

TÜRK ECZACILARI BİRLİĞİ
8. TÜRKİYE ECZACILIK
KONGRESİ

B SALONU
2m2006
•"NCİ0TI""IM

İlaçta Geri Ödeme: Sorunlar ve Çözümler

Oturum Başkanları:

Prof.Dr. M. Fethi ŞAHİN
Ecz. Sertaç ÖZMEN

OTURUM BAŞKANI (Prof. Dr. Fethi Şahin)

- Sabahki ikinci oturumumuz, "İlaçta Geri Ödeme: Sorunlar ve Çözümler."
Bu oturumu Sevgili Meslektaşım Sertaç Özmen'le beraber yöneteceğiz.

Biraz önce de söylendiği gibi, eczacılık mesleğinin en önemli sorunlarından birisi, eczacılarımızın en çok mesaisini harcadıkları konu ve bu konudaki birtakım bilgileri ve sorunları açmak üzere bu oturuma 4 tane bildiri sunulmuştur. İlk bildiri, Sayın Ecz. Mehmet Domaç ve Ecehan Balta'nın beraberce hazırladıkları "İlaç Fiyat Kararnamesinin 3 Yılı" isimli bildiridir ve Sayın Ecehan Baltayı bildiriye sunmak üzere davet ediyorum. Ecehan Balta, Türk Eczacıları Birliği'nde AR-GE Koordinatörü olarak görev yapmaktadır.

Buyurun Sayın Balta.

ECEHAN BALTA

TEB AR-GE Koordinatörü

"İlaç Fiyat KaramamesPnîn Üç Yılı"

Sayın yöneticiler, değerli izleyiciler; bu oturumun ilk bölümünde 2004 yılı İlaç Fiyat Kararnamesi'nin; fiyat kontrol yöntemleri, başlangıç etkisi, uygulamadaki etkisi ve piyasaya etkisi bakımından bir değerlendirmesini yapmaya çalışacağız.

Her şeyden önce belirtmekte fayda var: İlaç, aksak rekabete konu bir ürün olduğu için, devlet hem piyasanın görünmez eli olarak, hem de ilaçların en büyük alıcısı olarak piyasaya müdahale eder ve ilaç fiyat kararnameleeri, bunun en etkili yöntemlerinden bir tanesidir. Devletin bu ikili kimliğinin altını çizmekte de özellikle fayda var; çünkü fiyat kontrolü, sadece bir geri ödeme önlemi değildir, aynı zamanda piyasadaki arz-talep dengesini sağlayan bir tür piyasa müdahalesidir. Piyasadaki değişimler de dolayısıyla ilaç fiyat politikalarına doğrudan yansır. Bunlar ne tür değişimler; kısaca bahsedelim: Her şeyden önce ilaç sanayiinin büyümesi, ilaç fiyatlandırma politikalarının değiştirilmesindeki en temel etkenlerden bir tanesi. Bugün biliyoruz ki, tüm dünyada ilaç sanayii, üçüncü büyük endüstri konumunda. Bu hem çok büyük bir güç, hem de aynı zamanda devletler açısından yer yer kontrol altına alınması gereken bir güç. İlaç pazarında sürekli artan rekabet, sosyal güvenlik kurumlarının yaşadığı darboğazlar, özellikle Türkiye'de 1990 yılında itibaren, 93'te doruğa çıkan sosyal güvenlik kurumlarının yaşadığı ekonomik krizler diyebiliriz ve bu krizlerin süreklileşmesi, ulusal ve uluslararası düzeydeki ilaç politikaları, sağlık ilaç harcamalarındaki artış, jenerik ilaç uygulamaları

ve paralel ticaret, ilaç fiyatlandırma politikalarındaki değişiklikleri her zaman gündeme getirir.

Bunun dışında, Türkiye açısından da bir diğer özel fiyat değişim nedeni, Türkiye'nin Avrupa Birliği'ne üyeliği, üyelik süreci ve bunun ciddi biçimde Türkiye'nin ilaç fiyatlandırma politikasında etkisi olduğunu görebiliyoruz. İlaç fiyatlandırma politikası derken, bir ya da birkaç önlemin aynı anda alınmasından söz ediyoruz. Bunlar genel olarak tüm dünyada ortak ödeme, referans fiyatlar, pozitif-negatif listeler, fiyat kontrolü, kâr kontrolü, paket boyutlarının değiştirilmesi, reçetelenen kalem sayısındaki artış ya da azalış, bireysel ya da global bütçeler, jenerik ilaç kullanımını teşvik, eczacılar tarafından jenerik ikamesi yapılması, serbest eczanelere geri ödeme yapma yollarının değiştirilmesi ya da maliyet etkinlik gibi farmakoekonomik analizler, doğrudan fiyatlandırma önlemleri olarak ele alınıyor. Türkiye'de bu önlemlerden 2004 İlaç Fiyat Kararnamesi'nde hemen hepsi var, bir arada uygulanıyor. Sadece bireysel ve global bütçeler, Avrupa Birliği'nde olduğu halde Türkiye ilaç fiyatlandırma politikasında yer almayan bir konu. Bir de tabii daha önceki oturumda da birisi söz etti; maalesef farmakoekonomik analiz yapabilecek durumda değiliz. Sağlıkta dönüşüm projesinin temel unsurlarından bir tanesiydi farmakoekonomik analizlerin ilaç fiyatlarının belirlenmesinde kullanılması; fakat Türkiye'de ilaç istatistiği dahi çok fazla olmadığı için, farmakoekonomik analizleri de yapamıyoruz.

Türkiye'nin ilaç fiyat politikasının belirlenmesinde Avrupa ülkelerindeki ilaç fiyat politikalarının etkisi olduğunu söyledik. Biliyorsunuz, bu İlaç Fiyat Kararnamesi'ni hızlandıran bir etmen. Avrupa Birliği ülkelerinin hemen hepsinde referans fiyatlandırma, geçerli bir fiyat kontrol politikası olarak kullanılıyor.

Onun dışında, dikkat çekmek istediğim bir diğer nokta; Finlandiya Sağlık Bakanlığı tarafından azami fiyatların açıklanmasıyla ilgili önlem. Bu önlem Türkiye'de de var ve Finlandiya'dan sonra bu önlemi uygulayan ikinci ülke konumundayız.

84 İlaç Fiyat Kararnamesiyle 2004 arasındaki farklara bakmak açısından 84'ü kısaca hatırlatmak istiyorum: Fiyatlar nasıl tespit ediliyordu 84'te? İmalatçı, ilacı piyasaya sürmeden 10 gün önce İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü'ne fiyatı bildiriyordu. Eğer İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü itiraz etmezse, o fiyat geçerli oluyordu. Bu bakımdan, 84 İlaç Fiyat Kararnamesi, ilaç fiyatlarının kontrolünde çok etkin bir yöntem değildi. Fiyat artışı sanayicinin istemine bağlıydı, keyfi ve siyasi uygulamalara açık bir kararnameydi ve bunun sonucunda da ilaç fiyatları, 84 İlaç Fiyat Kararnamesi uygulandığı dönemde sürekli yükselmekteydi. 84 Kararnamesi'nde fiyat kısıtlaması, biraz önce saydığımız yöntemlerden bir tanesi olarak kâr kontrolüne dayalıydı. İmalatçıların yıllık kârı yüzde 15'i geçemiyordu. Tek kalem ilaçtan elde ettikleri yıllık kâr yüzde 20'yi geçemiyordu. Depocu kârı yüzde 9, eczacı kârı yüzde 25 olarak standart olarak belirlenmişti.

2004 İlaç Fiyat Kararnamesi'nin 84 Kararnamesi'nden temel farkı, fiyat kontrol yöntemlerinin çeşitlenmiş olması. 84 Kararnamesi'nde sadece kâr kontrolü söz konusuydu. 2004 Kararnamesi'nde bu yöntemler çeşitlendi. Bir diğer önemli özelliği, ilaç fiyatlarının döviz kuruna bağlanmış olması, hepimiz biliyoruz. Döviz kurunda en az 30 gün süreyle yüzde 5 ve

üstündeki değişiklikler ilaç fiyatlarına yansıtılıyordu. Onun dışında, bir diğer belirgin özellik, eczacılar açısından önemli olan, kâr oranlarının kademelendirilmesi idi. Bu da çeşitli Avrupa ülkelerinde yaygın olarak kullanılan bir fiyat kontrol yöntemi.

Fiyat kararnamesiyle önemli bir değişim, ilaç fiyatlarının belirlenmesinde -bundan sonraki sunuşlarda da yer alacak- kurumsallaşmaya gidilmiş oldu, keyfi ve siyasi uygulamaları engellemek için. İki tane komisyon kuruldu; biri Fiyat Değerlendirme Komisyonu, bir diğeri de Geri Ödeme Komisyonu. Bunları zaten daha sonraki sunucular ayrıntılı olarak anlatacaklar.

Fiyat kontrolü açısından İlaç Fiyat Kararnamesi'nin kullandığı, içerdiği yöntemlerden bir tanesi, azami fiyat. Sağlık Bakanlığı her ilaç için bir azami fiyat belirliyor. Firmalar, sadece ilaçlarının fiyatlarının bu azami fiyatın altında olmasını teklif edebiliyorlar.

