

Bölüm 12

ABD’de Eczacılık Yarar Yönetim Programlarına Dair Deneyimler

Helene L.Lipton ve Kathryn S.Duke

1.Giriş

ABD’deki sağlık hizmetlerinin gittikçe artan bir bölümü, ödemeli hizmetten yönetilmiş düzenlemelere doğru değişiklik göstermesi nedeniyle ilaç reçeteleme de aynı zamanda daha merkezi ve daha etkin bir yönetime doğru ilerlemektedir. Eczacılık yarar yönetimi (EKY) faaliyetleri, bireysel fonlu işverenler ve sağlık bakım örgütleri (SBÖ) ve bunların yanı sıra geniş tıbbi gruplar ve birleşik dağıtım sistemi gibi tedarikçi örgütlerini de kapsayan ödeyiciler tarafından geliştirilip uygulanmaktadır. Bu faaliyetler- her ne kadar eleştirilenler maliyet kontrolünün temel amaç olduğunu savunsalar da- ilaç maliyetlerini kontrol etmeyi ve sağlık koruma hizmetlerinin kalitesini artırmayı amaçlamaktadır.

Eczacılık yarar yönetimi faaliyetleri, SBÖ’lar ve Kaiser Kurumu Sağlık Planı gibi bütünleşmiş sağlık koruma dağıtım sistemleri çerçevesinde uygulanabilmekte ve uygulanmaktadır. Bu faaliyetle-

rin temel nitelikte ve gelişmekte olan merkezi yönetimi kısaca EKY olarak bilinen vakfedilmiş şirketlerden sağlanmaktadır. EKY’ler işverenler, SBÖ’lar ve diğer 3.şahıs ödeyiciler için ayakta tedavi edilen hasta ilaç yarar programları geliştirmekte, uygulamakta ve yönetmektedir. Şu anda, ABD’de 100 EKY mevcuttur (8) ve bunlar 100 milyondan fazla Amerikalıya ilaç hizmet sunmaktadır (4). Dünyanın herhangi bir yerinde de olduğu gibi ilaç maliyetine yönelik baskılar kamu ve özel SBÖ’ların söz konusu maliyetlerdeki artışlarından kaynaklanmaktadır. (7.12.16.21.22). Maliyetlerdeki dramatik artışa rağmen, EKY’lerin ve onların sözleşmeli ortaklarının ilaç yararlarının yönetiminde kullandıkları stratejilerin yapısı ve sonuçlarına ilişkin pek fazla bir şey bilinmemektedir.

2. EKY’lerin Rolü

Bugün, ABD sağlık koruma hizmetleri sistemi kapsamında EKY’lerin müşterileri için yürüttüğü

temel görevler ilaçla ilgili yönetici hizmetlerin sağlanması ve ilaç maliyetlerinin yönetimidir. Söz konusu maliyet yönetim işlevinin önemi, ilaç maliyetlerinin yükselmesi nedeniyle, gittikçe artmaktadır. Bu arada, SBÖ'lar ve işverenler fiyat primlerini aşağıda tutma konusunda sürekli bir baskı hissetmektedirler. Maliyet içerikli fonksiyonlar, çok çeşitli ilaç ödeme ve kullanma stratejileri ile başarıyla tamamlanmaktadır; bu stratejiler, şunları içermektedir fakat bunlarla sınırlı değildir;

- ilaç taleplerinin değerlendirilmesi,
- eczacılık ağlarının yönetimi,
- ilaç imalatçıları ile indirimler konusunda görüşme,
- sınırlayıcı pozitif listelerin uygulanması
- genel ilaçların kullanımını teşvik etme.

