

**DOSYA/GÖZLEM VE GÖRÜŞLER****AKILCI İLAÇ KULLANIMINDA  
HEKİM SORUMLULUĞU***Nuri İhsan KALYONCU\*, Ersin YARIŞ\*\**

Günümüzde belirli bir endikasyonda kullanılmak üzere geliştirilmiş çok sayıda ilaç klinik kullanıma sunulmuştur. Aynı endikasyonda kullanılmalarına karşın bu ilaçlar etki güçleri, biyoyararlanım özellikleri, toksik tesirleri, kullanış şekilleri ve tedavi maliyetleri bakımından birbirlerinden önemli farklar gösterirler. Hekim yazacağı ilaca karar verirken ve onu reçetesine yazarken bütün bu farkları dikkate alarak hastası için en uygun ve en doğru ilacı seçmek durumundadır. Dahası, seçtiği ilacı hastanın doğru kullanmasını sağlamak zorundadır. Bu, akılcı ilaç kullanımının temel ilkesidir. Akılcı ilaç seçimi ve kullanımında hekim sorumluluğu bu aşamada başlar.

"Akılcı ilaç"tan hekim -sorumluluk büyük oranda onda olsa dahi- tek başına sorumlu değildir, tutulamaz. Hekimin yanında eczacı, hasta, katkısı olan diğer sağlık çalışanları ve ilaç sanayii de "akılcı ilaç" uygulamasının taraflarıdır. Unutulmamalıdır ki diğer tarafların sorumluluğu ancak hekimin reçeteyi yazmasıyla başlayabilir. Süreci başlatan hekim, iyi bir ilaç bilgisinin yanı sıra; ülkede uygulanan sağlık ve ilaç politikalarını, sağlık ve ilaçla ilgili mevzuatı, Sağlık Bakanlığı'nın tutumunu, Türk Tabipleri Birliği (TTB)'nin ilaç konusundaki görüş ve önerilerini de dikkate alarak "kanıta dayalı" biçimde ilaç seçimini yapmalıdır. Akılcı ilaç kullanımını engelleyen etmenleri aşmak ve bu süreçte gördüğü eksiklikleri, eksikliklerini gidermek "hekim sorumluluğunu" yerine getirmek bakımından son derece önemlidir.

\*Doç.Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji AD

\*\*Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Farmakoloji AD

**1) İlaç ve akılcı ilaç seçimi...**

İlaç hekimlerin ve hekim örgütlerinin temel ilgi alanlarından birisidir. Türk Tabipleri Birliği (TTB) yıllardır ilacın farklı boyutlarıyla ilgili toplantılar yapmış, raporlar hazırlamış, hekimler için etkinlikler düzenlemiş ve saptadığı sorunları ve kristalize olan çözüm önerilerini yayınları aracılığıyla hem toplumla hem de hekimlerle paylaşmıştır. Şunu belirtmek gerekir ki son 10 yılda koruyucu sağlık hizmetleri için ayrılan -zaten yetersiz- kaynakların yarı yarıya azaltıldığı bir ülkede ilacı konuşmak kolay bir şey değildir. Hastalanıldığında başvurulacak bir sağaltım aracı olan ilaca Türkiye'de yılda 7-8 milyar ABD doları harcanmaktadır. Bu rakamın büyüklüğü kadar üzerinde önemle durulması gereken bir diğer konu son 5 yıl içindeki artış hızıdır. Ülkemizin ilaç tüketimi bu dönemde neredeyse iki kat artmıştır. Bu dönemde; nüfusumuz iki kat artmamış, piyasada bulunan ilaç sayısı iki kat artmamış, ilaç fiyatları da dolar bazında iki kat artmamıştır. Neredeyse iki kat artan tek bir parametre vardır: hekim sayısı. Bu konuya yeniden dönmek üzere biraz daha rakamlar üzerinde durmamız gerekiyor.

