ANKEM Derg 2006;20(1):55-60.

YOĞUN BAKIMCILAR AÇISINDAN BÜTÇE UYGULAMA TALİMATI VE KISITLI ANTİBİYOTİK KULLANIMI: HEDEFLER, BEKLENTİLER, SONUÇLAR VE ÖNERİLER*

Necmettin ÜNAL

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, ANKARA

ÖZET

2003 yılından itibaren bütçe uygulama talimatları ile antibiyotik kullanımlarına kısıtlama getirilmiştir. Bu uygulama genel olarak olumlu kabul edilebilecek özellikler taşımaktadır. Takip eden seneler içinde yapılan değişikliklerle olumsuz yönleri azaltılmaya çalışılmıştır. Ancak temel amacının maliyetlerin düşürülmesi olması yetersizliklerinin temel kaynağıdır. Bu nedenle farklı uzmanlık alanlarını ilgilendiren özel uygulama problemlerinin oluşumuna yol açmaktadır. Bu sunu metninde özellikle yoğun bakımcı gözü ile talimatın pratik kullanımda yarattığı veya yaratabileceği problemler vurgulanmak istenmektedir.

Anahtar sözcükler: *antibiyotikler, düzenlemeler, tıp kanunları, yoğun bakım*

SUMMARY

Budget Application Directions and Restriction of Antibiotic Prescriptions from Intensivist's Point of View: Targets, Expectations, Conclusions and Suggestions

Antibiotic prescriptions in Turkey have been restricted after 2003 with the acceptance and replacement of the budget application directions. Properties of these directions in general are acceptable and positive. Negative properties have been striven to be reduced with annual replacements. However, principle shortcoming of these directions is appears because of its main and probably unique aim; to decrease official antibiotic costs. Therefore, these directions constitute some practical problems related with some medical specialties. In this panel text, possible or experienced application problems of these directions from point of view of intensive care practitioners have been emphasized.

Keywords: *antibiotics, intensive care, medical laws, regulations*

Yoğun Bakım üniteleri, özellikle 3. seviye yoğun bakım üniteleri çoklu organ disfonksiyonu olan hastaların kabul edilerek her türlü invazif ve noninvazif tanı, tedavi ve organ destek sistemlerinin uygulandığı ünitelerdir. Bu ünitelere kabul edilen hastalar genellikle başka klinik ve/veya hastanelerde tedavi görmekte olan, çeşitli infeksiyonları mevcut olan ve bu nedenle değişik antibiyotik tedavileri uygulanmış veya uygulanmakta olan hastalardır. Üst seviye yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilmekte olan hastalarda sıklıkla ağır sepsis ve septik şok da gelişebilmektedir. Dolayısı ile, yoğun bakım hastalarının niteliği ve invazif uygulamaların sıklığı nedeni ile infeksiyon ve antibiyotik kullanım oranları çok yüksektir.

Üst seviye yoğun bakım ünitelerinde hasta kabulünden sonra derhal sürveyans kültürleri alınır. Bu nedenle başka kliniklerden, hastanelerden ve hastane dışından direkt olarak kabul edilen hastaların gelişlerindeki kolonizasyon ve infeksiyonlarını oluşturan mikroorganizmalar ile bunların antibiyotik dirençleri yakınen takip edilmektedir. Dolayısı ile yoğun bakım üniteleri, hastalarını aldıkları klinik, hastane

Yazışma adresi: Necmettin Ünal. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, ANKARA
Tel.: (0532) 420 99 70
e-posta:Necmettinunal@gmail.com
Alındığı tarih: 24.10.2005, revizyon kabulü: 25.10.2005
* 20.ANKEM Klinikler ve Tıp Bilimleri Kongresi'nde Genel Oturum 5 sunularından (22-26 Mayıs 2005, Antalya)

veya toplumların, kolonizasyon, infeksiyon ve antibiyotik direnci açısından aynası konumundadırlar.

