

Bölüm 14

Geçiş Ülkelerinde Satın Alınabilir İlaçların Tedarik Edilmesi

Kees de Joncheere ve Tomas Paal

1. Giriş

Günümüzde ulusal ekonomiler ve ülkeler için kullanılan "geçiş" kavramı, hala uzun bir dönüşüm süreci yaşayan eski komünist sistemleri anlatmakta; merkezi ekonomi yerini zamanla pazar odaklı ekonomiye bırakmakta ve komünist ile totaliter rejim yavaş yavaş demokratik siyasi yapılaraya yön vermektedir. Bu süreç dünyanın birçok yerinde, en belirgin olarak Merkezi ve Doğu Avrupa ülkeleri ile eski Sovyetler Birliği'nden ayrılan BDT ülkelerinde hareket kazanmıştır.

Devam eden değişim süreci nedeniyle ilaç fiyatlandırma ve maliyet küçültme sorununa, sağlık ve ilaç politikasının çeşitli yönlerini içeren geniş bir perspektiften yaklaşılmalıdır; bir konuda alınan sağlıklı önlemler, diğer bir konudaki esnek konumu sarsabilir. Bu ülkelerde, geçmişte büyük

ölçüde Semashko modeline göre şekillenmiş sağlık sisteminin birçok yönü, aslında, tamamiyle devlet yönetimi ve kontrolü altındayken, ilaçlar devlet fabrikalarında üretilip devlet toptancıları tarafından dağıtılırken ve yine devlet eczaneleri yoluyla karşılanıp mali yönden destekleniyorken, bugün bu ülkelerin çoğunda sağlık piyasası hızla açılmakta; sistemler, sağlık sigortası projeleri [3] çerçevesinde yeniden yapılandırılmakta ve ilaç üretimi ile tedariki geri ödeme projelerinde [1] art arda gerçekleşen değişikliklerle büyük ölçüde özelleştirilmektedir. MDAÜ'deki birçok ülke, demokratik topluma ve pazar ekonomisine geçişte büyük bir ilerleme kaydetmiştir. Bu ülkelerin çoğu, finansmanı ve sağlık hizmetlerini devlet kontrolünden uzaklaştırarak ve sağlık finansmanını sağlık hizmetlerinin sunulmasından ayırarak, sağlık reformuna başlamıştır. Aynı şekilde, makroekonomik baskılar, hükümetleri, sağlık ve ilaç piyasasında alınan önlemler dahil olmak üzere

büyük ölçüde bir yeniden düzenleme yoluna itmiştir. Bu yeniden düzenleme sürecini gerçekleştiren, yetkililer, güçlü bir hükümet müdahalesi gerektiren ve ilaç sektöründe ortaya çıkan piyasa iflasının bazı risklerini çoğu kez hesaba katmamışlardır. Batıdaki uzun deneyim, eğer toplumun korunması söz konusuysa, fiyatlandırma için yapılan ilaç güvenliği çalışmaları ve reklamdan kaynaklanan düzenlemenin gerekliliğini göstermiştir. Marjinal sağlık konusuna ayrı bir önem verilmelidir. Toplumların sağlık durumu Avrupa'nın bu kısmında büyük farklılık göstermekte ve geçiş ülkelerinin çoğunda azalma kaydetmektedir. Tüberküloz ve AIDS virüsünün yayılması konusunda bazı endişeler söz konusudur. Ayrıca sağlık statüsü ve sağlık hizmetlerine erişim konularında da ülkeler arasında önemli farklılıklar mevcuttur [2]. Reform her ne kadar ilerlediyse de istikrarlı ve uygun bir konuma ulaşmak için daha yapılacak çok şey bulunmaktadır.

