



**ÇSGB**

T.C. ÇALIŞMA VE  
SOSYAL GÜVENLİK  
BAKANLIĞI



**SGK**  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU

# Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımındaki Etkin Rolü ve Farmakoekonomi







T.C.  
SOSYAL GÜVENLİK KURUMU



T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ

# Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımındaki Etkin Rolü ve Farmakoekonomi





## **Sahibi**

T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 2013

SGK Yayın No: 114

www.sgk.gov.tr

e-posta: gsspolitikaproje@sgk.gov.tr

Her türlü hakkı Sosyal Güvenlik Kurumu'na aittir.

Kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

Bu kitap Sosyal Güvenlik Kurumu ile Marmara Üniversitesi tarafından yürütülen "Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Akılcı İlaç Kullanımı Etkinliklerine Yönelik Alt Yapı Oluşturma ve Geliştirme Projesi" kapsamında hazırlanmıştır.

ISBN: 978-605-4844-07-4

Ankara, Eylül 2013

Baskı-Cilt: Kayhan Matbaacılık San. ve Tic. Ltd. Şti.

Adres: Davutpaşa Cad. Güven San. Sit. C Blok No: 244 Topkapı/İstanbul

Tel: 0 212 612 31 85

Sertifika No: 12156

## **Editör**

Prof. Dr. Ahmet AKICI

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji ABD

## **Yazarlar**

Prof. Dr. Ahmet AKICI

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji ABD

Prof. Dr. Ayşegül YILDIRIM KAPTANOĞLU

Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü

## **Yayın Hazırlık Kurulu**

Dr. Mümine Nurdan DOĞUKAN

Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

Başak DÖNERTAŞ

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji ABD

Anıl NAYMAN

Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

Seda KUTLUER

Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

Nuray ÖZTÜRK

Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü

## **Gözden Geçiren**

Doç. Dr. Arzu UZUNER

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği ABD

## **Grafik Tasarım**

Öğr. Görv. Didem DAYI /// Ardan ERGÜVEN

Marmara Üniversitesi Güzel Sanatlar Fakültesi Grafik Bölümü

## SUNUŞ

Akılcı ilaç kullanımı (AİK), sağlık sistemlerinin vazgeçilmez unsurlarından biri halini almıştır. Sosyal güvenlik kurumlarını çok yakından ilgilendiren bu gelişme karşısında başta sağlık sigortacılığı alanında çalışanlar olmak üzere tüm sosyal güvenlik hizmeti sunanların yeterli bilgiye sahip olması beklenir. Sağlık sigortacılığında sunulan tedavi hizmetlerinin nitelik ve niceliğinin yüksek tutulması için AİK'in yaygınlaştırılması bir zorunluluktur. Türkiye de dahil dünya genelinde sıkça karşılaşılan temel sağlık sorunlarından birisi akılcı olmayan ilaç kullanımıdır. Bu sorun, kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmeti sunumunu önemli ölçüde tehdit eder. AİK, tedavi maliyetinin karşılanabilirliği konusunda hem bireyin hem de bağlı olduğu toplumun gücünü dikkate alan hassas bir yaklaşım sergiler. Bu bakımdan farmakoekonomi ile yakından ilişkilidir. Geri ödeme kurumları pek çok yönüyle farmakoekonomiden destek alırlar. AİK, başka katkılarının yanında sosyal güvenlik kurumlarının "tedavi giderleri"ne dair farmakoekonomiyi ilgilendiren tasarruf alanlarında da önemli bakış açısı sunar ve destekleyici rol üstlenir.

Sosyal Güvenlik Kurumu, sağlık alanında topluma sunulan hizmetin en iyi seviyede ulaştırılmasına gayret etmektedir ve AİK konusundaki bilinçlendirme faaliyetlerini öncelikleri arasına koymuştur. Bu kapsamda Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, Marmara Üniversitesi ile işbirliği içerisinde "Sosyal Güvenlik Kurumu'nun Akılcı İlaç Kullanımı Etkinliklerine Yönelik Alt Yapı Oluşturma ve Geliştirme Projesi"ni hayata geçirmiştir. Proje kapsamında Kurumumuz çalışanlarına yönelik genel AİK eğitimi desteği, oldukça önemsenen faaliyetler arasında yer almaktadır. Oldukça titiz bir çalışmanın ürünü olan ve AİK/farmakoekonomi konularında ihtiyaç duyulan, "Sosyal Güvenlik Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımındaki Etkin Rolü ve Farmakoekonomi" adlı bu kitabı siz değerli Kurum çalışanlarına ulaştırmaya yardımcı olmaktan ötürü büyük memnuniyet duymaktayız.

Sosyal Güvenlik Kurumu'nun sizlere armağanı olan bu kitabın AİK'i yaygınlaştırmadaki kıymetli çabalarınızda yararlı olmasını diliyor; Kurumumuz ve Üniversite çalışanları başta olmak üzere bu kitabın sizlerle buluşmasına katkı sunan herkese içten teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Yadigar GÖKALP İLHAN  
Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı

# İÇİNDEKİLER

## BÖLÜM I. GİRİŞ

Prof. Dr. Ahmet Akıcı

- Bu Kitaba Duyulan Gerekksinim 2

## BÖLÜM II. AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Prof. Dr. Ahmet Akıcı

- 2.1. İlaç ve Farmakolojik Kavramlar 6
- 2.2. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı ve Önemi 13
- 2.3. Tedavi Maliyeti ve Akılcı İlaç Kullanımı İlişkisi 14
- 2.4. Ülkemizde İlaç Harcamaları 17
- 2.5. Geri Ödeme Sistemi ve İlaç İsrafının Giderilmesi Çabaları 18
- 2.6. Akılcı İlaç Kullanımını İle İlgili Dünyadaki ve Türkiye'deki Durum 22
- 2.7. Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri 26
- 2.8. Akılcı Reçete Yazma Süreci 30

## BÖLÜM III: SOSYAL GÜVENLİK KURUMU ÇALIŞANLARI VE AKILCI İLAÇ KULLANIMI

Prof. Dr. Ahmet Akıcı

- 3.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarındaki Rolü 34
- 3.2. İlaç Fiyatlandırması ve Geri Ödeme Kapsamına Alınması 37
- 3.3. Sağlık Uygulama Tebliği'nin İlaç Kullanımına Etkisi 39
- 3.4. Tedavi Rehberlerinin İlaç Kullanımına Etkileri 41
- 3.5. Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının İlaç Kullanımı İşlemlerinde İlaç Bilgi Kaynaklarından Yararlanması 43
- 3.6. Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımı Sürecinde Sağlık Çalışanlarıyla İletişimi 47

## BÖLÜM IV: EKONOMİDEN FARMAKOEKONOMİYE UZANAN YOL

Prof. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu

- 4.1. Temel Ekonomik Kavramlar 50
- 4.2. Ekonomik Sistemler ve Teoriler 54
- 4.3. Arz ve Talep Kavramları 56

## **BÖLÜM V: SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE GERİ ÖDEME**

Prof. Dr. Ayşegül Yıldırım Kaptanoğlu

- |  |    |
|--|----|
| 5.1. Sağlık Ekonomisi                                    | 60 |
| 5.2. Sağlık Ekonomisi Penceresinden Geri Ödemeye Bakış   | 61 |
| 5.3. Geri Ödeme İle İlgili Uluslararası Karşılaştırmalar | 67 |

## **BÖLÜM VI: SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE FARMAKOEKONOMİ**

Prof. Dr. Ahmet Akıcı

- |  |    |
|--|----|
| 6.1. Akılcı İlaç Kullanımında Farmakoeconomünün Belirleyici Rolü | 74 |
| 6.2. Farmakoeconomu ve Analizleri                                | 75 |
| 6.3. Sağlık Sigortacılığında Farmakoeconomiden Yararlanılması    | 81 |

**KAYNAKLAR** 86

**KISALTMALAR** 92





## **BÖLÜM I. GİRİŞ**

- Bu Kitaba Duyulan Gereksinim

## • Bu Kitaba Duyulan Gereksinim

Ekonomi ve sağlık iç içe geçmiş pek çok kavramı barındıran ve keşitikleri noktalarda başarılı uygulamaları ile bireylerin ve toplumun yaşam kalitesini artıran iki önemli bilimsel alandır. Sosyal güvenlik sistemleri kaliteli ve sürdürülebilir sağlık hizmetinin karşılanmasında ekonominin ince ayarları ile sağlığın hassas dengelerini bir arada gözetmek zorundadır. Sağlık sigortacılığı, sigortacılık ve sağlık mesleği mensuplarının yanı sıra pek çok başka alandan profesyonelin katkısıyla, kısaca heterojen bir grup yetişmiş insan gücü ile bu uğraşı yürütmeye çalışır. Farklı meslek gruplarından gelen insanların bir arada çalıştığı bu gibi hizmet alanında, çeşitli konulardaki bilgi düzeylerinin farklılık göstermesi doğaldır. Bu farklılıkların en aza indirilebilmesi ve söz konusu alandaki muhataplarla yeterli iletişimin sağlanabilmesi için kitap desteğini de içeren çeşitli eğitsel faaliyetlere ihtiyaç duyulmaktadır.



Sağlık sigortacılığının önemli konu başlıklarından birisi, tedavi hizmeti ve bunun önemli bir unsuru olan ilaç kullanımıdır. İlaç kullanımı ne düzeyde akılcı yapıp yapılmadığı son yıllarda daha sık konuşulmuştur. Bu durum muhataplarının ilaçların akılcı kullanımı konusunda yeterli düzeyde bilgi birikimine sahip olmasını gerektirmektedir. Sosyal güvenlik çalışanlarının, bu ihtiyacını giderecek nitelikte kaynaklara ihtiyaç duyulmaktadır. Üstelik ilaç kullanımı sürecinin ekonomiyle iç içe geçen ve dinamik seyreden yönleri de dikkate alındığında, bu bilgi ihtiyacının boyutunun ve öneminin daha da fazla olduğu söylenebilir.

**Tedavi hizmeti ve bunun önemli bir unsuru olan ilaç kullanımı, sağlık sigortacılığının önemli konularından birisidir.**

İlaç, sağlığın korunması, kazanılması ve sürdürülmesinde vazgeçilmez bir araçtır. Ancak ilaç, akılcı ilkelere uyulmadan kullanılması halinde, sıralanan bu beklentileri karşılamayacağı gibi kendisi başlı başına yeni sağlık sorunlarına yol açabilir. Yüzyıl öncesi yok denecek kadar az sayı ve çeşitlilikte olan ilaçlar her geçen gün çeşitlenmekte ve sayıca artmaktadır. Bu durum bir taraftan sağlık hizmetini kolaylaştırmaya yardımcı olsa da, diğer taraftan türlü

nedenlerle kötü kullanımı kaynaklı pek çok soruna yol açabilmektedir. Tıpta ve özellikle de ilaç bilimi olan farmakolojide yaşanan baş döndürücü ilerlemeler, hastaların tedavisi ile uğraşan sağlık çalışanlarının işlerini kolaylaştırmışsa da, çok sayıda ilaca ait bilmeleri ve uygulamaları gereken bilgi yükünü ve kuralları gün geçtikçe artırmıştır. Bu gelişmeleri gerektiği gibi takip edemeyen ve yeterli farmakoloji bilgisine sahip olmayan sağlık çalışanları, bilgi eksiklikleri ve diğer nedenlere bağlı olarak çeşitli sorunlarla karşılaşmışlardır.

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de AOİK sorunları hatırı sayılır oranda yaşanmaktadır. Ülke çapında yapılan ilaç kullanımı araştırmalarında bu sorunun boyutları gözler önüne serilmektedir. Sağlık harcamalarının, ilaç harcamalarının ve sağlık harcaması içerisinde ilaca ayrılan payın fazlalığı gibi farmakoekonomik olumsuzluklar, AOİK sorununun maliyet temelli diğer bir yüzünü yansıtmaktadır. Sürdürülebilir bir sağlık hizmeti için büyük tehdit oluşturan bu tür sorunların giderilmesinde tüm sağlık hizmeti ve geri ödeme hizmeti sunanların daha bilinçli olmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Aksi halde mevcut tablonun devamı kabul edilebilirlikten uzaktır.

**Sürdürülebilir bir sağlık hizmeti için büyük tehdit oluşturan AOİK sorunlarının giderilmesinde sağlık hizmeti ve geri ödeme hizmeti sunan tüm kişilerin daha bilinçli olmasına ihtiyaç duyulmaktadır.**

Farmakoekonomi, tıpkı AİK gibi ilacın üretiminden imhasına kadar tüm aşamalarda karşımıza çıkan bir çalışma alanıdır. Kendine has farklı analizleri kullanarak ilaç kullanımı sürecinde konunun tüm muhataplarının ilgisini çekecek önemli ipuçları sunar. Bu ipuçlarından gereği gibi yararlanılması halinde AİK'e katkı sağlanabilir. Bu bakımdan sağlık sigortacılığı başta olmak üzere geri ödeme kurumu hizmeti ile uğraşanların farmakoekonomik uygulamalar hakkında bilgili olması beklenir.

Sağlığın korunması, hastalıkların teşhisi ve tedavisi gibi hangi amaçlarla olursa olsun, ilaç kullanımının olduğu her durumda başarılı olabilmek için AİK'e ve farmakoekonomiye ihtiyaç vardır. Türkiye'de bu konu hakkında yararlanılabilecek kaynak sıkıntısı yaşanmaktadır. Bu ihtiyacın karşılanabilmesi için Sosyal Güvenlik Kurumu öncülük etmiş ve AİK ve farmakoekonomi alanında pratik bilgiler sunan bu kitabı Kurum çalışanlarına kazandırmıştır.



## **BÖLÜM II. AKILCI İLAÇ KULLANIMI**

- 2.1. İlaç ve Farmakolojik Kavramlar
- 2.2. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı ve Önemi
- 2.3. Tedavi Maliyeti ve Akılcı İlaç Kullanımı İlişkisi
- 2.4. Ülkemizde İlaç Harcamaları
- 2.5. Geri Ödeme Sistemi ve İlaç İsrafının Giderilmesi Çabaları
- 2.6. Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Dünyadaki ve Türkiye'deki Durum
- 2.7. Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri
- 2.8. Akılcı Reçete Yazma Süreci

## 2.1. İlaç ve Farmakolojik Kavramlar

Farmakoloji ilaç biliminin yaygın kullanılan adıdır. Farmakoepidemioloji, farmakoekonomi, farmakovijilans, farmakokinetik, farmakodinamik, farmakogenetik, farmakoterapi bu tür kelimelerden bazılarıdır. İlaç sözcüğü, her ne kadar zirai ve veterinerlik uygulamalarında da kullanılsa da, tıpta kullanımı, bütün bunlardan çok daha baskındır. Dolayısıyla ilaç sözcüğü yalın halde kullanıldığında, insan biyolojisi üzerine etki eden, içerdiği etkin madde ve diğer yardımcı maddeleriyle, üretimiyle, formülasyonu ile bir bütün olarak tıbbi iddiasının ayrıntıları ilgili otoritelerce kabul edilen endüstriyel ürün anlaşılmalıdır. Diğer canlılar için kullanılan ilaçlardan söz edilirken genelde ilgili alanın adı önce telafuz edilerek (ör. "zirai ilaç") karışıklık engellenmeye çalışılır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ilacı, "fizyolojik sistemleri, patolojik durumları alanın yararına değiştirmek, incelemek amacıyla kullanılan /kullanılması öngörülen madde veya ürün" olarak tanımlamıştır. Bu tanımda ilacın tıpta önleyici, teşhis ve tedavi amaçlarıyla kullanılabileceğine vurgu yapılmıştır.

İlaç, insan sağlığının korunması, sürdürülmesi, sağlatılması için vazgeçilmez endüstriyel ürün olma özelliğine sahiptir. Biyolojik etkinliğine bağlı özelliklerinin yanı sıra, endüstrisi, ekonomisi, sosyal güvenliğin önemli bileşeni olması, toplumsal alışkanlıkları, yasal ve idari süreçleri, dinamik araştırma alanları, akademik boyutu, yaşanan sorunlarının sosyal ve hukuki boyutları vb. pek çok yönüyle de toplumun ve bireylerin günlük yaşamlarının bir parçası haline gelmiştir. İlaç diğer tüketim ürünlerinden ayıran en temel özelliği, varlığına bu kadar aşına olunmasına ve bu kadar sık tüketilmesine karşın, hakkında çok az bilgi sahibi olunmasıdır. Bu bilgi açığının giderilmesinde başta hekimler olmak üzere "bilirkişi" konumunda olan diğer sağlık çalışanlarının, sosyal güvenlik uzmanlarının ve diğer uzmanlık alanlarından kişilerin desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Günümüzde bu ihtiyaç bireysel düzeyde hastalar için hekim, eczacı, hemşire gibi sağlık çalışanları tarafından karşılanmaya çalışılırken, kurumsal düzeyde daha çok geri ödeme kurumu mensupları, değişik uzmanlık alanlarından oluşan bilirkişi heyetleri, ilgili kamu otoriteleri, sivil toplum temsilcileri ve özel sektör birimleri ile karşılanmaktadır.

**"İlaç, fizyolojik sistemleri, patolojik durumları alanın yararına değiştirmek, incelemek amacıyla kullanılan /kullanılması öngörülen madde veya üründür." DSÖ**

İlaç diğer ürünlerden ayrı kılan başka özellikleri de bulunmaktadır. Oldukça dinamik ve ayrıntılı bilgi birikimiyle hayata katılması ve üretilip tüketilmesi, etraflı mevzuata tabi oluşu, ruhsatlandırma öncesi titiz preklinik ve klinik araştırma süreci, ruhsat alma süreci, ruhsat sonrası araştırma, inceleme ve gözetim süreçleri, fiyatlandırma, geri ödeme kapsamına alınma süreçleri, eşdeğerlerinin varlığı, patent süresi, rakipleri arasında piyasada tutunma ve pazarda kalma mücadeleleri, sağlık ve sağlık dışı konularda karşılaşılan krizlerinin yönetimi ilacın bu ayrıcalıklı konumuna örnek olarak gösterilebilir. Bütün

bu nitelikleri birkaç istisnai alan hariç, ilacı başka alanlarla kıyaslanmayacak ölçüde bilgi üretilen, bilgi birikimini kullanan, yetişmiş insan gücü istihdam eden, ekonomik değer oluşturan, kurumsal güç üreten ve politik gücü etkileyen konuma getirmektedir.

Geçmişte daha çok bitki, hayvan, mikroorganizma gibi doğal kaynaklardan elde edilmeye çalışılan ilaç, çeşitli avantajları nedeniyle günümüzde daha çok kimyasal maddelerden sentez yoluyla üretilmeye çalışılmaktadır. Son yıllarda biyoteknoloji alanında yaşanan gelişmeler sayesinde çok sayıda biyoteknoloji ürünü ilaç da bu yeni yöntemle tıbbın hizmetine sunulmaya başlanmıştır.

Bir ürünün ilaç olarak kabul edilebilmesinde başta ilaç üreticileri, araştırma kuruluşları, akademi, kamu otoriteleri olmak üzere çok sayıda kişi ve kuruluş görev alır. Standartları olan geliştirme aşamalarından başarıyla geçmesi koşuluyla ilaç adayı "ilaç" olma niteliğini kazanır ve tıbbi kullanıma sunulur. Bu aşamalara sırasıyla göz atmak gerekirse;

- Sentetik ya da doğal kaynaklardan elde edilen öncül ürünler çeşitli tarama testlerine tabi tutulur. Deney hayvanları üzerinde yapılan araştırmalarla hakkındaki bilgi birikimi olgunlaştırılan ürünler, klinik öncesi araştırmalar (pre-klinik faz) olarak tanımlanan bu süreci başarıyla tamamlamaları koşuluyla, insanda denenebilir nitelik kazanır.
- İnsanlarda yürütülen tüm ilaç geliştirme araştırmalarının ortak adı klinik araştırmalar/denemelerdir (clinical trials) ve birbirini takip eden başlıca 4 aşamadan oluşur.
- Bu araştırmaların ilki Faz 1 olarak adlandırılır ve normal koşullarda sağlıklı gönüllü kişilerde yapılır.
- Bunu izleyen Faz 2 araştırmaları ise ilgili endikasyonda ilk kez sınırlı sayıda gönüllü hasta üzerinde yapılan araştırmalardır.
- Faz 2'yi başarıyla yürüten ilaç adayı Faz 3 olarak adlandırılan ve çok sayıda gönüllü hasta üzerinde yapılan ilaç geliştirme araştırmaları, bu süreçte kritik dönemde yer alır. Faz 3 ilaç geliştirme araştırmaları günümüzde çoğu durumda çok uluslu ve çok merkezli olarak geniş katılımı yürütülür.
- Faz 3'ü tamamlayan ilaç adayı, ilaç olmayı talep ettiği ilgili ülke ilaç otoritesine (ör. Türkiye'de Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu) bu talebini ruhsat başvurusu şeklinde iletir. Başvuru dosyasındaki bilgi ve belgeleri uygun bulunan, onaylanan ilaç adayı, "ilaç" vasfını kazanır; bu kritik aşamayı başarıyla tamamlayan ürün artık tıbbi müstahzar olarak pazardaki yerini alır; eczanenin rafına ulaşma hakkı kazanır; onaylandığı endikasyon(lar)da kullanılmak üzere hastaların kullanımına sunulur.