İlaç için harcanan toplam rakamın büyüklüğü kadar önemli bir diğer nokta ise ilaç harcamalarının sağlık giderleri içinde oluşturduğu orandır. Sağlık alanındaki etkinliklerin "ucuz" olmadığını kabul etmek gerekiyor. Ama ister ucuz olsun isterse pahalı olsun sağlık hizmetinin maliyetini belirleyen tek parametre ilaç değildir. Sağlık çalışanlarının emeği, hastanecilik hizmeti, kullanılan tıbbi teknoloji ve elbette ki ilaç bu parametrelerin en önde gelenleri arasındadır. Sağlık hizmetinin maliyeti içinde ilacın payı %15-20'yi geçtiği zaman, gelişmiş ülkelerdeki

sosyal güvenlik kurumları veya sigorta kuruluşları "kırmızı alarm" vermektedir. Ülkemizde sağlık alanında yapılan harcamaları değerlendirmek için kullanılan yöntemler şimdilerde biraz farklılaşmaya başlamıştır. Yeni yöntemler, sağlığın ilaç dışında kalan diğer alanlarındaki hizmetlere ulaşabilmek için cepten yapılan harcamaların katkılarını daha net biçimde değerlendirmeye aldığı için bu oran biraz daha düşmüş gibi görünmekle birlikte yaklaşık %35'lik düzey hala çok yüksektir. Daha önceleri bu oran ortalama %47 dolayındaydı ve bazı sosyal güvenlik kurumlarının sağlık için harcadığı rakamın içinde %65'e kadar ulaşabiliyordu. Rakamların mutlak değerleri, kullanılan değerlendirme yöntemleriyle bağlantılı biçimde fark gösterse de tartışılmayacak kadar açık bir sonuç ortada durmaktadır: ilacın sağlık harcamalarındaki payı olması gerekenden hala yüksektir.

İlaç harcamalarında vurgulanması gereken bir diğer rakam ise Dünya'daki ilaç tüketiminin %1'inin Türkiye'de gerçekleşiyor olmasıdır. İlaça ulaşma açısından ülkeler arasında ciddi eşitsizlikler olduğunu, yoksul ülkelerin doğal olarak daha az tükettiklerini kabul ettiğimizde bu %1'lik oran nüfusumuzun Dünya nüfusuna oranı dikkate alındığında yüksek kalmaktadır. İlaçların tümüyle akılcı biçimde tüketilmiş olduğunu varsaysak bile bu oran hiç de kabul edilebilir bir düzeyde değildir.

Bu veriler dikkate alındığında, ilaç konusunun ne denli duyarlı ve derinlikli bir konu olduğu anlaşılacaktır. Ama özellikle vurgulanması gereken nokta ilaç konusunun analitik açıdan "akılcılık ekseni"ne oturtularak tartışılması gerektiğidir. İlaçla ilgili sorunların çözümü de doğal olarak ve zorunlu olarak akılcılıktan geçmektedir. TTB'nin ilaç konusundaki politikasının temelini neden "akılcı ilaç kullanımı"nın oluşturduğunu anlamak için de bu verileri irdelemek yeterli olacaktır.

TTB'nin pek çok dokümanında yer alan bir tanıma göre akılcı ilaç kullanımı; gereksinmesi olana, gerektiği anda, gerektiği kadar, gereken formda ve "maliyet / etkililik" analizi yapılmış uygun ilacı ulaştırabilmektir. Bu yaklaşım, halkın sağlığını önceler ve toplumun çıkarını gözetir. "Halk sağlığı" ve "toplum çıkarı" kavramları birbiriyle iç içedir; birbirlerini destekler ve büyütürler. Örneğin toplumun çıkarı için alınan maliyet düşürücü önlemlerin sonuçta, halkın -özellikle de en çok gereksinmesi olan ve sağlığa / ilaca ulaşmada en fazla zorluk çeken kesimin- sağlığına katkıda bulunacağı unutulmamalıdır.

Akılcı ilaç seçimi ve kullanımı için biraz daha teknik bir tanımlama ise şöyledir:

"Hastanın yararı gözetilerek, hastanın özel sağlık durumlarıyla çelişmeyen, etkililik, güvenilirlik, uygunluk ve maliyet açılarından optimize edilerek seçilmiş ilacın reçeteye yazılması; hastaya gereken kullanım bilgilerinin verilmesi; tedaviye olumlu katkıda bulunacağı düşünülen diğer önlemlerin alınması; tedavinin izlenmesidir."