İç reform dışındaki süreçler de durumu etkilemiştir. On MDA ülkesi AB'ye başvurmuş ve 2004-2007 döneminde AB'ye katılmayı beklemektedir. Bu bağlamda, AB yönetmeliğiyle uyum sağlamak amacıyla ilaç düzenleme sistemlerini ve mevzuatlarını daha ileri bir seviyeye çıkarmak için çalışmaktadırlar. AB'ye üyelik, MD-AÜ'deki ilaç endüstrisi için, özel mülkiyetin korunması, potansiyel ilaç piyasaları (özellikle şimdiki AB ülkelerine ve BDT ülkelerindeki geleneksel ihraç bölgelerine) ve yabancı yatırım için gerekli olan fırsat ve ihtiyaç konularıyla ilgili uygulamaları içerecektir. Diğer taraftan, Arnavutluk'ta, Bosna-Hersek'te ve Yugoslavya Federal Cumhuriyeti'nde geçiş süresi maalesef, uzun süre silahlı çatışma ve sosyal bunalım yüzünden ağır bir hezimetle uğramış; ancak son zamanlarda yeniden ivme kazanmıştır.

Gerçekleştirilen ilerlemeye rağmen, sağlık sektöründeki kaynak artışı yoluyla artan sağlık ihtiyaçları ve genel olarak toplumun ve hastaların ve aynı zamanda sağlık uzmanlarının beklentileri Avrupa'nın bu bölümü ile henüz uyuşmamıştır.

İlaçların tedarik edilmesi ve masraflarının karşılanması için ilaç maliyetinin bir kısmı (genelde önemli bir kısmı) hastalar tarafından üstlenilmektedir. Bu da ya mali açıdan desteklenen ilaçlara yapılan ortak ödeme yoluyla ya da mali yönden desteklenmeyen maddelerin veya OTC ilaçlarının doğrudan karşılanması yoluyla yapılmaktadır. NIS'de eski Sovyet sisteminden uzaklaşması ve bir grup yeni ülkenin ortaya çıkması, insanların günlük hayatları ve değerler için uzun süreli uygulamalar içermiş ve her zaman daha iyiye yönelik olmamakla birlikte sosyal yapıyı dramatik olarak değiştirmiştir.

Artan eşitsizlikler, adil olmayan maaş sistemleri, işsizlik, perspektiflerin olmaması veya yıkılması nüfusun büyük bir kısmını etkilemiştir. Ortaya çıkan piyasa ekonomisi, her bir hükümet düzeyinde yeni yaklaşımlar ve beceriler ile yönetim yapıları ve kamu hizmetlerinde farklı bir görüş gerektirmektedir. Değişimler ayrıca sağlık ve ilaç sektörünü etkilemiş ve yukarıda bahsedildiği üzere toplumların sağlık statüsünde gerçek bir bozgun yaratmıştır. Temel sağlık göstergeleri, yıllar zarfında kötüleşen bir eğilim göstermiştir, ancak bu durum şimdilerde bazı ülkelerde yeni yeni düzelmektedir. Bu, çok gerekli sağlık reformu süreci, kaçınılmaz olarak bazı sıkıntıları da beraberinde getirmiştir. Bugün birçok NIS vatandaşı, gerekli ilaçlar ile temel sağlık hizmetlerine dahi ulaşamamakta ve bu durum yaşam beklentilerinin azalmasına yol açmakta, yoksullukla ilgili rahatsızlıklar sonucu ortaya çıkan kalp-damar ve bulaşıcı

hastalıklar konusunda endişeyi arttırmakta ve irasyonel ilaç tedavisinden (reçeteli ya da reçetesiz satış) kaynaklanan antibiyotik dayanıklılığını yükseltmektedir.

2. Orta ve Batı Avrupa'da İlaç Piyasası

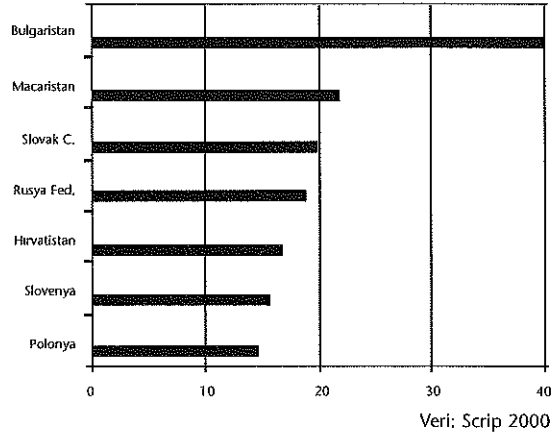
1989'dan önce, MDAÜ'de ilaç gereksinimi büyük ölçüde devlet yönetimindeki yerel firmalar tarafından karşılanmaktaydı. Bu şirketler, aynı zamanda, mallarını eski Sovyetler Birliğine de ihraç etmekteydi. Uygun olmayan reçeteler, tedavi edici yataklı sağlık sistemi ve yoğun hasta baskıları nedeniyle ilaç tüketimi oldukça fazlaydı.

