

I

Sorunlar
ve
Çözüm Yaklaşımları

Bölüm 1

Sorunun Kapsamı

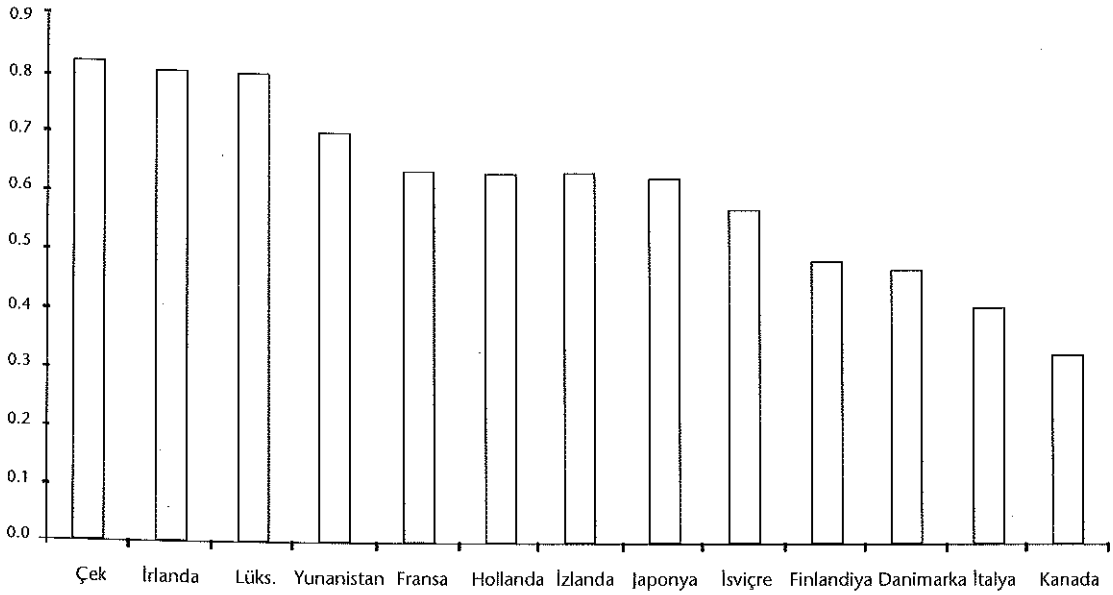
Kees de Joncheere, Flora M. Haaijer-Ruskamp,
Ad H. Rietveld ve M.N.G. Duker

1. Eşitlik

Pek çok ülke, ortalama bir hastanın ilaç harcamalarıyla hastanın bu masrafları ödeme yeterliliği arasındaki uçurumun bilincinde olarak, farmasövtiklerin finanse edilmesi konusunda bir derece eşitlik sağlamaya çalışmaktadır. Bu nedenle, söz konusu ülkeler mali yükün toplum ve birey arasındaki gerçek paylaşımı farklılık gösterse de (Şekil 1), hastaların ihtiyaç duydukları ilaçları elde edebilmelerini sağlamak amacıyla oluşturulan ve genellikle üçüncü-şahıs ödeyicileri içeren sağlık finansmanı politikaları uygulamaktadır. Kültürün yaygın nosyonları, gelenekler ve genel ahlak kuralları bu paylaşımı etkilemektedir.

Örneğin, İngiltere’de, hastanın karşılayabileceği önemsiz harcamalar dışında özel sağlık sigortala-

rına küçük bir rol bırakılmak suretiyle tüm yöre halkı Ulusal Sağlık Hizmeti’nin (NHS) kapsamındadır ve ilaçların alımı için hastalara doğrudan para ödenmektedir. Diğer bir uç noktada olan ABD’de ise, sigorta primlerini ödemeyenler için bir güvenlik ağı olarak kamu sağlık sigortasına bırakılan artan bir rol dışında, sağlık sigortası isteğe bağlıdır ve kar amaçlı özel sigorta şirketlerinin elindedir. Bu nedenle, aslında, Birleşik Krallık’ta sağlık sigortası devlet kontrolündeyken, ABD’de sadece küçük bir oranda devlet müdahalesiyle birlikte tamamen piyasa-güdümlüdür. Buna karşın, HIV-AIDS gibi hastalıklarla ve artan nüfusla mücadele eden gelişmekte olan ülkeler, sağlık sigortası türlerinden yoksundur; hastalığın ağır mali yükü hastaların kendileri ya da aileleri tarafından karşılanmaktadır ve sonuçta para yetersizliğinden dolayı hastalar genellikle tedavi edilememektedir.



