

## HASTANE İLAÇ FİYATLANDIRMALARI

İlaçların gittikçe artan maliyetleri ile ilgili olarak sağlık üst sigortalarına gönüllü kayıt olmada görülen büyük miktardaki artışlardan dolayı hastane eczacılarının eczane işlemlerinde ilaçlar için yapılacak ön-ödemelerin ne şekilde yapılacağı hakkında bilgi sahibi olmaları gerekmektedir. Bu nedenle genellikle uygulamada en çok kullanılan planlar bu bölümde kısaca ele alınacaktır.

### Mavi Çapraz Planı

1930'lu yıllarda ortaya atılan bu planın bugün hastanelerde çok geniş olarak uygulandığını görmekteyiz. Bu planın kapsamı içinde oda ve yiyeceklerin fiyatlandırılmasının yanı sıra tazminat formülü ya da yazılı borçlanmalar adı altında belirlenen yardımcı servisler için hastaneye bir miktar para ödenmektedir ki, bu miktar genellikle düşük olmaktadır. Mavi Çapraz Planının kapsamı içinde hesabı ödeyecek kişiler öğrenim, araştırma ve sermaye giderlerin dışında tutulmaktadır.

Yardımcı giderler için öngörülen tazminat formülünün ilaç maliyetlerini içine almasından beri, eczacıların bu formül içinde ilaç payını, her hasta günü için ilaç maliyetinin ortalamasını belirleyerek saptamaları istenmektedir.

Her hasta günü için ortalama ilaç maliyeti, mali yıl dönemi içinde hastaneye giren ilaçların toplam fiyatının aynı süre içinde hastanede yatan toplam hasta sayısına bölünmesi ile hesaplanmaktadır. Her hasta günü için ortalama maliyet, tüm diğer yardımcı servisler için de hesaplanmaktadır.

Devletin onayladığı tazminat formülü daha sonra hasta günü için ortalama maliyet şekillerine uygulanmakta ve servislerin her Mavi Çapraz Hasta günü için hastaneye parasal olarak ödenmektedir.

### Ticari Sigorta Planları

Günümüzde sigorta planları birleşik sigorta tipinde yapılmakta ve sigorta için yapılan giderler hesaptan düşülebilir şekilde olmaktadır. Poliçenin hesaptan düşülebilir kısmı öncelikle can sıkıcı istekleri

gidermek amacına yöneliktir. Ancak Mavi Çapraz Plana sahip olan ve işverenleri tarafından ödemesi yapılan kişiler, Mavi Çapraz Planında öngörülen maksimuma sahip hesaptan düşülebilir kısmı olan poliçeyi satın alabilmektedirler. Bunun nedenlerinden bir tanesi, sigortaya üye olanların mümkün olduğunca düşük maliyet yüklenmesini ve bu kişinin hastane sigortasından yine mümkün olduğunca çok yararlanmasını sağlayabilmektir.

Hesaptan düşülebilir ve birleşik tipteki poliçenin sık sık özel maddi manevi yararlarla önayak olması nedeniyle sigorta yükümlüleri birleşik sigorta faktörünü tıbbi bakımın niteliğinin ve tipinin kontrolü olarak ele alınmasına zorlanmışlardır.

Bu şekiller hastanenin hesap uzmanından elde edilebilir. Hesap uzmanı kişi hastanenin yıllık raporunu çıkarmak zorundadır. Eğer şekiller uygun değilse, eczacı daha sonra muhasebeci ile birlikte şekiller belirler. Örneğin eczanenin bakım ve koruma maliyetlerindeki payı, toplam servislerin hastaneye maliyetinin bu servislerin hizmet gördüğü alana bölünmesiyle elde edilen ve her metre kare başına düşen bakım ve koruma maliyeti bulunmak suretiyle; buradan da eczanenin metre karesine geçilerek hesaplanır. Bu servislerin gerçek maliyeti, günde ortalama doldurulan reçete sayısı ile bölünmesi, her reçete başına düşen servislerin maliyetini belirler.

1. Hastanenin toplam bakım ve koruma maliyeti ..... 100000- dolar
2. Hastanenin toplam metrekaresi ..... 100000 m<sup>2</sup>
3. Her metre kare başına bakım-koruma maliyeti ..... 1.- dolar
4. Eczane dağıtım ünitesinin metre karesi . 25 m<sup>2</sup>
5. Dağıtım ünitesinin her metre çkaresine düşen bakım-koruma maliyeti (3. madde, 4. madde ile çarpılır) ..... 25.- dolar
6. Günlük doldurulan reçete sayısı ..... 100 adet
7. Reçete başına düşen bakım-koruma maliyeti ..... 0.25.- dolar

Ünitenin yönetim payı, ısı, ışık, su (bunlar her departmana özgü olarak ölçülmemektedir) gibi diğer indirekt gider maliyetleri, kullanılan personel sayısı ya da departmanın işlev gördüğü saat sayısının metre kareye bölünmesi sonucu genel bir şekilde elde edilebilir

Aletlerin aşınma payı ve eczacının zamanı, ambalajın, etiketin maliyeti gibi direkt maliyetler de benzer yöntemle çabuklukla hesaplanabilmektedir.

Bir kez direkt ve indirekt işletme maliyetleri belirlendimi, bunlar ilacın ve ambalajın maliyetlerine eklenerek, bu faktörlerin toplamından kâra geçiş noktası belirlenir.

Kâr: Eğer kâr arzu ediliyorsa, bu hastanın ücreti içinde iki yol ile hesaplanır.

- a) her reçete başına sabit ücret ya da,
- b) önceden belirlenmiş kârlılığa geçiş noktası maliyet oranın reçeteye eklenmesi,

Avantajlar: Bu sistemi kullanmakla, hastalara göre fiyat değişikliği olasılığı ortadan kaldırılmaktadır. Çünkü, bir fiyatlama formülü kurulmuş ve maliyetler önceden hesaplanmıştır.

Buna ilave olarak, hastane hiç bir zaman zarar içinde olmayacaktır. Çünkü, emeğin ve giderlerin maliyetinin yıldan yıla artmasına paralel olarak kârlılığa geçiş noktası da yükselmektedir.

Bu tür sistemin akademik değeri, eczacının ilacın maliyetinin hesaplanmasında gerekli tüm faktörleri yakından bilmesine fırsat tanınmasıdır.

Bu tür planların içeriğinde sigortalı, tıbbi harcamalarının belli oranını ödeyecek ve sigorta şirketi de gereken dengeyi sağlayacak ödemeyi de kendisi üstlenecektir.