- Ruhsat alan/pazarda bulunan ilaçlar için klinik araştırma süreci sona ermez, devam eder. Bu aşamada yürütülen araştırmalara Faz 4 klinik araştırmaları adı verilir. İlk bakışta “ruhsat almış bir bakıma amacına ulaşmış bir ilaç için neden Faz 4 adı altında yeni araştırmalara ihtiyaç duyulur?” sorusu akıllara gelebilir. Bu araştırmalar ilaçlarla ilgili dinamik sürecin vazgeçilmez unsurlarından birisidir ve önceki fazlarda elde edilemeyen pek çok bilgiye erişme imkanı sundukları için ilacın evriminde özel önem arz ederler. İlacın pazarda uzun soluklu kalabilmesi için, muhataplarının her geçen gün sorabilecekleri yeni sorulara cevap verebilmesi, hazırlıklı olması gerekir. Kuşkusuz bunun en tatmin edici yolu yeterli Faz 4 klinik araştırmanın yapılmasından geçmektedir. Faz 4 araştırmaları ve bunların özel bir bölümünü oluşturan gözlemsel ilaç araştırmaları, bir bakıma ilacın pazarda var oluş gerekçelerini sorgular ve bilhassa ilacın kullanımı sırasındaki tasarrufların şekillenmesinde ve reçetelebilmesinde kanıta dayalı önemli ilave bilgiler sunar.

**İlaç geliştirme süreci, Faz 0 olarak bilinen pre-klinik araştırmaları takiben Faz 1, Faz 2 ve Faz 3 ruhsat öncesi klinik araştırmalar ve Faz 4 olarak adlandırılan ruhsat sonrası klinik araştırmalardan oluşur.**

İlaç geliştirme günümüzde eşine az rastlanır harmonizasyonlarla bezeli kurallara sahip, yerel entegrasyonlara özel önem atfeden, takip ve denetime tabi çok uluslu işbirliklerini gerektiren, uluslararası standartları olan iç içe geçmiş yoğun bir süreçte titizlikle yürütülür. Bu süreçteki araştırmalar, bağımsız bilimsel etik kurulların onayıyla yapılabilir. Bütün bu araştırma serüveni uzun zaman ve çok ciddi miktarda ekonomik bedel gerektirir. Günümüzde Faz 4'e kadar ulaşabilmiş yenilikçi bir klinik araştırma sürecinin yaklaşık 10 yıllık bir süreye ve yaklaşık 500-800 milyon ABD doları bütçeye ihtiyaç duyduğu dile getirilmektedir. Özellikle ileri teknoloji gerektirenlerde daha yaygın olmak üzere, duruma göre bu miktarların çok daha fazla olduğuna dair yorumlarla da son yıllarda sıkça karşılaşılmaktadır.

Patent, buluş sahibinin buluş konusu ürünü sınırlı bir süre ve yer için rekabetsiz olarak üretme, kullanma veya satma, üçüncü kişilerin izinsiz bu hakları kullanmasına engel olmak için sahibine tanınan buluş hakkıdır. Araştırma geliştirmeye bu ölçüde muhtaç bir sektör olan ilaç endüstrisinde yenilik açısından patent, hayati önem taşır. Yenilikçi/orijinal/innovatif ilaç üreticisi, patent korumasıyla birlikte pazarda 20 yıllık süre kazanır. İlk bakışta bu süre uzun gibi dursa da ilaç adayı bir molekülün “ilaç” olarak kabulüne kadar geçen yaklaşık 10-12 yıl bu toplam süreden düşüldüğünde yeni bir orijinal ilacın pazarda bu imtiyazlı durumunun yaklaşık 7-8 yıl süreceği söylenebilir. Bu sürenin dolmasının ardından ilacın jeneriğinin piyasaya çıkması ve fiyatının önemli ölçüde düşmesi, rekabet ortamının eskiye kıyasla yoğun yaşanması gerçekleşir.

Yukarıda sözü edilen sıkı kurallara ve ciddi araştırma süreçlerine rağmen pazara sunulan her ilacın tam olarak “güvenli” olduğundan söz edilemez. İlaç geliştirme ve üretim aşamalarında oluşabilecek her türlü sorun, tüketim aşamasına kadar erişebilecek bazı aksaklıkların ortaya çıkmasına yol açabi-



Yeni ilaçlar ve yan etkileri/karşıit (advers) etkileri güncel tartışma konusu olanları öncelikli olmak üzere tüm ilaçların pazarda buldukları her an yeni sağlık sorunlarına yol açabilecekleri varsayımıyla hareket edilir. Buna göre pazarda bulunan ilaçların güvenilirlikleri farmakovijilans denilen çalışma alanı ile yakından takip edilir ve ilaç karşıit etkileri değerlendirilip gerekli önlemler alınmaya çalışılır. Bu sorunlar, hastanın sağlığını tehdit etmenin yanında ekonomik bakımdan da önemli kayıplara yol açma riski taşır.

İlaç, günümüz tıbbının hizmetine bu kompleks serüveni tamamladıktan sonra sunulmasına rağmen, ruhsat aldıktan sonra da güvenilirlik bakımından temkinli olmaya farmakovijilans uygulamalarıyla devam eder. Öte yandan, gerek etki, gerekse karşıit etkileri konusunda sahip olduğu kanıtları ve bunların elde edilme süreci ilaçla kıyaslanamayacak düzeyde gerilerde olan, "gıda takviyesi" adı altında pazarlanmalarına karşılık kimi çevrelerce sağaltım iddiasında bulunan ürünlerin bu bakımdan ilaçla yarışı söz konusu değildir ve olmamalıdır. Aksi yaklaşım akılcılıktan uzaktır.

İlacın geliştirilme, üretim, dağıtım, kullanım ve imha sürecinde çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadır. Yaşanan tüm bu sorunlar akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) olarak nitelendirilmekte ve bu sorunlara çözüm öneren yaklaşımlar akılcı ilaç kullanımı (AİK) başlığı altında toplanmaktadır. AİK ile ilgili önerileri daha kolay kavramak ve yeni öneriler üretebilmek için ilaçla ilgili sıkça karşılaşılan bazı temel kavramlara burada kısaca yer verilmiştir.

İlaçların üretimi sırasında ince elenip sık dokunan bir diğer konu da ilacın biyoyararlanımıdır. Bir ilacın uygulandığı vücut bölgesinden emilip sistemik dolaşım ile etki yerine erişimi gerçekleştiğinde o yerdeki ya da o yeri yansıtan biyolojik sıvılarda ilaç etkin maddesinin bulunma hız ve derecesine, yani vücudun bu üründen "yararlanma oranı"na biyoyararlanım adı verilir. Özetle baş ağrısını gidermek için alınan 500 mg'lık bir ağrı kesicinin yutulmasını takiben sindirim sisteminden emilmesi, kana karışarak beyne erişimi esnasında kanda o ağrı kesicinin bulunma hız ve miktar oranı, o ağrı kesicinin biyoyararlanımını gösterir.

Eşdeğerlik kavramı ise ilgili ilaçtan yararlanım oranı bakımından test ürünü ile referans ürünün karşılaştırılmasında kullanılır. Aynı veya karşılaştırılabilen standartlardaki farmasötik şekillerde olan birisi test, öteki referans olmak üzere iki ilacın eşit koşullar altında uygulanmasını takiben biyoyararlanımlarının ve böylece etkilerinin benzer olmasına biyoeşdeğerlik denir. Biyoeşdeğerlik dışında ilaçların farmasötik ve terapötik eşdeğerlikleri de bulunmaktadır. Biyoeşdeğerlik konusunda Türkiye son yıllarda önemli aşama kat etmiştir. Özellikle yüksek ciro lu, patent süresini doldurmuş pek çok biyoeşdeğer ürün piyasada bulunmaktadır. Jenerik ilaç/müstahzar olarak adlandırılan bu çeşit ilaçlar orijinallerine göre çoğunlukla daha uygun maliyettedir. Dolayısıyla bazı ülkeler, ilaç harcamalarını kısmak ve yerli üretimi desteklemek için bu nevi ilaçların kullanımını özendirici düzenlemeler yapmaktadır.

İlaçla ilgili iletişim sürecinde kritik önemdeki konulardan birisi ilacın adlandırılmasıdır. Bir ilaçtan söz edilirken onun kimyasal, jenerik/genel, ticari/müstahzar diye tanımlanan 3 farklı adından biri ya da bir kaç tercih edilir. İlacın kimyasal adı günlük uygulamadaki zorluğu nedeniyle pek tercih edilmez. Jenerik ad ya da ticari ad kimyasal ada göre daha fazla tercih edilir. Eğitim ve araştırma sırasındaki iletişimde jenerik/genel ad özellikle tercih edilir. DSÖ, bir ilacın uluslararası geçerliliği olan jenerik adını (ticari olmayan ad –international nonpropriety name- INN), onaylar ve reçeteye ilacın bu adıyla yazılmasını önerir. Ticari/müstahzar ad Türkiye de dahil pek çok ülkede reçete yazımı sırasında sık tercih edilir. Bu ad ilgili özel üreticinin tescillediği sahipli addir. Her ne kadar DSÖ jenerik adın yazılmasını önerse de hem jenerik, hem de ticari adla reçeteye ilaç yazmanın çeşitli avantajları ve sakıncaları bulunmaktadır. Bu bakımdan ülkelerin ilaç kullanımına dair kendi koşulları daha belirleyicidir. İlacın ticari adla reçeteye yazımı, hekime kişisel ilaç listesinde kendi belirlediği özgün ticari addaki ilacı hastasına sunma avantajı sağlasa da, bu uygulama kendine özgü bazı sorunları da beraberinde getirmektedir. Geri ödeme sistemlerinin çeşitli düzenlemeleri ile bu konuda yaşanan sorunlar en aza indirilmeye çalışılmaktadır.

Çeşitli kolaylıkları nedeniyle günümüzde hemen tüm ilaçlar müstahzar (preparat) şeklinde belirli farmasötik şekillerde, belirli aktif madde miktarlarıyla pazara sunulmaktadır. Müstahzarlar genellikle katı veya sıvı farmasötik şekiller halinde; kullanım amacına göre sistemik ya da lokal kullanıma uygun olarak üretilirler. Reçeteyi yazanın formüle ettiği miktarda etkin maddeyi/ilacı içeren ve eczacı tarafından eczanede hazırlanan ürünlere majistral formülasyonlar denir ve oldukça sınırlı tercih edilirler.

İlaçlar genellikle katı veya sıvı farmasötik şekiller halinde üretilir ve sistemik (genel) ya da lokal (sınırlı yerde) etki elde etmek amacıyla kullanılırlar. Farklı farmasötik şekiller, kullanım amacıyla uyumlu olan enteral (sindirim sistemi yoluyla) veya parenteral (sindirim sistemi dışı yolla) yollardan hastalara uygulanır. Hem sistemik hem de lokal uygulama yollarının değişik uygulama teknikleri ve değişik farmasötik şekilleri bulunmaktadır. Çeşitli ilaçlar için aynı uygulama yolu bazen sistemik bazen de lokal amaçlı kullanılabilir. Örneğin oral yoldan yutularak ilaç alma, daha çok sistemik amaçlı kullanılıyor olsa da bazen lokal uygulama için de bu yol tercih edilebilir (ör. gastrit yakınmasında antiasit yutulması). Benzeri durum parenteral uygulama için de geçerlidir. Uygulama yeri, tekniği, ilacın özelliği gibi farklılıklar lokal ya da sistemik etkiye yol açmayı belirler (Örneğin kas içine yani intramusküler enjeksiyon uygulaması, daha çok sistemik amaçla tercih edilmesine karşın uterus içine (intrauterin) enjeksiyon, lokal amaçla tercih edilir.).

İlaçlar korunma, tanı ve tedavi amaçlarıyla tek seferlik uygulanabileceği gibi kısa, orta veya uzun süreli olarak, hatta kronik bazı hastalıklarda ömür boyu da kullanılabilirler.

Reçete, üzerinde yazılı bilgi ve talimatlar doğrultusunda tedavinin yapılabilmesi için eczacıya ve hastaya yönelik tıbben ehil kişilerce düzenlenmiş tıbbi geçerliliği bulunan bir evraktır. Geçmişte daha çok kağıda elle yazılan reçeteler kullanılırken günümüzde teknolojik imkanlarla elektronik ortamda reçete yazılmaktadır. Türkiye’de 2012 yılında SGK, elektronik (e) -reçete uygulamasını pilot bölgelerde başlatmış, 15 Ocak 2013 tarihinden bu yana da istisnai haller dışında geri ödemeli reçetelerde bu uygulamayı zorunlu hale getirmiştir. Kağıda elle yazılan reçeteye göre hız, kolaylık, doğruluk vb. pek çok bakımdan hekime, geri ödeme kurumuna, sağlık merkezine, eczacıya, hastaya ve diğer ilgili kişi ve kurumlara önemli avantajlar sunabilen e-reçete uygulamasının gereği gibi başarılı sürdürülmesi halinde, AİK’e büyük katkılar sağlayacağı öngörülebilir.

**E-reçete, reçete ile ilgili tüm format bilgilerinin ve rutin işlemlerinin özel yazılımlar ve özel iletişim ağları sayesinde elektronik ortamda yapıldığı reçete şeklidir. Uygun kullanımı AİK’e önemli katkı sağlayabilir.**

Özel reçeteye yazılma zorunluluğu bulunmayan ilaçlar, normal reçeteye yazılarak kullanılan ilaçlardan oluşur. Bağımlılık yapma ve suistimal edilme riski taşıyan bu ilaçlar (kontrole tabi ilaçlar) ise yeşil ve kırmızı reçetelere yazılarak temin edilebilirler. Öte yandan insan albümini, pıhtılaşma faktörleri gibi özel izlem ve denetime tabi olan bazı hematolojik preparatlar ise turuncu/mor reçetelere yazılarak kullanılabilirler. Reçete yazımının akılcı ilkeler çerçevesinde gerçekleştirilmesi esastır. Bu konuyla ilgili ayrıntılarına ileride yer verilmiştir.

İlaçlar 3 farklı biçimde sınıflandırılabilirler. Daha çok kullanım amacına göre (ör. antibiyotikler, analjezikler, antiemetikler, antidiyareikler) yapılan sınıflandırmalar tercih edilse de farmakolojik etki yerine göre (ör. periferik vazodilatörler, gastrointestinal sistem ilaçları, santral sinir sistemi ilaçları) ve özgün kimyasal yapısına göre (ör. bifosfonatlar, nitratlar, alkilleyiciler, beta laktamlar) yapılan sınıflandırmalar da dahil her üç sınıflandırma da yerine göre kullanılabilir. Yukarıdakilerin bir sentezi gibi olan ve günümüzde özellikle ilaç kullanımı konusunda sunduğu pek çok avantaj nedeniyle kullanımı giderek yaygınlaşan bir sınıflandırma da Anatomik Terapötik Kimyasal (ATK), (Anatomical Therapeutic Chemical- ATC) sınıflandırma sistemidir. ATK, son yıllarda Türkiye’de de ilaç analizlerinde ve elektronik ortamda reçete işlemlerinde oldukça yaygın şekilde kullanılmaktadır. Bu sınıflandırma, günümüzde geri ödeme sistemleri için de büyük kolaylıklar sunmaktadır.

Çoklu düzeyde anatomik, terapötik ve kimyasal hiyerarşiyi yansıtan harf ve rakamlardan oluşan toplam 7 haneli bir kodlama sistemidir.

Bir örnekle açıklamak gerekirse;

- C09AA05, ramipril jenerik adlı, “anjiyotensin dönüştürücü enzim (ADE) inhibitörü antihipertansif bir ilacı simgeleyen kodlamadır. Buna göre

- “C” harfi anatomik grubu, yani kardiyovaskülerleri simgeler,
- “C09” ilacın ana terapötik grubunu (“renin- anjiyotensin sistemi”ne etkili ilaçlar) yansıtır.
- “C09AA” terapötik alt grubunu (ADE inhibitörlerini) yansıtır.
- “C09AA05” kodlamasında son iki sayı (05) ise terapötik alt gruptaki ilaçların her birine özgü çıkış sıra kodunu simgeler.

Tezgah-üstü (over the counter; OTC) ilaçlar eczanelerde reçetesiz olarak temin edilebilen ve hastalar/yakınları tarafından kendi kendine tedavi yoluyla kullanılabilen sınırlı sayıdaki ilacı/ürünü kapsar. Türkiye’de de OTC düzenlemesine geçilmesine yönelik beklentiler bulunmaktadır. Türkiye’de çok az sayıda ilaç için reçetesiz satın alınabilme imkanı bulunmaktadır. OTC düzenlemesini takiben bu sayının artacağı öngörülebilir.

İlaçların tanıtımına dair kurallar, hangi tip reçeteye yazılması gerektiği, geri ödeme kapsamına alınıp alınmadığı, alındı ise herhangi bir koşula bağlı olup olmadığı, bazı uluslararası anlaşmaların yanı sıra büyük oranda ülkelerin kendi özel koşulları dikkate alınarak belirlenir.

**Yenilikçi/innovatif ilaçların patent ve veri koruma önlemlerine ilişkin süreleri dolduğunda bunların etkin maddelerinin yerli koşullarda üretilmesiyle elde edilen jenerik ilaçlar/müstahzarlar, genellikle orijinal ilaçtan daha ucuzdur.**

İlacın ruhsatlandırılmasını takiben üreticisi, ilacın perakende satış fiyatının belirlenmesi için ilaç otoritesine başvuruda bulunur. İlacın orijinal/jenerik olup olmamasına ve patent koşullarına göre ilgili mevzuat çerçevesinde ilacın fiyatı belirlenir. Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK), en büyük/neredeyse tek geri ödeme kurumu olması nedeniyle ilgili ilaç üreticisi, ilacının geri ödeme kapsamına alınması yani “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”ne dahil edilmesi için SGK’ya başvuruda bulunur. Söz konusu talep, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) hükümleri, geri ödeme, piyasa ve sağlıkla ilgili diğer koşullar vb. yönlerden değerlendirilerek ilacın geri ödeme kapsamı otoritece belirlenir.

Geri ödeme, günümüzde ilaç tedavisi ile neredeyse eşzamanlı kullanılan sözcüklerden biri olmuştur. Sağlık sigortası bulunan kişilerin reçete/isteme almış oldukları ilacın bedelinin eczaneye/kuruma cepten ödenmesinin ardından fatura karşılığı bu işlemin bedelinin bağlı olduğu kurumca kişiye geri ödemesi işlemine ilaçta geri ödeme işlemi denir. Geri ödeme (reimbursement) pek çok ülkede bu şekilde olmakla birlikte Türkiye’de sınırlı durum dışında bu uygulama kullanılmamaktadır. Bunun yerine vatandaşların lehine olacak şekilde –sonradan kendisine geri ödemesi yapılacak olan tutarı vatandaşın başlangıçta ödemesi yerine, bu tutarın ondan alınmaması şeklinde – bir uygulama yapılmaktadır. Dolayısıyla işlem geri ödeme diye adlandırılrsa da gerçekte bahse konu ödemeyi vatandaşın değil, ilgili hak ediş çerçevesinde Kurumun yaptığı uygulama söz konusudur.

## 2.2. Akılcı İlaç Kullanımının Tanımı ve Önemi

AİK, ilacın üretiminden dağıtımına, hekimin ilaç seçiminden reçetelenmesine, ilacın hastaya sunumundan uygulanmasına, saklanması ve atığının imha edilmesine kadar geçen sürecin her aşamasının akılcı kurallar çerçevesinde “doğru” işletilmesidir. İlaç kullanımının her aşamasını ilgilendiren bu genel yaklaşımın yanısıra daha tedavi odaklı bir yaklaşımla AİK tanımından da söz edilebilir. Bu, AİK için DSÖ’nün 1985 yılında Nairobi’de yapmış olduğu tanım ile örtüşür. DSÖ’ye göre AİK; “hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünü” olarak kabul edilmektedir.

İlaç kullanımı ile ilgili sorunlar gün geçtikçe çeşitlilik ve değişim göstermektedir. Türkiye ve benzeri ülkelerde geçmişte kalite ve ilaca erişim sorunları kamuoyunda daha çok tartışılırken, günümüzde ilaçlarla ilgili aşağıdaki sorunların ön plana çıktığı görülmektedir.

- İlaçların yanlış şekilde kullanılması,
- Gereğinden fazla ilaç yazdırılması,
- Bu konuda hekime baskı yapılması,
- Hastaların bu alışkanlığa dolaylı yolla teşvik edilmesi,
- Halkın kendi kendine bilinçsiz şekilde ilaç kullanması,
- İlaç israfında bulunulması,
- Gereksiz yere ve aşırı şekilde antibiyotik kullanılması ve buna bağlı direnç gelişimi sorunları yaşanması,
- Bazı ilaç gruplarının kullanımında sebepsiz yığılmaların olması,
- Gereksiz yere pahalı ilaçların kullanılması,
- Gereksiz yere enjeksiyon önerilmesi,
- İlaçların reçetesiz kullanılması,
- Standart tedavi şemalarının ve güncel tanı-tedavi kılavuzlarının önerilerine uymayan şekilde ilaç kullanılması,
- Özel hasta gruplarının ihtiyaçlarıyla uyumsuz şekilde ilaç kullanılması,
- Aşırıya kaçan hatta etik dışına çıkabilen tanıtım ve promosyonel faaliyetler ile ilaç seçiminde haksız rekabet yaşanması,
- Gıda takviyesi ve bitkisel/geleneksel tıbbi ürünlerin yanlış amaçlarla ve yanlış şekilde tüketilmesi,
- Çoklu ve birbirleriyle potansiyel etkileşim riski bulunan ilaçların birlikte kullanılması,
- Önlenebilir ilaç güvenliliği sorunuyla sık karşılaşılmaması,
- İlaça harcanan paranın sağlığa ayrılan bütçenin içerisindeki oranının yükselmesi.

