymuşlardır. Sonuçlar şaşırtıcı ölçüde başarısız olmuştur. Bu gibi durumlarda başarısızlıkların nedenlerini tanımlamak kadar, kazanılmış bir başarı varsa, onu açıklamak da zordur. Maliyet kısıtlama çalışmaları için en iyi yöntem kontrollü deneysel çalışmalar olup mevzuyu diğer ülkelerin deneyimlerinden öğrenmek gittikçe zorlaşmaktadır (1).

Günümüzde gittikçe artan maliyetlerle gelen güçlükler nedeni ile, bir insanlık hakkı olarak sağlık ve sağlığa ulaşmakta eşitlik gibi ideallerin, hem sağlık, hem de harcamalar ölçeğinde niceliklendirilebilir başarılara dönüştürülmesi hayati önemde olup, mevcut kaynaklar ile girişimleri dengeleyecek savunulabilir politikalar geliştirebilmek yalnızca doğru bilginin yardımı ile mümkündür. Bu alanda gerçek ekonomi sanatı, açık olarak, kamu fonlarının her çeşit isra-

fını devre dışı bırakarak, ilaçların topluma sunduğu faydayı mümkün olan her yerde sağlamak olacaktır (1).

Maliyet Kısıtlama Politikaları ('Cost Containment')

Bir kural olarak, hastalar kendilerine sağlanan sağlık hizmetinin gerçek maliyeti konusunda çok az görüş sahibidirler. Bu durum özellikle kolektif bir sağlık finansman sistemi mevcut ise geçerli olup, hastalar aldıkları mal ya da hizmetin maliyeti ile nadiren yüzleşirler. Fiyatlar ve ödemelerin kendi meseleleri olmadığına inanma eğilimindedirler.

Ayrıca, hastaların bir ilacın kendilerine getireceği yararı değerlendirmekteki yetersizlikleri nedeni ile, tercih, her vakada, büyük ölçüde üçüncü bir taraf olan doktora emanet edilmiştir ki doktor 'pazarı değiştiren' konumundadır (5).

Öte yandan, insanoğlu yeni buluşlara hatırı sayılır bir güven duyar. Yeni ilaçlar birçok hasta için umut anlamı taşır. Özel sektörün bu gerçeğe cevabı, pazara devamlı bir yeni ilaç akışı sunmak olmaktadır. Üretici çoğu durumda ticari çevrelerde genel olarak 'pazarın tahammül göstereceği en yüksek fiyat' olarak bilinen fiyatı kabul ettirmeye çalışır. Bu, sıklıkla, ulusal sigorta kuruluşlarının tahammül gösterecekleri en yüksek fiyat anlamına gelmektedir (5).

Farmasötik tedavi maliyetlerinin niçin devamlı olarak artma eğiliminde olduklarını açıklayan nedenler Amerikan Ulusal Sağlık İdaresi Enstitüsü (National Institute on Health Care Management) tarafından aşağıdaki gibi özetlenmektedir (6);

1. Eski ve daha ucuz ilaçların yerini yeni ve daha pahalı ilaçların alması: Batılı endüstrileşmiş ülkelerde farmasötik maliyetlerindeki yıllık artışın yaklaşık %70'inin son beş yıl içerisinde piyasaya çıkmış ilaçlar için yapılan harcamalar kaynaklı olduğu tahmin edilmektedir. Bu ilaçların bir kısmı daha önce ilaç tedavisi mevcut olmayan hastalıklar için geliştirilmiş olsa da, yeni ilaçların büyük çoğunluğu daha eski ve genellikle daha ucuz ilaçlara sıradan bir alternatif olmaktan öteye giden preparatlar değildirler. Bu yer değiştirme işlemi geniş ölçekte devamlı olduğundan, farmasötik harcamaların büyümesi üzerindeki makro etkileri müthiş boyutlardadır. Kamu kaynakları artan bir şekilde yeniye doğru akmaktadır. Kısıtlı bütçelere sahip gelişmekte olan bazı ülkeler bu fenomenden, neyin yeni olduğundan çok neyin iyi ve gerekli olduğuna yoğunlaşmaya çalışan 'rasyonel' ilaç politikaları uygulayarak kısmen de olsa korunmaktadırlar.

2. İlaç kullanımındaki artış: Zaman içerisinde her toplumda ilaç kullanımında hemen hemen devamlılık arzeden bir artış olduğu söylenebilir. Bu, nüfus boyutundaki büyümeye, yaşlanma sürecine ve ilaç kullanımına yönelik değişen tutumlara bağlı olarak gerçekleşmektedir. Bu, kısmen ağrı ya da hastalığa gösterilen tahammülde azalma tarzında spontan bir tutum değişikliğini gösteriyor olsa da, geniş ölçekte hastalar ve profesyonellerin ticari baskılar altında geliştirdikleri davranışların bir sonucudur. Özellikle reçete yazanlar üzerinde farmasötik sağlayıcılarından gelen ağır bir promosyon baskısı mevcuttur. Promosyon çalışmalarının birincil amacı tedarikçinin satışlarını arttırmaktır ve sonuçta ilaç tedavisinin kalitesinin düşmesine yol açacak şekilde ilaç israfı, fazladan ilaç kullanımı ve uygunsuz ilaç kullanımına ön ayak olduğu kanıtlanmıştır.

