

BİRİNCİ OTURUM

Oturum Başkanı:

Ecz.Erdoğan Çolak (TEB İl. Başkanı)

Türkiye’de Geri Ödemede Genel Durum

Ecz.Sabih Tekin Çağlar (TEB Genel Sekreteri)

Avrupa Birliği Ülkelerinde Geri Ödeme Sistemleri

Prof.Dr.İlker Kızılcık (Gazi Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Farmakoloji ABD)

Geri Ödeme İlkeleri,

Akılcı İlaç Kullanımı ve Referans Fiyat Uygulaması

Prof.Dr.Sabahattin Aydın (Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı)

Geri Ödeme Sistemleri ve Farmakoekonomi

Dr.Ecz.Burak Özsöğüt

İlaçların Sınıflandırılması,

Reçeteli ve Reçetesiz İlaçlarda Geri Ödeme

Dr.Mahmut Tokaç (Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdür Yardımcısı)

Sayın Milletvekillerim, Sayın Müsteşarım, Türk Eczacıları Birliği'nin Değerli Başkanı, Sektörümüzün Değerli Temsilcileri; Birinci Oturumu açıyorum.

Sağlık, doğuştan kazanılmış bir haktır ve sağlığın, doğuştan kazanılan bu hakkın idamesi ve tedavisi mutlaka ilaç yoluyla yapılmalıdır. Bu konuda bu işin devamı sosyal devletin görevidir. Sosyal devlet, sağlığı iyileştirmekten sorumludur. Geri ödeme de bunun önemli bir parçasıdır. Bugün, bunun sağlıklı oluşabilmesi noktasındaki konuyu birlikte tartışmaya çalışacağız.

Konuşmacılarımızı kürsüye davet ediyorum.

Birinci konuşmacımız Sayın Sabih Tekin Çağlar, konuşmasını sunmadan önce ben de birkaç şeyin altını çizmek istiyorum. Tedavide iyi bilinen kural şudur: İlacın ucuzu pahalısı olarak ucuz ilaç politikası olmaz; ancak, tedavinin ucuzu ve pahalısı olur. Temel politika bu eksen üzerinde inşa edildiğinde tedavi gerçekleştirilebilir.

Sayın Sabih Tekin Çağlar'a söz vermeden önce bir şeyin altını çizerek konuyu bu bağlamda toparlamasını istiyorum.

Türkiye'de ilaç tüketiminde geri ödeme sistemleri açısından bir temel ilke var mıdır?

Türkiye'nin ilaç tüketimindeki politikası nedir?

Bu konuda Türk Eczacıları Birliği'nin düşüncelerini, sorunun özünü tespit ederek çözümüne ilişkin düşüncelerinizi almak istiyoruz.

Buyurun Sayın Çağlar.

TÜRKİYE'DE GERİ ÖDEMEDE GENEL DURUM

Sayın Milletvekillerim, Sayın Müsteşarım, Sayın Genel Müdürler, İlaç Sektörünün Değerli Temsilcileri, Değerli Öğretim Görevlileri, Eczacı Odalarının Değerli Başkan ve Yöneticileri, Sevgili Konuklar; hepinize Türk Eczacıları Birliği adına bir kez daha hoş geldiniz diyorum.

Türk Eczacıları Birliği, sorunların çözümü için sektörün tüm bileşenlerini bir araya getirme konusundaki özenli çabasını her zaman sürdürmüştür. Üreticisi, dağıtıcısı, ithalatçısı, kullananı, hastası, ödeyeni ve kural koyanını vazgeçilmez unsur olarak değerlendirmektedir.

Bu bağlamda, Türk Eczacıları Birliği'nin, geri ödeme ve ilaç konusundaki görüşlerini sizlerle paylaşmak istiyorum.

Sosyal devlette geri ödeme nasıl olmalı diye düşündüğümüzde; insan olmanın temel kuralı ve sosyal devlet olgusunun gereği, sağlık hizmetleri, eşit, ücretsiz ve ulaşılabilir olmalıdır.

Türkiye'nin genel yapısına baktığımızda, rakamlar çok reel olmasa da, Türkiye'de nüfusun % 92'si bir sosyal güvenlik kurumu çatısı altındadır; ancak, sosyal güvenlik kurumlarında kriz çözülmez ve sağlıklı özelleştirme uygulamaları devam ederse bu rakam azalacaktır.

Mevcut rakamı değerlendirirsek, Türkiye nüfusunun, Emekli Sandığı %20,37'sini, özel sandıkları %46'sını, Bağ-Kur %22,31'ini, Sosyal Sigortalar Kurumu %48,16'sını kapsam içine almaktadır, % 8,7'si de kapsam dışı olarak değerlendirilmektedir.

Burada dört ana kurum geri ödeme kurumu olarak değerlendirilmekte: Sosyal Sigortalar Kurumu, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve konsolide bütçeye tabi kuruluşlar, bir de hâlâ yıllardır yerine oturamamış, kuralını koyanların, uygulamasını yapanların bile ne olduğunu anlayamadığı bir yeşil kart uygulaması vardır.

Sosyal Sigortalar Kurumundaki geri ödeme durumu 1,556 katrilyon lira, kurum eczanelerinden kendi aldığı ilacı yatan ve ayaktan hastasına verdiği, dünyada benzeri olmayan ayaktan hastaya ilaç veren uygulamada harcanan para. 4 bine yakın sözleşmeli eczanede 444 trilyon lira harcaması var, SSK'nın 2003 yılı verilerine göre toplam 2 katrilyon lira harcaması var.

Peki, SSK, sözleşmeli eczanelerine -mademki konumuz geri ödeme- nasıl bir geri ödeme yapıyor; Türk Eczacıları Birliği ile Sosyal Sigortalar Kurumu arasında yapılan sözleşmeye göre, ödemenin, faturanın kuruma teslim tarihinden itibaren 30 gün içinde yapılması gerekiyor; ancak, uygulamanın pratikteki şekli şu: Reçete kontrolünde görevli arkadaşlar, protokolda yazan kurallara hiç bakmaz, herkes kendi inisiyatifi ile kişisel yorumunu bu uygulamaya katar; hasbelkader bu inceleme biterse, protokolda 30 gün olmasına rağmen, en erken 60 günde başlamak üzere ödemeyi yapar ki, Türkiye'nin büyük bir kısmında da avans şeklinde % 75'ini öder, % 25'ini de ne zaman ödeyeceği belli değildir.

Diğer sosyal güvenlik kuruluşumuz Bağ-Kur, 2001 ve 2002 projeksiyonlarından esinlenilerek 2003 yılında 1,9 katrilyon olacağı öngörülmüş. Bağ-Kur'un geri ödeme sisteminde de daha farklı bir protokolümüz var; ithal ilaçlar için fatura kesim tarihinden itibaren 30 günde ödeme, diğer ilaçlar için de 60 gün içinde ödeme.

Bağ-Kur bu ödemeyi nasıl yapıyor; Bağ-Kur'un prim sisteminin zaten sağlıklı olduğu Kurum yetkilileri tarafından bilinmemekte. Toplanan prim, sağlık primini de içeren prim ilaç ödemelerine yetmezken, kurumun genelde şöyle bir düşüncesi vardır: 16.000 sözleşmeli eczanemiz var, topladığımız primler ise emekli maaşlarına zor yetmektedir. O zaman, 1 milyon 300 bin emekliyi karşımıza almaktansa 16.000 eczacıyı karşımıza alalım deyip, sözleşmemizde 30 gün ve 60 günde ödeme yapılır denilmesine rağmen, 90 ve 120 günde ödemeleri yapmaktadır.

Emekli Sandığı üçüncü kurumumuz; 2003 yılı harcaması 1,516 katrilyondur, geçen yıla oranla da % 38 civarında bir artış görülmektedir, genel ilaç artışına oranla düzgün bir artışı var. Emekli Sandığı'yla yapılan protokol de bütçe uygulama talimatına tabidir; fatura teslim tarihinden itibaren en geç 18 işgünü içerisinde ödeme yapılması gerekmektedir. Emekli Sandığı, bu konuda düzgün ödeme yapan kurumlardan biri; ama, devletin genel yapısında personel yetersizliği birinci öncelik, ikinci öncelik de çalışan memurların maaşından kesilen emekli keseneklerinin kuruma geç aktarılması gerekçe gösterilerek zaman zaman aksamaların olmasına rağmen, Emekli Sandığı, düzgün ödeme yapan kurumlarımızdan biri.

Konsolide bütçeye tabi kurumlar; bütçe uygulama talimatı kapsamında değerlendirilen ve Maliye Bakanlığı tarafından

ödemesi yapılan kuruluşlar. Emekli Sandığıyla aynı protokole tabiler, onlar da en geç 18 işgünü içerisinde ödeme yapmaktalar. 2003 yılı harcaması 1 katrilyon lira. Ancak, burada da ödemeler hiçbir zaman 18 işgünü içerisinde yapılmamaktadır. Burada da SSK ve Bağ-Kur gibi ödenek sorunu ve kaynak sorunu olmamasına rağmen, bürokratların, gerekli ödeneği her nedense yeterli zamanda istememesinden ve diğer bürokratik engellerden dolayı bu ödemeler de zamanında yapılmamaktadır. 2004 yılını örnek verirsek, eczacı meslektaşlarımız ve oda yöneticisi arkadaşlarımız çok iyi bilirler, her aybaşında paranın başındaki insan Sayın Maliye Bakanı imzayı atar, bütçedeki ödeneğin 1/12'si kadarı serbest bırakılmıştır ve ödemeleri buna göre yapınız der; ancak, hiçbir kurumda hiçbir bürokrat bu ödenekleri zamanında yapmamaktadır.

Geri ödeme kurumlarında bir ilginç sistem, yeşil kart ihtiyaç sahibi oldukları tespit edilenlere devlet tarafından sağlanan sağlık yardımı sistemi. Bunun giderleri Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanmaktadır, 2003 yılında 250 trilyon liralık harcama yapılmıştır. Yeşil kartla ilgili tek tip bir protokol yoktur, Sağlık Bakanlığının kendi inisiyatifindedir ve illerde vali yardımcıları, ilçelerde kaymakamlar ve Sosyal Dayanışmayı Teşvik Fonu kapsamında yürütülür. Ödemeyi nasıl yapar? Ödemeyi yapmazlar. Geri ödeme, mülki amirin, kaymakamın ya da ilgili vali yardımcısının keyfine kalmıştır. Şu anda Türkiye'de yeşil kart sahiplerine verilen ilaçların parası yaklaşık 10 aydır ödenmemektedir. Dağıtım kanallarının değerli temsilcileri, ithalatçılar ve üreticiler de burada. Bırakın 10 ayı, böyle bir vadeyle hiç kimsenin ilaç alma şansı yoktur. Bu ilacı devlete veriyorsunuz ve devlet bu ilaçların bedelini 10 aydır ödemiyor!

Yeşil kart uygulamasının esası şudur: Hak sahibi yeşil kartıyla beraber kurumá gittiği zaman, eczaneye gelir, reçete bedeli

lini hesaplattırır ve kurula girer, kurulda karar verilir "bu reçete bedelinin ödenmesine" diye, arkasına mülki amir imza atar ve eczaneye gelir, eczaneye bu ilaçların parasını verir; ancak, yeşil kart sahiplerinin aldığı ilaçların bedelleri 10 aydır ödenmemektedir.

Geri ödeme kurumlarının genel durumuna bakarsanız, toplam ilaç harcamalarının oranıyla bu sosyal güvenlik kurumlarının toplam nüfusa oranı arasındaki dengesizlik de gözler önüne serilmekte. Tasarruf önlemi adı altında yapılan baskıya dayanan, kısıtlamaya dayanan baskıcı önlemlerin çok da reel olmadığı, sonuçta gerçekleri yansıtmadığı, toplam nüfusa oran ile toplam nüfusa göre ilaç harcama oranı arasındaki farkta görülmektedir. Bu rakamlar, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun toplam ilaç harcamasına oranı % 37, ancak toplam nüfusa oranı % 48; Bağ-Kur'da ise ilaç harcamalarına oranı % 30,6, toplam nüfusa oranı % 22,31; Emekli Sandığı'nın % 21,5 toplam ilaç harcamalarına oranı, toplam nüfusa oranı ise % 20,37.

Geri ödeme sistemindeki sorunları, çözümünden önce tespit etmek gerekiyor. Gecikmelerin eczaneye yansımaları biz şöyle değerlendiriyoruz: Eczaneler, sermayesi olmayan küçük işletmelerdir. Devletten veya herhangi bir kurumdan katkı almayan öz sermayeli kuruluşlardır. Yaptığı tek iş, dağıtım kanallarından aldığı ilacı uygun koşullarda hastaya vermek ve % 92 oranında sosyal güvenlik kuruluşlarına vermek ve oturup parasının nasıl geri geleceğini beklemektir; ancak, demin verdiğimiz rakamlarla geri gelişteki gecikmeler, eczane iflaslarına ve eczanelerin borç batağına sürüklenmelerine sebep olmaktadır.

