

3. EKONOMİK KONULAR

3.1. Doktorları İlgilendiren Ekonomik Konular

a- Finansal dürtüler: Ekonomik bir bakış açısından, finansal dürtüler ahlaki yozlaşma konusunu da tartışma gündemine sokmaktadır. Ahlaki yozlaşma, ekonomik aktörlerin karşı tarafın tam zarara uğramasını engellemek üzere düzenlenmiş anlaşmadaki belirsizlik ya da boşluklardan yararlanarak başkalarının zararını büyüterek kendi faydalarını artırmalarıdır. Ahlaki yozlaşmanın gündeme gelmesinin bir nedeni, doktorların kendiliğinden bir biçimde hem sağlık fonlarının hem de hastaların aracısı olmasıdır. Doktor, ne sağlık fonu ne de hasta tarafından herhangi bir finansal etki altında bırakılmazsa, ahlaki yozlaşma da olmaz. Ancak eğer doktorlar ilaç bütçesinin altında ya da tam tersine, bütçenin üstünde harcama yapmak konusunda bir finansal dürtüye sahiplerse, ahlaki çöküntü başlar. Bütçenin nasıl harcandığına bağlı olarak yapılan ödül ve ceza sistemi ahlaki çöküntüye neden olabilir.

b- Finansal olmayan etkiler: Daha az olmak kaydıyla ahlaki zarara neden olabilirler. Eğer doktor kendisine tanınan hakkın üzerinde reçete yazdığına soruşturmaya uğrayacaksa, soruşturmada geçen sürenin bir fırsat maliyeti söz konusu olacaktır. Parasal cezalandırma ya da soruşturmaya uğrama tehdidi, reçetelendiricinin normal bütçesinin altında kalmasına neden olabilir. Eğer bu durum, sağlık fonunun normal bütçeyi aşağı çekmesine neden olursa, doktor bu kez aşağı çekilmiş fonun altında reçete bedeli tutturmaya çalışacaktır. Hatta, yılın başında ilaç alanlarla yılın sonunda alanlar arasında ilaç sayısı ve fiyatı bakımından farklar da doğabilir ki, bu da refah ve toplumsal dayanışmayı sorgulanabilir hale getirir.

Doktorların reçete yazma süreci: Reçete yazan kişilerin aynı zamanda ilaç satma hakkının da olması ahlaki sorunlara yol açabilir. Eğer ilaç satma hakkı olan doktorlar daha fazla ilaç reçete ederek gelirlerini artırabiliyor ya da bazı ilaçlardan diğerlerine oranla daha yüksek kar payı alıyorsa, ahlaki sorunların olması kaçınılmazdır. Bu sorun nedeniyle, OECD ülkelerini pek çoğunda ilaç reçetelendirme hakkı ile ilaç satma hakkı birbirinden ayrılmıştır. Bu iki hakkın birbirinden ayrıştırılmadığı istisnai ülkeler, doktorların yüzde 5'inden fazlasının ilaç satma hakkı olan Avusturya, İrlanda, Hollanda, İsviçre, İngiltere ve Japonya'dır. Avusturya, Hollanda, İsviçre ve özellikle Japonya'da doktorlar tarafından dağıtılan ilaç hacmi ve değeri, oldukça büyüktür. Sadece Japonya ve Hollanda, ilaç satma hakkı olan doktorların reçetelendirilmiş ilaçların seçiminde finansal güdü taşıdığı açık olan ülkelerdir. Hollanda'da sadece seyrek nüfusun olduğu ve eczane-nin bulunmadığı yerlerde doktorların ilaç satma hakkı olmasına karşın, tüm reçetelerin yüzde 30'unu bunlar karşılamaktadır. İngiltere'de de Hollanda gibi sadece seyrek nüfu-

sun olduğu ve eczanenin bulunmadığı yerlerde doktorların ilaç satma hakkı vardır. Ancak sattıkları ilaçların pazar değeri (1995 yılında yüzde 5.6), kendilerinin tüm doktorlar arasındaki oranından daha düşüktür (yüzde 14). Başka bir konu da, İngiltere’de ilaç satma hakkı olan doktorların tipki eczacılar gibi, sattıkları ürün üzerinden indirim alma hakları olmasıdır. Doktorlara yetkililer tarafından yapılan geri ödeme 9.57 oranında indirim aldıkları varsayımına dayanılarak yapılmasına karşın, doktorlar genellikle daha fazla indirim alırlar. Böylece, ilaç satma hakkı doktorlar için ek bir gelir sağlar. Japonya vakası ise şaşırtıcıdır. Herhangi bir doktor ilaç satma hakkını elde edebilir. Satın alınan ilaçlar ve Ulusal Sağlık Sigortası’nın geri ödeme fiyatları arasındaki fark, gelirlere eklenmektedir. Bu nedenle, doktorlar daha yüksek kar marjı olan ilaçları yazmak konusunda güdülenirler.

Yine de, OECD ülkeleri içinde, ilaç satma hakkı olan doktorların oranı sınırlıdır. Avusturya, Hollanda, İsviçre ve Japonya’daki durum istisnai olarak kabul edilmelidir (Tablo-6).

Tablo-6: OECD Ülkelerinde Doktorların İlaç Satma Hakkı

ÜLKELER	DOKTÖR ORANI %	HACİM %	DEĞER %	İLAÇ SEÇMEK KAR KAYNAĞI MI
Avusturya	7	16.3 (1996)	15.2 (1996)	Hayır
Belçika	0			
Danimarka	0			
Finlandiya	0			
Fransa	0			
Almanya	0			
Yunanistan	0			
İrlanda	14		3.8	Hayır
İtalya	0			
Hollanda	12	Yaklaşık 30		Evet. Jenerikte doktorlar üçte bir oranında kazanç sağlıyor.
Portekiz	0			
İspanya	0			
İsveç	0			
İngiltere	14		5.6 (1995)	Muhtemelen evet.
Çek Cumhuriyeti	0			
Macaristan	Az, kırsal bölgelerde			
İzlanda	Göz ardı edilebilir			
Norveç	0			
İsviçre	25 (1997)	20		Hayır
Türkiye	0			
Avustralya	5’in altında			
Kanada	0			
Japonya	70	Ortalama 70		Tüm doktorlar ilaç satabilir.
Meksika	0			
Yeni Zelanda	5’in altında			
ABD	Var			Muhtemelen hayır.