Ticari sigorta planlarının altında, sigorta, eğer kişi başka tip bir kapsam içinde değilse sigorta bu kişinin poliçe ve birleşik sigortasındaki hesaptan düşülebilen miktarı ödemektedir. Bilançoju dengelemek ise sigorta şirketi tarafından yapılmaktadır

Mavi Çapraz Planı ile ticari tip sağlık sigorta planının karşılaştırılmasında, Mavi Çapraz Plan üyeleri ilaç ve diğer yardımcı servis hizmetlerinin, hastanenin gerçek giderleri esas olarak alınmak suretiyle ödenmesinden yararlanırlar. Halbuki herhangi bir kapsam formu içinde olmayan ya da ticari sağlık sigortası kapsamında olan hastalar hastanenin gerekli harcamalarını üstlenmek zorunda kalmaktadır.

### **İlaçların fiyatlandırılması**

Eczanelerde reçetelerin fiyatlandırılması konusunda bugüne kadar pek çok yayın yapılmıştır (1,2,3). Buna ek olarak fiyatlandırma listeleri geliştirilerek toplum içinde hizmet gören eczanelerin kullanımına sunulmuştur(4).

Diğer yanda fiyatlama politikası Amerika Birleşik Devlet'lerinde eyaletten eyalete farklılık göstermektedir ve eyaletlerde hastane eczacı grupları fiyatları yeniden gözden geçirme işlemlerini üzerine almakta ve veriler elde edildikçe bunları yayınlamaktadırlar (5). Bu tipte bilgi iletişimi bölgesel karşılaştırmalı değerler olmasına rağmen, ülke çapında her hastanenin kendi reçete fiyat listesini geliştireceği hastane eczacılığı reçete fiyatlandırmasına katkısı olmamaktadır.

Günümüzde pek çok hastane eczacısı reçete fiyatlandırılmasını kendi başlarına yapmaktadır. Bu da maliyet üzerine belli bir oranın konulması şeklinde olmaktadır ki, bu oran genellikle diğer komşu hastanelerde uygulanan oranlardan seçilmektedir.

Hastanelerde düşük direkt ve indirekt maliyetlerle, rastgele seçilmiş oranlar, bir belirleme yapabilmek için yeterli olabilir. Eğer direkt ve indirekt maliyetler yüksek ise, işlerlilik, gözle görülür bir şekilde kaybolabilir.

Bu nedenlerden dolayı, hastane eczacısının, departmanın direkt ve indirekt maliyetini belirleyebilmesi için, hesap kontrolörü ile birlikte çalışması gereklidir. Bir kere belirlendikten sonra bunun yazılmış reçete sayısı ile bölünmesi, işletme harcamalarının reçete kısmının üniteleşmesiyle sonuçlanacaktır. Bu şekilde artık eczası için doldurulmuş reçete sayısını bilmek ve hesaplamalarda bu sayıyı kesrin paydasına yazmak yeterli olacaktır. Genel amaçlar için, ele alındığında reçete kavramı içine, hastanede yatmayan hastaların tek dozluk ilaç alımları için hastane eczanesine getirdikleri reçeteler, evde ilaç alımı-devamını sağlayan reçeteler ve nasıl bir tedavi uygulandığına bakmaksızın hastanede yatan hastalar için yazılmış reçeteler girmektedir.

Yukarda yapılan tartışmadan, her hastanenin en azından şimdiki zaman zarfında, kendi mali deneyimlerini göz önüne alarak, kendi fiyatlama listesini belirlemesi gerekmektedir.

Bu noktada önemli bir saptama yaparsak, bazı hastanelerin yaptıkları tedaviyi maliyetine ve hatta maliyetinden de aşağıda hesapladıkları görülmektedir. Bu durum genellikle donanımları bol olan hastanelerde, şehir ya da devlete bağlı hayır kurumlarının işlettiği hastaneler de ya da dini grupların sahip oldukları hastanelerde görülmektedir.

Bu noktada, yapılan tartışmadan tüm kategorilerdeki hastaların ilaç fiyatlandırmalarından eşit bir şekilde yararlanması amaçlanmaktadır. Bu kategori içine, her hangi bir sigorta formuna bağlı olmayanlar da girmektedir. Ancak burada, hastane ya da tedavi gereksinimleri, endüstri kaza grupları, körlere, yalnız kalmışlara ve

kimsesiz çocuklara yardımda bulunan hükümet büroları tarafından karşılanan hastalar konu dışı kalmaktadır.

Hastane ve tedavi giderleri bu tür himaye kuruluşları tarafından karşılanan hastalara oda, yemek, ilaç ve diğer yardımcı sevislerde özel işlem yapılmakta ve bu tip hastalar hastane kliniklerine başvurduğu ve reçete aldığı zaman, hükümet bürolarıyla hastane arasında bir kontrol ile belirlenmiş olan özel fiyatlama listesi işleve konulmaktadır.

Bu kitabın içeriğinde ilaç-fiyatlama tiplerinin pek çok olasılığını ele almak mümkün olamamaktadır. Fakat yine de, bir prototip olarak Massachusetts insan Sağlığı Bölümünün ilaç ücreti hakkındaki programı aşağıda özetlenmiştir.

1. Eczacılar tarafından yapılmış ilaçlar, emek ve harcanan zaman karşılığı olarak belli bir kâr ile değerlendirilir.

2. Fabrika tarafından hazırlanmış ve bir ticari kâr içeren ilaçlar en son baskı Mavi Kitapta listelendiği gibi, orjinal taşıyıcısı içinde dağıtıldığı zaman, üzerindeki fiyattan işlem görür.

3. Fabrika tarafından üretilen ve üzerinde ticari fiyatı olmayan ilaçlar, Mavi Kitapta listelendiği şekline bağlı kalınarak, orjinal ambalajında dağıtılırsa, yine Mavi Kitapta belirtildiği gibi bir ücret oluşturulur.

4. Yukardaki formlar esas alındığında, eğer reçetenin ücreti 1.00 dolardan daha az olsa bile minimum ödenecek miktar 1.00 dolar olur.

5. Orjinal ambalajlarındakinden daha az miktarlarda dağıtılan ilaçlar, orjinal ambalajlarındaki miktara göre oranlanmak suretiyle fiyatlandırılırlar. Bu açılan ambalaj parası olarak 1.00 dolar ilave edilir (Bak: beyanname sayfası 3-6). Açılan ambalaj teriminin anlamı, orjinal ambalajdan ilacın bir miktar sarf edilmesidir. Sadece orjinal ambalajdaki etiketi değiştirmek, açılmış ambalaj anlamına gelmez.