Geçişle birlikte ilaçların toptancılar ve eczaneler yoluyla dağıtımı büyük ölçüde özelleştirildi. Bazı ülkelerdeki imalatçı firmalar, çoğunlukla kamu yatırımı yoluyla, hala devlet kontrolündedir (en azından kısmen). Çok uluslu firmalar piyasa hiselerini yavaş yavaş arttırmaktadır (birçok piyasada %50'ye ulaşmakta). Hem mutlak seviyede hem de sağlık harcamaları yüzdesinde ilaç masrafları hızla artmaktadır (Tablo 1, Şekil 1). Jenerik ilaçlar piyasadaki yerini ithal markalı ürünlere bırakmaktadır. Bunun sebebi, pazarlama işlemlerince desteklenen bir görüşe göre, ithal markalı ürünlerin daha kaliteli olmasıdır. Yine dolarla ifade edildiğinde, kişi başına düşen harcamaların seviyesi Avrupa Birliği ülkelerindeki değerlerle kıyaslandığında düşük olsa da, gelir düzeyleriyle kıyaslandığında normal seviyededir.

İlaç masraflarındaki bu artış devam etmektedir ve anormal bir seviyeye ulaşmıştır; bu durum büyük ölçüde yeni ithal ilaçların girişi, değişen

reçete şablonları, yoğun pazarlama çalışmaları ve sağlık ihtiyaçlarının hızlı ve bağımsız bir şekilde artması sonucu ortaya çıkmaktadır.

Doğu Avrupa 2001 Yılı İlaç Harcamaları Yüzdeler Artışı



Şekil 1: Bir yıl içerisinde ilaç harcamalarında meydana gelen yüzdeler artışı

MDAÜ'deki ilaç endüstrisine yapılan yatırımlar, özellikle de Macaristan, Slovenya, Hırvatistan, Polonya ve Yugoslavya Federal Cumhuriyeti başta olmak üzere, MDA ülkelerindeki firmalar tarafından olduğu kadar çok uluslu firmalar tarafından da yapılmaktadır.

Yerel imalatçılar, çoğunlukla patentsiz ilaçlar jenerikleri içermektedir. Bunların BDT ülkelerine olan geleneksel ihraç piyasaları düşüş göstermiştir. Verimlilik, GSMH standartlarına uyum ve patent koruma uygulaması, gelecek yıllarda MDAÜ endüstrisi için kilit konular olacaktır.

Tablo 1
MDAÜ İlaç Piyasası, Tahmini Rakamlar 1999 (ya da en yenileri)

Ülke	Toplam ilaç harcamaları (milyon dolar)	Kişi başına (Dolar)	(%) Karşılanan toplam ilaç harcamaları	Sağlık harcamalarının yüzdelik oranı şeklinde ilaç maliyetleri	GSYH'in yüzdelik oranı şekilde ilaç maliyetleri
Arnavutluk	23	7	30	23	1
Bosna: Fed.(1)	Md	Md	Md	Md	Md
Bosna:Cumh.(1)	6	Md	Md	20	Md
Bulgaristan	70	25	70	25	2.1
Hırvatistan	432	90	Md	17	2.2
Çek Cumhuriyeti	1040	101	80	25	1.9
Estonya	13	47	50	23	1.8
Macaristan	990	104	55	26	2
Letonya	65	46	40	16	1.3
Litvanya	190	51	54	18	1.8
FYR Makedonya	42	20	73	17	1.4
Polonya	2350	61	45	10	1.7
Romanya	320	14	42	20	1.4
Slovak Cumh.	490	70	86	25	2
Slovenya	235	114	84	18	1.5
Ortalama MDAÜ		54		20	
AB rakamları		275(ort)		%7-11	

Kaynaklar: MDA ülkeleri Sağlık Bakanlıkları, DSÖ/EURO, Dünya Sağlık Raporu, Avrupa Gözlem Merkezi.