3. Daha önceden ilaçla tedavisi bulunmayan veya daha az etkili bir ilaç tedavisi bulunan hastalıklar için yeni ilaçların piyasaya sunulması

4. Mevcut ilaçların fiyat artışları: İlaç israfını, fazladan reçetelemeyi ve ilaçların uygunsuz kullanımını önlemek için, her ülkede resmi bir-

takım uygulanabilir standartlara ihtiyaç vardır. Ülkeler, farmasötik ürünlerin etkililiği, güvenliliği ve kalitesi üzerine birçok düzenlemeler yanı sıra reçete yazma standartlarını yükseltme ve 'rasyonel' (akılcı) ilaç kullanımını sağlama yolunda da tedbirler almaktadırlar. Birçok ülkede halihazırda olduğu gibi standart tedavi protokolleri ve tedavi rehberleri üzerinde uzlaşılmalı ve reçete yazanlar ile etkin yöntemler kullanarak iletişim içinde olunmalıdır (5). Ek olarak, ilaç tüketim maliyetlerini kısma arayışı içindeki bazı ülkeler fiyatlara kontrol getirmekte, ilaç maliyetlerinin geri ödemelerini kısıtlamakta, gerekli olmadığına karar verilen ilaçları ödeme listelerinden çıkarmakta ve ticari olmayan bilgi kaynakları sunmakta, hatta bazı ilaçların reçetelenmesi ve kullanımını yasaklama yoluna bile başvurabilmektedirler (7).

Uygulanabilir Politika Seçenekleri

'Cost containment' kavramı, hükümetlerin kısıtlı mali kaynaklarını mümkün olduğunca etkili kullanabilmek için yürüttükleri bir seri girişimler gibi görülebilir. Farmasötik harcamalarını kontrol altına alacağı umulan üç yöntem vardır (8);

1. İlaç fiyatlarını çeşitli seviyelerde kontrol altına almak.

2. Bütçe tedbirleri, geri ödemelerde kısıtlamalar gibi mali bazı tedbirler yürürlüğe koyup talebi etkilemek.

3. Meslek grupları ile ilgili tedbirler geliştirerek talebi etkilemek.

İlaca olan talebi değiştirme amaçlı mesleki müdahale ve stratejilerin çıkış noktası, reçete yazanların eğitimi yolu ile talebin değiştirilebiliyor olmasıdır. Ana prensip, reçete yazanları, tıbbi olarak daha bilimsel ve maliyet etkili ilaçları tercih etmelerini sağlayacak bilgi ve eğitim ile desteklemektir. Buradaki amaç rasyonel ilaç reçetelemeyi optimize etmektir. Bunun harcama ile ilintisi, gerek duyulandan fazla ilaç kullanımı ile doğan israfın doğrudan önlenmesi ve böylece daha maliyet etkili bir tedavi sağlanmasıdır. İlaçların rasyonel seçimi kavramı, kalite ve güvenlilik esaslarından ödün vermeden belli durumlar için en maliyet etkili tedavileri, en gerekli ilaçları tanımlamayı ve daha sonra da bunların etkili kullanımını sağlamayı içerir (9).

Yakın yıllarda dünya genelinde sağlık otoriteleri, özellikle farmasötik endüstrisi kaynaklı çarpıtılmış reçeteleme bilgilerine karşı, denge sağlayabilmek için konuya daha fazla müdahil olmaktadırlar. Endüstri, hekimlerin kendi ürünlerini tercih etmelerini indüklemek için yüklü yatırımlar yapmaktadır ve reçete yazanların, sıklıkla savurgan reçeteleme yapmalarına yol açan bu promosyon faaliyetlerine duyarlı bulunduklarını gösteren, fazlası ile kanıt mevcuttur (10). Bu nedenlerle, objektif bilginin ulaşılabilirliğini sağlamak için sağlık otoritelerinin konuya dahil olmaları gereklidir.

İlk adım, reçete yazana ilaçlar ve reçete yazma teknikleri hakkında bilgi sağlamak ve bunu sürekli güncellemektir. Tanı ve tedavi rehberleri sadece ilaçlar üzerine yoğunlaşmadıkları ve aynı zamanda pratikte karar verme sürecini destekleyen bilgi sağladıkları için hekimlere yönelik tasarlanmış en uygun bilgi sunma şeklidirler. Bu tür rehberlerin en iyi örnekleri tamamı ile kanıta dayalı ve geniş konsensus temeli üzerinde sistematik olarak geliştirilmiş olanlardır. Her bir hastalık üzerinde durur ve onun en uygun tedavi seçeneklerini öncelik sırası içinde sunarlar. Çoğu rehberler, Hollanda ve İskoçya örneklerinde olduğu gibi, meslek kuruluşları tarafından geliştirilmişlerdir. Fransa gibi diğer bazı ülkelerde ise sağlık otoritesi öncü olmuştur (8).

Hangi yöntem kullanılırsa kullanılsın, önemli olan bu materyalin kullanıcılar tarafından ulaşılabilirliğidir. Bunun en iyi yolu basılı materyalin ihtiyaç duyan herkese ücretsiz dağıtılmasıdır (8).

Devamlı olarak yeni bilgiler ve yeni ilaçlar çıkıp tedavi kavramları değiştiği için rehberler eskime riski altındadırlar. Bu nedenle rehber geliştirme işi sadece bir seferlik bir çaba değil, devam eden bir süreç olmalıdır. Ayrıca hizmetiçi eğitim programları ile klinisyen, eczacı ve hemşirelerin bilgi ve tecrübeleri güncel tutulmalıdır (9).

Bir diğer husus ise , aynı zamanda 'hastaların rasyonel ilaç kullanımı'nı destekleme gereğidir. Bu meslek grupları ile eşit oranda önemli bir husustur (9).

Politika Geliştirme ve İzleme İçin Gereken Veri

İlaç kullanma araştırmaları reçete yazımı ve ilaç kullanımının tıbbi, sosyal ve ekonomik sonuçlarına ışık tutan araştırmalardır (11). Bir zaman dilimi boyunca farmasötik harcamalarını izlemek ilaç harcamalarının büyümesini ve bunun ölçeğini tanımlamayı mümkün kılar.

Yıldan yıla farmasötik harcamalarını inceleyen çalışmalar bir yılın maliyetlerini 'taban veri' olarak almayı gerektirir. Bu, toplum üzerindeki maliyet yükünün gösterdiği değişme davranışının gerçek resmine ulaşmamızı sağlar. Hasta ihtiyaçları, reçetelemedeki tercihler ve maliyetler ile ilgili eğilimlerdeki değişiklikleri incelemek için geri dönüp bu harcama verisini incelemek gereklidir (2).