2.1. İlaç taleplerinin değerlendirilmesi

EKY'lerin çoğu bir hizmet olarak ilaç taleplerinin değerlendirilmesini üstlenir ve nitekim, müşterileri de bu hususta onlara güvenir. Söz konusu talepleri değerlendirme hizmetleri, eczacılıkta tipik olarak ele alınan ilaç taleplerinin otomatik olarak değerlendirmesini içermekte ve ilaçların hastalara dağıtılmasından önce belirlenmesi gereken oluşabilecek ilaç ödeme sorunlarının teşhisi anlamına gelmektedir (ör; hastaların ilaç kapsamına uygunluğunun denetlenmesi, ya da reçetenin başka bir eczanede önceden doldurulup doldurulmadığının kontrol edilmesi)

2.2. Eczacılık ağlarının yönetimi

Bir diğer eczacılık yarar yönetim hizmeti, eczacılık ağlarının oluşturulması ve yönetimidir. Bu ağ-

lar, SBÖ'lar ve onların sözleşmeli ortaklarının genellikle önceden hesaplanıp mutabakata varılan bir ücrette ilaç hizmetlerinin sağlanması hususunda yapılan sözleşme çerçevesinde ayakta tedavi gören hasta eczacılığının sunulmasını içermektedir. EKY'ler müşterilerine yönelik ilaç maliyet tasarrufunu başarıyla gerçekleştirdiklerini ve bunun kısmen, eczacılık ağındaki ücretlerin kullanımını ile olduğunu belirttiler (3.8).

2.3 İndirimlerin görüşülmesi

İlaç imalatçılarıyla sözleşmelerin görüşülmesi özellikle de indirimlerin görüşülmesi EKY'nin son on yılda yürüttüğü faaliyetlerin en önemli parçasını teşkil etmektedir (5). İndirimler EKY çerçevesinde en hassas ve tartışmaya yol açan faaliyetlerdendir ve eczacılar için farklı fiyatlandırmalara yol açabilecek bir konudur. İndirimlerin kullanılması aynı zamanda hükümet yöneticileri, doktorluk örgütleri ve tüketici grupları açısından da şüphe oluşturacak mahiyettedir öyle ki, EKY'lerin sahipleri imalatçılar olursa bunlar, yarış karşıtı bir tutum sergileyebilir. 1995 verilerinden hareketle hazırlanmış olan bir çalışma 0.80 den 2.50\$'a (istisnai bir durum) kadar değişebilen fiyatlarla birlikte alışlagelmiş indirim reçete başına 1.25 \$ civarındadır (8). Diğer tahminler, EKY'lerin kullanımıyla gerçekleşen toplam maliyet tasarruflarının %2-21 için uygulanan çeşitli sağlık planları da hesaba katıldığında indirimlerin 1995 yılında toplam 113 milyon Dolara kadar vardığını göstermektedir (3).

EKY'lerin hizmet götürdüğü müşterilerin, yönetilen ya da kapalı pozitif listeler, terapötik değişim programları ve hekimlik örgütleriyle ilaç riski paylaşım düzenlemeleri gibi sistemleri içeren gi-

rişken ilaç kullanım yönetimi olduğunda, indirim düzeyleri sıklıkla pazar pay değişimleriyle bağlantılı olduğu için daha yüksek indirimler sağlanabilirler, örneğin, bir imalatçının ürünlerinden bir diğerinkine pazar payı geçişleri. Fakat, uygulamada, bir EKY kullanan girişimci ilaç imalat müdahalesi dahi, beklenen genişlikte pazar payı oluşturamaz çünkü, rekabetçi EKY'ler, ilaç imalatçıları gibi doktorların reçetelemesinde ve bireysel doktorlar ve ya doktor grupları ile sözleşen çoklu SBÖ'lar üzerinde etkili olmaya çalışan bazı çoklu hissedarlar olabilir.

EKY indirimlerinin yapı ve etkilerine dair yayınlanan çok az araştırma olmasına rağmen, mevcut bilgiler, indirim konusunda imalatçı ile görüşen bir EKY'nin "idari" bir pay aldıktan sonra müşteriye üzerinde görüşülen miktarı bırakabildiğini göstermektedir. Ancak, veriler, bu durumun uygulama esnasında oldukça değişken olduğunu, EKY tarafından müşteriye bırakılan imalatçı indiriminin 0 'dan %100'e kadar çıkabileceğini göstermektedir (5, 8). Bazı raporlarda belirtildiği üzere, hastaların ilaç kullanımı ve harcamaları üzerine veri toplayarak, bunları belirleyici bilgilere dönüştürerek ve ilaç imalatçılarına ve diğer ilgilenenlere satarak kazanç elde etmektedir. Böylesi bir kazanç, EKY'nin indirimlerden elde ettiği kazancı aşabilmektedir (8.14).