Aslında bu tanım akılcı ilaç seçiminden çok "akılcı tedavi"yi kapsamaktadır. Belki de bu terimi kullanmak daha akılcı bir yaklaşım olacaktır. Hangi terimi kullanmayı tercih edersek edelim, ülkemizde "akılcı ilacın ya da akılcı tedavinin büyük oranda uygulanmadığı gerçeği"ni dikkate almak zorundayız.

## II) Akılcı ilaç seçimini ve kullanımını engelleyen etmenler...

Ülkemizde akılcı ilaç seçimini ve kullanımını, dahası akılcı tedaviyi engelleyen sorunların kaynağında 3 temel konu yer almaktadır.

- 1) Yetersiz tıp eğitimi
- 2) İlaç tanıtımı ve promosyon
- 3) Ulusal ya da yerel ölçekte ilaç politikalarının bulunmaması

### 1) Yetersiz Tıp Eğitimi:

Türkiye'de sağlık insan gücü istihdamına yönelik politikaların var olduğu iddia edilse bile bu politikaların eksiksiz ve doğru olduğunu söylemek olanaksızdır. Hekimler sağlık insan gücünde ayrı bir yere sahiptir. Yılda "5000 hekim" yetiştirmeyi öngören yaklaşım 1980'lerden beri geçerlidir ve hekim istihdam politikası(zlığı)nı iyice içinden çıkılmaz hale getirmiştir. Bu gün mezun edilen hekim sayısı biraz azaltılmış gibi görünse de bu politikanın ayrılmaz bir parçası olan, altyapısı eksik ve öğretim üyesi sayısı "Yüksek Öğretim Kurulu"nun ölçüleri kriter alındığında bile yetersiz olan çok sayıda tıp fakültesinin açılmasına devam edilmektedir. Bu gün Türkiye'de kamu ya da özel üniversitelere bağlı 50'den fazla tıp fakültesi vardır ve yılda 4-5 bin hekim bu fakültelerden mezun olmaktadır.

Bundan 15-20 yıl öncesine kadar tıp fakültesine girebilmek oldukça zordu ve çoğu kez üniversiteye giriş sınavlarının dereceli öğrencileri dahil olmak üzere en başarılı olanlar bu hakkı elde edebiliyorlardı. Son yıllarda üniversiteye giriş sınavlarında ilk dilimlerde yer alan başarılı öğrenciler başta tıp olmak üzere sağlık alanıyla ilgili fakülteleri tercih etmemektedirler. Liselerden, eskiye göre daha başarısız olan öğrencileri oldukça düşük puanlarla, eskiye göre çok daha fazla sayıda alıp yetersiz koşullarda eğiten bir tıp eğitiminden akılcı ilaç kullanabilecek hekimleri bir yana bırakalım, "hekim" mezun etmek mucizevi bir süreç olsa gerektir. Fakülteye giriş dilimleri karşılaştırıldığında düşük dilimlerin, olanakları kısıtlı yeni tıp fakültelerinde eski ve göreceli olarak oturmuş fakültelere kıyasla daha belirgin olduğunu söylersek abartmış olmayız. Göreceli olarak daha başarısız öğrencilerin üniversiter gelenekleri oturmamış, akademik kadrosu ve eğitsel altyapısı yeterli olmayan, hatta hastanesi bile olmayan, tümüyle siyasal tercihlerle açılmış yeni fakültelerde başarılı hekimlere dönüştürmek ne derece gerçekçi bir beklentidir?

Tıp eğitiminin içinde ilaçla ilgili en yoğun bilgiyi "farmakoloji" anabilim dalları vermektedir. Bugün ülkemizde farmakoloji dersini verecek öğretim üyesi