Bilinçsiz, yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de çeşitli boyutlarda sorunlara neden olmaktadır. Kısaca AOİK başlığı altında toplanan bu tür sorunlar ulusal ve evren-

sel çeşitli nedenlere bağlı olarak gelişebilmektedir. AOİK, ülkelerin sağlık ve sosyal güvenlik kurumlarının sundukları hizmetlerin sürdürülebilirliğini tehdit etmektedir. Nitekim DSÖ'nün 2002 yılında yayımladığı raporda "dünya nüfusunun üçte birinin temel ilaçlara erişiminin yetersiz olduğu, ilaçların yarısından fazlasının uygunsuz şekilde reçetelendiği ve hastaların yarısının ilaçlarını doğru kullanmadığı" yönündeki tespitleri, dünya genelinde AİK'in yaygınlaştırılmasının ne denli önem taşıdığını göstermektedir. DSÖ 2002'de yapmış olduğu tespitlerin altını 2011'de yayımladığı raporunda çizerek adeta teyid etmiş olup, bu rapora göre AOİK, kaynakların gereksiz kullanımına ve zararlı etkilere neden olan yaygın ciddi küresel bir problem olarak nitelendirilmiştir. Söz konusu olumsuz durumun giderilmesi için ulusal sağlık sistemlerinin ve uluslararası kuruluşların daha fazla çaba göstermesi gerektiğine işaret edilmiştir.

Sonuç olarak AİK ilaç sayı ve çeşitliliğinin arttığı, ilaca erişimin nispeten kolaylaştığı günümüzde ilaca bağlı sorunlarla başa çıkmanın temel çözüm yolu olarak kabul edilmektedir. Yukarıda sıralanan AOİK sorunlarının altında yatan nedenler arasında sağlık mesleği mensuplarının ve kurumsal altyapı olanaklarının yetersizliklerine, ilaç endüstrisinin hatalı faaliyetlerine ilaveten bilhassa halkın bilgi eksikliği ağırlıklı olduğu düşünülen AOİK'i körükleyen olumsuz tutum ve davranışlarının yadsınamaz yeri bulunmaktadır. Dünya genelinde olduğu gibi ülkemiz için de oldukça önemli sağlık sorunu ve ekonomik sorun olarak kabul edilen AOİK'in giderilmesi için ülke genelinde ilaç kullanıcısı ve kullanıcı adayı konumunda bulunan halkın, halka bu hizmeti sağlayan sağlık personelinin ve geri ödeme kuruluşu mensuplarının kilit rolleri bulunmaktadır. Bu grupların AİK'e yönelik çabaları AİK'in diğer tüm muhataplarının işlerini önemli ölçüde kolaylaştıracaktır.

### 2.3. Tedavi Maliyeti ve Akılcı İlaç Kullanımı İlişkisi

Bireysel ve toplumsal düzeyde sürdürülebilir nitelikli bir sağlık hizmeti için dikkatle incelenmesi gereken konulardan birisi tedavi maliyetidir. Bu ekonomik çıktı ile AİK arasında doğrudan bir ilişki bulunmaktadır. Nitekim, bu ilişkinin önemine binaen AİK'in tanımında buna doğrudan vurgu yapılmıştır. Bu tanımlamaya göre AİK, "hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde, kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünü"dür.

AİK ilkelerine uygun hareket edilmesi halinde, genel olarak sağlık harcamalarında ve doğrudan tedavi maliyetlerinde önemli oranda tasarruf sağlanabilir. Bu yaklaşım, her ne kadar AİK'in yaygınlaştırılmasında öncelikli hedef değilse de, paydaşların AİK'e uygun hareket etmesi halinde, tedavi giderlerinin makul düzeylerde gerçekleşmesi, bunun en doğal sonuçlarından birisidir. Dolayısıyla, AİK sayesinde kazanılan tedavi başarısının daha çok sağaltım yönü ön plana çıksa da bunun ekonomik kazancının da göz ardı edilmemesi gerekir. Geri ödeme kurumları açısından son derece önem taşıyan bu konu, toplumda AİK

ile ilgili tartişmalarda "tedavi giderlerini azaltmak maksadıyla AİK'e başvuruluyor" gibi kısır bir yoruma yol açılmaması için genellikle pek fazla dillendirilmez. Ancak başta geri ödeme kurumları olmak üzere, tedavi maliyetiyle ilgilenenlerin AİK'in bu katkısını iyi değerlendirmeleri gerekir.



AİK ilkelerine uygun ilaç seçiminde hekimlerin kullanması gereken 4 seçim ölçütünden birisinin "maliyet" olması, (diğerleri etkililik, güventlilik ve uygunluk) AİK'in maliyet konusuna veridiği önemin işaretidir.

AİK ilkelerine uyulmaması halinde ortaya çıkan sağlık sorunlarının yol açtığı maliyetin boyutları, tahminlerin ötesinde oldukça yüksektir. Bunların bazılarına aşağıda değinilmiştir:

- AOİK'e bağlı olumsuz sonuçlar, bazıları ciddi sağlık sorunları ve ölüm riskini de barındırabilen, yıllık milyar dolarlara mal olan, ilaçlara bağlı karşıt olayların artmasını kolaylaştırmaktadır. AOİK aynı zamanda kullanım hatalarından arındırılmış gerçek karşıt etkilerin saptanmasının ve yorumlanmasının önünde ciddi bir engeldir.
- Antibiyotiklerin aşırı, hatalı kullanımına bağlı olarak hızla artmakta olan antibiyotik direnci ve bunun sonucunda enfeksiyon tedavisinin maliyeti artmaktadır.
- Steril olmayan enjeksiyonlara bağlı olarak HIV, hepatit B/C gibi kan-kaynaklı enfeksiyonlar yayılma riski taşır. Bir tür AOİK nedeni olan bu durumda ortaya çıkan söz konusu hastalıkların korunma ve tedavi maliyetleri ile karşılaşılır.
- Akut ya da kronik hastalıklardan her ikisinde de başlangıçta etkin, uygun ve güvenli yapılması halinde düşük maliyetlerle çözüm bulunabilecek pek çok sağlık sorununun yeterli ve güvenli tedavi edilememesi kaynaklı sorunların yol açtığı tedavi ile ilgili aşırı maliyet ve bunun işgücü kaybı da dahil dolaylı maliyetleri ile karşılaşılır.
- Toplumda hatta bazı sağlık çalışanlarında yanlış bir inanışla, kimi zaman da çeşitli çevrelerin yanlış yönlendirmeleriyle "düşük maliyetli tedavilerin pahalı olanlarına göre daha etkisiz, güncel olmayan tedaviler olduğu" gibi önyargılı

yaklaşımlar söz konusu olabilir. Bu tür önyargıların AİK'e uygun hareket eden hekimlerin ve eczacıların işlerini güçleştirdiği bir gerçektir. Toplumun ve varsa sağlık çalışanlarının bu tür yanlış inanışlardan arındırılmaması ise başlı başına tedavi maliyetini artıran bir unsurdur.

- İlaç israfı, çok çeşitli nedenlere bağlı olarak karşılaşılan önemli bir AOİK sorunudur. Başka pek çok ülkede olduğu gibi Türkiye için de üzerinde önemle durulması gereken bir konudur. Örneğin, SGK'nın 2012 yılında Türkiye genelini temsille yaptığı bir araştırmada her evde 10,6 ilaç bulunduğu, azımsanmayacak oranda ilacın kullanılmadan çöpe atıldığı gibi tespitlerde bulunulmuş ve bunların ülke ekonomisine olumsuz yansımalarına vurgu yapılmıştır.

- Dünya genelinde, tüm ilaçların yarısından fazlasının uygun olmayan şekilde reçetelendiği, dağıtıldığı ya da satıldığı, bunun yanı sıra, hastaların yarısının ilaçlarını kullanmada başarısız oldukları tahmin edilmektedir. Tüm bu olumsuzlukların ekonomik boyutları ise ülkeleri çeşitli önlemler almaya iten meselenin diğer yönünü oluşturmaktadır. Bu durum, maalesef Türkiye için de daha iyimser değildir. Örneğin Sağlık Bakanlığı (SB)'nin 2009 yılında farklı sağlık kurumlarında 10 ilde yaptığı bir araştırmada halk arasında bademcik-boğaz iltihabı da denilen "akut tonsillofarenjit" tanılı reçetelerde bu endikasyon için "altın standart" kabul edilen tedaviye uygun yazılmış olan ilaçların oranının sadece %16,9 olduğu; bu olumsuz tablonun maliyet üzerinden yapılan değerlendirilmesinin ise daha da dikkat çekici boyutta sorunlu olduğu (bu endikasyonda reçetelere yazılan ilaçların toplam maliyetinin sadece %9,4'ünün altın standart tedavi maliyetini kapsadığı) rapor edilmiştir. Başka bir deyişle bu endikasyonda, ilaç tedavisi için harcanan 100 TL'nin 90 TL'den fazlasının akılcı olmadığı yönündeki kaygılar, AİK'e uygun davranılmaması halinde meselenin ekonomik boyutlarını daha net görmemizi kolaylaştırmakta ve AİK'in önemini açıkça ortaya koymaktadır. Üstelik bu örnekten hareketle böylesi bir AOİK performansının söz konusu hastalığın hasta kişiden başkalarına bulaşabileceği, hastanın kalp ve eklem romatizması, böbrek hastalığı gibi komplikasyonlarla karşılaşabileceği, bunlara bağlı olarak ilaca harcanacak paraya ilaveten, yeni tedavi/sağlık giderleri ile de karşılaşılacaktır. Dolayısıyla, bu örnekte açıklandığı üzere sadece reçetenin akılcı yazılmasının bile, sağlık hizmetinde önemli tıbbi ve ekonomik kazanımlar sağlayacağı net bir şekilde görülebilmektedir.

- AOİK'in pek çok farklı şekli olabilir. Bunlardan birisi de polifarmasi ve buna bağlı ilaç-ilaç etkileşimleridir. Polifarmasinin doğrudan ilaç maliyeti sorunu olduğu gibi, etkileşimlere ya da her bir ilacın çeşitli organ/dokulara olası karşıt etki, ilave farmakodinamik ve farmakokinetik yük bindirme sorunları üzerinden hastalık maliyeti kaynaklı dolaylı maliyetleri söz konusudur.

- Bilinçsiz bitkisel ürün/gıda takviyesi kullanımı, tek başına ve ilaç kullanımı sırasında etkileşimlere yol açarak; altta yatan önemli hastalığın tanı konulmasını güçleştirerek; hastanın kullanmakta olduğu ilaçlarını hatalı şekilde bırakmasına yol açarak vb. yollarla gereksiz tedavi harcamalarına kapı aralayabilir.



- Yukarıdaki örneklerde de açıkça sergilendiği üzere ayrıntılarına inildiğinde AOİK ile ilgili hemen her türlü sorunun önemli ekonomik yükleri de beraberinde getirdiği görülmektedir. Dolayısıyla, ilaç kullanımı sürecinde “akılcılık” süzgecinden geçirilerek “kabul edilebilir” kurallara dönüştürülen ve AİK olarak tanımlanan tüm uygulamaların başarıyla hayata geçirilmesi halinde, konuyla ilgili olası maddi kayıpların da önemli ölçüde azaltılabileceği söylenebilir.

“Maliyet”, AİK açısından belirleyici temel unsurlardan birisidir.

## 2.4. Ülkemizde İlaç Harcamaları

Artan sağlık harcamalarıyla baş etme, gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkelere çözüm arayışlarını sürdürdüğü ortak problemlerden birisidir. Bu harcamalar arasında ilaca ayrılan kısım, özellikle AOİK ile ilişkilendirildiği durumlarda geri ödeme kurumları başta olmak üzere ilgili çevrelerin dikkatini daha fazla üzerine çekmektedir. Türkiye’de kamu harcamaları dikkate alındığında 2012 yılında sağlık ile ilgili harcamaların üçte birine yakını (%32,5) ilaç harcamasının oluşturduğu görülmektedir. On yıllık dönem geriye doğru incelendiğinde, bu oranın daha da yüksek seyrettiği görülmektedir. 2002 ile 2012 yılları arasındaki kamunun yıllık ilaç harcamalarının seyri incelendiğinde ise, son yılında kısmi bir gerileme tespit edilmiş olsa da ülke imkanları ölçeğinde Türkiye’de ilaç harcamalarının yüksek olduğu ve bunun sağlıkta dönüşümün yaşandığı on yıl içerisinde önemli oranda artış kaydettiği söylenebilir (Tablo 1).

Tablo 1: Türkiye’de Kamunun 2002-2012 Yılları Arasındaki Sağlık ve İlaç Harcamaları.

YILLAR	İLAÇ HARCAMALARI (Milyon TL)	SAĞLIK HARCAMALARI (Milyon TL)
2002	5 230	9 934
2003	6 839	13 615
2004	7 899	16 816
2005	8 686	17 611
2006	10 099	23 004
2007	11 140	26 705
2008	12 964	32 635
2009	16 068	38 454
2010	15 348	39 690
2011	15 868	45 122
2012	15 524	47 778

Sınırlı ekonomik kaynakların etkin şekilde kullanılması, ekonominin belirleyici kuralıdır. Bu kural, fakir ya da zengin tüm ülkelerin sürdürülebilir bir sağ-

lık hizmeti sunabilmeleri açısından önem taşır. Sağlık harcamalarında bunun mutlaka gözetilmesi gerekir. Bu bakımdan ülkeler hakkaniyet ilkesi çerçevesinde hareket etmelidir. Bireyin, toplumun, sağlık kuruluşlarının, hükümetlerin, geri ödeme kurumlarının, ilaç üreticilerinin, dağıtıcılarının, hekimlerin, eczacıların ve diğer sağlık çalışanlarının bu çerçevede hayati sorumlulukları vardır.

Son yıllarda Türkiye’de ilaç fiyatlarının düşürülmesine yönelik önemli girişimlerde bulunmuş olmasına karşın, halen sağlık harcamaları içerisinde ilaca ayrılan bütçenin yüksek olduğu söylenebilir. Üstelik yapılan tahminlere göre kullanılmakta olan ilaçların yaklaşık yarısının akılcı olmayan şekilde kullanılmış olabileceği de dikkate alındığında, bu konuda yaşanan israfın boyutları daha çarpıcı hale gelmektedir. Akılcı tedavi ve sürdürülebilir ilaç harcamaları için tüm taraflara bu bakımdan önemli sorumluluklar düşmektedir.

## 2.5. Geri Ödeme Sistemi ve İlaç İsrafının Giderilmesi Çabaları

Ülkeler ilaç harcama giderlerini kontrol etmeye çalışırken, ruhsatlandırma süreci, fiyatlandırma politikası, rekabet gücünden yararlanma, jenerik ürün kullanımına yatırım yapma, yazılan reçetelerin içeriğini sorgulama ve akılcı olup olmadığı konularında geri bildirimde bulunma, sağlık personelinin ve toplumun AİK konusunda daha bilinçli davranmasına yardımcı olma gibi pek çok yaklaşımdan yararlanabilir. İlaç harcamalarının makul sınırlara çekilmesinde geri ödeme kurumlarının uygulamalarının etkin rolü bulunmaktadır.



İnsancıl, kaliteli sağlık hizmeti sunumunda ve sürdürülebilirliğinde geri ödeme sistemleri çok yönlü olarak meselenin içerisinde yer alır. Alınan hizmetin mali açıdan ederi, kabul edilebilirliği, karşılanabilirliği ve sürdürülebilirliği kritik konu başlıkları arasındadır. Sağlık sigortacılığı, kendine özgü çok sayıda güçlüğü bulunan, kurulması ve işletilmesi oldukça zor olan, diğer mal ve hizmet sunum alanlarından farklılaşan bir sigortacılık alanıdır. Hizmetin arz ve talebinden kaynaklanan pek çok unsur, dünya genelinde bu alanda kamunun hakimiyetini ön plana çıkartmaktadır. Sağlık sigortacılığına ait özel kuruluşların sistemdeki paylarının henüz çok düşük olduğu Türkiye’de başlıca geri

ödeme kurumu SGK'dır. Sağlık sigortacılığı faaliyetlerinde dünyadaki ülkelerin koşullarına bağlı farklılıklar göstermekle birlikte genel olarak kamunun ağırlığı fazladır. Gelişmiş bazı ülkelerde ise özel sektörün bu alandaki payının liberal alt yapı olanakları nispetinde fazla olduğu söylenebilir.

### **İnsancıl, kaliteli sağlık hizmeti sunumunda ve sürdürülebilirliğinde geri ödeme sistemleri çok yönlü olarak süreçte aktif rol alır.**

Türkiye'de 2006 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), BAĞ-KUR, Emekli Sandığı gibi farklı kurumlar yoluyla verilen sağlık hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumu adı altında bir çatıda toplanmıştır. İlaçların geri ödemesine (bedeli ödenecek ilaçlara) ilişkin işlemler, Bakanlar Kurulu kararı ile kurulmuş olan, sekreteryasını SGK'nın üstlendiği Geri Ödeme Komisyonu tarafından yürütülmektedir. Ödeme Komisyonu, beşeri tıbbi ürünlerin/ilaçların ödeme usul ve esaslarının belirlenmesi konusunda, SGK Başkanlığı'nın koordinatörlüğünde Maliye Bakanlığı, SB, Başbakanlık Hazine Müsteşarlığı ve Kalkınma Bakanlığı temsilcilerinin katılımıyla oluşturulur. Farmakoeconomik değerlendirmede beşeri tıbbi ürünün maliyetinin ve bunların uygulanması ile ortaya çıkan ekonomik sonuçların analitik metodlar ile ortaya konması istenir. SGK tarafından yayımlanan, geri ödeme listesindeki ilaçları da ilgilendiren SUT Türkiye'de ilaç kullanımında belirleyici rol üstlenmektedir.

İlacın ruhsatlandırılmasını takiben üreticisi, ilacın perakende satış fiyatının belirlenmesi için sağlık otoritesine başvuruda bulunur. İlacın orijinal/jenerik olup olmamasına ve patent koşullarına göre ilgili mevzuat çerçevesinde ilacın fiyatı belirlenir. Türkiye'de SGK, en büyük/neredeyse tek geri ödeme kurumu olması nedeniyle ilgili ilaç üreticisi, ilacının geri ödeme kapsamına alınması yani "Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi"ne dahil edilmesi için SGK'ya başvuruda bulunur. Söz konusu talep, SUT hükümleri, geri ödeme, piyasa ve sağlıkla ilgili diğer koşullar vb. yönlerden değerlendirilerek ilacın geri ödeme kapsamı otoritece belirlenir.

İlaçta geri ödeme işlemi, başarılı modellemelere dayandırılabilirdiği ölçüde AİK'in yaygınlaştırılmasına katkı sağlayabilir. Bu katkı, çift yönlüdür. AİK açısından başarılı olduğu takdirde bir taraftan AÖİK'in yol açtığı israf giderilir, toplumsal ölçekte karşılık bulan, insancıl sağlık hizmeti daha kolay alınır; diğer taraftan israfın azaltılmasıyla sağlanan ekonomik kazançla ve alınan başarılı tedavi hizmetinin karşılığında sisteme duyulan güven artırılabilir ve sürdürülebilirlik korunmaya çalışılır.

Geri ödeme kurumları aldıkları hizmetin kalitesini AİK açısından inceleme, değerlendirme ve bu konuda bazı tasarruflarda bulunma anlayışını, teknolojinin kendilerine sunmuş olduğu yeni imkanlarla çok daha kolay hayata geçirebilmeye başlamıştır. Örneğin, reçete izlem ve değerlendirme sistemleri sayesinde hizmet aldıkları hekimlerin bu reçeteleme performanslarını, ilaç seçimi de dahil çeşitli yönlerden takip etme, AİK'e uygunluğunu elektronik ortamda sorgulama, geri bildirimde bulunma imkanına kavuşmuşlardır.



İlaçların israfı ve bunun mali boyutu, AOİK'in çarpıcı sonuçları arasında yer alır. Bu olumsuz durumun yaşanmasında başta hekimler olmak üzere ilaç kullanımında rol alan tüm kişi ve kurumların sorumluluğu bulunur. Hekim dışındaki taraflara göz atıldığında, düzenleyici otoritelerin, sağlık kuruluşlarının, geri ödeme kurumlarının, ilaç üreticilerinin, dağıtıcıların, eczacıların, ilaç tanıtım elemanlarının ve bunlara destek olan platformların çalışanlarının, hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının, hasta bakıcıların, hastaların, hasta yakınlarının, araştırmacıların, kalite kontrol elemanlarının, akademinin, idari düzenleme yapanların, yerel yönetimlerin, mesleki sivil toplum kuruluşlarının, eğitim ve araştırma kurumlarının, medya ve diğer ilişkili kişi ve kuruluşların ilaç israfındaki sorumlulukları dikkatleri çekmektedir.