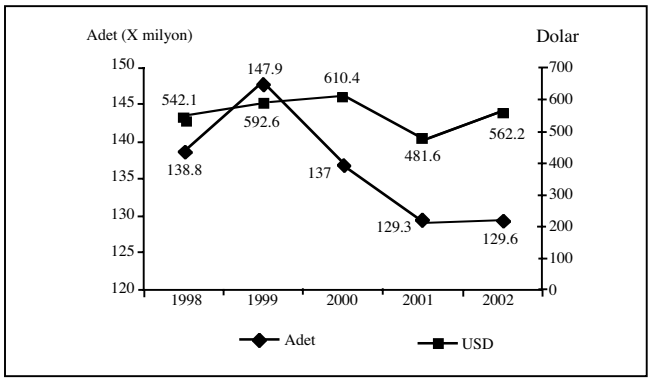
Biz, ünitemize almış olduğumuz hastalarda mevcut olan veya yoğun bakımda kaldıkları süre içinde gelişen infeksiyonların tedavisini, kültür-antibiyogram sonuçlarına göre, ünitemizin konsültan infeksiyon hastalıkları uzmanı ile birlikte düzenlemekteyiz. Hastalarımızda, gerek ülkemiz hastanelerinde gerekse ayaktan tedavi kurumlarındaki yanlış uygulamalara bağlı olarak çoklu antibiyotik direnci gelişmiş mikroorganizmaların oluşturduğu infeksiyonlarla sıklıkla karşılaşmaktayız. İnfeksiyonları tedavide ise hemen hemen sadece bütçe uygulama talimatları ile kullanımları kısıtlanan antibiyotikleri kullanmak zorunda kalmaktayız. Çalıştığımız ortam ve tecrübelerimize göre dirençli suşların kontrol edilebilmesi için antibiyotik kullanımının birinci basamak sağlık hizmetlerinden başlayarak kısıtlanması gerektiğine kesinlikle inanmaktayız. Ancak, yoğun bakımcı gözü ile değerlendirildiğinde, uygulamaya sokulan antibiyotik kısıtlamasının, temel amacı, uygulama şekli ve sonuçları ile bu beklentileri tam olarak karşılayamadığı, çeşitli uygulama problemlerine yol açtığı veya bu potansiyeli taşıdığı görülmektedir. Dolayısı ile bütçe uygulama talimatı ile getirilen antibiyotik kullanımı kısıtlamasının düzeltilebilir olduğunu düşündüğümüz olumsuzlukları, üzerinde duracağımız temel noktaları oluşturmaktadır.