6. Bir doktor tarafından yazılmış tıbbi gereçler, 2. ve 3. de belirtildiği gibi ödenmek zorundadır.

#### **XIV. ÖDEME LİSTESİ YÖNETMELİĞİ**

A. Öngörülen sağlık parasını bulmak amacıyla iki noktayı bilmek gerekmektedir. Bu iki noktanın her ikisinde de Mavi Kitap esas alınmıştır.

##### **1. Orjinal Ambalajın Büyüklüğü**

Üretici tarafından paketlenmiş miktardır, örneğin, 100 tablet, 50 ml gibi. Eğer listede ambalajındaki miktardan daha fazla isteniyor-

yorsa, istenilene erişmek için büyük ambalaj kullanılır. Örneğin eğer bir ilaç 100 tabletlik ya da 30 tabletlik orjinal ambalajlarda ise ve yazılan reçete bu ilaçtan 25 tane verilmesini istiyorsa 100 tabletlik ambalaj açılır.

## 2. Orjinal Ambalajın Fiyatı

- a) Mavi Kitapta listelenmiş ticari fiyatta, belli bir hesap rahatlığı sağlaması için belli bir yuvarlama sistemi uygulanabilir. Örneğin, ambalajın fiyatı 250-254 dolar arasındaysa, fiyat olarak 250 dolar saptanır, Bu fiyat, 255-259 arasındaysa 260 dolar olarak belirlenir.
- b) Ticari fiyatı belirsiz olanlar için, Mavi Kitaptaki toptan maliyet listesine % 50 ilave edilir ve yine yukarıdaki gibi belli bir yuvarlama yapılır.

B. Eğer reçetede orjinal ambalajdaki miktar yazılmış ise, bundan sonraki basamaklara gerek yoktur.

C. Eğer reçetede orjinal ambalajdaki miktarın bir kısmı yazılı ise, aşağıdaki gibi hareket etme zorunluluğu vardır.

1. Orjinal ambalajının fiyatı 10.00 dolar ve daha düşük olanlar için ve olağan büyüklüğe sahip olan (4, 8, 12, ya da 16 oz; 30, 50 ya da 100 tablet ya da kapsüllük) ambalajlarda, 3-6. sayfalarda verilen listede fiyatın nasıl hesaplanacağına dair bir yöntem verilmiştir. Buna göre,

- a) Reçeteye yazılan ilacın orjinal ambalajının fiyatı listenin birinci ya da sonuncu kolonunda bulunur. Daha sonra reçetenin fiyatı doğru boyunca hesaplanır.
- b) Daha sonra üst bölümde bulunan bu ilacın orjinal ambalaj büyüklüğü yine birinci ve sonuncu kolonlardan belirlenir ve yine yatay doğru boyunca hareket edilerek reçeteye yazılan miktar bulunur.
- c) Bulunan noktadan aşağıya doğru inilerek "a" maddesinde bulunan nokta ile çakışan fiyat belirlenir.

2. Bu listenin kullanılmadığı yerlerde, örneğin, ambalaj büyüklüğünün listedekini aştığı ya da orjinal ambalajın fiyatının 10.00 dolardan fazla olduğu durumlarda aşağıda gösterilen basamakları uygulamak zorunluluğu doğmaktadır.

- a) Orjinal ambalajın hangi oranda reçeteye yazıldığı belirlenir.

- b) Bu fraksiyon ya da oran orjinal ambalajın sağlık fiyatına uygulanır.
- c) 1.00 dolar ilave edilir.

Örneğin, orjinal ambalajı 90 kapsüllük olan bir şişeden 30 kapsül ya da şişenin  $1/3$  ü kadarlık ilaç reçeteye yazılmış olsun, bu orjinal ambalajın fiyatı da 9.80 dolar olarak hesaplanmışsa, reçeteye yazılan 30 kapsüllük kısmın fiyatı;  $9.80 (1/3) = 3.27$ , yuvarlak hesap 3.30 dolar, 1.00 dolar daha eklendiğinde sonuç fiyat 4.30 dolar olarak belirlenir.

Bir diğer örnek, eğer orjinal ambalaj 16 oz ise ve 4 oz luk ya da şişenin  $1/4$  ü kadar reçeteye yazılmış ise, 16 oz ambalajın saptanan fiyatı 12.00 dolardan hareketle  $(12.00 (1/4) - 1.00)$  sonuç fiyat) 4.00 dolar olarak bulunur.

3. Yalnızca tek bir ambalaj içinde bulunan ilaçların, bu ambalajdan daha çok miktarının reçeteye yazılması durumunda ise aşağıdaki basamaklar uygulanır.

a) Her birim başına düşen fiyat bulunur (her tablet ya da her oz). Bu işlem, orjinal ambalaj fiyatının içindeki birim sayısına bölünmesiyle elde edilir.

- b) Bu sayı, reçetede yazılan miktar ile çarpılır.
- c) 1.00 dolar eklenir.
- d) Hangi durumda olursa olsun mimimum ücret 1.00 dolardır.

### **Mesleki Ödenek Kavramı**

Bu ücret kavramı, aşağıdaki gibi tanımlanmıştır (6).

Mesleki ücretin kullanım alanı içine tüm işletme giderleri, genel giderler ve tazminat giderleri girmektedir. İlaç ve ambalaj maliyetleri bunun dışında tutulmaktadır.

Bir çok hastane eczanesi, kendi hastanelerinde kullanılabilecek mesleki ödenek kavramı geliştirmişlerdir. (7-10). Bunlar, mesleki ödenek kavramının hem genel hem de tıp elemanlarınca kabul edilebilirliğe eriştiğini rapor etmişlerdir.

Bir hastane eczası, konu hakkında şöyle bir açıklama getirmektedir. "Bu sistem fiyatlandırma iki öğeyi bir araya getirmektedir ki, bunlardan ilaç maliyeti ve eczanenin işletme harcamalarını yeniden kazandıracak ilave ücret ve toplam hastane harcamalarında eczanenin payı olarak ortaya çıkmaktadır. Bu iki öğe birlikte hastaya yüklenmektedir."

Mesleki ödenek kavramı, geleneksel parakende satıştaki ihtiyari para teorisi ile karıştırılmamalıdır. İhtiyari para, toptan satış maliyetinin ya da satış fiyatının belli bir yüzdesini teşkil etmekte ve direkt ya da indirekt harcamaların tümünün geri kazanılması esasına göre kullanılmaktadır.