İlaç harcamaları hakkında veri toplamanın yaygın olarak kullanılan üç yöntemi vardır (2);

1. Farmasötik üreticilerinin veya toptancılarının (ihraç edilenlerinkiler hariç) alındı makbuzlarının bütününden öğrenilen ilaç harcamaları.

2. Eczaneler tarafından verilen reçeteleme örneklerinden bir reçetenin ortalama maliyetinin öğrenilmesi.

3. Halka perakende satış yapan eczanelerin reçetelenmiş ilaç satış bilgileri.

II. Türkiye'de Durum

Türkiye'de 1999 yılı sonu itibarı ile nüfusun %86,4'ü herhangi bir sosyal güvenlik kuruluşunun çatısı altında bulunmaktadır (12). Sağlık hizmeti satın alan bu kuruluşların harcamaları içerisinde ilaca ödenen pay büyük bir maliyet yükü teşkil etmektedir. Sosyal güvenlik kurumları arasında bazı farklılıklar görülmekle birlikte, genel sağlık harcaması içerisinde ilaç giderlerinin payı %40'ı bulmaktadır. Gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında toplam ilaç tüketimi ilk bakışta çok yüksek görünmemekte ise de, sağlık harcamaları içerisindeki payı açısından bakıldığında yaklaşık iki kat daha fazla olduğu görülecektir. Son zamanlarda Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur gibi sosyal güvenlik kuruluşları bu konuda etkin düzenlemeler yapsalar da daha rasyonel çözümlere ihtiyaç duyulmaktadır (13).

Dünya genelinde gözlenen eğilime paralel olarak, ülkemizde de ilaç harcamaları her yıl artış göstermektedir. Bu maliyet yükünün nedenleri üzerine bilimsel araştırmalara dayalı tespitler yapmak ve bunların ışığında doğru politikalar geliştirerek yanlış ve gereksiz olan ilaç tüketimini kontrol altına almak gerekmektedir. Günün şartları içerisinde ortaya çıkan ihtiyaçların giderilmesi, ancak bu sorunların sınırlı kaynaklar dahilinde çözülmesi gerekliliği ortadadır. Ülke ekonomisini korumaya yönelik uygulamalar ve bu anlamda belli standartların yürürlüğe konulmasına ihtiyaç vardır (13). Sekizinci Beş Yıllık

Kalkınma Planı da sağlık kuruluşlarında bilimsel kanıta dayalı tanı ve tedavi usulleri ve akılcı ilaç kullanımı uygulamalarının yaygınlaştırılmasını hedef göstermektedir (12).

Halen Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı çatısı altında yer alan Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü bünyesindeki Sağlık Hizmetleri Geliştirme Bölümü, İkinci Sağlık Projesi kapsamında başlatılmış bulunan 'akılcı ilaç kullanımı' konulu araştırma ve eğitim çalışmalarını devam ettirmektedir.

Ülkemizde hekimlerin reçete yazarken tercihlerini belirleyen faktörleri saptamak, öncelikle önemlidir. Bu anlamda, Sağlık Hizmetleri Geliştirme Bölümünün hekimlere uyguladığı geniş kapsamlı bir anket çalışması içerisinden, ilaç reçeteleme alışkanlıkları ile ilgili bir kısmı, Karaman ili verileri örneğinde inceleyecek olursak;

* Tıp fakültesinden mezun olduktan sonra ilaçlarla ilgili herhangi bir eğitim programına katılanların oranı sadece %47'dir. Bunların %12'si üniversite/meslek odası eğitimleri, %7'si hizmetiçi eğitimler almışlar iken, %39'u ilaç firmalarının düzenlediği seminer/toplantılara katıldıklarını ifade etmektedirler.

* Reçete yazma özelliklerini şekillendiren faktörleri işaretlemeleri istendiğinde, 100 hekimden 69'u fakültede aldıkları farmakoloji eğitimlerini, 67'si kendi okumalarını, 60'ı klinik stajlardaki izlenimlerini seçerlerken, ilaç firmaları tanıtımlarından öğrenilenler 49 puanla 4. önem sırasında yer almıştır.

* İlaç firmaları temsilcilerinin ziyaret ve promosyon çalışmalarının reçeteleme tercihlerini etkileyip etkilemediği sorulduğunda ise cevap, %27 'evet,sıklıkla' , % 54 'bazen etkiliyor' ve ancak sadece %19'unda 'hayır, hiç etkilemiyor' olmuştur.

* En son tanıtılan ilaçlardan birini, daha sonra bir kez olsun reçete edip etmedikleri sorulduğunda ise, %43 'evet' cevabı verirken 'hayır' oranı %27'de kalmıştır (%30 'hatırlamıyorum').

Önemli oranlarda ilaç firmalarının yanlı bilgilendirmelerinin etkisi altında kalarak reçeteleme yapma durumunda oldukları yukarıdaki anket örneğinde de görülen hekimlere yönelik eğitim ve destek gerekliliği ortadadır. Bu temelde Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü 'T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri' başlığı altında rehberler geliştirme ve yayınlama görevini üstlenmiş bulunmaktadır. Rehberin en son Temmuz 2003 baskısı çıkmıştır ve halen tüm yurt çapında ücretsiz olarak dağıtımı devam etmektedir. Ayrıca, rehbere elektronik ortamda **http://hm.saglik.gov.tr/pdf/rehber/REHBER.pdf** adresinden ulaşmak mümkündür.

Toplumda sık görülen sağlık problemleri için bilimsel çevrelerce üzerinde uzlaşılmış tanı ve tedavi şemaları içeren bu rehber ile, reçete düzenlenmesi esnasında ihtiyaç duyulan bilimsel kaynak eksikliğini giderip, öncelik taşımayan, maliyet etkili olmayan, hatta bazen etkisiz olan ilaç uygulamalarından uzaklaşılması ve böylece harcamaların azaltılması amaçlanmaktadır.