Doktorlar üzerindeki finansal etkiler: Avrupa Birliği dışında hiçbir OECD ülkesinde doktorlar ilaç bütçeleri gerekçesi ile cezalandırma ya da ödüllendirme almazlar. ABD'de bunun yapılması federal programlarla açık olarak yasaklanmıştır. Ancak, benzer bir sistemin sağlık bakım kuruluşlarının özel sektör planları arasında yer alması olasılığı büyüktür. Avrupa Birliği ülkelerinde ise, İrlanda, İspanya ve İngiltere'de yürürlükte olan finansal ödüllendirme sistemi aşağıda incelenmektedir. Almanya'da deneysel bir finansal cezalandırma sistemi pilot uygulama aşamasındadır. Fransa'da da benzer bir sisteme geçme beklentisi vardır (Tablo-7).

Tablo-7: İlaç Bütçe Tasarruflarının Doktorlar Üzerindeki Finansal Etkileri

ÜLKE	ETKİ BİÇİMİ	AÇIKLAMA
Avusturya	Tasarı yok	
Belçika	Tasarı yok	
Danimarka	Tasarı yok	
Finlandiya	Tasarı yok	
Fransa	Finansal ceza içeren yeni bir sistem olasılık dahilinde	
Almanya	Para cezasının hesap edilmeyen etkileri	Yeni bir sistemin pilot uygulaması yapılıyor.
Yunanistan	Tasarı yok	
İrlanda	1993'ten beri iki yeni şema	Ödüller uygulamayı geliştirmeye harcanyor
İtalya	Doktorlar tasarrufun bir kısmını alıyor	30 kişilik bir proje ekibi çalışıyor
Hollanda	Sadece ilaç satma hakkı olan doktorlar jenerik ilaçlardan kazanıyor	<i>Bir önceki bölüme bakın</i>
Portekiz	Yok	
İspanya	İlaç bütçesini geçmeyenler ödüllendiriliyor	Kimi yerel otoritelerce yapılmış bireysel şemalar
İsveç	Yok	
İngiltere	Ödüller uygulamayı geliştirmeye harcanyor	Reçetelendirme üzerinde bazı etkileri biliniyor. Fazla harcama cezalandırılmıyor.
Çek Cumhuriyeti	Tasarı yok	
Macaristan	Tasarı yok	
İzlanda	Tasarı yok	
Norveç	Tasarı yok	
İsviçre	Tasarı yok	
Türkiye	Tasarı yok	
Avustralya	Tasarı yok	
Kanada	Tasarı yok	
Japonya	Sadece ilaç satma hakkı olan doktorlar üzerinde	Bir önceki bölüme bakın
Meksika	Tasarı yok	
Yeni Zelanda	Tasarı yok	
ABD	Federal düzeyde izin verilmemekle birlikte, özel sektör planlarında olma olasılığı yüksek	

Tablo-8: OECD Ülkelerinde Doktorlar Üzerinde Etkiler

ETKİLER	AB ÜYESİ ÜLKELER																DİĞER AVRUPA										DİĞER OECD				
	AUS	BE	DE	FI	FR	GE	GR	IR	IT	LU	NE	PO	SP	SW	UK	CR	HU	IC	NO	PO	SW	TR	AU	CA	JA	ME	NZ	US			
Jenerik yazmalar konusunda doktorlar üzerinde finansal etki	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1		1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Jenerik yazmalar konusunda doktorlar üzerinde finansal olmayan etki	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1		1	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1			
Tıp öğrencilerinin orijinal değil jenerik yazma konusunda cesaretlendirilmesi	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1			1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0		
Aktif etken madde patent koruması alındıktan jenerik yazmak için tıp öğrencilerine isim öğretme	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0			1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	1	1		
PC tabanlı fiyat verilerine doğrudan ulaşım	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0			1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Veritabanının sadece sınırlı sayıda ilacı kapsaması	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0				1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
Veritabanından reçete de basabilme olanağı	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1				1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		
Basılan reçetelerin eşdeğer ilaç için işaret kutusu taşıması	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1				0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0		
Taşıyorsa, amacı jenerik eşdeğeri engellemek																															
Jenerik eşdeğere izin vermek																															
Düzenlemelerin jenerik talebinde önemli değişikliğe yol açıp açmadığı	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1																				

3.2. Eczacıları İlgilendiren Ekonomik Konular

Serbest eczacıların geleneksel rolleri doktorların reçetelendirdiği ilaçları satmak, ilk danışma kaynağı olmak ve reçete gerektirmeyen ciddi olmayan rahatsızlıklarda tedavi önermektir. Tarihsel olarak, eczacıların reçete fiyatları konusunda reçeteler doktorlar tarafından yazıldığı için, hiçbir etkileri yoktur. Ancak, son zamanlarda sağlık fonları tarafından geri ödenen ilaçlarda eczacıya fiyat belirleme yetkisi veren iki farklı yol açılmıştır:

- Daha ucuz ilaç dağıttıklarında indirimden bir kısmını kendi hesaplarına koruyabilmek,
- Jenerik eşdeğer ilaç verme yetkisi.