2.4 Terapötik değişim

Terapötik değişim programları, formüller olmayan bir ilacın düşük ücrette ve terapötik olarak aynı etkide olan ilaçlarla değiştirilmesini teşvik etmektedir (ör. steroid olmayan anti-emflamatar ilaçlar ve ya H2 antagonistler grubu). Bir bilgisayar, reçetelenen bir ilaç hasta için uygulanabilir olan pozitif listede (formüller) yer almayan

bir topluluk eczacılarını gösterdiğinde tipik olarak bu değişim oluşur. Bunun üzerine, eczacı, doktordan bu değişimi kabul etmesi çağrısında bulunacaktır. Mevcut delillerin gösterdiği üzere EKY'lerin çoğu değişim için eczacıdan onay alan eczacıların giderlerinin karşılanması da dahil terapötik değişim programları sunmaktadırlar. Bu eczacı-doktor birlikteliği, terapötik değişim programlarının özünü teşkil etmektedir (8). Bazı bulguların belirttiği üzere EKY'ler doktora çağrıda bulunmanın, reçetelemeyi etkileyen etkin bir yaklaşım olduğuna ve mesaj-hizmeti olan eczanelerin bu bağlamda diğer perakende satış yapan eczanelere göre avantaj kazanmaktadırlar çünkü, mesaj-hizmeti olan eczaneler, reçete yazan doktorla temasa geçmede daha az zaman baskısıyla karşı karşıya oldukları gerçeğinin iletişim becerilerinde hedef hastalıklar ve ilaç terapötik sınıflarında öğretildiğine inanmaktadır (8).*

Eldeki delillere göre, terapötik değişim faaliyetleri için eczacıların ilaç değişimi konusunda doktorla temasa girdikleri ve/ya bu hususta onay aldıkları her girişimde eczacıların giderleri %7 ila %15 seviyelerine kadar karşılanmaktadır. Bu programların hastanın ilaç maliyetini düşürme de ne derece başarıya ulaştıklarını belirtmek zordur, çünkü, terapötik ilaç değişimlerine ilişkin maliyet tasarrufuna dair açıklanmış veri bulunmamaktadır. Bu programların aleyhtarları, onların hasta-doktor ilişkisini rahatsız ettiğini ve bunun da hastaların tıbbi açıdan kendilerine gerekli olan ilaçlara erişimlerinin kısıtlanması nedeniyle hasta sağlığının bozulması ve dolayısı ile toplam sağlık harcamalarını artmasına neden olacağını savunmaktadır. Diğer taraftan, destekleyiciler bu stratejilerin eczacılık harcamalarının büyüme oranını büyük çapta yavaşlattığı görüşündeler.

2.5. Jenerik değişim

EKY'ler tarafından yaygın olarak kullanılan bir diğer ilaç değişim program türü, jenerik değişimdir. Terapötik değişimde eczacı reçetelenmiş terapötik bir ajanı aynı etkilere sahip bir diğer ajana değiştirebiliyorken, genel değişimde eczacı, o ilacı sadece aynı ilacın bir değişik türü ile değiştirebilir. EKY'lerin hepsi, müşterilerine, jenerik ilaçların kullanımını artıracak bir mekanizma sunmaktadır. Bu tür programlar daha yaygındır ve terapötik değişim programlarından da daha az tartışmaya yol açmaktadır, çünkü, birçok örnekte de görüldüğü üzere, ticari marka ilaçlarının jenerikle değişiminin terapötik eşdeğerine dair daha az ihtilaf mevcuttur.

Terapötik değişim programları gibi jenerik değişim programları da mali teşvik ve cezalar kadar hekimlik ve eczacılık eğitiminin bir karışımını içerebilir. Örneğin, bazı EKY'ler eczacılara bir takım jenerik ilaç dağıtım standartlarını karşılamaya yönelik sözleşmeli yükümlülüklerini ve eczacılık açısından çıkarılma gibi ilişkili cezaları hatırlatan mektuplar gönderirler. Bu baskı şekilleri, dağıtım ücretleri veya jenerik ilaçlar ve cins adı ilaçlar için değişen hasta toplam-ödemeleri gibi ekonomik teşviklerle birleştirilebilir. "Kabul Edilebilir En Yüksek Maliyet" programları da jenerik ilaçların dağıtımında bir diğer ekonomik teşviki sağlayabilir. Burada, EKY ya da müşterisi eczanelere reçetelenmiş ilaçların listesini gönderir ve SBÖ'nun geri ödemesi gerçekte hangi ilacın dağıtıldığı önemsenmeksizin sadece jenerik ücret seviyesinde sağlanacaktır. Bu ilke, birçok Avrupa ülkesinde kullanılan referans ücret sistemi ile karşılaştırılabilir.