III. Araştırma

Amaç

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü Sağlık Hizmetleri Geliştirme Bölümü bünyesinde planlanan bu araştırma ile, sahada yazılan reçete içerikleri ve bazı hasta bilgileri toplanıp bunların tanı bazında değerlendirilmesi sonucunda yazılan ilaçların 'rasyonel' ya da 'uygun değil' şeklinde sınıflanması ve mevcut tanılar için, bilimsel nedenlerle uygun olmayan ilaç maliyetlerinin hesaplanması amaçlanmıştır. Böylece a-

kılcı ilaç kullanımı çalışmaları ile kaçınılabilecek maliyetler hakkında fikir sahibi olunabilecek, süreç içerisinde maliyetlerdeki değişimi görebilmek için gereken veri tabanı sağlanacak, bilgi desteği ve hizmet içi eğitim çalışmaları sonrası maliyetlerde oluşacak değişiklikler ölçülebilecektir.

Materyal ve Metod

Araştırmanın bu etabı bünyesinde, Bolu ve Bayburt illeri Doğu ve Batı'dan birer proje ili olarak seçilmiş ve eczane kaynaklı hasta ve reçete bilgileri toplanmıştır.

Bu araştırma için geliştirilen bir anket formu kullanılmıştır (bakınız Ek). Anket uygulamasında her iki ilin İl Sağlık Müdürlüklerince görevlendirilen sağlık personelinden oluşturulan ekipler görev almışlardır. Bu kişilere çalışma günleri öncesinde Hıfzıssıhha Mektebi teknik personeli tarafından Bolu ve Bayburt'ta eğitim verilmiştir.

Bayburt ilindeki çalışma 11 Ağustos 2003 günü il merkezi ve ilçelerindeki tüm eczanelerde (toplam 12 eczane) gerçekleştirilmiş ve 565 reçeteye ulaşılmıştır.

Bolu ilinde ise çalışma 26 Ağustos 2003 günü 45 eczanede gerçekleştirilmiş ve 25-26 Ağustos tarihli 1225 reçete bilgisi toplanmıştır.

Satılan her ilacın o günkü Türk Lirası satış fiyatları kaydedilmiştir. Değerlendirme esnasında yaklaşık Amerikan Doları karşılıklar hesaplanırken, araştırma tarihi kur değerleri göz önüne alınarak, 1 USD = 1.500.000 TL. kabul edilmiştir.

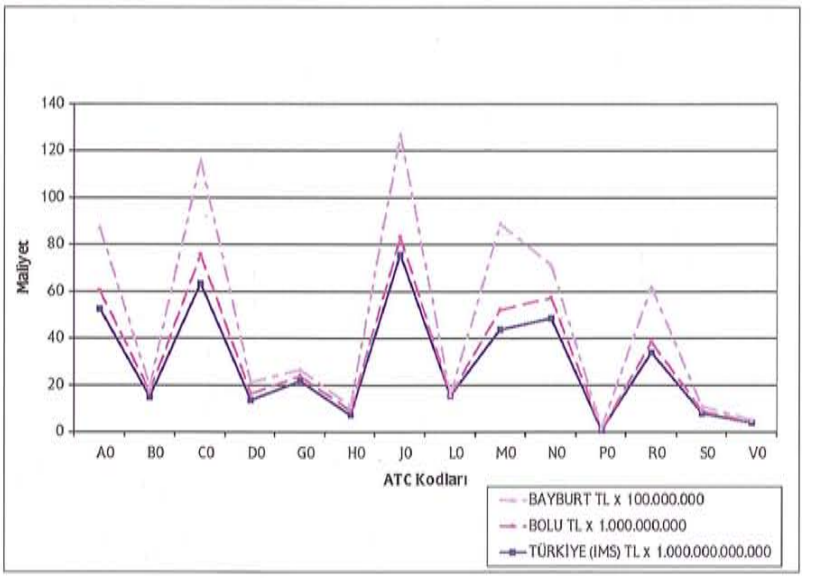
Toplanan verinin içerdiği preparatlar önce içerdikleri etkin molekül isimleri dikkate alınarak ATC (The Anatomical Therapeutic Chemical Classification) sınıflama sistemine göre kodlanmışlardır. İlaç tüketimi ile ilgili bilgilerin karşılaştırılmasının güvenilir olması için yaygın bir ilaç sınıflama sistemi gerektiğini gören Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi, 1981'den beri ATC/DDD sistemini önermektedir (14). Bu kodların açılımları aşağıdaki gibidir;

Tablo 1: ATC Kodları ve Açıklamaları

ATC KODLARI	AÇIKLAMASI
Ao	Beslenme ve Metabolizma
Bo	Kan ve Kan Üreten Organlar
Co	Kardiyovasküler Sistem
Do	Dermatolojik İlaçlar
Go	Genito-Üriner Sistem ve Cinsiyet Hormonları
Ho	Sistemik Hormonlar
Jo	Sistemik Antibiyotikler
Ko	Hastane Solüsyonları
Lo	Antineoplastik + İmmunomodulatörler
Mo	Kas-İskelet Sistemi
No	Merkezi Sinir Sistemi
Po	Parazitoloji
Ro	Solunum Sistemi
So	Duyu Organları
To	Tanı İlaçları
Vo	Çeşitli

Her iki ilde çalışma günlerinde gerçekleşen, ATC kodlarına göre ilaç satış maliyetleri saptanmış ve bunlar paralel zamanlı IMS (Intercontinental Marketing Services) Türkiye geneli satış verileri ile karşılaştırılmıştır. 'IMS' dünya genelinde 62 ülkede farmasötikler, kimyasallar ve diğer sağlık hizmeti unsurları hakkında bilgi toplayan bir organizasyondur. Uluslararası ölçekte farmasötik satış rakamlarının toplanması ve dağıtımında yaklaşık olarak tekel konumunda olan bu firma, farmasötik endüstrisine bu bilgiyi pa-

Grafik 1: Ağustos 2003; Türkiye IMS Satış - Bolu, Bayburt Çalışmaları İlaç Maliyetlerinin ATC Kodlarına Göre Dağılım Eğilimleri



zarlamaktadır. IMS ülkemizde özel bir protokol çerçevesinde bir kısım bilgiyi Sağlık Bakanlığı kullanımına sunmaktadır. Aşağıda yapılan karşılaştırma neticesinde, Bolu ve Bayburt'ta ulaşılan rakamların IMS verileri ile paralellik eğilimi görülmüş ve piyasayı yansıtma anlamında güvenilirliği test edilmiştir.