Üreticinin depocuya, depocunun ise eczacıya yönelik indirim önermesi bazı ülkelerde yasaklanmış, bazı ülkelerde kurallara bağlanmış, bazı başka ülkelerde ise cesaretlendirilmektedir. İndirimler normal pazarlarda standart bir rekabet formudur ve genellikle son ödeme yapanın çıkarıdır. AB üyesi ülkeler içinde kamu sağlık fonları genellikle son ödeme yapandır ve bu durumdur ki, eczacının aldığı indirimin bir kısmı ya da tamamını ortadan kaldırmaya yönelik çabaları meşrulaştırır. Eğer farklı kaynaklardan gelen tüm ürünler aynı terapötik etkiyi gösteriyorsa, daha fazla indirimde sahip olan ilacı hastaya vermek, hastanın refahı açısından bir sorun teşkil etmez. Ancak terapötik eşdeğer ilaç verme konusunda ahlaki yozlaşma olasılığı daha yüksektir. Aynı kimyasal gruptan olsalar bile, farklı moleküller aynı terapötik etkiyi göstermeyebilirler. Eğer hem ilaç reçete edenler, hem de yetkililer eczacının terapötik eşdeğer vermesine yetki vermişse, ilacın terapötik etkisinden ziyade, belirli bir ilacı seçmekle açığa çıkacak finansal ödüllendirme temel güdüleyici haline gelebilir. Eğer eczacı farklı ilaçlar için değişen oranlarda indirim alıyorsa, daha ucuz ürünleri hastaya vermek konusunda isteksiz olacaktır. Bunun için Fransa gibi bazı ülkelerde bu sistem tersine çevrilerek, yani daha yüksek fiyatlı ürünler için daha küçük mark-up yüzdeleri belirlenerek, eczacının ucuz ürün verme konusundaki isteksizliği ortadan kaldırılmaya çalışılmıştır.

a- Finansal Etkiler: Jenerik eşdeğer olan ilaç vermenin eczacılar üzerindeki finansal etkileri belirli örnek ülkeler üzerinden tartışılacaktır.

AB İçinde

Fransa: Fransa görece olarak pahalı ilaçların mark-up oranlarını düşük tutmaktadır. Ancak, jenerik ilaç reçetelendirmesini özendirme amacıyla hükümet sadece iki farklı mark-up oranı ve dağıtılan ilaçların her bir kutusu için ücret kesme uygulamasına başlamıştır. Bu durum, jeneriklerin orijinallere tercih edilmesini gündeme getirmektedir.

İrlanda: İrlanda'daki yasal düzenlemeler eczacıların ücretler üzerinden rekabet etmesini önleyicidir. Bu nedenle, eczacı karı depocuların kendilerine yaptığı indirim oranları ve bonuslarla değişmektedir. İndirimlerin orijinal ilaçları mı yoksa jenerik ilaçları mı

teşvik ettiği sorusunun cevabı ise, eczanenin boyutuna ve eczacının alım gücüne bağlı olarak değişmektedir.

Hollanda: Eczacı, verdiği jenerik eşdeğer ilaç ile orijinal ilaç arasındaki fiyat farkının üçte birini almakta, geri kalan üçte iki ise sağlık fonuna aktarılmaktadır. Bu sistem, jenerik ilaç satışını özendirici bir sistemdir ve hem de sağlık harcamalarında doğrudan bir tasarruf sağlamaktadır.

İngiltere: İngiltere'de eczacılar jenerikler de dahil olmak üzere tüm ilaçları alırken depocudan indirim istemek konusunda teşvik edilir. İlkesel olarak, eczacılar nakit parayı tutar. Bu sistem tüm reçeteli ilaçlara uygulanır.

AB Dışında

Avustralya: Jenerik ve orijinal ilaç üreticileri fiyat üzerinden indirim yapar.

Kanada: Quebec eyaletinde eczacılar özel sektöre jenerik ilaç sattıklarında daha fazla kar ederler.

ABD: Eczacılar indirim alır. Eğer jenerik ilaçtaki indirim daha fazla ise, eşdeğer ilaç yazma konusunda finansal bir güdülenme açığa çıkar.

b- Finansal Olmayan Etkiler

AB İçinde

Danimarka: Hekim aksini belirtmediği sürece, ucuz eşdeğer ilaç verilmesi zorunludur. Zorunlu ucuz eşdeğer verilmesi uygulaması, en ucuz olan eşdeğer ilacın fiyatı reçetede yazılıandan yüzde beş ve daha fazla oranda ucuz ise söz konusudur.

Hollanda: Doktorlar jenerik ilaç yazdıkça eczacıların da jenerik ilaç satma oranı artmaktadır. Bir baskı da, sigorta kuruluşlarıyla yapılan anlaşmalar ve doktor-hasta gruplarından kaynaklanmaktadır.

İsveç: Hasta, jenerik ilaç daha ucuzsa onu talep edebilir.

AB Dışında

İzlanda: 'Alınacak en iyiler listesi' ve referans fiyatlandırma sistemi jenerik ilaç tüketimini artırmaktadır.

Türkiye: Reklam ve promosyon jenerik tüketimini etkilemektedir.

Avustralya: Hükümet kampanyaları yoluyla jenerik üretimi özendirilmektedir.

Kanada: Hükümet özel düzenlemelerle jenerik ilaç satışını artırmaya çalışmaktadır.

Tablo-9: OECD Ülkelerinde Eczacılar Üzerinde Etkiler

ETKİLER	AB ÜYESİ ÜLKELER																DİĞER AVRUPA										DİĞER OECD				
	AUS	BE	DE	FI	FR	GE	GR	IR	IT	LU	NE	PO	SP	SW	UK	CR	HU	IC	NO	PO	SW	TR	AU	CA	JA	ME	NZ	US			
Jenerik satımları konusunda eczacılar üzerinde finansal etki	0		0	0		0	0	1			1		0	0	0	0	1	0	0		0	1	1	1		0		1			
Jenerik satımları konusunda eczacılar üzerinde finansal olmayan etki	0		1	0		0	0	0			1		0	1	0	0	0	1	0		1	1	1	1		0		0			
Yasal düzenlemelerin jenerik ilaç satışında önemli bir değişikliğe neden olup olmadığı	0		0	0		0	0	0			1		0	0	0	0	0	1	1		0	0	1	1		0		0			

