

II

**Politik Seçeneklerden
Seçilmiş Deneyimler**

Bölüm 6

İlaç Sübvansiyon Listelerinin Kullanımı ve Düzenlenmesi ile İlgili Ölçümler

A.S.Mitchell

1. Terminoloji

Bu bölüm temel olarak, ilaçlara yönelik kamu ödemeleri modellerinin "ilaç sübvansiyon listelerinden", yani bu tür ödemeler için uygun olduğu düşünülen ilaçların listesinden derlendiği bir ülkenin -Avustralya- perspektifinden beslenmektedir. Diğer ülkelerde terminoloji biraz farklıdır fakat Bölüm 3'te de belirtildiği gibi bu amaç için pozitif (veya negatif) listelerin oluşturulması yaygın olarak kabul görmektedir.

2. Ekonomik değerlendirmenin sistematik kullanımı

Yaklaşık son on yıldır, ilaç sübvansiyon listesinin hazırlanmasında veya değiştirilmesinde doğal hale gelen *paranın karşılığı değer* çıkarımına dair sağlam bir temel oluşturmak için ilaç tedavilerinin ekonomik değerlendirmelerinin kullanımına yönelik ilgi artmaktadır. Ekonomik değerlendirmenin ilgili biçimi artan bir analizdir. Bunu, bir müdahalenin alternatifi ile değiştirilmesinde or-

taya çıkan sonuçtaki değişikliklerle karşılaştırıldığında, maliyetlerdeki değişiklik analizi olarak tanımlamak mümkündür [4]; örneğin bir kişi hipertansiyonu eski bir diüretik uygulaması yerine yeni bir anjiyotensin II reseptör antagonisti veya kalsiyum kanal blokeri ile tedavi edebilir. Bu yaklaşım her zaman için alternatif bir tedavi yaklaşımı olduğunu kabul eder (bu sadece "aktif olmayan bir müdahale" olsa bile). Maliyetlerdeki değişiklikler ve sonuçlarda doğan değişiklikler mümkün olduğunca doğru olarak ölçülmelidir.

Bir ilacın sübvansiyon durumunu değiştiren kararlar çoğunlukla "kar payında" yapılmaktadırlar, yani belirli yeni bir ilaçla ilgilidir [7]; terapötik sınıfta halihazırda desteklenen ilaçların tümünün sübvansiyon durumu her bir yeni ilaçta kontrol edildiğinden "global" kararların bir parçası değildirler. Bunun yerine dikkatler sunulan yeni ilacın kendisine en yakın rakibi ile değerlerinin ve maliyetlerinin karşılaştırılması üzerine odaklanır.

3. Karar Alma Çerçevesi

İstenilen birinci temel şart bir karar alıcının olmasıdır. Birçok büyük ilaç ödeme sistemlerinin yöneticileri klinik -ve giderek ekonomik- konular hakkında, genellikle bağımsız bir topluluktan tavsiye isterler. Bu gibi durumlarda, gerçek karar alma işlemi genellikle komite ve yöneticiler arasında paylaşılır. Her bir karardaki en önemli konu genelde yeni bir ilacın mevcut listeye eklenip eklenmeyeceğidir. Sunulan ilacın artan ekonomik değerlendirmesi, bu tür kararların alınması için ilgili ve yararlı bilgiler sağlayabilir. Eğer ilaç sübvansiyon sistemi ilaç yardımlarını belirli bir hastaya, belirli göstergelere sınırlandırabilme veya fiyatlar üzerine tartışabilme olasılığına sahipse artan ekonomik değerlendirmeler, çok daha yararlı olur. Sübvansiyonu daha çok yararlanan hastalara indirmek ve/veya fiyatı düşürmek, maliyet etkisini veya ilacın sunduğu paranın karlılığını arttırabilir [8].

İkinci gereksinim ilgili bilginin zamanında karar alıcıya sunulduğu bir süreçtir. Üç temel yaklaşım vardır: Birincisi, ilacın ticari sponsoru sübvansiyon için beyanatta bulunarak ödemeyi başlatabilir. Sponsorlar yeni ilaçların ne zaman ortaya çıktığını bildikleri, liste araştırmasında inisiyatif sahibi oldukları ve gerekli bilgilerin çoğuna ulaşabildikleri için bu oldukça cazip bir durumdur. Ayrıca, karar alıcının herhangi bir gereksinimini karşılaması için ispat sorumluluğunu sponsora bırakır. İkinci olarak, sistem dışındaki ilgilenen taraflar (örneğin bir hastanın kurumu) buna benzer bir uygulamayı bildirebilir; karar alıcının isteklerinin zahmetli olduğu anlarda onun istediği tıbbi ve ekonomik verilerin ilgili tarafın elinde bulunmamasından dolayı bu çok daha zor olabilir.