Sağlık ekibinin profesyonel üyesi olan eczacıların pek çoğuna göre, eczacılar, ilaç ve ambalajı maliyetinden farklı ve ayrı olarak gördükleri servis karşılığında bir miktar ödenek almalıdır. Bu tartışma daha da ileri götürülerek ödenek kavramı, hastanın doktora, dişçiye, avukata ödediği gibi ve buna eşdeğer bir şekilde ele alınmalıdır.

Amerika Hastane Eczacıları Derneği aşağıdaki önergeyi getirmiştir (12).

Hastane eczacılığı amaçlarıyla uygunluk gösteren konularda, hastane eczacılığında mesleki ödenek kavramının benimsenmesini ve Amerikan Hastane Eczacıları Dergisinde konu ile ilgili haberler verilmesi suretiyle derneğin hastane eczacılarına yardım etmesi kararlaştırılmıştır.

Reçetelerin fiyatlandırılmasında ödenek kavramının kullanılması için hastane eczacılarının tüm direkt ve indirekt işletme maliyetlerinden haberdar olması gerekmektedir. Böylece tüm işletme harcamalarını karşılayan bir ödeneğe ulaşsın. Düşünce daha da geliştirilerek aynı bölgedeki tüm eczacılar için mesleki ücretin aynı olması gerekliliği vurgulanmıştır. Mesleki ücret oranların standardizasyonu kavramının yüksek olmasına rağmen yine de tavsiye edilmemektedir.

### **Kâr ve Zararı Eşit olan fiyatlandırma (kârlılığa geçiş noktası)**

Maliyet hacmi-kâr ilişkisinin baştan başa analizinde yararlı bir araç, bunun ne kâr ne zarar düzeyinde tanımlanmasıdır. Foulke'un (13) belirttiğine göre, ne kâr-ne zarar noktası teorik bir durum olmakla beraber, net satışlarda, harcamalarda ve bütçe içi işletme kârlarındaki karşılaştırmalarda çok pratik bir analitik faktör olarak yararlı olmaktadır. Bunun yanı sıra net satışlardaki gerekli artışı belirlemek, personel ve bina genişlemesindeki gereksinimleri savunmak ve personel ve materyal maliyetlerindeki her hangi bir değişikliğin net kâr üzerindeki etkisini bulmak için de yararlanılmaktadır.

Bu çeşit fiyatlandırmanın uygulaması hem hastanede yatan hem de hastanede yatmayıp ilacını hastane eczanesinden alan hastalara yapılmıştır (14).



Ne kâr ne zarar noktasını ilaçların fiyatlandırılmasına adapte etmek, eczacının kendi departmanındaki sabit ve indirekt harcamaları belirleyebilecek pozisyonda olmasını gerektirmektedir.

Genelde, eczane departmanının maliyeti, hastane yönetiminin, bakımının, emeğinin maliyetinin içinde gerektirdiği oranda yer almaktadır.

MASSACHUSETT DEPARTMANI HALK SAĞLIK ÜCRETİ LİSTESİ XIV AÇILAN AMBALAJLAR İÇİN ÖDENMESİ GEREKEN SAĞLIK ÜCRETİNİ BELİRLEME LİSTESİ

Orjinal ambalaj büyüklüğü	REÇETEDEKİ ORJİNAL AMBALAJ PAYI										Orjinal ambalaj büyüklüğü	
	4 oz.			1 oz.				2 oz.		3 oz.		4 oz.
8 oz.		1 oz.		2 oz.		3 oz.		4 oz.		6 oz.		8 oz.
12 oz.	1 oz.		2 oz.	3 oz.		4 oz.		6 oz.		8 oz.		12 oz.
16 oz.	1 oz.	2 oz.	3 oz.	4 oz.		6 oz.		8 oz.		12 oz.		16 oz.
30 tablet						10	10	15	20	25		30
50 tablet			6	12	15	18	20	25	30	40		50
100 tablet	6-10	12-15	16-20	21-25	26-30	31-36	37-40	41-50	51-60	61-80		100
Orjinal ambalaj sağlık fiyatı	Yukarda spesifikleştirilen orjinal ambalaj payı için ödenmesi gereken ve 1.00 dolar meslek servis ücretini içeren sağlık ücreti										Orjinal ambalaj sağlık fiyatı	
.30	1.00	1.00	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.20	1.20	1.20		.30
.40	1.00	1.10	1.10	1.10	1.10	1.10	1.20	1.20	1.20	1.30		0.40
.50	1.10	1.10	1.10	1.10	1.20	1.20	1.20	1.30	1.30	1.40		.50
.60	1.10	1.10	1.10	1.20	1.20	1.20	1.20	1.30	1.30	1.40		.60
.70	1.10	1.10	1.10	1.20	1.20	1.30	1.30	1.40	1.40	1.60		.70
.80	1.10	1.10	1.20	1.20	1.20	1.30	1.30	1.40	1.50	1.60		.80
.90	1.10	1.10	1.20	1.20	1.30	1.30	1.40	1.50	1.50	1.70		.90
1.00	1.10	1.20	1.20	1.30	1.30	1.40	1.40	1.50	1.60	1.80		1.00
1.10	1.10	1.20	1.20	1.30	1.30	1.40	1.40	1.60	1.70	1.90		1.10
1.20	1.10	1.20	1.20	1.30	1.40	1.40	1.50	1.60	1.70	2.00		1.20
1.30	1.10	1.20	1.30	1.30	1.40	1.50	1.50	1.70	1.80	2.00		1.30
1.40	1.10	1.20	1.30	1.40	1.40	1.50	1.60	1.70	1.80	2.10		1.40
1.50	1.20	1.20	1.30	1.40	1.50	1.50	1.60	1.80	1.90	2.20		1.50
1.60	1.20	1.20	1.30	1.40	1.50	1.60	1.60	1.80	2.00	2.30		1.60
1.70	1.20	1.30	1.30	1.40	1.50	1.60	1.70	1.90	2.00	2.40		1.70
1.80	1.20	1.30	1.40	1.50	1.50	1.60	1.70	1.90	2.10	2.40		1.80
1.90	1.20	1.30	1.40	1.50	1.60	1.70	1.80	2.00	2.10	2.50		1.90
2.00	1.20	1.30	1.40	1.50	1.60	1.70	1.80	2.00	2.20	2.60		2.00
2.10	1.20	1.30	1.40	1.50	1.60	1.80	1.80	2.10	2.30	2.70		2.10
2.20	1.20	1.30	1.40	1.60	1.70	1.80	1.90	2.10	2.30	2.80		2.20
2.30	1.20	1.30	1.50	1.60	1.70	1.80	1.90	2.20	2.40	2.80		2.30
2.40	1.20	1.40	1.50	1.60	1.70	1.90	2.00	2.20	2.40	29.0		2.40
2.50	1.30	1.40	1.50	1.60	1.80	1.90	2.00	2.30	2.50	3.00		2.50

Şekil 53. Reçete fiyatlarını hesaplamada kullanılan Örnek tablo. Massachusetts Departmanı Halk Sağlığı Ücret Listesi XIV den alınmıştır.