1- var
0- yok

3.3. Hastaları İlgilendiren Ekonomik Konular

Hasta bir ilacın parasının tamamını ödediğinde, o ilaç bir tüketim malı haline gelir ve tüketim malı olduğu sürece de, pazardaki diğer tüm tüketim mallarıyla bir rekabet içine girer. Ancak, reçeteli bir ilaçla pazarda dolaşan diğer tüketim malları arasındaki fark, hastanın reçeteli ilaçlar hakkında diğer tüketim mallarına kıyasla çok daha az bilgi sahibi olması ve bu nedenle doktorun tavsiyesi ve iznine gerek duymasındır. Farklı katılım payı ödeme sistemleri reçeteli ilaca yönelik talebi etkileyen en önemli faktör olduğundan, OECD ülkeleri içindeki farklı katılım payı sistemlerini değerlendirmek önem taşımaktadır:

3.4. Farklı Hasta Katılım Payı Sistemleri

1. Reçete bedelinin tamamen hasta tarafından ödendiği sistemler,
2. Yıllık finansal eşik üzerine çıkmayan ilaçların tamamen ya da kısmen ödendiği, üzerine çıkarların ise hasta tarafından karşılandığı sistemler,
3. İlacın fiyatına ya da hangi hastalıkta kullanılacağına bağlı olarak oransal katılım payı ödenmesi öngörülen sistemler,
4. 0 ilaç için öngörülen geri ödeme miktarının üzerindeki miktarın hasta katılım payı olarak alındığı sistemler (referans fiyatlandırma sistemi)
5. İlacın fiyatına bakılmaksızın sabit bir katılım payı oranının ödendiği sistemler ve
6. Katılım payı alınmayan sistemler.

Tablo-10 farklı ülkelerde uygulanan katılım payı sistemlerini tanımlamakta ve eğer varsa, sabit katılım payı oranlarını göstermektedir. Katılım payı alınmayan sistemler için katılım payı oranı 0 olarak belirtilmiştir. İlaç fiyatının tamamının hasta tarafından karşılandığı sistemlerde ise katılım payı oranı 100 ile tanımlanmıştır.

Tablo-10: OECD Ülkelerinde Katılım Payı Sistemleri
AB ÜYESİ ÜLKELER

KATILIM PAYI SİSTEMLERİ	AB ÜYESİ ÜLKELER																DİĞER AVRUPA										DİĞER OECD				
	AUS	BE	DE	FI	FR	GE	GR	IR	IT	LU	NE	PO	SP	SW	UK	CR	HU	IC	NO	PO	SW	TR	AU	CA	JA	ME	NZ	US			
Bazı ilaçların bedelinin tamamen hasta tarafından karşılandığı sistemler	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	1			
Reçete bedelinin ilacı alırken hasta tarafından ödendiği durumların yüzdesi		11	9													5	6	24	15	44			25								
Kişi başına düşen yıllık ilaç kotasını aşan miktardan hasta tarafından ödendiği sistemler	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1			
İlaç kotasının altında kalan bölümden alınan katılım payı oranı				96																			83								
Oransal katılım payı	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1			
Sabit oranlı katılım payı sistemi	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1			
Hastanın katılım payı ödediği reçetelerin yüzdesi	80								69								14			10											
Hastanın ödediği katılım payının toplam harcama içindeki oranı	17					16			38						13		36														
Bazı ilaçlarda hiç katılım payı alınmayan sistemler	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1			
Hiç katılım payı alınmayan reçete yüzdesi		3															23	3		3	43		16								

1- VAR
0- YOK

19 OECD ülkesinde bazı reçetelerin tamamının katılım payı hasta tarafından ödenmekte, ancak Fransa gibi bazı ülkelerde, eğer hasta ikincil sigortaya sahipse, ödediği katılım payının bir kısmını sonradan geri alabilmektedir.

Reçeteli ilaçların geri ödenmemesi konusunda iki temel tartışma yürütülmektedir: birincisi toplumsal dayanışma ile ilgilidir. İkinci tartışma ise, hastalıkların tedavi edilmeden bırakılmasının ileride yol açabileceği toplumsal ve ekonomik zararlarla. Toplumsal dayanışma düzeyinin ne olacağı tamamen siyasal karar alma süreçleri tarafından belirlenmektedir. Ancak, tedavi edilmeyen hastalıklar çok daha vahim sonuçlar doğurabilir. ABD Ulusal Eczacılık Konseyi, tedavi edilemeyen hastalıkların yol açtığı hastanede yatış süresinin uzaması, hemşirelik hizmetleri, hekim işgücü kaybı, hasta işgücü kaybı, ameliyat ve bebek ölümleri gibi nedenlerle yıllık 100 milyar USD zarar edildiğine işaret etmektedir.

AB içinde dokuz ülkede reçete bedellerinin tamamı ödenmektedir. Reçetenin tamamı ödenmeyen ülkeler Belçika, Yunanistan, İtalya, Hollanda, Portekiz ve İngiltere'dir. İngiltere'de de özel doktora gidildiği takdirde reçete bedeli ödenmemektedir, ancak bunun oranı çok küçüktür. Danimarka ve Finlandiya'da reçetenin değerine göre yüzde 11 veya 9'u ödenmektedir. AB dışında, Yeni Zelanda'da hastalar 15 dolarına kadar olan reçete bedellerinin tamamını ödemektedir. Bu rakam, çocuklarda, yoksullarda ve yıllık 15 reçeteden fazlasına gereksinim duyanlarda daha düşüktür.

3.4.1. Eşiğin Altı İçin Katılım Payı Alma Sistemi

Sistemin avantajları hakkında ileri sürülen argümanlar şunlardır:

1. Kişileri sağlık bakımı hakkında duyarlı kılar,
2. Kişileri reçetelerinin bireysel maliyetleri hakkında duyarlı kılar,
3. Sağlık sistemi içindeki toplumsal dayanışma kavramını somutlaştırır.

AB içinde sistem, Finlandiya, Almanya, İrlanda, Hollanda ve İsveç'te geçerlidir. Danimarka da bu sistemi incelemektedir. Yedi diğer OECD ülkesi de bu sistemi kullanmaktadır. Son yıllarda Finlandiya'da eşiği aşmayan reçete oranı yüzde 96, Norveç'te % 0-5 (hacim olarak), Avustralya'da ise hacim olarak yüzde 81.5, değer olarak ise yüzde 83.1'dir.