Üçüncü olarak, ilaç sübvansiyon sisteminin kendisi ödemeyi başlatabilir, örneğin yeni yayınlanan veriler, terapötik tercihlerin yeniden değerlendirilmesini gerektirdiğinde bunu hissedebilir. Uygulamada, bu üç yaklaşım da kullanılmaktadır. Fakat birincisi en yaygın olanıdır.

Üçüncü temel gereksinim karar alıcının daha açık olabilmesine yönelik bilgi ihtiyaçlarının karşılanması içindir. Bu uygulamalardaki ve karar almadaki tutarlılığın geliştirilmesi açısından önemlidir. Avustralya, ekonomik analizleri gerektiren kılavuzların yayınlamasında yasal yetkiye sahip ilk ülkedir. Şu anki Avustralya Kılavuzu Kasım 1995 tarihli baskısına dayanmaktadır [3]. Bunlar sadece, anlamlarını ve deneyleri yansıtmak ve özellikle, bir ilacın listelenmesi için kararın olumlu veya olumsuz olabileceği dayanakları ortaya koymak için bir karar alıcı tarafından gözden geçirilmiş bir dizi kılavuzdur. Kanada'daki Ontario eyaleti kendi kılavuzunu 1994 [9] yılında yayınlamıştır. İngiliz Kolombiyası, Ontario kılavuzlarını veya bağımsız Kanada Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi Koordinasyon Bürosu'nun kılavuzlarını takip eden sunumları kabul etmektedir [2]. Fransız hükümeti kılavuzlarını 1995 [10] yılında yayınlamıştır. Hollanda'daki Hastalık Fonları Konseyi 1999 [1] yılında yürürlüğe giren Kılavuzlarını yayınlamıştır. Kılavuzlar, klinikten finansal hizmetlere kadar uzanan geniş bir yelpazeyi kapsamaktadır.

Dördüncü gereksinimde, kılavuzlara göre alınan teklifler bağımsız ve eleştirel değerlendirilmelidir. Avustralyalılar teklifleri değerlendirmek için iki aşamalı bir süreç oluşturmuşlardır: klinik epidemiyoloji, biyoistatistik ve sağlık ekonomisi hakkında bilgili olan kişilerin oluşturduğu değerlendirme takımlarının yaptığı derinlemesine kon-

troller; ve aynı üç beceri alanlarından gelen ulusal kişilerden oluşan bağımsız teknik komite tarafından yapılan kısa genel kontrol. Bu üç beceri özellikle bir araya getirilmektedir. Değerlendirme, geçerlilikle ilgili yorumunu, ilgililiğini, gücünü ve verinin yorumlamasının sınırlandırır. Karar alma sürecinde yer alan değer yargılarını kararı almakla görevlendirilen kişilere bırakır. Ontariolular, teklifler hakkında belirli bir formata göre önerilerde bulunan klinik ve ekonomi uzmanlarının listesine sahiptirler. Bir klinisyenin önerisi, doğal olarak yeni ilaçlar arama üzerinedir. Gerekli görüldüğünde ekonomik tavsiye ayrıca alınır. Her bir uzmandan karar alıcılara bir eylem yöntemi önermesi istenir. İngiliz Kolombiyalıların iki ayrı takımı vardır; biri klinik verileri, diğeri ise ekonomik verileri kontrol etmek içindir. Her iki grupta karar alıcılar için öneriler hazırlar. Fransızlar bir değerlendirme süreci geliştirmemişlerdir. Bu da, 1997'den itibaren, kılavuzları doğrultusunda teklif almak istemediğini göstermek için Şeffaflık Komitesi'nin (la Commission de Transparence) kararlarına katkıda bulunmuştur.