Araştırmanın sonraki aşaması, reçetelenen ilaçların konulan tanıya göre uygun olup olmadıklarının değerlendirilmesi olmuştur. Bu çalışma esnasında başvuru kaynağı olarak 'T.C. Sağlık Bakanlığı Birinci Basamağa Yönelik Tanı ve Tedavi Rehberleri 2003' kabul edilmiştir. Rehberde, tedavi başlığı altında anılan ilaç formül isimlerinden herhangi birinin yazılan preparatın içerdiği etken madde olması hali 'uygunluk' kriteri olarak kabul edilmiştir. Bu ilaçların rehberde önerilirken konuldukları öncelik sırası ise dikkate alınmamıştır. Rehberde o tanı için yazılı ilaç tedavisi seçenekleri içinde bulunmayan preparatlar 'uygunsuz' olarak belirlenmişlerdir.

Araştırma Sonuçları

Bayburt ilinde 11 Ağustos 2003 tarihinde 12 eczaneden 565 reçete ve sahipleri hakkında bilgi toplanmıştır. Bu reçetelerde yer alan toplam ilaç kalem sayısı 1512 olup, ilaç kutu sayısı toplamı ise 1836'dır. Reçete başına yazılan ortalama ilaç kalem sayısı 2,68'dir. Tüm bu reçetelerin toplam maliyeti 20.153.977.144 TL. olarak gerçekleşmiştir.

Çalışmanın Bolu ilindeki ayağında ise 45 eczaneden 25 ve 26 Ağustos 2003 tarihli 1225 reçete ve sahipleri hakkında bazı bilgilere ulaşılmıştır. Bu reçetelerde yer alan toplam ilaç kalem sayısı 3258 olup, ilaç kutu sayısı toplamı ise 4383'tür. Reçete başına yazılan ortalama ilaç kalem sayısı 2,66'dır. Tüm bu reçetelerin toplam maliyeti 59.745.313.724 TL. olarak gerçekleşmiştir.

Bayburt ve Bolu illerinde gerçekleşen ilaç maliyetlerinin yaş gruplarına göre dağılımları Tablo 2 ve 3'te gösterilmiştir.

Tablo 2: Bayburt İli - Yaş Gruplarına Göre Maliyet Dağılımı					
YAŞ GRUPLARI	REÇETE SAYISI	TOPLAM MALİYET		REÇETE BAŞI MALİYET	
		TL	USD	TL	USD
0	6	88.657.600	59	14.776.267	10
1-4	27	390.499.930	260	14.462.960	10
5-14	64	1.407.498.175	938	21.992.159	15
15-49	205	6.375.137.171	4,250	31.098.230	21
50-64	117	4.860.830.036	3,241	41.545.556	28
64+	146	7.031.354.232	4,688	48.159.960	32
TOPLAM	565	20.153.977.144	13,436	172.035.132	116
ORTALAMA REÇETE BAŞI MALİYET				35.670.756	23,78

Tablo 3: Bolu İli - Yaş Gruplarına Göre Maliyet Dağılımı					
YAŞ GRUPLARI	REÇETE SAYISI	TOPLAM MALİYET		REÇETE BAŞI MALİYET	
		TL	USD	TL	USD
0	36	469.197.000	313	13.033.250	9
1-4	60	881.087.100	587	14.684.785	10
5-14	82	1.694.481.200	1,130	20.664.405	14
15-49	520	20.792.636.663	13,862	39.985.840	27
50-64	270	18.328.457.118	12,219	67.883.175	45
64+	257	17.579.454.643	11,720	68.402.547	46
TOPLAM	1.225	59.745.313.724	39,830	224.654.001	150
ORTALAMA REÇETE BAŞI MALİYET				48.771.685	33

Yaş gruplarına göre gerçekleşen reçete maliyetleri karşılaştırıldığında, yaş artışı ile birlikte reçete başı maliyet değerinin de yükseldiği görülmektedir. Bu yaşlanan toplumların ilaç giderlerinin yüksek olacağı gerçeğini doğrulayıcı bir çıktı olarak değerlendirilebilir.

Bu çalışma bünyesinde ulaşılan reçetelerin hangi sağlık kurumlarında yazılmış olduklarına göre dağılımları ve buna göre gerçekleşen maliyetler Tablo 4 ve 5'te incelenmiştir.

Tablo 4: Bayburt İli - Sağlık Kurumlarına Göre Maliyet Dağılımı

SAĞLIK KURUMLARI	REÇETE SAYISI		MALİYET TUTARI		REÇETE BAŞI MALİYET	
	SAYI	%	TL	%	TL	USD
1.BASAMAK	264	46,8	9.064.250.478	44,97	34.334.282	22,89
DEVLET HASTANELERİ	176	31,1	6.096.290.879	30,25	34.638.016	23,09
SSK KURUMLARI	86	15,2	3.663.887.488	18,18	42.603.343	28,40
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ	18	3,2	539.493.100	2,68	29.971.839	19,98
ÖZEL SAĞLIK KURUMLARI	21	3,7	790.055.199	3,92	37.621.676	25,08
GENEL TOPLAM	565	100,00	20.153.977.144	100	179.169.156	119,44
ORTALAMA REÇETE BAŞI MALİYET					35.670.756	23,78