bulunmayan ya da yalnızca bir kişiyle bu eğitimi vermeye çabalayan tıp fakülteleri bulunmaktadır. Öte yandan, Türkiye'deki farmakoloji anabilim dallarında -terimi çok geniş anlamıyla almak ve bu dalda çalışanların klinik hizmet vereceklerini varsaymak kaydıyla- klinik farmakoloji ile ilgilenen farmakologların bulunduğu ama bu alanda eğitim gören "klinik farmakolog" ünvanını resmen taşıyanların sayısının henüz bir elin parmaklarının sayısına bile yaklaşmadığı da özellikle belirtilmesi gereken bir başka noktadır. Eğiticilerin kalifikasyonu başlı başına bir tartışma konusudur ve bu yazının kapsamı içinde ele alınmayacaktır. Çünkü eğiticilerin niteliğinden çok eğitimin içeriğinin tartışılması önemlidir ve tartışmayı daha olumlu biçimde zenginleştirecektir. İlaç temelinde kurgulanmış bir farmakoloji eğitiminden hastalıkların tedavisi temelinde planlanmış bir farmakoloji eğitimine yönelmenin zamanı artık gelmiştir. Dahası, Dünya Sağlık Örgütü tarafından desteklenen ve önerilen "rasyonel farmakoterapi eğitimi" modellerinin de tıp eğitiminin içine monte edilmesi artık öncelikli kalkınma planları arasında yer almalıdır.

Söz konusu montaj aslında montaj olmanın ötesinde bir dönüşüm anlamına gelmektedir. Eğiticilerin, eğitilenlerin, yönetenlerin düşünsel olarak dönüşmeleri bir ön koşuldur. Bu ön koşulun sağlanması "hiçbir şeyin değişmeyeceği" inancını yıkabilir. Ama bu sarsılma/yıkılma bile yeterli değildir. Tıp eğitiminin alt yapısından üst yapısına kadar, anfi dizaynından küçük grup eğitimleri için kullanılacak salonlarına kadar, bilgi kaynaklarından bilgiye ulaşma olanaklarının sağlanmasına kadar, sınav sistemlerinin baştan aşağıya gözden geçirilmesine kadar her alanda çok ciddi hazırlıklar, planlar, hazırlanmak, önemli miktarlarda yatırım yapılmak zorundadır.

Tıpta bilginin yarılanma ömrü giderek kısalmaktadır. İlaç konusu için de aynı saptama geçerlidir. Yeterli ya da yetersiz biçimde eğitilen hekime mezun olduktan sonra da ilaç bilgisinin götürülmesi gereklidir. Çok iyi bir tıp eğitimi almış bile olsa bir hekim, iyi hekimlik uygulamasını sürdürebilmek için sürekli tıp eğitimi etkinliklerine katılmak durumundadır. Bu işlem, eski bilgilerden geçersiz olanların belirlenmesi, geçerli olanların anımsatılması ve çok daha önemlisi yeni ilaçlarla ilgili bilginin hekimlere ulaştırılmasıdır. Tıp eğitiminin ayrılmaz bir parçası olan "sürekli tıp eğitimi" tıbbın her alanı için zorunludur. Ülkemizde 80'li yılların sonlarında telaffuz edilmeye başlanan bu uygulama önemini giderek artırmaktadır. Sürekli tıp eğitiminin önemi son derece açıktır ama sağlam kriterleri konulmuş bir sürekli tıp eğitiminin verilmesiyle ilgili çok ciddi sorunlar yalnızca ülkemizde değil her yerde yaşanmaktadır. Örneğin, yapılan çalışmalar hekim ve eczacıların yeni ilaçlarla ilgili bilgiyi -gelişmiş ülkelerde bile- %50-60 oranında firmaların ilaç tanıtım elemanlarından aldıklarını, bu bilgilerin nesnellüğünün ise sınırlı olduğunu göstermektedir. Ülkemizde bu oranın çok daha dramatik olduğunu düşünmek yanlış olmayacaktır. Firmaların kendi ilaçlarıyla ilgili bilgileri hekimlere iletmek gibi doğal bir hakları olduğunu kabul etsek bile ilaç firmalarının sürekli tıp eğitimi "misyonu" üstlenmesi, sürekli tıp eğitiminin aynı zamanda promosyon tarafından

da "malul bırakılması" gibi ikincil bir komplikasyona da yol açacaktır.