Danimarka: İsveç'teki sistem incelenmektedir. Planlanan eşik 315 ECU'dir. Sistem 1990-1992 arasında da uygulanmış, ancak eşik değer olan 122 ECU düşük bulunduğu için kaldırılmıştır.

İrlanda: 15 hastalığın yer aldığı uzun dönemli hastalık şeması dahilindeki ilaçların tamamı ödenmektedir. Nüfusun yüzde 40'ı ise diğer bir sağlık şeması olan Genel Sağlık Hizmetleri Şeması içinde yer aldığından, onlardan da katılım payı alınmamaktadır. Diğer tüketiciler üç aylık dönemlerde 129 ECU, yıllık olarak ise 514 ECU'yü aşan ilaç harcamalarını kendileri karşılamak durumundadır.

Finlandiya: Finlandiya'da eşik değer 630 ECU'dür.

Almanya: Referans fiyatlandırma sistemi ile birlikte paket büyüklüklerine bağlı olarak sabit katılım payı ödemesi sistemi geçerlidir. Eşik değerler gelir bantlarına göre düzenlenmiştir:

- Eski Doğu Almanya'da yıllık geliri 31.066 ECU olanların gelirlerinin yüzde 2'si
- Eski Batı Almanya'da yıllık geliri 36.548 ECU olanların gelirlerinin yüzde 2'si
- Daha yüksek gelir sahiplerinin gelirlerinin yüzde 4'ü.

Hollanda: Hollanda'da eşik değer 106 ECU'dür. Eşik değer uygulanır ilaç sayısı sınırlıdır.

İsvetç: Diyabet dışında diğer tüm ilaçları kapsayan bir eşik şeması 1 Ocak 1997'de yürürlüğe girmiştir. 12 aylık dönemlerde hastalar reçetelendirilmiş ilaçlarının ilk 54 ECU'sünü kendileri öder. Daha sonra toplam miktara bağlı olarak yüzde 50, 25 ve son olarak yüzde 10'unu öder. Bireyin yıllık ilaç harcaması 173 ECU'yü geçince ilaçlar ücretsiz hale gelir.

İngiltere: Böyle bir eşik yoktur, ancak hastalara yıllık olarak dağıtılan 'mevsim bileti' uygulaması vardır. Bu uygulama çerçevesinde hastalara 112 ECU'luk birer mevsim bileti verilir.

Diğer OECD Ülkeleri

Kanada: Federal, bölgesel ve mülki idareler düzeyinde farklı ilaç planları söz konusudur. İngiliz Kolombiya'sında bazı planlar 179 ile 538 ECU arasında değişen oranlarda eşik değer uygulamaktadır. Quebec'te ise eşik değer 179 ile 670 ECU arasında değişmektedir.

ABD: Katılım payı uygulamaları farklı sigorta planlarına göre değişmektedir. Bazı planlar paket limiti olarak 500-1000 USD arasında değerler belirlerken, diğer bazı planlarda diğer tüm hizmetlerde bu tarz kotalar olmasına karşın, ilaç harcamaları için hiçbir kota konulmamıştır.

Tablo-11: Reçeteli İlaçlarda Bireysel Eşik Ödemeleri

ÜLKE	YILLIK EŞİK (ECU)	YORUM
Danimarka	315	Önerilen eşik sistemi. Henüz uygulanmıyor.
Finlandiya	630	
Almanya	676	Gelirin %2'si. Dolayısıyla değişken.
İrlanda	514	Nüfusun sadece bir kısmını kapsıyor.
Hollanda	106	
Norveç	163	Hastane harcamalarını da içeriyor.
İsveç	173	1997'de uygulama başladı.
İngiltere	112	Gönüllü 'mevsim bileti' uygulaması
Avustralya	91 ya da 335	Düşük rakam çok az, yüksek rakam çok yaygın.
Kanada	Değişken	<i>Metne bakın</i>
Yeni Zelanda		Para eşiği yok. 15 reçeteden sonra daha düşük.
İsviçre	433	Diğer harcamaları da içeriyor.
ABD	446-893 arası	Sağlık planının koşullarına göre değişiyor.

3.4.2. Oransal Katılım Payları

Oransal katılım paylarının arkasındaki mantık, daha ciddi hastalıkları olan kişilerin hiç katılım payı ödememesi ya da mümkün olduğunca az ödemesini sağlayacak bir toplumsal dayanışma geliştirmektir. Ancak, bunu uygulayan ülkelere bakıldığında, eşik sisteminde oranla hastaların ilaç fiyatlarına ilişkin duyarlılığını azalttığı gözlenmiştir. Jenerik ilaçların fiyatları orijinal markaların fiyatlarından yüzde 25-50 oranında ucuz olmasına karşın, hastanın yüzde 25 katılım payı ödediği varsayıldığında, orijinal ilaç ve jenerik arasındaki fiyat farkı hastaya anlamlı görünmeyebilir. Tablo-12'de gösterildiği gibi oransal katılım payları dokuz AB ülkesinde uygulanmaktadır.

Tablo-12: Bazı OECD Ülkelerinde Katılım Payı Oranları %

ÜLKE	KATILIM PAYI	YORUM
Danimarka	0, 25,3, 50,2, 100	Sadece ensülin tamamen geri ödenmektedir.
Finlandiya	0, 25, 50, 100	
Fransa	0, 35, 65, 100	
Yunanistan	25	
Lüksembourg	0, 20, 60, 100	
Norveç	0, 16, 36	Hastanın yaşına ya da son kullanıcıya göre değişir
İtalya	0, 50, 100	
Portekiz	0, 30, 60	
İspanya	40	
Kanada	Çeşitli	Belirli eyaletlerde
Japonya	20 ya da 30	
ABD	Çeşitli	Sağlık planına göre değişir

3.4.3. Referans Fiyatlandırma Sistemi

Referans fiyatlandırma, verili bir ülkenin pazarındaki fiyatları karşılaştırmak için kullanılır. Ancak ilaçlar için referans fiyatlandırma sistemi, ülke sınırlarını aşan bir anlamda kullanılmaktadır. Bu sınır ötesi karşılaştırma, yeni orijinal ilaçları da kapsayacak şekilde hem AB hem de diğer OECD ülkelerinde yaygın olarak kullanılmaktadır.