Dezavantajlar: Bu fiyatlandırma sisteminin en belirgin dezavantajı, çoğu kişi tarafından yanlış anlaşılmasından dolayı, son derece seyrek kullanılmasıdır. Çünkü, bu sistemi kullanmakla ulaşılan sonuç fiyat, diğer bir hastanede aynı ilaç elde edilen fiyatla ilişkisi olmamaktadır.

### **Halk Yasası 89-97 (Tıbbi Koruma)**

Bu yeni yasama, Sosyal Güvenlik hareketi altında sağlık sigortasını ve tıbbi korumayı öngörmektedir.

Sigorta programının yürütülmesi için en belirgin sorumluluk, Sağlık ve Eğitim Sekreteriyasında ele alınmıştır. Bu otorite içerisinde yürütme ve işletme sorumluluğu, halk sağlığı merkezindeki belli amaçlar için olan sorumluluk ise Sosyal Güvenlik Yönetiminde olacaktır.

Sosyal Güvenlik Yönetimi, programın yönetiminde yardımcı olmak amacıyla devlet acentalarını ve organizasyonlarını kullanabilmektedir.

Bu görüşe göre, ilaçlar, bu programın içeriğinde tedavinin tam bir parçası olmaktadır. Hastane eczacısının temel gereksinimlerde ilaçlar için düzgün fiyatlandırma işlemlerini yapabilmesi için belli yaklaşımlara sahip olması gerekmektedir.

### **I. Başlık XVIII (A) Zorunlu Hastane Programı**

Bu programlar içinden birincisi, "zorunlu hastane programıdır." Bu program, 1966 yılı Temmuz ayında yürürlüğe girmiştir ve yaklaşık 19 milyon 65 yaşında ya da daha yukarı yaştaki kişilere yararlanma olanağı tanımaktadır.

1. Hastanede yatan hasta servisi: Bir hastalık sırasında 90 güne kadar olan yarı-özel yerleştirme şeklindedir. Hasta, maliyetin ilk 40.00 dolarını hemen öder. Eğer hastanede 60 günden daha uzun bir süre kalacaksa 60-90 gün arasındaki her gün için 10.00 dolar daha öder. Psikiyatrik hastane yatak servisleri 190 gün ile sınırlandırılmıştır.

2. Hastane sonrası genişletilmiş tedavi servisleri: 100 güne kaddır. Hasta ilk 20 günden sonra her gün için 5.00 dolar ödemektedir.

3. Hastane sonrası ev sağlık servisleri: Hastaneden taburcu edildikten sonra 100 güne kadar hemşireler ya da teknisyenler evi ziyaret ederek genişletilmiş tıbbi tedavi sunarlar.

4. Hastanelerde yatmayan hasta teşhis servisi: Hasta, masraftan düşülebilir, 20.00 dolar ve 20 gün süresi sırasında 20.00 doları aşan her hangi bir borç yükümlülüğünün % 20 sini öder.

Hastanede yatan hastaya bu program dahilinde yardım sağlanması için ilaçlar, hastanede yatanın bakımı ve tedavisi için hastane tarafından sağlanmış biyolojik araçlar da girmektedir.

Hastane sonrası genişletilmiş bakım servisleri, ilaçları ve evde hemşire bakımı için gerekli biyolojik araçları da kapsamaktadır.

İlaçlar ve biyolojik araçlar, hastane sonrası ev sağlık servisinin kapsamından çıkartılmıştır.

İlaçlar ve biyolojik araçlar terimi, Amerika Birleşik Devletleri Farmakopesi (U.S.P.), ulusal Formüller, Amerika Birleşik Devletleri Homeopatik Farmakope, Yeni İlaçlar ya da Uygun görülmuş dış ilaçları kitaplarındaki ilaçlara ve biyolojik araçlara bağlı kalınmak suretiyle yasa ile sınırlandırılmıştır. Ayrıca bu ilaçların hastanenin Eczacılık ve Terapötikler Komitesi tarafından onaylanmış olması gerekmektedir.

## II. Başlık XVIII (B)- Gönüllü Sigorta Programı

Programların ikincisi "gönüllü sigorta programıdır" ve 1966 yılı Temmuz ayında yürürlüğe girmiştir. Bu program da 65 ya da daha yukarı kişilere Tıbbi sigorta hizmeti sağlamaktadır ve seçilen kişiler kayıt için 3.00 dolar ödemektedirler. Programın finansmanı, kayıtlı kişiler ve Federal Hükümet tarafından onaylanmış vakıflarca karşılanmaktadır. Bu program altında sunulan servisler şunlardır:

1. Bir takvim yılı içinde ev sağlık servisleri 100 kez ziyaret edebilmektedir.
2. Tıbbi ve diğer sağlık servisleri aşağıdakileri içermektedir.
  - a) Doktorlar ve operatörler servisleri,
  - b) X ışınları ve laboratuvar testleri, elektrokardiyogramlar ve diğer teşhis testleri
  - c) Ameliyat elbiseleri, kırık kemikleri sarmaya yarayan ince tahtalar, alçıya alma ve kırık ve çıkığı azaltmak için gerekli diğer aletler; topallamada kullanılan çeşitli değnekler, kuşaklar, oksijen çadırları, hastane yatakları ve hastaların evlerde kullanabileceği tekerlekli sandalyeler.
  - d) Ambulans servisleri.

Tüm bu servislerin ödemeleri, Federal Hükümet tarafından yapılmaktadır. Hasta, yıllık ödeneğinin yanı sıra, eğer bu servislerden yararlanmış ise, bunlar için 50.00 dolar ödemektedir. Eğer servislerin fiyatı 50.00 doları geçerse, aşan miktarın % 20 si 50.00 dolara eklenmektedir.