Geri ödeme finansmanının % 70'i ise zaten prim sistemi sağlıksız olduğu için vergi ve fonlardan karşılanmaktadır. Bu durumda, hasta, ilaç parasını peşin vermektedir zaten vergisini verirken. Eczacı, aynı paranın vergisini ödemekte, dağıtım kanalına ödemekte; bu bağlamda, devlet, borç faizlerini biriktirmektedir. Hem hasta, hem eczacı, geri ödeme geciktiği için çift taraflı ödeme yapmaktadır.

Geri ödemede sorunlar nereden kaynaklanıyor: 1. Bürokratik sorunlar. 2. Kırtasiye sorunları. 3. Yıllardan beri önümüze gelen ödeneksizlik. 4. Son yıllarda daha çok öne çıkmaya başlayan kişisel inisiyatifler ve protokole uymayan keyfi uygulamalar. Çok küçük bir örnek verirsek; herhangi bir kurumda yapılan bir tespit, örneğin eczanenin sözleşmesi iki ay askıya alınmakta, bir hafta sonra yapılan durum değerlendirmesinde, askıya alınma işleminin geçersiz olduğunu kurum yetkilileri kabul etmekte; ancak, iki aylık askıya alma süresinin iptali için üç aylık bürokratik işlem gerekmektedir!

Eczanelere yapılan feshin haksız olduğu bildirilen eczanenin süresi dolmuştur defalarca.

Sosyal güvenlik kurumlarının tamamı, geri ödeme sorununu, kısıtlama yaparak çözebileceği gibi yanlış bir anlayışa sahiptir. Ancak, baskı, her zaman etik olmayan çıkış yolları yaratmaktadır. Siz, masanın başında, sadece bazı dijital verilerle matematiksel düşüncelerle bazı kısıtlamaları ve baskıları getirirseniz, bunların çıkışı, hiç hoş olmasa da, tarafımızdan kesinlikle karşı çıkılrsa da etik olmayan yöntemler, bu uygulamalar görülmektedir.

Geri ödeme sisteminin uygulamasından kaynaklanan sorunları değerlendirirsek; en başta gelen sorunuz, yakıcı sorunuz, kurum ilaç alım koşullarının belirlenmesinde ki, Bütçe Uygulama Talimatı, Sosyal Sigortalar Kurumu ilaç yönergesi, Bağ-Kur, Emekli Sandığı uygulamaları konusunda taraflardan görüş alınmamakta ve koşullar dayatılmaktadır.

Bir sosyal güvenlik kuruluşunun yıl içinde nasıl ilaç alacağını protokolle belirlersiniz, ki bu yetki Türk Eczacıları Birliği ile kurumların; siz, protokole imza attıktan sonra çıkan protokol ekleri konusunda hiç kimsenin bilgisi yoktur ve bu bilgisizlik, imza atılan protokolle ciddi uyumsuzluklar göstermekte ve sonuçta hastanın ilaca ulaşması engellenmektedir.

Kurumlar arasındaki farklı uygulamaların basit örneklerini ele alırsak, her kurumda farklı rapor kodlama sistemi kullanılmaktadır. Sosyal Sigortalar Kurumu'nun pilot uygulamaya başlamasıyla beraber, SSK, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı'nda on-line reçete kabul sistemi vardır. Hipertansiyon kodu SSK'da 01, Bağ-Kur'da 03, Emekli Sandığı'nda 06.

Dünya Sağlık Örgütü'nün bir kodlama sistemi vardır, Türk Eczacıları Birliği'nin kurduğu reçete kontrol sisteminde Dünya Sağlık Örgütü'nün kodlama sistemi kullanılır; kurumların da, bir an evvel, en azından bazı kodlama sistemlerinde tek tip uygulamaya geçmesi gerekir diye düşünüyoruz.

Kurumlar arasında liste farklılaşması var. Her kurum ayrı ilaç ödeme koşulları belirlemekte, her kurum bunu kendi kuralına göre belirlemekte ve siz, sözleşmeli serbest eczane iseniz, gelen reçete için beş ayrı işlem yapmaktasınız. Aynı ilaç için Sosyal Sigortalar Kurumu'nun farklı, Bağ-Kur'un farklı, Emekli Sandığı'nın farklı, Bütçe Uygulama Talimatı'nın farklı ve yeşil kart uygulamasının farklı ilaç alım koşulu vardır.

Kurumlar arasında ilaç ödeme koşulları da farklı; hem ilacın ödeme koşulları farklı hem de ilaç fatura bedellerinin geri ödeme sistemleri farklı. Bir tanesi de kurum içinde yıl boyunca yapılan değişiklikler.

Bütçe Uygulama Talimatı veya herhangi bir kurumun protokolü yayımlandıktan sonra kurum yetkilileri otururlar, kendileri, protokole taraf olan hiç kimseye haber vermeden, o protokolün özünü, içeriğini, ilacın uygulama koşullarını tamamen değiştirirler; siz, sadece, elinize gelen bir bilgiden haberdar olursunuz. Bunlar, bizim geri ödeme sistemimizdeki çelişkilerin bir kısmı.

İlaç ödeme koşullarındaki bilimsel yaklaşımın gözardı edildiği düzenlemeler yapılabilmektedir. Bunun en son örneğini, 2004 yılı Bütçe Uygulama Talimatı'nda biyoesdeğerlik çalışması yapılmayan ilaçların geri ödenmemesi uygulanmasında gördük.

Sağlık Bakanlığı, biyoesdeğerlik çalışması yapılmayan ilaçların geri ödenmemesi konusunda bir tebliğ yayımladı. Tebliğ üzerine, Bütçe Uygulama Talimatı'na tabi kuruluşlar bu ilaçların geri ödemesini durdurdu, daha sonra Emekli Sandığı da durdurdu; ancak, Bağ-Kur "Ben bu talimata uymuyorum, ödemeye devam ediyorum; eğer, ilacın Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatı varsa ve bu ilaç piyasada satılıyorsa ben bu ilacın bedelini öderim" dedi. Sosyal Sigortalar Kurumu da ödeyeceğini söyledi; çünkü, Sosyal Sigortalar Kurumu'nun, kendi ürettiği ilaçların biyoesdeğerlik belgesi yok zaten. Sosyal Sigortalar Kurumu ödüyor, Bağ-Kur ödüyor, emekli hak sahibi alamıyor, memur hak sahibi alamıyor; bu arada, parasını peşin veren vatandaş alabiliyor! Bunun adı, resmen, ülke insanı arasında çifte standart yaratmaktır.

Aynı örnek Katma Değer Vergisi oranlarında da geçerli. Eczacı örgütü ve devletin önde gelenleri, yıllardır KDV oranlarının düşürülmesi konusunda çaba sarf ettiler. Biz, tamamıyla iptal edilmesini, teknik olarak mümkün değilse bu oranın % 1'e inmesini önerdik; % 8'e inmesi de bizim için çok büyük değerdir. Bu konuda emeği geçenlere defalarca teşekkür ettik ve bir kez daha buradan teşekkür ediyoruz; ancak, bir paradoksu hâlâ aşamadık; bir kısmında % 18!

Televizyon kanallarında sabah saat 7.30'da köy haberleri vardır, orada süne zararlısını çok anlatırlar. Süne zararlısına kullandığınız ilacın KDV oranı % 8, doğum felci yapmış inekte kullanılan kalsiyum preparatın KDV oranı % 8, Türk insanının kullandığı 137 ilacın KDV oranı % 18!.. Bu da bu çelişkinin bir başka örneği. Her ne kadar, Sağlık Bakanlığı'nın, bu konuda, bu ilaçların KDV oranının % 8'e inmesi konusunda resmî yazısı varsa da bu uygulama hâlâ % 18 olarak devam etmektedir.

Geri ödemenin yararı nedir diye düşünürsek; en sabit cümleyle, geri ödeme, hastanın ilaca ulaşılabilirliğini artırır; çünkü, eczacının kendi sistemini çevirmesi demek, ilacın çeşidinin artması demek ve bu ilacın eczanede bulunabilirliğinin artması demektir. Sonuç olarak da, hasta ve ilaca ulaşılabilirliği artacaktır.

Geri ödeme, akılcı ilaç kullanımını da sağlayacaktır. Burada kontrol altına alınacak bazı önlemler düşünülmüş, bunlara biz de katılıyoruz. Negatif liste hazırlanması bu önlemlerden biri, pozitif liste hazırlanması da bu önlemlerden biri. Ucuz ilaca yönlendirme ilkeleri iyi konulursa, kuralları realiteyi yansıtır-sa iyi bir sistem.

Hekimlere yönelik aktiviteler; bilgilendirme, yönlendirme, özendirme, kontrol altına alma gibi.

Bu konu başlığı, belki, bugünkü toplantı gibi günlerce toplantı yapılacak bir konu başlığı; ancak, Sayın Demirdere 6 bin ilaç olduğunu söyledi; biz, Ankara'da yaptığımız çalışmalarda, kontrol ünitesinin verilerinde ve 13 ilde 10 gündür yaptığımız uygulamada elde ettiğimiz altı aylık bir veri var elimizde; aylık verimiz şu: Şu anda sistemde Ankara'da 20 bin hak sahibinin dört aydır bütün reçetelerine bakıyoruz, sistemde sirküle edilen reçete sayısı 2.551. Onun için, bilgilendirme ve yönlendirmenin bu anlamda daha değerli olduğunu düşünüyoruz.

İlaç kar oranlarını kontrol altında tutmak ve referans fiyat uygulaması da bu sistemi baskılayıcı, düzenleyici önlemlerden bizce en önemli gelen ikisi. İlaç kâr oranlarının yeni İlaç Fiyat Kararnamesi'yle bir nebze düzenlendiğini biz de düşünüyoruz bazı dilimlere itirazımız olmasına rağmen.

Referans fiyat uygulamasının da akılcı ve geri ödeme sistemi ni düzenleyecek bir sistem olduğunu düşünüyoruz.

Nedir referans fiyat uygulaması? Referans fiyat uygulaması, akılcı ilaç kullanımı ve ilaç tüketiminin kontrol altına alınması sonucunu doğuran uygulamalardan biridir.

Referans fiyat uygulaması, ilaçlarda fiyat standardizasyonu sağlamaya yöneliktir. Çok çeşitli referans fiyat sistemleri söz konusudur. Türkiye'de her kurum farklı uygulamaktadır. Aritmetik ortalaması var, en ucuzu var, en ucuzun % 30'u var; her kurumun kendine göre uygulaması var. Genel olarak fiyatları ucuzlatıcı bir etkisi vardır ve geri ödeme sisteminin

yükünü hafiflettiği sektörün tüm kesimleri tarafından kabul edilen bir gerçektir.

Türk Eczacıları Birliği nasıl bir geri ödeme sistemi düşünüyor; Bütçeden sağlığa ve sosyal güvenlik kurumlarına ayrılan pay artırılmalı; yıllardır söyledik, bugün de söylüyoruz, bundan sonra da söylemeye devam edeceğiz.

Herkese eşit, ücretsiz, tek sosyal güvenlik şemsiyesi altında sağlık ve ilaç hizmeti verilmeli diye düşünüyoruz.

Türkiye'de, paraya, prime, sosyal statüye göre hizmete son verilmeli; "parası olan alsın, olmayan ölsün" sisteminden vazgeçilmesi gerekir diye düşünüyoruz.

İthal ilaç cenneti olmakta ısrardan vazgeçilmeli, Türkiye'de yerli ilaç üretimi desteklenmeli diye düşünüyoruz.

Sağlık sigortası toplumsal koruma ve sorumluluk çerçevesinde ele alınmalı, bir temel hak olarak değerlendirilmelidir.

Teşekkür ediyorum.

Teşekkür ederiz. İkinci konuşmacımız Sayın İlker Kan-
zık. Avrupa Birliği ülkelerinde geri ödeme sistemleriyle ilgili
bir konuşma yapacak.

Neden Avrupa Birliği? Çeşitli ülkelerin geri ödemeleri konu-
sunda değişik kategorileri var; ancak, hedef aldığımız, refe-
rans aldığımız yer Avrupa olduğu için, Avrupa ile ilgili değer-
lendirmelerini alacağız.

Avrupa ilaç pazarı dünya pazarının % 30'una denk gelmekte-
dir. İlaçta ar-ge'ye yapılan yatırımlar, geri ödeme sistemleri
üzerinde ekonomik ve rasyonalite açısından bir baskı yarat-
maktadır.

Avrupa Birliği'nde ilaçta geri ödeme sistemleri açısından bir
bütünlük var mıdır, varsa prensiplerini öğrenmek istiyoruz.

