

Bölüm 9

Hasta Ücret Uygulaması

Flora M.Haaijer-Ruskamp

1. Alternatif Kısmi Ödeme Sistemi

Eczacılık politikaları, genellikle hastanın aldığı ilaçların fiyatının sadece bir kısmını ödemesini sağlar. Birçok kısmi ödeme sistemi mevcuttur. Bölüm 3'te de belirtildiği üzere, bunlar (1) reçete başına belli bir miktar ödeme (2) reçetenin toplam maliyetinin belirli bir yüzdelik oranını ödeme (3) belirli miktara ya da orana göre ödemenin birleştirildiği bir sistemde ödeme (4) indirimler şeklinde olabilir. AĞİK ülkelerinde, belirli miktar katılım payı sisteminden, yani reçete fiyatı üzerinden yüzdelik bir oranın ödenmesinden daha az uygulanmaktadır. Avustralya, Avusturya, Almanya, Japonya, Yeni Zelanda ve İngiltere'de sabit katılım payı uygulaması yaygındır. Diğer taraftan, Belçika, Kanada, Danimarka, Fransa, Yunanistan, Macaristan, İrlanda, Kore, Lüksembourg, Norveç, Portekiz, İspanya, İsveç, İsviçre, Türkiye ve ABD'deki özel sigorta projelerinde oran sistemi uygulanmaktadır. Belçika ve İtalya karma sistemi kullanmaktadır. Gerekli görülen

kısmi- ödeme oranı, ilacın terapötik değerine bağlı olarak bazı ülkelerde değişiklik göstermektedir. Düşük ve orta gelirli çoğu ülkelerde, 1980'den bu yana ya maliyet iyileştirme çabalarında ya da hastalardan kullanıcı harcının talep edildiği döner sermayede bir unsur olarak kullanılmaktadır (Bkz. Bölüm 15).

2. Reçete Sayısına Etkileri

Kısmi-ödemenin reçeteleme üzerine etkileri, hastaların ilaçsız kalabilecekleri ya da kalabilme riskini taşıyabilecekleri oranda maliyetin yükseldiği bir sürece bağlıdır. Bu nedenle, ilaçların söz konusu "fiyat esnekliği" üzerinde çalışmalar yapılmıştır. Seksenli yıllarda yapılan araştırmaların çoğu, reçeteli ilaç talebinin ve hatta daha düşük derecelerde OTC ürün talebinin hasta artışı nedeniyle artan maliyete doğrudan bir katkısı olduğunu göstermektedir. Fakat, bu etkinin boyutu konusunda farklı görüşler ortaya atılabilir [2, 4]. Ancak, bu durumun kısa ya da uzun vadeli sonuçlarının neler olabileceğine dair az çok benzer görüş bulunmaktadır.

Kısmi ödeme düzeyi, beklendiği gibi, ödemenin etkisiyle alakalıdır. Ne kadar düşük olursa etkisi o kadar az olacaktır. Hollanda'da, 200f'lik taban fiyatla yıllık %20'lik bir kısmi ödeme, reçete seviyesini etkilemek için oldukça düşüktü ve bu muhtemel tasarruf yüksek idari maliyetle dengelendi [3]. Diğer taraftan aşırı derecede yüksek kısmi ödeme düzeyleri temel ilaçların kullanımının azalması gibi istenilmeyen bazı durumların ortaya çıkmasına neden olabilir. ABD'de, giderleri karşılanan sınırlı reçete sayısı uygulaması fark edilir bir düzeyde ilaç kullanımının düşmesine neden olduğu saptanmıştır. Fakat, hasta daha fazla ödemek zorunda kalırsa ikincil önemdeki ilaçların yanı sıra temel ilaçların tüketimi de azalır ve bu da, bununla ilişkili olarak, diğer sağlık giderlerinin artmasına neden olur [8]. Avustralya'daki sistemde, düz fiyat uygulaması (yoksullar muaf tutulmuştur) yürürlükte olup söz konusu etkiler görülmemektedir; indirimler temel ilaçlar için değil de isteğe bağlı ilaçlar için geçerlidir [6].