4. Ekonomik Değerlendirme Tarafından Sunulan Potansiyel ve Beraberindeki Deneyimler

Bugüne kadar ekonomik değerlendirmenin sistematik bir şekilde kullanılmasından elde edilen deneyimler hakkında gerçek bilgi sağlayan çok az materyal yayınlanmıştır. Ontarioluların şu anda deneyimlerini gözden geçirmelerine rağmen, öğrenilenlerin birçoğu Avustralyalılardan alınmıştır. Avustralya deneyimleri, klinik değerlendirmelerin temelini oluşturulmasının önemli oldu-

ğunu öne sürer [5] ve dolayısı ile klinik olgunun bilimsel temellerine odaklanır. Açık kılavuzların yer aldığı, güçlü yasalarla desteklenmekte olan bu uygulamada dahi analizlerin yürütülmesinde ve yorumlanmasında sık sık sorunlar ortaya çıkmaktadır [6]. Ekonomik değerlendirmeler esasen karmaşıktır ve klinik çalışmaların sonuçlarının nasıl yorumlanacağı hususundaki fikir ayrılıkları konuyu daha da karmaşık bir hale sokmaktadır.

Karşılaşılan sorunlar daha çok, farklı ilaçları karşılaştırırken elde edilen terapötik sonuçların belirlenme yolları ile ilgilidir. Bu odak, gelecekte ekonomik değerlendirmelerin hazırlanması ve değerlendirilmesinin uyumlaştırılmasında bir temel oluşturabilir. Temel konular, farklı konular arasından, özenle yüksek kalitedeki klinik verileri uygulamayı ve bu verilerden uygun olanını ekonomik değerlendirme ile bütünleştirmeyi içerir. Avustralya'daki deneyimler dikkatli ve özenli değerlendirmelere dayalıdır, Hill ve arkadaşları [6] farmakoeconomik veriyi resmi olarak kullanmayı düşünen herhangi bir kurum veya birimi, ham verinin karar almada bir baz olarak kullanılmasından önce özenli değerlendirme sürecini göz önünde bulundurmaları konusunda uyarılmaktadır. Yayınlanan farmakoeconomik analizler genellikle, altında yatan verilerin doğruluğunun değerlendirilmesi için yeterince ayrıntılı bilgi sunmamaktadır.

Referanslar:

- [1] Anon, Dutch Finalising pharmaco-economic guidelines, *SCRIP* 6 (23-25 December 1998), 2398-2399.
- [2] Canadian Coordinating Office for Health Technology Assessment, *Guidelines for Economic Evaluation of Pharmaceuticals: Canada*, 2nd edn, CCOHTA, Ottawa, 1997.
- [3] Commonwealth of Australia, *Guidelines for the Pharmaceutical Industry on Preparation of Submissions to the Pharmaceutical Benefits Advisory Committee: including major submissions involving economic analyses*, Department of Health and Aged Care, Canberra, 1995. Available from <http://www.health.gov.au/pbs/pubs/pharmpac/gusubpac.htm>.
- [4] M.F. Drummond, B. O'Brien, G.L. Stoddardt and G.W. Torrance, *Methods For the Economical Evaluation of Health Care Programmes*, 2nd edn, Oxford University Press, Oxford, 1997.
- [5] S. Hill, D. Henry, B. Pekarsky and A. Mitchell, Economic evaluation of Pharmaceuticals: what are reasonable standards for clinical evidence? The Australian experience, *Br. J. Clin. Pharmacol.* 44 (1997), 421-125.
- [6] S. Hill, A.S. Mitchell and D.A. Henry, Problems with the interpretation of pharmaco-economic analyses: A review of submissions to the Australian pharmaceutical benefits scheme, *JAMA* 283 (2060), 2116-2121.
- [7] A. Laupacis, D. Feeny, A.S. Detsky and P.X. TugweU, Tentative guidelines for using clinical and economic evaluations revisited, *Cart. Med. Assoc.* 7. 148 (1993), 92-99.
- [8] A. Mitchell, Update and Evaluation of Australian guidelines: Government perspective, *Med. Care.* 34 (1996), DS216-DS225.
- [9] Ontario Ministry of Health, *Ontario Guidelines for Economic Analysis of Pharmaceutical Products*, Ministry of Health, Toronto, 1994.
- [10] Republique Francaise, *Acceptability des Etudes Medico-economiques: Contenu et Presentation*. Saint-Denis: Agence du Medicament, 1995.