Antibiyotik kullanımının kısıtlanmasının çeşitli gerekçeleri olabilir (Tablo 1). Bütçe uygulama talimatları (BUT) ile getirilen antibiyotik kullanımı kısıtlamalarının temel amacı ise ilgili talimatlarda açıkça belirtilmiş olduğu gibi *"tedavi ücretleri ile tedavi yardımına ilişkin işlemlerde kurumlar arası işbirliğini sağlamaktır"*[9,10,12]. 2003 yılı bütçe uygulama talimatının yayınlanmasından hemen sonra 24.2.2003 tarihinde Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından konu ile ilgili olarak yapılan ve Sağlık Bakanlığı web sitesinden de ulaşılabilen sunumun başlığı da (Dünya'da ve Türkiye'de antibiyotik kullanımı ve maliyeti) talimatın asıl amacının resmi kurumların antibiyotik maliyetlerinin azaltılması olduğunu açıkça göstermektedir[6]. Aslında, sunum içeriğindeki İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) kaynaklı veriler incelendiğinde 1998 ile 2002 yılları arasında antibiyotik kullanımının kutu temelinde azaldığı, dolar temelindeki maliyetin ise belirgin bir artış göstermediği açıkça görülmektedir (Şekil 1)[3,6]. Ülkemizde kişi başına ilaç ve antibiyotik tüketimine bağlı maliyetin gelişmiş ülkelere kıyasla çok düşük olduğu açıktır (Tablo 2)[3,6]. Ancak resmi sağlık sigortası olan hastalarda, özellikle emekli sandığı hastalarında yıllık ilaç tüketimi nerede ise ABD seviyesine çıkmaktadır (Tablo 3)[4]. Toplam ilaç tüketimi içinde antibiyotiklerin oransal olarak miktarı dünyada % 8.9 iken ülkemizde % 18.1'e çıkmaktadır[4]. Dolayısı ile İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğünün sunusu ve 2002 rakamları gerekçe yaratmasa da ülkemizde özellikle Emekli Sandığı hastalarında ilaç kısıtlaması gereksinimi olduğu açıktır. Ancak dünya ortalamasının oldukça altındaki toplam ilaç tüketimi içindeki oransal olarak fazlaymış gibi görülen ve aslında çok fazla olmayan antibiyotik tüketiminin sadece maliyetleri düşürmek amacı ile kısıtlanması bizim açımızdan yetersiz ve uygulama problemleri oluşturan bir eylem olarak ortaya çıkmaktadır. Diğer taraftan kısıtlamanın sadece resmi kurum ve kuruluşlar için yapılması, özel hastaneler ve muayenelerin buna dahil edilmemesi, eczanelerden reçetesiz olarak peşin ödeme veya kredi kartı ile her türlü antibiyotik satışının serbest olarak devam edebilmesi, her türlü reçetenin her hastanede yazılabilmesi ve hasta tarafından ödenmek şartı ile her eczaneden satın alınabilmesi nedenleri ile resmi hastalar için devletin antibiyotik maliyetini azaltmak mümkün olabilse de özellikle dirençli suşların kontrolünü tam olarak sağlama olasılığı mevcut bulunmamaktadır (BUT 2003, Madde 13.3)[9]. Bütçe uygulama talimatları ile getirilen kısıtlamanın amacına ne ölçüde ulaşabildiği de tartışmalıdır. İEİS 2005 raporuna göre antibiyotik kısıtlamasının yapılmaya başlandığı 2003 yılından sonra ülkemizdeki antibiyotik tüketiminde gerek kutu, gerekse dolar temelinde artışlar oluşmuştur (Şekil 2)[5]. Sonuç olarak bütçe uygulama talimatının antibiyotik maliyetlerinin azaltılmasına yönelik yaptırımı istenilen temel sonucu sağlayamamıştır.

Tablo 1: *Antibiyotik kullanımı kısıtlamasının olası amaçları.*

- Antibiyotiklere karşı direnç gelişimini kontrol etmek
- İnfeksiyonlara bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltmak
- Antibiyotik kullanım maliyetlerini azaltmak
- Tüm hastalara en etkili tedaviyi vermek
- Antibiyotik kullanım kalitesini düzeltmek
- Profilaktik antibiyotik kullanımı sınırlamak
- Antibiyotik tedavilerine bağlı yan etkileri azaltmak

Şekil 1: *1998-2002 yılları arasında kutu olarak antibiyotik kullanımı ve dolar (USD) cinsinden maliyetleri.*



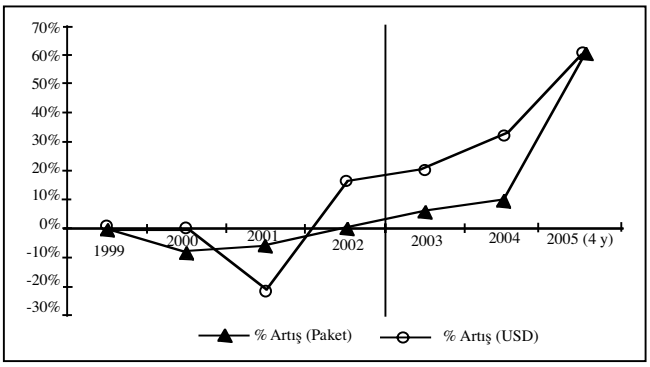
Tablo 2: *İEİS 2002 verilerine göre Türkiye ve diğer bazı ülkelerde kişi başına düşen ilaç ve antibiyotik tüketimine bağlı maliyetler.*