2.6. Formüller /pozitif listeler

EKY'lerin devam eden önemli faaliyetlerinden biri de ilaç formüller ve ya pozitif listelerinin geliştirilmesi ve muhafaza edilmesidir. Burada, formüller tabiri karmaşık gözükebilir. Bu kitapta, bu terim, her bir ilaç için en azından cins adını, kullanım endikasyonlarını, kontrendikasyonlarını, dozaj çizelgesini ve uyarıları içeren özet ilaç bilgisini kapsayan bir cilt için kullanılmaktadır (Bölüm 4, Konu 5). ABD 'deki EKY' ler 'formüller' tabirini genellikle sağlık bakım örgütü tarafından kullanım onayı almış ilaç listesi için kullanmaktadır, bu kitapta kullanılan 'pozitif liste' tabirini ise bunu bilgi-türü formüller listeden ayırmak için kullanmaktadır. Eğer bir doktor ya da başka bir sağlık bakım uzmanı pozitif listede bulunmayan bir ilacı reçetelemek isterse, söz konusu işlemler ve hastanın peşin harcamaları pozitif listenin sınırlayıcılık oranına bağlı olarak değişiklik gösterecektir.

En sınırlayıcı pozitif liste hastaların yüksek bir kısmı ödeme ya da istenilen ilacın tüm fiyatını bile ödeme ya da doktorlarının pozitif listeyi başarılı bir şekilde uygulayabilmeleri halinde hastanın liste dışındaki ilaçlara erişimini sağlayan bir kapalı formüller listedir. Yönetilen formüller /pozitif liste, 'tercih edilen' ilaç ürünlerinin kullanımını desteklemek amacıyla teşvikleri ve mali cezaları birleştiren daha kapsamlı bir yaklaşımı kullanmaktadır. Bu pozitif listenin doktorlar açısından pozitif olan yanı, onları fayda-maliyeti olan ilaç reçetelemesi konusunda eğitime niyetinde olan EKY ya da SBÖ eczacılarının verdiği konsültasyonlar olabilir. Fakat, bu eğitici yaklaşım, doktorlara uygulanabilen ekonomik cezalar şeklindeki yaptırımlarla birleştirilebilir. Ekonomik ödül, pozitif listeye ilişkin hedeflenen oranlar karşılanırsa

eczacılar ödenebilir daha yüksek dağıtım ücretleri şeklinde olabilir. Hastalar açısından da, 'tercih edilmeyen' ilaçlar için de daha yüksek toplu ödemeler gerekebilir. Açık bir pozitif liste, en az sınırlayıcı olan listedir ve formüller olmayan ilaçların tam geri ödemesini sağlar. Tipik olarak, bütün ilaç ve ilaç ürünlerin listeler fakat tercih edilen ürünlerin sıralamasını verir.

EKY'lerden tercih edilen kullanımına yönelik baskı ne kadar şiddetli de olsa, yönetilen ve hatta kapalı listeler liste dışında reçetelemeye olanak tanıyan bazı hükümler içermektedir. Bu yetkiyi aşma mekanizması ön yetkilendirme isteklerinden (kabul edilebilir ya da edilemez) doktorun belirli bir ilacın söz konusu hasta için tıbbi açıdan gerekli olduğuna dair bilgi vermesi halinde oluşan yetki aşımına kadar gidebilmektedir. EKY'lerin bazıları, bazı gerektirimler uygulamaksızın yetki aşımına yol açmaktadır; böylesi bir durumda, doktor, belirli bir dönemin geçmesinin ardından EKY'lerden kendisinin önceden reçetelediği liste dışında gözükten listeleri ve kendi tercih ettiği ilaçların listesini hatırlatan dönemlik raporlar alabilir.