Buyurun Sayın Kanlık.

AVRUPA BİRLİĞİ ÜLKELERİNDE GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ

Teşekkür ederim. Öncelikle tüm katılımcıları saygıyla selamlıyorum; ayrıca, bana, bu önemli konuda konuşma fırsatı tanıdığı için de Türk Eczacıları Birliği Başkanı ve Yönetimine teşekkür ediyorum.

Efendim, konuşmamı üç bölümde toplayacağım; birinci bölümde genel uygulamaları biraz genişçe olarak anlatacağım; ikinci bölümde Türkiye'deki sistem ile kısa bir kıyaslama yapacağım ve vaktimi iyi kullanırsam, Avrupa Birliği üye devletlerinden de bazı örnekler sunacağım.

Avrupa Birliği'ndeki mevzuat ve uygulamalarla ilgili bir hatırlatma yapmak istiyorum. Yasalar ve tüzük, her ülkenin, mutlaka, kendi mevzuatına olduğu gibi geçirmekle yükümlü olduğu mevzuatın bir parçası. Yönetmelikler, genelgeler, kılavuz ve rehberler ise, her ülkeye kendine özgü bir uygulama şansı tanıyor. Dolayısıyla, bu yönetmeliklerin, yayımlanan direktiflerin aslına, ruhuna sadık kalma koşuluyla, ülkeler, kendilerine göre bu genelgeleri veya yönetmelikleri uygulamayabiliyor.

Geri ödeme sistemlerini, ruhsatlandırma ve fiyattan ayırt etmek yahut ayrı düşünmek pek mümkün değil; çünkü, olay, içiçe girmiş durumda. Biliyorsunuz, ilaçlar önce ruhsatlandırılıyor Avrupa Birliği'nde, sonra fiyatlandırılıyor ve sonra da bazı ülkelerde her ikisi aynı aşamada değerlendiriliyorlar.

Ruhsatlandırma ayrı bir proses, biliyorsunuz, bu, Avrupa Birliği'nde 65/65/EEC ve 87/21/EEC ile düzenlenmişti ve son bu ay yayımlanması bekleniyor, 2001/83/EEC adlı direktifle bunlar hepsi bir bütün halinde yayımlanacak ve ülkelerin uygulaması istenecek Fiyat ve geri ödemelerle ilgili mevzuat 89/105/EEC ile denetleniyor.

Ruhsatlandırmada bu üç özellik söz konusu, kalite, etkililik ve güvenlilik; yani, bir ilaç ruhsat almak istiyorsa, sağlık otoritesine bunları kanıtlamak durumunda ve eğer kanıtlayamıyorsa, ruhsatlandırılması da mümkün değil.

Avrupa Birliği, üye devletleri, fiyatlandırma ve geri ödeme sistemleri açısından serbest bırakmış durumda; yani, her ülkenin kendine göre bir fiyatlandırma sistemi olduğu gibi, farklı geri ödeme sistemleri de Avrupa Birliği'nde söz konusu. Bu nereden kaynaklanıyor; kamu sağlık harcamalarını her üye ülke kontrol altına almak istiyor ve bunlar için de çeşitli ekonomik önlemler alıyorlar. Bunu alırken de, her ülkenin millî geliri oranında farklılıklar ortaya çıkıyor. Bu önlemler arasında, doğrudan veya dolaylı fiyat kontrolleri ve ulusal sağlık güvenliği sistemlerince karşılanan ürün sayısının sınırlandırılması gibi uygulamalar en sık başvurulanlardır.

Uygulanan önlemler arasındaki farklılıklar, topluluk içindeki tıbbi ürün ticaretinde engellemelere ve sapmalara neden olmaktadır. Peki, bu olursa, zaten serbest bırakmış üye dev-

letleri; bu sapmalar da engellemeler de olacaktır. Hayır, bu böyle değil; çünkü, Avrupa Birliği, tek bir pazar haline gelmek istiyor ve bütün üye devletlerin temelinde, temel dört özgürlükten birini gümrük birliği oluşturuyor. Bu gümrük birliği demek, malların -ki tıbbi ürünler de bu malların içinde- serbest dolaşımına herhangi bir engel getiremiyorsunuz; aynı şekilde, ticarî sapmalara da izin vermiyor Avrupa Birliği.

Bütün bu gerekçeler gözönüne alınınca, bu farklı uygulamaları önlemenin yolunu şeffaflıkta buldular ve bunun için de dediler ki, her ülke, her ne kadar fiyat ve geri ödeme sistemlerinde serbestse de, bunların neler olduğunu topluma açıklamak zorundalar; yani, efendim, ben fiyatını uygun bulmadım; çünkü, benim bugünkü kafama göre, bu biraz fazla. Ben, bu geri ödeme listesine şu ilaçları almadım; çünkü, benim farmakoeconomik değerlendirmeme uygun düşmedi. Böyle çok yuvarlak kelimelerle bunları geçiştirmek mümkün değil. Onun için, 1 Ocak 2002'den başlamak üzere bir zorunluluk getirdiler, dediler ki: Bütün uygulamalarınızın, kriterlerinizin ne olduğunu topluma yayımlayacaksınız. Farmakoeconomik uygulamalar mı, nedir bunlar; bunların hepsini açıklayın. Dolayısıyla, değerlendiren de başvuran da bunları bilsin ki, ret veya kabul edildiğinde neden ret edildiği veya kabul edildiği toplumun bütün kesimleri tarafından doğru anlaşılsın. İşte bu şeffaflık çok önemli kabul ediliyor.

Daha sonra, farklılıkların ortadan kaldırılması için atılacak ilk adım, ilgili tarafların alacakları ulusal önlemlerin ithalat ve ihracat üzerinde kantitatif kısıtlamalar veya eşanlamli önlemler içermediğini kanıtlamaları için biraz önce söylediğim bir dizi koşulun ortaya konulması olacaktır. Sen bunlara ne önlemler alıyorsan bunları açıklayacaksın.

Şimdi, işte bu gerekçelerle şeffaflık direktifi diye anılan 99/105 yayımlandı. Fiyat kararı 90 gün içinde açıklanacak. Fiyat, yeni fiyat başvurusuysa da fiyat dondurma söz konusuysa da fiyatın artırılması söz konusuysa da bunların hepsi 90 gün içinde açıklanacak.

Fiyat, herhangi bir nedenle reddedilirse, dondurma yahut yeni fiyat artışı da dahil, bunlar reddedilecekse, karar objektif ve kanıtlanabilir kriterlere dayanan bir gerekçeye dayanmak zorundadır. Bunları sağlık otoritesi açıklamak zorunda ve en az yılda bir kez bir liste yayınlayacak; "hangi ilaca hangi fiyat verildi, hangi ilaç fiyat artışı aldı, hangi ilaçların fiyatları donduruldu" gibi.

Aynı şeyler geri ödeme kararları için de söz konusu; geri ödeme kararları 90 gün içinde alınacak ve yayımlanacak; bazı ülkelerde fiyatlandırma ve geri ödeme beraber yapılıyor, o zaman 180 günü geçirmeyecek ve yine kararlar, objektif ve kanıtlanabilir kriterlere dayandırılacak; fiyatta olduğu gibi, liste, en az yılda bir kez yayımlanacak.

Bu söylediklerimi özetleyecek olursam, ruhsatta gördük, kalite, etkililik ve güvenlik; fiyatlandırmada çok çeşitli uygulama var; hepsini seçebilirsiniz. Avrupa Birliği, üye devletlere bu konuda kısıtlama koymuyor; ama, ne diyor; bunları, bu direktife göre, yönetmeliğe göre, şeffaf bir şekilde bütün ayrıntılarıyla açıklayacaksınız.

Aynı şeyler geri ödeme sistemleri için de geçerli. Siz, pozitif liste, negatif liste, farmakoekonomik değerlendirme, referans fiyat; ne istiyorsanız yapabilirsiniz. Burada bunlar objektif olacak ve biraz önce söylemeyi unuttum, çok önemli bir

şey var, kayırma olmayacak; yani, yerli ilaç ile ithal ilaçlara aynı kriterleri uygulayacaksınız.

Önlemler üye devletlerde 6 başlık altında toplanıyor; her ülke tarafından alınan önlemler farklı; bazısı endüstriye geri ödeme uygulaması yapıyor, bazısı katılım payı alıyor bazısı almıyor, bazısı reçete kontrolü yapıyor, bazısı OTC'ye önem veriyor, bazısı jenerik ilaçlara önem veriyor; yani, bu önlemler ülkeden ülkeye büyük farklılık gösteriyor.

Fiyatlandırmada da aynı şekilde; fiyatı dondurabiliyor, düşürebiliyor, toptancının kârını veya eczacının kârlılığını da değiştirebiliyor.

Şimdi Türkiye uygulamalarına kısaca değinmek istiyorum: Türkiye'de ruhsatlandırmanın içinde fiyatın uygun olması ve ticarete sunulmasında fayda bulunması gerekiyor. Eğer bu iki kriteri yerine getirmezseniz ruhsat alamıyorsunuz. Avrupa Birliği'nde ise ruhsat ayrı fiyatlandırma ayrı olduğu gibi, ticarete sunulmasında fayda bulunması gibi bir zorunluluk da yoktu; ama, bazı ülkeler bunu uygulayabiliyordu; ama, hiçbir, ruhsat değerlendirmesine, ruhsatlandırmaya esas olmuyordu.

Türkiye'de, işte bunlar kanıtlandıktan sonra ruhsat alınıyor ve daha sonra geri ödeme listelerine dönüşüyor. Bu uygulamayı savunanların şöyle bir yaklaşımı var: Efendim, bunları uygulamazsak, Türkiye ilaç mezarlığına dönüşür; insanlar, gereksiz ilaçlarla karşı karşıya kalır, fiyatlarını kontrol edemeyiz ve geri ödeme listelerine de hepsi girer, işin içinden çıkılmaz. Böyle bir şeyin, biraz evvel Avrupa Birliği'ndeki uygulamalara baktığımızda olması mümkün değil. Neden; bir de neden Türkiye Avrupa Birliği'ne kendini uyumlandırmak zorunda, onu da bir hatırlatayım.

Biliyorsunuz, bunun temeli, 1963'teki Ankara Antlaşması. Yine 1973 yılında Katma Protokolle bir gümrük birliğini Türkiye'de kabul ediyor, 1973'te başlamak üzere 22 yıl bir süreci kabul ediyor ve 1 Ocak 1996 tarihinde gümrük birliğini başlatacağım diyor.

Tabii, Avrupa Birliği'yle gümrük birliğine giren Türkiye, tüm mevzuatını Birlik mevzuatına uyumlaştırmayı kabul ediyor ve bunu da 1/95 sayılı Ortaklık Konseyi'nin 8 inci maddesi uyarınca da teyit ediyor ve 2/97 ile de bunların hangi mevzuata uyulacağı maddeler halinde bize verilmiş durumda. Dolayısıyla, Türkiye'nin bu uygulamaları yapması lazım.

Türkiye, ruhsat verirken, zaten uyumlaştırdı, harmonize etti mevzuatını. Bu üç özelliğe çok önem veriyor. Bunlar zaten uluslararası dünyanın ortak olarak aldığı kararların uygulanması, bunlar, Avrupa Birliği'ne özgü standartlar değil, dünyanın standartları. Dolayısıyla, Türkiye de bunlara uyuyor ve ruhsatını verdiğini farz edelim; bir sonraki aşama fiyat; fiyatta özgür mü, istediği uygulamayı istediği kısıtlamayı veriyor mu; veriyor. Diyelim ki bazı Avrupa Birliği üyelerini serbest bıraktı. Geri ödeme listelerine geldiğinde diyor ki: Gel bakalım, seninle tekrar konuşacağız. Madem alıcı benim, % 80-90'ını ben alıyorum, ben, bu fiyatları geri ödemede sana ödemem, pazarlık ederim diyor. Referans fiyatlandırma koyuyor, pozitif listeler, negatif listeler; hatta bazılarında diyor ki, farmakoeкономи olarak ben bunu değerlendiririm. Hani bizde vardı ya tedavide uygunluk faslı, işte burada. Hepsini burada almak mümkün.

Fiyatı serbest bırakabilirsiniz, bırakın; alıcısını buluyorsanız satın; ama, siz, devlet olarak cebinizden bunu verirken bunun

fiyatını buradan vermiyorsunuz. Fransa gibi iki basamaklı yönetim sistemini uygulayın; önce bir sınıflandırın, sonra fiyatlandırın. Fiyatlandırmayı da kategorize edin. Bunların hepsi sizin elinizde.