Bu program dahilinde de yine ilaç ve biyolojik aletler, ev sağlık servisinin dışında tutulmaktadır. Bunlar, yalnızca tıbbi ve diğer sağlık servislerinde geçerli olarak kabul edilmektedir.

### **III. Başlık XIX- Tıbbi Yardım Programları için Eyaletlere verilen Burslar**

Basit olarak XIX. başlığı, Kerr-Mill tip programın genişletilmiş olarak görebiliriz. Bu program aşağıdaki etkinlikleri oluşturmaktadır.

1. Hali hazırda var olan "vendor ödemesi" tipi sistemin Federal karşılama yardım miktarının arttırılmasıyla beslenmeye hizmet etmek.

2. Tüm eyalet programlarını bir uygulama programı altında birleştirmek.

3. Eyalet programlarının alanını, daha fazla insanın daha fazla servislerden yararlanabilmesi için genişletmek. En azından aşağıdaki servislerin hizmet vermesini sağlayabilmek.

- a) Hastanede yatan hasta servisi
- b) Hastane dışı hasta servisi
- c) Diğer laboratuvarlar ve X-ışınları servisleri
- d) Ehliyetli Sağlık yurtları
- e) Doktor servisleri

Bu program altında ilaçların temini, isteğe bağlı olmaktadır. Fakat bir çok eyalet, ilaç temin etme yolunu seçmektedir.

Başlık XIX, diğer iki tıbbi koruma programından daha geniş tutulmuştur. Bu programda halk yardımı alan tüm kişilere ve yaşına bakılmaksızın tıbbi bakıma gereksinim duyan kişilere devlet-yardımlı tıbbi bakım öngörülmektedir. Bu programın yaklaşık 35 milyon insanı kapsadığı tahmin edilmektedir.

### **Hastaneler için katılma koşulları**

Tıbbi bakım programı safhalarını içeren kurallar, hastaneler için katılma koşulları olarak bilinmektedir. Bunlar, kısaca HIBAC adı ile bilinen Sağlık Sigorta Yardımı Tavsiye Komisyonu ile Sosyal Güvenlik Yönetiminin geniş incelemesi ile liste halinde çıkartılmıştır. Buna dayanarak, hastanelere katılma ve sağlık acentalarını içeren bilgiler, bu dökümandan elde edilebilir (15).

### **Genel Hastaneler**

Hastane açımına selahiyet veren Komisyonun, yararlanma tetkik istemini benimsemesi, bu grup tarafından selahiyet verilmiş her hangi bir hastanenin program içindeki katılım için tüm koşulları karşıladığının kesinlikle bu grup tarafından tesbit edilmesi gerekmektedir.

Düzenlemeler aynı zamanda Amerikan Osteopatik Derneği tarafından da yapılmaktadır. Burada hastanenin katılım koşullarının tümünü ya da bazılarını karşılaması gerekmektedir.

Diğer ileri koşullar, hastanenin Eyalet tarafından lisansiyeye edilmesi, sertifikalanması ya da genelde onaylanmasını gerektirmektedir. Hastane tıbbi kayıtları, yasalarla öngörölmüş tıp personelinin, eczaneyi ve daha önce sözü geçen tedavi komitelerini içermelidir.

### **Psikiyatri ve Tüberküloz Hastaneleri**

Bu amaçla çalışan bir kurumun açılması için aşağıdaki koşullar gerekmektedir.

1. Hastane selahiyet komisyonundan izin alınması
2. Her türlü sigorta uygulamasına açık olan klinik kayıtların tutulması
3. Aktif bir uygulama programı gerçekleştirebilmek için kadro ve teknisyenlerin başında bulunacağı tıbbi aletlerin temini.

Bu tıp hastanelerindeki düzenlemelerde dikkat edilecek noktalardan birisi de psikiyatri ve tüberküloz enstitülerinin ayrı ayrı bölümler halinde kurulmasıdır.

### **Genişletilmiş bakım hizmetine katılma koşulları**

Genişletilmiş bakım hizmeti denildiği zaman, sağlık yurdu ya da bir hastanenin himayesi altında kurulmuş ayrı bir enstitü akla gelmektedir.

Öncelikle mental hastalıklara ya da tüberküloz tedavisinde bakıma yönelmiş enstitüler, genişletilmiş bakım hizmetleri tanımının dışında tutulmuştur.

Genel olarak, genişletilmiş bakım hizmetleri, hastane ile yapılan anlaşma sonucu, bakım için hasta transferi ve tıbbi kayıtların değiş tokuşunu içermektedir.

Genişletilmiş bakım hizmetinden yüksek nitelikteki iyileştirme ve rehabilitasyon bakımı beklenilmesinden bu yana, aşağıdaki noktaların karşılanması istenmektedir.

1. Tam-gün hizmet verebilen hemşire servisi
2. Acil durumlarda müdahalede bulunabilecek bir Doktor
3. İlaçların uygun bir şekilde kullanılmasını sağlamak

### **Ev Sağlık Acentaları için Katılma Koşulları**

Hemşire-ziyaret organizasyonları, Hastane işlevli ev bakım servisleri, ev sağlık hizmetlerinde iyi hizmet sunabilen spesifik acentalara örnek olarak verilebilir. Kâr amacı güden bir özel organizasyon, eğer spesifik standartları karşılırsa ve Eyalet Yasaları böyle bir organizasyonun açılmasına uygun ise, Ev-bakım servisleri için lisans alabilir.

Genel olarak, bir ev sağlık acentası;

1. halk tarafından sahip olunmalıdır, ya da,
2. Federal vergilerden muaf olan kâr gütmeyen organizasyon tarafından sahip olunmalıdır;
3. Lisanslı olmalıdır, kadro gereksinimleri, diğer koşullar ve düzenlemelerle oluşturulmuş standartlar karşılanmalıdır.

### **Hastane Katılımı için Koşullar**

#### **VIII Eczane ve İlaç Odası**

İlaçlar ve biyolojik maddeler, hastanede yatan hastaların kullanımını için olmakla birlikte bunların ücreti, eczane ya da ilaç odası katılımına uygun koşulları sağlayan sağlık sigorta programı altında ödenecektir.

Aşağıda, hastane eczanesine başvurmadaki katılım koşulları gösterilmiştir.