SBÖ'lar ilaç maliyet tasarrufları için araştırma yapmaya devam ederken, gittikçe artan bir oranda pozitif listeden yönetilen ya da kapalı pozitif listeye doğru bir yönelim göstermektedirler. Eczacılık yarar yönetimi eğilim ve tahminlerine yönelik yapılan bir araştırmaya göre, 1996'da araştırma yapılan SBÖ'ların %25'i pozitif listelerini kapalı listeler olarak tanımladı, bir sene sonra bu rakam %32'ye yükseldi. İlginçtir ki, işverenler tarafından rapor edilen yüzdeler oran her iki sene için %12.5 'te sabit kalmaktaydı. Daha ilerilere 1998'lere bakıldığında, SBÖ'lar kendilerininin

%40'ının 1998 senesinde kapalı pozitif listeye geçecekleri yönünde tahminde bulundu, fakat aynı sene için iş verenlerin %20'sinden daha azı müşterilerine kapalı pozitif listeler sunmayı hedefliyordu.

Bu eğilimler ışığında, pozitif listedeki bir ilaca yönelik ölçütlerin belirlenmesine verilen önem giderek artmaktadır. Bu ölçütler, alışlagelmiş güvenlik ve etkinlik konularını kapsıyor olsa da yapılan bir araştırma geniş çaplı sekiz EKY'nin yedisine göre ilaç ürün maliyetinin karar vermedeki en önemli ölçüt olduğunu ortaya çıkarmıştır (18). Yukarıda da tartışıldığı üzere, belirli bir ilacın maliyetini düşürmenin bir yolu EKY'in imalatçılarla indirimler konusunda görüşmede bulunması ve ardından, söz konusu ilacı formüller listeye koyarak terapötik açıdan eşdeğer nitelikte olan diğer bütün (ya da belirli) ilaçları görmezden gelmesidir.

3. Denetim; Sadece İlaç Maliyetlerini Yoksa Bütün Sağlık Maliyetlerini mi?

Bugün ABD'de uygulanan eczacılık yarar yönetim stratejilerinin çoğunun maliyet ve ilaçların kullanımı üzerinde yoğunlaşmış olmasına rağmen, bazı sağlık bakım örgütleri bütün sağlık bakımı maliyetinde tasarruf sağlamak amacıyla bütünleşen eczacılık ve tıbbi hizmetlerde daha yenilikçi yaklaşımlar benimsemektedir. Bu stratejiye göre, kronik hastaların durum yönetiminin medikasyon uyumluluğunu artırması halinde ilaç maliyeti artabilir, fakat, hastaneye yatırma oranı azaltılırsa ve/ya acil servis bölümlerine daha az ziyaretçi alınırsa bütün maliyet azaltılabilir. As-

tım, depresyon, mide-barsak rahatsızlıkları ve diyabet EKY sponsorluğundaki hastalık yönetim girişimleri listesinde ilk sıralarda yer almaktadırlar. Çünkü, öz-yönetim uygulamalarına olan uyumun geliştirilmesi, reçete yazan kişinin en iyi uygulamalara olan yakınlığı ve bu durumların tedavisinde kullanılan medikasyonun uygun kullanımı bütün maliyette tasarrufu sağlayabilir (11,12).

Önemli EKY'lerin hepsi ve çoğu SBÖ, gelişmiş durumdadırlar ve eczacılık ve medikal hizmetleri bütünleştirmek amacıyla tasarlanan hastalık yönetim programlarını uygulamaktadırlar. Bu tarz programlar, ilacın önemli bir tedavi aracı olduğu kronik ve yüksek maliyetli sağlık durumlarına odaklanan, hastalık için kapsamlı bütünleşmiş bir bakış açısı sunmaktadır. Hastalık yönetimi, bakım süresince bir hastalığı tedavi eder: iyi halden ciddi duruma, korunmadan üçüncü derece bakıma, ve evden hastaneye kadar her türlü bakım. Akut hastalıkları önlemeye yönelik tasarlanan hastalık yönetimi, hastaları eğitmek ve ilaç rejimleriyle uyumu sağlamak, ve reçeteleme karar yöntemlerini ve diğer klinik uygulamaları geliştirmeleri konusunda doktorları eğitmek için önceden aktif olarak çalışmaktadır. Program taraftarları, hata yönetiminin sadece maliyeti kapsayacak biçimde değil de kalite ve bakım işlemlerini de yöneterek yönetilen bakım sözünü yerine getirdiğini savunmaktadırlar (2).