## 2) İlaç Tanıtımı ve Promosyon:

İlaç beğensek de beğenmesek de ticari değeri olan bir sanayi ürünüdür. Elbette ki diğer sanayii ürünlerinden farklı özelliği olan bir üründür. Ama ilaçla ilgili her düzlemdeki ilişkide, her zaman, işin içinde parasal boyut vardır. İlaç üretimi sürecinin çok pahalı olduğu, motor gücünün de parasal döngünün hızı olduğu bir gerçektir. Döngüyü hızlandırmanın önemli bir mekanizması promosyondur. Promosyon en basit anlamıyla "tanıtım" olarak kabul edilebilir. Ancak bu sözcüğün sözlük anlamında bile "tüketimin artırılması amacı"ndan söz edilmektedir. Açıkçası bilgi aktarımından çok, aktarılan bilgi üzerinden ve/veya başka mekanizmalarla ilaç tüketiminin artırılması firmalarca hedeflenmektedir. Bu hedef, "eşyanın tabiatına uygun"dur. Ama doğal seyrine bırakılmayacak kadar tehlikeli bir durumdur ve diğer sanayi ürünlerinden daha farklı mekanizmalarla kontrol altında tutulmak zorundadır. Bilgi aktarımının birçok yolu vardır. Yanlış, yanlış değilse bile yanıltıcı olan, nesnellikten uzak bilginin hekime ulaştırılmasının engellenmesi bir zorunluluktur. İletişim ve pazarlama tekniklerinde yaşanan hızlı gelişmeler bu açıdan üzerinde dikkatle durulması gereken konulardır. Dahası, doğru bilginin bile etik kurallar çerçevesinde hekime ulaştırılması gerekir. Toplumda; ilaç endüstrisinin hekim ve eczacıları yoğun bir reklam / promosyon baskısı altında tutarak ilaç kullanım ve tüketimini belirlediği şeklinde bir yaygın bir kanı vardır. Bu kanının oluşmasına ve yerleşmesine katkıda bulunan bir nokta hekim ve eczacının yeni ilaçla ilgili bilgiyi tanıtım elemanından alması, bir diğeri ise kamuoyuna sıklıkla yansıyan "tıbbi" (!) etkinliklere katılım ve promosyon'dur. Promosyon akılcı ilaç kullanımının önündeki en ciddi, en karmaşık engeldir. Sıradan bir sanayii ürünü tüketen kişiye sunulan bir tüketici, gereksinimleriyle kendisine sunulan ürünün özelliklerini karşılaştırabilme, "maliyet/etkililik analizi" yapabilme becerisini gösterebilir. Genel bilgileri, genel kültürü ve diğer bazı özellikleri kendisine bu şansı verebilir. Karar verme sürecinde ürün tanıtımının, reklamın, reklamlarla birlikte sunulan promosyonun etkisini de unutmamak gerekir. Ama ne olursa olsun tüketicinin başarıma şansı vardır. Üstelik hata yapmışsa ya da karar değiştirecekse ürünü belli bir süre içinde geri verme hakkı da kendisine tanınmıştır. Bütün bu söylediklerimiz acaba yine bir sanayii ürünü olan ilaç için geçerli olabilir mi?

İlaç konusunda hastanın bilgi ve bilinç düzeyi hekimle eşit olabilir mi? Hasta iyi bir "tüketici" olarak kabul edilse bile örneğin bir buzdolabı seçiminde sergileyebileceği başarıyı ilaç seçmede gösterebilir mi? Hekimle hasta arasında var olan eşitsizliğin kısa vadede giderilebilmesi olanaksız olduğuna göre "tek seçici" hekim değil midir? İlaç seçme yetkisi hekime "tanırsal" biçimde verilmediğine göre hekim karar verme sürecinde "keyfi" davranma hakkına sahip olabilir mi? Daha doğru şekliyle soracak olursak, hekim ilaç seçiminde hangi kriterleri gözetmelidir? Hekimin bağımsız biçimde karar verebilmesindeki ölçütler ne olmalıdır?

Burada sorulan soruların hiçbirisinin kısa yanıtları yoktur. Her bir soru bir tez konusu olabilecek genişliktedir. Tüm bu soruları bir potada ele alırsak şunu kolayca söyleyebiliriz ki ilaç sıradan bir sanayi ürünü değildir ve hiçbir zaman bu gözle de bakılmamalıdır. İlaç, sıradan bir tüketim ürünü olamaz. Elbette ki ekonominin genel kuralları ilaç üretimini, fiyatını belirlemede önem taşıyacaktır. Bu noktalar da dahil olmak üzere başta ilacın tüketimi olmak üzere ilaçla ilgili her alanda ciddi düzenlemeler yapılması, ilacın tümüyle "piyasa ekonomisinin koşullarına" terk edilmemesi gerekir.