Bölüm 7

Bütçe Deneyimleri

Christine Huttin

1. Giriş

Bir önceki bölümlerde de tanımlanmış olduğu gibi, bugün birçok ülke ilaç harcamalarını da kapsayacak mali tedbirler kullanmaktadır. Bu bölümde deneyim kazanılan önemli birkaç somut önleme yer verilmektedir. Bu önlemler ulusal ilaç harcamalarında genel en üst sınırın uygulanmasından (Fransa) doktorlar için bütçe tutulması gibi mesleki tedbirlere kadar uzanır (İsrail'in yanı sıra, Avrupa'da İngiltere, Almanya, İsveç gibi ülkelerde uygulanır.).

2. İlaç Harcamalarında Ulusal Üst Sınır

Bazı ülkeler çeşitli şekillerdeki sağlık bakımı harcamalarına mali üst sınır koymayı tercih eder ve bu sınırların aşılması halinde bazı yaptırımlar uygulanabilir. Üst sınırın konulduğu birkaç sağlık alanında ilaç masrafları bir tür bileşen gibidir. Fransa'da, 1997 yılından bu yana, hükümet tarafından parlamentonun onayına bağlı bir Ulusal Yıllık Sağlık Harcama Hedefi (ONDAM) konul-

muştur. Toplam maksimum harcama düzeyi dört çeşit üst sınır şeklinde oluşturulmuştur: ayakta tedavi, devlet hastaneleri, özel klinikler ve yaşlılara yönelik sağlık bakım merkezleri gibi diğer türdeki sağlık kuruluşları için. Temel sağlık bakım masrafları için üst sınır üç özel üst sınıra bölünmektedir: biri pratisyenler için, biri uzmanlar için ve diğeri de diğer hizmetler için (örneğin dışçiler). Üst sınır doktorların ücretlerinin yanı sıra ilaç masraflarını, testleri ve teşhis incelemelerini kapsar. 1997 yılında, örneğin, temel sağlık bakım masrafları için üst sınır şu şekildeydi (Kaynak: Loi de Finances, 1997):

Pratisyenler	143 milyar FF
Uzmanlar	68 milyar FF
Diğerleri	56 milyar FF

İlk iki kategori içerisinde ücret ve diğer hizmetler (reçeteler, muayene ve testler) için masraflar 1997 yılında Tablo 1.'de tanımlandığı şekildeydi. Yaptırımlar ve diğer tür önlemler, bu tür ulusal üst sınırlara eşlik eder ve bu sınır aşıldığında uygulanabilir. Örneğin, doktor veya ilaç şirketlerinden paranın fazladan harcadıkları bölümünü geri ödemeleri istenebilir.

Tablo 1

Pratisyenler	Uzmanlar
Ücretler 29 milyar FF	Ücretler 42 milyar FF
Reçeteler ve diğer işlemler 114 milyar FF	Reçeteler ve diğer işlemler 26 milyar FF

Kaynak:Loi De Finances, 1997

3. Mesleki Önlemler

Bazı ülkeler, ulusal üst sınır yerine (veya buna ek olarak) özellikle doktorlar ve eczacılar olmak üzere sağlık mesleklerini içeren ve bu kişileri masraflara karşı duyarlı kılmaya yönelik bazı mali önlemler almayı tercih eder. Bu bölümde, bireysel olarak doktorların finansörler gibi davranmalarının istenmesi, yani sağlık bakımı bütçesinin yönetimini (İngiltere veya Almanya'da olduğu gibi) ve yaptığının farklı bir şekilde karşılığını ödeme sistemi yoluyla eczacıları etkilemeye yönelik belirli önlemler alma yaklaşımına yer verilmiştir.

Hissedarlık: 1980'li yıllarda geliştirilen hissedarlık sistemi, bir kimsenin yetersizlikten ve maliyet-kontrol yaklaşımlarının etkililiğinden bahsettiği durumlarda sadece mali mekanizmalar yerine teşviklerin tasarlanması gerekliliğini yansıtır. Bütçeler farklı sağlık hizmetlerini, çeşitli kuruluşları ve farklı mesleki grupları (örn. doktorlar, eczacılar ve hemşireler) kapsayabilir. Fiyatlandırma politikalarından veya referans fiyat sistemlerinden farklı olarak, bir bütçe, fiyat ve hacim sorularını göz önünde bulundurarak, hem küresel harcama konularına hem de hizmetler arasındaki kaynak tahsisine hitap eder. Bu alandaki en kapsamlı deneyim Almanya ve İngiltere'de kazanılmıştır.