İlaç israfının giderilmesinde geri ödeme kurumlarının belirleyici politikaları bulunur. Örneğin, AOİK'i giderecek, hekimin, eczacının ve diğer sağlık çalışanlarının mesleki motivasyonunu artıracak gerekli politikaları oluşturmak, altyapı desteği sağlamak, SUT çerçevesinde diğer kurumlarla işbirliği içerisinde ülke menfaatleri doğrultusunda ilaçla ilgili geri ödeme işlemlerini AİK'e katkı sunacak şekilde gerçekleştirmek ve genel olarak AİK'i yaygınlaştırmaya yönelik faaliyetlere destek olmak son derece yararlıdır. Bunun için SGK'nın 15 Ocak 2013 itibarıyla zorunlu e-reçete uygulamasına geçmiş olmasının denetim kolaylığı, hekim ve eczacı, hasta vb. kaynaklı AOİK sorunlarını tespit kolaylığı, hizmet kalitesi artışı gibi avantajlarıyla AİK'e katkıda bulunması, ilaç israfını önlemede gün geçtikçe daha yararlı olması beklenmektedir. SGK, temel geri ödeme kurumu ve bir kamu kurumu olmanın sorumluluğuyla son yıllarda hazırladığı projeler ve faaliyetleri ile AİK'in yaygınlaştırılması için uğraş vermektedir. Bu çerçevede 2012 yılında başlatmış olduğu altyapı oluşturma projesi ile, içerisinde bu kitabın yazımının da bulunduğu çok sayıda eğitim, araştırma, bilgilendirme, rutin hizmet faaliyetlerine katkı sunmayı hedeflemektedir. Bu sayede orta ve uzun vadede ilaç israfının azaltılacağı, AİK'e uygun daha başarılı tedavi düzenleme hizmeti alınacağı düşünülmektedir. Öte yandan SGK'nın 2012 yılında yaptığı Türkiye genelinde ilaç atığını araştıran bir çalışması, ilaç israfının kaynakları ve boyutlarını tespit etme imkanı bulmuş olması açısından

yetkililere ve kamuoyuna önemli ipuçları sunmuştur.

İlaç kullanımı konusunda bilinçli olabilmenin yolu konuyla ilgili yeterli eğitimden geçmektedir. Bu bakımdan tıp fakülteleri başta olmak üzere, araştırma ve eğitim hastaneleri, diğer sağlık mesleği mensuplarının yetiştiği kurumlar AİK konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası verecekleri başarılı eğitimlerle ilaç israfının giderilmesinde önemli görevler alabilirler. Sağlık mesleklerini ilgilendiren eğitim kurumları dışındaki eğitim kurumlarında da ilaç israfının azaltılmasına dönük yeterli düzeyde bilinçlendirme faaliyeti yapılmalıdır. Bu konuda SGK'nın toplumun pek çok kesimine yönelik hazırladığı/dağıttığı ve internet erişimine sunduğu kaynaklardan rahatlıkla yararlanılabilir. Aynı bilgi kaynakları medya aracılığıyla toplumun diğer kesimlerinin kullanımında da yardımcı olabilir. SGK 2012 yılında hazırladığı 3 ayrı görsel ve işitsel kamu spotu ile AİK'in yaygınlaştırılmasına/ilâç israfının giderilmesine kitle iletişim araçları vasıtasıyla yardımcı olmayı sürdürmektedir. SB'nin ve bazı sivil toplum kuruluşlarının benzer yöndeki etkinliklerinin son yıllarda hız kazanmış olması, ilâç israfının azaltılması ve AİK'in yaygınlaştırılmasına katkı sağlaması beklenen önemli gelişmelerdir. Öte yandan kimi basın yayın organlarında son zamanlarda artan bir şekilde bitkisel ürünlerin ilâç gibi sunulmaya çalışılması, kamuoyuna ilâçlar/karşı etkileri hakkında abartılı ve yanıltıcı içerikte açıklamalarda bulunulması gibi olumsuzlukların sorumlular tarafından engellenmesi de ilâç israfında önemlidir. Bunun için çeşitli düzenlemelerin hayata geçirilmeye başlanmış olması önemlidir. Bu bakımdan geri ödeme kurumlarının aşırı dikkat sarf etmesi, bu nevi ürünlerin kullanımının bilimsel zemini hakkında yeterli birikim elde etmesi, içlerinden bazılarının geri ödemesi gündeme geldiği takdirde konuyu hassasiyetle değerlendirmesi, tartışmalı uygulamalardan sakınması, gerektiğinde bu konularda yanıltılmış halkı, doğru yönde bilgilendirmeye çalışması, gerekli düzenlemeleri yapması vb. sorumlulukları vardır. Hatalı, abartılı, yanıltıcı promosyonel etkinlikler, tanıtımlar vb. ilâç endüstrisi kaynaklı AOİK sorunlarının muhataplarının ilâç israfını önleyici yaklaşımları benimsemesi, kurallara uyması gerekir. Bu bakımdan düzenleyici otoritelerin günün şartlarına cevap verecek yapısal ve idari düzenlemeleri hayata geçirmesi israfın önüne geçmede önemlidir. Geri ödeme kurumları da hizmet alırken, muhataplarının bu düzenlemelere uygun hareket etmesi hususunu göz önünde bulundurmalıdır.

İlaç atıklarıyla doğru mücadele kanalları açık olmalı, halk ve sağlık çalışanları bu konuda yeterince bilgilendirilmelidir. Bu bakımdan ülkemizde önemli eksiklikler olduğu söylenebilir. Genel ilke ilâç atığını mümkün olduğunca doğuracağı yanlışlıklardan uzak tutmak olmakla birlikte, oluşan atığın çevre ve insan sağlığını olumsuz etkilememesi için uğraş verilmeli, buna yönelik alt yapı olanakları yaratılmalıdır. Kuşkusuz bu bakımdan ilacın üreticisi, tüketicisi, hizmette rol alan sağlık kuruluşları, yerel yönetimler, sağlık otoritesi, geri ödeme kurumu da dahil hemen herkesin sorumluluğu bulunur.

Hekim, eczacı, hemşire, sağlık teknisyeni, hastaya yardımcı olan diğer kişiler



ve hastanın ilacın muhafazası, hazırlanması, uygulanması, atığının usulünce imhası gibi konularda üzerlerine düşen sorumluluğu yerine getirmesi gerekir. Bu konularda yapılan hatalar ciddi israf nedenlerine dönüşebilir. Bunların mümkün olduğunca azaltılmasına dönük eğitim, araştırma ve denetim faaliyetleri yararlı sonuçlar doğurabilir. Geri ödeme kurumları bu noktalarda yaşanan sorunların giderilmesinde mevzuat çerçevesinde, diğer kurumlarla işbirliği içerisinde önlemler olarak ilaç israfını azaltmaya çalışmalıdır.

İlaç fiyatlandırılması, bedeli ödenecek ilaç listelerinin oluşturulması gibi mali konularda toplumun, kurumun menfaatları ile birlikte ülke ulusal ilaç politikasının gereklilikleri birlikte değerlendirilmeli, bu konuda farmakoekonomiden de yararlanan akılcı yaklaşımlar sergilenmeye çalışmalıdır.

Bütün bunların yanı sıra ilaç seçimi ve muhataplarının bilgilendirilmesi başta olmak üzere, ilaç israfının önlenmesinde en önemli sorumluluk hekimlere düşmektedir. AİK'e uygun davranarak, hekim, ilaç israfının önlenmesine en önemli katkıyı sağlayabilir. Geri ödeme sistemleri bu bakımdan dikkatlerini mutlaka hekimin reçeteleme performansı üzerinde yoğunlaştırmalı ve onun daha akılcı davranmasına yardımcı olmaya dönük çaba içinde olmalıdır.

## **2.6. Akılcı İlaç Kullanımı İle İlgili Dünyadaki ve Türkiye'deki Durum**

AİK, sağlık alanında bir zorunluluktur. Günlük yaşamda pek çok olumsuz unsur, AİK'in beklenen düzeylere ulaşamamasına yol açabilir. AOİK, dünya genelinde yaygın olarak görülen bir problemdir. DSÖ, dünya genelinde tahmini olarak ilaçların yarısından fazlasının uygun olmayan şekilde reçetelendiğini, dağıtıldığını ya da satıldığını, yaklaşık yarısının akılcı olmayan şekilde kullanıldığını, tedavi kılavuzlarına uygun tedavi edilen hasta oranının ise düşük olduğunu bildirmiştir.

Araştırmalar, AOİK'in dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de önemli AOİK sorunları olduğunu ortaya koymaktadır.

**Günlük yaşamda pek çok olumsuz unsur, AİK'in güdük kalmasına ya da bozulmasına kolayca yol açma riski taşır.  
Bu yüzden dünya genelinde tahmini olarak ilaçların yarısından fazlasının akılcı olmayan kullanım sorunu bulunmaktadır.**

Son yıllarda ilaç sayısı ve çeşitliliğindeki hızlı artış, bir yandan ilaçlar ve tedaviler hakkındaki bilgi ve deneyimleri artırırken, diğer yandan çok sayıda alternatif arasından ilaç seçiminde güçlük yaşanmasına, rekabetin artmasına, bilgi kirliliği ve kafa karışıklığı yaşanmasına, dolayısıyla çeşitli ilaç kullanımı sorunlarına neden olmuştur.

1985 yılında, AİK'in DSÖ tarafından tanımlanması yapılmış, ardından AİK'i yaygınlaştırmaya yönelik olarak uluslararası bir ağ (International Network for the Rational Use of Drug-INRUD) 1989 yılında oluşturulmuştur. Takiben sağlık merkezlerinde ilaç kullanımını araştırmaya yönelik olarak "WHO/INRUD kriterleri" geliştirilmiştir. Dünya genelinde bu kriterler kullanılarak yapılan pek çok çalışma AİK ile ilgili önemli ipuçları sağlamıştır. Bu göstergelerin ayrıntısına bir sonraki konuda yer verilmiştir.

Literatürde ilaç kullanımı kaynaklı sorunların önlenmesinde hekimlere ve diğer muhataplara verilen AİK eğitimlerinin başarılı sonuçlarına değinilmiş olması, AİK'in yaygınlaştırılmasında eğitimin önemli olduğuna işaret etmektedir. Bu konuda 1994 yılında, DSÖ, akılcı reçete yazmada kaynak olarak kabul edilen "Guide to Good Prescribing" ve 2001'de "Teacher's Guide to Good Prescribing" kitaplarını yayımlamıştır. Dünya genelinde konuyla ilgili oldukça kabul görmüş olan bu kaynaklar sırasıyla "Reçete Yazma Rehberi" ve "Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi" adı ile Türkçeye de çevrilmiştir. Bu rehberlerin de önerdiği üzere eğitimler, daha çok probleme dayalı akılcı tedavi eğitimleri şeklinde yürütülmektedir.

DSÖ, 2002 yılında yayımladığı raporunda dünya nüfusunun yaklaşık olarak üçte birinin temel ilaçlara erişimden yoksun olduğuna, AOİK'in dünya genelindeki yaygınlığına dikkat çekmiş ve AİK'i yaygınlaştırmak amacıyla bir "ulusal program" oluşturmanın temel olduğuna vurgu yapmıştır. Raporda ayrıca ilaçların daha akılcı kullanımlarını teşvik etmeye yönelik olarak aşağıda sıralanan "12 Temel Girişim" in üzerinde durulmuştur:

1. İlaç politikalarını düzenlemek için yetkin bir multi-disipliner ulusal yapılanma
2. Klinik rehberlerden yararlanma
3. İlk seçenek tedavileri esas alan temel ilaç listesi oluşturma
4. Bölgelerde ve hastanelerde ilaç ve tedavi kurulları kurma
5. Mezuniyet öncesi müfredat programında probleme dayalı AİK eğitimi verme
6. Bir gereklilik olarak hizmet içi sürekli tıp eğitimleri düzenleme
7. Kurumsal çerçevede gözetim, denetim ve geri bildirim sistemlerini

geliştirme

8. İlaçlar hakkında bağımsız bilgi kaynaklarını kullanma
9. İlaçlar hakkında halk eğitimi yapma
10. Etik olmayan mali teşviklerden kaçınma
11. Uygun ve zorunlu düzenlemeleri hayata geçirme
12. İlaç tedariki ve personel istihdamını güvence altına almak için yeterli devlet harcaması sağlama.

DSÖ, 2011 yılında yayınladığı raporunda, 2002 yılındaki raporuna gönderme de bulunmuş ve AİK'in özendirilmesi için ulusal bir programın gerekliliğine ve eğitim faaliyetlerine vurgu yapmıştır. Günümüze kadar geçen bu süreçte, DSÖ'nün yanı sıra Avrupa İlaç Ajansı (European Medicines Agency, EMA) gibi çeşitli sağlık otoriteleri de konunun önemine dikkat çekmiş ve AİK'i yaygınlaştırmaya yönelik pek çok faaliyette bulunmuştur.

Dünyada yaşanan bu gelişmelerin ışığında, Türkiye'de 1990'lı yılların ilk yarısında AİK ile ilgili bazı girişimlerde bulunulmuştur. İlk 1996'da Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde olmak üzere "Probleme Dayalı Akılcı Tedavi Eğitimi" Türkiye'de uygulanmaya başlanmıştır. Bu eğitim modeli sonrasında, hekimler, tıp öğrencileri, eczacılar ve eczacılık fakültesi öğrencileri ve diğer sağlık meslekleri ile ilgili alanlardaki eğitimlerde ülke genelinde yaygınlaştırılmaya çalışılmıştır.

DSÖ'nün raporlarında da geçtiği üzere sağlık otoritesinin ulusal politikalar oluşturmaya yönelik altyapı kurması bu bakımdan önem taşır. 2010 yılında SB'de "Ulusal AİK Koordinasyon Kurulu" kurulması bu açıdan kayda değer bir gelişmedir. Bu çerçevede, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (eski adıyla İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü) bünyesinde Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Dairesi Başkanlığı'na bağlı "Akılcı İlaç Kullanımı Birimi" kurulmuştur ve bu birim AİK'in yaygınlaştırılması için çeşitli faaliyetler sürdürmektedir. Bu faaliyetlerin uzun vadede daha da artırılması ve hızlandırılması beklenmektedir. Örneğin güncel tanı tedavi rehberlerinin oluşturulması ve kullanımının teşvik edilmesi, reçeteleme hatalarını azaltarak ilaç israfının giderilmesine katkı sağlaması bakımdan önemlidir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda ve sürdürülebilirliğinde geri ödeme kurumları son derece önem taşır. Türkiye'de 2006 yılında SGK'nın adı altında kamu geri ödeme kurumları bir çatı altında toplanmıştır. SGK, geri ödeme listesindeki ilaçları da ilgilendiren SUT çerçevesindeki faaliyetleri, 2012 yılı itibarıyla zorunlu Genel Sağlık Sigortası uygulamasına geçmiş olması, 2013'te e-reçete uygulamasını ülke genelinde zorunlu hale getirmesi gibi etkinlikleri ile Türkiye'de ilaç kullanımında belirleyici rol üstlenmiştir. Tüm bu gelişmeler, AİK'i çok yakından ilgilendirmektedir.

Türkiye'de ilaç kullanımının akılcı yapıya yapılmadığına dair çeşitli araştırmalar yapılmıştır. Bunların çoğunda önemli AOİK sorunları tespit edilmiştir.



Örneğin, SGK'nın 2012 yılında yaptığı bir çalışmada da Türkiye genelinde ilaç israfı konusunda önemli sorunlar yaşandığına dikkat çekilmiştir. Her evde yaklaşık 11 ilaç bulunduğu, ilaçların evde bulundurulması ve kullanılması ile ilgili önemli sorunlar yaşandığı, kullanılmayan ilaçların büyük oranda normal çöpe atılarak imha edildiği gibi halkın AOİK yaklaşımlarının tespit edildiği bildirilmiştir. Yapılan diğer çalışmalarda hastaların bilinçsiz, aşırı ilaç kullanma alışkanlığı ve kendi kendini tedavi etme alışkanlığı bulunduğu; hekimlerin AİK konusunda yeterli eğitim almadığı; ilaç firmalarının promosyonel aktivitelerinden ve ilaç tanıtım elemanlarının ziyaretlerinden reçete yazarken etkilendikleri; hekimlerin kötü reçeteleme performansı sergiledikleri; hekimlerin ilaç fiyatlarını, jenerik ilaç kavramını pek fazla bilmedikleri; AİK ilkeleri doğrultusunda hastaların tedavi sürecini yürütmedikleri; tanı-tedavi rehberlerinden yeterince yararlanmadıkları; yazdıkları reçetelerde reçete başına düşen ilaç sayısı, antibiyotik içeren reçete yüzdesi gibi konularda aşırıya kaçtıkları; eczacıların yeterince AİK'e uygun davranmadıkları vb. tespitler, öne çıkan AOİK örneklerindedir.

İlacın üretiminden kullanılıp imhasına kadar yaşanan tüm süreçte rol alan tarafların AİK'in yaygınlaştırılmasında sorumluluğu bulunmaktadır.

- Başta hekimler olmak üzere, eczacılar, hemşire ve diğer sağlık çalışanları, hastalar, hasta yakınları, düzenleyici otoriteler, sağlık kuruluşları, geri ödeme kurumları, ilaç üreticileri, dağıtıcıları, araştırmacılar, kalite kontrol işlemcileri, akademi, idari düzenleme yapanlar, yerel yönetimler, mesleki sivil toplum kuruluşları, eğitim ve araştırma kurumları, ilaç tanıtımı elemanları ve bunlara destek olan platformların çalışanları, medya ve daha pek çok ilişkili kişi ve kuruluşun bu süreçte "ilaçla ilgili doğruları" n tarafları olduğu söylenebilir.



Şekil 1: Akılcı İlaç Kullanımında Ön Plana Çıkan Taraflar.

Sonuç olarak, dünyada ve Türkiye’de AİK’in yaygınlaştırılmasına yönelik olarak somut adımlar atılmasına karşın AOİK hala önemli bir sorundur. Bu sorunları gidermeye yönelik olarak AİK ile ilgili iyileştirme faaliyetlerine çeşitli yollarla devam edilmektedir. Bu bakımdan her bir muhatabın iyi tanınması ve AİK’e katkılarının iyi değerlendirilmesi gerekir. Konuyla ilgili atılacak adımlar bu doğrultuda planlanmalıdır.

## 2.7. Akılcı İlaç Kullanımının Temel İlkeleri

AİK, pratikte doğru ilacın, doğru hastalıkta, doğru kişide, doğru uygulama yoluyla, doğru dozda, doğru sürede, doğru bilgilendirmeye kullanılımsından bahseder. Ancak kapsamlı olarak ele alındığında AİK’in, ilacın üretiminden, kullanılıp atığının imha edilmesine kadar geçen sürecin tamamındaki “doğru”ları kapsadığı söylenebilir. Dolayısıyla, süreç tedaviyi düzenleyen hekimden ve tedavisi düzenlenen hastadan çıkarak ilaç araştırmacılarından, üreticilerine, dağıtıcılarına, düzenleyici otoritelere, akademiye, sağlık otoritelerine, eczacılara, hemşirelere ve diğer sağlık çalışanlarına, medyaya ve tabii ki geri ödeme kurumlarına kadar ilgili pek çok kişi ve kuruluşu ilgilendirir. Tüm tarafların ilacın üretiminden imhasına kadar her aşamada akılcı kullanım ilkelerine göre hareket etmesini gerektirir.

AİK süreci genel olarak beş başlık altında ele alınabilir. Bunlar:

1. Reçeteleme öncesi süreç
2. Tedavi düzenleme ve reçete yazma süreci
3. İlacın temin edilme süreci
4. İlacın kullanım süreci
5. İlacın imha süreci

**1.Reçeteleme öncesi süreç:** Hastanın ilacı alımından önceki dönemde, ilacın piyasaya sürülmesi öncesi ve sonrasına ait ilgili doğruları kapsar. İlacın geliştirilme, üretim, fiyatlandırma, geri ödeme koşullarını belirleme, pazara sunulma ve dağıtılma aşamalarında geçen süreç, bu başlık altında ele alınabilir. İlacın geliştirilmesi, ilgili otoritelerin onayından geçmesi, iyi üretim uygulamalarına uygun şekilde üretilmesi, güvenilirlik ve diğer takiplerinin iyi yapılması, geri ödeme koşullarının belirlenmesi, etik standartlara uygun şekilde tanıtımı ve pazarlanması, standartlara uygun şekilde depolanması ve dağıtılması, eczanede uygun şekilde muhafaza edilmesi gibi işlemleri kapsar. Sürecin AİK ilkelerine uyumu, ilgili kişi ve kurumların standartlara ve doğrulara uygun şekilde hareket etmesinin yanı sıra uluslararası ve ulusal sağlık otoriteleri tarafından yapılan düzenlemelerle de yakından ilişkilidir. AİK’in yaygınlaştırılabilmesi için ilaç kullanımının uygun koşullarda yapılmasına olanak sunacak ortamın oluşturulması şarttır. Bu süreç, ilaç endüstrisi, uluslararası ve ulusal sağlık otoriteleri, düzenleyici otoriteler, geri ödeme kurumları, akademi, ilaç araştırmacıları, medya, sivil toplum kuruluşlarını yakından ilgilendirir. Bu başlık altında ele alınan dönemlerde yaşanabilecek olumsuzluklar, AOİK’i çoğu kez dolaylı yolla etkiler ve bu tür olumsuzluklar başlangıçta çok daha

kolay önlenebilir ya da giderilebilirken, sonrasında büyük çaplı ve giderilmesi güç AOİK sorunlarına yol açabilir. Yaşanan sorunlar, geri ödeme kurumunun iş yükünü ve mali yükünü ciddi ölçüde olumsuz yönde etkileyebilir.