Kısmi ödemenin etkisi hasta grupları arasında değişikliklik göstermektedir; sağlık durumu ve ödeme gücü özellikle önemlidir. Örneğin, tamamını kapsayan ödeme sisteminin uygulanması ile sağlık durumu kötü olan hastaların ilaç kullanımında büyük bir artış görülmüştür, bu durumda kısmi ödeme caydırıcı bir rol oynamıştır [1]. Düşük gelirli yaşlılar herhangi bir sağlık sorununda yüksek gelirli yaşlılardan daha az ilaç kullanmaktadırlar [10]. Bu araştırmalar hassas grupları (yaşlılar, kronik hastalar ve düşük gelir grupları) korumak için kısmi ödeme sistemi içeren toplum projelerinin ne derece önemli olduğunu göstermektedir; çoğu ülkede bu grupların ödeme muafiyetinden yararlandıkları da göz önünde bulundurulmalıdır. Aslında, bu durum, bir maliyet

küçültme politikası olarak kısmi ödeme proje ilkeleri ile ilaca erişim politikaları arasındaki daimi bir gerilimin bulunduğu göstermektedir. İlaç harcamaları üzerinde makul bir etki oluşturabilen projelerde, daha az ayrıcalıklı gruplar olumsuz bir şekilde etkilenebilir. Bunlar, tam manasıyla, toplumun ahlak temelinde kısmi ödemenin (istenmeyen) etkilerinden korumak istedikleri gruplardır.

Doktor ve hastalar, maliyet yükünü en aza indirmeye çalışmaktadır. Seksenli yıllardaki yaygın bir gerçeğe göre kısmi ödeme sistemli reçetelemenin bir sonucu yüksek kısmi ödemeli ucuz ilaçlardan düşük kısmi ödemeli daha pahalı ilaçlara kadar değişebilir (örneğin parasetamoldan diclofenac'a kayma). Bununla birlikte, miktarı belirsiz kısmi ödemenin etkilerini azaltmaya yönelik olarak her reçetede daha yüksek tutarlara kaymalar gözlenmiştir [9]. Bu nedenle, her iki mekanizma da istenilen tasarrufların yapılmasını sağlamak bir yana, daha yüksek kamu harcamalarına ortam hazırlanmıştır.

3. Belirli Bir Takım Kısmi Ödeme Sistemlerinin Maliyet Yüküne Etkisi

İleri sürülen çeşitli projelerle değişik şekillerin hasta üzerindeki maliyet yüküne etkisi dikkate alınacak nitelikte genel geçer bir uygulamanın varlığından bahsetmek mümkün değildir. Tipik reçete senaryolarını kullanarak Avrupa ülkelerinde ele alınan bir örnek üzerindeki maliyet yükünü değerlendiren bir çalışmada, ilaç fiyatı, kısmi ödeme sistemi ve muafiyetler arasındaki üçlü hassas oyun gösterilmektedir [7].

Tablo 1
AGİK Ülkelerinde Yineli Güvence

Ülke	Yineli güvenceye izin veriliyor mu?	Yineli güvence katılım payı ödemesini dengeler mi?
Avustralya	Genelde hastaneye özel	Genellikle değil
Belçika	Hastanede, sadece kazanç sağlamayan sigorta ile kazanç sigortası izinlidir.	M/d
Kanada	Evet	M/d
Çek Cum.	Evet	M/d
Danimarka	Evet	Bazı durumlarda
Finlandiya	Evet	Evet
Fransa	Evet	Evet
Yunanistan	Evet	Hayır
Macaristan	Evet	M/d
Lüksembourg	Evet	M/d
Meksika	Evet	Evet
Hollanda	Evet	M/d
Yeni Zelanda	Evet	Hayır
Norveç	Evet	M/d
İsveç	Evet	Evet
ABD	Evet	M/d
Avusturya	Hayır	İ/y
Almanya	Hayır	İ/y
Japonya	Hayır	İ/y
İspanya	Hayır	İ/y
İsviçre	Hayır	İ/y
İrlanda	M/d	M/d
İtalya	M/d	M/d
Türkiye	Bilinmiyor	İ/y
Birleşik Krallık	Bilinmiyor	M/d

M/d: mevcut değil İ/y: ilişkisi yok Kaynak: [5].

Hastalar üzerindeki maliyet yükü devamlı olarak bazı ülkelerde diğerlerinden daha düşüktür. Fransa, İtalya ve Almanya'da düşük maliyetler söz konusu iken, Avusturya, Birleşik Krallık, Danimarka ve Finlandiya'da ücretler genellikle yüksektir. Fakat, bunun altında yatan nedenler farklıdır. Oranlı kısmi ödeme sisteminde, Fransa ve İtalya'da olduğu gibi, düşük ilaç fiyatları hastaya düşük maliyet şeklinde yansıtıldı. Belirli miktar sistemini kullanan ve göreceli düşük maliyet yüklü tek ülke olan Almanya'daki neden, tekli maddeler üzerinde uygulanan genellikle düşük fiyat düzeyidir. Hollanda referans fiyat sisteminde bir adım ileri gitti ve katılım payı ödeme şartını tamamen uygulamadı. Alternatif ilaç tedavisi rejimlerinde dahil edilen hasta maliyetleri belirli miktar sistemindekilerle aynı veya benzerdir, öte yandan, oransal sistemdeki hastanın maliyet yükü katkının ilaç fiyatına göre değişiklik göstermesi nedeniyle rejimden rejime farklılık göstermektedir. Bütün bunlar bir yana, maliyet yükü ile terapötik ihtiyaç arasındaki bağ oldukça zayıftır ve karşılaştırmalı klinik durumlarda hastalar tarafından fark edilemez.