Not: Bosna Hersek: Bosna Hersek Federasyonu, ve Sırp Cumhuriyeti. FYR Makedonya: Önceki Yugoslav Makedonya Cumhuriyeti

3. BDT Ülkelerinde İlaç Sektörü

Hemen hemen bütün BDT ülkelerinde, ilaç dağıtımında gerçekleştirilen en büyük değişiklikler, piyasa kaynaklı ilaç dağıtım sisteminin gelişi ve sağlık için ayrılan bütçe payının azaltılması olmuştur. İlaçlar, sağlık bütçesinde yapılan kesintilerin ilk hedefidir. Bu da hastaların tedaviye ve ilaçlara ulaşımında kısıtlamalar oluşturmaktadır. On iki BDT ülkesi arasında büyüklük, demografi, ekonomi ve insan kalkınma seviyesi bakımından büyük farklılıklar mevcuttur. İlaç sektöründe bu ülkeler, sosyal geçmiş, eczacılık eğitimi ve tıbbi uygulama alanlarındaki benzerlikleri ve genel arz ve finansman (ücretsiz ilaçlar, ücretli arz) sistemini benimsemişlerdir. Bunlar arasındaki farklılıklar ödeme, fiyatlandırma ile geri ödeme sistemlerinde ve sektör (üretim, özelleştirme vb.) yapısı sonucu ortaya çıkmaktadır.

Ödeme imkanını hesaba kattığımızda dahi sağlık masrafları ve ilaç masrafları arasında büyük farkların olduğunu açıkça görebiliriz. Ayrıca, kayıtlı ilaçların sayısı ile kuruluşların sayısı (üretim birimleri, toptancılar ve eczaneler) büyük farklılık göstermektedir. 1990'dan bu yana, toptancılar ile eczanelerin sayısında meydana gelen artış, sektördeki özelleştirme hareketinin (daha çok kontrolsüzce) bir sonucudur.

4. İlaçların Tedariki, Maliyetin Kapsamı ve Rasyonel Kullanım Araştırması

Daha önce de belirtildiği gibi, BDT'de ve MDA ülkelerindeki ilaç masrafı artışı, masrafları karşıla-

nan ilaçlar için gerçekleştirilen ortak ödemelerin ve özel harcamaların artmasına yol açmış, bunun sonucu olarak da gerekli ilaçlara erişim eşitliği konusunda sorunlar ortaya çıkmıştır. Maliyet-küçültücü politikaları, satın alınabilirlik ve insanların ilaçlara ulaşması hükümet gündemlerinin en önemli konularını oluşturmaktadır.

Birçok geri ödeme sistemi hala kronik hastalığa yakalanmış hastalar ile hastalığa dayanıksız gruplara ya da belirli ilaçlara karşı geri ödeme uygulamasını kısıtlayan eski sistemlerden aldıkları yapıyı kullanmaktadırlar. Özel uzmanlar ya da hastane seviyesinde listeli ilaçların fiyatlandırılması üzerindeki kısıtlamalar gibi pozitif listeler ve diğer araçların kullanımıyla geri ödeme sınırlandırılabilir. Dahası, MDA ülkeleri geri ödeme kararları için ekonomik değerlendirme unsurlarının kullanılmaktadırlar. Hastaların değişen kısmi ödeme oranları birçok ülkede iyileştirilmiş ve bazı ilaçlar da OTC statüsüne uyarlanmıştır. Bir çok ülkenin GSMH'sinin %4-5'ini sağlık hizmetlerine harcadığı BDT ülkelerinde, finansman sağlık sistemindeki en büyük zorluğu oluştururken, ilaçlar için yapılan bu çeşit nakit ödemelere duyulan ihtiyaç artmıştır.