Ülke	İlaç maliyeti ($)	Antibiyotik maliyeti ($)
ABD	507	42.3
Japonya	369	40.3
Fransa	238	22.7
Kanada	209	11.7
Almanya	195	15.1
İtalya	171	17.4
İngiltere	170	6.6
İspanya	151	10
AUS/YZ	132	7.2
Meksika	57	9.3
Arjantin	52	4.5
TÜRKİYE	**38**	**8.4**
Brezilya	23	1.7

Tablo 3: *İEİS 2002 verilerine göre sağlık sigortası kuruluşlarına göre kişi başına düşen yıllık ortalama ilaç harcamaları ($).*

Emekli Sandığı	404
SSK	38
Bağkur	138
Devlet memuru	90

Şekil 2: *1998-2005 yılları arasında kutu olarak ve dolar (USD) temelinde antibiyotik kullanımında bir önceki yıllara kıyasla artış oranları. 2005 verileri ilk 4 aylık tüketime göre 12 aylık tüketimin tahminidir.*



Bütçe uygulama talimatı ile antibiyotikler, kimler tarafından reçete edilebileceklerine göre 4 gruba ayrılmıştır. Buna göre her hekimin yazabileceği, sadece uzman hekimlerin yazabileceği, uzman doktorların yazabileceği ancak 72 saat içinde infeksiyon hastalıkları uzmanlarınca (İHU) onaylanması gereken ve sadece İHU'larının yazabilecekleri antibiyotik gurupları ortaya çıkmıştır. Antibiyotiklerin yanlış kullanımı ve suistimallerinin önlenmesi, dirençli suşların kontrol altına alınması gibi nedenlerle oldukça cazip olarak görülebilecek bu uygulamanın pratikte yarattığı problemler ise tebliğin yayınından sonra ortaya çıkmaya başlamıştır:

1. 2003 yılında yayınlanan BUT'na göre tüberküloz ilaçları sadece uzmanlarca yazılabilmektedir. Halbuki ülkemizdeki verem savaş dispanserleri sistemi (bilgilerim yanıltmıyorsa) temel olarak pratisyen hekimler üzerine kurulmuştur.
2. Yataklı tedavi kurumlarının tamamında yeterli İHU istihdamı olmaması, İHU'ların yazması veya 72 saat içinde kullanımını onaylaması gereken antibiyotikler için uygulama güçlüklerine yol açacaktır.
3. İHU'ının olmadığı tedavi kurumlarında yetki sadece (erişkin hastalar için) iç hastalıkları uzmanlarına devredilmiştir. Yetki devrinin sadece iç hastalıkları uzmanlarına yapılmış olması çeşitli uygulama problemlerini de beraberinde getirmektedir. Örneğin kültür-antibiyogram sonuçları ile teyit edilmiş pnömonilerde kullanılması gereken antibiyotik İHU'ların reçetelendirebileceği bir antibiyotikse bunu göğüs hastalıkları uzmanı reçete edemezken bir endokrinolog, kardiyolog veya nefroloğun reçete etmesi mümkün olabilmektedir.
4. Yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan ağır sepsisli veya septik şoklu bir hastada yoğun bakım ünitesi sorumlu doktoru her türlü tanı-tedavi yetki ve sorumluluğunu taşırken antibiyotik için büyük oranda yetkisiz bırakılmıştır. Septik şoklu veya ağır sepsisli hastalarda antibiyotik tedavisine başlanmasında her saatin mortalite-morbidite açısından büyük önemi olduğu gayet açıkken İHU konsültayonunun yapılması ve antibiyotik tedavisine başlanması özellikle mesai saatleri dışında önemli gecikmelere neden olma potansiyelini taşımaktadır.

