

İlaç Yazdırma ve Sağlık Kurulu Raporu Uygulaması Üzerine Düşünceler ve Sürekli Kullanılacak İlaçlar İçin Bir Reçete Örneği

Sayın Editör,

İlaç yazdırma ya da hekimlerin ifade ediş şekliyle "repete" (rpt), birinci basamak sağlık hizmetlerinin bir gerçeği olarak karşımızda durmaktadır. Çalışmalar, birinci basamak sağlık kuruluşlarına yapılan başvuruların önemli bir bölümünün ilaç yazdırma amaçlı olduğunu göstermektedir. "İlaç yazdırma" amaçlı başvuruların oranı genellikle %30-40 civarında olmakla birlikte^{1,2} bazı kuruluşlarda bu oran tüm başvuruların yarısından fazlasını oluşturabilmektedir. Hatta, birinci basamak sağlık hizmeti veren bazı kuruluşlarda sadece bu başvuruların ele alındığı "repete poliklinikleri" kurulmuştur. İlaç yazdırma denildiğinde ilk anda hastanın sürekli kullandığı ilaçları bittiğinde yeniden alabilmek için hekime başvurduğu durumlar akla gelmektedir. Sürekli kullanılan ilaçlar için bu durumu gösteren Sağlık Kurulu Raporu bazen bulunmakta, bazen bulunmamakta, hastanın ilacı kullandığına dair beyanı ya da sağlık karnesindeki eski reçeteler dikkate alınarak buna karar verilmektedir. Bunun dışında başka doktorun yazdığı reçeteyi kurumuna ödetmek için "resmi" reçeteye yazdırma veya kendiliğinden ya da eczacının önerisiyle aldığı ilaçları (bazen bir borç listesiyle gelerek) reçeteye yazdırma isteği ile de başvurular yapılmaktadır.^{1,3} Kimi zaman ilaç yazdırmak için yapılan başvurularda hastanın kendisi gelmemekte, bir başkası hasta adına talepte bulunmaktadır. Bu durumun yasal sorunlara da yol açabildiği bilinmektedir.^{1,4,5}

İlaç yazdırma talebi; eğer hastanın kendi kendine karar vererek ya da eczacı tavsiyesiyle aldığı ilaçların "repete"si amacıyla yapılmışsa, hekimler genellikle bu isteği yerine getirmek istememekte, talepte bulunan kişi ile hekim arasında tartışma yaşanabilmekte, bu durum hekimler tarafından genellikle "sorun" olarak tanımlanmaktadır.² Benzer durum başka hekimlerin reçetelerinin "resmi" reçeteye yazdırılması isteminde de karşımıza çıkabilmektedir. Bu sorunun çözümü genellikle hekimlerin belirleyeceği ortak tutum ve inisiyatifle mümkün görünmekle birlikte başta eczacılar olmak üzere çeşitli toplum kesimlerinin katılımının işi kolaylaştıracağı da belirtilmektedir.³

"İlaç yazdırma" başvurularının önemli bir bölümünü oluşturan^{1,2} sürekli kullanılan ilaçların "repete"si talebi genellikle hekimler tarafından olağan karşılanan ve daha az sorgulanan bir durumdur. Güncel mali ve yasal uygulamalar dikkate alındığında, birilerinin mutlaka yapması gereken bu işin olağan karşılanması doğaldır ve bugün için sürekli kullanılan ilaçların "repete"si birinci basamağın önemli bir görevi olmayı sürdürmektedir. Bu konunun, birinci basamak sağlık kuruluşlarının (sağlık ocakları, kurum hekimlikleri, vb.) iş yükü içinde önemli yer tutmakta olduğundan yukarıda bahsetmiştik. Özellikle stabil durumdaki kronik hastalıklar için, hastanın kontrol için görülmesi gerekenden çok daha sık olarak ilaç yazdırma amaçlı başvurması gerekmektedir. Örneğin stabil bir hipertansiyon hastası için önerilen takip aralığı 3-6 ay⁶ iken hasta ilacını yazdırmak için yaklaşık 20 günde bir (ilaca göre bu süre 10-30 gün arası değişebilmektedir) hekimin karşısına gelmek zorunda kalmaktadır. Osteoporoz gibi hastalıkları da katarsak hastalığın gerektirdiği kontrol aralığı 1 yıla kadar çıkabilmekte ama hasta ilacını yazdırmak için çok daha sık sağlık kurumuna başvurmak zorunda kalmaktadır. Sağlık Kurulu Raporu alınarak bu aralıklar 3 aya kadar açılabilir.⁷ Bazen de, ilaç yazdırmaya gelme sıklığını azaltmak için dozları yüksek göstererek hastanın bir seferde daha fazla ilaç almasını sağlamak gibi "çözümler" üretilmektedir.