SBÖ'lar ve bazı EKY'ler hastalık yönetim programlarının geniş çapta başarılı olmasını önleyen bazı engeller tanımlamaktadır (8). EKY'lerin çoğu tanı verilerine ulaşamamakta ve bu nedenle hastalığının tanısı için hastanın kendi raporuna ve ilaç kullanım bilgisine güvenmek duru-

mundadır. Bir diğer engel ise başarılı bir hastalık yönetimi için gerekli bir o kadar da zor ve maliyetli bir adım mahiyetindeki tıbbi ve eczacılık veri tabanlarının bütünleştirilmesi ihtiyacından kaynaklanmaktadır. Nihayetinde, talep işlemedeki gecikmelerin ardından ancak ulaşılabilir olan tıbbi taleplere dair verinin zamanında elde edilememesi problemi vardır. Çeşitli raporlar hastalık yönetim programlarının sağlam sonuçlar çıkaracağını belirtse de EKY tarafından desteklenen hastalık yönetim programlarının sonuçlarını belgelendirmeye yönelik dikkatle incelenmiş araştırmalar halinde yayınlanan herhangi bir çalışma mevcut değildir.

4. Caydırıcı Güçler

SBÖ'lar ve bireysel fonlu işverenlerin iç eczacılık yarar yönetim faaliyetlerinin kullanımı ve EKY'ler aracılığıyla ilaç maliyetlerinin artışı kontrol altına alma girişimleri sırasında birçok karşı caydırıcı güçle mücadele etmeleri gerekmektedir. Bu güçlerin en önemlilerinden bazıları; halktan ya da seçilen yetkililerden pozitif listelere gelen olumsuz tepkiler; hastanın güvenliğine dair kaygılar; ilaç üreticileri tarafından tanıtılan 'doğrudan tüketiciye' (DTC) ilaçlarının kullanımının artmasıdır.

4.1. Kamunun pozitif listelere tepkisi

SBÖ'lar ilaçla tedavinin artan maliyetini kontrol altında tutmaya yönelik çabalarını yoğunlaştırdıkça, gittikçe artan bir kamu bilinci oluşmakta ve maliyet kaygısını sağlık bakım kalitesinin dışında tutmanın bir örneği olarak düşünülmektedir. Ulusal düzeyde seçilen yetkililer dahi kapsamlı bir "Hasta Hakları Beyannamesi" vizyonunu ileri sürerek yö-

netilen bakım konusundaki kaygılarla uğraştıkça, kanun koyucular, yönetilen bakım kapsam çabaları konusunda daha belirgin kaygılara karşılık olarak kanun çıkarmaktadırlar. Bu yeni devlet kanunları, sağlık planlarının kadınlara doğum veya mastektominin ardından hastanede kalma süresi en aza indirilmesini ya da doktorların prostat kanser tespiti için yapılan tanı işlemlerinden erkek hastaları haberdar etmesini gerektiren konuları içermektedir.

Bu siyasi ortamda, Kaliforniya gibi yönetilen bakım sistemi değişikliklerinin merkezi konumundaki geniş eyaletin pozitif listelere dair ve daha genelde eczacılık yarar yönetimine dair kanun çıkarması şaşırtıcı olmamalıdır. Bu kanunlardan biri, SBÖ'lerin reçete sağlayıcılara liste dışındaki bir ilaç için yetki sahibi olmalarını sağlayan bir 'hızlandırıcı işlem' yürütmelerini ön görmektedir. SBÖ, herhangi bir onaylamama durumunda hastayı bunun nedenleri konusunda bilgilendirmelidir (17). Bir diğer Kaliforniya kanunu bir hastanın önceden o ilacı alması ve söz konusu ilaç için SBÖ kapsamına girmesi ve hastanın doktorunun onu hala reçetesine dahil etmesi halinde SBÖ'nun hastanın ilaç ödemesini kısıtlamasını ya da onaylamamasını engellemektedir. Bu kanun, aynı zamanda, bütün SBÖ'lerin bir pozitif liste kullanıp kullanmadıklarını, şayet kullanıyorlar ise bunun ne tür bir liste olduğu, SBÖ'nun hangi reçeteli ilaçların dahil edileceğine ya da hariç tutulacağına nasıl karar verdiğini ve SBÖ'nun pozitif listenin içeriğini ne kadar sıklıkta gözden geçirdiğini "anlaşılır bir dilde ve formatta" açıkça bildirmesini öngörmektedir [1].