Referans fiyatlandırma sisteminin mantığı, sağlık fonlarının aynı etken maddeyi içeren ilaçlara daha fazla para ödememelerini sağlamaktadır. Doktor ve hastaların bakış açısına göre, referans fiyatlandırma farklı ilaçlar arasında birini seçme olanağı tanımaktadır. Hasta ve reçeteyi yazan kişi, birlikte referans fiyatlar içinde kalan bir ilacı reçetelemek suretiyle herhangi bir katılım payı ödenmemesini sağlayabilirler. Aynı zamanda, bazı avantajları olan ancak katılım payı ödenmesini gerektiren ilaçları seçmek de tamamen hastanın ve reçeteyi yazan kişinin inisiyatifindedir. Yetkililer referans fiyatlandırma sistemini maliyeti azaltan bir öge olarak değerlendirmektedir. Ülkelere göre değerlendirildiğinde, bu sistem altı AB ülkesinde ve ek olarak yedi OECD ülkesinde uygulanmaktadır.

Tablo-13: İlaç Bütçe Tasarruflarının Doktorlar Üzerindeki Finansal Etkileri

ÜLKE	REFERANS FİYATLANDIRMA SİSTEMİ TANIMI	HASTANIN KATKISI (%)
Danimarka	Tüm çok kaynaklı ürünler referans fiyatlandırmaya tabidir. Referans fiyat, en ucuz iki kalem ilacın günlük dozlarına dayanarak hesaplanır.	%42. Ancak bu rakam, referans sistemine dahil olmayan katılım payı oranlarını da içermektedir.
Almanya	Karmaşık bir aritmetik formül.	Hacim üzerinden %1.3 Hacim üzerinden %0.2
Hollanda	Her grupta günlük doz üzerinden hesaplanan ortalama fiyat	Çok düşük
İspanya	Referans fiyatlandırma planlanıyor	
İsveç	Referans fiyat gruptaki en ucuz ilacın yüzde 10 fazlasıdır.	Değer üzerinden %50.
Çek Cumhuriyeti		%15
İzlanda	Gruptaki en düşük fiyatlı ürünün fiyatı	
Norveç	Gruptaki en düşük fiyatlı ürünün fiyatının %5 fazlası	
Polonya	Eşdeğerliğe ya da farmakoterapik etkilerine göre gruplanır.	Reçetelerin %40'ı.
Avustralya	Marka primleri ve dört terapötik grup primleri	Hacim üzerinden reçetelerin %29'u (1997).
Yeni Zelanda	Terapötik alt gruptaki en ucuz ilacın fiyatı	

3.4.4. Sabit Oranlı Katılım Payı Sistemi

İlacın fiyatına ya da koşullara göre değişmeyen katılım payıdır ve hastanın kullandığı ilacın fiyatının bir kısmını karşılaması esasına dayanan bir sistemdir. Sabit oranlar aynı zamanda toplumsal dayanışma için de önemlidir. Ancak bu sistemde genellikle hastaların ilacın fiyatı hakkında bütüncül bir bilgileri olmaz. Böyle olunca da, hastanın ve tabii reçete yazan kişinin de çeşitli alternatifler arasından tercih yapma olasılığı azalır. Aynı durum, orijinal ve jenerik ilaçlar için de söz konusudur. Sabit oranlı katılım payındaki artış, ilaç talebini azaltabilir. Örneğin, Almanya'da 1996 yılından 1997'ye geçildiğinde artırılan sabit katılım payı oranı ilaç talebini yüzde 3.3 oranında azaltmıştır. Buna karşın, satış değeri yüzde 2.1 oranında ve her bir paketin birim değeri ise yüzde 5.7 oranında artış göstermiştir. AB ülkelerinden dört tanesinde ve buna ek olarak üç Avrupa ülkesinde sabit oranlı katılım payı sistemi genellikle diğer sistemlerle karma bir biçimde uygulanmaktadır.

Katılım payı oranı ülke içinde sabit olmasına karşın, ülkeden ülkeye büyük farklılık göstermektedir. Örneğin son yıllarda Avusturya'da alınan katılım payı yüzde 80'ken, İtalya'da yüzde 69, Macaristan'da yüzde 14, Polonya'da yüzde 10 ve İngiltere'de yüzde 13'tür (Tablo-14)

Tablo-14: İlaç Bütçe Tasarruflarının Doktorlar Üzerindeki Finansal Etkileri

ÜLKE	ECU	KATILIM PAYI ÖDENEN REÇETE ORANI	AÇIKLAMA
Avusturya	3.0	80	Maliyeti daha düşük ise, eczacı liste fiyatını söyler.
Almanya	4.5, 5.5 ve 6.5		Paket büyüklüğüne göre değişir.
İtalya	1.5 ve 3.1	69	Tek reçete için daha düşük.
İngiltere	8.5	13	Yıllık mevsim bileti tutarı 120 ECU
Polonya	0.4		Gerekli ilaçlar listesi için uygulanır. Diğer ilaçlarda katılım payı sabit değil.
Kanada	8.1		65 yaş üstü olup New Brunswick'te oturanlar için geçerlidir.
ABD	4.5, 8.9		Kimi sağlık planlarında sabit oranlı katılım payı uygulanmaktadır.

3.4.5. Serbest İlaçlar- Sıfır Katılım Payı

Hastanelerde kullanılan ilaçlardan genellikle katılım payı alınmaz.