Peki, ruhsat vermeme lüksünüz var mı; Avrupa Birliği'ne göre yok. Avrupa Birliği'nde ve Türkiye'nin de uyması gereken koşul - bunun altını çizmek istiyorum; çünkü, çok farklı görüşler var - kalite, etkililik ve güvenliği ihlal eden bir konu yoksa ruhsat vermezlik edemezsiniz. O zaman ticarî engel koymuş oluyorsunuz; tazminata kadar gider bu iş. Halk sağlığını tehdit eden bir zararlı etkisinin olduğunu bulacaksınız, bunu da öyle ben buldum, ben gözledim, yahut iki doktorum böyle bir gözlemlerde bulundu diyemezsiniz; çok iyi bir farmakovilans sisteminiz olacak, çok iyi epidemiyolojik çalışmalar yapacaksınız ve bunların bilimsel olarak etkililik, güvenlik veya kalite bakımından zararlı olduğunu kanıtlayacaksınız. O nedenle, Türkiye'nin de bu üçünü birbirinden ayırmasında yarar vardır diyorum.

Beş ülke seçtim, ikisi Avrupa'nın büyük ülkeleri; Almanya ve Fransa, diğer ikisi millî gelir bakımından daha düşük; İspanya ve Yunanistan ve son olarak da üç beş gün sonra üye olacak olan Çek Cumhuriyeti.

Fransa'da fiyatlandırma nasıl; Geri ödeme yapılmayan ilaçların fiyatları serbest; isteyen gider alır, satabiliyorsa satsın diyor.

Geri ödemesi yapılacak ilaçlar için iki aşamalı uygulamaya geçiyor.

Şeffaflık Komisyonu var; ilacın tıbbi yararının değerlendirilmesini yapıyor. Bu komisyonun çalışması Ekonomik Komite'ye gidiyor; Ekonomik Komite ve ilaç üreticisi ortak bir fiyatta anlaşmak zorunda. Taraflardan birinin hayır demesi, sorunu çözümsüzlüğe götürüyor.

Jenerik ilaçlarda fiyatın, orijinal ilacın fabrika satış fiyatının %30-40 altında olması isteniyor.

OTC ilaçların fiyatları da serbest.

Geri ödeme başvurusu yapıldığı zaman, firma, hastalığın ciddiyet derecesini değerlendiren bir rapor veriyor, hastalığın sosyoekonomik yükünü gösteren epidemiyolojik bilgiler sunuyor, ruhsat dosyasının bir özetini sunuyor, çünkü ilaç ruhsat almış; ürünün anahtar özellikleri: etkinlik/tolerans profilini veriyor; varolan terapötik alternatifler dahil, pazarın tam analizini yapıyor. Aynı endikasyonla pazarlanmış diğer ürünlere, tercihen pazar liderine karşı karşılaştırmalı değerlendirmesini sunuyor ve yine beş yıllık satış öngörüsü ve bu pazar hacminin gerekçesini hazırlayıp sunuyor.

Şeffaflık Komisyonu bunları altı kategoride değerlendiriyor:

- Çok önemli terapötik gelişme
- Etkililik ve/veya yan etki profilinin azaltılması bakımından önemli gelişme
- Etkililik ve/veya yan etki profili bakımından orta düzeyde yenilik
- Etkililik ve/veya yan etki profili bakımından düşük düzeyde gelişme

- Gelişme yok, ancak yine de listeye dahil edilebilir

- Geri ödenmesi önerilemez

diye başvuran ilacı bu kategorilerden birine bu kıstaslar doğrultusunda yerleştiriyor.

Daha sonra ekonomik komiteye gidiyor, Şeffaflık Komisyonu değerlendirmesini inceliyor, satış hacmi öngörüsünü dikkate alıyor, aynı tedavi grubundaki diğer ilaçların fiyatlarını karşılaştırıyor, ilacın diğer AB ülkelerindeki fiyatlarını karşılaştırıp, bir fiyat önerisinde bulunuyor.

Fransa'da farmakoekonomik değerlendirmeye pek fazla önem verilmiyor.

Bir fiyat aldınız, geri ödeme listesi belirlendi; peki, bu sabit mi, değişmez mi; değişiyor. Fransa'da her üç yılda bir veya her yeni endikasyonda veya yeni bir kompetitörün, yeni bir ilacın o grup içine girmesi söz konusuysa değerlendirmeler yeniden yapılıyor.

Şeffaflık Komisyonu Mayıs 2001'deki toplantısından sonra 4,490 geri ödenen ilaçtan 835 (%18.6) (venotonikler ve vazodilatörler dahil) ilacı "Geri ödemesi önerilemez" sınıfına dahil etmiştir. Bu ilaçların fiyatları her yıl azaltılacak ve 2005'te listeden tümüyle çıkarılacaktır deniliyor.

Fransa nasıl önlemler alıyor; endüstriden geri ödeme istiyor, 2002'de %3 istemiş; ben kotalarımı aştım, % 3'ünü, 4'ünü bana geri öde diyor ve sanayi ödüyor.

Tanıtım masraflarını kısıtlamaya gitmiş, cironun yüzdesine göre vergilendirme sistemi uyguluyor. Katılım paylarını %0,

% 35 veya %65 olarak kategoriye dağıtmış. Reçete kontrolünü yapmıyor, böyle bir sistemi yok; jenerik ilaçlar da pek önemli değil, çünkü sadece % 4'ünü oluşturuyor.

OTC uygulaması önemli; negatif listeye hep bu OTC ilaçlar giriyor, geri ödenme dışına çıkarıyor ve paralel ticarete ihracat yapıyor; çünkü, Fransa'daki ilaçların fiyatı, diğer Avrupa ülkelerine göre çok ucuz.

Almanya'ya bakacak olursak, geri ödeme yapılmayan ve geri ödemesi yapılacak ilaçların fiyatları serbest, referans fiyat uygulaması resmi fiyatın belirleyicisi oluyor.

Jenerik ilaçların da fiyatları serbest; ama, jenerikçiler, referans fiyatın civarında fiyat koyuyor; yoksa, kimse almıyor.

OTC'de serbest fiyatlandırma.

Geri ödemede reçeteli ve OTC ilaçlar ruhsatlandırıldıktan sonra otomatik olarak geri ödeme listesine girerler; giremeyecekler negatif liste içinde duyuruluyor. Ödemede de referans alınırken üç ayrı kategorizasyona gidiyor Fransa'dan farklı olarak ve 434 tane referans fiyat grubu belirlenmiş.

Almanya'da da farmakoekonomik değerlendirme fazla önemli görülüyor.

Statüsü nasıl değişmiş; 2002'de 2000 ürün negatif listeye alınmış, 2002'de 182 grubun referans fiyatı %27.5 düşürülmüş, 20 grubun referans fiyatı yükseltilmiş, 220 grubun referans fiyatı değişmemiş, 12 grup geçici olarak listeden çıkarılmış; yani, sağlık otoritesinin elinde gerekli enstrümanlar var.

Önlemlerde ne yapıyor; endüstriden geri ödeme; 2002'de "Ben, devlet olarak kotalarımı açtım; karşılıklı anlaşma sonucunda bana 204.5 milyon Euro geri ödeyeceksin." diyor. Ödemek istemiyor musun; bir de tehdit etmiş; bir sonraki sene fiyatlarda % 5 indirim yaparım diye ki, bu, 500 milyon Euro oluyor. Dolayısıyla, sanayi, 204,5 milyonu ödemeyi kabul etmiş.

Almanya, tanıtım masraflarını kısıtlamıyor.

Katılım Payı; ambalaj büyüklüğüne göre sabit fiyat belirlenmiş, ona gidiyor.

Reçete Kontrolü yapılıyordu, 2002'de kalktı; ama, bunun yerine, reçetelendirme rehberleri çıktı, hekimler buna uymak zorundalar.

Jenerik ilaçlar çok önemli; 2001'de Almanya'nın pazarının %28.5'ini oluşturuyor. Dolayısıyla, önlemler arasında jenerik ilaçlar büyük bir yer tutuyor.

OTC ilaçlar yine önemli, ama parasal ticarete Almanya için önemli; fiyatlar pahalı olduğu için ihracat yapamıyor, ithalat var; paralel ticaretle ucuz ilaç geldiği zaman da ona fırsat tanıyor.

İspanya'ya bakalım; toplam maliyet üzerinden fiyatları belirliyor, belirlenen fiyat geri ödenecek fiyat oluyor, geri ödeme yapılmayan ilaçların fiyatları serbest, referans fiyat uygulamasını uyguluyor.

Jenerik ilaçların da fiyatları serbest; ama, genellikle % 30 altında fiyat veriyorlar.

OTC de serbest, ama her eczanede fiyat aynı.

Geri ödemede ilacın fiyatı, tedavi edilecek durumun şiddeti ve tedavi süresi, ürünün terapötik ve sosyal değeri, bütçeye etkisi, var olan ürünlere göre maliyet ve etkililiği, yani farmakoekonomik bir değerlendirme İspanya için önemli.

Geri ödemeler de farklı, 100, 90, 60 ve sıfır olarak değerlendiriliyor.

Farmakoekonomik değerlendirme zorunlu olmayıp, geri ödeme işleminde sınırlı bir role sahip.

114 homojen grup için referans fiyat belirlenmiştir. 2002'de 43 yeni homojen grup eklenmiştir. Orijinal ilaçlar fiyatlarını %20-30 düşürmüştür. Buna rağmen jeneriklerin bazıları orijinalden pahalıdır. Negatif listede 1,750 ürün bulunmaktadır; yani, geri ödeme yapılmayan ilaç.

Endüstri geri ödeme çok önemli önlemler içinde; 2002'de sanayi, depocular ve eczacılarla varılan anlaşmaya göre: İlaç tüketimi ne olursa olsun sanayi üç yıl içinde 150 milyon Euro ödeyecek. Bu para biomedikal araştırma için kullanılacak.

Üreticiler ayrıca 1,350 milyon Euro araştırma için verecek. Kamu 1/3'ünü verecek, kalanı sanayi yatıracak.

2002'de, gelecek üç yıl içinde toptancılar 48, eczacılar da 240 milyon Euro ödeyecekler diye bir karar alıyor. Tanıtım masrafları toptan satışın %12-16'sı arasında sınırlı, reçete kontrolü yapmıyor, Jenerik İlaçlar eczacılara sübstitüsyon hakkı veriyor, OTC fazla önemli değil. Paralel ticarete de kendisi yararlanmıyor, ama çok ihracat yaptığı için buradan yararlanıyor.

Yunanistan; Avrupa Birliği'nde en aykırı ülke.

Yeni İlaçlar; toplam maliyet üzerinden belirleniyor, Avrupa'daki en ucuz fabrika çıkış fiyatı ile karşılaştırılıyor, ithal ilaçlar bir Avrupa ülkesinde pazarlanıncaya kadar fiyatı onaylanmıyor; yani, ruhsat veriyor; ama, fiyatını onaylamıyor; AB fiyatlandırma yönetmeliği fiyatın 90 gün içinde belirlenmesini zorunlu tutmasına karşın bu hiç gerçekleşmemiş.

Jenerik İlaçlar orijinal ilacın %80 ini oluşturuyor fiyat bakımından. OTC fiyatları da Avrupa Birliği'nde Belçika ile beraber bir tek Yunanistan'da bakanlık belirliyor.

Geri ödemede, sadece pozitif listedeki ilaçlar geri ödeniyor, 90 ve 75 geri ödeme yüzdeleri, inovatör ilaçlar için farmakoekonomik çalışmalara gerek vardır

"Geri ödeme listeleri her iki yılda bir revize edilir." denilmesine rağmen, 2002'den beri yayımlanmamış, yeni listeyi bekliyor.

Önlemler arasında endüstri ile bir pazarlığı yok, tanıtım masraflarını kısıtlama, taslak hazırlamışlar, ama pek önem verilmiyor. Katılım payı %10 ve %25 civarında, Reçete kontrolü yapmıyorlar, jenerik ilaçlar da önemli değil, çünkü orijinal ile fark çok az.

OTC çok sınırlı, ama paralel ihracatları çok yüksek; çünkü, en ucuz fiyatlar bunlarda.

Çek Cumhuriyeti; üç gün sonra onlar da üye oluyorlar. Bakanlık, yerli veya ithal olmak üzere, maksimum fabrika çıkış fiyatını belirliyor. İthal ilaçların fiyatı Avrupadakilerden daha

pahalı; yani, kendi jeneriklerini korumak için bunlar da bu ayırımıcılığı yapıyorlar; ama, bu ayırımıcılığı tam üye olduktan sonra yapamayacaklar.

Geri ödeme fiyatı referans fiyat sistemi ile belirleniyor, Jenerik ilaçlar için özel bir fiyatlandırmaları yok ve OTC fiyatları Bakanlık belirliyor.

Kategorizasyon Komitesi yılda 2 kez toplanarak geri ödenecek ilaçları belirliyor. 521 terapötik ilaç grubunu kapsayan bir referans fiyat sistemi var.