Sağlık Kurulu Raporu almak için hastaneye başvurma ve heyette yer alan birçok dalın polikliniğinde görülme zorunluluğu, bunların her birinden ayrı ayrı sıra alma gerekliliği gibi erişim zorlukları nedeniyle her hasta sağlık kurulu raporu çıkarmayı göze alamamaktadır. Bağış istenmesi, fotoğraf gerekmesi gibi etkenler de hasta tarafından işin ertelenmesine ve mağduriyetin süresinin uzamasına neden olmaktadır. Zaten bu rapor da ilaç yazdırma aralığını açabilmekle birlikte sorunun tam çözümü olamamaktadır. Raporun esas işlevi daha çok, özellikle sürekli ilaç kullanmak zorunda olan dar gelirlilerin bütçesinde önemli bir gider kalemi oluşturabilen, ilaç katkı paylarından muafiyet sağlaması olmaktadır.

Sürekli kullanılan ilaçların yazdırılması için yapılan başvuruların, özellikle sağlık ocakları ve kurum hekimlikleri olmak üzere sağlık kuruluşlarında oluşturduğu iş yükü hesaplanmamıştır. Bu iş yükünün ayrıntılı bir maliyet analizi de yapılmamıştır. Ancak polikliniklerin kalabalıklaşmasına, hasta başına ayrılan zamanın azalmasına, bunun sonucu olarak bakım kalitesinin düşmesine, bakım kalitesinde düşmeye bağlı olarak hastaların ikinci - üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına olan talebinin artmasına ve bu kuruluşlarda olan yığılmanın da artmasına yol açacağını, yine bunların bir sonucu olarak başta hekimler olmak üzere sağlık personelinde tükenmişlik, motivasyon azalması gibi olumsuz sonuçlar doğuracağını düşünmek olasıdır.

Sağlık Kurulu Raporu uygulamasında, sürekli kullanılacak ilaç ile ilgili dalın uzmanı tarafından hastanın durumu belirtilmekte, diğer hekimler genellikle hastayı muayene etmeden durumu onaylamaktadır. Yani aslında raporu veren tek hekim olmakta, ama imzayı atan sağlık kurulu olmaktadır. Sağlık kurulu sadece hastanelerde oluşturulmakta, toplumda sık görülen ve takip ve tedavisi birinci basamakta yapılabilecek bir çok kronik hastalık açısından hastayı ulaşması daha zor olan hastaneye bağımlı hale getirmektedir.

Hastaların tedavisiz kalmaması, gerek birinci basamakta reçete yazan, gerekse sağlık kurullarında imza atan hekimlerin iş yükünün ve bürokrasinin azaltılması için en azından toplumda sık görülen kronik hastalıklar (örneğin: hipertansiyon, tip 2 diyabet, obezite, dislipidemi gibi prevalansı %5'in üzerinde olanlar) için sağlık kurulu raporu uygulaması kaldırılarak tek hekim raporuna çevrilmeli ve bu raporu aile hekimliği ve iç hastalıkları uzmanları (ya da varsa başka ilgili branş) ya da uygun eğitimden geçmiş pratisyen hekimler verebilmelidir. Tek hekim raporu ile birlikte yeniden kullanılabilir reçete uygulamasına da geçilmeli veya her ikisini birleştiren özel raporlu reçete formları geliştirilmelidir (Şekil 1, bkz. sayfa 96). Burada reçetenin üzerinde kaç kez tekrar verilebileceği hekim tarafından belirtilir, hasta her seferinde 1 aylık dozu aynı