Kararnameyle yürürlüğe sokulan bir diğer fiyat kontrol yöntemi, hepimizin bildiği gibi, referans fiyat. Sağlık Bakanlığının her yıl için belirleyeceği 5 ülkeden en ucuzundaki fabrika satış fiyatlarının üzerine kademeli kârlılık oranları eklenerek ilaç fiyatları tespit ediliyor. Fakat bu referans, orijin ülkedeki ya da referans ülkedeki ilacın fiyatını hâlâ ilaç şirketleri Sağlık Bakanlığı'na bildirmek zorunda. Referans alınan ülkede fiyat yüzde 5 ya da daha fazla artarsa, bunlar da ilaç fiyatlarına yansıyor. Referans fiyat uygulaması, tüm Avrupa'da ve dünyada yaygın olarak kullanılan bir fiyat kontrol yöntemi olarak, her şeyden önce sağlık fonlarının aynı etken maddeye daha az finansman ayırmasını sağladığı için önemli. Diğer yandan da ilaç endüstrisinin kendi ilaçlarını referans fiyata çekmesi yönünde bir baskı yarattığı için, ilaç fiyatlarını ucuzlatan yaygın ve etkin bir uygulama.

Bir diğer fiyat kontrol yöntemi, 2004'le birlikte kâr kontrolü ve kademeli kârlılık olarak gerçekleşti. 84'te de hatırlarsak, kâr kontrolü vardı. Kâr kontrolü, 2004 Kararnamesi'nde de aynen korunuyor; fakat kârlılık oranları kademeli hale getirildi. Tabloda görüyorsunuz ve zaten herkes burada bunu biliyor.

Onun dışında, jenerik ürünlerde referans fiyat uygulamasına geçildi. Orijinalerin fabrika satış fiyatı ortalamasının yüzde 70'i, yerli hammadde kullanılmışsa yüzde 80'i referans fiyat olarak uygulanıyor, yani geri ödeniyor. Ayrıca 2005 Bütçe Uygulama Talimatı'yla eczacıların jenerik ikamesi yapması, bir fiyat kontrolü yöntemi olarak zorunlu hale getirildi.

2004 İlaç Fiyat Kararnamesi'nin başlangıç etkileri nelerdi? Her şeyden önce ilaç fiyatları düştü. İthal ilaçların fiyatı normal düzeye getirildi, diğer ilaçların bir kısmının fiyatı düştü. 20 yılın üzerindeki ilaçlarda referans aranmadığı için değişiklik olmadı. Türkiye'de daha ucuz olan ilaçların fiyatları da değiştirilmedi.

Uygulamadaki etkileri: iki ana uygulama yapıldı; bir döviz kuruna göre ilaç fiyatları değiştirildi, daha sonra da referans fiyat uygulamasına göre fiyat değişikliği yapıldı. Piyasadaki etkilerine baktığımızda, Haziran 2005'te Euro düşüşüne bağlı olarak ilaç fiyatları yüzde 8.83 düştü, Temmuz-Ağustos-Eylül'de yüzde 5'er arttı ve 2004 İlaç Fiyat Kararnamesi'nin uyguladığı fiyat kontrol yöntemi sonucunda ilaç fiyatlarındaki 3 yıllık reel artış yüzde 5.6 olarak gerçekleşti.

1984 Fiyat Kararnamesi'nin etkilerine bakalım: 2001-2003 yıllarında hacim sabit kalmak kaydıyla ilaç fiyatlarındaki toplam artışa bakarak, ilaç fiyatlarının bu dönemde yaklaşık yüzde 129 arttığını görüyoruz. Dolayısıyla bu bakımdan, 1984 İlaç Fiyat Kararnamesi'ne kıyasla 2004 Fiyat Kararnamesi'nin fiyat kontrolü bakımından çok daha etkili bir kararname olduğunu söyleyebiliriz. Ancak kararnamenin hâlâ bazı sorunları olduğunu biliyoruz. Her şeyden önce, ilaç fiyatlarını spekülâtif değişimlerden kurtarmak gerekiyor.

Diğer yandan ciddi bir sorun, referans ülkelerin ekonomisine göre Türkiye'nin koşulları ayarlanıyor, yani referans ülkelerdeki ilaç fiyat değişiklikleri Türkiye'ye yansıtılıyor. Fiyat, referans ülkelerdeki değişikliklerden etkilenmemeli diye düşünüyörüz. Örneğin İtalya'da enflasyon ya da deflasyon olduğunda, ilaç fiyatlarındaki yüzde 5'lik artış veya düşüş, Türkiye'deki alım gücü ve ekonomik koşullar değişmediği sürece Türkiye'ye yansıtılmamalı diye düşünüyörüz, bu ekonomik mantık bakımından da doğru bir yaklaşım değil.

Diğer yandan, ilaç fiyatları bir kez Euro ile saptandıktan sonra, ya kur ortalamasına bağlanmalı ya da Türkiye'deki enflasyon oranına bağlanmalı. Yani ilaç fiyatlarının Euro'ya bağlı olarak değişmesinin de doğru bir yaklaşım olmadığını düşünüyörüz.

Onun dışında, eczaneler özellikle fiyat değişikliklerinden, bu yüzde 5'lik artışlardan, düşüşlerden çok fazla etkileniyorlar. Bu nedenle, fiyat değiştirilmeden önce en az 45 günlük bir geçiş süresi tanınması gerektiğini düşünüyörüz. Aynı zamanda ilaç fiyat kararnamesinde yapılacak bir değişikle, eczacılara 100 YTL'nin üstündeki ilaçlar için kutu başına 2 YTL hizmet bedeli ödenmesi gerektiğini düşünüyörüz.

Benim arz edeceklerim bu kadar. Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI (Ecz. Sertaç Özmen)

- "Geri Ödeme Komisyonu Kararları ve Etkileri" konusunda sunum yapmak üzere Türk Eczacıları Birliği İkinci Başkanı Sayın Ecz. Ekrem Eşkinat'ı davet ediyörüm.



Ecz. EKREM EŞKİNAT

Türk Eczacıları Birliği ikinci Başkanı

"Geri Ödeme Komisyonu Kararları ve Etkileri"

- Efendim, hepiniz hoş geldiniz.

Konu, çok önemli bir konu. Biraz önce Sayın Ecehan Balta'nın da girişini yaptığı gibi, bizi doğrudan etkileyen Türkiye'deki ilaç fiyatları, geri ödemeler, mesleğimizin birinci sorunu halinde; çünkü bu sistemin dönmemesi halinde, bizim işlevimizi yerine getirmemiz çok mümkün gözüküyor.

Son dönemde Geri Ödeme Komisyonu'nun aldığı kararları ve bunların bazı etkilerini beraber incelemeye çalışalım: 6 Şubat 2004 tarihinde Bakanlar Kurulu Kararı'nın 7. Maddesi gereğince, beşeri ve tıbbi ürünlerin geri ödeme koşullarını belirlemek amacıyla bu kurul oluşturuluyor.

Geri Ödeme Komisyonu kimlerden oluşuyor, kimler bu kararı veriyor? Baktığımız zaman, ilginç bir tabloyla karşılaşyoruz. Maliye Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde, Sağlık Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Hazine Müsteşarlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı'nın SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı Genel Müdürlüklerinin temsilcileri ve bunlar, belli bir düzeyin üzerinde. Ağırlıklı olarak kompozisyon, maliye kökenli bir kompozisyon. Bu komisyonda Türk Tabipleri Birliği yok, bu komisyonda Türk Eczacıları Birliği yok, bu komisyonda ilacı üreten sanayiciler yok. Bir alt komisyonu var ve bu alt komisyon da biraz önce isimlerini belirttiğimiz kurumların şube müdürü düzeyindeki teknik elemanlardan oluşuyor, yani komisyonla alt komisyon, aynı yapılardan

oluşuyor. Bunun da görevi, ilaç firmalarınca yapılan başvuruları incelemek, ön kararları komisyona ulaştırmak. Biraz önce söylediğim gibi, Geri Ödeme Komisyonu'nun birebir aynısı.

Bir teknik komisyon var; gerekli hallerde görüş ve önerilerine başvurulmak üzere akademik ve durumu değerlendirmeye yetkin dal uzmanlarından oluşuyor, gerekli hallerde ve komisyon tarafından. Alt komisyonun görevleri var, hepsini söylemeyeceğim; yalnız, önemli olanları, dikkat çekici olanları kırmızıyla göreceksiniz: Teknik Komisyon'un görüşlerini de alarak listede yer alacak veya listeden çıkarılacak ilaçların tespitine ilişkin değerlendirmeleri yapmak, gerektiğinde ilaçların farmakoekonomik değerlendirme raporlarını ilgili firmalardan veya uluslararası kabul görmüş kurum ve kuruluşlardan talep etmek. Umarım bu talepler yapılıyordun Benzer ilaç gruplarını ve referans fiyatları güncellemek. Bu benzer ilaç grupları kavramı, bizim öğrendiğimiz eşdeğer kavramını bir anlamda sabote eden yeni bir açılım. Görevleri devam ediyor; listedeki hataların telafisini gidermek. Hataların da özellikle altını çizelim, birazdan geleceğiz. Bu değerlendirmeleri yapmak üzere her ay toplanıyor.

Listeye ilk defa girmek için başvuran ürünler, en geç 6 ay içinde değerlendiriliyor. Türkiye'de ilk defa piyasaya verilen orijinal ürünlerin ilk değerlendirilmesi, piyasaya verilmesinin üzerinden 6 ay geçmeden yapılamıyor. Yani piyasaya verilmiş bir ürün, hekim tarafından reçeteleniyor, sizin eczanenize geliyor, ama piyasaya verilisinin üzerinden 6 ay geçmeden bunun geri ödemesinin yapılması mümkün değil.