Japonya dışındaki tüm ülkeler, özellikle yaşlı ve ihtiyacı olan kimselerden, MS, kanser veya psikotik bozukluklar gibi ciddi ya da kronik hastalık durumlarında katılım payı almazlar. Serbest ilaç alımını sağlayan koşullardaki farklılaşma, OECD ülkeleri içinde top-

lumsal dayanışma örüntülerinin de ne kadar farklılaştığını göstermektedir. Bu düzeyde, en cömert ülkenin İngiltere olduğunu ifade etmek gerekir. İngiltere'de tüm ilaçların hacim olarak yüzde 87'sinden katılım payı alınmamaktadır.

Tanımı gereği, serbest ilaç tüketicinin tüm seçme hakkını elinden alır ve bu hakkı sadece ilacı yazanın ellerine bırakır. Reçete yazan kişiler yazacakları ilacın hangisi olacağına ilaç rehberlerinden, finansal güdüler ve finansal olmayan etkiler altında kalarak karar verirler.

Katılım payı alınmayan ilaçların oranı arttıkça hükümetlerin jenerik ilaç kullanımının üzerinde daha fazla duracakları ileri sürülebilir (Tablo-15).

Tablo-15: İlaç Bütçe Tasarruflarının Doktorlar Üzerindeki Finansal Etkileri

ÜLKE	ETKİ BİÇİMİ	KATILIM PAYI ALINMAYAN REÇETE ORANI
Avusturya	Nüfusun yüzde 18'i sosyal koruma dışındadır.	
Belçika	Kanser, diyabet, tüberküloz ve epilepsi gibi zorunlu ilaçlardan katılım payı alınmaz.	
Danimarka	Sadece ensülin serbesttir.	Değer olarak %3.2
Finlandiya	Venereal hastalıklar ve trafik kazası kurbanları	
Fransa	Farklı gruplar sosyal koruma dışındadır.	
Almanya	Çocuklar, düşük gelirli ve kronik hastalığı olanlar.	1996'da %35
Yunanistan	Hamile ve emzikli kadınlar, özürlüler, kronik hastalığı olanlar.	
İrlanda	Nüfusun %38'i ve 15 kronik hastalıktan birine sahip olanlar.	
İtalya	A sınıfı ilaçlar. Tamamen özürlü askerler ve sivil özürlüler.	A sınıfı ilaçlarda %44.5 (1996)
Lüksembourg	Bazı hayati ilaçlar	
Hollanda	Özürlüler ve kronik hastalar.	
Portekiz	Bazı emekliler.	
İspanya	Özürlüler ve 60 yaş üzerindekiiler.	1996'da sadece %8
İsveç	Sadece diyabetikler.	
İngiltere	60 yaş üstü, 18 yaş altı, hamile ve 1 yaşından küçük çocuğu olan kadınlar, fakirler ve kronik hastalar.	1996'da %87
Çek Cumhuriyeti	Katılım payı alınmayan ilaç yok.	
Macaristan	Hayati, yüksek maliyetli, kronik hastalıklarda kullanılan ilaçlar.	1997'de hacim olarak %3.2, değer olarak %16.
İzlanda	Diyabet, hemofili, glökomun da dahil olduğu altı kategori.	
Norveç	Tüberküloz ve HIV-AIDS gibi bulaşıcı hastalıklar.	
İsviçre	Yoksullar ve kronik hastalar	1996'da değer olarak %13.
Türkiye	Yaklaşık 100 ilaç.	
Avustralya		96-97'de hacim olarak %15.9, değer olarak %14.0.
Kanada	CYBH ve tüberküloz gibi hastalıklar için bazı eyaletlerde katılım payı alınmaz.	
Japonya	Yok	
Meksika	Sosyal güvenlik içindekilere tüm ilaçlar. Olmayanların ödemesi gerekir ancak uygulamada ödenmemektedir.	1997'de hacim olarak %40, değer olarak %30.0.
Yeni Zelanda	6 yaşın altındaki çocuklar.	
ABD	Düşük gelirli insanlar	

3.5. Veri Tabanı Oluşturma

Elektronik veri kaynakları: Doğru ve güncel bilginin pazarın çalışmasını kolaylaştırması, ekonominin genel bir kuralıdır. Farklı ambalaj ve boyutlarda birkaç bin ürünün varlığı, doktorların karşılaştırmalı fiyat bilgisine sahip olmasını zorlaştırmaktadır. Bilgisayar teknolojisi; bu zorluğun üstesinden gelmek konusunda önemli bir adım olmuştur. Veri tabanlarıyla ilgili en önemli sorunlar şunlardır:

- Hangi bilgiler içerilecektir?
- Veritabanını kurma ve güncelleme işini kim yapacaktır?
- Kullanıcı nasıl ücret ödeyecektir?
- Reçete yazan kişiler hangi güdü ile bu veritabanına sahip olacak ve kullanacaktır?

Veri tabanlarının oluşturulmasında sağlık sigortaları, ilaç şirketleri önemli iki yapıdır. Reçete yazan kişiler de kişisel ilaç bütçelerini aşmak istemiyorlarsa bu veritabanı işlerini çok kolaylaştırmaktadır. Hatta, reçetenin çıktısını alabilecekleri bir veri tabanı, zaman tasarrufu da sağlamaktadır. Şu anda reçete yazan veritabanları hem teknoloji hem de kullanım olarak ilk aşamalarda. Ancak, reçetelendirme sürecinde büyük etkileri olacağı açıktır. İyi bir veri tabanı, daha çok bilgi sağlayarak, rasyonel reçete yazımını artırır. İrlanda, Almanya, Hollanda, Norveç ve Çek Cumhuriyeti'nde doktorların yüzde 50'den fazlası bir veri tabanına ulaşabilmektedir (Tablo-16).