**2.Tedavi düzenleme ve reçete yazma süreci:** Bu süreç hekimin yetki ve sorumluluğundadır. Hekimin AİK'e uygun şekilde hasta başı tedavi düzenleme ve yönetme süreci özetle şu şekildedir:



- Hekim hastasına tanısını doğru koyar.
- Hastanın problemini dikkatlice tanımlar ve hastanın anlayabileceği şekilde, açık bir dille koyduğu teşhisi anlatır.
- Tedavi amaçlarını belirler ve alternatifleri arasından hasta için en uygun ve güvenilir tedaviyi seçer. Bunun yanı sıra ilaç dışı tedaviden de hastaya bahseder.
- İlaç tedavisi gerekiyorsa, belirlediği doğru ilacı reçete eder.

AİK ilkeleri doğrultusunda hareket eden hekim, karşılaşılabileceği hastalıkların tedavisi için kişisel tedavi (K-Tedavi) ve kişisel ilaç (K-İlaç) listesi oluşturur. Bu K-ilaç(lar)ını etkililik, uygunluk, güvenilirlik ve maliyet ölçütleri doğrultusunda seçer. Bunun için "akılcı tedavide eniyileme analizi" (ATEA) yoluyla ilgili endikasyonda kullanılabilecek alternatif ilaçlar arasında doğru kabul ettiği ilaç(lar) a karar verir. Hasta başı tedavide, bu ilaçlardan yararlanır. Yapacağı kısa bir değerlendirme ile karşısındaki hastaya K-İlaç listesindekiler arasında en uygun olan(lar)ı seçer ve reçetesini yazar.

- Hastaya tedavisi ve reçetelediği ilaç(lar)ı ile ilgili açık, anlaşılır bilgiler ve talimatlar verir ve hasta tedaviye başlar.
- Hekim, düzenlediği tedavinin sonuçlarını izler ve tedavinin başarılı olup olmadığını kararlaştırır. Hastanın şikayetleri giderilmişse, tedaviyi duruma göre

sonlandırabilir (ör. akut hastalık tedavisi) ya da tedaviyi sürdürebilir (ör. kronik hastalık tedavisi). Eğer giderilmemişse bütün basamakları tekrar gözden geçirir ve akılcı tedavi süreci yeniden başlatılır.

Tedavi düzenleme ve reçete yazma süreci, ilacın temin edilmesi ve kullanılması ile birlikte geri ödeme kurumlarını, bedeli ödenebilir ilaçlar, tanı ve tedaviye dair diğer şartlar, hekimin ve diğer sağlık çalışanlarının ve sağlık kuruluşlarının performansı ve tedavinin sonuçları bakımından çok yakından ilgilendirir.

**3. İlacın temin edilme süreci:** Bu süreç, eczaneye başvuran hastanın reçetesinin karşılanması, ilacın hastaya sunulması ve gerekli bilgilendirmenin ardından hastanın uğurlanması sürecinde yapılması gereken doğruları kapsar. Hastalara ilaç sunulması, eczacının yetki ve sorumluluğundadır. Eczacının, bu süreçte akılcı olması, tedavinin başarısını artırması, hasta güvenliğini tehdit edecek riskleri azaltması kadar, sağlık harcamalarının önemli kısmını oluşturan ilaç harcamalarının azaltılmasına da katkı sunabilir. Bu konuda DSÖ'nün basamaklı yaklaşımı eczacılar için yol gösterici niteliktedir.



DSÖ'nün eczacının ilaç sağlaması ile ilgili önerileri aşağıdaki basamaklardan oluşmaktadır:

- Eczacı doğru reçeteyi hastadan alır.
- Reçeteyi ve talimatları doğru olarak gözden geçirir. İlaç isimlerini, dozu, uygulama yolunu ve kullanım süresini, ilaçların uygunluğunu kontrol eder. İlacı muhafaza ettiği yerden çıkarır.
- Reçetelenen ilaçlar eczanede mevcutsa, ilacın saklama koşullarını, son kullanma tarihini, ürünün adını, dozunu ve farmasötik dozaj formunu tekrar kontrol eder.
- İlaç(lar)ın adını, dozunu ve farmasötik dozaj formunu tekrar kontrol ederek ilaç(lar)ı hazırlar.
- Hastaya doğru kullanım şeklini anlatır. İlaç kutusunun üzerine hastanın adını, kullanım talimatlarını, günün tarihini, hekim ve eczacının adını yazar.
- Bazı durumlara bilgilendirme daha özel yapılır (gebelik, fonksiyonel hastalık, görme- işitme engelliler, çocuk ve yaşlılar, birden fazla ilaç kullananlar vb.)

- Tedaviye hasta uyunc gösterir.
- Eczacı düzenli kayıt ve hasta takibi yapar.

Geri ödeme kurumu çalışanları, bölgelerinde hizmet veren eczacıların ve sağlık kuruluşlarının ilaç sunumuyla ve bunun mali, tıbbi boyutlarıyla yakından ilgili kişilerdir. Tedavi düzenleme sürecinde hekimlerin, eczacıların ve diğer sağlık çalışanlarının ve sağlık kuruluşlarının süreçteki rolleri ve bu süreçteki doğrulardan haberdar olması, AİK'e önemli katkılar sunabilir.

**4. İlacın kullanım süreci:** AİK ilkelerine göre hastanın, önce hekim sonra da eczacı tarafından doğru ve yeterli ölçüde bilgilendirilerek ilaçlarını almasıyla bu süreç başlar. İlacın kullanıcısı hastanın kendisi olabileceği gibi bir yakını da olabilir ya da bazı uygulama yollarında (ör. parenteral) hemşire gibi diğer bir sağlık çalışanının yardımı da gerekebilir. Bu sürecin başarısı, hastanın, hekim tarafından tedavisinin doğru şekilde düzenlenmesi, hem hekim hem de eczacı tarafından doğru ve yeterli ölçüde bilgilendirilmesi, hastanın uyuncu, hastanın kendisinin/yakınının/hemşirenin ilacı doğru şekilde uygulamasıyla yakından ilişkilidir.

Sağlık merkezlerinde ilaç kullanımını araştırmaya yönelik olarak "WHO/INRUD kriterleri" geliştirilmiştir. Dünya genelinde bu kriterler kullanılarak yapılmış olan çalışmalar AİK ile ilgili değerlendirme ve düzenlemelere olanak sağlamıştır. Geri ödeme kurumlarına da oldukça önemli ipuçları sunan bu INRUD (International Network for the Rational Use of Drugs) ilaç kullanım göstergeleri; reçeteleme, hasta bakım, kurum ve ilaç kullanımını tamamlayıcı göstergeleri olmak üzere aşağıdaki alt başlıklardan oluşur.

#### Reçeteleme Göstergeleri

- Reçete başına düşen ilaç sayısı
- Jenerik isimle yazılan ilaç yüzdesi
- Antibiyotik yazılan reçete yüzdesi
- Enjeksiyon yazılan reçete yüzdesi
- Temel ilaç listesinden ya da formüllerden yazılan ilaç yüzdesi

#### Hasta Bakımı Göstergeleri

- Ortalama konsültasyon süresi
- Ortalama dağıtım süresi
- Fiili olarak dağıtılan ilaç yüzdesi
- Uygun olarak etiketlenmiş ilaç yüzdesi
- Doğru dozları bilen hasta yüzdesi

#### Kurum Göstergeleri

- Temel ilaçlar listesi ya da formüllerin bulunma durumu
- Klinik rehberlerin bulunma durumu

### Tamamlayıcı İlaç Kullanım Göstergeleri

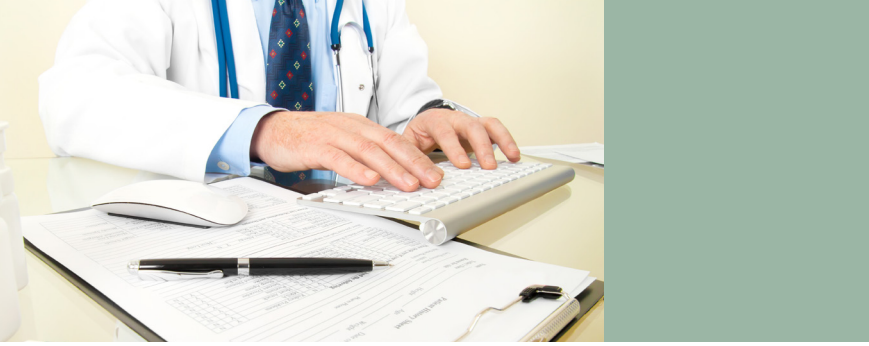
- Reçete başına düşen ortalama ilaç maliyeti
- Klinik rehberlerle uyumlu reçete yüzdesi

**5. İlacın imha süreci:** İlaçlar toksik özellikleri nedeniyle tehlikeli atıklar olarak değerlendirilirler. Her ne kadar düşük miktarlarda zararsız olabilecekleri düşünülse de, usulüne uygun imha edilmeyen ilaçlar insan ve çevre sağlığı açısından çok ciddi sorunlara neden olabilir. İlaçların kullanılmasını takiben arta kalan kısımlarının insan ve çevre sağlığını tehdit etmeyecek biçimde, kurallara uygun şekilde imha edilmesi gerekir. Bu sürecin AİK ilkelerine uyumu başta ilgili sağlık otoriteleri olmak üzere (SB, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı), yerel otoritelerin (belediyeler) ilaç imhasıyla ilgili yapacağı düzenlemelere ve ilaç tüketicilerinin bu doğrultuda bilgilendirilmesine bağlıdır. Geri ödeme kurumlarının hizmet alırken hizmet alım şartları içerisinde bu konuyu gözetmeleri ya da bu sürecin sağlıklı yapılmasına dair kendilerinin doğrudan altyapı desteğinde bulunmaları sorunun çözümüne katkı sunabilir.

Miadı geçen, tedaviden arta kalan vb. nedenlerle imhası gündeme gelen ilaçların toplanması, imhası gibi işlemler konusunda hastalar çoğu kez muhatap bulmakta güçlük yaşamaktadır. Bu nedenle ilaçlar genellikle ev çöpüne atılmaktadır. Nitekim SGK tarafından 2012 yılında Türkiye genelinde halkın hanelerde ilaç bulundurma ve kullanma alışkanlığını sorgulayarak yaptığı bir araştırma verilerine göre hanelerde atılan ilaçların %91,1'inin normal çöpe atıldığı bildirilmiştir. Sadece hastaların değil, sağlık çalışanlarının da ilaç imha sürecini yönetmede güçlüklerle karşılaştıkları bilinmektedir. Hasta/hasta yakınlarının, sağlık çalışanlarının konuyla ilgili bilinçlenmesini sağlayarak gelişigüzel şekilde ilaç atılmamasına katkıda bulunmak; çevrenin ve insan sağlığının ilaç atığı kaynaklı zararlardan korunmasına yönelik kampanyalara destek olmak sosyal güvenlik kurumlarının bu konuda yapabilecekleri işlere örnek olarak verilebilir.

## 2.8. Akılcı Reçete Yazma Süreci

Reçete, ilacın temin edilmesi ve kullanılması için hekimden eczacıya yazılan, standartları bulunan bir belgedir. İlk bakışta muhatap eczacıymış gibi dursa da eczacının dışında geri ödeme kurumu, sağlık kuruluşu, hastalar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları da reçetenin muhatapları arasında yer alır. Reçete yazma yetkisi tıp fakültesi mezunu hekimlere ve kendi alanlarıyla sınırlı olmak kaydıyla diş hekimlerine ve veteriner hekimlere verilmiştir. Bazı ülkelerde sınırlı sayıda bazı ilaçları gerekli eğitimi takiben hemşireler, ebeler veya eczacılar reçeteye yazabilmektedir. Reçeteyi karşılayan ve ilacı sunan kişinin eczacı olması gerekir. Buna karşın istenmemekle birlikte bu işi eczacıdan başka teknisyen, kalfa gibi yardımcıları da yapabilmektedir. Hastanede yatan hastalar için hemşireler ve diğer sağlık çalışanları da duruma göre reçeteyi karşılama ve ilacı sunma işini üstlenebilmektedir.



Reçetede ki bilgilerin neler olması gerektiği, hangi ilaçların ne tür reçeteye verilebileceği, geri ödemelerin nasıl, ne oranda yapılacağı ve kimlerin reçete yazabileceğine ilişkin her ülkenin kendine ait idari düzenlemeleri vardır. Hekim, reçeteyi AİK ilkelerine uygun yazmadığı durumda hastalar pek çok AOİK sorunu yaşayabilir. Örneğin, kötü reçete yazımı, eczanede eczacının, servislerde hemşirenin yanlış ilacı vermesine, ilaçların yanlış doz ve sürelerde kullanımına, hastalıkların tekrarlamasına ya da uzamasına, hastaların tedaviye uyuncunun azalmasına, karşıt etki/olay görülme sıklığının artmasına, ilaç etkileşimlerine ve bütün bunların sonucunda gereksiz yere tedavi maliyetlerinin artmasına yol açabilir.

Günümüzde her ne kadar e-reçete uygulaması daha yaygın olarak kullanılmakta ise de kağıt reçete "istisnai hallerde" bile olsa yazılmaya devam etmektedir. İster elle kağıda yazılanı, isterse elektronik yazılanı olsun tüm reçeteler, standart bazı bilgileri içermek zorundadır. AİK ilkelerine uygun reçete yazan hekimin bu konuya aşırı özen göstermesi beklenir. Kağıda elle yazılan reçetenin açık ve anlaşılır bir dille yazılması gerekir. Reçetenin kolay anlaşılır halde yazılması, hastanın ve reçetenin diğer muhataplarının, tedavinin ortak katılımcısı olmalarına yardım eder. Bu sayede hem hasta, hem de reçetenin diğer muhatapları ilaç kullanım sürecindeki işlevlerini daha başarılı şekilde yürütürler.

Reçete okunaklı olmalı, yazım dili olarak ulusal dil tercih edilmeli, bazı standart semboller dışında bu konuda baskın yabancı dillerin sözcüklerinden arındırılmış olmalı, yeterince anlaşılmayan bazı kısaltmaları içermemeli ve silinmeyen bir kalemle yazılmalıdır. E-reçete ile yukarıda sıralanan bazı konuların önceliği değişmiş olmakla birlikte reçetenin yazılmasına gerekçe temel özellikleri önemini hala korumaktadır.

Reçetelerde bulunması gereken bilgiler, yazıldığı ülkenin belirlediği asgari format standartlarına ve varsa geri ödeme kurumunun ilave taleplerine uymalıdır. Dolayısıyla hekimin reçeteyi yazarken, eczacının veya hemşirenin reçeteyi karşılarken, hastasının bu bakımdan herhangi bir mağduriyet yaşamaması adına tüm bu konularda bilinçli davranması gerekir. Geri ödeme sistemi bakımından bugün için Türkiye'de yazılan reçetelerin ana muhatabı SGK'dır.

SGK'nın reçeteyi ilgilendiren tasarrufları, hekimler ve diğer sağlık çalışanları tarafından çok iyi takip edilmelidir.

AİK ilkeleri doğrultusunda reçetede bulunması gereken bilgiler şunlardır:

- Reçetenin düzenlendiği tarih
- Hastaya ait bilgiler: Adı ve soyadı, cinsiyeti, yaşı, iletişim adresi, tanısı.
- Hekime ait bilgiler: Adı ve soyadı, ünvanı, diploma tescil numarası, iletişim adresi, imzası, çalıştığı kurum.
- Reçetede diğer bilgiler: Standart bir reçetede yukarıdaki bilgiler dışında süperskripsiyon ("Rp"; Latince "alınız" anlamına gelen simge), inskripsiyon (ilacın adı, farmasötik şekli, farmasötik şekildeki etkin madde miktarı bilgileri), subskripsiyon (ilacın miktarı, yani kaç kutu/ ambalaj, vb. verileceği bilgileri) ve instruksiyon (kullanım talimatı olarak bilinen ve hastanın ilacını hangi dozda, ne sıklıkta ve hangi uygulama yolundan, nasıl alacağını, tedavisi sırasında nelere uyması gerektiğine dair birtakım talimatları ve dikkate alması gereken uyarıları içeren bölümü) olarak tanımlanan bölümleri bulunur.
- E-reçete uygulaması ile yukarıda sayılan pek çok reçete bilgisi sistemdeki kayıtlar yoluyla otomatize edilmiş, yazım işleri kolaylaşmış, muhataplar arası bilgi paylaşımı kolaylaşmıştır. Ancak burada kritik olan konu hastaya mutlaka reçetenin kağıda çıktısının sunulması ve bu kağıt çıktının da bilgisayar yazılım programlarıyla mümkün olduğunca kolay okunabilir, anlaşılabilir bir formatta reçeteye aksettirilmesidir.

Reçete yazma süreci ilaçların sadece yazılması işlemi değildir. Bu sürecin tüm muhatapları reçetenin adeta izini sürer gibi her aşamasında ilacın akılcı kullanımına hizmet edecek yaklaşımla kendileriyle ilgili işlemleri yürütmelidir. Örneğin hekim, reçeteyi doğru format ve içerikte yazmanın yanı sıra hastaya reçeteye yazılan ilaçla ilgili önemli tüm bilgileri onun anlayacağı bir dille anlatmalıdır. Eczacı, reçeteyi kendisi karşılamalı, kimlik doğrulaması, kayıt ve diğer kontrollerinin ardından reçetede yazılı ilacı muhafaza ettiği yerden alıp hastaya sunmalı, reçetede talimatlar doğrultusunda gerekli bilgileri hastayla paylaşmalı, kayıt ve takip sürecini doğru yönetmelidir. Hemşire, reçetede ilacı serviste karşılayan konumda ise iyi hemşirelik uygulamaları çerçevesinde reçetede yazılı bilgileri kontrol etmeli, ilacın uygulanması işlemini gerçekleştirmelidir. Türkiye'de SGK, şu anda e-reçetenin temel alt yapı oluşturucusu, Medula sayesinde temel takipçisi konumundadır. Bu bakımdan SGK reçetenin mali yönü dışındaki yönleriyle de kolaylıkla ilgilenebilir ve AİK'e bütüncül yaklaşımla önemli katkı sunabilir bir pozisyondadır. Bu bakımdan Kurum'un ilgili çalışanlarının sistemi, AİK lehine daha etkin kullanması beklenmektedir.



## **BÖLÜM III: SOSYAL GÜVENLİK KURUMU ÇALIŞANLARI VE**

### **AKILCI İLAÇ KULLANIMI**

- 3.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarındaki Rolü
- 3.2. İlaç Fiyatlandırması ve Geri Ödeme Kapsamına Alınması
- 3.3. Sağlık Uygulama Tebliği'nin İlaç Kullanımına Etkisi
- 3.4. Tedavi Rehberlerinin İlaç Kullanımına Etkileri
- 3.5. Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının İlaç Kullanımı İşlemlerinde İlaç Bilgi Kaynaklarından Yararlanması
- 3.6. Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımı Sürecinde Sağlık Çalışanlarıyla İletişimi

### 3.1. Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımı Uygulamalarındaki Rolü

Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çalışanları, ülkelerinin imkanları doğrultusunda bir taraftan topluma adil, kaliteli sağlık hizmeti sağlamaya gayret ederken diğer taraftan bu hizmetin artış gösteren mali yükünü kontrol etmeye ve sürdürülebilir kılmaya çalışır. İnsan ömrünün uzaması ve yaşlı nüfus oranının artması; sağlık arz ve talebinin artması; sağlık alanında maliyetli yüksek teknolojiden giderek daha fazla yararlanılması; kurumların, bölgelerin, ülkelerin ve ekonomik sistemlerin iletişim çağında birbirini daha fazla etkilemesi ve bunun neticesinde daha iyi sağaltımla ilgili koşulların hızla talep edilmesi kaynaklı politik ve ekonomik baskılarla karşılaşılması; sağlık harcamalarının ve içerisindeki ilaç harcamalarının artması gibi tespitler sosyal güvenlik kurumlarının işlerini güçleştiren unsurlardan bazılarıdır. Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de sağlık sigortacılığı başta olmak üzere sosyal güvenlik alanında yaşanan bu durumlara karşı, artan harcamaları kontrol etmek ve kaliteli sağlık hizmetini vatandaşa ulaştırmak için birtakım politikalar oluşturulmaktadır. İlaç kullanımı perspektifinden bakıldığında, bu politikaların özünü akılcı ilaç kullanımı (AİK) uygulamalarının oluşturması kaçınılmazdır. Dolayısıyla, SGK çalışanlarının ilaçla ilgili yürüttükleri tüm işlemlerde, işin AİK'e uygunluğunu sürekli göz önünde tutmaları gerekir. Bu bakımdan kurum çalışanlarına daha fazla yardımcı olması için AİK'i ilgilendiren rollerinden önde gelenlerine aşağıda yer verilmiştir.