Alttaki madde olumlu; jenerik başvuruların fiyat avantajı olmak kaydıyla doğrudan değerlendirilip listeye dahil edilmesi. Bunun ilaca daha ekonomik ulaşmak adına doğru bir yaklaşım olduğunu düşünüyorum. Bütün bu gelişmeler ışığında Türk Eczacıları Birliği, bu listenin yeniden düzenlenmesiyle ilgili aldığı birtakım duyurular doğrultusunda 26 Mayıs 2006'da bir basın açıklaması yapıyor. "Sağlıkta tasarrufa artık yeter, sağlığın başka alanları da var." Tasarruf yöntemleri nedir, ne değildir, bunları bir metin halinde kamuoyuna duyuruyor. Gerçekten de Türk Eczacıları Birliği'nin duyuruları doğru çıkıyor; 5 Temmuz 2006 tarihinde 12443 Sayılı Genelge ile ve 01.08.2006 tarihinden geçerli olmak üzere 116 kalem ilaç listeden çıkarılıyor. 12 Temmuz'da TEB ikinci bir basın açıklaması yapıyor, bu 116 kalem üzerindeki eleştirilerini dile getiriyor. Bunlardan bir kısmı dikkate alınıyor, 14 ilaç listeye tekrar iade ediliyor.

İlginç şeyler oluyor bu arada. Bakıyorsunuz, Etoil Ford 15 Mayıs 2006'da uzman doktor kısıtlamasına maruz kalıyor, olabilir. Aradan 45 gün geçiyor, uzman doktor kısıtlaması kaldırılıyor. Yani neden uzman doktor kısıtlamasına giriyor, neden bu kısıtlama kaldırılıyor, bunu ben kavramakta ciddi güçlük çekiyorum. Bu konuda bilgisi olan dostlarımız varsa, beni de aydınlatırlarsa sevinirim. Ama başka şeyler de oluyor: Etoil Ford'un bu kısıtlamaya maruz kalmadan önceki satış rakamlarıyla bu 45 günlük süreçteki satışı ve 45 günün arkasında tekrar kısıtlamanın kaldırılmasıyla rakamın tekrar yükselmesi, ilginç bir grafik oluşturuyor. Firma açısından uzman doktorun kaldırılması uygun, ama hiçbir zaman kısıtlamanın getirdiği tarihteki rakamlara ulaşmaları mümkün olmuyor.

Bir başka örnek, çok yeni; Neupogen geri ödeme listesinden çıkarılıyor. Türk Eczacıları Birliği, konuyla ilgili bir basın açıklaması yapıyor,

"toplumun ilaca ulaşmasını engelleyen her türlü uygulamadan geri dönülmelidir" diyor. Konu çok tartışılıyor, basına yansıyor. Son aldığımız bilgiye göre, kararı imzalanmış, tekrar listeye geri gelmekte.

Bir başka örnek, bu 116 kalemin içinde mukolitik ilaçlardan Ambroksol ve Asetilsistein'ler. Tabloda gördüğünüz gibi, Ambroksol grubu fiyat olarak çok daha düşük. Bunları çıkarıyorsunuz listeden, "tedavi değeri yoktur" diye, Asetilsistein'leri bırakıyorsunuz, onların fiyatları 2,5 kat daha pahalı. Pazarda şöyle bir gelişme oluyor: Bu bir yerel deponun satış rakamlarından alınmış sayılar. 250 tane satan şurup 30'a düşüyor, 1200 tane satan 400'e düşüyor, 800 satan 250'ye düşüyor. Ne oluyor? Aksi tarafta 400 satan 900'e çıkıyor, 300 satan 800'e çıkıyor. Asetilsistein'lerde bir başka ilaç var, o da bir ara şöyle bir çıkar gibi oluyor, tekrar giriyor; 250'den 30'a düşüyor, tekrar girmesiyle beraber üzerine çıkmak üzere eski rakamını yakalıyor. Çünkü öbür komşularına göre zaman kaybetti.

Bu çok daha tartışılan bir şey; Alzheimer tedavisinde kullanılan ve listeden çıkarılan bir A ilacı var, isim vermiyorum, hepiniz o ilacı biliyorsunuz, çok satan bir ilaçtı. 80 miligram 30 film tablet, dozajı 3x1, aylık tedavi maliyeti 111.30 YTL. A ilacını çıkarıyorsunuz, pazar B, C, D, E'ye doğru devrilmeye başlıyor. B ilacının 2 formu var; birinin tedavi maliyeti aylık 127 YTL, öbürünün 198 YTL C ilacının 161 YTL, D ilacının 168 YTL, E'nin 193 YTL. Ambroksol'le Asetilsistein'in etki mekanizmalarının farklı olması, fakat birinin diğerine göre daha üstün olup olmadığının bilimsel olarak kanıtlanamaması gibi aynı tablo burada davar. Mesela bu A ilacı, ilaç ekonomisi konusunda çok dikkatli olan Almanya'da geri ödeme kapsamı içinde. A'ya ve B'lere bakın lütfen. A ilacı, yeni bir yerel depoda aylık 1093 adet satılırken, rakam 250'ye düşüyor. B ilacının bir formu 34'ten 60'a çıkıyor, B ilacının diğer formu 201'den 285'e çıkıyor. Fiyat farklarını da bir önceki slaytta hatırladığınızı umuyorum. Buna C'yi, D'yi, E'yi de ekliyoruz; A ilacının ödeme listesinden çıkarılması sonucu, B + C + D + E ilaçlarının satışındaki artış yaklaşık 7 milyon dolar. "Bunu nereden buldunuz?" diyorsanız, Hacettepe Üniversitesi'nin saygın bir profesörünün yaptığı bir araştırmanın detayları bu. Yani hiç teferruatına girmeden, kimseyi rahatsız etmeden, sadece alınan kararların nelere yol açabildiğini, bir ilacı piyasadan kaldırmanın veya geri ödeme kapsamından kaldırmanın tek başına ekonomi yapmaya yetmediğini göstermek için bu örnekleri veriyorum.

Ne yapmak lazım? Bir defa tedaviye erişimde kısıtlama, doğru bir yaklaşım değil. Bu en temel insan hakkı. Yani insan, sağlığıyla ilgili ilaca her ne pahasına olursa olsun yetişebilmeli, o onun insanlık hakkı. İlaça erişimi engellemek yerine, çağdaş, akılcı ilaç kullanımını hedeflemeyi öneriyoruz. Biyoeşdeğerliliğini kanıtlanmış jenerik kullanımının teşvikini bir öneri olarak sunuyoruz. Tasarruf adı altında yapılan değişiklikler, yeterli geçiş süresi tanınmadığından, ilaç üreticilerini, ecza depolarını, özellikle bizi, eczaneleri ve hastaları ciddi sıkıntıya sokuyor. Bir gün interneti açıyorsunuz, A ilacının artık ödenmeyeceğini öğreniyorsunuz. Bir 15 gün de geçiş süresi veriyorlar, elinizde de o ilaçtan 60 tane, 70 tane var, 15 gün sonra o ilacın alıcısı da yok.

Eşdeğerlik kavramı, bilimsel çerçevenin dışında taşırılmamalı. Burada şunu ifade etmek istiyorum: Siz herhangi bir şekilde geri ödeme kurumlarına terapötik eşdeğer dışında bir ilacı verirseniz, sözleşmeniz ıklı

feshedilir. Ama diğer taraftan, eşdeğerlilik kavramını değerlendirirken, ortaya bir başka eşdeğerlik çıkıyor. Yani bu ne teropatik eşdeğer, ne farmakolojik eşdeğer, bu ekonomik eşdeğer, ilaç harcamalarını azaltma diye bir kavram var, bunun doğru olmadığını düşünüyoruz. Rasyonel tedavi maliyeti kavramının dikkate alınmasını öneriyoruz. Sağlık harcamalarına ilaç kadar diğer alanlarda da itina gösterilmesini istiyoruz, yataklı tedavi kurumlarında, tıbbi malzemelerde, medikal malzemelerde, ama dikkat ediyorsanız, ilaç, hep ilaç. Elbette yapılsın, ama doğru ve çağdaş yöntemlerle yapılsın. En önemlisi, ilk slaytta gördüğünüz kompozisyonu hatırlayalım; Maliye Bakanlığı, patron, Hazine Müsteşarlığı, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ağırlıklı olan bir yapı, yani maliye ağırlıklı bir yapı, ilaç gibi insan hayatı üzerinde çok etkili bir ürünün kararını veriyor. Tekrar ediyorum: Türk Eczacıları Birliği yok, Türk Tabipler Birliği yok, ilaç üreticileri yok. Bir an önce bu durumun temelden değiştirilmesi ve makul bir hale getirilmesini istiyoruz. Yoksa biraz önce verdiğim örnekleri çoğaltmak mümkün olacak ve bu örnekler geometrik olarak katlanmaya devam edecek.

Dikkatinizi çekmeye çalıştım. Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI (Prof Dr. Fethi Şahin)

- Teşekkür ederiz Sayın Eşkinat.

Türk Eczacıları Birliği Genel Sekreteri Sayın Erdoğan Çolak'ı "SSK Reçete Kontrollerinde Yaşanan Sorunlar" konulu bildirisini sunmak üzere davet ediyorum.

Buyurun Sayın Çolak.

Ecz. ERDOĞAN ÇOLAK

TEB Genel Sekreteri

"SSK İlaç Kontrollerinde Yaşanan Sorunlar"

- Hepinizi saygıyla selamlıyorum.

Sunumumuz, "SSK Reçete Kontrolünde Yaşanan Sorunlar."

Değerli meslektaşlarım, kıymetli konuklar; SSK mensubu hastalar, Şubat 2005 tarihinden itibaren serbest eczanelerden ilaç hizmeti almaya başladı. Bu tarihten önce meslektaşlarımızın bir kısmı, kısmen SSK mensubu hastalarla tanışıyordu. Ancak Şubat 2005'ten itibaren Türkiye'deki tüm eczacılarımız, SSK hastalarıyla tanışmaya başladılar, SSK da eczacılarla tanışmaya başladı ve Şubat 2005'ten itibaren serbest eczanelerden ilaç hizmeti alınmaya başladı.