### **STANDART A**

Bir eczacının yönetimindeki eczane ya da bir teknisyenin sorumluluğundaki ilaç odası

- Faktör
1. Eczacı, hastane yönetimi tarafından eğitilir.
  - ” 2. Eczacı, ilaçların geliştirilmesi, yükümlülüğü ve eczane departmanının tüm aktivitelerini koordine etmede, hastane yönetimine karşı sorumludur.
  - ” 3. Eğer eczacısı olmayan bir ilaç odası varsa, reçetelerin preparatları başka yerlerden bulunan bir eczacı tarafından hazırlanır ve saklanması ile dağıtımı ilaç odasından yapılır.

Bir danışman eczacı, ilaç odası için doğru işlemlerin, kuralların ve düzenlemelerin tasarlanmasına yardımcı olur.

### STANDART B

Buradaki işlemler, ilaçların depolanması, saklanma güvenliği, preparatların hazırlanması ve dağıtımı ile ilgilidir.

- Faktör 1. İlaçlar, giriş ünitelerinde, onaylanmış işlemlere göre kayda alınır.
- ” 2. Hemşirelerin bölümündeki ilaç kabinleri, bir eczacı tarafından rutin olarak kontrol edilir. Tüm zemin stokları ise yine düzgün bir şekilde kontrolden geçer.
- ” 3. Tüm eczane işlemleri için elverişli bir alan bulunur ve ilaçların doğru bir şekilde ışıklandırma, havalandırma ve sıcaklık kontrollerinin yapılabileceği tatminkâr bir bölgede ilaçlar depolanır.
- ” 4. Eğer bir eczane varsa, preparatların hazırlanması ve ilaçların dağıtımı için gerekli ekipman temin edilir.
- ” 5. Narkotikler, alkol ve diğer ilaçlar için özel kilit altında bulundurulacak depolar temin edilir.

### STANDART C

Eczanenin aktivitesi ve büyüklüğü ile ilgili personel hakkındaki faktörler

- Faktör 1. Eczacılık işlevlerin kalitesini sağlamak amacıyla eczane içinde yeterli sayıda eczacının görev alması gerekmektedir.
- ” 2. Eczanenin hacim ve yaptığı işlerin büyüklüğüne bakılarak aşağıdaki kategorilerde personel sağlanır.

(i) Baş eczacı; (ii) Bir ya da daha fazla yardımcı baş eczacı; (iii)

Kadrolu eczacılar; (iv) Eczacılık öğrencileri; (v) Meslek eğitimi görmemiş eczacı yardımcıları; (vi) Hizmetliler.

- Faktör 3. Eczacılık hizmetlerinin acil durumları için gerekli önlemler.

” 4. Eğer hastanenin yalnızca ilaç odası varsa, buranın işlevlerinden sorumlu bir ya da bir kaç kişi tayin edilmesi.

**STANDART D**

Eczanenin ya da ilaç odasının yürütülmesi sırasındaki tutulacak kayıtlar ve hastanenin diğer kayıtları ile korelasyonu. Özel kayıtlar yasaların isteğine göre tutulur.

Faktör 1. Eczane, muhasebe bölümü ile birlikte çalışabilecek bir sistem içinde olur. Kayıtların tutulması ve eczane muhasebesinin işlenmesi, hastanenin saptadığı politikalara göre yapılır;

(i) İstenilen ve dağıtılan tüm ilaçların ve farmasötik taleplerin yeterli kontrolleri yapılır; (ii) İlaçlar ve farmasötik talepler için hastalara yüklenecek fiyatlar belirlenir.

Faktör 2. Stokta bulunan ve dağıtımı yapılan tüm narkotik ilaçların kaydının o şekilde yapılması gereklidir ki, her hangi bir ilaç kolaylıkla ve çabuklukla izlenebilecek şekilde olsun.

**STANDART E**

Toksik ya da tehlikeli ilaçların, istem ve doajlama süresinde bir spesifik referans ile sunulmasının kontrolü için politikalar saptanır,

Faktör 1. Tıbbi kadro, tüm toksik ve tehlikeli ilaçlar için yazılı bir politika ortaya koyar. Zaman süresi ya da doaj sayısının spesifik olarak reçeteye yazılması şeklinde değil, tıbbi kadro tarafından saptanan ve ilacın belli bir zaman limiti sonunda otomatik olarak kesilmesini öngörecektir. Toksik ya da tehlikeli ilaçların genel sınıflaması yapıldığında bunların içine, narkotikler, sedatifler, antikoagülanlar ve antibiyotikler girmektedir.

**STANDART F**

Hastane içinde yürütülecek politikaların saptanması için, tıbbi kadroda bulunanlardan kurulu bir komite, eczacılar ile birlikte hareket eder.

Faktör 1. Doktorlar ve eczacılardan kurulu Eczacılık ve Terapötikler Komitesi (ya da eşdeğer bir komite), hastane içinde tıbbi kadro ile eczacılar arasındaki ilişkiyi kurar.

” 2. Hastanedeki ilaçlarla ilgili olarak üretim, dağıtım, kullanım ve güvenlik işlemleri için, mesleki politikaların geniş bir şekilde saptanmasını bu komite ele alır.



” 3. Komite, aşağıdaki spesifik fonksiyonları yerine getirir:

(i) İlaçların seçimine ait olan konularda hastane tıbbi kadrosu ve eczacılarına tavsiye edici olarak hizmet sunar.

(ii) Hastane için kullanımı kabul edilmiş ilaç listesini ya da formüllerini periyodik olarak derler ve geliştirir.

(iii) Deneysel ilaçların ya da bilinen ilaçların araştırmalardaki kullanımı ve kontrolü ile ilgili standartları saptar.

(iv) Hastanede kullanımı için istenen yeni ilaç ve preparatlarla ilgili klinik verileri geliştirir.

(v) Hemşire ünitelerindeki ve diğer servislerde stok edilen ilaçlarla ilgili olarak tavsiyelerde bulunur.

(vi) Stokta bulunan aynı ilaç ya da preparatların gereksiz tekrarını önler.

Faktör 4. Bu komite en az üç ayda bir, yürütücü komiteye ve tıbbi kadroya rapor sunar.

### STANDART G

Dağıtımı yapılan ilaçlar, Amerika Birleşik Devletleri Farmakopesi, Ulusal Formüler, Amerika Birleşik Devletleri Homeopatik Farmakope, Yeni İlaçlar süreli yayını ya da Kabul edilmiş Dental İlaçlar Yayınından alınmış olmalı ya da Eczacılık ve Terapötikler Komitesi tarafından kabul edilmiş olmalıdır.

Faktör 1. Eczacı, Eczacılık ve Terapötikler Komitesinin tavsiye ve rehberliği ile, ilaçların kalitatif ve kantitatif sunulmasından sorumludur.