Temel ilaçlar için en ucuz tedavi esas alınıyor ve genellikle yerli ilaçlar, jenerikler ön planda; diğer ilaçlar için en ucuz jenerik geri ödeniyor.

Farmakoekonomik değerlendirmede belirli bir kural yok.

Önlemlere baktığınız zaman, katılım payı, endüstriyle pazarlık; bunlar yok; reçete kontrolü, sadece kotasını % 20 aşan hekim cezalandırılıyor; ama, cezanın ne olduğunu bilmiyorum. Jenerik ilaçlar orijinal ile farklı olmadığı için fazla önemli değil.

OTC pazarı da fazla değil; yani, özet olarak, bunlar, daha ziyade, biraz evvel, fiyatlandırmadan hatırlayacağınız gibi, jenerik ilaçlar üzerinde yoğunlaşmış ve önlemlerini ona göre almış.

Özetle benim söylemek istediğim şu: Sağlık otoritesinin elinde her türlü enstrüman var, yeter ki, bunları iyi çalacak bir bürokratik düzenleme ve bunları iyi yönlendirecek bir orkest-

ra şefi olsun. Eğer bunlar olursa, her şeyin düzenli bir şekilde yürüyeceğine inanıyorum. Hepinizi saygıyla selamlıyorum.

BAŞKAN - Teşekkür ederiz.

Üçüncü konuşmacımız Sayın Prof. Dr. Sabahattin Aydın. Geri ödeme ilkeleri, akılcı ilaç kullanımı ve referans fiyat uygulamasıyla ilgili sunumunu yapacak. Bundan önce bir iki şey söylemek istiyorum.

Geri ödemede temel ilke, bir hastalık halinin ortaya çıkması durumunda tedavinin ucuz olanının gerçekleştirilmesidir. Bu ucuz tedaviyi sağlayacak akılcı yaklaşım nedir, referans fiyat bu akılcılığın neresindedir?

Buyurun Sayın Aydın.

GERİ ÖDEME İLKELERİ, AKILCI İLAÇ KULLANIMI VE REFERANS FİYAT UYGULAMASI

Sayın Çağlar, eczacılar açısından sorunları dile getirdi, öğleden sonra da geri ödeme kurumlarını, kendi bakış açılarından dinleyeceğiz. Avrupa Birliği'nde bu durumun nasıl olduğunu ve Avrupa örneklerini Sayın Kanazık'tan dinledik; yani, olaya farklı cephelerden bakılışı, teknik bilgileri konusunda yeteri kadar konuşmalar olacak zannediyorum. Ben, bu açıdan, olayı teknik değerlendirmekten ziyade, bir noktadan bakmadan, birçok faktörü bir arada nasıl değerlendirmemiz gerektiğini vurgulayarak konuşmamı sürdürmek istiyorum. İsterseniz, bundan ne kastettiğimi bir örnekle açıklayayım.

Sayın Demirdere, konuşmasında, haklı olarak bir serzenişte bulundu ve yeni İlaç Fiyat Kararnamesi'nde ithal ilaç aleyhine seçicilik uygulandığından bahsetti. Sayın Çağlar da, konuşmasını "Ülkemizin ithal ilaç cenneti olmasına son verilmeli." diye bitirdi. Yani, Temel'in meşhur fıkrasını bilirsiniz, ağaçtan bakınca aşağısı hep farklı görünüyor. Dolayısıyla, herkes bulunduğu yerden baktığı zaman, tabii ki, sorunun bir cephesini, kendi açısından haklı cephesini görüyor; ama, bütün bu sorunları bir araya getirip değerlendirmemiz gerekir. Örneğin, kamu maliyesini planlamak ve buna göre bütçe hazırlamak sorumluluğunda olan bürokrat arkadaşlar - her yıl

enflasyon üzerine en az % 20 ilave bir ilaç tüketim artışı geliyor- "Bu gidiş çok felakete götürür, aman tedbir almalıyız" diye kıvrılırken, her gün yeni üretilen, piyasaya sunulan ve yeni hastalıkların tedavisi ortaya çıkması karşısında, hastaların bir kısmı "Biz bu ilaçlara ulaşamıyoruz." diye yakınıyor; diğer taraftan, üreticiler "Bizim bu konuda önümüz yeterince açılmıyor." diye haklı bir yakınmaya girebiliyor. Bu açıdan, bütün bunları bir arada değerlendirmek gerekir ki, daha sağlıklı ortak bir noktada buluşalım diye düşünüyorum.

Bana, ilaçta geri ödeme sistemi ki, referans fiyat uygulaması bunun içinde aslında, ve akılcı ilaç kullanımı konusu verildi; bunların hepsini bir arada ele alacağım. Aslında, Sayın Kanızık'ın konuşmasında, geri ödemenin içinde temel iki faktör olduğunu gördük; biri fiyat sınırlaması, diğeri sayı sınırlaması. Yoksa, pozitif listeler, negatif listeler, referans fiyat uygulaması, katkı payıyla fiyatların bir şekilde sınırlandırılması konuları hep bu iki başlık altında. Ülkemizde de geri ödemede bu türlü yöntemleri kısmi olarak uyguluyoruz; ancak, en temel sıkıntımız, farklı sigorta ya da farklı geri ödeme kurumlarının, biraz önce çizdiğim tabloyu biraz daha dramatikleştirerek farklı pencerelerden olaya bakması ve ayrı kuralları ortaya koyması.

Geri ödemede zaman çok önemli. Zaman konusuna Sayın Çağlar değindi, 18 günden başlayan -ne kadar uzadığını çok net söylemedi- geçmişte 6-9 aya varan sürelerin olduğunu biliyoruz. Kaldı ki, ilacın, üreticiden depocuya, depocudan eczacıya, eczacıdan tüketiciye ulaşması, sonra da geri ödemenin, geri ödeme kurumundan eczaneye, eczaneden depocuya, depocudan üreticiye ulaşması serüvenini şöyle bir gözden geçirirseniz, üretim noktasından, ilacın çıkışından bunun ücretiye

geri dönmesi için aradan ne kadar uzunca bir süre geçtiğini üretici ve ithalatçılar gayet net bilirler.

Bu süre bu kadar önemli mi; evet, bu süre, diğer dinamikleri bozduğu için çok önemli. Enflasyonist ekonominin olduğu bir dönemde, eğer, üretici, geri dönüş miktarını net olarak göremezse, doğal olarak, benden daha yüksek fiyat talep eder. O zaman, fiyatları kontrol etme gibi bir objektif kriter koymakta hepimiz zorlanırsınız. Fotoğrafi net görürsek, geri ödemeleri hızlandırabilirsek, aslında, daha gerçekçi fiyat verme imkanıımız doğar. Özellikle maliyet mantığıyla fiyat verildiği günlerden bakarsanız olaya, ürün bazında % 20 gibi bir kâr sınırlaması koyarsanız, sonra % 80-90 enflasyonist ortamda bir yıl sonra bu ödemeyi taahhüt ederseniz, o zaman, hem üretici hem bu fiyatı verme durumunda olan kişi şeffaf olamaz elinde olmayan nedenlerle.

Burada vurgulamak istediğim, geri ödemenin gecikmesi ilaç fiyatlarında zorunlu bir artışa yol açmaktadır. Bu açıdan, bunun nedeni, Sayın Çağlar'ın konuşmasında yer alan finansal nedenler mi, personel yetersizliği mi, bürokratik engeller mi; her neyse, bunun bir şekilde ortadan kaldırılması, aslında, sonuçta, daha ucuz ilaç tüketilmesine yol açacaktır diye düşünüyorum.

Geri ödemede oluşturulan şartlar detaylandırıldıkça, bunların zaman zaman olumlu, zaman zaman olumsuz etkileri olacaktır. Bu açıdan, bu şartlara, sadece masa başında oturup karar vermemek gerektiğini düşünüyorum. Örneğin, belli uzmanlık dalıyla sınırlarsanız, yani sayı sınırlamasını bir de uzmanlık dallarıyla ilişkilendirirseniz, ülkemizde homojen uzman dağılımı yoksa -ki, maalesef, gerçek böyle- o zaman, o

uzmana ulaşamayan hastanın o ilaca erişimini de engellemiş olursunuz ki, çok ciddi bir sorun ortaya çıkar. Ya da bu türlü sınırlamayı, belki uzmanlık dallarıyla değil, sağlık kurul raporlarıyla yaparsak -ki, bunlar, küçük küçük de olsa bizim uyguladığımız yöntemler- o zaman, bir hekimin değil, ama birden fazla hekimin bu ilacı yazması gibi bir anlam ortaya çıkar. Ülkemizde yaklaşık 100 bin hekimden bir hekimin reçete ettiğini, yani 100 binde 1 oranının güvenilir olmadığı varsayımından hareket ederek böyle bir uygulama yapılıyorsa, 3 ilâ 6 kişiden oluşan Sağlık Kurulunda, demek ki, 100 binde 3 kişinin güvenilir olduğu gibi bir anlayış ortaya çıkıyor ki, istatistiki olarak bu fark anlamsızdır. Ancak, bu ne ortaya çıkarır; yine, hastanın, 3 ya da 6 hekime ulaşması, bunun için sıraya girmesi, gerekiyorsa randevu alması gibi, ilaca erişiminde, o ilacı yazmaya erişiminde ciddi sorunlar ortaya çıkıyor. Biraz dramatize edersem belki daha kalıcı olur; hipertansiyon tedavisinde kullanılan bir ilacı, böyle bir sağlık kurulu raporuyla hastaya, sağlık kurulunun toplanabildiği hastanede yazdırma zorunluluğu getirince, hasta, buradan randevusunu alıp, o kurulun toplanmasını, toplanması için geçen süreyi, kapıda beklemesini dikkate alırsanız, herhalde tansiyonu iki kat daha çıkar; ona göre yazılacak ilaç da değişebilir.

Ben, bunlar olmamalı demiyorum, bunların hepsinin tartışılarak daha akılcı yöntemlerin bulunması gerektiğini düşünüyorum. Bu açıdan, hastanın tedavisini, ilacın tüketimini, maliyetini ve geri ödemesini, hepsini bir arada değerlendirmeye çalışıyorum.

Peki, biz kısıtlama yapmayalım mı; Avrupa ülkelerini gördük ki, Avrupa Birliği'nin, bu konudaki kısıtlamaların şeffaf olması kaydıyla serbest bıraktığını örnekleriyle gördük. Bu sınırlamalar tanıyla ilişkilendirilebilir. Tanıyla ilişkilendirme, aslında,

tanı ve tedavi protokollerinin gereğini ortaya çıkarır ki, önemli bir adımdır. Birinci basamakta bunun somut bir adımı atılmıştır; ancak, ikinci basamakla ilgili kısmı, uzun, kapsamlı çalışmaya ihtiyaç gösteriyor.

İlaç etkileriyle, ilaç alerjisiyle ilişkilendirilebilir bu türlü kısıtlamalar. Ancak, ben, yine de, ülkemizdeki uygulamaların hekim dağılımı dikkate alındığında hekim branşından bağımsız yapılması gerektiği kanaatindeyim.

Bu kısıtlamalar, zaman zaman hekimlerin ilaç yazma özgürlüğünün kısıtlanması şeklinde de algılanıyor. Bu konuya da bir açıklık getirmek istiyorum. Negatif ya da pozitif listeler, geri ödeme açısından bir şekilde bu kısıtlamayı getiriyor. Bu da bütün dünyanın kabul ettiği bir gerçek; ancak, olaya, hekimin ilaç yazma özgürlüğünün kısıtlanması açısından bakılmaması ya da bu noktaya kaydırılmaması gerektiğini düşünüyorum; yani, hekim, yine, sizin listenizde olsa da olmasa da hastası için bu ilaç tedavisini öneriyorsa, bu hakkını kullanmalıdır. Geri ödeme kurumunun, biraz önce özellikle Avrupa Birliği örneklerinde görüldüğü gibi, şeffaf, rasyonel, inandırıcı bir kısıtlaması varsa, o geri ödemeyle ilgili kısıtlama olmalıdır.

Bu türlü kısıtlamalar farklı katkı payıyla yapılabilir, belki ülkemizde yıllardır bunun bir kısmı uygulanıyordu, hâlâ da uygulanıyor, bunların maaşa yansıtılması belki biraz daha bunu netleştirmiştir; ama, bütün bu anlattıklarımın, geri ödeme çok daha önemli olanın bir norm birliğiyle bunların yapılması gerektiğidir; yani, geri ödeme kurumlarının, artık, tek ses olarak davranması gerekir. Bunu, ister vergilerle finansmanını sağladığımız bir geri ödeme mekanizmasıyla yapalım, ister primlerle sağladığımız bir genel sağlık sigortasıyla yapa-

lım, isterse böyle bir kurumsal yapıya gitmeyeceksek, mevcut geri ödeme kurumlarımızı harmonize edelim, sigortacılıkta sanal havuzlama şeklinde yapalım; yani, hepsi, artık, aynı havuz mantığıyla aynı kurallarla işlesin. Bir yöntemin akılcı olduğuna karar verirsek, bu akılcılıkta uzlaşalım.