İlaç fiyatları, çoğu kez ya dağıtım marjini ile ilgili çeşitli önlemler ve ithalat maliyeti ve ile üretimi kısıtlamak için oluşturulan politikalar yoluyla ya da uluslararası referans fiyatlandırma sistemi veya geri ödeme için yapılan ulusal fiyatlandırma kriterlerinin tanıtılması yoluyla kontrol edilmektedir.

Birçok Batı ülkesi, jenerik ürünlerdeki piyasa payını artırmayı başarırken, MDA ülkelerindeki eğitim bunun aksi yöndedir. Jenerik ürünler piyasa

Tablo 2
Ekonomik Göstergeler, İlaç Harcamaları ve BDT İlaç Sektörünün Yapısı

Ülke	Sektördeki yapılanımlar (1.1.197)											
	Nüfus (Milyon)	Kişi başına GYDH (ABD Doları)	GYDH'de sağlık harcamalar (%)	Kişi başına düşen sağlık harcamaları	Kişi başına düşen ilaç harcaması (ABD Doları)	Ortalama aylık ücret (97)	Ruhsatlı ilaçların sayısı (97)	Üretim tesisleri	Tam destekli toptancılar	Eczaneler	Küçük Kulübeler (Kiosk)	Eczane başına düşen kişi sayısı
	1996	1996	1996	1996	1996	1997	Eylül '97	Eylül '97	Eylül '97	Eylül '97	Eylül '97	Eylül '97
Ermenistan	3.5	450	4.2	19	16	80	1200	10	6	600	120	5800
Azerbaycan	7.6	451	2.8	13	7	20	6000	3	2	1000	200	7600
Belarus	10.3	1308	5.1	67	16	145	3000	5	10	1250	4000	8200
Gürcistan	5.4	841	4.5	38	12	90	1500	20	7	850	600	6400
Kazakistan	16.4	1278	2.0	26	12	100	2000	22	130	1700	1220	9700
Kırgızistan	4.6	379	3.4	13	8	Md	830	9	20	260	500	17700
Moldova	4.4	443	3.9	17	10	40	3500	5	10	680	0	6500
Rusya Fed.	147.5	2985	2.8	84	40	155	11000	370	10	16 000	25 000	9200
Tadikistan	6.0	177	8.0	14	2	90	Md	1	1	507	Md	11 800
Türkmenistan	4.6	461	5.0	23	5	Md	665	1	2	390	120	11 800
Ukrayna	50.9	864	3.3	29	10	Md	5000	22	10	Md	Md	Md
Özbekistan	22.7	391	3.4	13	3	60	1920	16	20	5200	0	4400
Ortalama		836	4.0	30	12	87	3051					9000
Toplam	283.9							484	228	28 437	31 670	

Kaynaklar: Ekonomik veri: EBRD, EU, BCE, IMF; sağlık hizmetleri harcamaları: DSÖ Bütün veri tabanları için Sağlık; sektörel veri ve ilaç harcamaları: NIS ülkeleri Sağlık Bakanlıkları ve İlaç Birlikleri

Tablo 3
MDA Ülkelerinde Fiyat Düzenlemeleri, 1996-1997

Madde	Arn.	Bos.Her Fed	Bos/Her St. Cun	Bul.	Hir.	Çek.	Est.	Mac	Let.	Lit.	Mak.	Pol.	Rom.	Slvk	Slvn
Fiyat düzenlemesi?	E	H	E	E	E	E	E	E	E	E	H	E	E	E	E
Reçeteli ilaçlar	E	E	E	E	E	E	E	E	E	E		E	E	E	E
OTC ilaçları			E			E	E	E	E	E			E	E	E
Diğer ürünler			E			E		E		E		E		E	E
İmalatçılar	E			E		E						E	E	E	
İthalatçılar				E		E						E	E	E	
Toptancılar	E		E	E	E		E	E	E	E		E	E	E	E
Eczaneler	E		E	E	E		E	E	E	E		E	E	E	

Kaynak: MDA ülkeleri Sağlık Bakanlıkları
Not: E: Evet; H: Hayır

hissesi kaybetmekte ve pahalı ithal ürünler değer kazanmaktadır. Bir çok koşulda bunlar, yeni ve gerekli terapötik imkanlar sunmakta ancak aynı zamanda satın alınabilirlik sorunlarını da beraberinde getirmektedir. MDA ülkeleri bir denge kurmaya çalışacak ve piyasanın mümkün olduğunca büyük bir kısmını jenerik ürünlerle kaplanmasını sağlamak durumunda kalacaktır.