” 2. Eczacılar ile işbirliği sonucu, Eczacılık ve Terapötikler Komitesi tarafından geliştirilmiş kullanım formülleri ya da ilaç listesini, düzenli aralıklarla hazırlar.

” 3. Eczane ya da ilaç odası, uygun bir şekilde onaylanmış preparatlar ile donanır.

### SEÇİLMİŞ REFERANSLAR

**Brodie, Donald C.:** *A Review of the Philosophy and Methodology of the Professional Fee Concept*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 489, 1966.

**Apple, William S.:** *Significance of the Professional Fee Concept to the Profession of Pharmacy*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 493, 1966.

- ” 3. Komite, aşağıdaki spesifik fonksiyonları yerine getirir:
- (i) İlaçların seçimine ait olan konularda hastane tıbbi kadrosu ve eczacılarına tavsiye edici olarak hizmet sunar.
  - (ii) Hastane için kullanımı kabul edilmiş ilaç listesini ya da formüllerini periyodik olarak derler ve geliştirir.
  - (iii) Deneysel ilaçların ya da bilinen ilaçların araştırmalardaki kullanımı ve kontrolü ile ilgili standartları saptar.
  - (iv) Hastanede kullanımı için istenen yeni ilaç ve preparatlarla ilgili klinik verileri geliştirir.
  - (v) Hemşire ünitelerindeki ve diğer servislerde stok edilen ilaçlarla ilgili olarak tavsiyelerde bulunur.
  - (vi) Stokta bulunan aynı ilaç ya da preparatların gereksiz tekrarını önler.

Faktör 4. Bu komite en az üç ayda bir, yürütücü komiteye ve tıbbi kadroya rapor sunar.

### STANDART G

Dağıtımı yapılan ilaçlar, Amerika Birleşik Devletleri Farmakopesi, Ulusal Formüller, Amerika Birleşik Devletleri Homeopatik Farmakope, Yeni İlaçlar süreli yayını ya da Kabul edilmiş Dental İlaçlar Yayınından alınmış olmalı ya da Eczacılık ve Terapötikler Komitesi tarafından kabul edilmiş olmalıdır.

Faktör 1. Eczacı, Eczacılık ve Terapötikler Komitesinin tavsiye ve rehberliği ile, ilaçların kalitatif ve kantitatif sunulmasından sorumludur.

- ” 2. Eczacılar ile işbirliği sonucu, Eczacılık ve Terapötikler Komitesi tarafından geliştirilmiş kullanım formülleri ya da ilaç listesini, düzenli aralıklarla hazırlar.
- ” 3. Eczane ya da ilaç odası, uygun bir şekilde onaylanmış preparatlar ile donanır.

### SEÇİLMİŞ REFERANSLAR

**Brodie, Donald C.:** *A Review of the Philosophy and Methodology of the Professional Fee Concept*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 489, 1966.

**Apple, William S.:** *Significance of the Professional Fee Concept to the Profession of Pharmacy*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 493, 1966.

- ARCHAMNAULT, GEORGE F.: *Application the the Professional Fee Concept to Government Insurance and Funding Programs*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 496, 1966.
- PETRICK, ROBERT J. AND LATIOLAIS, CLIFTON J.: *Applicability of the Professional Fee Concept to Hospital Pharmacy*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 501, 1966.
- ARCHAMBAULT, GEORGE F.: *Professional and Economic Impact of Medicare on Hospital Pharmacy*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 186, 1966.
- HELLER, WILLIAM M.: *Challenge of Medicare to Pharmacy and Therapeutics Committees*, Am. J. Hosp Pharm., 23: 201, 1966.
- BERMAN, ALEX: *Influence of Medicare on the Profession of Pharmacy*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 181, 1966.
- LATIOLAIS, CLIFTON J.: *Influence of Medicare on Pharmacy Services in Small Hospitals and Extended Care Facilities*, 23: 195, 1966.
- APPLE, WILLIAM S.: *Do You Know Your Professional Fee?* J. A. Ph. A., 7. 25, 1967.

## BİBLİYOGRAFI

1. *Systematic Prescription Princig Digest*. Syracuse, Bristol Laboratories, Inc.
2. *The Lilly Digest*. Indianapolis, Eli Lilly Co.
3. *The American College of Apothecaries Operational Survey*. Philadelphia, American College of Apothecaries.
4. *The Univrsl Prescription Costing and Pricing Calculator*. Rutherford. N.J., Becton, Dickinson Co.
5. NARINIAN, GEORGE: *Pharmaceutical Pricing in Hospitals*, Hosp. Mgt. 90: 83, 1960.
6. HARTLEIB, CHARLES J., FLACK, HERBERT L., and ABRAMS, ROBERT E.: *A Rational Method of Prescription Pricing — The Professional Fee Concept*, J.A. ph. A. Pract. Ed., 21: 696, 1960.
7. LATIOLAIS, CLIFTON, J.: *Experiences with the Profesional Fee System in Hospital Pharmacy Practice at Ohio State University Hospital*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 511, 1966.
8. BUTLER, JOHN L. and PARKER, PAUL F.: *Experience with the Professional Fee System in Hospital Pharmacy Practice at the University of Kentucky Medical Center*, Apm. J Hosp. Pharm., 23: 516, 1966.
9. ROURKE, SR. MARY VERA: *Experiences with the Professional Fee System in Hospital Pharmacy Pracitçe at Mercy Hospital (Buffalo)*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 520. 1966.
10. ULAN, MARTIN S.: *Experiences with the Professional Fee System in Hospital Pharmacy Practice at the Hackensack Hospital*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 522. 1966.
11. KASHINO, MINORU: *Experiences with the Professional Fee System in Hospital Pharmacy Practice at the Palo Alto-Stanford Hospital Center*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 518, 1966.
12. PROVOST, GEORGE P.: *An Opportunity for Hospital Pharmacy*, Am. J. Hosp. Pharm., 23: 487, 1966.
13. FOULKE, R. A.: *Practical Financial Statement Analysis*, 5 th ed. Neh York, McGraw-Hill Co., 1961.
14. PROVOST, GEORGE P. and HELLER, WILLIAM M.: *How Break-Even Pricing of Drugs Works*, *The Modern Hospital*, 94: 122, 1960.
15. *Health Insurance for the Aged, Conditions of Participation for Hospitals*, Publicaiton HIM-1 (2-66), Social Security Administration; U.S. Department of Health, Education and Welfare, Washington, D.C.