Yukarıda sıralanan ve ilk BUT'da yer alan pratik uygulamaya yönelik problemlerin bir kısmı takip eden BUT'ları ile düzeltilmeye çalışılmıştır. Örneğin 2005 yılında hastane infeksiyon komitesinin belirlediği kurallar veya protokollere göre tedaviyi yapan uzman hekimlere antibiyotik yazabilme yetkisi geri verilmiştir. Ancak hastane infeksiyon kontrol komitelerinin bu yetkiyi paylaşıp paylaşmaması yine de komite üyelerinin insiyatifindedir ve kaç hastanede uygulamaya geçirilebildiği belirsizdir.

2004 yılı içinde uluslararası nitelikteki "surviving sepsis" kampanyasının bir parçası olarak ağır sepsis ve septik şok tedavi yönergesi yayınlanmıştır[2]. Bu yönerge dünyada sepsis konusu ile ilgili bir çok bilimsel derneğin (American Association of Critical-Care Nurses; American College of Chest Physicians; American College of Emergency Physicians; American Thoracic Society; Australian and New Zealand Intensive Care Society; European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases; European Society of Intensive Care Medicine; European Respiratory Society; International Sepsis Forum; Society of Critical Care Medicine; Surgical Infection Society) katılımı ile hazırlanmış ve güçlü bilimsel temellere sahiptir. Yönergeye göre ağır sepsis veya septik şok tanısı konulan hastalar yoğun bakım ünitelerinde tedavi edilmelidir ve tanıyı takip eden ilk saat içinde antibiyotik tedavisine başlanılmalıdır. Yönergede, bu hastaların acil

servislerden yoğun bakım ünitelerine transferine kadar geçen sürede ve yoğun bakım ünitelerine alındıktan sonra derhal antibiyotik tedavilerine başlanabilmesi için (eczaneden ilaç temini ile vakit kaybedilmemesi için) acil servisler ve yoğun bakım ünitelerinde gerekli antibiyotiklerin bulundurulması da önerilmektedir. Ülkemizdeki birçok hastanede, özellikle mesai saatleri dışında bu uygulamayı gerçekleştirebilecek alt yapı ve organizasyon mevcut olmadığı gibi, BUT ile getirilen kısıtlamalar, uygulamaların daha da gecikmesi için ciddi bir sebep haline gelebilecektir.

Ağır sepsis ve septik şoklu hastalarda antibiyotik tedavisi ile ilgili bilimsel kurallar açıkça ortada olduğu gibi ülkemizdeki mevzuat da hekimlerin ilgili konulardaki yetki ve sorumluluklarını açık bir şekilde belirlemektedir. Dolayısı ile, bazı hasta grupları için, mevcut mevzuat ve bilimsel veriler ile ters düşülmeden BUT ile getirilen antibiyotik reçetelendirme kurallarının uygulanması olanaksız hale gelmektedir. Anayasanın 124. maddesine göre bakanlıkların çıkardığı yönetmeliklerin kanun ve tüzüklere aykırı olmaması gerekmektedir. Halbuki BUT ile getirilen antibiyotik kullanım kısıtlamaları aslında çeşitli kanun, tüzük ve yönetmeliklerle de uyumsuzluk göstermektedir. Örneğin Tıbbi Deontoloji Tüzüğünün 3. maddesine göre:

"Tabip, vazifesi ve ihtisası ne olursa olsun, gerekli bakımın sağlanamadığı âcil vakalarda, mücbir sebep olmadıkça, ilk yardımda bulunur"[7].