Tüm bu sorulardan geriye kalan, tek bir ifadeyle "hekim sorumluluğu"dur. Hekim hastası için en akılcı tedaviyi ve buna uygun ilaç seçeneklerini bulmak zorundadır. Akılcı seçim kriterleri bilgiye dayanır. Her hekimin bilgiyi edinme sürecinde bağımsız ve yansız kaynakları kullandığını kabul etmek bizi rahatlatır. Ama ya böyle değilse? Gerçekten gönül rahatlığıyla hekimlerin önemli bir kısmının ağırlıklı olarak yansız, nesnel, bilimsel kaynaklardan bilgilendiğini söyleyebilir miyiz?

Hekim karar verme sürecinde bilimsel, nesnel, yansız kaynaklara bağımlı ama diğer etmenlerden tümüyle -en azından olabildiğince- bağımsız olmak zorundadır. Hekimlerin büyük kısmının bu tür bilimsel kaynaklara ulaşmada önemli sorunlar yaşamadıkları söylenebilir. Asıl sorun hekimlerin bombardıman altında tutuldukları "yanlı ve promosyonla karışık" bilgilendirmedir. Hekim sorumluluğu bu kaynaklar arasından sağlıklı bir ayıklama işlemini yapmayı gerektirir. Elbette ki bu ayıklama, kolay değil zahmetli ve yine bilgiye dayanan bir süreçtir. "Kanıtı dayanamak" zorundadır ve sunulan kanıtların niteliği dikkate alınmalıdır. Her şeyden öteye bilgiye ulaşmak için sağlanan "kongre desteği" ve benzeri "sempati yaratabilecek" uygulamaları "kanıt" saymamayı gerektirir.

### 3) Ulusal ya da yerel ölçekte ilaç politikalarının bulunmaması:

Ülkemizde geliştirilmiş tutarlı bir sağlık politikası ve bununla bağlantılı bir ilaç politikası yoktur. Bu konudaki asıl görev Sağlık Bakanlığı'na düşmektedir. Ancak bu alanda geçmişten günümüze yürütülen ciddi bir çalışmaya rastlamak kolay değildir. Sağlık Bakanlığı ilacın sadece ruhsatlandırılmasından veya fiyatlandırılmasından sorumlu olmamalıdır. İlacın hammaddesini ve/veya bir ürün olarak üretimini, kalite-kontrolunu, biyoyararlanım özelliklerini, yan etkilerini ve benzeri bütün konuları yönlendirecek etkin ulusal politikaların eksikliği açıkça görülmektedir. Ulusal politika eksikliği yerel ölçekte geliştirilecek politikalar için de önemli bir engel oluşturmaktadır.

Türkiye'deki tıp eğitimine Sağlık Bakanlığı'nın herhangi bir dahli yoktur. Oysa ki Sağlık Bakanlığı geçmişten beri hekimleri en çok istihdam eden bakanlıktır. SSK hastanelerinin devrinden sonra -özelleştirmeye doğrudan ilişkisi olduğu için ileride ne olacağı bilinmese de- şu anda tartışmasız bir gerçektir bu istihdam politikası.

Bu noktada Sağlık Bakanlığı ne tür donanıma sahip hekimlere gereksinim duyduğunu belirlemek, bunların yetiştirilmesi konusunda ciddi çalışmalar yapmak zorundadır.

Elbette ki bu hekimlerin donanımları ve eğitimleri de yeterli ve nitelikli olsa bile sorunu çözmede yeterli olmayacaktır. Çerçevenin çizilmesi, hekimlerin uygulaması istenecek tutarlı, gündün güne değişmeyecek süreklilikte, güvenilir ilaç politikalarının -dayatmacı değil katılımcı biçimde- yaşama geçirilmesi gerekir. Ulusal ölçekteki bu politikalarla çelişmemek kaydıyla yerel ölçekte, hatta hastane ölçeğinde ilaç politikası belirlenmesi özendirilmelidir. Tüm bu politikaların yukarıda tanımlanan "akılcılık" ekseninde olması zorunludur.