İngiltere, kendi bireysel bütçe sistemini yaygın olarak 1989 yılında uygulamıştır. Aslında o zaman doktorlar bir bütçe tutma sistemine girip girmeme konusunda tercih yapabilmekteydiler. Fakat 1999 Nisan ayından itibaren "New NHS" (Yeni Ulusal Sağlık Sistemi), temel bakım için PCG'ler (Temel Bakım Grupları) olarak adlandırılan yeni kuruluşlar oluşturdu ve önceden belirlenmiş bütçe, grup bütçesi alan - bir grup normalde yaklaşık 50 pratisyenden oluşur- tüm pratisyenler için zorunlu hale geldi. İngiltere'de, doktorların bütçe tutması 10 yıldır uygulandığı için bu tür önlemlerin etkisi üzerine birçok araştırma ve değerlendirme yapılmıştır [7]. İlk değerlendirme çalışmalarında, hissedarlık uygulamasının diğer uygulamalara oranla reçeteleme maliyetlerini sınırlandırmada daha etkili olduğu kanıtlanmıştır [3,5,8]. Örneğin Bradlow araştırmasında, 1991 NHS reformunun ardından farklı uygulama türleri arasındaki maliyet artışlarının tahminleri sunulmaktadır. Hissedarlık sisteminin birinci yılının sonunda ilaç bütçesinde hissedarlık uygulamalarının büyük bir kısmından tasarruf elde edildi, ilaçlar için net içerik maliyet (NİM) %2.9 ile %10 arasında seyretmekteydi; buna karşılık hissedar olmayanlar arasında ise masraflar %18.7 oranında arttı. Hissedarlar arasındaki NİM artışı dikkate alındığında araştırmalar, hakların verildiği ve verilmediği uygulamalar arasındaki farklı etkiyi ortaya koymaktadır.

Referans fiyatlandırmasına gelince, reçetelemede hissedarlık uygulamasının etkisinin bilimsel açıdan kanıtlanmasına yönelik olarak uzun süreli deneysel projeler gibi bilimsel araştırma proje modelleri çok yaygın olarak kullanılmamaktadır; Avrupa dışında sadece İsrail böyle bir projeyi tercih etmiştir, fakat bunu da sınırlı bir ölçekte yapmaktadır.

Tepkiyi belirleyen faktörler: Reçeteleme maliyetlerinin azaltılmasını belirleyen faktörler hakkında çok fazla veri bulunmamaktadır. Ancak, Whynes ve arkadaşları [11] tamamen hissedar olan pratisyenlerin hissedar olmayanlara oranla yönetime daha az zaman harcadıklarını ortaya koymuştur. Bunun yanı sıra, hissedarların büyük bir çoğunluğu, partnerlerin hasta yönetimi ve işlemlerine yönelik bir protokolda anlaştığı bir ortaklık anlaşması temelinde hareket etmektedir. Ayrıca hissedarlar, bilgi ve hasta yönetimi sistemleriyle ilgilenmeye yönelik üst düzey sistemlere sahiptir. Reçeteleme maliyetlerini düşürerek, tansal hizmetleri geliştirmek ve hasta bakımının standartlarını yükseltmek için hissedarlık uygulamasından elde edilen bütçe tasarrufları ile yeniden yatırım yapılabilir.

Sağlıkla ilgili etkileri: Hissedar olmayanlarla kıyaslandığında hissedarlar arasında bir reçeteleme politikası kalite değerlendirmesi olmadığından, hissedarlık sistemi ile elde edilen reçeteleme maliyeti ekonomilerinin toplumun yararına olup olmadığına karar vermek mümkün değildir. Örneğin, uzun vadeli morbidite veya hasta memnuniyeti gibi sonuç ölçümleri üzerine etkisi hakkında herhangi bir kanıt yoktur.

Hissedarlığın, reçeteleme örnekleri ve maliyetlerle etkisi geçici olabilir çünkü yapılan son çalışma-

lar hissedarlar ve hissedar olmayanların reçeteleme maliyetleri kesintisi arasında bir fark olmadığını ortaya koymuştur (örn. [9]). Ayrıca ilaç üreticilerinin yeni medikal hissedar yönetici olgusu ile karşılaşmak için İngiltere'nin pazarlama politikasına uyum sağlama olasılığı tartışmalıdır. Hissedarlığın bahsedilen örneklere olan etkisi üzerine yapılan araştırmalar [4,10] mali baskıların, pratisyenlerin ilgili kararlarında çok az etkili olduğunu ortaya koymuştur. Bu çalışmalardan hiçbirinde, iki uygulama grubu, yani Ulusal Sağlık Hizmeti reformunu takiben hissedarlar ve hissedar olmayanlar arasında bahsedilen durumlar açısından herhangi bir fark bulunmamıştır.