- İlaç geri ödeme politikaları, SGK'nın ardından son yıllarda daha fazla tartışılmaya ve yenilikler getirilmeye başlanmıştır. Bu politikalarda farmakoekonomiye artık daha fazla yer veriliyor olması oldukça önemlidir. Farmakoekonominin giderek daha etkin kullanımı için SGK çalışanlarının ilgi ve bilgisinin artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.
- Ülkemizde, uygulanmakta olan ilaç geri ödeme politikalarının AİK'e ve ilaç harcamalarına olan etkilerinin araştırılmasına yönelik çalışmalar yapılmasına ihtiyaç vardır. Bu bakımdan SGK çalışanlarının söz konusu araştırmaları teşvik etmeleri, imkanları dahilinde bu çalışmalarda yer almaları, sonuçlarını kurum çalışanları ve kamuoyuyla paylaşmaları gerekir.
- Medula başta olmak üzere, kurumun kayıtlarından AİK'i ilgilendiren istatistikî veriler uygun şekilde analiz edilerek sonuçları ilgililerin dikkatine sunulmalı, elde edilen sonuçların AİK'in yaygınlaştırılmasına dönük tartışmalara kaynaklık etmesine çalışılmalıdır. Bu bakımdan DSÖ'nün INRUD kriterlerinden (ör. reçete başına düşen ortalama ilaç maliyeti, antibiyotik yazılan reçete yüzdesi vb.) yararlanılabilir.
- SGK çalışanları ülkemizdeki ve dünyadaki sağlık ve ilaç harcamaları hakkında genel bilgiye sahip olmalıdır. Geri ödeme politikalarına yön vermeye çalışanlar başta olmak üzere, SGK çalışanları, ilaçta geri ödeme politikalarının

ayrıntıları, kısa ve uzun vadeli olası sonuçları ile bu politikaların diğer ülkelerde uygulanan geri ödeme politikalarıyla karşılaştırmaları hususunda bilgi sahibi olmalı, bunları ülkede AİK'i yaygınlaştırmada kullanabilmek için çaba sarf etmelidirler.

**SGK çalışanlarının ilaçla ilgili yürüttükleri tüm işlemlerde, işin AİK'e uygunluğunu sürekli göz önünde tutmaları gerekir.**

• İlaç endüstrisi, ülkelerin önde gelen güç odaklarından birisidir. Bu sektör, ülkelerin sağlık koşullarını iyileştirmede kullanılan araçları sağlamakla kalmaz aynı zamanda ülkelerin ekonomik hareketliliğinde de önemli roller üstlenir. Geri ödeme kurumları her iki yönüyle de ilaç endüstrisinin temel muhataplarının başında gelir. SGK çalışanları bu dinamik endüstri alanındaki gelişmeleri yakından takip etmeli, yenilikler neticesinde sağlık ve ekonomi yönüyle kazanç sağlayan gelişmelerden zamanında haberdar olmalıdır. Bu gelişmeler ışığında mevcut pozisyonunu ve rekabetçi yaklaşımlarını hizmet sunduğu kitlenin menfaatleri doğrultusunda güncel tutmalıdır.

• İlaç endüstrisi rekabetin yoğun olduğu bir alandır. Sıkı kuralları olmayan yerlerde daha kolay olmak üzere, bazen etik dışı promosyonel etkinlikler de dahil çeşitli pazarlama sorunları bu alanda yaşanabilmektedir. İlaç kullanımının tüm sürecinde, SGK çalışanları ve sağlık hizmeti sunan hekim, eczacı, sağlık kuruluşu vb. kişi ve kurumların bu bakımdan hatalı davranmalarını engelleyecek, hata yapanları ayıklayacak tedbirler ilgili kurumlar tarafından alınmalıdır.

• SGK çalışanları lisans eğitimleri ne olursa olsun ilaç kullanımı ile ilişkili sosyal güvenlik alanında hizmet sunuyorsa, ilaçla ilgili temel farmakoloji bilgisine aşina olmalıdır (Bkz. Bölüm 2.1).

• İlaç endüstrisinin uğraş verdiği pazar, toplum sağlığı ile doğrudan ilişkili olması nedeniyle gerekli hallerde kamunun müdahalelerine açıktır. Sağlık otoritesinin ilacı onaylama ve takip sürecinde, fiyatlandırma ve geri ödeme işlemlerinde, ilacın dağıtımı ve sunumunda, piyasa koşullarındaki kar paylarında, vergi oranlarında ve diğer mali düzenlemelerde, hekimin hasta adına bilirkişiliğinde, hastanın, sağlık kuruluşlarının ve geri ödeme kurumlarının konuyla ilişkili arz talep ilişkisindeki yerlerinde ve bunun dengede tutulmasında, sistemin en az sorunla işletilebilmesinde değişik ölçekli kamu müdahaleleri söz konusudur. Bu nevi müdahalelerin kapsamı, ülkelerin kendi ekonomik sistemleriyle ve ilaç arzında temasta oldukları yerlerin ekonomik sistemleriyle ilişkili olarak değişkenlik gösterir. SGK çalışanları tüm bu dengeleri iyi değerlendirerek ilaç geri ödeme politikaları oluşturmalıdır. Çok yönlü analizlerle, ulusal ilaç politikalarını da gözeterik ilaç kullanımı sürecini değerlendirmelidir. Kimi zaman geri ödeme bakımından kısa vadeli ya da tek pencereden bakıldığında karlıymış gibi duran uygulamaların, ilaç kullanımı gibi iç içe geçmiş karmaşık sağlık sistemi içinde, kapsamlı nihai çıktıları üzerinden değerlendirildiğinde, anlamlı karlılık sağlamayabileceği, hatta olumsuz sonuçları olabi-

leceği göz ardı edilmemelidir. Kuşkusuz değişik uzmanlık alanlarının görüş ve raporlarına da ihtiyaç duyan bu karmaşık meselede yeterli danışmanlık hizmeti alınmalı, standart çalışma yöntemleri kullanılmalı, açık, insancıl ve objektif yaklaşımlar benimsenmelidir. SGK çalışanları gerek kendi içlerinde gerekse dışarıdan destekle yürütmeye çalıştıkları ilaç kullanımı hizmetinde takım ruhunu korumalıdır.

- Türkiye’de son on yılı aşkın bir süredir, Sağlıkta Dönüşüm Programı, genel sağlık sigortasına geçiş, Avrupa Birliği mevzuatına uyum, ülkenin gelecek kalkınma hedefleri çerçevesinde, içerisinde ilaç kullanım sürecini ilgilendiren başlıkların da olduğu önemli reformlar hayata geçirilmektedir. Bu uygulamaların başarılı olması için sağlık otoritesi ve SGK başta olmak üzere kamu kurumlarının, ilaç endüstrisi ve özel sigorta kuruluşları başta olmak üzere özel sektörün, akademi ve diğer muhatapların ulusal ilaç politikası ve sağlıklı toplum ortak hedefleri doğrultusunda işbirliği içerisinde hareket etmesi gerekir. Bu bakımdan SGK çalışanlarının kendi içlerinde ve sayılan bu oluşumlarla işbirliği içerisinde olması, yeni düzenlemeler yaparken entegrasyona uyması beklenir.

- Genel olarak ülkelerin geri ödeme kurumları ve diğer bürokrasileri ilaç harcamalarını azaltmaya odaklı politikalar üzerinde fazla durur ve bu tutum kamuoylarına bazen gereksiz ölçüde abartılı yansır. Bu durumda olağan ilaç kullanımı süreci etkilenir ve bazen yaşanan panik ortamında polemikler ve haksız suçlamalarla çeşitli kurumlar zarar görebilir. Bunun yol açacağı kısır döngü ilaç kullanımı hatalarını körükleyebilir. Örneğin tasarruf amaçlı, bazı pahalı ilaç gruplarının geri ödemesine getirilmesi düşünülen sınırlamalar vb. uygulamalar, kamuoyuna yansıtıldığında, yapılan olumsuz tartışmaların neticesinde o ilaçların akılcı kullanımı zarar görebilir. Dolayısıyla, bu nevi krizlerin çıkmasını kolaylaştıracak tutumdan uzak durulmalı, kriz çıktığında da doğru yönetilmesine çaba gösterilmelidir.

- İlaç kullanımı, çeşitli nedenlerle krizle karşılaşılma riski yüksek hizmet alanlarından birisidir. AİK’e uygun davranılması halinde yaşanabilecek krizler azaltılabilse de tamamen ortadan kaldırılamaz. Dolayısıyla SGK çalışanları ilaç kullanımı ile ilgili her an krizle karşı karşıya kalabilirler ve bu bakımdan hazırlıklı olmalıdırlar. İlaçla ilgili yaşanabilecek krizler, iyi yönetilemediği hallerde ciddi akılcı olmayan ilaç kullanımı (AOİK) sorunlarına yol açabilir. Kriz yönetimi konusunda ön hazırlık yapılmalı, öngörülen görev dağılımlarına uygun hareket edilmelidir.

- Sağlıkta yoğunlaşmış bazı istihdam alanlarının, normal zorlayan hastalık/ rahatsızlık tanımlamalarının ve tıp teknolojisindeki ilerlemelerin, tedavi yöntemlerindeki yeniliklerin körüklediği göreceli ilaç arz/talep artışlarının çok iyi değerlendirilmesi ve ederlerinin isabetli belirlenmesi gerekir. Bunların kullanılıp kullanılmama gerekçeleri çok yönlü değerlendirilmeli ve kullanılacak olanlarının koşulları ve fiyatlandırılması özenle yapılmalıdır. Aksi durumda,

pek çok AOİK sorunu ve bunun ekonomik kayıpları ile karşı karşıya kalınabilir.

- Kendi kendine ilaç kullanma OTC ürünler için mümkün olmasına karşın (ülkede bu yönde düzenleme mevcut ise), bunun AOİK'i körüklememesi, geri ödeme işlemleri sırasında endikasyon ya da hasta geçişlerine izin vermemesi gerekir. İlaç kullanımında hekimin kontrolü dışına taşan reçetesiz ilaç kullanımını sorununun sürekli gündemde tutulması gerekir. SGK çalışanları çalıştıkları bölgelere ait istatistiki verileri yorumlarken bu konuyu göz ardı etmemeli, reçetesiz ilaç kullanımının doğrudan ve dolaylı etkilerini dikkate almalıdır. Reçetesiz alınan ilaçların önemli kısmının eczaneden alındıktan sonra reçete edilerek geri ödeme kurumlarına bir şekilde yansıtılıyor olma ihtimali bulunmaktadır. SGK çalışanlarının bu bakımından muhataplarının bilgilendirilmesi, denetlenmesi ve izlemi konularına önem vermesi gerekir.

- SGK çalışanları ilaç kullanımı sürecinin geri ödemeyi ilgilendiren tüm basamaklarında elektronik izlem ve denetim araçlarından daha çok yararlanarak, bu işlemleri etkin şekilde yürütmelidir. Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanması, e-reçete uygulaması gibi gelişmeler bu tür faaliyetleri daha kolay yapabilmelerini kolaylaştırmıştır.

- İlaç fiyatlandırması ve ilacın geri ödeme kapsamına alınması; ilaç kullanımının SUT ile ilişkili alanlarında SUT'un takibi ve uyulması; güncel tedavi kılavuzlarına uygun hareket edilmesi; ilaç bilgi kaynaklarından doğru şekilde yararlanılması ve SGK çalışanlarının muhataplarıyla iletişim kurması, geri ödeme ve AİK açısından son derece kritik konu başlıklarıdır. Bu konular, taşıdıkları önem nedeniyle aşağıda ayrı ayrı ele alınmıştır.

## 3.2. İlaç Fiyatlandırması ve Geri Ödeme Kapsamına Alınması

İlaç, yetkili sağlık otoritesinden (Türkiye'de Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu) ruhsat iznini aldıktan sonra, ilgili firmanın beyan ve taleplerinin işleme konması ile sağlık otoritesinin 200712325 sayılı "Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Bakanlar Kurulu Kararı" ve 2012 yılında yayımlanan "Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ" hükümleri çerçevesinde fiyatlandırma sürecine tabi tutulur. Fiyatlandırma çeşitli ürünler için esasen bir üst limit belirleme işlemidir. İlaç fiyatının doğrudan kontrolü, yukarıda ilaca atfen söz edilen sağıktaki vazgeçilmezliği ve diğer ayrıcalıklı özellikleri, bu ürünün satışında piyasa dengeleri ve sağlık koşullarını dikkate alarak yapılan bir mal eder belirleme işlemidir. Pek çok kıstasa ve düzenlemeye tabi olsa da bu işlem sırasındaki subjektifliği ortadan kaldırmak güçtür. Bu süreç çoğu kez kamu geri ödeme politikasından önemli ölçüde etkilenir. Bu işlem sırasında mevzutta tanımlanan Fiyat Değerlendirme Komisyonu görev alır. Bu komisyon Sağlık Bakanlığı (SB), Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı, SGK Başkanlığı'nın birer temsilcisinden oluşur ve SB'nin koordinatörlüğünde toplanarak işlevini yürütür.

**Fiyatlandırma, ilacın sağlıktaki vazgeçilmezliği başta olmak üzere ayrıcalıklı özellikleri nedeniyle, bu ürünün satışında piyasa dengeleri ve sağlık koşullarını dikkate alarak yapılan kontrollü bir makul eder belirleme işlemidir.**

Fiyatlandırma işlemleri sırasında referans ön adlı ürün, ülke ve fiyat terimleri sıkça kullanılır.

**Referans ürün:** Fiyatlandırılmasında referans alınan “referans ülkeler”de ve/veya imal ve/veya ithal edildiği ülkelerde satışa sunulan orijinal üründür.

**Referans ülkeler:** Avrupa Birliği üyeleri arasından her yıl SB tarafından belirlenen en az beş en çok on ülke için kullanılan terimdir. Örneğin 2013 yılında Portekiz, Fransa, İtalya, İspanya ve Yunanistan’dan oluşan 5 Avrupa Birliği üyesi ülke referans ülkeler olarak kabul edilmektedir.

**Referans fiyat:** Referans ülkelerde ve/veya imal ve/veya ithal edildiği ülkelerde ruhsatlı ve piyasada satışı olan referans ürünün, fiyat beyan formunda beyan edilen iskonto hariç en düşük depocuya satış fiyatıdır.

Halen piyasada satışta olan, SB tarafından onaylanmış fiyatı bulunan veya ilk defa fiyat müracaatı yapılan ürünlerden; orijinal ürünlerin “depocuya satış fiyatı” jenerikleri piyasaya çıkıncaya kadar referans fiyatı geçemez; jeneriği ruhsat olarak piyasaya çıkan orijinal ürünün “depocuya satış fiyatı” SB veri tabanında kayıtlı referans fiyatın en fazla %60’ıdır. Kısaca ürünün depocuya satış fiyatının Avrupa Birliği üyesi referans ülkeler arasında en ucuz olanının %60’ını geçeme şartı (yenilikçi ürünlerde bu değer %100) üzerinden fiyatlandırma işlemi belirlenmeye çalışılır.

Referans fiyat uygulaması, kendine özgü bazı sorunları bulunsa da piyasadaki ilaçların tüketiciye makul bedelle ulaştırılmasına katkıları ve geri ödeme kurumlarının sürdürülebilir hizmet sunumuna olan katkıları nedeniyle Türkiye de dahil dünyada giderek yaygın şekilde kullanılmaktadır.

SGK tarafından yayımlanan, geri ödeme listesindeki ilaçları da ilgilendiren SUT Türkiye’de ilaç kullanımında usul ve işleyiş açısından belirleyicidir. İlacın ruhsatlandırılmasını takiben fiyatlandırma işlemi SB tarafından yapılır. Takiben, Türkiye’de SGK, en büyük/neredeyse tek geri ödeme kurumu olması nedeniyle ilgili ilaç üreticisi, ilacının geri ödeme kapsamına alınması yani “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”ne dahil edilmesi için SGK’ya başvuruda bulunur. Söz konusu talep, SUT hükümleri, geri ödeme, piyasa ve sağlıkla ilgili diğer koşullar vb. yönlerden değerlendirilerek ilacın geri ödeme kapsamı otoritece belirlenir.

Sağlık sigortası bulunan kişilerin reçeteye/isteme almış oldukları ilacın belirlenin eczaneye/kuruma cepten ödenmesinin ardından fatura karşılığı bu

işlemin bedelinin bağlı olduğu kurumca kişiye geri ödenmesi işlemine ilaçta geri ödeme işlemi dence de bu uygulama, Türkiye’de sigortalının lehine biraz daha farklı işletilmektedir. Buna göre Türkiye’de sigorta kapsamında bu hizmetten yararlanan vatandaş, söz konusu tutarı (cebenden ödeseydi, sonradan kendisine geri ödemesi yapılacak olan tutarı) ödemeyip, bunu ilgili hak ediş çerçevesinde Kurum yapmaktadır.

Avrupa Birliği (AB)’inde ve diğer pek çok ülkede, referans fiyat ve pozitif liste uygulaması üzerinden geri ödeme işlemleri şekillendirilmektedir. Bizde olduğu gibi bazı ülkelerde ürünün farmakoekonomik analiz sonuçlarını içeren değerlendirmeler ve ilgili yayınlar, raporlar talep edilebilir. Ürünlerin maliyeti ve etkililiği yönünden yapılan maliyet-etkililik analizi şeklindeki farmakoekonomik değerlendirmeler bu süreçte yaygın olarak başvuru olan analizdir.

Orijinal ürüne göre jenerik ürünlerin işlemleri bu bakımdan daha sınırlı evrakla yürütülebilir. Çoğu kez fiyatlandırma neticesi ile birlikte maliyet-minimizasyon analizi bu bakımdan başvurularda istenen temel belgeler arasında yer alır. Bazı ülkelerde fiyatlandırma ve geri ödeme işlemleri sırasında başka kıstaslar ve anlaşmalar da söz konusu olabilir. Örneğin ürün fiyat satış hacminin dikkate alınması, üretim ve teknoloji transferi vb. anlaşmaların yapılması, bazı mali yükümlülükleri içeren anlaşmalar yapılması, bunlardan bazılarıdır.

İlacın geri ödeme kapsamına alınması yani “bedeli ödenecek ilaçlar listesine dahil edilmesi” maliyet etkililik değerlendirmesi başta olmak üzere bir dizi değerlendirmeye yapılır. İlacın ilgili hastalıktaki önemi, hastalığın ciddiyeti, toplumda görülme sıklığı, o ilaca duyulan talep, bu talebin yoğunluğu ve kriz riski, ülkenin/kurumun imkanları, bilimsel kamuoyunu etkileyen kanıtlarının düzeyi, ilacın nerede ve nasıl kullanılacağı, kısaca AİK ilkelerinde hekimin ilaç seçim kriterleri olarak kullandığı kriterlerin (etkililik, güventilik, uygunluk ve maliyet) dayandığı ölçütler üzerinden değerlendirme kapsamı genişletilerek geri ödeme kararı verilebilir.

### **3.3. Sağlık Uygulama Tebliği’nin İlaç Kullanımına Etkisi**

SUT, sağlık yardımları SGK tarafından karşılanan genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerin, kurumca finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri, yol, gündelik ve refakatçi giderlerinden yararlanma esas ve usulleri ile bu hizmetlere ilişkin Sağlık Hizmetleri Fiyatlandırma Komisyonu tarafından belirlenen ödenecek bedellerinin bildirildiği, Resmi Gazete’de yayımlanan tebliğdir. Bu tebliğ, 5502 sayılı SGK Kanunu, 5510 sayılı Kanun ve “Genel Sağlık Sigortası İşlemleri Yönetmeliği” hükümleri çerçevesinde düzenlenir ve SUT hükümlerini SGK Başkanı yürütür. SUT adı altında bu düzenlemelerin ilki 2007 yılında yayımlanmıştır. Bu kitabın hazırlığı sırasında 24 Mart 2013 tarihinde yayımlanan ve 6 ana maddeden oluşan yürürlükteki SUT hükümleri dikkate alınmıştır.

SGK bir taraftan içerisinde ilacın da bulunduğu ideal bir sağlık sisteminin gerektirdiği harcamaları karşılamaya çalışırken, diğer taraftan da bu harcamaların ileriki dönemlerde de sürdürülebilir olması için sağlık harcamalarıyla ilgili dikkatli politikalar izlemeye çalışır. Bu bakımdan SUT, içerik ve usul yönünden çeşitli itirazlara muhatap olmasına rağmen önemli oranda yol gösterici niteliktedir.