### III) "Akılcı ilaç" için neler yapılmalıdır?

Öncelikle ele alınması gereken konu tıp eğitimidir. Tıp eğitiminde temelden yapılacak değişikliklerin etkilerinin yaşama geçmesi, işe bu gün başlasak en az 10 yıl alacaktır. Bu nedenle en acil ve öncelikli konu olarak tıp eğitimi ele alınmalıdır. Bu alanda alınması ve titizlikle uygulanması gereken en doğru karar yeni tıp fakültesi açılmamasıdır. Yetersiz fakülteler hızla düzeltilmeli, eksikleri tamamlanamayanlara ise öğrenci alınması durdurulmalıdır.

Tıp eğitiminde rötuşlar değil çok ciddi değişimler yapılmalıdır. Bu değişimler düşünsel düzeyde başlamalıdır. Yalnızca tıp eğitiminin değil bu dönüşüm sürecinde ilkokuldan başlayarak eğitim sisteminin bütünüyle ele alınması gerekir. Ezberci ve hazırlopu bir modelle, araştırmacı bir ruhtan yoksun bir biçimde yıllarca eğitilen bir öğrencinin tıp fakültesine geldiğinde birdenbire düşünsel olarak dönüşüp "akılcı" eksenlerde seçim yapabilecek bir formasyon kazanması olanaklı değildir.

Tıp fakültelerindeki eğitim "tanı" ağırlıklıdır. Eğitimdeki ağırlığın "tedavi"ye kaydırılması gerekir. Tedavinin içinde ilacın yeri hem ekonomik yönleriyle hem de nesnel verilerle ele alınmalıdır. İlaç bilgisinin sürekli değiştiği ve yenilendiği bir ortamda statik bir ilaç bilgisi, ister ilaç temelinde isterse tedavi temelinde verilsin doğru değildir. Yapılması gereken şey, değişen durum ve hastalıklar için, var olan bilgi kaynaklarına dayanarak seçim yapabilecek bir yöntemin öğretilmesi olmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği, desteklediği "rasyonel farmakoterapi" eğitiminin tıp eğitimimizde ve özellikle de farmakoloji eğitimimizde ağırlık kazanması gerekir. Tıp fakültelerinin programlarında akılcı ilaç kullanımına yönelik olarak, kliniklerle entegre "reçete yazma" dersleri mutlaka yer almalıdır.

Bugün Türkiye'de değişik formda 7500 ilaç ruhsatı verilmiştir. Piyasada 4500'den fazla ilaç vardır. Bu ilaçların tümünün gerekli olup olmadığı tartışma konusudur. Pek çoğunun etkin maddesi aynıdır ve neredeyse her başvuru ruhsat almaktadır. Piyasada bulunan aşırı sayıda ilacın bazatı kendisi bile tıp eğitimine engel oluşturan bir

baskıyı hem tıp öğrencileri hem de eğiticiler üzerinde oluşturmaktadır. Bunlar mutlaka öğrenilmesi gereken bilgiler midir? Hekimler birer vademakum olmak zorunda mıdır? Her iki soruya, belli bir hata payı taşımak kaydıyla kısaca "hayır" yanıtı verilebilir. O halde hangileri önemlidir ve öğrenilmelidir?

"Temel İlaç Listesi" halkın çoğunluğunun hastalıklarının tanı ve tedavileri için gerekli olacak ilaçları içeren, yansız ve bilimsel biçimde "etkililik / güvenilirlik" oranı kanıtlanmış, "yarar / risk (zarar)" ve "yarar / fiyat" oranları büyük olan ilaçların yer aldığı listedir. Bu listeleri, gelişmiş/gelişmekte olan tüm ülkeler kullanmaktadır ve pek çok ülkede 400-500 ilaç içeren listeler yeterli olmaktadır. Bu listeler, hekimlerin tedavi seçeneklerini sınırlamayan, ilaçların jenerik adlarıyla yer aldıkları listelerdir. Hazırlanmasında, genel - yerel gereksinimleri karşılamak, ülkedeki hastalıkların epidemiyolojisi, farmakolojik ve farmasötik gelişmeler dikkate alınmaktadır. Fiyat da listeye girecek ilacın seçilme kriterlerinden birisi olmuştur. Bu listelerde bulunmayan ilaçlar yararsız değildir ancak en gerekli olanlar listeye alınmışlardır. Liste dışı ilaçlar ticari isimleriyle piyasada bulunabilirler ve reçetelere yazılabilir. 1995 yılında TTB tarafından DSÖ'nün listesi örnek alınarak bir "Temel İlaç Listesi" hazırlanmıştır. Temel ilaç listesinin çok yararlı olmasına karşın Sağlık Bakanlığı tarafından kabul edilmemesi, diğer tarafların benimsememesini de engellemiştir. Bakanlığın da böylesi bir çalışması olmamıştır. Temel İlaç Listesi uygulaması, tıp eğitimine sağlayacağı katkıya ek olarak ilaç konusunda yürütülecek sürekli tıp eğitimine de sağlıklı bir zemin oluşturabilir. Bu liste ulusal düzeyde geçerli olmalıdır. Aynı şekilde, bu liste esas alınarak hazırlanmış ve hastanelerin yerel ölçekte dikkate alacakları birer ilaç listelerinin olması da özendirilmelidir.