SSK, 11 Nisan 2005'te kendi uygulama talimatı olan "ilaç Listesi ve Uygulama Talimatı" yayınladı. Daha sonra 20 Aralık 2005'te "Bütçe Uygulama Talimatı" yayınlandı ve 29 Nisan 2006'da ise "Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği"yle tüm kurumların ortak paydada birleşebileceği bir talimat ortaya çıktı. Daha sonra bu talimatla birlikte tebliğler, revizyonlar, genelgeler ve genel yazılarla bütçe uygulama talimatının içeriği değiştirildi. Bu durum, hastalarla eczacıların karşı karşıya kalmasına yol açtı; çünkü her gün yapılan değişiklikler ve ona uyum sağlamakta zorlanan eczacılar, hastalarla karşı karşıya geldiler. Yaşanan sıkıntılar ve değişen prosedürler dolayısıyla hasta, bir eczaneden alabildiği ilacı bir başka eczaneden alamaz duruma geldi. Bu biraz da prosedürün kavranamamasından dolayı oldu. Böylelikle hasta,

eczacısına güvenini kaybeder noktaya taşındı. Bunun en önemli nedeni, bu bütçe uygulama talimatında ya da sonradan çıkan genel yazılarda ya da revizyonlarda yoruma açık ifadelerin olması. Bu da uygulama birimlerinin bu yoruma açık ifadeleri farklı anlamalarına neden oldu. Hangi reçeteden ne gerekçeyle kesinti yapıldığı meslektaşlarımız tarafından bilinemedi.

Değerli meslektaşlarım; özellikle kontrollerin bazı bölgelerde zamanında yapılmaması, bazı bölgelerde 6 ay, 9 ay, 1 yıl ya da 15 ay kadar geriden yapılıyor olması, eczacıların reçete karşılamadaki zararlarını kat be kat arttırdı. Bu nedenle, uzun süre kontrol edilemeyen reçeteler iade edildiğinde, eksiklikleri tamamlanamaz duruma geldi; çünkü orada çalışan hekimin tayini çıkabilmiş oluyor ya da başka her hangi bir sebeple hekime ya da hastaya ulaşamayabiliyor. Bu sebeple bunlar da üzerinden çok uzun süre geçtiği için bir türlü düzeltilemez hatalar haline dönüşüyor. Eczacı, birebir hatasını zamanında göremediği için de yapılan hatalar sürekli tekrarlanır hale geldi.

Bir başka önemli olay da provizyon sisteminin güncel olmamasından kaynaklı ve provizyon sisteminin eczacıyı yanlış yönlendirmesinden kaynaklı hatalar.

Değerli meslektaşlarım; tabii burada bunları söylerken, meslektaşlarımızın da ortaya çıkan bütçe uygulama talimatlarını ve onun akabinde çıkan genel yazıları, revizyonları dikkatli takip etmesinde sonsuz yarar var. Biz, yaklaşık 20 odadan bu kesintilerle ilgili bilgileri aldık. 150 reçeteye yakın bir bilgi Türk Eczacıları Birliği'ne aktı. Bunları incelediğimizde, büyük bir kısmının, yüzde 80 civarındaki bir kısmının eczacının hatalarından kaynaklı olduğunu gördük; ya Bütçe Uygulama Talimatının iyi okunmadığından ya sehven yapılan hatalardan ya da daha sonra revizyonlarla veya genelgelerle değişen talimatlara yeterince dikkat edilmediğinden kaynaklandığını gördük. Bunlar daha çok tarih hataları, doz hataları gibi hatalardı. Burada da meslektaşlarımızın mutlaka eczane işletmeciliği açısından varolan genelgeleri, talimatları sıkı takip etmesinde sonsuz yarar var. Biz, burada sadece çok ilginç bulduğumuz reçeteleri birlikte sizinle tartışmaya çalışacağız.

Değerli meslektaşlarım; Eskişehir'den Doğru Eczanesi, reçete teşhisi behçet hastalığı, uzman hekim yazıyor, Intron-A reçetesi, "raporu interferon verilme ilkelerine uygun değil" diye kesilmiş. 15.12.2005 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı uyarınca ödenmesi gerekiyor, şöyle ki: 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nda yer alan "Ek 2 Hasta Katılım Payı'ndan Muaf İlaçlar Listesi 15. Diğer Hastalıklar" bölümünde behçet hastalığı tarif edilmiş. Altında da 15/2-3'te interferon var. Dolayısıyla bu reçetenin raporuna da baktığımızda, raporu uygun. Dolayısıyla bu reçetenin ödenmesi gerekiyor, bununla ilgili girişimlerde bulunduk. Zaten bize gelen tüm reçeteleri inceliyoruz, daha sonra da bununla ilgili sözlü ve yazılı girişimlerde bulunuyoruz.

Tabii burada provizyon sisteminin yanılması da var. SSK provizyon sisteminde interferonların behçet hastalığında ödendiği belirtilmiş belirtilmesine ancak buna rağmen; burada görüyorsunuz, rapor teşhislerinde behçet hastalığı var. Ancak "verilme ilkeleri uygun" değil diye ödenmesi gereken bir reçete ödenmemiş.

Değerli meslektaşlarım; en çok kesinti olan bir başka uygulama ise, infertilite tedavisinde karşımıza çıkıyor. Burada en önemli olgu şu: Bu hastaların yaşamı boyunca yapılacak Intra Uterin İnseminasyon işlemlerinden en fazla üç uygulamada (siklusta) kullanılacak toplam en fazla 4500 ünite doz gonadotropin bedeli ödeniyor." Ancak burada da provizyon sisteminde hastanın kaçınıcı siklusta olduğu görülmediği ve ne kadar ünite kullandığı görülmediği için, hastayı o anda kabul eden eczacı, reçete üzerinde gördüğüyle yetinmek zorunda kalıyor. Dolayısıyla bu tür kesintiler de çok fazla yapılıyor. Bunun mutlaka provizyon sisteminden görünür hale getirilmesi ve güncellenmesi gerekiyor.

Kontrol eden meslektaşlarımızın da, yani kontrol birimlerinin de kendine ait yorumları var. Burada Aysel Durmuş isimli bir hasta, 30.6.2005'te reçetesi yazılmış. Kesinti T değerlerinden kaynaklı. Burada T değerleri uygun olmadığı gerekçesiyle kesinti yapılıyor. Bu hastaya 07.01.2005 tarihinde osteoporoz teşhisiyle rapor çıkarılmış. SSK Başkanlığı'nın 11 Nisan 2005 Tarihli İlaç Listesi ve Uygulama Talimatı'na baktığımızda, madde 33, "osteoporoz ilaçlarının kullanım ilkeleri" şöyle diyor: "Aşağıdaki hasta gruplarında Osteoporoz tedavisinde kullanılan bifosfonatların veya diğer osteoporoz ilaçlarının kullanımında (kalsitonin, raloksifen v.b.) resmi kuruluşlarca sağlık kurulu raporu düzenlenecek, düzenlenen raporda tedavi süresi belirtilecek, DEXA yöntemiyle belirlenmiş kemik mineral yoğunluk değerini gösteren belge rapora eklenecektir."

Raporu gördük, herhangi bir problem yok. Daha sonra b maddesinde de "Lomber bölgeden posteroanterior veya lateral yapılan Kemik Mineral Yoğunluğu ölçümünde total L2-L4 (veya total L1-L4) veya femoral bölgeden yapılan Kemik Mineral Yoğunluk Ölçümü'nde total femur veya femur boynundan elde edilen "T" değerlerinden herhangi birinin -2,5 veya daha düşük olduğu hastalarda kullanılacaktır" diyor. Bu hastaya ait Kemik Mineral Yoğunluğu Ölçümü'ne baktığımızda, burada lomber bölgeden yapılan ölçümü görüyoruz, L1-L4; -3.1, L2-L4; -3.3. Femur boynundan elde edilen ölçüme baktığımızda -0.4, femur totali ise -0.6 olarak ölçülmüş. Bu ölçümlerden birinin uygun olması yetiyor, lomber bölgenin ölçümleri -2,5'ten fazla, dolayısıyla bu reçetenin de ödenmesi gerekiyor.

Bir başka kontrolden kaynaklı hata örneğini de Artvin'den bir meslektaşımızın reçetesi üzerinde hep beraber inceleyelim. Teşhis akut bronşit, ama teşhisi yazan doktor, bunu yanlışlıkla "akut bonsit" diye yazmış. Multisef 750 miligram isimli ilaç "belli teşhislerde ödenir gerekçesiyle" kesilmiş. Oysa 11.4.2005 Tarihli SSK Talimatı'nda bedeli ödenmeyen ilacımızın etken maddesi için "Sepiroksin Paranteral uzman doktor ile ödenir" ifadesi yer almaktadır, bakıyoruz reçeteyi uzman doktor yazmış. Multisefin endikasyonlarında akut bronşit yer almaktadır. Burada kontrol eden meslektaşımız akut bonsiti akut bronşit diye yorumlamıyor ve bunun da bedelini kesiyor, bunun da ödenmesi gerekiyor.

Bir başka eczane, Arı Eczanesi, Malatya'dan bir meslektaşımız. Teşhis, kuru göz, Restasis isimli ilacı uzman doktor yazıyor. Kontrol eden meslektaşımız, "sadece Keratokonjunktivitis sicca'da kullanılır" gerekçesiyle kesinti yapıyor. Kuru göz sendromu ile Keratokonjunktivitis sicca'nın aynı şeyler olduğunu da buradan onun bilgisine sunuyoruz.