Şekil 1. Toplam ilaç harcamalarının bir parçası olarak kamu harcamaları, 1999. Kaynak: OECD verileri

Ülkeler arasındaki büyük farklılıklara rağmen, kısıtlı bir bütçeyle yaşama gerekliliği olan ödeyici-kamu, özel sektör ya da birey-kavramı ortak bir ögedir; bütçe sahipleri giderek ödedikleri paranın hak ettiği değeri talep etmektedir. Finansman, kamu ya da özel sektöre ait bir sigorta sisteminin elinde olduğunda, teoride, katkılar ya da primler harcamaların karşılanması için gerekli seviyeye yükseltilebilir, ancak, uygulamada bu harcamaların birey ya da toplum üzerinde altından kalkılmaz ağır bir yük haline gelmesi riski de vardır. Böylece, sonuç yine hastanın gerekli tedaviden yoksun kalması olabilir.

Hem ilaç fiyatlarının hem de harcama düzeylerinin ülkeden ülkeye bu denli farklılık göstermesi devam eden politika tartışmalarını daha da ateşlemektedir. Kilit tartışmalar genellikle, bir sigorta sistemi altındaki ödeme ya da geri ödeme için

elverişli ilaç çeşitlerinin sınıflandırılmasına ve bir sigorta sistemi kapsamındaki hastalardan bile mali yükün bir kısmını karşılamalarının istenmesi önerisine ilişkindir.

2. Maliyetin Küçültülmesi

Kural olarak, hastalar kendilerine sağlanan sağlık hizmetlerinin gerçek maliyeti hakkında çok fazla bilgi sahibi olmamaktadır. Toplu finansman sisteminin olduğu yerlerde durum tam olarak böyledir; hasta aldığı herhangi bir hizmetin ya da malın maliyetiyle nadiren yüz yüze gelir ve fiyatların ve ödemelerin kendi problemi olmadığına inanma eğilimindedir. Diğer taraftan, bireyin yeniliklere bağlılığı büyüktür, yeni ilaçlar pek çok hasta için umut ifade edebilmektedir. Özel sektör bu ihtiyaca, piyasaya sürekli yeni ilaç akışı sağlayarak yanıt vermektedir; bu yeni preparatların fiyatlarının, bu ürünlerin geliştirilmesi, üretimi ve pazarlanması için yapılan masrafları ne derece yansıttığı genellikle tartışmalıdır, ancak pek çok durumda üreticinin, ticari çevrelerde

“piyasanın kaldırabileceği en yüksek fiyat” olarak bilinen fiyatı uyguladığı açıktır. Aslında, ilaçlar söz konusu olduğunda bu durum ulusal sigorta yetkililerinin hoş görebileceği en yüksek fiyatın konulması anlamına gelmektedir. Bu sonuçla görüşmeler zor ve yanıltıcı olabilir, çünkü, genellikle yetkililer ekonomik anlamda ilacın sağlayabileceği en fazla yararı tarafsız olarak değerlendirmede güçlük çekmektedir ve ilacın geliştirilmesi ve üretime geçilmesinin gerçek maliyetini kavrayabilecek bakış açısına sahip değildirler.

İlaç piyasası çeşitli nedenler yüzünden, diğer tüketici mallarının satıldığı ve bilinçli alıcının aldığı malın verdiği paraya değip değmeyeceğinden büyük ölçüde emin olabildiği normal rekabetçi piyasayla tam olarak karşılaştırılmaz. Bireyin ilacın faydalarını değerlendirememesi, hastanın bakış açısının katı mantıktan ziyade iyimser bir havada olması ve bu seçimin mutlaka çok güvenilen üçüncü bir şahısa (doktor) ait olması piyasaya zarar vermektedir. Devletlerin kendilerini pek çok noktaya müdahale etme zorunluluğunda hissetmeleri rekabetçi piyasa işlemlerini daha da karıştırmaktadır. İlaç erişimini sağlama amaçlı belirli güvenlik ağlarına ek olarak, tüketiciyi koruma bakış açısıyla ülkeler, ilaçların kalitesi, güvenliği ve gerçek etkinliğine ilişkin pek çok düzenleme yapmanın yanı sıra, ilaç verme standartlarını yükseltmek ve ilaçların uygun kullanımını teşvik etmek amacıyla önlemler de almıştır. Bu iyi amaçlı ve gerekli politikalar bir taraftan yine de yeni piyasa katılımcılarının piyasaya girişlerini engellemekte ve diğer bir taraftan da nüfuz sahibi tekeller (eczacılar, doktorlar) yaratmaktadır. Ayrıca, ilaç tüketim maliyetlerini kontrol altına almaya çalışırken ülkeler, fiyat kontrollerini etkilemekte, ilaçların geri ödemelerini kısıtlamakta, te-