Promosyon en çok yeni ilaçlar üzerinden yürütülmektedir. Temel İlaç Listesi ele alındığında görülecektir ki sık karşılaşılan hastalıkların büyük kısmını çözebilecek şu anda bile göreceli olarak eski diye kabul edilebilecek ilaçlarla olanaklıdır. En azından bu kapsam içinde yer alan ilaçlarla yürütülecek sürekli tıp eğitimi

etkinliklerinde promosyon etmeni en aza indirgenebilir. Elbette ki promosyonu tek başına engelleyebilecek bir çözüm değildir bu ama yine de ihmal edilmemesi gerekir. Çünkü promosyon, hekime yeni ve bu yönüyle de pahalı seçeneklerin sunulmasına neden olmakta, "maliyet / etkililik" incelemesini unutturmakta "promosyona" zemin hazırlamaktadır. Oysa Temel İlaç Listesi'nde yer almanın temel koşulu bu "sınavlardan" başarıyla geçmiş olmaktır ve hekim bunun farkına varacaktır.

Promosyon tümüyle ortadan kaldırılması olanaksız bir gerçektir. En azından etik kurallar çerçevesinde, şeffaf biçimde yapılması sağlanmalıdır. Bir yandan promosyonu zorlaştırırken bir yandan da akılcı ilaç seçimin ve reçete yazmayı kolaylaştırıp hekimin daha rahat ve akılcı davranmasını sağlayacak bir çözüm reçetelere ilaçların ticari değil "jenerik" isimleriyle yazılmasıdır. Bu düzenleme aynı kalitedeki ilaçlar söz konusu olduğunda anlamlı olacaktır. Ayrıca jenerik isim yazılmasıyla ilaç seçiminde inisiyatifin hekimden başka gruplara devri alınacak önlemlerle bir yandan engellenmek zorundadır. Tıp fakültelerindeki eğitim sırasında öğrenciye ticari isimlerin değil yalnızca jenerik isimlerin öğretildiği dikkate alınırsa bu uygulamanın önemi daha iyi anlaşılacaktır.

Sürekli tıp eğitimi yansız kuruluşlar tarafından verilmeli, özendirilmeli, kredilendirilmelidir. Hekimlerin bu açıdan seçici davranması gerekir. Bilginin kaynağı, kaynağı ulaştırın yapıların kimlikleri, sponsorluk ilişkileri mutlaka katılım öncesinde ve bilginin niteliğinin değerlendirilmesinde hekimler tarafından dikkate alınmalıdır. İlaç yazma yetkisinin mezuniyet öncesi dönemdeki hekim adaylarında değil de hekimler de olduğu düşünüldüğünde, hekimlerin ilaç konusunda ciddi, güvenilir, güncel ve sürekli bilgiye gereksinimleri olduğu gerçeği bize sürekli tıp eğitiminin önemini açıkça ortaya koyar. İlginç olarak bu saptamaları yapan ilaç sanayi de benzer biçimde promosyonla tanıtımı birlikte ele almakta ve uygulamaktadır. Tüm bu veriler, hekimlerin üzerindeki yükün yalnızca sağlık hizmeti vermekten ibaret olmadığını, her alanda akılcı tavırlar belirlemek ve ortaya koymak olduğunu ortaya koymaktadır. Halkın sağlığı ve hekimlik etiği en önemli yol göstericiler olacaktır.