Hissedarlık sistemindeki önemli bir konu da, hissedarların, hissedar olmayanlara karşı veya farklı tür hissedarlar arasındaki pazarlığa göre ikincil sağlık hizmeti elde etmede yaşadıkları farklılıklarla ilgilidir. Eğer sıkı bir sağlık hizmetleri istihkakı varsa, farklı tip uygulamalar arasındaki bu rekabet gücü kendi hastalarında ikincil sağlık hizmetini elde edebilmek için (örn. sıraya koyma sistemi) birincil bakım hizmetlerinde kullanılan stratejileri destekleyebilir.

Bir hissedarlık sistemi birinci basamak sağlık hizmeti sunan doktorlar, genelde daha çok sorumluluk sunar; örneğin yaygın toplum hizmetlerinin sunulması için uygulamaları güçlendirebilir. Terminoloji, özellikle bu düzeyde ilaç bütçesi oluşturmanın, reçeteli ilaçlar üzerine karar alma sürecinde birinci basamak sağlık hizmeti veren doktorlara yetki aktarma olarak görülebileğinden, politik açıdan hassas olabilir. Örneğin İngiltere'de yeni NHS'deki durumda bu şekildedir -ki burada özellikle ilaçla ilgili rekabetin söz konusu olmasından başka, bütçe ve dinamik oluşumlarından daha geniş bir sorumluluk alanı olan

Birincil Sağlık Hizmeti Grupları ve Koruma gibi diğer kavramlar yer almaktadır.

Bir hissedarlık sistemi, ulusal sağlık fonu birimlerinden tıbbi bir mesleğe doğru yetki kayması olarak görülebilmeye rağmen, sağlık bakımı reformunun herhangi bir aşamasında doktorların kendilerini "günah keçisi" olarak hissetmeye başladıkları gizli bir siyasi gündemin bir parçası olarak düşünülebilir. Hissedarlık sistemi, bütün durumlarda tıbbi mesleklerin ve diğer hissedarların arasında ve kendi içlerinde yetki ilişkisini değiştiren önemli bir araçtır. Çoğunlukla (aşamalarda) uygulama sürecine ve de bu değişikliklerin uygulanmasının meslek yetkilerinde parçalanmalara mı yoksa doktor örgütlerine daha fazla yetkinin kaymasına mı neden olacağına karar verirken sistemin çok yönlülüğüne bakılmalıdır. Parçalanma düzeyleri, temel bakım doktorları ve danışmanları veya hissedar doktorlar ile hissedar olmayan doktorlar arasında bölünebilir. Bunun aksine, hissedarlık sisteminin uygulanması, klinisyenler tarafından yönetilen kuruluşlarda toplu karar alımına yönelik geniş bir yetki tabanı oluşturur. Bir sağlık sisteminde hissedarlığın uygulanması, birincil sağlık hizmeti veren doktorların gruplaşmasına yönelik gerçek kurumsal ölçülere deneyerek karar verilebilmesi için artan adımlarla ilerlemeyi gerektirebilir.

Almanya ilk önce bir ulusal bütçe yaklaşımını uygulamış, ardından bütçeleri il düzeyine indirmiş ve ardından doktorlar için bireysel bütçe tartışmasını başlatmıştır. Kısmi hissedarlık uygulamasını başlatan ilk ülke İngiltere'dir (pratisyenlerin sadece bir kısmı hissedarlık sözleşmesini imzalamıştır). Birinci basamak sağlık hizmeti veren grupların devreye girmesinden sonra bütün meslekleri içeren bir hissedar kavramını, ilk baş-

lardaki hissedarlara oranla daha büyük kolektif kuruluşlar da bir sistem olarak kabul etmiştir. İlaç bütçeleri konusunda, bu büyük kuruluşlar, önceki hissedarlara benzer bir rol oynamışlardır. Bu nedenle uygulama şekilleri kısmen sağlık bakımı reformlarındaki merkezileşme/merkezden uzaklaşmaya yönelik siyasi tercihlere bağlıdır. ABD çeyitli Birincil Sağlık Hizmeti Gruplarını denemiştir fakat bu deneyimler ilaç bütçesi üzerinde kontrolün sağlanması açısından pek başarılı olamamıştır. İngiltere'deki NHS veya Almanya sistemi gibi evrensel sağlık sistemi bağlamında, ilaç bütçelerinin, rekabetin yüksek olduğu bir ortama göre hedeflerini tutturmada daha başarılı olabileceğini kanıtlamak amacıyla bugüne kadar çok az araştırma yapılmıştır.