Arnavutluk, Bosna-Hersek ve Yugoslavya Federal Cumhuriyeti'nde yaşanan silahlı çatışmalar sadece reform sürecine değil, aynı zamanda ilaç tedarik sistemine de darbe indirmiştir. İnsanlık için çalışan kuruluşlar temel sağlık hizmetlerinin ko-

runmasına ve ilaç tedarikinin sağlanmasına yardımcı olmuşlardır. İlaç bağışları bu gibi ekseri durumlarda hayati önem teşkil etmiştir ki, ilaçların yaklaşık %80-100'ü bu kuruluşların yardımıyla tedarik edilmiştir. Söz konusu yardım dernekleri arasındaki deneyim ve eşgüdüm eksikliğinin sonucunda, bu bağışlanan ilaçlar düşük kalitede ve yetersiz olmuş, satın alınabilir ilaçların devamlı surette kullanılabilirliğini sağlamada pek fazla etkili olamamıştır.

Bazı durumlarda bu ilaçlar reçeteleme işlemlerinde sağlıksız durumların ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Bazı MDA ülkeleri, yetmişlerde ilaçlardan yararlanma çalışmalarının öncüleri olmuş ve ilaç kullanımının takip edilmesi için yoğun sistemler geliştirilmiştir. Bu sistemlerin çoğu daha sonra çökmüştür ve ilaç kullanımı ve tüketimi konusunda tam ve güvenilir bilgi edinimi bugün oldukça zordur. Son yıllarda gerçekleştirilen bu çeşit çalışmalar, reçeteleme işlemlerinde ülkeler arasındaki açık farkları ortaya koymuştur. Bu işlemler çeşitli tedavi işlemlerine ve değişen geri ödeme ortamına mal olmuştur.

Bu ülkelerdeki sağlık uzmanlarının objektif ve bağımsız ilaç bilgileri hala yetersizdir; fakat ilaç endüstrisi tarafından yürütülen pazarlama faaliyetleri son yıllarda yoğunluk kazanmıştır. Bazı ülkeler, ilaç bilgi merkezleri kurarak, bağımsız ilaç bilgi hizmetleri geliştirerek ve gerekli ilaç liste ve formüllerini kullanarak, ilaç kullanımını iyileştirme yollarını arayan politikalar üretmiştir.

5. İlaçların Düzenlenmesi

İlaç düzenlemesi alanında birçok radikal gelişim gerçekleşmiştir, çünkü bu AB'ye giriş süreci için bir gerekliliktir. 1997 öncesinde, 10 MDA ülkesindeki düzenleme yetkilileri kendilerini CADRE-AC düzenlemesi çerçevesinde organize etmişler ve bu da şimdi AB Komisyonu'nda yoğun bir işbirliği programı şeklinde geliştirilmiştir. MDAÜ uzmanları, AB düzenleme sisteminin uzman komitelerine düzenli olarak katılmaktadır ve birçok MDA ülkesi 1990'ların ilk yıllarından bu yana ilaç yönetmeliklerini yenilemiş ve bu yönetmeliklerini AB talimat ve yönetmelikleriyle aynı düzeye getirmişlerdir. Ayrıca düzenlemelere uygulanan yaptırımın da artırılması gerekmektedir. Aynı şekilde şu da açıktır ki, bazı imalatçılar GMP ile zamanında tam olarak uyuşmayı zor bulacağından

ve üyelik gününden önce eski kayıt evraklarını gözden geçirmek zor olacağından, AB kriterleriyle uyum, ilaçların mevcudiyeti konusunda sorun yaratabilir. Bu durumda Batı Avrupa ilaç sahnesinde olumlu düzenlemeler yaratacak ancak yine birçok ucuz jenerik ürünlerin piyasadan silinmesine de neden olabilecektir.