Kanunlar, mevcut olan çoğu eczacılık yarar yönetim stratejileri konusunda toplumun bazı ke-

simlerindeki algılayış ve destek eksikliğini göstermektedir. Bu tür kısıtlamalar ve bildirim gerektirimlerinin devam etmesi ve kamunun EKY'yi ve diğer ödeyici faaliyetlerini sağlık bakım kalitesi kaygılarından çok maliyet kapsamıyla daha fazla güdülenen olgular olarak algılaması halinde daha da fazla yaygınlaşması beklenebilir.

4.2. Hasta gizlilik kaygıları

Analizciler, EKY programının sponsorluğunda yürütülen hastalık yönetim programları tarafından kaynaklanan ahlaki ve yasal uyumsuzluklara dair sorular ortaya atmışlardır. EKY'ler ilaç kullanımı ve bazen de kayıtlı tanılar konusunda verilere ulaşabilmektedir ve bu veriler hastalık yönetim programlarına hastaları üye yapma girişimi için kullanılmaktadır. Tıbbi ve/veya eczacılık talep verileri aracılığıyla EKY sponsorluğundaki hastalık yönetim programlarına gönüllü katılımda bulunan çalışanları belirlemek mevcut yasalar gereğince uygundur. Bazı uzmanlar bu gibi girişimlerin hastanın mahremiyetine müdahale teşkil edip etmediğini sorgulamaktadır [14]. Hastaneleri ve SBÖ'leri inceleyip belgelendiren iki güçlü grup, Sağlık Bakım Örgütleri Belgelendirme Ortak Komisyonu ve Kalite Güvencesi Ulusal Komitesi, tıbbi mahremiyeti korumak için bir takım standartlarının olmasına rağmen kalite gelişimi, bakım yönetimi ve gözden kaçan diğer faaliyetlerin ilettilmesini mümkün kılarak birçok ek gerektirilmeye yer vermektedir. Daha genel bağlamda, sağlık görevlileri, özel sektör akreditasyon organları, tüketici avukatları ABD federal hükümeti ulusal, bir sağlık bakım veri tabanı kurmadan önce genel mahremiyet koruma yasasının gerekliliğini tartışmak üzere hasta güvenliği üzerine konferanslar düzenlemişler. Ge-

nellikle *Kassebaum-Kennedy Senedi* olarak bilinen 1996 *Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Hesaplanabilirlik Senedi* himayesinde federal hükümet-doktorları, eczacıları ve SBÖ'ları kapsayan- tek tip bilgisayarlı kayıt depolama sistemini muhafaza etmek üzere sağlık bakım sistemini gerekli görecektir. Bu yakında gerçekleşecek olan bilgi merkezileştirmesi çerçevesinde (Kongre'nin başarısızlığa uğraması halinde ABD Sağlık ve İnsan Hizmetleri Sekreteri Şubat 2003'e kadar mahrumiyet düzenlemelerini çıkarması gerekmekte idi), halktan bazı kişiler tıbbi kayıtların güvenliğini koruyacak her hangi bir federal kanunun bulunmamasından ileri gelen kaygılarını dile getirmekte ve çalışanların depresyon nedeniyle medikasyon alımını ya da diğer lekeleyici türden sağlık durumlarının işverenleri tarafından öğrenilip işten çıkarılmaya maruz kalmaları gibi zarar verici bazı sonuçlar içeren raporlara tepkide bulunmak istemekteler. Tıbbi mahremiyet kaygılarının, daha kapsamlı bir hastalık yönetim programlarını da içine alan ileri eczacılık yarar yönetim müdahaleleri için, bir engel teşkil edip etmeyeceği ilerleyen zamanlarda görülecektir.