mel kabul etmedikleri ilaçları listeden çıkarmakta, ticari olmayan bilgi kaynakları sağlamakta ve toptan ve perakende satış marjlarına müdahale etmektedir, hatta ilaçların verilmesi ve kullanımına sınırlamalar getirebilmektedir [1].

Bazı taraflar, ilaç piyasasında fiyat rekabetinin olmamasına büyük ölçüde hükümet düzenlemelerinin geniş kapsamlı oluşunun yol açtığını savunmaktadır. Bu eleştiriler, ilaç piyasası tam olarak liberalleştirilebilseydi bu piyasa da diğer tüketici piyasaları gibi yolunda işlerdi, görüşünü savunmaktadır. Bu bakış açısı yukarıda işaret edilen ve ilaç piyasasının anormal olmasına sebep olan başlıca faktörlerin varlığını görmezden gelir görünmektedir; deneyimler, piyasa tam olarak düzenlenmemiş olmasaydı, fakirlerin ciddi şekilde mahrum kalacağını ve hem bireysel hem de toplumsal sağlığın kötü durumda olacağını göstermektedir. Bu görüş, özellikle, sistemler eşitlik temeline dayandığında, fiyat kontrolü düzenlemelerinin eksikliğinin genellikle yüksek ilaç fiyatlarına yol açtığı bulgusu ile paraleldir. Piyasaların daha az düzenlendiği gelişmekte olan ülkelerde, küresel endüstrinin teoride özellikle fakir topluluklarda satışların temini için fiyatları düşürebileceği gerçeğine rağmen, yüksek ilaç fiyatları, genellikle hastaların ihtiyaç duydukları ilaçları elde etmelerini engellemektedir.

Fiyat kontrolleri ve diğer maliyet sınırlama tedbirleri, bu nedenle, ilaç harcamaları problemiyle başa çıkmanın muhtemel yolları olarak görülmelidir. Ancak, nüfusun giderek yaşlanması, uygulanan büyük ticari baskılar (özellikle reçete yazanlara karşı, ayrıca gittikçe artan biçimde kamuya karşı) dikkate alındığında, piyasaya yeni bir ilaç geldiğinde bu resmi önlemlerin her zaman, devletin umduğu kadar etkili olmaması şaşırtıcı değildir.

3. Maliyet Artışlarının Nedenleri

İlaç tedavisi maliyetlerinin sürekli artmakta olmasının nedenleri Ulusal Sağlık Yönetimi Enstitüsü tarafından çok iyi özetlenmektedir. Bunlar:

1. Daha eski ve daha ucuz ilaçların, daha yeni ve daha yüksek fiyatlı ilaçlarla yer değiştirmesi,
2. İlaç kullanımındaki artış,
3. Şimdiye kadar tedavisi bulunmayan (ya da en iyi şartlar altında daha az etkili tedavi uygulanabilen) hastalıklar için yeni ilaçların piyasaya sürülmesi,
4. Varolan ilaçların fiyatlarındaki artışlardır.

1. Daha eski, daha ucuz ilaçların yerine daha yeni ve daha yüksek fiyatlı ilaçların kullanılması

Batılı endüstrileşmiş ülkelerdeki yıllık ilaç maliyeti artışının yaklaşık %70'inin 5 yıldan daha az bir süre önce piyasaya sürülmüş olan ilaçlara yapılan harcamalar nedeniyle meydana geldiği tahmin edilmektedir. Bu ilaçlar, daha önce farmakoterapi olmayan hastalıkların tedavisi için gerekli ilaçlar olabilir, fakat yeni ilaçların büyük çoğunluğu, daha eski (ve genellikle daha ucuz) ilaçlara sıradan alternatifler sağlamaktan başka bir işe yaramamaktadır. Bu durumun etkilerine örnek vermek gerekirse: belirli bir yeni ilaç ile tedavi, yerine geçmesi için tasarlandığı daha eski ilaçtan on kat daha pahalıysa (genelde durum böyledir), şimdiye kadar on hastanın tedavisine yetecek olan toplam para, şimdi, yalnızca tek bir hastanın tedavisine yetecektir. Bu yapay yer değiştirme olgusu çok yaygındır; örneğin, yüksek tan-