Tam bu noktaya gelmişken, Sayın Çağlar'ın açıklamasından bir noktaya açıklık getirmek istiyorum yeşil kart ödemeleriyle ilgili. Yeşil kart yasası, sadece hastayı hastaneye yatış kararı verildikten sonra tanımlamış. Bunu, isterse, siz, unutulmuş deyin ondan önceki hasta serüvenini, isterseniz, o günün şartlarında ancak bu üstlenilebilmiş, belki bunun için yapılmış. Dolayısıyla, aslında, Sağlık Bakanlığı'nın, geri ödemede sorumlu olduğu alan, bu yasadan dolayı, hasta yattıktan sonraki alandır. Hastanın yattıktan sonraki alanda ise ilaçta geri ödeme sınıktısı yoktur; çünkü, hastaneler bunu temin etme durumundadır. Ancak, bu boşluk, zaman içinde doldurulmak zorunda olduğu için, Sosyal Yardımlaşma Fonu ile protokoller yapılmış ve onların, bunu, iller düzeyinde -yeşil kart da zaten il düzeyinde mülki amirler verdiği için- denetlemesi ve bunların fonda karşılanması öngörülmüştür. İşte, geri ödemedeki aksaklık ya da Sayın Çağlar'ın deyimiyle geri ödememe mantığı veya sonucu, bu Sosyal Yardımlaşma Fonu'nun şu andaki ilgi alanındadır. Burada Sağlık Bakanlığı olarak sorumluluktan kaçırıyorsunuz falan diye düşünmeyin; biz, şu anda yeşil kartı da, bütün olumsuzluklarına rağmen bir sigorta mantığıyla ele alınması ve bunun sorumlusu her kimse, eğer bizsek biz de olmaya talibiz, hastanın doktora ilk başvuru anından itibaren sahip çıkılması yönünde çalışmalar yapıyoruz.

Referans fiyat uygulaması, geçtiğimiz yıl son derece uzun tartışmalara yol açan, hatta bir kurumumuzca, mahkeme kara-

rının da etkisiyle vazgeçilen bir uygulama. Ancak, negatif ve pozitif listeler konusunda henüz tam uzlaşmış değiliz. SSK, bugüne kadar daha çok pozitif liste, diğer kurumlar negatif liste uyguladılar. Bu yılki Bütçe Uygulama Talimatında, biraz önce bahsettiğim konuyu gerçekleştirebilme amacımız için de bir araya geldiğimizde, hemen hemen her kesimi rahatsız eden bir ortak noktada uzlaştık. Bu, iyi gelinen bir nokta demiyorum; ama, ilk adım, yani bir uzlaşma kültürünün yerleşmesi bakımından iyi bir adımdır; herhalde, daha olumlu yöne doğru düzeltilir diye düşünüyorum.

İster bu negatif veya pozitif listelerde uzlaşalım, ister referans fiyat uygulamasında uzlaşalım, bu türlü uygulamaların da patent korumasından, veri korumasından, veri imtiyazından bağımsız düşünülmesi lazım. Bütün dinamiklerin birbirini etkilediğini ısrarla vurgulamaya çalışıyorum. Burada da zaten koruma altındaki ilaç için uygulayacağınız bir referans fiyatın, takdir edersiniz ki, çok fazla bir anlamı olmayacaktır. Dolayısıyla, böyle bir sorumluluğu yerine getirmeden uygulanacak referans fiyat, haklı olarak, yine farklı açılardan bakıldığında çok farklı manzaraların görülmesine yol açacaktır. O açıdan, bu referans fiyat uygulamasının da diğer hususlarla birlikte değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyorum.

Sayın Başkan da "Akılcılık bunun neresinde?" diyerek bana sözü verdi; dolayısıyla, esas konu, bence daha da önemlisi, bütün bunların, yani hem geri ödemenin, hem ilaç fiyatlandırılmasının, hem ilacın tüketiminin, mutlaka, akılcı ilaç kullanımı konsepti içinde değerlendirilerek ele alınması lazım.

Nedir bu akılcı ilaç kullanımı; Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 Nairobi Toplantısında yapılan bir tanımı var: "Kişilerin klinik

bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı uygun süre ve dozda en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri.” Aslında bir tek cümlede özetlenmiş; ama, birçok tartıştığımız konu birer kelime olarak bu cümlede yer almış.

Tanı ve o kişinin bireysel özelliğine göre tanı dikkate alınmak zorunda, bu tanıya uygun ilaç, yani endikasyon çok ciddi olarak dikkate alınmak zorunda. Bu ilacın sadece yazılması ya da eczaneden satılması değil, hastanın eline verildikten sonra uygun süre ve dozda kullanılıp tamamlanması önemli; yani, olayın, hasta tarafı da gözardı edilmemiş.

Hep tartıştığımız konu, bu şartları taşıyan ilacın en ucuz fiyata verilmesi ve hep gözardı ettiğimiz, ama çok önemli olan kolayca erişilebilmesi; yani, erişimin önündeki engellerin de kaldırılması. Bütün bu kadar olumlu konsepti bir arada nasıl toplayıp ortak nokta buluruz; işte, zaten, bu toplantılar, belki, bu türlü bir arayışın sonucu.

Akılcı ilaçla ilgili noktaları biraz daha açarak değinmek istiyorum. En çok unuttuğumuz noktadan başlamak istiyorum; hastalardan başlarsak, akıldışı ilaç kullanımında hastalar cephesinde çok daha büyük bir sorun yaşadığımızı görürüz. Tedaviye yaklaşımda hastanın tavrındaki her türlü değişiklik, her türlü olumsuzluk, akılcı ilaç kullanımını etkiliyor. Eğer, bir kişi, sadece tablet yutmada zorlanıyorsa ve hekim, bunu gözardı ederek bir tablet vermişse, bu da çok ciddi bir sorun oluşturabiliyor. Semptomları kayboldu deyip tedaviyi kesiyorsa, tam iyileşmemiş bir hastalığın tedavisinin maliyeti de artıyor hastalık yükü de artıyor bu ülke için. Sağımızda solumuzdaki üç beş aileye, evinizdeki ilaçları bize getirin dersek, bu anlatmaya çalıştığım konuyu çok net anlatırız diye düşünüyorum.

Ben, pratisyen hekim olarak çalıştığım dönemde Millî Eğitim'in doktoruydum; okullardaki izcileri ilde seferber ettim; evleri dolaştılar, evlerdeki kullanılmayan bütün ilaçları getirdiler. Sayın Vekilimin ilidir, küçük bir ildir; o küçük ilde, okulun büyükçe bir sınıfını tamamen dolduracak kadar ilaç topladılar. Biz, daha sonra onları tasnif edip, miadı geçmeyenleri tekrar fakir öğrencilere verme yönünde uğraştığımız; ama, bu kadar küçük bir çalışmada bile atıl olan, kullanılmayan büyük miktarda ilaç olduğunu, ilaç israfı olduğunu gözardı edemeyiz. Onun için, Altan Bey'in konuşmasına vurguda bulunmak istiyorum; ilaç harcamaları az mıdır çok mudur, gayri safi millî hâsıla içindeki oranı nedir, Avrupa Birliği'yle kıyaslandığında nedir; bunlar ayrı konular; ama, israf yapıldığı konusunda hepimiz hemfikiriz. Bu da ayrı bir konu.

Sağlık sisteminin ve bunun düzenleme mekanizmalarının da akıldışı ilaç kullanımında çok önemli rolleri var. Zaten uygulamaya başladığımız, hızlı kararlar verdiğimiz, sonra geri attığımız adımlar, bu türlü sonuçların geri dönüşümleri sonucunda yapılan adımlar; yani, bir anlamda, yapılan hataları görme diye değerlendirilebilir.

İyi bir pazar denetimi bu sistemimiz içinde var mı; buna henüz çok olumlu bir cevap veremiyorum.

Geri bildirimimiz var mı; bu konuda bugünlerde, Genel Müdürlüğümüz olumlu adımlar atma gayreti içinde; ama, ne yan etki konusunda ne diğer konularda eğer bir ihbar yoksa, çok ciddi bir geri bildirim mekanizmamız en azından bugün için yok; ama, bu konuda, Sayın Genel Müdürümüzün olumlu bir çalışması var.

Bu sistem, hastaların, belki, şimdi, hem Türk Eczacıları Birliği'nin gayretleriyle hem Emekli Sandığı'nın kendi uygulamasındaki provizyon sistemleri sayesinde bir kısmı engelleniyor; ama, bir mükerrer ilaç kullanımını, bu olmadı öbürünü de yazalım gibi ve geri ödeme kurumları tarafından bunların denetlenememesi gibi bir sıkıntı yaşıyor mu? Bütün ülkede yaşadığı söylenemez; ama, hâlâ bu durum var. Aslında, sistemi dizayn ederken, sistemi kurarken, aşırı serbestlik de aşırı sıkma da sorun doğuruyor, akılcı ilaç kullanımını engelliyor. Aşırı sıkı, çok kuralcı bir sistemi kurmaya çalıştığınızda, hastanın ilaca erişimi için, hekimin bu hastasına ilaç ulaştırması için, mutlaka, yan yolları bulması gerekiyor ya da sektör, bir şekilde bu ilacı ulaştırmak için yan yollar üretebiliyor. Bu açıdan, bu dengeyi de çok iyi kurmak gerekir akılcı ilaç kullanılabilmek için.

Geri ödemede bahsettim, ilaca erişimi engelleyici her türlü yöntem ciddi olarak ilaç maliyetlerini düşürmüyor, artırıyor; hastalık yükünü artırıyor, hastaların tedavi olmasını geciktiriyor. Yani, hangi mekanizmayı sağlırsak sağlayalım, kurarsak kuralım, baştan iyi tartışalım, geri ödeme kurumunun ödeme kapsamında olan ilaca, hastanın endikasyonu olduğunda, yani tanıyla ilişki kurduğumuzda, mutlaka, zorlanmadan erişmesini sağlayalım.

Sistemin dışında başka faktörler yok mu bu akılcı ilaç kullanımını etkileyen; özellikle sektör yetkilileri beni affetsinler, ilaç promosyonundaki uygulanan yöntemler de, maalesef, akılcı ilaç kullanımını etkiliyor. Hekimlerin eğitiminde, pratiğe yönelik düşündüğünüzde, ilaç eğitimi -temel farmakoloji eğitimini kastetmiyorum; sahada kullanacağı anlamda- maalesef, çok iyi düzeyde değil. Bu açıdan, farmasötik ürünlerin tanıtı-

mı, sektör tarafından tanıtımı, aslında, hekimlerin bilgisini diri tutma, onların, ilaçtaki gelişmeyi sürekli takip etme açısından da olumlu; yoksa, böyle bir tanıtıma karşı çıkıyor falan değilim. Mesleğe başlayan hekimin, güncel ilaç durumunu takip etmesi için belki en önemli araç bu. Ancak, aynı branştan olan, aynı tanıya reçete yazan hekimler arasında bir araştırma yaptığınızda, farklı tanıtım yöntemlerinin, farklı promosyon yöntemlerinin hekimlerin davranışında farklılık oluşturduğu gözleniyorsa eğer, bu konunun birlikte ele alınarak, yani hekimler tarafından Türk Tabipleri Birliği tarafından Türk Eczacıları Birliği tarafından, sektör tarafından birlikte alınarak çözülmesi gerekir diye düşünüyorum. Hatta, bu tanıtımın sıklığı, şekli, bu alanda inanılmaz etkiler yapmaktadır. Ben, bu konuyu, akılda kalması, hepimizin kafasında yer etmesi ve çözüm aranması açısından biraz daha söyleyeyim.

Biz, Hıfzıssıhha Okulu'na bazı küçük araştırmalar yaptırtıyoruz; bunlar henüz ön araştırma, pilot araştırma olduğu için kamuoyuyla pek paylaşmıyoruz, sadece bazı kararlarımızda bize yön versin diye bu ön araştırmaları yaptırtıyoruz. Örneğin, böyle bir araştırmamızda, farklı kurumda çalışan hekimlerin, aynı branştaki hekimlerin, aynı tanılarda farklı maliyetli reçeteler yazdıklarına şahit olduk; tek tek ilaç bazında değil; ama, ortalama reçete ilaç maliyetlerini gözlediğimizde. Demek ki, hekimin çalıştığı kurum da bir şekilde ilaç yazma yöntemine, miktarına etki edebiliyor. Bunların da gözden geçirilerek, ciddi olarak üzerinde belli yasal ve etik kurallar çerçevesinde çalışılması gerekir diye düşünüyorum.