4.3 Doğrudan tüketiciye kampanyası

Doğrudan tüketiciye reçeteleme ilaç kampanyası (DTC), 1980'lilerin başında ilk olarak ABD'de ortaya çıkmış olmasına rağmen, bu faaliyetler, hızlı şekilde bir artış göstermiştir. DTC kampanyasına ait 1998'in ilk yarısında ilaçlar için yapılan harcamalar 631 milyon dolardı ve bu bir önceki yılın aynı döneminde yapılan harcamanın %16'fazlası idi ve o zamandan bu yana artmaya devam etti. DTC'nin gittikçe artan ve yaygınlaşan kullanımının birkaç nedeni olabilir. Bu gelişmenin altında

yatan nedenlerden biri imalatçının hastalara bir takım ilaçlar konusunda bilgi vererek ve doktorlarından onu reçeteye yazmalarını isteyerek EKY'lerin maliyet küçültme çabalarından kaçınma girişimleridir. Bazı ifadelerle göre, doktorlar tüketicilerin DTC tanıtımcılarından yanlış bilgi alacaklarından endişe duymaktadır [9]. Bazı doktorlar, bu kampanyaların tüketiciler arasında gerçekçi olmayan umutlara neden olduğu, potansiyel yan etkileri en aza indirgediği [9] ve eşit tirdaki ve daha ucuz seçenekleri belirleyemediği yönünde eleştiriler yöneltilmektedirler [20].

Bazı bulgulara göre ilaç tüketicisi daha farklı düşünmekte; DTC'nin tüketicinin aklına yatan etkili bir yöntem olduğunu öne sürmektedir. Bir araştırma raporuna göre tüketicilerin %59'u DTC kampanyasının farklı ilaçlar konusunda "kendi kararlarını verebilmelerini" sağlayan bir yönetim olduğunu düşünmekte, bir diğer araştırma, tüketicilerin %28'inin kendilerinin arzu ettiği tanıtilen bir ilacı alabilmek amacıyla doktorlarını değiştireceklerini göstermektedir [19]. Bazı büyük SBÖ'lar imalatçıların ürün tanıtımında geliştirdikleri bu yeni yöntemlerin ilaç kullanımını ve tanıtilen belki de en pahalı ilaçların kullanımını artıran önceden tahmini mümkün olmayan bir hasta baskısına neden olarak ilaç maliyetinin yükselmesine neden olduklarını bildirmektedir.

5. Sonuç

Gelişmekte olan eczacılık yarar yönetim stratejilerinin en büyük özelliği tecrübe ve yeniliktir. Sigortacılar, halktan ve sağlık bakım alıcılarından ilaç maliyetlerini azaltmaları konusunda yoğun baskıyla karşılaşmaktadır ve bu nedenle maliyet kontrol çabalarının önemli bir parçası olarak ec-

- [14] R. O'Harrow Jr., Plans' access to pharmacy data raises privacy issue, Washington Post (27 Sept. 1998), A1.
- [15] Prevention Magazine, reported in 11/11/98 California Healthline.
- [16] R.L. Rundle, CalPERS to pay 2.7% boost in HMO rates, Wall Street Journal (16 April 1997), A3.
- [17] SB 625, Chapter 69, Statutes of 1998.
- [18] K.A. Schulman, E. Rubenstein, D.R. Abernethy, D.M. Seils and O.P. Sulmasy, The effect of pharmaceutical benefits managers: is it being evaluated?, Annals of Internal Medicine 124 (1996), 906-913.
- [19] 7;mg Magazine, reported in 11/11/98 California Healthline.
- [20] R.D. Waltermire, Direct-to-consumer advertising of Rx drugs can be harmful to your health, DrMg Bene/vf Arena's 10(10) (1998), 60-61.
- [21] J.B. White and R.L. Rundle, Big companies fight health-plan rates: employers demand HMOs and hospitals cut costs, Wall Street Journal/ (19 May 1998), A2.
- [22] R. Winslow, Health-care inflation revives in Minneapolis despite cost cutting, Wall Street Journal (19 May 1998), A1.