Sık değişen uygulamalar ve geç yapılan kontrollerden kaynaklı haksız kesintilere bir örnek olacak Şöyle bir olayla karŐılaŐtık: orum'dan bir meslektaşımız, teşhis migren hastalığı, Relpaks isimli ilaç meslektaşımız tarafından 4 kutu olarak verilmiş fakat iki kutusu fazla verildiği gerekçesiyle kesilmiş. Oysa 11 Nisan 2005'te yayınlanan 2005 Yılı SSK Başkanlığı İlaç Listesi ve Uygulama Talimatı'nda bu grup ilaçlar için böyle bir kısıtlama yok. Ancak daha sonra 29.4.2006 tarihli Resmi Gazete'de yayınlanan Tedavi Yardımına ilişkin Uygulama Tebliği'nin 12/7-19'uncu maddesinde "migrende ilaç kullanım ilkeleri" baŐlıęı var. Burada da "triptanların oral formları, nöroloji uzmanı hekimce reçete edilir;" diyor. "Sağlık kurulu raporu varsa (nöroloji uzmanının bulunduğu) diğer hekimler tarafından da yazılabilir. Bu grup ilaçlardan yalnız bir etken madde reçete edilebilir, ayda en fazla 6 doz/adet (tablet, sprey veya kartuŐ) yazılabilir." diyor. Dolayısıyla burada kontrol eden meslektaşımız yeni çıkan talimatı esas aldığı için, reçetenin tarihini ve bakması gereken talimatı fark edemiyor ve bunu da kesiyor, bu da bizce ödenmesi gereken bir reçete.

Bir de bütçe uygulama talimatlarının yanlış yorumlanmasıyla ilgili bir reetemiz var. Kadam Eczanesi, Zonguldak'tan bir meslektaşımız. 26.08.2005'te Pegasys adlı bir ilacın Kronik aktif C Hepatit teşhisiyle yazılmış olduğu bu reçete, pegile interferon kullanım kriterleri, baŐlama kriterleri yok diye kesintiye uęramıŐ. Burada 11.4.2005 SSK İlaç Uygulama Talimatı'na baktığımızda, madde 28'e göre, interferon kullanım ilkelerinde kronik Hepatit C'de ALT düzeyleri normalin en az 1,5 katından fazla olacak. Anti HCV, anti HCB RNA'sı pozitif olacak, yani kronik hepatit olması gerekiyor. Meslektaşımızın yolladığı evrakları incelediğimizde bu maddeyle ilgili herhangi bir sıkıntıya rastlamadık. Yine aynı talimatın 5'inci maddesi, pegile interferonların kullanım ilkelerine baktığımızda, 3'nc maddede "belirtilen kronik Hepatit C tedavisine baŐlama kriterlerine uygun olarak yalnız 18 yaŐın üzerindeki hastalarda" diyor. Hastamız 55 yaŐında, "naive ve kronik Hepatit C vakalarında" diyor, ki öyle bir raporu var, bir de "interferon tedavisinde, nks hastalarda" diyor. Bu da HCV RNA'nın pozitif olduğunu gösteren belge. Bu da patoloji raporu ve ALT düzeyi de 1,5 katın üstünde. Dolayısıyla bu reçetenin de ödenmesi gerekiyor.

Bir başka reetemiz Eskişehir'den. Artroz hastalığı teşhisi konulmuŐ. Tanı atralji olduğu için, uzman doktor tarafından yazılmış Omeprazid denmemiŐ. 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nda "her ilaç için teşhis yazılacaktır" ifadesi yer almamaktadır. Dolayısıyla Omeprazid için ayrı bir teşhis yazılma gerekçesi olmamalıdır. Ancak Omeprazid için ayrı bir teşhis yazılmadığı için kesilmiş. Oysa burada hekim, atraljide kullanılan ilaçların yan etkisini önlemek için bu ilacı yazmış. Dolayısıyla bunun da ödenmesi gerekiyor.

Bir başka reetemiz, Ankara'dan bir eczanemizden. Miplonide İnhaler Kapsül. Etken maddesi Budesonit, bronŐial astımda kullanılıyor. Bu da pratisyen hekim yazdığı gerekçesiyle ödenmeyen bir reetemiz. SSK Başkanlığı İlaç Listesi Uygulama Talimatı'na baktığımızda, 11 Nisan 2005, madde 35'te solunum sistemi ilaçları kullanım ilkeleri var. "Bu grup ilaçların ayaktan tedavide kullanımı aşağıdaki ilkelere göre yapılacaktır" diyor. "Astım tedavisinde Formaterol, Salmaterol ve kombinasyonları" diyor, uzman hekimleri belirtiyor. Bir diğer grup ise Montelukast ve

Zafirlukast, bunların da uzmanlarını belirtiyor. Ama Budesonit'le ilgili bir uzman hekim tarifi yok. Dolayısıyla bunu pratisyen hekim yazabilir ve bu reçete, ödenir bir reçetedir.

Değerli meslektaşlarım; bir başka karşılaştığımız olay da reçetede iki doktor kaşesinin bulunması. Genellikle bu, üniversite hastanelerinde ve eğitim hastanelerinde asistanlar tarafından yazılan, daha sonra uzman doktorun onayladığı reçetelerde karşımıza çıkıyor. Bu da öyle bir reçete. Burada da "iki farklı doktorun kaşesi var, imzası var" diye bu reçete ödenmemiş. Dolayısıyla bunun da ödenmesi gerekiyor.

Bir başka örnek de Malatya'dan geliyor, Arı Eczanesi'nden. Psikotik atak teşhisiyle yazılmış olan Risperdal Tablet, endikasyon dışı kullanılmış diye ödenmemiş. Oysa Risperdal'in prospektüsüne baktığımızda, psikolojik vakalarda kullanılıyor, anti-psikotik bir ilaç. Dolayısıyla bunun da ödenmesi gerekiyor.

Yeri gelmişken, en çok sıkıntı yaşadığımız, meslektaşlarımızın en çok sıkıntı yaşadığı ilaçlar, genelde Zyprexa ve Seroquel isimli ilaçlar. Burada da prospektüsüne baktığımızda, şizofreni ve bipolar kişilik bozukluğunda kullanılır yazıyor. Hekimler genelde reçeteye şizofreni teşhisini yazmak istemiyorlar, sosyal bir vaka olduğu için. Depresyon tanısıyla yazıyorlar, eczacılarımız da veriyorlar. Ancak Bütçe Uygulama Talimatı'nda bu içerikle olmadığı için, kurum da bunu ödemiyor. Buna da çok dikkat etmek gerekiyor, yani bizi yönlendirecek tek şey varolan kurallardır. Kurallara yeterince dikkat ettiğimiz zaman, bu tür sıkıntıları daha da azaltacağız diye düşünüyorum.

Bir de değerli meslektaşlarımız, bu sıkıntılarla ilgili yaşadığınız konuları bize gönderirseniz, biz de gerekli girişimleri Türk Eczacıları Birliği olarak yapıyoruz ve bu konuda adımlar atıyoruz.

Hepinize teşekkür ediyorum.

OTURUM BAŞKANI (Ecz. Sertaç Özmen)

- Sevgili Erdoğan Çolak'a teşekkür ediyoruz.

Ecz. Rida Şimşek, "Son 5 Yılda Bütçe Uygulama Talimatlarında Yapılan Düzenlemelerin Değerlendirilmesi" konusunda bir sunum yapacak.

Buyurun.

Ecz. RİDA ŞİMŞEKEL

TEB Genel Koordinatörü

"Son Beş Yılda Bütçe Uygulama Talimatlarında Yapılan Düzenlemelerin Değerlendirilmesi"

- Değerli konuklar; hepiniz hoş geldiniz.

Konumuz, Bütçe Uygulama Talimatları, Bütçe Uygulama Talimatı'nda son 5 yılda yapılan düzenlemeler. Ben 6 yıldır Türk Eczacıları Birliği'nde çalışıyorum. Göreve ilk başladığımda, Bütçe Uygulama Talimatı senede bir kez yayınlanırdı, ilaçların geri ödeme koşulları da senede bir kere değişirdi. Artık hiçbir şey o kadar kolay değil, son 2 yıldır sürekli talimatlar, sürekli genelgelerle uğraşyoruz ve bir ilacın geri ödenme koşulunu bir seferde talimata bakmadan söylemek bir hayli zor. Yani Bütçe Uygulama Talimatı, artık iyi çalışılması gereken bir ders kitabı niteliğinde.

Anlatmaya 2001 yılından başlamak istiyorum. 2001 yılında reçeteye yazılabilecek ilaç miktarı 4 kalem, 10 günlük tedavi dozuydu, eczane iskontosu yüzde 5'ti. 22 Mart'ta yayınlanan bütçe uygulama talimatı ekinde bedeli ödenecek vitamin ve mineraller listesi yayınlanmıştı. Bunu aslında pozitif listenin ilk uygulaması olarak nitelendirebiliriz.

2002 yılında Bütçe Talimatı Eki'nde de eskiden olduğu gibi, bedeli ödenmeyecek listesi yayınlandı. Bu listenin içeriğinde vitaminler, mineraller yer almaktaydı. Ancak daha sonra 22 Mart'ta bir genelge yayınlandı ve prospektüsünde endikasyona yer verilmiş olan vitaminlerin bedelinin ödenebileceği bildirildi. 2002 senesindeki diğer bir uygulama da hastanede yatarak tedavi gören hastalarda iki nüshalı yatan hasta reçetesi kullanılmasına başlandı.