**SUT, içerik ve usul yönünden muhataplarının çeşitli itirazlarına maruz kalsa da, standart tedavi rehberlerinin yetersiz olduğu ülkemizde AİK açısından önemli boşluğu az da olsa doldurmaya çalışmaktadır.**

Türkiye’de özel sağlık sigortası şirketlerinin sağlık giderlerinin karşılanması ile ilgili hizmet hacmi oldukça sınırlı paya sahip olup bu alanda neredeyse tek güç devlettir. Geri ödeme kurumlarının kendi şartları gereği bazı uygulamaları bulunur, bunlar zamana ve diğer koşullara bağlı olarak farklılık gösterebilir. Bu yüzden SUT belirli aralıklarla revize edilmektedir. İlaç kullanımının geri ödemesine dair şartlara 4. bölümünde yer verilen SUT metni ve ekleri, ülkenin imkanları doğrultusunda ilaç kullanımının belli bazı yönlerine vurgu yaparak uygulama esaslarını belirlemeye çalışır. Eskiye kıyasla elde 5 yılı aşmış şekilde değiştirilerek yayımlanmış belge olması, yeni talimatların bunun üzerine inşa edilmesi ilaç kullanımı konusunda somut bilgiler sunması AİK açısından önemlidir. Öte yandan sınırlı, kimine göre yüzeysel değerlendirme /koşullama neticesinde belirli ilaç tedavilerinin geri ödemesinin nasıl karşılanacağı yaklaşımı, tek başına AİK için yetersizdir. Bunun gerek hazırlığı aşamasında, gerekse bu hazırlığı takiben yayımlanan amir hükümlerinin içeriğinde daha fazla güncel tanı ve tedavi rehberlerinden yararlanılması, kararların kanıta dayalı tıp ilkeleri doğrultusunda şekillenmesi, kapsamının genişletilmesi, AÖİK’i önleyici genel yaklaşım benimsenmesi gibi beklentileri karşılaması halinde AİK’e oldukça yararlı olabilir. Ancak her geçen yıl biraz daha yükü artan Tebliğ’in bu beklentilere tam olarak cevap vermesi güçtür. Dolayısıyla muhatapları SUT’un AİK’e mevcut halde sınırlı katkısının olabileceğini bilmeli, aşırı beklenti içine girmemeli, SUT’un dışında ilave desteklerle (Örneğin tanı tedavi rehberleri, temel ilaç listeleri, kişisel tedavi ve kişisel ilaç kavramları, ilaçla ve geri ödemesi ile ilgili diğer mevzuat bilgilerinden vb. desteklerden yararlanmalı.) ilaç kullanım sürecinde kendisini ilgilendiren alanda doğru işlemleri yürütmeye çalışmalıdır.

Bu mevzuatla bedeli ödenecek ilaç listeleri oluşturulması, belirli yüzdelerde bazı hasta kesimlerinden katkı ya da katılım payı alınması, bazı ilaçların geri ödemesinde belirli uzmanlık alanı mensubu hekimlerin yazma zorunluluğu gibi uygulamalar ve sınırlandırmalar söz konusudur. Çoğunlukla AİK’e katkı sunan bu işlemlerin bazıları için kimi zaman tarafların çeşitli itirazları da olabilmektedir.

SUT’un tedavi düzenleme ve ilacın eczaneden alımı aşamalarına aşırı yük bindiren, ilaç kullanımında karmaşık geri ödeme işlemlerini içermemesi gerekir. Aksi durumda hastaların tedavisi düzenlenirken ya da ilaçları kendilerine



sunulurken hekim ve eczacının AİK ilkeleri doğrultusunda yapması gerekenlerin yapılamaması, yapılanların bürokratik karmaşadan anlaşılabilmesi gibi sorunlar yaşanabilmektedir. Bu yüzden örneğin reçete düzenleme ve reçenin eczaneeden karşılanması aşamalarında mümkün olan en az bürokratik işleme sürecin işletilmesine çalışılması gerekir.

SUT'ta sağlık hizmeti bedellerinden bir kısmının tahsil edilmesini ilgilendiren hükümlerin bazıları AİK açısından yarar sağlayabilir. İkinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında gereksiz yığılmayı azaltacak ve birinci basamağı teşvik eden muayene katılım payı düzenlemeleri AİK açısından da yararlı kabul edilebilir (Birinci basamak sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayeneden katılım payı alınmaması; diğer sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene nedeniyle uygulanacak katılım payı: ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 5 TL, özel sağlık hizmeti sunucularında 12 TL alınması.). Ancak bu işlemlerin ödeme şeklinin reçete üzerinden yapılmasının, reçeteye ve ilaç kullanımı sürecine ilave yükleri açısından uygulayıcılarının özenli davranmamasının çeşitli sakıncaları olabilir.

SUT'ta ilaç israfını azaltacak başka uygulamalar da söz konusudur. Örneğin, ayakta tedavi edilen SGK'lı hastaların reçetelerinde "ilaç kutu sayısı 4'ten az ise, reçete başına 3TL katılım payının hastadan tahsil edilmesi; 4. kutu ilaçtan geçerli olmak kaydıyla reçeteye yazılmış olan ilave her bir kutu ilaç için 1 TL ilave katılım payının hastadan tahsil edilmesi" uygulaması yürürlüktedir. Hastanın raporu bulunması halinde önceden belirlenmiş ilgili bazı ilaçlar için bu uygulamalarda muafiyetler ve esneklikler söz konusu olabilmektedir. Dolayısıyla, bu uygulamaların başarılı olması ve AİK'e tam olarak katkı sunması için konunun muhataplarının, söz konusu bu uygulamalardan haberdar olması, hastalara yeterli açıklamayı yapması ve işlemleri doğru uygulaması, krize yol açmaması gerekir.

SUT, kapsamı genişledikçe giderek hantal bir yapıya kavuşmaktadır. SGK'nın geri ödemesi kapsamına giren ilaç kullanımı da dahil sağlıkla ilgili işlerde SUT'un yakın gelecekte sağlıkta geri ödeme vb. işlemlerin yürütülmesinde belirleyici olmayı sürdüreceği öngörülmektedir. Yayımlanmasını takiben değişiklikleri muhataplarının daha kolay ayırt edebileceği etkin elektronik ortam bilgilendirmeleri yapılabilir. Gelecekte yapılacak ilaçla ilgili uygulamaların düzenlemelerinde/değişikliklerinde daha fazla AİK'e katkı sağlayacak tedbirler alınmalıdır.

#### **3.4. Tedavi Rehberlerinin İlaç Kullanımına Etkileri**

Tedavi rehberleri ilaç kullanımının başarılı şekilde sürdürülmesindeki önemli unsurlardan birisidir. Tedavi rehberleri, belirli alanlardan uzmanların bir araya gelerek ayrıntılı literatür değerlendirmesi ve kanıta dayalı tıp ışığında, hizmet sunulacak ortamın imkanları, hizmet verecek kişi ve kuruluşların genel kapasiteleri vb. faktörleri de göz önüne alarak yaptıkları ayrıntılı değerlendir-

meler neticesinde, belirli hastalık ya da rahatsızlıkların tedavi sürecine ilişkin hazırladıkları, güncel, kolay uygulanabilir, yol gösterici bilgi kaynaklarıdır. Rehberler, tıbbi karar verme sürecine yardımcı olur, makul sağlık bakımı ve sistematik yaklaşımlar sunar ve bu yolla tedavi düzenleme aşamasında hekim ve hastanın işini kolaylaştırır.

Güncel tedavi rehberlerinden yararlanan hekimler, güvenilir ve kabul edilebilir bilgi kaynağından yararlandıklarından hastalarının tedavisini düzenlemede daha başarılı ve daha az stresli tedavi hizmeti sunabilirler. İlaç kullanımı sürecinin takipçileri ve değerlendiricileri konumunda olanlar ise (ör. geri ödeme kurumları, sağlık otoritesi, bağımsız araştırmacılar vb.) düzenlenmiş tedavilerin sonuçlarını daha kolay değerlendirme imkanı bulurlar. Rehberler ışığında tedaviye ilişkin yapılan performans değerlendirmeleri, değerlendirme yapanların ellerini güçlendirir, vermek istedikleri mesajların muhataplarına daha anlaşılır ulaşmasına yardımcı olur. Değerlendirmeler neticesinde ortaya konan AOİK yönündeki olumsuz durumların önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınabilmesinde tarafların ikna edilmesine gereksinim duyulur. Bunun için rehberler kaynak olma görevini üstlenebilir. Rehberler, yaptırım ve geri bildirim mekanizmalarının adil kıyaslama yapma gücünü, başarısını ve ikna ediciliğini artırır.

**İlaç kullanımı sürecindeki inceleme ve denetimlerde rehberlerden yararlanılması, yaptırım ve geri bildirim mekanizmalarının başarısını ve gücünü artırır.**

DSÖ, AİK'in yaygınlaştırılması ile ilgili raporlarında güncel, standart tanı tedavi rehberlerinin hekimlerin kullanımına sunulmasının önemine vurgu yapmıştır. Nitekim, DSÖ-INRUD, ilaç kullanımı değerlendirmelerinde kullanılan göstergeleri arasında bu konuya büyük önem atfetmiş ve 2 ayrı başlık altında (Klinik rehberlerin bulunma durumu -Kurum Göstergeleri- ve Klinik rehberlerle uyumlu reçete yüzdesi -Tamamlayıcı İlaç Kullanım Göstergeleri-) rehber kullanma durumunu AİK göstergeleri arasına almıştır.

Türkiye'de tedavi ile ilgili güncel rehber eksikliği sorunu yaşanmaktadır. Örneğin, birinci basamak sağlık kurumlarında AİK açısından bu önemli eksiklik, ancak 2002 yılında giderilmeye çalışılmıştır. 2003 yılında, bunun revizyonu yapılmıştır. Ancak aradan geçen 10 yılı aşkın bir süredir bu konuda revizyon yapılmaması, rehber yayımlama konusunda ilerleme kaydedilememiş olması, AİK açısından ciddi bir eksikliktir. Rehberlerin kısa aralıklarla periyodik olarak gözden geçirilmesi (6 ay - 1 yıl içerisinde) ve en geç bir, iki yıl içerisinde gerekli revizyonlarının yapılması, sürdürülebilir olması gerekir. Ulusal ölçekli tedavi rehberlerinde daha kapsamlı yapılmak üzere, rehberlerin, tedavi sürecinin bileşenlerini oluşturan diğer rehberlerle, klinik uygulamalarla ve genel mevzuatla iyi entegre edilmiş olması, ulusal ilaç politikalarını, varsa temel ilaç listelerini gözetmesi gerekir. Öte yandan AİK açısından rehberlerin daha etkili olabilmesi için çeşitli hatırlatıcılara, eğitim desteğine ve düzenli geribildirimlere gereksinim vardır.

Dünya genelinde yaşanan AOİK sorunun altında yatan nedenlerden birisi de rehberlerin etkin kullanılmaması sorunudur. Örneğin, DSÖ'nün oluşturduğu, üye ülkelerin 1999-2003 yılları arasındaki ilaç politikalarını içeren veri tabanından sağlanan veri, üye ülkelerin büyük çoğunluğunun DSÖ'nün önerdiği ulusal politikaları uygulamadığını göstermiştir. Buna göre, sadece %60'ının son 5 yıl içerisinde tanı-tedavi rehberlerini güncellemiş olduğu; %70'inin ulusal ilaç listesine sahip olduğu ancak sadece %30'unun bu listeleri geri ödeme de kullanabildiği bildirilmiştir.

Tedavi rehberlerine erişim imkanı bulamayan hekimler ve tedavi değerlendirmesinde bulunan diğer kişiler, kullanım amacı ve kullanım yeri kendileri için uygun olmayan, başkalarına ait rehberleri kullanma yoluna gidebilmektedir. Bu uygulamaların yanıtıcı sonuçlar doğurabileceği baştan bilinmeli, dikkatli olunmalıdır. Bu tür rehberleri yine de kullanmak zorunda kalanlar, bu bilgi kaynaklarına literatür bilgisi dışında özel anlamlar yüklemekten ve kendileri için hazırlanmamış olduğu bilinciyle hareket etmelidir.

### 3.5. Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının İlaç Kullanımı İşlemlerinde İlaç Bilgi Kaynaklarından Yararlanması

Sağlık ve SGK çalışanlarının ilaçlarla ilgili yararlanabileceği güncel ilaç bilgi kaynaklarının sayısı ve niteliğinin artırılması, AİK'e önemli ölçüde katkı sunabilir. Bu amaçla kullanılacak elverişli bilgi kaynaklarının başında rehberler gelmektedir ve ayrıntısına bir önceki konuda değinilmiştir. Sağlık otoritesi, geri ödeme kurumları, meslek örgütleri ve ilgili uzmanlık dernekleri gibi kurum ve kuruluşların katkılarıyla, bağımsız çalışma gruplarıncaya objektif ve bilimsel kriterlere uygun hazırlanıp, yayımlanacak ilaç bültenleri bir başka önemli kaynaktır. Bu gibi bilgi kaynakları kağıt baskılarının yanı sıra erişimi ve kullanımı kolaylaştıran internet ve diğer elektronik ortamlar üzerinden de okuyucularıyla buluşturulabilir.

İlaç endüstrinin sunduğu bilgi kaynakları belirli ölçüde taraf tutar, dolayısıyla kullanımı konusunda ihtiyatlı olunmalıdır. Endüstri, tanıtım ve promosyonel faaliyetler için oldukça yüklü bütçe kullanır. Bu sayede ilaç tanıtımında mu-

hataplarına sundukları bilgileri içerikten ziyade şekilsel olarak daha ilgi çekici hale getirebilirler. Bazen sunulan bilginin taraf tutması, tanıtımın lehine ve-rileri ön plana çıkartması, tersini ise geri plana itmesi yaklaşımları sergile-nebilir. Nitekim, ticari menşeyli bilgi kaynaklarına güvenen hekimlerin AOİK davranışına daha yatkın hareket edebildikleri bilinmektedir.

İlaçla ilgili bilgi edinme ya da bazı gelişmelerden haberdar olma için kullanılan bilgi kaynakları arasında medya özel bir yer tutar. Günümüzde televizyon ve radyo gibi kitle iletişim araçları ve internet gibi elektronik medya bu amaçla toplumun ve ilaç kullanımının değişik muhataplarının başvurduğu bilgi edinme araçları arasındadır. Bu kaynakların her ikisi de kendine göre çeşitli sorunları barındırabilir. Bilginin kaynağının güvenilir olmasına özen gösterilmeli, bu ba-kımdan kuşkucu yaklaşım sergilenmeli, kanıtlar dikkatle incelenmelidir. Bilgi edinenler, söz konusu bu kaynaklardan televizyon ve radyo aracılığı ile sunu-lan bilginin kendilerinin önüne doğrudan servis edilen bilgi olduğunu; elektro-nik medya yoluyla elde edilen bilginin ise başka amaçlarla elektronik ortamda gezinirken kendisine sunulmadıysa, yani kendisi arayıp bu bilgiye ulaştıysa, ilkinin tersine bu bilgiyi önüne kendisinin çektiği ve ondan yararlanmaya ça-lıştığı söylenebilir. Maksatlı, yanıltıcı bilgi ile buluşma olasılığı kuşkusuz bun-lardan ilkinde daha yüksek olmakla birlikte, bilgi edinen kişi bilinçli değilse, ikincisinde de kanıt değeri taşımayan bilgiye erişip, onu kullanma ya da aşırı bilgi kirliliği içerisinde kaybolma olasılığı yüksektir. Bu bakımdan çıkış yolu, ilaçla ilgili elektronik ortamda bilgi ararken, güvenilir bilgi kaynağı olduğu dü-şünülen ve bilimsel kanıtlar üzerinden objektif bilgi sunan, hesap verebilir, denetlenebilir elektronik ortam bilgi kaynaklarının kullanımı tercih edilmelidir (ör. Bkz. SGK AİK bilgi sayfası: <http://gss.sgk.gov.tr/aik/>). Radyo ve televizyon gibi kitle iletişim araçlarından servis edilen bilginin kaynağının güvenilir ol-ması, sorumlu yayıncılıkla bağdaşır şekilde sunulması, bilginin servis edilme amacının maksatlı, yanıltıcı olmaması gibi konularda dikkatli olunmalı, kamu yararı gözetilerek hazırlanmış olan güvenilir bilgiler, diğerlerinden ayırt edil-meye çalışılmalıdır (Bkz. SGK Kamu Spotu←<http://gss.sgk.gov.tr/aik/gorsel/Video/video.html>→).



İlaç kullanımı işlemlerinde yararlanılacak bilgi kaynaklarının kanıta dayalı tıp (KDT) uygulamalarına uygun olması gerekir. SGK çalışanları bu ilkeye uyduk-ları ölçüde ilaç kullanımı süreci ile ilgili daha başarılı ve ikna edici değerten-dirmelerde bulunabilirler. Aksi uygulamalar, olumsuz tartışmaları ve kuşku-ları beraberinde taşır. KDT, tıbbi uygulamalarda başvuru kaynakların, kanıt

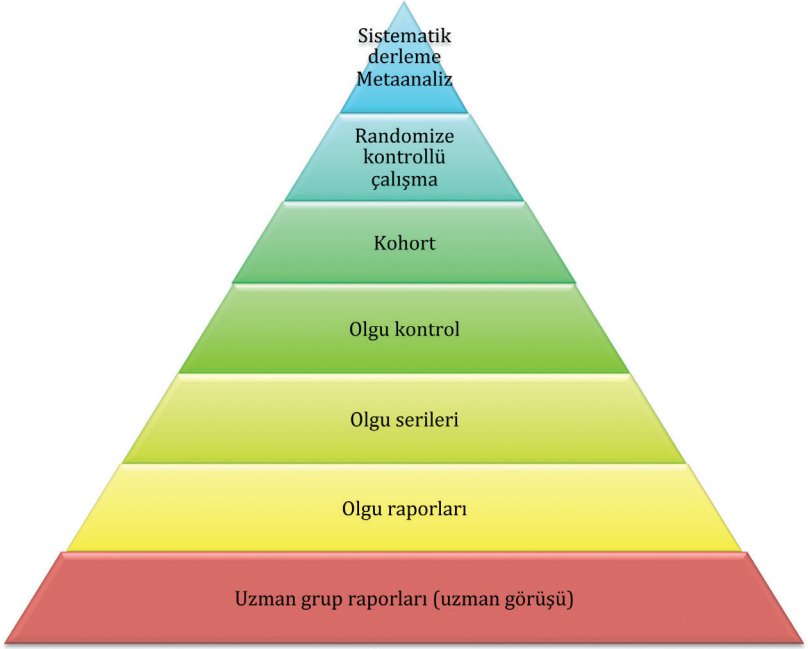
olma noktasında ikna edici güçlerinin sıralanması yoluyla kullanılmasıdır. Bu kanıtların niteliği saptanırken belirli metodolojik yaklaşımlardan yararlanır. Bu sayede kanıtların inandırıcılığı akılcı şekilde ortaya çıkartılır.

**“Kanıt dayalı tıp, tıbbi uygulamalar sırasında karşılaşılan sorunların çözümü için başvurulan kaynakların, taşıdıklarına inanılan bilimsel değerin kabul edilebilir kanıt olma niteliklerine göre hiyerarşik sırayla kullanılmasıdır.”**

KDT, klinik bir soruya yanıt ararken doğru kanıtlara ulaşmaya çalışır. KDT, tanı ve tedavi yaklaşımları başta olmak üzere günümüzde tıbbın her alanında kaynaklık etmektedir. Ulaşılan kanıtların en geçerli ve güvenilir kanıtlar olup olmadığını inceleyerek bunları kanıt piramidinde sıralamaya tabi tutar. Bu süreçte metodolojik hataların en aza indirilmesine dikkat eder. Bu sayede sağlığı tehdit eden riskler iyi tanımlanabilir, tespit edilebilir, eskisine kıyasla daha etkili ve daha güvenli korunma ve tedavi imkanı sağlanabilir. Başta hekimin ilaç seçimi aşaması ve bunun değerlendirilme aşaması olmak üzere AİK'i ilgilendiren hemen her alanda KDT ayrıcalıklı rol üstlenir. Hızlı teknolojik gelişmelerin yaşanması, yeni ilaçların üretilmesi, çok sayıda alternatif ilacın piyasaya sunulması ve bunların aşırı rekabet yaratması, ilaç araştırmalarına bağlı yoğun bilgi akışının olması, karşıt etki sorunlarının her geçen gün güvenilir diye bilinen tedavileri değiştirebilmesi, tedavi maliyetlerinin çeşitliliği gibi karar vermeyi güçleştiren pek çok neden, KDT'ye duyulan ihtiyacın gerekçelerini oluşturur. Dolayısıyla AİK'e uygun hareket etmesi gereken tüm muhatapların, KDT uygulamalarından haberdar olması ve gereklerine uygun davranması beklenir.

KDT'ye göre karar verme sürecinde bilimsel düzeyde kabul gören bilgiler, güçlüden zayıfa doğru uzanan kanıt sıralamasına tabi tutulurlar. İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyet Enstitüsü- NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) tarafından yapılan bir sınıflamaya göre, elde edilen bilimsel bilgiye dayalı olarak bir kanıt gücü piramidi oluşturulmuştur. Aşağıda ayrıntısı sunulan bu sınıflandırma günümüzde sıkça kullanılmaktadır.

- 1A- Randomize kontrollü çalışmalardan elde edilen sistematik derleme ya da meta-analiz
- 1B- En az bir randomize kontrollü çalışma
- 2A- Randomizasyonun yapılmamış olduğu, iyi tasarlanmış en az bir kontrollü klinik çalışma
- 2B- İyi tasarlanmış yarı deneysel diğer bir çalışma
- 3- İyi tasarlanmış deneysel olmayan tanımlayıcı çalışmalar (Kohort, olgu-kontrol, olgu serileri, olgu raporları vb.)
- 4- Uzman grup raporları, saygın otoritelerin klinik deneyimleri vb.