siyonlu hastaların büyük çoğunluğu 1970'de ya da daha öncesinde kullanılan ilaçlarla bugün de yeterli ölçüde ve güvenli bir şekilde tedavi edilebilmekte, ancak ikna araçları tamamen farklı bir mesaj vermektedir. Bu yer değiştirme işlemi büyük ölçüde, sürekli gerçekleştiğinden ilaç harcamalarının büyümesi üzerindeki makro-etkileri müthiştir; daha eski ilaçlar yeni ilaçlar tarafından dışarıya atılmaktadır ve kamu parası gittikçe daha yeni ilaçlara akmaktadır. Bir anlamda, sıkı bütçeli gelişmekte olan ülkeler, yeni olandan çok, iyi ve gerekli olana odaklanmaya devam eden "temel ilaçlar" politikaları sonucunda bu olgudan bir ölçüde korunmaktadır. Endüstrileşmiş ülkeler bu korumadan çok daha az miktarda yararlanmaktadır. Hollanda'da yapılan bir araştırma, 1997 yılındaki toplam ilaç maddeleri maliyetinin %25'inden fazlasının yalnızca 10 ürünün satışına bağlanabileceğini ve bu ilaçların çoğunun Hollanda piyasasına yeni sürülmüş olduğunu göstermiştir. (Tablo 1)

İlaç tedavisinin maliyetini düşürmek için, kamu sistemine yeni ilaç akışının kontrol edilmesinin yanı sıra geri ödeme düzeyinin ve bu ürünlerin fiyatlarının da kontrol edilmesi gerekmektedir. Yeni ürünler, kattıkları terapötik değerin ve harcamadaki artışı ne derece hak ettiklerinin dikkatlice irdelenmesinin ardından geri ödeme sistemi ne tercihen kabul edilmelidir.

Tablo 1
Hollanda: 1997 Yılında En Çok Satılan 10 Ürün

Ürün (marka isimleri parantez içinde verilmiştir)	Maliyetler (mln dfl)	Artış (%)	Artış (miktar da)	Fiyat Değişimi (%)
Omeprazol (Losec®)	292	19	25	(5)
Ranitidin (Zantac®)	90	(36)	(25)	(16)
Simvastatin (Zocor®)	198	24	27	(2)
Enalapril (Renitec®)	97	0	11	(10)
Amlodipin (Norvasc®)	59	3	12	(8)
Budesonide (Becotide®)	75	0	2	(2)
Beclometason (Becotide®)	56	(10)	(7)	(3)
Fluticason (Flixotide®)	53	38	36	1
Paroxetine (Seroxat®)	64	37	37	0
Insuline (Mixtard®)	60	(1)	7	(7)
Toplam en çok satan 10 ürün	1043	6	11	(5)
Geri ödenen ürünlerin toplam maliyeti	3902			

dfl = Hollanda Guldeni, yaklaşık 0,50 ABD\$. Nüfus: yaklaşık 15 milyon

* 1997 yılındaki fiyat değişimleri aynı yılda İlaç Fiyatları Kanunu'nun uygulanması nedeniyle büyük ölçüde olumsuzdu. Bu durum söz konusu yıldaki miktar artışlarının mali sonuçlarını büyük ölçüde dengelendi.