Bu tanıtım ve promosyon kısmını hekim dışı tuttum biraz, hekimlerden direkt kaynaklanan bir akılcı ilaç kullanımının değişkenleri yok mudur; bu da vardır tabii ki. Endikasyon dışı

kullanım, sınırlı da olsa var mıdır; bunun örnekleri zaman zaman yasal kovuşturmayaya kadar varabiliyor. Dolayısıyla, tıp eğitimi açısından olayı mutlaka ele almak lazım akılcı ilaç kullanımında ya da bu olayı, sadece endikasyon dışı kullanımı sadece eğitim eksikliğine bağlanamak lazım, bu da bir haksızlık olabilir. Yeterli altyapının olmaması, hekimin tanı imkanlarının hekime tam olarak verilmemesi, bulunduğu şartlarda hastaya daha kısa sürede sonuca gitme zorunluluğuyla karşı karşıya bırakılması da zaman zaman bu soruna yol açmaktadır. Özellikle etkisi şüpheli ilaçların kullanımı -buradaki şüpheden kastım ilacı suçlamak değil, geniş spektrumlu bir antibiyotigi spesifik bir enfeksiyonda kullanmak gibi; bunu kastediyorum- ya da polifarmasi dediğimiz tek bir hastalık tek bir ilaçla tedavi edilecekken 5-6 kalem ilaçla bunu tedavi etmeye kalkmak da, zaman zaman, hekimlerin içinde bulunduğu sosyal ya da altyapı eksiklikleriyle ilgili şartlardan dolayı hastayı mutlaka tedavi etme gayreti ve yeterli net tanıyı koyamama sonucu olarak ortaya çıkabiliyor.

Dolayısıyla, bizim, akılcı ilaç kullanımını temin etmek için sadece ilaç fiyatıyla geri ödemesiyle değil, eğitimin yanında hekimlerin çalışma ortamlarını, tanı koyma imkanlarını da iyileştirerek gitmemiz gerekir.

Özellikle tam tanıyla ilişkilendirilememesi halinde semptomaya yönelik tedavi de sık sık görülür. Evet, bazen sadece semptomaya yönelik tedavi gerekebilir; ama, bu da zaman zaman akılcı ilaç kullanım ilkelerinin dışına çıkabilmektedir.

Güvenilirlik sorunu, yani yan etki ve riskli gruplarda ilaç kullanımını da biraz önce değindiğim geri bildirim mekanizmamızın çok iyi olmamasından dolayı, yoksa, sadece prospektüsünde yazan verilerle hekimin davranma sorumluluğuyla karşı

karşıya kalmasından dolayı akılcı ilaç kullanımı ilkelerinin zaman zaman dışına çıkılmasına yol açıyor.

Akılcı ilaç kullanımının tanımını tekrar hatırlarsanız, klinik bulgu ve o kişinin özelliği, yani kişiye özel tanı; net tanının konulması gerekiyor. Demek ki, eğitim çok önemli, teknik altyapı çok önemli. Tanıya en uygun ilacın verilmesi gerekiyor. En doğru seçimi yapabilmek için, yine, hekimin, ister aldığı tıp eğitiminden olsun, ister ondan sonra devam ettiği meslek içi eğitiminden olsun, ister firmaların desteklediği tanıtım araçlarıyla olsun, bu eğitimin sürekli canlı tutulması gerekiyor uygun ilacın doğru seçimi için.

Uygun süre ve dozda kullanımı açısından hem hekimin bunu reçeteye yazması hem hastasına mutlaka anlatması; bunu veren eczacının, buradaki görevini ihmal etmemesi ve belki birinci basamağa, aile hekimliğine geçebilirsek, hekim bazında bunun tekrar takip edilmesi gibi uzun bir süreç ve hastaların, vatandaşların da bu konuda bilinçlendirilmesi, eğitimi gerekiyor.

İlacın en düşük fiyata temin edilmesi ki, toplantıların gündemini en çok teşkil ettiği için fazla vaktinizi almamak açısından bunun üzerinde fazla durmayacağım; ama, aynı tedaviyi yapan o tanıda en uygun ilacı en ucuz fiyata temin etmek gibi bütün geri ödeme kuruluşlarının bir hakkı vardır. Bu hak da çok görülmemelidir.

Tanımın son kelimesi ilacın kolayca sağlanabilmesi. Bu da geri ödeme mekanizmaları ve geri ödeme konusunda söz sahibi olan kurum ve kuruluşları, bu konuda görev yapan bürokrat arkadaşlarımızı çok ilgilendiren bir konudur diye düşünüyorum. Bu konunun asla ihmal edilmemesi gerekiyor. Sağlıkçı-

lar olarak bizim en temel görevimiz, kişilerin hasta olmasını önlemektir, eğer hasta olmuşlarsa en kısa sürede en etkin tedaviyle bunları tedavi etmektir.

Konuya daha kapsamlı, çok yönlü bakılması gerektiğini vurgulayarak konuşmamı burada bitirmek istiyorum ve sabrınız için çok teşekkür ediyorum. (Alkışlar)

BAŞKAN - Teşekkür ederiz Sayın Aydın.

Değerli katılımcılar, sabrınızı çok zorlamadan, kalan iki konuşmacımızın konuşmalarını 10'ar dakikayla sınırlandırmak istiyoruz öğle yemeği arası vermek üzere.

Dr. Ecz. Burak Özsöğüt, geri ödeme sistemleri ve farmakoekonomi konusunda konuşacak. Ben de bir iki katkıda bulunmak istiyorum.

Dünya Sağlık Örgütü, geri ödeme sistemlerinin, çeşitli kuruluşların faaliyetlerine bağlı olarak biçimlenebildiğini saptamıştır. SSK, Bağ-Kur, Emekli Sandığı, konsolide bütçeye tabi kurumlar, özel sigorta kurumları, vakıf ve derneklerin sağlık birimleri, yardımlaşma sandıkları vesaire gibi.

Sayın Özsöğüt, geri ödeme sisteminin ekonomik boyutu, ilaç sanayinin büyüme potansiyelini hangi oranlarda etkiler? Pazarı nasıl biçimlendirir? Bütçe uygulama talimatını bir bütün olarak değerlendirdiğimizde bize ne söylemektedir?

Ülkemizin geri ödeme sisteminin farmakoekonomik boyutunu anlatabilir misiniz.

Buyurun.

GERİ ÖDEME SİSTEMLERİ VE FARMAKOEKONOMİ

Değerli Dinleyiciler, öncelikle Türk Eczacıları Birliği'ne, bana bu sunumu yapma imkanını tanıdığı için teşekkür ediyorum. "Geri Ödeme Sistemleri Ve Farmakoekonomi" başlıklı sunumumda, sizlere, kısaca, farmakoekonomik analiz yöntemlerinin geri ödeme sistemlerinin neresinde, hangi amaçlarla kullanılabileceğini tanımlamaya çalışacağım.

Biliyorum ki, sunumumu, diğer konuşmacıların sunumlarına göre daha teknik bulacaksınız ve bundan da eminim ki, sunumum, sizlere, mucizevi çözümler sunmayacak yaşadığımız sorunlarla ilgili olarak; ama, benim amacım, farmakoekonomiden geri ödeme sistemlerini yapılandırırken nasıl yararlanabileceğim konusunda sizlere bir ufuk turu vermek.

Öncelikle farmakoeconomünün neden geliştiğini, neden buna ihtiyaç duyulduğunu açıkladıktan sonra farmakoekonomi nedir, bunu tanımlamaya çalışacağım. Kelimeyi çok sıklıkla duyuyoruz; ama, tam olarak ne olduğunu, ne maksatla kullandığımızı belirlemeye çalışacağım. Daha sonra, araştırma yöntemlerini ve farmakoekonomik bir probleme nasıl yaklaşabileceğini tanımladıktan sonra geri ödeme sistemleriyle ilişkilendirerek sunumumu tamamlayacağım.

Farmakoeconomünün dünyada gelişmesinde temelde dört faktör öne çıkmakta; bunlardan biri, insanların ortalama ömür

süresinin artmasıyla birlikte kronik hastalıklardan şikayetçi olan nüfusun da toplum içinde artması.
İkinci neden; tüm bireylerin benzer kalitede sağlık hizmeti talep etmesi.

Üçüncü neden; teknolojinin ilerlemesiyle birlikte yeni ve daha gelişmiş tedavi seçeneklerinin hem hastaların hem hekimlerin kullanımına sunulması; ama, bunların, aynı zamanda daha maliyetler de ortaya çıkarması. Aslında, temel nedenimiz, ilaçla tedavi için veya tedavi için paylaşabileceğimiz kaynakların sınırlı olması.

Ekonominin tanımına baktığımızda, ekonomi, sonsuz ihtiyaçlarımıza sınırlı kaynaklarımızla cevap verme çabası olarak görülüyor. Kaynaklarımızın sınırlı olması, bize, seçim yapma zorunluluğunu dayatıyor. Bu bakış açısıyla farmakoekonomiye yaklaştığımızda, farmakoekonomi, ilaç tedavisi için ayrılmış olan kaynakların etkin olarak kullanılması olarak tanımlanabiliyor. Başka bir deyişle, ilaç tedavisine yapılan yatırımın klinik ve insani sonuçlar gözönüne alınarak yönlendirilmesidir. Yani, ilaç tedavisi karşılığında harcadığımız kaynağın sonucunda elde ettiğimiz çıktılarının hem klinik çıktılar hem de insanî çıktılar; yani, insanın hayatına ne katıyoruz, sosyal olarak ne katıyoruz; bunlarla değerlendirilmesini öngörüyor.

Yapılan farmakoekonomik değerlendirmeler, karar verenlere, topluma ait kaynakların en uygun seçenekler için kullanılmasında, en etkin sonuçları yaratacak seçimlerin yapılmasında yardımcı oluyor. Kaynak kısıtlı olduğu için seçim yapma zorunluluğumuz var. Seçimleri de objektif bir kritere göre yapma zorunluluğumuz var. İşte, farmakoekonomik çalışmalar, bu objektif kriterleri, biraz evvel bahsettiğimiz akılcılığı bize sağlayabiliyor.

Farmakoekonomik çalışmalar denildiğinde neler yapılıyor; bir kere, farmakoekonomik çalışmaların yapılması için illa başlığında farmakoekonomi yazması gerekmiyor; maliyet tanımlama analizleri dediğimiz sadece belirli bir ilaç tedavisi için harcanan kaynağın analiz edildiği çalışmalar farmakoekonomik çalışmalar içine giriyor.

Bir doktorun reçeteleme maliyetlerini incelediğinizde, bunlar da farmakoekonomik çalışmalar içine giriyor.

Bir tedavi protokolü tanımlayıp, bu tedavi protokolünün kamu kaynaklarına etkisini incelediğinizde, bunlar da farmakoekonomik çalışmalar içine giriyor; yalnız, maliyet tanımlama analizlerinin özelliği, tedavi sonucundaki çıktıları, siz, maliyetlerle karşılaştırmıyorsunuz; daha çok, ne kadar para harcadığımızı, hangi kalemlere harcadığımızı inceliyoruz.

Maliyet - Kazanç Analizleri; maliyet- kazanç analizlerinde tedavi için kullanılan kaynağın elde edilen kazançlarla karşılaştırılması söz konusu. Bu analizin özelliği; tedavi için harcadığınız kaynağı, eğer Türk Lirası olarak ifade ettiyseniz, kazançları da Türk Lirası olarak ifade etmek durumundasınız; yani, aynı birimlerle konuşmak durumundasınız. Sonuçta da bir maliyet-kazanç oranı elde ediyorsunuz. Hepinizin çok iyi bildiği gibi, tedavi çıktıları sadece parasal maliyetler olarak ifade edilemediği için, bu analizler her aşamada kullanılamıyor. Bunu aşmak için maliyet-etkinlik analizleri kullanılabilir. Maliyet-etkinlik analizlerinde de yine kullanılan kaynağa karşın kurtarılan yaşam sayısı, önlenen vaka sayısı gibi parametreler ölçülüyor; yani, siz, bir hastalıktan yakınan hastanın hayatını kurtarmak için ne kadar harcadınız veya yaptığınız bir aşılama kampanyasıyla kaç tane vaka önlediniz ve her bir vaka size ne kadar kazanç getirdi. Bunlar analiz edilebiliyor.

Bir tedavinin toplam maliyeti ve toplam faydası bu analiz için dahil edilebiliyor. Bu analizlerin kısıtlayıcı yanı ise, değişik hastalıklardan veya hastalık durumlarından şikâyet eden hastaları birbiriyle karşılaştırmaya imkân vermemesi. Bunu aşmak için maliyet-yarar analizlerinden yararlanabiliyoruz.