Birçok MDA ve BDT ülkesi, ulusal ilaç birimleri kurmuş- daha önce kalite kontrol enstitüsü olarak tanımlanan kurumun dönüştürülmesi yoluyla- ve bunları ilaç düzenlemelerinden tümüyle sorumlu kılmıştır. Bu ülkelerin bazılarında piyasa yönetimini ele geçirme prosedürleri karmaşık ve sürüncemeli bir haldedir; birçok birim, pazarlama uygulamaları konusunda önemli bir ihmalle karşı karşıyadır. Bu durumda da jenerik ürünlerin zamanında pazara ulaşamaması gibi ekonomik bir geri tepme de söz konusu olabilir.

6. Mevcut Sorunlar

Orta ve Batı Avrupa ile BDT'de gelecek yıllarda ortaya çıkacak bazı temel sorunlar şu şekilde tanımlanabilir:

İlaç geri ödemesi için ayrılan mevcut fonlar hastaların ve uzmanların artan taleplerini karşılamak için yeterli olmayacak; tedavi kalitesi arttırılırken ve gerekli ilaçlara ulaşım garanti altına alınırken, etkin maliyet içeriği önlemleri gerekli olacaktır. Kamunun ve profesyonellerin güvenini sağlayabilecek katılım süreci yoluyla, bu çatışan ihtiyaçları karşılayacak politikalar geliştirilmeli ve iyileştirilmelidir.

Birliğin genişlemesi tartışmaları sürerken, ilaç düzenlemesi hızla AB mevzuatıyla aynı seviyeye getirilmektedir; yine aynı şekilde, politikaların ve

düzenlemelerin yürütülmesi için, var olan sistemlerden daha iyi sistemlerin oluşturulması gerekmektedir. Bu uyumun gerekli ilaçlara erişim imkanlarını azaltmamasının sağlanması da oldukça önemlidir.

Her bir ülkede, yerel ilaç endüstrisi hızla değişen piyasayla etkin bir şekilde rekabet edecekse, kalite ve etkinlikte süregelen bir iyileşme ihtiyacıyla karşılaşacaktır. Patent mevzuatı ürün portföylerini değiştirecektir. Özellikle BDT ülkeleri tarafından önerilen ihraç piyasaları MDA ülkelerindeki başarılı gelişimleri için büyük bir önem arz edecektir. Böylece bu endüstriler ticari açıdan çok akıllı ve girişimci olmak zorunda kalacak ve hiç şüphesiz hükümetlerce desteklenecektir; bu da ilaç ve kullanımı konusundaki kritik politikaların uygulanmasını yargılamamalıdır.

Bugün BDT'de ilaç sektörü yeni bir kalkınma aşamasına geçmektedir. Mütevazı ekonomik büyüme ve merkezden ayrılma yeni kalkınma için fırsatlar sunmaktadır; sağlık reformu yavaş yavaş sonuçlar ortaya koyabilir. Ancak, bu ülkelerin bazılarındaki olumlu ekonomik kalkınmaya rağmen, şu açıktır ki, hepsi en azından birkaç yıl geçiş süreci yaşayacaktır ve yenilik ve değişim ortamı her zaman olumlu ve istikrarlı kalmayacaktır. Eğer istikrarlı sistemlere ve yapılara ulaşılacak isteniyorsa, son zamanlarda oluşan ekonomik kargaşa sadece sektörün uygulanmasının ve sürekli bir reformun gerekliliğinin altını çizmektedir.

Tüm MDA ve BDT ülkelerinde, sektör yönetiminde devam eden gelişmeler, en son kurulan yapıları güçlendirmeli ve sürdürülebilirlik oluşturmalarıdır. Ulusal ilaç politikası güdüleyici bir stratejik rol oynamaya devam edecektir. Piyasadaki ilaçla-

rın ve genel olarak yerel ürünlerin kalitesi daha fazla artırılmalıdır. Fiyatı ne olursa olsun ekonominin kaliteye egemen olması konusunda dikkatli olunmalıdır.