reçeteyle eczaneye giderek alır. Örneğin bir hipertansiyon hastasını hekim 6 ay sonra tekrar görmeyi planlıyorsa, bu durumda reçeteyi 6 aylık olarak düzenler, hasta 6 ay boyunca her ay ilacı tekrar yazdırmadan eczaneye giderek alır. Reçeteler bilgisayar ortamında izlendiği için bunun takibinde sorun olmaz. Belgeleme ve fatura sorunlarına karşı ilacın her seferinde aynı eczaneden alınması çözüm olabilir (zaten genellikle uygulama bu şekilde olmaktadır) ama, farklı eczaneden alma durumlarında da her seferinde fotokopi alma gibi çözümler üretilebilir. Hastaya bir seferde 6 aylık ilacın birden verilmeyip her ay eczaneye gidip ilacı almasının istenme nedeni; hem ilaç talebinde ani bir artışa ve ilaç sıkıntısına yol açmamak, hem de beklenmeyen gelişmelerle ilacın kesilmesinin gerekmesi durumunda (yan etkiler, yeni hastalıklar, hastanın ölümü gibi) ilaç israfının önüne geçmektir.

Bu uygulama ile, sürekli ilaç kullanan hastaların sadece ilaç yazdırmak için hekime başvurmasının önüne geçileceği, sadece kontrol zamanı geldiğinde hekime başvurması gerekeceği ve bu aralığı da hekimin reçeteye koyacağı notun belirleyeceği düşünülürse özellikle birinci basamakta çalışanlar olmak üzere hekimlerin iş yükünün hafiflemesi ve hasta bakım kalitesi ve hasta memnuniyetinin artması beklenebilir.

Saygılarımla,

Yard. Doç. Dr. Ruşen Topallı

Kaynaklar

1. Topallı R, Topsever P, Filiz TM, Çiğirli Ö, Görpeliöglü S. Hereke Aile Hekimliği Merkezi 2001 Yılı Başvuru Nedenleri ve Yapılan Sevklerin Değerlendirilmesi. *Türk Aile Hek Derg* 2003; 7(1): 16-22.
2. Taşçı E. Rpt anket analizi. *Genel Pratisyen* 2002; 23:20.
3. Ayyıldız O. Rpt. *Genel Pratisyen* 2002; (23): 18 - 19.
4. Odabaşı O, Yıldırım RC. Ne yapmalı? *STED* 2002; 11: 111.
5. Çoğlu A. Rpt'nin adli yönü. *Genel Pratisyen* 2002; 23:16-7.
6. National Heart, Lung, and Blood Institute. The 6th Report of Joint National Committee on Prevention, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. National Institutes of Health, November 1997; 98-4080.
7. 2002 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı. T. C. Resmi Gazete, 15 Şubat 2002; sayı: 24672 (mükerrer).

İletişim adresi:

Yard. Doç. Dr. Ruşen Topallı
KOÜTF Aile Hekimliği Anabilim Dalı
Değirmendere Polikliniği
Yüzbaşılar, Prof. Dr. Nusret Fişek Cad.
Değirmendere-Gölcük 41950 KOCAELİ
Tel (İş): (0262) 426 95 85
Tel (Ev): (0262) 311 43 12
GSM: (0532) 411 48 86
e-posta: rtopalli@superonline.com

SÜREKLİ KULLANILAN İLAÇLARA MAHSUS RAPORLU REÇETE FORMU

Hastanın adı soyadı:	Tarih:
Sosyal güvenlik (TC kimlik) no:	Protokol (Dosya) No:
Sağlık kurumu:	Dr. Adı Soyadı, Uzm. Dip No. (varsa kaşesi)
Teşhis:	

İLAÇLAR

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Yukarıda adı soyadı, sosyal güvenlik no. ve teşhisi yazılı hastaneden listede belirtilen kalem ilacının ay süreyle yenilenmesini rica ederim.

Dr.

İmza:

Eczane tarafından doldurulacak bölüm:

Tarih: Ecz. imza kaşe:	Tarih: Ecz. imza kaşe:	Tarih: Ecz. imza kaşe:	Tarih: Ecz. imza kaşe:	Tarih: Ecz. imza kaşe:	Tarih: Ecz. imza kaşe:
Hasta imza:	Hasta imza:	Hasta imza:	Hasta imza:	Hasta imza:	Hasta imza:
Tarih: Ecz. imza kaşe:	Tarih: Ecz. imza kaşe:	Tarih: Ecz. imza kaşe:	Tarih: Ecz. imza kaşe:	Tarih: Ecz. imza kaşe:	Tarih: Ecz. imza kaşe:
Hasta imza:	Hasta imza:	Hasta imza:	Hasta imza:	Hasta imza:	Hasta imza:

Şekil 1

Özel raporlular için hazırlanmış reçete örneği.