2003 yılına geldiğimizde, 4 kalem ilaç, 10 günlük doz uygulaması devam ediyor, eczane iskontosu yüzde 2,5. Bütçe Uygulama Talimatı 5 Şubat 2003'te yayınlandı. Uygulama değişiklikleri 2003 yılında başladı diyebiliriz. Antibiyotiklerle başladı, çeşitli özel reçeteye yazım kuralları getirildi; uzman doktor kısıtlaması, enfeksiyon hastalıkları uzmanı tarafından yazılma koşulları gibi. Genelge ekinde bedeli ödenmeyecek ilaçlar listesi yayınlandı. Bunun içeriğinde vitaminler, mineraller, sarımsak preparatları, balık yağı, beta karoten preparatları, boğaz pastilleri, serum fizyolojikler, tropikal akne preparatları yer aldı. İlk defa bu sene yapılan bir uygulamayla da osteoporoz tedavisinde kullanılan ilaçların katılım payından muafiyetiyle ilgili bir Z değeri aralığı belirlendi. Hepiniz biliyorsunuz, daha sonra osteoporoz ilaçları geri ödeme koşulu olarak devam etti ve T değerine dönüştü. Süreçte ödeme koşulları en çok değişen ilaçlardan birisi, osteoporoz ilaçları. 1 Haziran 2003 itibarıyla de teşhis ve tedavi amacıyla özel sağlık kurum ve kuruluşlarına hasta şevkine başlandı.

2004 yılına geldiğimizde, 4 kalem ilaç, 10 günlük doz, eczane iskontosu halen yüzde 2,5. Ancak Bütçe Uygulama Talimatı'nda önemli bir değişiklik oldu. Ne oldu? SSK İlaç ve Uygulama Talimatı'yla benzer hale getirildi. Bütçe Uygulama Talimatı'nda ilk kez olarak "bazı özel hastalıklara ve ilaç kullanımına ilişkin düzenlemeler" bölümü yer aldı. Bu düzenlemelere şöyle bir göz atalım: Gördüğümüz gibi, 18 başlık altında, daha önce olmadığı bir şekilde ayrıntılı olarak tüm ilaç gruplarının geri ödeme koşulları açıklandı. Bu bir yandan iyi oldu, bir yandan kötü oldu; çünkü her uygulamanın farklı yorumlanması gibi bir durum ortaya çıktı, bu dönemde bir karmaşa yaşandı diyebiliriz. Mesela bugüne kadar pratisyen hekim tarafından reçete edilebilen antidepresanlar, antipsikotikler, solunum sistemi ilaçları için uzman veya ilgili uzman tarafından yazılma kısıtlaması getirildi. Tabii iyi şeyler de oldu; mesela aşılarda ilgili geri ödeme koşulları belirlendi, metabolik hastalıklar ve enzim bozukluğu hastalıklarında kullanılan gıdalarla ilgili geri ödeme koşulları belirlendi.

2005 senesine geliyoruz. 2005 senesini ikiye ayırıyoruz; 20 Aralık öncesi, 20 Aralık sonrası. 20 Aralık, biliyorsunuz, geri ödeme kurumlarında uygulama birliğinin başladığı tarih. Ancak 2005'te yayınlanan tebliğ ve genelgelere bir bakalım. Dikkat ettiniz, bu tarihe kadar hep tek talimat, tek genelge; 2005'e bakıyoruz, 5 tane Resmi Gazete yayınlanmış, 2 tane genelge, bunlar sadece 3 Ekim 2005'e kadar olanlar. En önemli gelişmeler 9 Şubat 2005 tarihli Resmi Gazete'de meydana geldi. Eşdeğer ilaç uygulaması başladı. Bu uygulama, önce 75 etken maddeyle başlatıldı, süreç içerisinde 313 etken maddeye kadar yükseltildi. Şu anda 371 etken madde grubu için uygulanmakta. Marj, ilk başta yüzde 30 olarak belirlenmiş, 29 Nisan 2006 tarihli Resmi Gazete'yle de yüzde 22'ye indirildi.

Diğer önemli gelişme şu: Kamu kurum iskontosu uygulaması başlatıldı. Biliyorsunuz, bu ilacın ruhsat aldığı tarihe göre değişen, yüzde 4, yüzde 11 olarak belirlenen ve bedeli ödenecek ilaçlar listesinde, ilacın yanındaki bir hanede belirlenen bir kamu kurumu iskontosu var. En önemli yenilik, tabii ki bedeli ödenecek ilaçlar listesinin yayınlanmış olması. 6 bin kalem kadar ilaç, bedeli ödenecek ilaçlar listesinde yer aldı ve bu listede yer almayan ilaçların hiçbir şekilde geri ödeme kurumları tarafından ödenmeyeceği belirlendi.

Kurumlar açısından baktığımızda, 1 Ocak 2005'te Yeşil Kartlı hastaların, 10 Şubat 2005 tarihi itibarıyla de SSK sigortalı ve hak sahiplerinin reçeteleri serbest eczanelerden karşılanmaya başladı. 20 Aralık 2005 öncesinde 4 kalem ilaç ve 10 günlük tedavi dozu karşılanmaktaydı. Eczane iskontosu yüzde 3,5, kamu iskontosu yüzde 4- yüzde 11. 15 Aralık 2005 tarihinde yayınlanan 18 ıra nolu Tedavi Yardımı Tebliği'yle geri ödeme kurumları arasında uygulama birliği sağlanması hedeflendi. 20 Aralık 2005 sonrasında da 4 kalem ilaç aynen kaldı, fakat tedavi dozu 7 güne indirildi.

18 sıra nolu Tedavi Yardımı Tebliği'yle tüm geri ödeme kurumlarının ortak talimatı uygulaması, ilaçların reçete ve geri ödenmesinde aynı koşulları uygulaması hedeflenirken, gerçekleşenin daha çok bir karmaşa olduğunu söyleyebiliriz. Çünkü geri ödeme kurumları arasında uygulama birliği gerçekten 5 günlük bir süre içinde sağlanamadı. Talimat 15 Aralık'ta yayımlandı, uygulama 20 Aralık'ta başladı ve o dönemde bizim telefonlarımız susmadı diyebilirim, büyük bir karmaşa yaşandı.

2006 yılında tedavi yardımına ilişkin uygulama tebliğleriyle tanıştık. Artık Bütçe Uygulama Talimatı terimi kullanılmıyordu. İlk olarak 29 Nisan 2006'da Resmi Gazete'de 6 sıra nolu Tebliğimiz yayımlandı. Ardından 31 Mayıs tarihinde 7 sıra nolu Tebliğ ve 1 Temmuz 2006'da 8 sıra nolu Tebliğ yayımlandı. 8 sıra nolu Tebliğ'de reçeteye yazım, geri ödenme koşullarıyla ilgili fazla değişiklik yer almadı. Daha çok 6 ve 7 sıra nolu Tebliğler bizi ilgilendiriyor. 2006 yılında gördüğümüz gibi, 4 kalem ilaç, 7 günlük doz, ciroya göre iskonto uygulaması başlatıldı, kamu iskontosu yine yüzde 4 ve yüzde 11 olarak uygulanmaya devam etti.

2006 Tebliğleri ile neler değişti, ona bir göz atalım. Ben buraya bazı örnekleri yazdım. Başta hiperlipidemi, hiperkolestrolemi ilaçlarının başına gelen bir kısıtlama var. Bu uygulama başlangıçta çok büyük bir sıkıntı yarattı; çünkü mevcut durumda ilaç kullanmakta olan hastaların LDL değerleri zaten normale inmiş olduğu için, ilaç kullanımından ötürü, bu kısıtlama hastaların ilaç kullanımını engeller bir duruma geldi. Neyse ki 31 Mayıs 2006 tebliğinde bu düzeltildi, ilaca ilk defa başlayacak hastalar için geçerli hale getirildi.

Bir diğer düzenleme, Pantoprozol, Rabeprozol ve Esomprozol etken maddeleri için, onlar için büyük bir kısıtlama geldi. 2 ay süreyle diğer proton pompa inhibitörleriyle tedavi görmesine rağmen iyileşme sağlanamadığı 2'nci ayın sonunda endoskopi raporuyla belgelenen hastalarda kullanılma şartı, bu ilaçlar için son derece ağır bir şart.

Bir diğer değişiklik, osteoporoz tedavisinde kullanılan ilaçlarla ilgili. Ödeme koşulları yeniden düzenlendi, kırık riski bulunması nedeniyle rapor düzenlenmiş olan hastalar ödeme kapsamından çıkarıldı. Kanser tedavisinde kullanılan ilaçlar için bugüne kadar genel bir başlık varken, bu tarih itibarıyla ilacın etken maddesine göre farklı reçete edilme koşulları belirlendi.

2006 yılında çok sayıda genelgemiz var, 8 tane. Ben seviniyordum, bu tebliği sunana kadar yeni genelge çıkmadı diye, ama dün bir genelge daha yayınlanmış. 8 tane genelge. Niye bu kadar çok genelge? Çünkü pozitif liste uygulaması da, eşdeğer ilaç uygulaması da dinamik uygulamalar, sürekli değişiklik gerektiren uygulamalar. Ekrem Bey'in laçlar listesinden çıkartıldı. Gerekçe olarak da maliyet dezavantajı ve tedavi

anlattığı Geri Ödeme Komisyonu her ay toplantı yapıyor, her ay da bir karar çıkarıyor. Her ay bir genelgeyle karşılaşıyoruz, her ayda uygulama değişikliği yaşıyoruz ve bir uygulama değişikliğine alışmadan başka bir uygulama değişikliği meydana geliyor. Bu değişikliklerin en önemlisi, 5 Temmuz 2006 tarihli genelgeyle meydana geldi. Geri Ödeme Komisyonu kararıyla 1 Ağustos'tan itibaren geçerli olmak üzere 116 kalem ilaç, bedeli ödenecek ilaçlar listesinden çıkartıldı. Gerekçe olarak da maliyet dezavantajı ve tedavi etkinliğinin olmayışı gösterildi. 116 kalemin içeriğine bakalım: Grip tedavisinde kullanılan Efervesan soğuk algınlığı ilaçları, Viskosuplementasyon ürünleri, obezite tedavisinde kullanılan ilaçlar, Ekspekteran şuruplar, terapötik dozda olmayan çinko içerikli ilaçlar ve Benzidamin Hidroklorür dışında kalan ağız ve boğaz gargaraları.