Eğer bir hissedarlık sistemi isteğe bağlı ise, sadece daha büyük uygulamalar veya daha çok girişimci olan doktorlar sözleşmeye bağlı hissedarlık anlaşmalarına gireceklerdir. Fakat, eğer bazı eşitsizlik etkilerinden sakınılmak için zorunlu kılınırsa, bu durumda doktorların gruplaşmasına daha fazla disiplin getirilecektir ve bazı doktorlar istekleri dışında kolektif kuruluşlara katılmak zorunda kalacaklardır. Bu durum hissedarlar için bir yönetim sorunu teşkil edecek ve güdüleyici mekanizmalara ihtiyaç duyulabilecektir.

Hissedarlık, mesleki sorumluluğu arttırmanın bir yoludur ve hastaların artan gücü bağlamında (örneğin hastalar kısmen web siteleri gibi doğru kaynaklardan, kendi durumları veya tedavi seçenekleri hakkında daha bilgili hale gelebilir) oldukça önemli hale gelebilir.

İngiltere örneğinde olduğu gibi, hissedarlıktaki son gelişmeler bu yaklaşımın klinik yönetim ile birleşmesine yöneliktir; böylece sağlık kuruluşla-

rının yöneticilerinin sorumluluklarına karşılık doktorların yönettiği kuruluşlar tarafından önderliğin artmasını sağlar. Doktor grupları tarafından seçilen yöneticiler genelde sorumluluğu paylaşır ve bu tür kuruluşlarda klinik yönetimi, örneğin maliyetteki dengeler ve birincil sağlık hizmetlerinin kalitesi (özellikle ilaç müdahaleleri) gibi önemli kararların paylaşılmasını "sağlar". Diğer bir son gelişme, temel bakım kuruluşlarının, bütçe yetkileri ile birlikte sağlık bakımı hizmetlerinin sınırları dışında yer alan ilaç bütçeleri üzerindeki yetkisini arttırmaya yöneliktir. Bu tür yaklaşımlar, temel bakım ve sosyal hizmetler arasında bazı bütünlüşme şekillerinin ortaya çıkmasını sağlayabilir.

Referanslar:

[1] A.H. Anis, Pharmaceutical prices with insurance coverage and formularies, Canadian Journal of Economics 25(2) (1992), 420-437.

[2] D.L. Baines, K.H. Tolley and O.K. Whyneş, Prescribing budgets and fundholding in general practice, Office of Health Economicsreport, n. 125, 1997.

[3] J. Bradlow and A. Coutler, Effects of fundholding and indicative prescribing schemes on general practitioners' prescribing costs, BMJ 307 (1993), 1186-1189.

[4] A. Coutler and J. Bradlow, Effects of NHS reforms on general practitioners' referral patterns, BMJ 306 (1993), 433-437.

[5] J.S. Dowell, D. Snadden and J.A. Dunbar, Changing to generic formulary. How one fundholding practice reduced prescribing costs, BMJ 310 (1995), 505-508.

[6] R.B. Haynes, Some problems in applying evidence in clinical practice, Annals of the New York Academy of Sciences 703 (1993), 210-224.

[7] C. Huttin, L'influence et l'organisation des soins sur la pratique medicale, in: Comment ameliorer les pratiques medicales, Medecine-Sciences, Flammarion, 1998.

[8] D. Keeley, Fundholders had a head start, BMJ 308 (1994), 206.

[9] B.S. Stewart, R. Surender, J. Bradlow et al., The effects of fundholding in general practice on prescribing habits, three years after the introduction of the scheme, BMJ 311 (1995), 1543-1547.

[10] R. Surender, J. Bradlow, A. Coutler et al., Prospective study of trends in referral patterns in fundholding and non-fundholding practices in the Oxford region, 1990-4, BMJ 311 (1995) 1205-1208.

[11] O.K. Whyneş, D.L. Baines and K.H. Tolley, GP Fundholding and the cost of rescribing, J. Public. Health Med. 17 (1995), 323-329.