2. İlaç kullanımındaki artışlar

Diğer koşullar aynı olduğunda bile herhangi bir nüfusun zaman içindeki ilaç kullanımında neredeyse sürekli bir artış olmaktadır. Bu durum, nüfusun büyümesi, yaşlanma süreci ve ilaç kullanımına karşı tavrın değişmesi gibi çeşitli nedenler sonucu meydana gelmektedir. 1996 yılında ABD’de 25 ile 44 yaş arası bireyler yıllık ortalama iki ya da üç reçete doldurdular; 65 yaş ve üstü bireyler ise yaklaşık dokuz ile on iki arasında reçete doldurdular. Yaşlılar, ABD nüfusunun yalnızca yaklaşık %13’ünü temsil ederken, yani 34 milyon birey, ABD Senatosu Yaşlanma Komitesi, ABD’de verilen tüm reçetelerin neredeyse %35’inin bu bireylere verildiğini ortaya çıkarmıştır. Nüfusun büyümesi ya da yaşlanması nedeniyle oluşan ilaç kullanımındaki artışı etkilemek elbette çok zordur. Ancak, nüfusta da bir bütün olarak daha çok ilaç kullanmaya yönelik artan bir eğilim vardır. Bu durum, kısmen kendiliğinden meydana gelen bir tavır değişikliğini gösteriyor olabilir (örn. hastalığa ya da acıya katlanmaya daha az istekli olmak), fakat büyük oranda hem hastalar hem de çalışanlar arasındaki tavrın ticari baskılarla biçimlendirildiği açıktır. İlaç tedarik eden firmaların, özellikle, reçete veren kişiler üzerinde ayrıca dağıtıcılar hatta ilaç kullanıcıları üzerinde bile promosyon amaçlı büyük baskıları vardır.

Promosyonun başlıca amacı, tedarikçinin satışlarını arttırması olduğundan, tedarikçinin ilaç tedavisinde kalite kaybı ile birlikte, ilaçların israfına, gereğinden fazla ve uygunsuz kullanımına yol açma potansiyelinde olduğu açıktır. Aşırı ve uygunsuz ilaç kullanımı, fiyatların düzenlenmesi ve maliyetlerin sınırlanması için yürütülen en sıkı sistemle elde edilen etkiye bile büyük oranda

zarar verebilir. Yine de ilaç promosyonunda büyük maliyetlerin gerektiği göz ardı edilmemelidir. ABD’de ilaç şirketleri promosyona ve pazarlamaya her yıl 11 milyar dolardan fazla para harcamaktadır. Her yıl, her bir doktora promosyon için 8.000 ile 13.000 dolar arasında paranın harcandığı tahmin edilmektedir [12]. ABD’deki halkça erişilebilen verileri kullanan Laing, “pazarlama ve ilaç verme” maliyetlerinin araştırma harcamalarından çok daha fazla olduğunu ortaya çıkartmıştır. Bu maliyetler satışların cirosu dışında ödenmek zorunda olduğundan yüksek ilaç fiyatlarına katkıda bulunmaktadır.

Dünyanın çoğu yerinde, tüketici üzerindeki ticari baskı, son zamanlara kadar kendi kendine medikasyon çareleriyle sınırlanmaktaydı, fakat şimdi reçeteli ilaçların doğrudan promosyonlarına yönelik bir hareket vardır (“Doğrudan Tüketici Reklamı”, DTR). Endüstri, gerçekleri halka bildirmenin, halkın ürünleri kullanımına ilişkin bilgisini böylelikle de farmakoterapinin kalitesini geliştireceğini iddia etmektedir. Ancak, hem ABD’de hem de Yeni Zelanda’da bu tip reklamların içeriğine ve tarzına yönelik ağır eleştiriler yapılmaktadır [3] ve Avrupa Birliği ülkelerinde uzlaşma sağlanabilecek olmasına rağmen, diğer pek çok endüstrileşmiş ülke şu ana kadar haklı nedenlerle bu tip reklamlara izin vermeye isteksiz görünmektedir. Doktorlara yönelik ilaç promosyonları durumlarında, ciddi DTR maliyetleri söz konusu olmakta ve yine bu maliyetler de yüksek ilaç fiyatlarına katkıda bulunmaktadır. 1999 yılında, 1998 yılına oranla %38’lik bir artışla, ilaç şirketleri DTR için 1,8 milyar dolar harcamıştır.