Maliyet-yarar analizlerinde tedavi için kullanılan kaynak karşılığında elde edilen sağlık durumunun değerinin, kıymetinin analiz edilmesi çalışılıyor. Burada sağlık durumunu kıymetlendirmek biraz yabancı bir tanımlama olabilir; yani, kronik şeker hastalığından şikâyet eden bir insanın sağlık durumunu iyileştirmek için ne kadar harcamayı göze alıyorsunuz; bunun karşılığında, kanser hastalığından şikâyet eden bir hastanın durumunu iyileştirmek için ne kadar harcamayı göze alıyorsunuz; bunları birbiriyle karşılaştırmayı amaçlıyor bu analizler.

Sağlık durumuna verilen değer yaşam kalitesi ile endekslenmiş ömür süresi ile ifade ediliyor. Kaynaklarda görmüşünüzdür, Quality Adjusted Life Years olarak geçiyor.

Sonuçta, her bir birim Quality için bir birim yukarı çıkarmak için ne kadar maliyeti gözönüne aldığınızı inceliyorsunuz bu analizler sonucunda.

Biraz evvel konuşmacıların konuşmalarından da gördüğünüz gibi, bir farmakoekonomik probleme yaklaşım üç temel faktörle belirleniyor. Bunlardan biri bakış açısı, yani, bir probleme hangi yönden bakıyorsunuz; toplum açısından mı, bir hasta birey açısından mı, ödeyenler açısından mı; yani, sosyal güvenlik kurumları açısından mı; yoksa, bu hizmeti sunan ilaç firmaları veya hekimler açısından mı.

Diğer belirleyici faktör; tedavinin analizine ve çıktının analizine hangi maliyetleri dahil edeceksiniz; direkt maliyet dediği-

miz hastalığın direkt faturası mı; dolaylı maliyetler dediğimiz bu tedaviyi alması için hastanın yaptığı ekstra masraflar mı; insanî maliyetler dediğimiz, hastanın, bu hastalıktan çektiği sıkıntıları dile getirecek veya daha doğru bir tanımlamayla yaşam kalitesi olarak tanımlayabileceğimiz sıkıntıları getirecek maliyetler.

Üçüncü faktör de hangi tip analizi kullandığınızı; biraz evvel saydığım analiz tiplerinden.

Bunu geri ödeme sistemleriyle nasıl ilişkilendireceğiz veya bu teknikler ne işimize yarayacak; özellikle fiyatlandırma ile ilgili tüm düzenlemelerde, bu, ister, ürünün ilk piyasaya çıkış fiyatının belirlenmesi olsun, ister geri ödeme fiyatının belirlenmesi olsun, ister geri ödeme oranlarının belirlenmesi olsun, farmakoekonomik analizler, ilacın üretim maliyeti, geliştirme masrafları gibi direkt maliyetleri yanında, hasta için ortaya çıkardığı değer de incelenmesini ve optimum fiyatın belirlenmesini sağlar. Bunun için, maliyet-etkinlik, maliyet-yarar analizlerini kullanabiliriz; yani, ilacın yarattığı değeri bir bütün olarak ele alabiliriz.

Pozitif ve negatif listelerin oluşturulması esnasında farmakoekonomik analizler, tedavi etkinliğinin, elde edilecek kazançların sorgulanmasını ve bu sonuçlara dayanılarak en uygun ilaçların listeye dahil edilmesini sağlar. Bunun için de maliyet-kazanç, maliyet-etkinlik, maliyet-yarar analizleri kullanılabilir.

Bütçe kontrolüyle ilgili tüm yaklaşımlarda maliyetlerin tanımlanmasında ve değişimin izlenmesinde bize yardımcı olabilirler. Bu maliyetler neler olabilir; doktorun reçeteleme maliyeti, tedavi protokolünün maliyeti, belli bir bölgede kullanılan

ilaç maliyeti analizleri veya belli bir ilaç grubunun toplum kaynaklarına maliyeti. Tüm bunlar içinde maliyet-tanımlama analizlerinden faydalanabiliriz.

Sonuç olarak, ilaç ile sağaltım yarattığı kaynak kullanımı karşılığında sağladığı kazanç, etkinlik ve sosyal yararlar ile bir bütündür. Farmakoekonomik analizler kullanılarak geri ödeme sistemlerine yaklaşıldığında, ilacın parasal maliyeti yanında, toplum için yarattığı tüm faydalar; yani, ilacın gerçek değeri değerlendirme içine katılır. Biraz evvel, ihtiyaç duyduğumuz bu objektif değerlendirme, akılcı kullanım yaklaşımlarının hepsini bu analizlerle işin katma şansımız var.

Farmakoekonomik analizler ile Geri Ödeme Sistemleri düzenlenirken niceliksel, yani paraya dayalı veriler yanında niteliksel veriler de yani üretilen hizmetin kalitesi, değerlendirme vizyonu içine alınabilir.

Karar verenler, yani geri ödeme sistemlerini yapılandıracak kişiler, bu sistemleri yapılandırırken, kararlarını farmakoekonomik çalışmalar ile üretilmiş, pozitif, objektif bilimsel verilere dayandırabilirler. Böylece, biraz evvel bahsettiğimiz şeffaflık, birbiriyle karşılaştırılma gibi konulardaki sorunları da aşmamıza imkân verirler.

Sonuçta, toplumun kullanımına, kazançları, etkinliği ve yararları maliyetine karşı sorgulanmış ilaçlar sunulur.

Toplumun kısıtlı ortak kaynakları, en etkin seçeneklerin tercihine yönlendirilebilir.

Beni dinlediğiniz için hepinize çok teşekkür ediyorum, saygılar sunuyorum. (Alkışlar)

BAŞKAN - Teşekkür ederiz.

Son konuşmacımız Sayın Dr. Mahmut Tokaç. İlaçların Sınıflandırılması, Reçeteli ve Reçetesiz İlaçlarda Geri Ödeme başlıklı sunumunu yapacak.

Dünya ilaç pazarının büyüklüğü 400 milyar dolar. Dünyada endikasyonlarına veya sistemik etkilerine göre ilaçları sınıflandırabilir miyiz ve tablo, bizim ülkemize nasıl yansımaktadır?

Bu sınıflandırmanın belirleyicisi nedir?

Reçetelemede bioyararlanım ve kalite önemli midir? Önemliyse hangi açıdan?

Hekimin reçete yazma hakkı özünde bir marka yazma tercihi midir? Bunun geri ödeme sistemlerinin rasyonallitesi açısından gerekliliği nedir?

Buyurun Sayın Tokaç.

DR. MAHMUT TOKAÇ

(Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık

Genel Müdür Yardımcısı)

İLAÇLARIN SINIFLANDIRILMASI, REÇETELİ VE REÇETESİZ İLAÇLARDA GERİ ÖDEME

Öncelikle, ilaçlarda reçeteli ve reçetesiz olarak doğal bir sınıflandırma var. Bizim Beşerî Tıbbî Ürünler Ruhsatlandırma Bilimsel Komisyonlarımızca alınan prensip kararlar doğrultusunda bazı ürünler reçetesiz olarak ruhsatlandırılıyor; antiasitler var, gargaralar, boğaz spreyleri, buğular, birtakım pomat ve tatlandırıcılar vesaire; bunlar, 1/5'i ithal olmak üzere 200'e yakın ürün. Sayın Çağlar'ın da belirttiği gibi, KDV indiriminde de ne yazık ki, bizden kaynaklanan, ancak bizim istemediğimiz gerekçelerle bunların KDV oranı % 18 olarak kaldı; fakat, Maliye Bakanlığı'na bu konuda gerekli başvuru yapıldı, bunların KDV'lerinin de en kısa sürede % 8 olarak düzenlenmesi arzumuz. Şu anda Avrupa Birliği'ne uyum mevzuatı çerçevesinde yeni bir sınıflandırma yönetmeliği hazırlanmaktadır. Bu, Avrupa Birliği'nin 2001/83 direktifinde bir alt başlık olarak mevcut. Bu direktife uygun olarak sınıflandırma yönetmeliği taslağımız hazırlandı; ancak, sınıflandırmada reçeteli ve reçetesizin yanında birtakım kontrole tabi reçeteler var. Esas burada Avrupa Birliği tarafından reçeteli-reçetesiz ayırımını yaparken ne tür kriterleri ele alacağımız konusunda belli bazı kılavuzlar hazırlanmışsa da, ülkelerin kendi seçeneklerine bırakıldığından, biz de kendi sınıflandırma kriterlerimizi kendi ülkemizin şartlarına göre hazırlamaya çalışıyoruz. Henüz hazırlık aşamasında liste.

Reçeteli-reçetesiz olanların geri ödemeye yansması nasıl oluyor; bir defa, geri ödeme, iki ayağı olan bir oluşum; biri Bütçe Uygulama Talimatı dediğimiz Maliye Bakanlığı tarafından her yıl yayımlanan, Sağlık Bakanlığı, özellikle İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından katkıda bulunulan bir Bütçe Uygulama Talimatı. Burada hangi ilaçların kısıtlamasız ödeneceği, hangilerinde kısıtlama olacağı, kısıtlamaların da uzman tarafından reçtelendirilmek, veya rapora tabi olmak ya da zamanla sınırlandırılmak gibi çeşitleri var.

İkinci ayağı ise referans fiyat sistemi; bu, tamamen geri ödeme kuruluşlarının kendi şartlarına göre düzenledikleri kurallarıdır. Buralarda kimisi en ucuzun % 30'u, kimisi aritmetik ortalama gibi birtakım referans fiyatlar uyguluyorlar. Bu her ikisi, aslında, Sağlık Bakanlığı'ndan bağımsız olarak biri Maliye Bakanlığı'nın çalışması, diğeri ise geri ödeme kurumlarının kendi çalışmalarıdır, Sağlık Bakanlığı sadece Bütçe Uygulama Talimatı'na bilimsel destek vermektedir.

Yeni İlaç Fiyat Kararnamesi'nde Geri Ödeme Komisyonu adıyla bir komisyon oluşturuldu. Maliye Bakanlığı'nın koordinatörlüğünde, tarafların bir araya gelmesiyle oluşturulan bir komisyon. Bundan sonra, geri ödemeye ilgili ve referans fiyatlar da belki bunun içerisine dahil olacak, her türlü uygulama bu komisyonun tasarrufuyla yapılacak, Sağlık Bakanlığı da bu komisyonun bir üyesi olması sıfatıyla görüşlerini beyan edecek.

Tabii, endikasyona göre bir sınıflandırmadan ziyade, bizim sınıflandırma yönetmeliğimiz, reçeteli-reçetesiz veya bazı ilaçların özel reçeteye tabi olması gibi birtakım sınıflandırmaya tabi tutuluyor. Geri ödemelerde daha çok endikasyon anlamında terapötik grup olarak bir sınıflandırma mümkün; an-

cak, bu, bizim, ruhsatlandırmaya tabi reçeteler sınıflandırmadan farklı bir sınıflandırma.

Tabii ki kalite önemli, biyoeşdeğerlik, biyoyararlanım çalışmalarının yapılması. Bakanlığımızın yapmış olduğu, biyoeşdeğerlik yaptırmayanların geri ödemesinin yapılmamasıyla ilgili duyuru bu konuda Bakanlığımızın hangi noktada durduğunun bir göstergesi.

Marka yazma tercihi diye bir sorunuz olmuştu; hekimler, kendilerine tanıtıldığı kadarıyla bazı ürünleri yazmaktalar. Ben de hekim olduğum için, reçete yazarken, aslında, genelde spontan hareket ediliyor, belli bir markayı veya belli bir grubu düşünmekten ziyade, ben, "bu hastalığı ve semptomları tedavide hangi ilacı yazarım"ı ilk düşündüğünüzde ilaç aklınıza gelir zaten; belki bu yüzden, promosyon çalışmalarının hekimler üzerinde yoğunlaşmasının da en büyük sebebi o. Hekimlerin, spontan olarak, o firmanın, o markanın ilacını yazması gibi bir durumu getirdiği içindir. Bunun dışında, belki, bazı kısıtlı da olsa etik dışı uygulamalarla, hekimlerin, markaya, isme yönelmesi söz konusu olabilse de, ben, bunların, çok aşırı seviyede olmadığını düşünüyorum.

Sabrinızı daha fazla taşırmamak için konuşmamı burada sonlandırmak istiyorum.

Teşekkür ederim.

BAŞKAN - Teşekkür ediyoruz.

Değerli Konuklar, Kıymetli Meslektaşlarımız; Geri Ödeme Sistemi, Avrupa Birliği ve İlaç konulu toplantımızın Birinci Oturumu'nu bitirmiş bulunuyoruz.

Son derece önemli bir konuyu tartışmaya açtık. Sektörümüzün görüşleri alındı, kurumlarımızın düşünceleri sunular halinde yapıldı.

Oturum konuşmacılarına değerli katkıları için teşekkür ediyorum ve sabırla dinlediğiniz için sizlere de ayrıca teşekkür ediyorum.