Dolayısı ile bir hastaya acil olarak antibiyotik kullanım gereksinimi varsa her hekim bunu uygulamak mecburiyetindedir. Tıbbi Deontoloji Tüzüğünün 6. ve 13. maddeleri ise şu şekildedir:

"Tabip tatbik edeceği tedaviyi tâyinde serbesttir".

"Tabip, ilmî icapları uygun olarak teşhis koyar ve gereken tedaviyi tatbik eder".

Tüzük kuralları talimat kurallarının önünde olduğuna göre ağır sepsisli hastasına ilk 1 saat içinde BUT'nın sınırlamaları nedeni ile antibiyotik tedavisi başlayamayan yoğun bakım hekimi kolaylıkla görevi ihmal ile suçlanabilir.

Diğer taraftan çeşitli Danıştay kararlarında aşağıdaki cümle net olarak ifade edilmektedir:

"Sıhhi yönden devletin ve onun yetkili uzvu olan hastanelerdeki doktorların yardımına acilen ihtiyaç gösteren bir hastaya 5 saati mütecaviz uzun bir süre içinde gereken dikkat ve ihtimamın gösterilmesini sağlamayan davalı idarenin gerek elemanlarını seçimindeki ve gerekse hastanelerin donanım noksanlığındaki ihmali sebebi ile hizmet kusuru aşikardır. Hizmet kusurundan idare sorumludur"[1].

Bu durumda ağır sepsis/septik şok hastasına zamanında antibiyotik tedavisi başlanmasını sağlayacak organizasyon oluşturulamıyor ise öncelikle hastanın sorumlu hekimi olmak üzere idarenin de suçlu duruma düşmesi kaçınılmazdır.

Yataklı tedavi Kurumları Yönetmeliğinin 57. maddesine göre *"acil vakalarda gerekli tedavi ve yardım derhal yapılmalıdır"*[8]. Bilimsel verilere göre acil antibiyotik tedavisi yapılması gereken durumlar açıktır. Bu durumlarda bütçe uygulama talimatı ile getirilen kuralların yönetmelik maddelerinin önüne geçmesi mümkün müdür?

Bütçe uygulama talimatının özellikli durumlar için mevcut mevzuat ile çatışan bu kuralları uygulandığında, uygulamaya bağlı veya uygulamadan bağımsız olarak ortaya çıkabilecek hasta ile ilgili olumsuz neticelerin yeni Türk Ceza Kanunu'nun ilgili maddelerine göre suç olarak kabul edilmesi de ciddi bir olasılıktır[11]. Bu durumda mağdurun, mevzuat çatışmaları arasında kalan ilgili hekim/hekimler olması kaçınılmaz hale gelmektedir. Hukuki sorumluluğun azaltılması amacı ile ağır sepsis/septik şoklu hastalarda ampirik tedaviye İHU onayı gerektirmeyen veya İHU'nun 72 saat sonra onaylaması gereken antibiyotiklerle başlanması bir çözüm olarak ortaya konulabilir. Ancak ünitemize, gerek kendi hastanemizden gerekse başka hastanelerden kabul edilen hastalardaki kültür/antibiyogram ve laboratuvar sonuçları ampirik tedavi başlanması gerektiğinde genellikle tablo 4'de gösterilen antimikrobiyallerin kullanımını gerekli hale getirmektedir. Tablo 4'deki antimikrobiyellerin

Tablo 4: *Ünitemizde yapılan surveyans kültür sonuçlarına göre ağır sepsis/septik şoklu hastalarda ampirik olarak başlanması gereken antimikrobiyaller.*