Tablo-16: Elektronik Veritabanına Ulaşabilen Doktorların Oranı %

ÜLKE	DOKTORLAR
Avusturya	9
Finlandiya	20
Almanya	60
İrlanda	65
İtalya	10
Lüksembourg	<30
Hollanda	60
Norveç	60
Macaristan	15
Çek Cumhuriyeti	50
İngiltere	Pilot uygulama aşamasında
Avustralya	20

AB içinde, Avusturya, İtalya ve Almanya'da veri tabanları farmasötik ürünlerle ilgili bilgileri terapatik gruplara göre listelemektedir. Almanya'da veritabanları bilgiyi etki alanlarına göre sınıflandırır. Almanya'da kullanılan veritabanının sponsoru jenerik üreticileridir ve verili etki alanına yönelik sınırlı sayıda ilacı içermektedir.

Ulusal referans fiyat sistemini esas alarak fiyatlarına göre ilaçları sınıflandıran veritabanının kullanıldığı ülkeler Hollanda ve Almanya'dır. Danimarka'da veritabanlarından sadece en ucuz ilacı öğrenebilirsiniz. Jenerik isimlerine göre ilaç sınıflandırması yapılan veri tabanı Avusturya'da bulunmaktadır. Almanya'da ise veritabanı ilaçları orijinal isimlerine göre sıralamaktadır. Lüksembourg, Hollanda ve İngiltere'de kullanılan veritabanlarında reçete yazmak da olasıdır. Hollanda'da bu tip reçetelerin üzerinde jenerik eşdeğer kullanmak istenip istenmediğine dair bir işaret kutucuğu da bulunmaktadır. AB dışındaki ülkelerden Çek Cumhuriyeti ve İzlanda'da kullanılan veritabanları, farmasötik ürünleri ATC (anatomik-terapötik-kimyasal) sistemine göre sınıflamaktadır. İsviçre ve Avustralya'da ise terapötik sınıflandırma sistemi kullanılır. Macaristan'da verili bir endikasyon için sınırlı sayıda ilaca ait bilgiyi içeren bir veritabanı mevcuttur. Norveç'te ilaçlar alfabetik olarak listelenmiştir. Sayılan tüm bu ülkelerde veritabanı içinde reçete yazdırmak mümkündür, ek olarak Macaristan ve Avustralya'da jenerik eşdeğer vermeye izin vermek ya da engellemek için kullanılan işaret kutucukları vardır.

Veritabanı maliyetleri üçe ayrılır: Birincisi, kurulum maliyetleri, ikincisi güncelleme maliyetleri ve son olarak kullanıcı maliyetleri. OECD ülkelerinde bu maliyetlerin kimler tarafından karşılandığı büyük bir çeşitlilik göstermektedir.

AB içinde, Avusturya ve Finlandiya'da veritabanlarının kurulum maliyeti sağlık sigorta sistemi tarafından karşılanmıştır. Finlandiya veritabanı aynı zamanda Ulusal Sağlık Hizmeti ve yerel kamu kurumları tarafından kısmi olarak finanse edilmektedir. Doktorlar ilaç şirketleri aracılığıyla da veri tabanını kullanabilmektedir. İngiltere'de veritabanının tüm finansmanı Sağlık Bakanlığı tarafından, Danimarka'da ise ilaç şirketlerinin kurduğu konsorsiyum tarafından karşılanmaktadır. Almanya ve İrlanda'da tüm kurulum maliyetleri özel şirketlerce karşılanmıştır.

Bilgiye ulaşma konusundaki maliyetlerin karşılanma biçimi de çeşitlilik arz eder. Danimarka'da tamamen, Avusturya ve Finlandiya'da ise kısmen bilgiye ulaşma serbesttir. Finlandiya'da Finlandiya Sosyal Sigortalar Kurumu tarafından güncellenen bilgiye ancak doktorlar ücretsiz olarak ulaşabilmekte, Avusturya'da ise ulaşımın ücretli olup olmadığı, ücretler çok düşük olsa da, ilgili sosyal güvenlik sağlayıcısına göre değişmektedir. AB

dışında, Macaristan ve İzlanda'da kurulum bedeli tamamen hükümet tarafından karşılanmıştır. Norveç'te veritabanından ancak belirli bir ücret karşılığında yararlanılabilir. Çek Cumhuriyeti ve Avustralya'da veritabanının güncellenme maliyetini özel kuruluşlar karşılamaktadır. Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve İzlanda'da veritabanına ulaşım ücretsizdir. İsviçre'de veritabanı için ödenen ücretler hükümet tarafından desteklenir. Norveç ve Avustralya'da tamamen kullanıcı tarafından karşılanır.

4. JENERİK ÜRÜNLERİN FİYATLANDIRILMASI

Patentli orijinal ilaçlarla jenerik ilaçlar fiyat konusunda rekabet ederler. Sağlık fonlarının bu durumdan yarar sağlamasında temel iki yaklaşım söz konusudur:

* Sağlık fonu, eczacılara jenerik ürünler için geri ödeme yapılacak ve orijinallerinden belirli bir oranda düşük olan fiyatları özel olarak belirleyebilir. Böylece, hastanın geri ödeme fiyatının üstündeki herhangi bir çok kaynaklı ürün için ek ödeme yapmasını gerekli kılar.

* Sağlık fonu, pazardaki bir rekabet oluşmasına izin vererek her bir jenerik ürünün ticari fiyatını belirleyebilir ve eczacılara bu fiyattan geri ödeme yapar.

İlk yöntem, basit olması bakımından faydalıdır ve sağlık fonlarının kendi harcamalarını tahmin edebilmesini sağlar. Ancak, sağlık fonları, belirledikleri oranın, pazarda sonuçlanacak miktar kadar düşük olup olmadığını bilemezler. Eğer jenerik üreticileri, ürünü sağlık fonlarıncı belirlenenden daha düşük fiyata satmak isterse, sağlık fonu gerekli olandan daha yüksek bir ödeme yapar. İkinci yöntem, sağlık fonlarının jenerik ürünler için pazar oranını ödemesini garantiler ki bu ekonomik olarak arzulanan bir durumdur. Ancak, bu sistem, pazardaki fiyat değişimleri ile eczacıların aldığı indirimlerin izlenmesini ve bunun ardından indirimlerin aynı şekilde telafi edilmesini gerektirir. Bu yöntemin yönetsel açıdan daha zor olduğu söylenebilir.