İsrafı, gereğinden fazla ilaç verilmesini ve uygunsuz ilaç kullanımını engellemek için ilaç promos-

yonlarının içeriğinin yanı sıra şeklinin de kontrol edilmesinin tavsiye edilebilir bir önlem olduğu düşünülmektedir. Her ülkede, promosyonun yalansız olmasını temin etmek için tasarlanmış ve sağladığı bilgilerin hem dengeli hem de eksiksiz olacağı uygulanabilir bir dizi resmi standartlara gereksinim vardır. Bu standartlar, akılcı ilaç verilmesini ve ilaç kullanılmasını teşvik edecek kamu önlemleriyle desteklenmelidir. Standart tedavi protokolleri ve tedavi kuralları kararlaştırılmalı ve reçete veren kişilerle etkili bir şekilde iletişime geçilmelidir; pek çok ülkede bu kurallar ve protokoller çoktan oluşturulmuştur - ve diğerlerine örnek teşkil etmektedirler - ve bunların geliştirilmesinde ve uygulanmasında genel ulusal pratisyen ya da reçete verenlerin ulusal birliklerinin ortak rol oynamaları oldukça dikkat çekicidir. Sağlık çalışanlarının ve halkın ilaçlar hakkında güvenilir, ticari olmayan bilgiler almasını sağlamayı amaçlayan ilaç bilgi servislerinin geliştirilmesine öncelik verilmelidir. İnternet aracılığıyla ilaç promosyonu hatta ilaç satılması konusunun aciliyeti, şimdilerde doktorlara ve hastalara ilaç yazmaları ve genelde ilaç kullanmaları ve özellikle yeni ilaçları kullanmaları için yapılan büyük promosyon baskılarına karşıt denge olarak nesnel bilgi sağlamak için bu uygulamaları on yıl öncesine göre çok daha gerekli kılmaktadır.

3. Daha önce hiçbir farmakoterapisi olmayan ya da az etkili farmakoterapisi olan hastalıklar için yeni ilaçların piyasaya sürülmesi

İlaç tedavisinin potansiyelinde ya da türündeki gerçek bir büyüme, özellikle, şimdiye kadar tedaviye cevap vermeyen hastalıklar ya da semptomların tedaviye uyumlu hale geldiği durumlarda, prensipte hoş karşılanmaktadır. HIV-AIDS için

anti-retroviral tedavinin piyasaya sürülmesi önemli ve açık bir örnektir. Her yıl ilaç tedavisinde küçük sayıda bazıları diğerlerinden daha mükemmel hamleler fark edilebilmekte ve kabul görmektedir. Buradaki zorluk, bu hamleleri, çok güçlü tanıtımı yapılmasına rağmen mevcut tedavi yöntemlerine önemli hiçbir şey katmayan ve harcamadaki artışı hak ettikleri söylenemeyecek diğer pek çok yenilikten ayırt etmek olacaktır. Aynı zamanda, gittikçe artan sayıda durum medikal olarak tedavi edilebilir şekilde sınıflandırılmaktadır, bu durum da genellikle belirsiz giderlere ve ek ilaç harcamalarına yol açmaktadır [5].

4. Mevcut ilaçların fiyatlarındaki artışlar

Fiyat kontrolü kurallarının ya da güçlü büyük alıcıların (kamu sağlık fonları gibi) bulunmayışı sonucunda reçeteli ilaçların fiyatları enflasyon oranından çok daha büyük bir oranda artış gösterme eğiliminde olmaktadır [4]. Fiyat kontrollerinin kaldırılmasını takiben Brezilya'da satılan her birimin dolar bazındaki maliyeti 1995 yılında 4,68 dolarken 1998 yılında 6,26 dolara yükselmiştir [11]. Satılan birim sayısının aynı dönem esnasında sabit kalması, maliyet kontrolünün kaldırılmasının nüfusun ilaçlara erişiminde hiçbir gelişme sağlamamış olduğunu göstermektedir.

4. Maliyet Küçültme Programlarının Uygulanması

İlaç maliyetini sınırlama stratejileri pek çok grubun (endüstri, toptancılar, perakendeciler, tüketiciler, doktorlar, v.b.) çıkarına dokunduğundan, bu tip politikalar önerildiğinde ya da uygulandığında bazen güçlü bir muhalefete varan tepkilere hazırlıklı olunmalıdır. Bazen bu tepkiler, sağlam bilgiyle karşılaştırılması gereken yanlış anla-

malara dayanmaktadır. Maliyet sınırlama programının başarısızlığa uğraması ya da olası ters etkilere yol açması korkusu, genellikle, aynı önlemlerin daha önce başka bir ülkede benzer şekilde, zararsız olarak ve başarıyla uygulandığının gösterilmesiyle yatıştırılabilmektedir.