Tablo 5: Bolu İli - Sağlık Kurumlarına Göre Maliyet Dağılımı

SAĞLIK KURUMLARI	REÇETE SAYISI		MALİYET TUTARI		REÇETE BAŞI MALİYET	
	SAYI	%	TL	%	TL	USD
1.BASAMAK	690	56	36.388.066.114	61	52.736.328	35
DEVLET HASTANELERİ	397	32	18.408.656.300	31	46.369.411	31
SSK KURUMLARI	29	2	1.118.232.900	2	38.559.755	26
ÜNİVERSİTE HASTANELERİ	66	5	2.973.487.110	5	45.052.835	30
ÖZEL SAĞLIK KURUMLARI	43	4	856.871.300	1	19.927.240	13
GENEL TOPLAM	1.225	100,00	59.745.313.724	100	202.645.569	135
ORTALAMA REÇETE BAŞI MALİYET					48.771.685	33

Ulaşılan reçetelerin, Bayburt ilinde %46,8, Bolu'da %56 oranlarında Sağlık Ocağı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleri, Verem Savaş Dispanserleri ve bazı kurum hekimlikleri gibi Birinci Basamak Sağlık Kuruluşlarında yazıldıkları görülmektedir. Bu kurumların toplam ilaç maliyeti içinde kapsadıkları oranlar ise Bayburt'ta %44,97 , Bolu'da ise %61 ile en fazladır.

Ayrıca bu reçeteleri yazan hekim grupları Tablo 6 ve 7'de irdelenmiştir.

Tablo 6: Bayburt İli - Hekim Grubuna Göre Maliyet Dağılımı

HEKİM GRUBU	REÇETE SAYISI		MALİYET TUTARI		REÇETE BAŞI ORTALAMA MALİYET	
	SAYI	%	TL	USD	TL	USD
PRATİSYEN HEKİMLER	387	69	13.838.485.366	9,226	35.758.360	23,84
UZMAN HEKİMLER	171	30	6.153.519.143	4,102	35.985.492	23,99
DİŞ HEKİMLERİ	7	1	161.972.635	108	23.138.948	15,43
TOPLAM	565	100,00	20.153.977.144	13,436	94.882.800	63,26

Tablo 7: Bolu İli - Hekim Grubuna Göre Maliyet Dağılımı

HEKİM GRUBU	REÇETE SAYISI		MALİYET TUTARI		REÇETE BAŞI ORTALAMA MALİYET	
	SAYI	%	TL	USD	TL	USD
PRATİSYEN HEKİMLER	709	57,9	38.214.920.278	27,489	53.899.747	36
UZMAN HEKİMLER	501	40,9	21.295.247.046	15,318	42.505.483	28
DİŞ HEKİMLERİ	15	1,2	235.146.400	169	15.676.427	10
TOPLAM	1.225	100,00	59.745.313.724	42,977	112.081.656	75

Pratisyen hekimlerin bu reçeteleme örnekleri içindeki payları; Bayburt'ta %69 ve Bolu'da %57,9 ile birinci sırada yer almaktadır. Hekim gruplarına göre ilaç maliyetlerinin dağılımı incelendiğinde; pratisyen hekimlerin reçete başı ortalama maliyetler ölçeğinde, Bayburt'ta 35.758.360 TL. ile uzman hekimlerin 35.985.492 TL.'lık ortalamasının hemen ardından ikinci sırada oldukları; Bolu'da ise 53.899.747 TL. ile birinci sırada yer aldıkları görülecektir.

Hastaların sağlık güvenceleri olup olmadığına göre ilaç maliyetlerinin fark edip etmediği konusu Tablo 8 ve 9'da incelenmiştir.

Tablo 8: Bayburt İli - Sosyal Güvence Türüne Göre Maliyet Dağılımı

SOSYAL GÜVENCESİ	REÇETE SAYISI	TOPLAM MALİYET		REÇETE BAŞI MALİYET	
		TL	USD	TL	USD
VAR	489	18.525.651.360	12,350	37.884.768	25
YOK	69	1.469.558.864	980	21.297.955	14
YEŞİL KART	7	158.766.920	106	22.680.989	15
GENEL TOPLAM	565	20.153.977.144	13,436	81.863.712	54

Tablo 9: Bolu İli - Sosyal Güvence Türüne Göre Maliyet Dağılımı

SOSYAL GÜVENCESİ	REÇETE SAYISI	TOPLAM MALİYET		REÇETE BAŞI MALİYET	
		TL	USD	TL	USD
VAR	1.093	56.701.961.744	37,801	51.877.367	35
YOK	58	949.317.800	633	16.367.548	11
YEŞİL KART	17	582.033.680	388	34.237.275	23
DİĞER	19	393.278.600	262	20.698.874	14
BİLİNMİYOR	38	1.118.721.900	746	29.440.050	20
GENEL TOPLAM	1.225	59.745.313.724	39,830	152.621.114	102

Yeşil kart dışı sosyal güvenlik kuruluşları şemsiyesi altında bulunan hastaların reçete başı maliyetlerinin Bayburt'ta 37.884.768 TL ve Bolu'da 51.877.367 TL. ile en yüksek ortalama maliyete sahip oldukları görülmektedir. Hiçbir sosyal güvencesi olmayanlara ve ayaktan ilaç giderleri karşılanmayan yeşil kartlı hastalara yazılan ilaçların ortalama maliyetleri ise daha düşüktür. Bu durum, hekimlerin sosyal güvenlik durumuna göre reçeteleme yaptıkları davranışını düşündürmektedir. Ayrıca bu grup hastalar tarafından gelen talebin de daha düşük olduğu bilinen bir gerçektir.

İlaç maliyetlerini kontrol altına alma çabası içerisinde benimsenmiş olan ve yaygınlaştırılması hedeflenen akılcı ilaç uygulamaları ile edinilecek kazanımlar üzerine bir öngörü sağlamak ve halihazırda bulunulan durumu tespit altına almak amacı ile başlatılan bu çalışmalar neticesinde toplanan reçetelerdeki ilaçlar 'Tanı ve Tedavi Rehberleri 2003'teki bilimsel kriterler ışığında 'rasyonel' ve 'uygun olmayan' ilaçlar olarak değerlendirmeye tabi tutulmuşlardır. Bu değerlendirmenin sonuçları Tablo 10 ve 11'de sunulmuştur.