4. Muafiyetler ve Yineli Güvence

Sanayileşen dünya ülkeleri, kısmi ödemenin olumsuz etkilerini bertaraf edebilmek için bir takım güvenlik ağları uygulamaktadır. Bunun sonucunda, Birleşik Krallık nüfusunun yaklaşık %50'si, kısmi ödemelerden muaf konumdadır. Fransa'da, kısmi ödeme sistemine rağmen, 1990'da uygulanan ek güvenceden yararlanmakta olan nüfusun %80'i reçete ilaçlarını para vermeden alabilmektedir. Özel şirketler ve kooperatifler kısmi ödemelerin çoğunu ya da tamamını karşılamaktadır. Evrensel sağlık sigortası kapsamına dair kabul edilen en son kanun bu

sağlık sigortasının bütün nüfusu kapsamamasını ön görmektedir [5]. Halka sunulan bu tarz muafiyetler ve yineli güvenceler gerekli olmayan ilaç kullanımının azaltılmasında kısmi ödeme etkilerini dengelemektedir. AĞİK ülkeleri arasında sadece Avusturya, Japonya, İspanya, ve İsviçre yineli güvence ile iki aşamalı ödeme sistemine resmi olarak geçiş yapmışlardır (Tablo 1).

5. Sonuç

Kısmi ödemeler maliyet küçültme ölçütü olarak etkin bir biçimde kullanılabilir. Kamu ilaç harcamalarını azaltmada bir metodun diğerinden daha yararlı olduğunu gösteren herhangi bir delil yoktur. Oransal sistemin yararı, hasta üzerindeki maliyet yükünün doğrudan tedavi süresi ile ilişkili olmasıdır; bu da, bir kerede büyük miktarlarda ilaç alınmasını sağlayacak reçeteleri düzene koyarak bireylerin katılım payından kaçmalarını önlemektedir. Reçete başına belirli miktar sistemi uygulandığında, daha kolay ücret kaçamağı olabilmekte ve bunun engellenmesi için özel önlemler alınmaktadır.

Herhangi bir kısmi ödeme sisteminin dezavantajı onun temel sağlık hizmetleri için caydırıcı rol oynaması ve sağlık bakım sisteminin sosyal ilkeleleriyle çakışıyor olmasıdır. Bu, düşük ücretli ilaçların kullanımının önemli olduğu ve bu nedenle kısmi ödemelerin önlenemediği referans ücret sisteminin bir avantajıdır.

Referanslar:

- [1] P.V. Grootenhorst, A comparison of alternative models of prescription drug utilization, *Health Economics* 4 (1995), 183-198.
- [2] J. Hudey and N.A. Johnson, The effects of co-payments within drug reimbursement programs, *Canadian Public Policy* 17 (1991), 473-489.
- [3] J.B.F. Huttert, C.C. Ros and D.M.J. Delrtoij, *Effecten van de Algemene Eigen-Bijdrageregeling (Effects of General Patient Charges)*, Eindrapport, NIVEL, Utrecht, 1998.
- [4] C. Huttin, The use of prescription charges, *Health Policy* 27 (1994), 53-73.
- [5] S. Jacobzone, How can pharmaceutical policy reconcile social objectives and industrial efficiency? A view from the recent experiences of OECD countries, OECD, 2000.
- [6] P. McManus, N. Donnelly, D. Henry et al., Prescription drug utilization following patient co-payment changes in Australia, *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 5 (1996), 385-392.
- [7] P. Noyce, C. Huttin, V. Atella, G. Brenner, P.M. Haaijer-Ruskamp, M. Hedvall and R. Mechtler, The cost of prescription medicines to patients, *Health Policy* 52 (2000), 129-145.
- [8] S.B. Soumerai, J. Avorn, D. Ross-Degnan and S. Gortmaker, Payment restrictions for drugs under Medicaid. Effects on therapy, cost and equity, *New Engl. J. Med.* 317 (1987), 550-556.
- [9] B. Starmans, R. Janssen, M. Schepers et al., The effect of patient charge and a prescription regulation on the use of antihypertension drugs in Limburg, The Netherlands, *Health Policy* 26 (1994), 191-206.
- [10] B. Stuart and J. Grana, Ability to pay and the decision to medicate, *Medical Care* 36(2) (1998), 202-211.