Antimikrobiyal	BUT 2003	BUT 2004	BUT 2005
Piperasilin-tazobaktam	İHU	İHU	İHU
Sefoperazon, sefotaksim, seftriakson	UD, A-72	UD, A-72	UD, A-72
Sefoperazon-sulbaktam, seftazidim	UD, A-72	İHU	İHU
Sefepim	UD, A-72	İHU	İHU
Karbapenem (imipenem, meropenem)	İHU	İHU	İHU
Aminoglikozid (amikasin, netilmisin, isepamisin)	UD, A-72	UD, A-72	UD, A-72
Kinolon (siprofloksasin, levofloksasin)	UD, A-72	UD, A-72	UD, A-72
Glikopeptid (vankomisin, teikoplanin)	İHU	İHU	İHU
Lipid ve lipozomal amfoterisin-B	İHU	İHU	İHU
Kaspofungin		İHU	İHU
Asiklovir	UD	İHU	İHU
Gansiklovir	İHU	İHU	İHU

BUT: Bütçe uygulama talimatı; İHU: Sadece infeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından reçete edilebilir; UD: Sadece uzmanlar tarafından reçete edilebilir; A-72: Uzmanlarca uygulanmaya başlansa bile 72 saat içinde İHU tarafından onaylanarak devamı mümkün olan antibiyotikler.

önemli bir bölümü ise sadece İHU onayı ile kullanılabilmektedir.

Bütçe uygulama talimatlarının bilimsel verilerle çatışan başka bir yönü ise kültür-antibiyogram sonuçlarının İHU'lar dışında kullanımını büyük oranda kısıtlamasıdır. Herhangi bir klinikte veya yoğun bakım ünitesinde yatmakta olan ve infeksiyonu olduğu düşünülen bir hastanın herhangi bir kültür örneğinde üreyen mikroorganizmanın sadece İHU onayı gerektiren bir antibiyotiğe duyarlı olması durumunda bile İHU dışındaki herhangi bir hekim reçetelendirme yapamamaktadır. Sonuçta, kültür-antibiyogram sonuçları yapılması gereken uygulamayı açık bir şekilde gösterse bile İHU onayı gerektiğinden klinik pratik daha zor bir hale getirilirken maliyetlerin düşürülmesi açısından da bir avantaj sağlanamamaktadır.

Antibiyotik kullanımı kısıtlamasının problem yarattığı başka bir hasta grubu ise özellikle belli bir yoğun bakım/hastane tedavisi sonrasında evde bakım hastası olarak evlerine veya bakım evlerine taburcu edilen hastalardır. Özellikle yoğun bakım tedavileri sonrasında trakeotomi yolu ile ventilatöre bağlı olan, idrar sondası ve beslenme sondası bulunan bu hastalarda genellikle hastanede tedavi edildikleri dönemde edindikleri nozokomiyal mikroorganizmalarla kolonizasyon çok sık görülmektedir. İnvazif uygulamaların devam ediyor olması, hastaların birçok ihtiyacının yapay olarak karşılanması ve bu hastaların immunolojik mekanizmalarındaki bozukluklar kolonize mikroorganizmalarla tekrarlayan infeksiyonların oluşumu ile sonuçlanabilmektedir. Oluşan infeksiyonların bir kısmı hastane veya yoğun bakıma yeniden yatış gerektirmesine karşın bir kısım infeksiyonların evde/bakım evinde tedavi edilmesi hastanın karşı karşıya kalabileceği yeni riskler ve toplam maliyet açısından değerlendirildiğinde daha doğru olmaktadır. Bu gibi durumlarda infeksiyona neden olan mikroorganizmalar sıklıkla çoklu direnç paternine sahip olduklarından sıklıkla hastanede yatan hastalarda uygulanabilen ve sadece İHU'larınca reçete edilebilecek antibiyotiklerle tedavi edilme gereksinimi ortaya çıkmaktadır. Dolayısı ile hastalar hastane/yoğun bakım ünitelerine alınarak tedavi edilmek zorunda kalınmaktadır. Böylece antibiyotik maliyetine hastane maliyetlerinin de eklenmesinin yanısıra hastanelerde başka nozokomiyal mikroorganizmalarla kolonizasyon ve infeksiyon olasılığının artması nedeni ile morbidite, mortalite ve sonuçta toplam maliyet daha da artmaktadır. Alternatif yaklaşım ise hastalara sanal hastane yatışı yapılarak İHU onayı ile endike antibiyotik tedavisinin evde gerçekleştirilmesi olabilir ki, bu durum hastalar açısından doğru olsa bile ilgili tüm hekimlerin hukuki riskini arttıracak bir uygulamadır.