Maliye Bakanlığı, 12 Eylül tarihli genelgesiyle obezite tedavisinde kullanılan ilaçları yeniden geri ödeme kapsamına aldı, bu uygulamasında geri adım atmış oldu. Fakat bu kez de Filgrastim etken maddesini içeren Neupogen Flokan'ı ödeme listesi dışına aldılar.

Bu değişikliklerin sonuçlarına baktığımızda, bu tarz değişiklikler öncelikli olarak sigortalı ve hak sahiplerinin ilaca ulaşımında büyük sorunlar ortaya çıkarıyor. Maliyet dezavantajı ve tedavi etkinliğinin olmayışı nedeniyle yapılan değişiklikler, hastaların tedavisinde aksamaya neden oluyor, ilaç temininde eczacının ve hekimin sürekli değişen uygulamalar nedeniyle karmaşa yaşamasına neden oluyor. Artı, net olmayan bir tedavi yardımı uygulaması, geri ödeme kurumları arasında uygulama farklılıklarıyla sonuçlanıyor. Bizim hedefimiz dedim, ama daha çok dileğimiz herhalde; çünkü bizi komisyonlara dahil etmiyorlar. Sadece, anlaşılır, yoruma açık olmayan, tedavilerde aksamaya neden olmayan ve sürekliliği sağlanmış bir kurum uygulama talimatınının 2007 yılında inşallah yürürlüğe girmesini umuyoruz.

Hepinize teşekkür ediyorum.

OTURUM BAŞKANI (Prof. Dr. Fethi Şahin)

- Teşekkür ederiz.

Bu bölümdeki konuşmacıları dinledik. Bildirileri tartışmaya açıyorum, sorusu olan varsa.

Buyurun.

SALONDAN

- Merhaba.

Ben Türk Eczacıları Birliği'ne bu reçetelerde bir sigortalama sistemi geliştirme adına bir öneride bulunmak istiyorum. Şöyle ki: İade reçetelerin, Sayın Erdoğan Çolak Bey'in de açıkladığı gibi, çoğu bizden kaynaklansa da, kurumdan da kaynaklanan iade reçetelerimiz var ve bunlar, bizim reçetelerimizin ödenmesini de öteliyor. Dolayısıyla 2 taraflı bir zarar görüyoruz. Bununla ilgili sigortalama yaptığımız şirketlerle bir anlaşma maddesi ilave olunup, karşılıklı, çift taraflı işleyişe geçmesi ve iade reçetelerimizin de sigortalanması adına bir çalışma başlaması, bence hem bizim, hem de kurumdaki bu keyfi iadelerin de önüne geçmiş olacak, bizim de zararlarımızı engelleyecek diye düşünüyorum.

Teşekkür ediyorum.

OTURUM BAŞKANI (Prof. Dr. Fethi Şahin)

- Ben teşekkür ederim.

Buyurun.

Ecz. ZAFER KAPLAN (İstanbul Eczacı Odası Başkanı)

- Geri ödeme sistemini tartıştıysak, önce onun bir tanımını kısaca yapmamız lazım. Geri ödeme sistemi, bir kere eczacının Türkiye'de mesleki yaşamını, hatta bireysel yaşamını çok yakından ilgilendiren bir mesele. Geri ödeme sisteminde en önemli mesele de İlaç Fiyat Kararnamesi. İlaçların fiyatlandırma sistemi, geri ödemenin neredeyse temelini oluşturuyor, ilaç Fiyat Kararnamesiyle ilgili değerli sunuculardan izlediğim kadarıyla, fiyat politikasını belirleyen bir sürü parametre anlatıldı, ama eczacının meslek hakkının bir parametre olarak zikredilmemesi, doğrusu büyük bir eksiklik. Orada bildiğiniz gibi, kategorik olarak eczacının mesleki hakkı azaltılmıştır ve işte en son yapılan zamlarla da artık eczacının kârlılığı giderek azalmaktadır.

İlaç Fiyat Kararnamesi'ni mukayese ederken, değerli sunucular 1984 Kararnamesiyle mukayese ediyorlar ve oradaki mukayese sonucunda da elbette ki yeni kararnamenin daha olumlu olduğu sonucu çıkarılıyor. Oysa, Türkiye'de bir de 1972 Kararnamesi var, onunla niye mukayese edilmiyor? Şu gerekçe asla kabul edilemez: Farmakoekonomi analizleri yapamıyoruz diye ilaç fiyatlarının döviz cinsinden Avrupa'ya endekslenmesi, ulusal çıkarlarımız açısından, bu ülkenin sağlığı açısından kabul edilemez.

Bir başka mesele, geri ödeme meselesindeki en önemli unsur, 2007 Protokolü'dür. 2007 Protokolü, buradaki tartışmaları 2007'de de somutlayacak bir çalışmadır ve o, ne yazık ki şu anda kapalı kapılar ardında yapılmaktadır. Değerli sunucular şundan şikâyet ediyorlar: Sağlık otoritesi veya devlet otoritesi, kendilerini komisyona almıyor. Garip bir tecelli; Türk Eczacıları Birliği de kendi bünyesindeki komisyona İstanbul Eczacı Odası'nı almıyor, öyle de bir durum yaşanıyor ne yazık ki. Ben soruma geliyorum hemen: 2007 protokolüyle ilgili gelişmeler hangi aşamada? Elimize ulaşan illegal taslaktan gördüğümüz kadarıyla, büyük mücadelelerle geri çevirdiğimiz avans ödeme sistemi tekrar konulmaya çalışılmaktadır. Yüzde 75'le 90 gibi bir ödeme yapılacaktır, geri kalanı kontrolden sonra belirsiz bir tarihe ertelenecektir. O yüzde 75, sanayicinin parasıdır, dağıtım kanallarının parasıdır. Eczacının meslek hakkı olan o yüzde 20 veya 10, ertelenen 10, ne yazık ki meçhul bir tarihe ertelenecektir.

Elbette sahada yaşanan geri ödemelerle ilgili, reçete kontrolleriyle ilgili binlerce sorun var, Sayın Genel Sekreter birkaç örnek sundu. Biz onu çok yakından yaşıyoruz, o başlı başına bir tartışma konusu olacaktır belki. Dolayısıyla o 2007 Protokolü'nün akıbetini öğrenmek istiyorum.

Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI

- Bunun bir cevabını alabilir miyiz?

Ecz. MEHMET DOMAÇ

- Önce herkese teşekkür ediyorum. Zafer Kaplan'a da teşekkür ediyorum;

bir dergiye açıklama yapmış, "biz orada konuşmayacağız" diye, ama bir tebliğ sunacak kadar konuştu. Teşekkür ediyorum kendisine, o dergiye de ayrıca kendisine göndereceğim.

Şöyle belirtiyim: bir defa ilaç Fiyat Kararnamesi konusunda uygulamada arkadaşım her şeyi ince teferruatına kadar söyledi. Bir tek şeyi söylemedi, orada bir ufak atlama oldu; bu kararnamede reklam giderlerini denetlemek mümkün değil, burada bir sıkıntı var, o konu atlandı. Kararnamede belirtilen şey çok net: Euro'ya bağlı olması doğru değil, ilk fiyat alınırken -arkadaşım onu net söyledi- Euro'yla düzenlenebilir, ama bunu enflasyona veya Türkiye'deki geçerli bir kritere bağlamak lazım diye de söyledim, önce düzeltelim bunları.

Şunu belirtelim: Eczacı kârlılığı dünyada değişti, Avrupa'da değişti, basamaklı hale geldi, Türkiye'de de basamaklı hale geldi. Bakın, burada çok önemli bir şey var, herkes bunu atlıyor: Basamaklı kârlılık, jenerik ilaç uygulamasını bir ülkede pekiştirir ve jenerik ilaç uygulamasının yerleşmesini sağlar. Jenerik kitaplarını lütfen okuyun, jenerik uygulanan ülkelere de bakın, basamaklı kârlılığa esas geçiş nedeni, Türkiye'de jenerik ilaç uygulamasının yerleşmesi içindir. Nedeni çok basittir; çünkü jenerik ilaçlar, 50 milyona kadar olan alanda kalmaktadır. Bu ilaçlar ucuzdur ve kârlılığı da eski kârlılık kadardır, bir değişiklik söz konusu değildir. "Kârlılığımız düştü" denilen alandaki ilaç kutu toplamı 18 milyon 300 bin adettir. Türk Eczacıları Birliği bütün verileri tek tek hesaplamıştır, bu Fiyat Kararnamesi'nde Sağlık Bakanlığıyla 2 grup karşılıklı oturarak bilgisayarda, hangi basamakta ne var diye hesaplamıştır. Bunun üzerinden yaklaşık 3 sene geçti, bunlar anlatıldı. Son basamakta ise, yani bu söylediğim bölümde ise 18 milyon 300 bin adet ilaç vardır. Bunların toplam cirodaki değeri yüzde 9'dur, 50 milyon üstünde. Biz böyle bakmalıyız olaya, matematiksel olarak böyle bakmalıyız.

Dolayısıyla şunu belirtmek istiyorum: Bunun için de Türk Eczacıları Birliği, kutu başına bir maliyetin eczanelere verilmesini Sağlık Bakanlığı'ndan talep etmiştir. Kutu başına bir birim fiyat, bunun dünyada uygulaması vardır, Avrupa'da da uygulaması vardır.