Bu tip politikalar için destek almak gerekiyorsa ve önceden haksız eleştiriler yöneltiliyorsa, örgütlerin ve kurumların büyük oranda bilgilendirilmesi ve sürece katılmaya davet edilmesi gerekmektedir. Bunu gerçekleştirmenin en iyi yolu erken aşamalarda bu kurumları katılımcı olarak kaydetmektir ki kendilerini önlemlerin tasarlanması ve uygulanmasında kısmen de olsa sorumlu hissetsinler; en azından görüşlerinin tarafsızca dinlendiğinden emin olsunlar.

Bazı ülkelerde, hasta dernekleri ve tüketici grupları iyi bir şekilde örgütlenmiştir ve sesleri maliyet sınırlama politikalarının başarısı ya da başarısızlığında önemli bir politik faktör olabilmektedir. Medya, doğal olarak kamuoyunu etkilemekte ve yönlendirmektedir, medya desteği maliyet sınırlama programının başarısı için çok önemlidir. Pek çok ülkede, tıp fakülteleri ve ilaçla ilgili kuruluşlar gibi mesleki birimler, uzun süre mesleki uygulama ve sağlık koruma standartlarının düzenlenmesinde özel işlevler yüklenmiştir, ya da başka bir yolla sağlık sahnesinde aktif oyuncular olmuşlardır. Bu nedenle, bu birimlerin katılımları ve destekleri çok önemlidir ve sağlığa ilişkin yeni pek çok politika türünün geliştirilmesine ve uygulanmasına yaratıcı bir şekilde katkıda bulunabilirler. Herhangi bir politika Dünya Sağlık Örgütü ya da Dünya Bankası gibi prestijli uluslararası örgütler tarafından da imzalanırsa, daha fazla güvenilirlik elde edilecektir.

Yetkililer yeni önlemler almayı planladıklarında ilaç endüstrisinin durumunu da göz önüne almak zorundadırlar. En haklı politikaların bile kendi ticari çıkarlarına zarar vermesi halinde, endüstri tarafından acımasızca eleştirileceği ve politikaların bu tip protestolara rağmen uygulanmak zorunda kalınacağı açıktır. Diğer taraftan, bir kamu çıkarı bir diğeri için feda edilmemeliyse dikkat gerektiren bazı durumlar da vardır. Büyük çokuluslu anonim şirketler sınırlayıcı önlemlerin uygulanması için yeterince esnek olurken gelişmekte olan ülkelerdeki ya da geçiş ülkelerindeki yerel firmalar çok daha hassas olabilir. Endüstriyel istihdam, gelir, ihracatlar ve büyük ölçüde ekonomik aktiviteler hatta temel ilaçların temininin sürekliliği bile tehlikeye girebilir.

Referanslar:

- [1] S. Jacobzone, Pharmaceutical Policies in OECD: reconciling social and industrial goals, OECD Labor market and social policy, occasional papers, 2000.
- [2] R.D. Laing, Health and pharmacy systems in developing countries, Paper delivered to WHO-WTO Workshop on Differential Pricing and Financing of Essential Drugs, Høsbjør, Norveç, 8-11 Nisan, 2001.
- [3] C. Medawar, Direct to consumer advertising, Paer presented at the Conference on Consumer Reporting, Sitguna, İsveç, 29 Eylül-1 Ekim, Şnt. J. Risk and Safety in Medicine, 13 (2000) 81-86.
- [4] Families USA: Bitter Pill: The Rising Price of Prescription Drugs for Older Americans, June 2002, <http://www.familiesusa.org>
- [5] R. Moyhinan, I. Heath, D. Harryu, Selling Sickness: The Pharmaceutical Industry and disease mongering, BMJ 324 (2002)
- [6] National Institute of Health Care Management, Changing Pattern of Pharmaceutical Innovation May 2002, <http://www.nihcm.org>
- [7] National Institute of Health Care Management, Prescription Expenditures in 2001, another year of escalating costs, 2002 <http://www.nihcm.org>
- [8] National Institute of Health Care Management, Prescription Drugs and Mass Media Advertising, 2001 <http://www.nihcm.org>
- [9] Scrip no.2528, Nisan, 2002
- [10] USA Senate Committee on Aging <http://aging.senate.gov>
- [11] Dr. Gonzalo Vicna Neto, Director, President of National Agency of Sanitary Vigilance, Ministry of Health, Brasil, Drugs CPI, Testimony of January 18, 2000.
- [12] A. Wazana, Physicians and the Pharmaceutical Industry, JAMA 283 (3) (2000), 373-380.