SONUÇ

1. Bütçe uygulama talimatı ile antibiyotik kullanımının kısıtlanmasının temel amacı maliyetlerin düşürülmesidir. Ancak bunu sağlayıp sağlamadığı tartışmalıdır.
2. Bizler için önemli olan dirençli suşların azaltılması politikasına ne ölçüde hizmet etmekte olduğu belirsizdir.
3. Bu talimata rağmen reçeteli ve reçetesiz olarak eczanelerden istenilen ilacın satın alınması ve kullanılması mümkündür.
4. Diğer tüzük ve yönetmelikler, hekimlerin cezai ve hukuki sorumlulukları, danıştay kararları göz önüne alındığında bütçe uygulama talimatı ile hekimlerin antibiyotik yazma yetkilerinin kısıtlanması mümkün değildir.
5. Anayasanın 124. maddesine göre bakanlıkların çıkardığı yönetmeliklerin ilgili kanun ve tüzüklere aykırı olamama özelliği bu talimatın iptalini gerektirmektedir.
6. Talimatın bu hali ile uygulanması sonucunda çıkabilecek hukuki ve cezai sorumlulukların muhatabı hekimler ve sağlık idareleri olacaktır. Yeni Türk Ceza Kanunu bu açıdan risklerimizi daha da arttırmaktadır

HEDEF

1. Reçetesiz ilaç satılmasına engel olacak,
2. Antibiyotik kullanımını kısıtlayan,
3. Ancak her ihtisas dalının ilgi alanına giren hastalıklar için ve ilgili hastanenin florası göz önüne alınarak, genel/ hastaneye özgü infeksiyon kontrol politikalarına uygun antibiyotik kullanımını olanaklı hale getirecek,
4. Kültür-antibiyogram sonuçlarının tüm hekimlerce değerlendirilip, belirlenmiş kurallar dahilinde antibiyotik reçetelendirmelerine olanak verecek,
5. Öncelikli hedefi maliyet azaltmak değil de toplum sağlığının arttırılması ve hizmet kalitesinin arttırılması olan,
6. Anayasa ve kanunlara uygun, hekimler açısından istenmeyen sonuçlar yaratma potansiyeli taşımayan düzenlemelerin yapılması olmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Danıştay Kararlar Dergisi: 18.11.1968 tarih ve 1967/2767 E ve 1968/2118 K sayılı kararları, Sayfa 127-30 ve 416-18, Ankara (1968).
2. Dellinger RP, Carlet JM, Masur H et al: Surviving sepsis campaign guideline for management of severe sepsis and septic shock, Critical Care Med 2004;32:858-73.
3. İEİS: Türkiye'de İlaç: 2002, İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS), Ankara (2002).
4. İEİS: Türkiye'de İlaç: 2003, İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS), Ankara (2003).
5. İEİS: Türkiye'de İlaç: 2005, İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS), Ankara (2005).
6. Muhçak H: Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü, 23 Şubat (2003).

7. Resmi Gazete: Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, No:10436, 19 Şubat (1960).
8. Resmi Gazete: Yataklı Tedavi Kurumları Yönetmeliği, No:17927, 13 Ocak (1983).
9. Resmi Gazete: 2003 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı, No:25011, 1 Şubat (2003).
10. Resmi Gazete: 2004 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı, No 25370, 11 Şubat (2004).
11. Resmi Gazete: Türk Ceza Kanunu, No:25611, 12 Ekim (2004).
12. Resmi Gazete: 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı, No: 25722 (Mükerrer), 9 Şubat (2005).