Mevcut para sıkıntısı ve eskiden kalma reçeteleme işlemlerindeki düşük standart nedeniyle, ilaçların reçetelenmesi ve rasyonel seçimi kritik bir durumdur. Somut sonuçlara ulaşmak için bölgesel seviyede ve hastane düzeyindeki inisiyatiflerle birlikte kapsamlı bir yaklaşım gerekmektedir. Eğitim sistemindeki temel değişimler, ilaç seçimi ve reçetelemesi üzerinde daha az yoğunlaşarak sağlık mesleklerini daha çok hasta odaklı ve sağlık sonucu odaklı hale getirmelidir.

7. Sonuç

Merkezi ve Doğu Avrupa ile Bağımsızlığını Yeni Kazanan BDT ülkelerinin durumu, ilerleme düzeylerinde olduğu gibi hem ekonomik hem de sağlık sistemlerindeki ilerleme açısından büyük farklılık göstermektedir. Küresel açıdan bakıldığında, endüstrileşmiş Batı ile kalkınmakta olan dünya arasında bir yerde bulunmaktadır. Bazıları, özellikle de Avrupa Birliği'ne giriş düzeyine yaklaşmış ülkeler, on yıl içerisinde batı standartlarına erişebilecek bir kapasiteye sahiptirler. Diğerleri için bu durum daha uzun sürebilir. Bunlar bir ya da daha fazla nesil boyunca, batı standartlarındaki fiyat düzeylerinde ilaç alma imkanı olmayacak geniş nüfus gruplarıyla uğraşmak zorunda kalabileceklerdir. Yine bu ülkelerin, 15.Bölüm'de bahsedileceği üzere, gelişmekte olan dünyaya bakarak ilaçların fiyatlarında büyük değişiklikler yapmaları gerekecektir.

Referanslar:

- [1] Pace of change steps up in Central and Eastern Europe, *Scrip Magazine* (January) (1998).
- [2] M. McKee and B'. Jacobsen, Public health in Europe, *Lancet* 356 (9230) (2000), 665-670.
- [3] H.U. Deppe and S. Oreskovic, Back to Europe: back to Bismarck? *Int. J. Health Services* 26(4) (1996), 777-802.
- [4] G.I. Petrova, Monitoring of national drug policies - regional comparison between Bulgaria, Romania, former Yugoslav republic of Macedonia and Bosnia Herzegovina, *Centr. Eur. J. Public Health* 9(4) (2001), 205-213.
- [5] P.W. Stobbelaar and N. Menabde, Development of the pharmaceutical sector in the Newly Independent States, *Eurohealth*, 4(6) (special issue winter 1998/9) (1998/1999), 80-84.
- [6] N. Nazmi Sari and J. Langenbrunner, Consumer out-of-pocket spending for pharmaceuticals in Kazakhstan: implications for sectoral reform, *Health Policy and Planning* 16(4) (2001), 428-434.
- [7] WHO/EURO, Proceedings of a seminar on drug financing, reimbursement and pricing policies in CCEE, Budapest, 1997.
- [8] WHO/EURO, Report of a meeting on policies on pricing and reimbursement of medicines in Europe, November 2000.
- [9] CADREAC, Proceedings of the first meeting of the drug regulatory authorities in CCEE, National Drug Institute, Sofia, Bulgaria, 1997.
- [10] CADREAC, Collaborative agreement of drug regulatory authorities of EU associated countries, <http://www.cadreac.org>, accessed on June 10, 2002.
- [11] Pan European Regulatory Forum, <http://perf.eudra.org/>, accessed on June 10, 2002.
- [12] D.R. King and P. Kanavos, Encouraging the use of generic medicines: implications for transitional economies, *Croat Med. J.* 43(4) (2002), 462-469.
- [13] P. Kanavos, WHO/EURO and LSE, The pharmaceutical market in the Balkans (1997) (unpublished document).
- [14] R.A. Kiivet et al., Changes in the use of antibacterial drugs in the countries of Central and Eastern Europe, *Eur. J. Clin. Pharm.* 48 (1995), 299-304.
- [15] R. Skrbic, D. Babic-Djuric, S. Stojtsvlevic-Satarata et al., The rote of drug donations on hospital use of antibiotics during the war and post-war period, *Int. J. Risk and Safety in Med.* 14 (2000), 31-40.