Tablo 10: Bayburt İli - İlaç Maliyeti Rasyonellik Durumu

MALİYET	TL	USD	%
RASYONEL İLAÇ MALİYETİ	10.343.856.338	6.896	51
UYGUN OLMAYAN İLAÇ MALİYETİ	9.810.120.806	6.540	49
TOPLAM	20.153.977.144	13.436	100

Tablo 11: Bolu İli - İlaç Maliyeti Rasyonellik Durumu

MALİYET	TL	USD	%
RASYONEL İLAÇ MALİYETİ	42.504.758.286	28.337	71,14
UYGUN OLMAYAN İLAÇ MALİYETİ	17.240.555.438	11.494	28,86
TOPLAM	59.745.313.724	39.830	100

Bayburt ili örneğinde, resmi kayıtlarda anılan tanı çerçevesinde değerlendirildiğinde **uygun olmayan** ve akılcı ilaç uygulaması çalışmaları yolu ile dışlanabilmesi mümkün gözüken maliyetin **toplam maliyet içindeki** oranı **%49** olup bu oldukça ciddi bir orandır. **İlaç kalem sayısı temelinde** değerlendirildiğinde ise 1512 kalem ilacın 667'si, yani **%44,1**'i 'uygunsuz' bulunmuştur.

Bolu örneğinde ise bu **uygunsuz** ilaç **maliyeti** oranı **%28,86** olup çok daha düşüktür ve ilk bakışta daha iyi reçete yazıldığını düşündürmektedir. Ancak geriye dönüp reçeteleme bazında durum irdelendiğinde, Bolu'dan toplanan 1225 reçetede yazılmış bulunan ilaç kalemi sayısı toplamının 3258 olduğu ve bunlardan 1486 kalemin uygun bulunmadığı görülmektedir. **İlaç kalem sayıları** oranı **üzerinden** Bolu kaynaklı örneklerin **%45,61**'inin 'irrasyonel' olduğu görülecektir.

Sonuç olarak akılcı ilaç çalışmalarının hedeflediği 'iyi reçete yazma' kavramı açısından, **her iki il** reçetelerindeki **ilaç kalemleri** toplamının **ortalama %44,85**'i geçerli tanı için **uygun olmayan** ilaçlardan oluşmaktadır.

IV. Sonuç

Dünya genelinde görülen, ilaç giderlerinin nerede ise bir kural olarak her yıl artması durumu ülkemizde de gözlenmektedir. Ayrıca sağlık harcamaları içinde farmasötik ürün giderlerinin payı çok yüksek olup diğer OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığında nerede ise iki kat daha fazla olduğu görülmektedir. Kısıtlı kaynakların verimli kullanımı kaygısı ile tedbirler geliştirme gereği ortadadır.

Öncelikle bilimsel araştırmalar ile tespitler yapılmalı ve ilaç harcamaları kapsamındaki çeşitli bilginin düzenli ve sürekli olarak akışı temin edilmelidir. Bunların analiz sonuçlarına dayanarak müdahale yöntemleri ve politikalar geliştirilmelidir.

Dünya genelinden derlenmiş ilaç harcamalarını kontrol altına alma amaçlı önlem örnekleri şöyle sayılabilir (9);

1. Toptan alımlar yaparak: Devlet ilaç depoları veya birkaç kurum, hatta birkaç ülke tarafından olabilen büyük alımlar gibi.

2. Harcamaları kısıtlayarak: Her bir sağlık sigortalı hasta için ilaç harcama tavanı veya her bir tedavi epizodu için izin verilecek harcama miktarı belirleme yolu ile.

3. İlaç seçimi yaparak: Maliyet, tedavi edici değer ve halk sağlığı açısından gereklilik gibi kriteleri göz önünde bulundurarak oluşturulan 'esansiyel' veya 'temel' ilaç listeleri gibi 'pozitif' listeler oluşturup kullanarak.

4. Pazarlama ve reklam harcamalarına kısıtlamalar getirerek: Reklam ve promosyon faaliyetlerinin ilaç tüketimi ve ilaçların fabrika çıkış fiyatlarında önemli artışlara neden olduğu bilinmektedir. Bu tür kısıtlamalar ile hem fiyatların düşmesi, hem de tüketimin rasyonalizasyonu sağlanabilmektedir.

5. Reçeteleme kontrolü veya teşvikler uygulayarak: Reçeteleri daha ucuz veya jenerik ilaçlara yönlendirme ve/veya yazılan ilaç miktarını azaltma amaçlı çalışmalar yürüterek.

6. Fiyat kontrolü ile: Fabrika çıkış, perakende fiyatlar veya dağıtım payları üzerinde kontrol sağlayarak.

7. Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması ile: Ulusal ilaç formülerleri geliştirmek, mezuniyet sonrası eğitimler düzenlemek, geri ödenmeyen ilaç listeleri oluşturmak, ilaç değiştirme stratejisi geliştirmek ve reçete maliyet araştırmaları yürütmek gibi yöntemler içerir.

8. Jenerik ürünlerin kullanılması ile: Reçetelenmiş orijinal ürünlerin daha ucuz alternatifleri ile değiştirilmesi yolu ile.

9. Kullanıcı ödeme payları ile: Bu yöntem gereğinden fazla tüketimde azalma sağlayabilir. Ancak ödeme güçlüklerine ve ilaca erişebilirlikte eşitsizliğe neden olabilir.

Türkiye için sağlık alanında önemli bir maliyet nedeni olan ilaç mevzuunda yıllardır süregelen sorunlarla mücadele için Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 'akılcı ilaç kullanımı' uygulamalarının yaygınlaştırılması hedefini belirlemiştir (madde 741).