Bütçe uygulama talimatlarını anlattı arkadaşlar, gelelim bu yapılacak 2007 Protokolü'ne. Çoğu arkadaşımıza eczacı odası yöneticisine, Zafer Kaplan'a da söylüyorum; lütfen Genel Sağlık Sigortası Yasası'nı ve Genel Sağlık Sigortası Kurum Yasası'nı okuyun. Bu yılki sözleşmeler bu yasalara bağlı olarak yapılacaktır, özellikle altını çiziyorum. Orada ödeme günü ve zamanı açıkça yazmaktadır, yasa maddesi bu. Türkiye Cumhuriyeti'nin yasa maddesini Türk Eczacıları Birliği'nin değiştirmesini talep ederseniz, o zaman hepimizi aday olup Parlamente'ye davet ediyoruz. Yani bu yasaları değiştirmek için lütfen Parlamente'ye... Bu yasalar yapılırken o tür uygulamalara biz çok karşı çıktık, o söylenenlere, onların bu şekilde yapılmaması gerektiğine. Ama bu yasalar, Türkiye Cumhuriyeti Parlamentosu'nda yapıldılar. Bu yasa açıkça şunu yazar: "75 güne kadar ödenir, ödenemiyorsa yüzde 75-90 arasında avans verilir." Bu yasada açıkça yazıyor. "Bu yasada yazan maddeyi Türk Eczacıları Birliği değiştirebilirsin" diyorsanız, hadi buyurun, değiştirelim. Biz çok karşı çıktık. O zamanlar toptan karşı çıkanlar farkına varmadılar. Toptan karşı çıkanlar oldu, biz toptan karşı çıkmadık, o maddelere karşı çıktık. Biz çok karşı

çıktık, biliyoruz onları. Toptan karşı çıkanlar, işin özünün inceliğini bilmedikleri için, toptan karşı çıktığımızda iş bitiyor zannediyorlar. İş bitmiyor; Parlamento'dan yasa çıkıyor ve önümüze geliyor. Yasanın maddesi böyle, açık ve net yazıyor. Türk Eczacıları Birliği, bu protokoller için ne yaptı? 35'inci Genel Kurul'da karar aldı, 11 kişiden oluşacak bir komisyon kurulması yönünde. Komisyon kuruldu, 2 toplantı yaptı, belki üçüncü-dördüncü toplantıyı da yapacak. Bu komisyonun kararları, Türk Eczacıları Birliği tarafından arkadaşlar vasıtasıyla SSK ve diğer kurumlarla tartışılıyor. Ortaya çıkmış son bir metin yok. Son bir metin ortaya çıktığında oturur konuşuruz, bu böyle yapılır arkadaşlar.

Bu kapalı kapılar lafları ise, klasik siyaset laflarıdır, o bize gelmez. Biz her şeyi açık toplumda konuşuyoruz. Bizim açık toplumda 11 tane odadan gelen arkadaşlarımız var, düşünce üretiyorlar, Türk Eczacıları Birliği'nin de görevi var. Görev şu: 6643 Sayılı Yasada diyor ki, "kamu kurumlarıyla ve diğer kurumlarla sözleşmeyi yapar." Sözleşmeyi yapma yetkisi Türk Eczacıları Birliği'nde ve bunu odalarıyla da tartışıyor. Odaların yetkisini tartışmıyor, kendi yetkisinde olan bir şeyi odalarla demokratik koşullarda tartışıyor. Odalar, kendi yetkisini getirip Türk Eczacıları Birliği'yle tartışmıyorlar. Onun için, buna çok dikkat etmemiz lazım. Burası çok demokratik bir topluluktur; bu topluluk içerisinde insanlar, hayata geçirecekleri şeyler varsa, demokratik biçimde hayata geçirirler, kurmacayla olmaz.

2007 Protokolü hazırlığı yapılıyor, ama arkadaşlar 4 aydır belki 15 defa toplantıya gittiler. Bu 15 toplantıda karşılına gelmedik işler kalmadı, buna herkes tahammül edemez, kolay iş değil bu. Örnek vermek gerekirse, bir basit örnek; 3 yıla indirdiğimiz sözleşme fesihlerini 8-9 yıla çıkarmak üzere geldiler, evet böyle geldiler. Bunlar en basit örnek. Daha çok detayları var, ama sistem yürüyor, arkadaşlar da tartışıyorlar. Son bir noktaya gelmeden önce, tabii ki bunu bütün herkesle tartışacağız. Ancak sonuç şudur: Sonuçta bir karar verici vardır, bu karar vericinin karşısında da anlaşma yaptığı kurum vardır. Türk Eczacılığı Birliği, bir tek maddelik anlaşma yapabilir; çok basit, bir tek madde: "Eczacı, istediği gibi reçeteyi eczacılık kuralları içerisinde verir, parasını da 2 günde tahsil eder." Türkiye'de böyle bir kurum yok, Türkiye'de böyle bir sistem de yok. Onun için, biz Türkiye'nin kuralları içerisinde ve bu kuralları eczacılık kurallarıyla iç içe geçirerek, Türkiye'nin ekonomik koşullarını da iç içe geçirerek tartışma yapıyoruz.

Teşekkür ederim.

OTURUM BAŞKANI (Prof. Dr. Fethi Şahin)

- Teşekkür ediyorum.

Efendim, vaktimiz daraldı, öğle yemeği de yenilecek. Onun için şurada bir soru sormak isteyen arkadaş vardı, ona uzatıyorum ve son soru olarak alıyorum.

Ecz. CEVAT ASA (Bursa Bölgesi)

- Malum, geri ödeme biz eczacılar için hayati önem taşıyor. Ben artık giderek kendimi devletin bir maaşlı, kadrolu bir memuru gibi hissediyorum, ama daha bir riskteyiz, ki vergilerimiz var, çeklerimiz var, kredilerimiz var, faizlerimiz var, yani 657'ye tabi olan memurdan çok daha müthiş bir şekilde giderek risk altındayız, hayati bir risk altındayız. İkinci

Başkanımız sayın Eşkinat az evvel geri ödeme komisyonlarıyla ilgili yapıdan bahsettiler. Tabii hepimizin genelde malumu, internetten yayınlardan her şeye ulaşabiliyoruz. Bu yapıdaki devletin ilgili maliye ve diğer birimlerinde, Türk Tabipleri Birliği, Eczacılar Birliği ve sanayi yok. Ben diyorum ki, Türk Eczacıları Birliği, şu ana kadar 22 bini aşkın bir örgütlü grubun başı olarak, merkezi olarak ne gibi hareketler düşünmekte, yapmakta ve bu katılım, bu yapı içerisinde, bu komisyon içerisinde olmamız için neler düşünmektedir, ne hareketleri düşünmektedir ve planlamaktadır, bunu Sayın Eşkinat'a sormak istiyorum.

Bu riskte, reçete yazılımlında doktor ve eczacı var, bir de hasta var. Doktorun da ekonomik riskini kastediyorum, ekonomik risk açısından bir sorumluluk almasını temenni ediyorum ve bu yönde de çalışmalar yapılmasını teklif ediyorum.

Teşekkürler.

Ecz. EKREM EŞKİNAT

- Sayın meslektaşımın temennisine ben de gönülden katılıyorum, zaten onu da ifade ettim. Ama bu komisyonun oluşumunu sağlayan biz değiliz. Dikkat ettiyseniz, bir şeyin altını çizdim. Eğer hata yapmak istemiyorlarsa, olayı salt ekonomik değil, sağlık boyutuyla da değerlendirmek istiyorlarsa, farmakoekonomik mantık içinde değerlendirmek istiyorlarsa, bu kurumların uzmanlıklarına başvurmaları onların lehinedir. Yoksa benzer tablolarla daha çok karşılaşırız. Ama bu komisyonun kompozisyonunu bizim belirleme gibi bir yetkimiz yok.

İkinci yaklaşımınıza da yüzde yüz katılıyorum. Bu olayın tek sorumlusu eczacılar mı, hekimlerin hiç mi kabahati yok? Maalesef şu andaki elektronik ortam, eczacı üzerinden başlıyor. Yani ilk defa provizyon sistemi, eczane ayağında başladı. Hasta, hekime gidebilir, kuruma borcu olabilir veya olmayabilir, hekim onu görmez. Bütçe Uygulama Talimatı'na uygun reçete yazabilir ya da yazmayabilir, bunu da görmez. Hasta, o reçeteyle size gelir ve provizyon sistemi denilen bir şey var, baktığınızda, üçüncü ilacınız ödenmiyor veya "sizin prim borcunuz varmış" dersiniz, siz kötü olursunuz. Ama şu andaki teknik imkânlar ancak buraya kadar. Yakın bir gelecekte -e-sağlık, e-reçete, program içinde o da var, lütfen izleyin-gündeme geldiğinde, bu provizyon aşaması hekimde başlayacak. Dolayısıyla sizin önünüze ödenmeyen bir ilaç gelmeyecek veya prim borcu olan bir hasta gelmeyecek; çünkü bu aşama, hekim aşamasında tamamlanmış olacak. Bu bir süreç, bu sürece eczaneler katlanmak durumunda.

Zafer Başkan çıktı, ama ona bir katkı olsun diye söylüyorum: Sayın Genel Başkanın söylediği gibi, 5510 Sayılı Yasa'yı hepimizin ezberlemesi lazım. Ama unutulmuş bir şey daha var: O yasanın yönetmeliği daha bitmedi. Yani yönetmeliği olmayan bir şeyin üzerine protokolü ancak sanal olarak tasarlayabilirsiniz. Çeşitli senaryolar kurguluyoruz; şöyle yapılırsa böyle yaparız, yönetmelikte şu maddeleri şöyle bir açılım yaparlarsa böyle yaklaşırız diye. Ama bunlar sadece bir yaklaşım. Umarım önümüzdeki günlerde yönetmeliğini görürüz, bu yönetmeliği gördükten sonra da hepimiz, hepiniz için en iyisi yapmaya çalışacağız.

OTURUM BAŞKANI (Prof. Dr. Fethi Şahin)

- Teşekkür ederim Sayın EŞkinat.

Efendim, ikinci oturumumuz burada sona ermiŐtir. Katılımlarınız için teşekkür ederim.