İlaç tüketiminin bilimsel kriterler ışığında geliştirilmiş yöntemlerle yönlendirilmesi gerekmektedir. Bu da; hem reçete yazan, hem de tüketen hedefli eğitim materyalleri geliştirmek ve devamlı güncelliği koruyarak uygulama sağlamak yolu ile mümkündür. Hekimler bir an önce ilaç firmaları kaynaklı ve yanlı bilgilerin etkisinden kurtarılmalıdır. Ayrıca tıp fakültelerinde farmakoterapi eğitimi yaygınlaştırılmalıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nda da anıldığı gibi, ilaçla ilgili temel politikaların belirlenmesi için düzenleyici ve destekleyici olacak bir 'Ulusal İlaç Kurumu' oluşturulması gerekmektedir. Farklı uzmanlık alanlarından kişilerin multidisipliner bir anlayışla çalışması sağlanmalı, özellikle farmakoekonomi dalında insangücü sağlanmalıdır.

Tüm bu çabalar neticesinde ilacın kamuya olan maliyetinin kontrol altına alınabileceği umulabilir. Bu alanda gerçek ekonomi sanatı, kamu fonlarının her çeşit israfını devre dışı bırakarak, ilaçların topluma sunduğu faydayı mümkün olan her yerde sağlamak olacaktır.

YAZIŞMA ADRESİ

Uz.Dr.A Refik İmamecioğlu

Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı

Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü

Atatürk Bulvarı, No: 65 Kat: 5

06410 Sıhhıye/Ankara

Tel: +90 312 435 68 40/1523

email: refik@hm.saglik.gov.tr

Kaynaklar

1. Dukes, M.N.G.; F.M.Haaijer-Ruskamp, C.P. de Joncheere, A.H.Rietveld; Introduction, Drugs and Money:Prices, Affordability and Cost Containment, 2003.

2. Mossialos, E.; M.F.Mrazek; Data Needed for Developing and Monitoring Policies, Drugs and Money, 2003.

3. Payer, L.; Medicine and Culture,1996.

4. SCRIP, No.2609, 17 January 2001, p.16.

5. De Joncheere, K.; F.M.Haaijer-Ruskamp, A. H.Rietveld, M.N.G.Dukes; Scope of the Problem, Drugs and Money, 2003.

6. National Institute on Health Care Management (NIHCM), Prescription Expenditures in 2001-Another Year of Escalating Costs, 2002; http://www.nihcm.org/spending 2001.pdf, erişim: 7 Mayıs 2002.

7. Jacobzone, S.; Pharmaceutical Policies in OECD: Reconciling Social and Industrial Goals, OECD Labour Market and Social Policy, Occasional Papers, 2000.

8. Rietveld, A.H.; F.M.Haaijer-Ruskamp; Policy Options for Cost Containment of Pharmaceuticals, Drugs and Money, 2003.

9. Everard, M.; Access to Medicines in Low-income Countries, Drugs and Money, 2003.

10. Wazana, A.; Physicians and the Pharmaceutical Industry, JAMA 283, 2000, p.373-380.

11. WHO Expert Committee, The Selection of Essential Drugs, Technical Report Series No.615.

12. T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005, Haziran 2000.

13. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm, Haziran 2003.

14. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology Website, http://www.whocc.no/atcddd/

EK : ECZANE ANKETİ

1. Anket No :.....
2. Eczanenin Adı :.....
3. Hastanın Adı :.....

4. Hastalığın Tanısı (Hekimin Koyduğu Tanı) : .....

5. Hekimin Adı, Uzmanlığı, Adresi ve Telefonu: .....
.....
.....

6. Hastalığın Tanısı (Hastanın Bildiği Tanı) : .....

7. Hastanın Cinsiyeti : E 1 ❐ K 2 ❐ Yaşı ;.....

8. Reçete hangi kurumda yazılmış?

Sağlık Ocağı	1 ❐	Devlet Hastanesi	6 ❐
AÇSAP	2 ❐	SSK Hastanesi	7 ❐
Verem Savaş Dispanseri	3 ❐	SSK Dispanseri	8 ❐
Özel Muayenehane	4 ❐	Özel Kurum(Hastane, Poliklinik vs.)	9 ❐
Kurum Hekimliği	5 ❐	Üniversite	10 ❐
Diğer.....			❐...11

9. Sosyal Güvencesi : Var 1 ❐ Yok 2 ❐ Yeşil Kartı Var 3 ❐

10. Sosyal Güvencesi Varsa Hangisi ?

Emekli		Çalışan	
Bağ Kur	1 ❐	Bağ Kur	5 ❐
SSK	2 ❐	SSK	6 ❐
Özel Sigorta	3 ❐	Özel Sigorta	7 ❐
E. Sandığı	4 ❐	Kamu Kuruluşu*	8 ❐
		* Çalıştığı Kamu Kuruluşu	
		.....	

11. Reçetenin yazılma nedeni ?
   1 ❐ İlk muayene sonucu
   2 ❐ Kontrol sonucu
   3 ❐ Raporlu hasta
   4 ❐ Eczaneden aldığı ilaçları sağlık karnesine yazma
   5 ❐ RPT
   6 ❐ Diğer (Lütfen belirtiniz.).....

12. Bu reçetede bir yakınınızın kullandığı ilaç yer alıyor mu?
   Evet 1 ❐ Hayır 2 ❐

13. Bu reçetede yer alan ilaçlardan kaç tanesi bir yakınınızın kullandığı ilaç?.....

14. Son altı ay içinde hiç bir yakınınız için kendi karnenize ilaç yazdırdınız mı?
   Evet 1 ❐ (Kaç Kez ?.....) Hayır 2 ❐

Reçetedeki bütün ilaçları yazınız. (Bir başkası yazılan ilaçları lütfen karşısındaki kutuya işaretleyin)

No*	İlacın Adı (1)	Doz (2)	Kutu Sayısı (3)	İlacın Birim Fiyatı (4)	Bir Başkası İçin Yazılan İlaçlar (6)
16					٢
17					٢
18					٢
19					٢
20					٢
21					٢
22					٢
23					٢
24					٢
25					٢
26					٢

* Kurumu Tarafından Ödenmeyen (Hastanın Ücretini Ödeyerek Aldığı) İlaçları İşaretleyiniz.

Anketörün Adı ve Soyadı:.....