Şekil 2: Bilimsel Kanıtların Değerlendirilmesinde Sıkça Başvurulan Kanıt Sıralaması.

İsabetli KDT yaklaşımı açısından yanıtlanması gereken öncelikli sorular:

- Kanıt ihtiyacı duyulan problem nedir?
- Yeterli kanıt ulaşıldığında ne hedeflenmektedir?
- Hangi kaynağa ulaşılması gerekir?
- Kanıt düzeyleri biliniyor mu?
- Kanıt klinik soru(lar)ıya yanıt verecek kadar kapsamlı mı?
- Kanıt yeterince odaklanmış bilgi sunuyor mu?
- Kanıtın kullanımı hızlı ve kolay mı?
- Kanıt sonuç önerisi sunuyor mu?
- Kullanılan kanıt kaynak(lar)ı, düzenli olarak güncelleniyor mu?
- Kanıt basamaklı sağlık kuruluşları arası olası farklı bakış açısını dikkate alıyor mu?

Başarılı bir KDT uygulamasında isabetli soru oluşturulması esastır. Yukarıda bunun örnekleri sıralanmıştır. Bu tür soruların başlangıçta sorulanlarına verilen yanıtların ardından en iyi kanıtı aramaya geçilir. Takip eden ilgili sorularla kanıtlara eleştirel değer biçme (Geçerli mi?, Önemli mi?, İşe yarar mı?) işlemi yapılır. Edinilen bilgi hekimlik uygulamalarında klinik deneyim ve hasta değerleriyle birleştirilir (Hekimlik uygulaması dışındaki durumlarda, bu aşamanın klinik deneyim kısmı uygulanmaz.). Ardından edinilen deneyim değerlendirilerek etkinliği artırılmaya çalışılır.

### 3.6. Sosyal Güvenlik Kurumu Çalışanlarının Akılcı İlaç Kullanımı Sürecinde Sağlık Çalışanlarıyla İletişimi

İletişim, en az iki öznenen oluşan gönderen ve alan arasında sözlü veya yazı, resim, sembol gibi sözsüz eylemlerle duygu, düşünce, bilgi ve görüşlerin, kısaca her türlü mesajın aktarılmasıdır. İnsan ilişkisine dayanan her meslek etkili iletişim becerilerine ihtiyaç duyar. İlaç kullanımı sürecinde hastayla kurulanı başta olmak üzere sağlık çalışanları, bu süreci ancak tedavi sürecinin tüm muhataplarıyla yeterli iletişimi sağlayarak başarılı kılabilirler. Kuşkusuz sağlık çalışanlarının muhataplarından birisi de SGK çalışanlarıdır. SGK çalışanları açısından bakıldığında da ilaç kullanımının akılcı şekilde başlanması, sürdürülebilmesi ve tamamlanması için, SGK çalışanlarının sağlık çalışanlarıyla olan iletişimleri sağlanacak başarıda belirleyici önemdedir.

Sağlık ekibi, ortak bir amaç doğrultusunda işbirliği içinde çalışan, kararları ortak alan, kaynakları ortaklaşa kullanan ve hastanın bireysel ihtiyaçlarına uygun kapsamlı sağlık bakımı vermeyi hedefleyen birden fazla profesyonelin oluşturduğu gruptur. Ekip üyelerinin her biri kendi uzmanlık alanları doğrultusunda hizmet sunarken diğerlerine karşı da sorumludur. Benzeri tanımlama SGK çalışanları için de yapılabilir. Bu alanda çalışanların risk, prim, sürdürülebilir hizmet, denetim gibi işlemler bağlamında yaşadıkları ilave stresin iletişime değişik boyutlarda yansımaları olabilir. Sağlık çalışanlarının da kendi alanlarını ilgilene çok sayıda stres kaynağı mevcuttur. Bu iki stresli alanın mensupları arasında ilaç merkezli kurulacak iletişimin iyi yönetilmemesi halinde sorunlar yaşayabileceği öngörülebilir. Böylesi durumlar, başka olumsuzluklara yol açmalarının yanı sıra, AİK'e de önemli ölçüde zarar verebilir. Dolayısıyla, tarafların bu bakımdan aşağıdaki öneriler doğrultusunda dikkatli davranması gerekir.

- Sağlık çalışanları ve SGK çalışanları ekip anlayışını benimsemeli ve birbirleriyle etkin iletişim kurmalıdır.
- Hasta, kurum ve çalışan bilgilerinin mahremiyetinin korunmasına aşırı özen göstermelidirler.
- Aralarında yaptıkları görüşmeleri uygun ortamlarda ve yeterli zaman ayırarak yapmalıdırlar.
- Yazılı iletişimin diline dikkat etmelidirler.
- Taraflar ilgi alanları doğrultusunda tıp, ekonomi, hukuk veya sigortacılık terimlerini kullanmaları gerektiğinde bunlardan diğer tarafın anlaması güç olanları kullanmamaya özen göstermeli, kullanımı zorunlu ise bu durumda açıklayıcı bilgiye yer vermelidirler.
- Sorgulayıcı usul kullanmamaya özen göstermelidirler.

- İzleme, değerlendirme, denetim yapılması halinde geri bildirim yapmayı ihmal etmemelidirler.
- Bilgilendirmelerde bulunurken kısa, öz ve hedefe yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.
- İlaç kullanımıyla ilgili kamuoyuna yansıyan tartışmalı konularda suçlayıcı yaklaşımlardan uzak durmalıdırlar.
- AİK'in, geri ödeme kurumunun aldığı tedavi hizmetinde aradığı, önemseydiği bir konu olduğuna dair kurumsal düzeyde duruş sergilemeye çalışmalıdırlar. Alınan tedavi hizmetinin kalitesinin özellikle bu bakımdan değerlendirilmesinin yapıldığı ve bunun bireysel değil ilkesel olduğu karşı tarafa doğru anlatılabilmeli ve beklentiler sağlık çalışanlarına ve onların çalıştığı sağlık kuruluşlarına net mesajlarla iletilmelidir.

**İnsan ilişkisine dayanan her meslek etkili iletişim becerilerine ihtiyaç duyar.**

SGK çalışanlarının sağlık çalışanlarıyla iletişimi daha çok kurumsal kaynaklıdır. Kurumsal iletişim, yetki dahilinde, paylaşılabilir bilgilerin, zamanında, yeterli, doğru ve etkin olarak paylaşılmasını ve muhataplar arasında sorun yaşanmamasını hedefler. İletişim kalite standartlarının bir parçasıdır. Kurumsal iletişim yazılı, elektronik veya sözlü olarak sağlanabilir. Bu iletişimde paylaşılacak bilgilerin niteliği ve kapsamına ilişkin düzenlemeler bulunur ve çalışanlar bu konuda bilgilendirilir. Acil ve beklenmedik durumlarda iletişim kanalları tanımlanır. SGK çalışanlarının kriz yönetimi konusunda hazırlıklı olması ve etkin iletişim kurması, örneğin ilaçlarla ilgili yaşanacak krizlerin başarılı şekilde yönetilmesini sağlar.



## **BÖLÜM IV: EKONOMİDEN FARMAKOEKONOMİYE UZANAN YOL**

- 4.1. Temel Ekonomik Kavramlar
- 4.2. Ekonomik Sistemler ve Teoriler
- 4.3. Arz ve Talep Kavramları

## 4.1. Temel Ekonomik Kavramlar

### Ekonominin Tanımı

Sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliğinde yararlanılan sağlık ekonomisi biliminin daha kolay anlaşılabilmesi için insanlık tarihi kadar eski bir bilim dalı olan ekonominin tanımının ve ilgi alanlarının açıklanması gerekir. İktisat ve ekonomi terimleri yanlış da olsa, günümüzde birbirinin yerine sıklıkla kullanılmaktadır. İktisat "ılımlı, tutumlu, tasarruflu" manasına gelen Arapça "kasd" sözcüğünden köken alır ve günümüz Türkçesine "iktisat" olarak geçmiştir. Ekonomi ise eski Yunan'da küçük şehir devletlerinin mali yönetim ihtiyaçlarını karşılayacak faaliyetleri tanımlar. Bu kelime İngilizce'de "economics" olarak tanımlanmaktadır. Türkçeye ise "ekonomik" olarak değil, "ekonomi" olarak geçmiştir. İktisat ve ekonomi kelimeleri özünde farklı olsalar da çoğunlukla birbirlerini etkiler ve yönlendirir. Ekonominin çeşitli tanımları bulunur. En çok bilinen geleneksel tanım, ekonominin "sonsuz olduğu varsayılan insan ihtiyaçlarının sınırlı kaynaklarla nasıl karşılanabileceğini inceleyen sosyal bir bilim" olduğudur.

Ekonomi analitik özelliği ön planda olan bir sosyal bilimdir. Özellikle, insanların ekonomik alandaki davranışları ile malların üretim, tüketim ve dağıtım faaliyetleri ve bütün bunların ederleri ile ilgilenir. Söz konusu faaliyetleri açıklayabilmek için veriler toplar, daha sonra bu topladığı veriler yardımıyla hipotez oluşturur ve nihayet bu hipotezler yardımıyla gerek ekonomik gerekse sağlık, eğitim, beslenme, ulaşım, bayındırlık vb. çeşitli sorunların çözümüne yönelik ekonomi politikaları geliştirir, hayata geçirilmeleri halinde bunların sonuçlarını değerlendirir.

### Sağlık Ekonomisi

Sağlık ekonomisi, gündelik sağlık olaylarına bakışta maliyet ve hizmet kavramlarını birlikte değerlendiren bir bilim dalıdır. Bu bilim dalının temel felsefesi ihtiyaç temelli, adil ve sürdürülebilir bir sağlık hizmeti sunulmasına dayanır. Ekonominin düşünme tarzı, risk yönetimi, akılcı davranış, karar verme teknikleri, fayda ve maliyetleri yönetme ve süreçlerin değişimini inceleme şeklinde marjinal analiz kavramları üzerine oturur. Bu analizlerin sistematığı içinde diğer şartların sabit kaldığı durumlarda, sağlık ekonomisi korelasyon, regresyon, nedensellik ilişkisi gibi istatistiksel işlemlerden faydalanır. Diğer şartların sabit kalmadığı durumlarda ise, ekonomik analizler kime, neye, sürece, çevre şartlarına göre tekrar tekrar yapılır; sonuçları hakkaniyetle ve iş ahlakına göre yorumlanır.

Sağlık ekonomistinin kullandığı temel bilgilerin ve ilkelerin sağlık profesyonelleri tarafından yeterince anlaşılabilmesi için aşağıdaki kavramların bilinmesi gerekir.

## Ekonominin Bölümlendirilmesi ve Ayrımı

Ana hatları ile hane halklı, işletme ve devlet, üç önemli ekonomik birim olarak kabul edilir. Tarihsel süreçte ekonomi kavramı, makro ve mikro, pozitif ve normatif olmak üzere çeşitli bölümlere ayrılmıştır.

### Makro ve Mikro Ekonomi Kavramları

Öncelik belirlemede kaynaklar çok önemlidir. Öncelik kaynaklara göre belirlenir. Eldeki kaynakların, arkadan gelen nesiller de düşünülerek, israf edilmeksizin toplum yararına, planlı artırılması ekonominin konusudur.

Mikroekonomi, işletme, üretici ve tüketici gibi bireysel karar birimlerinin ekonomiyi ilgilendiren davranışlarını inceler. Bireysel karar verme birimlerinden anlaşılması gereken, işletmeler/organizasyonlar ve hane halklarıdır. Üretileni alıp almamaya pazar araştırması yaparak kendileri karar verirler. Pazar araştırması sonucunda bir malın fiyatının belirlenmesi ya da hekimin maliyet etkin olan ilaç tedavisi seçiminde bulunması gibi işlemler mikroekonomik karara örnektir.

Makroekonomi ise milli gelir, toplam tüketim, toplam yatırım (toplaştırılmış miktarlar), enflasyon, ekonomik büyüme, ödemeler dengesi, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) vb. bütünü görmeyi ifade eden makro büyüklükleri inceler. Makroekonomi, tüm hane halkları ve işletmelerin mikro ekonomik ölçüde daha bireysel ya da yerel düzeyde aldıkları kararların toplamını yansıtan bütüncül bir yaklaşım sergiler. Makroekonominin ilgi alanına tek bir malın fiyatı değil genel fiyat düzeyi girer. İhtiyaçlar ile kaynaklar arasındaki denge noktasını bireyler/hane halkları tutturduğunda mikro, o bireyleri yöneten devlet tutturduğunda makro düzeyde ekonomik yöntemler uygulanmış demektir.

**Makroekonomi; SUT gibi bütünü görmeyi ifade eden makro büyüklükleri inceler.**

**Pozitif Ekonomi**, değer yargılarını içermeden, sadece toplanan verilerle rapor sunan ekonomi dalıdır. İncelenen parametrenin ne olduğu ve nasıl olduğu sorularının cevapları aranır. Yatırım arttığında, istihdamın ve milli gelirin artması ilişkisi ya da ilaç fiyatları arttığında geri ödeme kurumlarının bütçe açığının artacağı gibi neden-sonuç ilişkilerini içeren tespitler buna örnek olarak verilebilir.

**Normatif Ekonomi**, değer yargılarını içererek pozitif ekonominin incelediği veriler ve konular üzerinden değer yargıları oluşturan ekonomi dalıdır. İncelenen parametrenin "ne olması gerektiği" ve "nasıl olursa daha iyi olacağı"na dair soruların cevapları aranır. Örneğin, çevresindeki ülkelere göre hem maliyet hem de tedavi yöntemleri bakımından etkin sağlık ekipleri ve kurumları olduğu düşünülen bir ülkenin medikal turizm sektörü alanında yatırım yapmasına bu ekonomi dalı aracılığıyla karar verilir. "İlaç harcamalarının sağlık gi-

derleri içerisinde yüksek oran teşkil etmesinde akılcı olmayan ilaç kullanımının (AOİK) önemli rolü vardır” yaklaşımı, normatif ekonomi bakışına bir başka örnek sayılabilir.

Ekonomide ihtiyaçların önceliğinin yanı sıra sürdürülebilirliği de büyük önem taşır. İhtiyaçların ve ihtiyaçları karşılayan araçların, ikame edilebilirlik özellikleri vardır. İkame edilebilirlik, farmakoekonomide daha uygulanabilir olsa da sağlık hizmetleri ekonomisinde genel olarak bunun işletilmesi güçtür. Bu güçlüğün aşılmasında özellikle nitelikli veri depolanmasına, gösterge yönetimi esasına dayanan performans sistemlerine ihtiyaç bulunmaktadır.

### **Ekonomide Mal Kavramı**

İnsanlara, tüzel kişiliklere fayda veya tatmin sağlayan, onların sahiplikleri altına girebilen somut araçlara mal denilir. Mallar ekonomik-serbest; üretim-tüketim, dayanıklı-dayanısız mallar olmak üzere çeşitli ayrımlara tabi tutularak işlem görebilirler. Serbest mallar hava, orman, dağ, deniz, kum vb.dir; şartlara göre ekonomik mal olarak değerlendirilebilirler. Ekonomik mallar belli bir bedel ödenmesini ve çaba harcanmasını gerektiren, bu karşılıkla edinilen mallardır. Bu tip mallar yiyecek, giyecek, tıbbi cihaz, ilaç vb. bir maliyete sahip mallardır. Örneğin İstanbul’da, Ankara’da yaşayan bireyler için su ekonomik bir mal iken kırsal alanda doğal bir pınar kıyısında yaşayan için su serbest maldır. Serbest ve ekonomik mal ayrımı yöreye, duruma ve o anki ihtiyaca göre farklılık gösterdiği için kesin olarak bir mala serbest mal demek mümkün değildir.

Üretici ya da tüketici mal kavramlarını bir örnek üzerinden kolayca anlamak mümkündür; bir hekim arabası ile bir yakınını ziyarete giderken araba tüketim malıdır. Hastasının tedavisini düzenlemek için onu ziyarete giderken ise araba artık sağlık hizmeti üretimine aracılık ettiği için bir üretim malına dönüşür. Tüketim ömrü olan ve amortismanına (yıpranma, aşınma payı) tabi olan mallar dayanıklı mal grubuna girer. Bunun dışında kalan mallar ise dayanısız mal grubunda yer alır. Örneğin, dayanıklı mal olarak kabul edilen infüzyon pompası (serum tedavisini idare ve kontrol eden tıbbi cihaz) elde edildikten sonra, kullanıldığı andan itibaren uzun süre yarar sağlar. Bu pompa ile hastaya uygulanan ilaç ise dayanısız bir maldır ve fayda sağladığı an yok olur.

### **Ekonomi ve İhtiyaçlar**

Ekonomi bireylerin ihtiyaçlarını belirleme, bu ihtiyaçlara cevap vermede öncelik belirleme ve kaynak bulma bilimidir. İhtiyaç tespiti ve öncelik belirleme gibi hangi malın, hizmetin kimin için, ne miktarda, nasıl üretileceği, hangi fiyattan nasıl satılacağı, nasıl tüketileceği, vb. konular ekonomiyi ilgilendirir. Ekonomi biliminden faydalanarak birey ihtiyaçlarını önem sırasına göre belirler (Tedavi sürecinde hekim, bu işlemi hastası adına bilirkişi olarak yapar, ekonomi bilminde bunun karşılığı türetilmiş talep olarak adlandırılır.).

İhtiyaçlar önem derecesine göre farklılık gösterir. Fakat ihtiyaçlar, hızla alışkanlığa dönüşebilir. Alışkanlığa dönüşünce hayatı sürdürmek için şart değilse bile önemli hale gelmeye başlar. Örneğin beslenme yetersizliği nedeniyle vitamin eksikliği sorunu olan bir hasta için vitamin tedavisi bir ihtiyaçtır. Aynı kişi sağlığına kavuştuktan sonra, kendini daha da sağlıklı hissetmek için kombine vitamin içeren ilaçları kullanma alışkanlığı kazanabilir. Bu olumsuz durum, AOİK alışkanlığına örnek olarak gösterilebilir.

## İkame Etkisi

İhtiyaçları karşılayacak mal ve hizmetler birbirinin yerine geçebilir. Buna ikame etkisi denir. Örneğin Ankara'ya gitmek ihtiyacında olan biri, cebindeki paraya göre gideceği aracı seçer. Tren, otobüs, uçak birbirine ikame etkisi yaparlar. Bu takdirde ekonomik kaynaklar ile ihtiyaçlar arasında kıtlık çıkması yönetilebilir. Aksi takdirde, her zaman ortaya çıkan ya da tüketim ekonomisi ile ortaya "ihtiyaç varmış" gibi sunulan mallar ve hizmetler eldeki kaynaklar ile sağlanamaz hale gelir. Örneğin bir hastalığın tedavisinde kullanılacak alternatif ilaçları değerlendirerek eşit etki elde edebilecek olanlardan birine karar verirken, bu işlem uygulanabilmektedir. Akılcı ilaç kullanımı (AİK) ilkeleri gereği ilaç seçiminde alternatifleri arasında akılcı tedavide eniyileme analizi yapılması (etkililik, uygunluk, güvenilirlik ve maliyet ölçütleri üzerinden) hastanın, toplumun ve geri ödeme kurumunun namına hekim tarafından gerçekleştirilen bir ikame etme işlemidir.

**AİK ilkelerine göre ilaç seçiminde bulunulması (etkililik, uygunluk, güvenilirlik ve maliyet ölçütleri üzerinden) hastanın, toplumun ve geri ödeme kurumunun namına hekim tarafından gerçekleştirilen bir ikame etme işlemidir.**

## Ekonomide Üretim Faktörleri, Kıtlık Kanunu ve Kaynak – İhtiyaç Uyumlaştırması

İhtiyaçlar ve kaynaklar arasındaki dengesizlikten dolayı ekonomistlerin sınırlı olan kaynaklarla, sınırsız olan ihtiyaçları denge noktasına getirebilmeleri için karşılıklarına dikilen gerçek "kıtlık kanunu"dur. Kıtlığı giderebilmek için, kaynakları çoğaltmak ya da ihtiyaçları kısmak gerekir. Kaynak artırmada emek, doğal kaynaklar, sermaye ve girişimden oluşan dört grup üretim faktörlerine gereksinim vardır. Bu faktörler sırası ile;

**Emek:** Beşeri sermaye olarak da adlandırılır. Kas gücü ve zihinsel üretim emeğe örnektir. Örneğin, sağlık hizmetleri sunumunda nöbet tutma, teşhis koyma ve tedavi düzenleme ve yönetme süreçlerinde sağlık personelinin niteliği ve niceliği emek üretiminde son derece önemlidir..

**Sermaye:** Emeğin verimini artıran her türlü para, araç-gereç, teknoloji, bilgi, tesis, donanım, geri dönüşümü olan yatırım harcamalarıdır. Mal ve hizmet

üretimi için gereksinimdir. Örneğin, birinci basamakta çalışan aile hekimlerinin sağlıkta dönüşüm süreçlerine uyum eğitiminin maliyeti geri dönüşü olan bir yatırım harcamasıdır. AİK konusunda sağlık çalışanlarının ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) çalışanlarının alacağı eğitimlerin maliyetleri de buna bir başka örnek olarak gösterilebilir.

**Doğal Kaynaklar:** Birçok insan doğal kaynaklar denince doğrudan su, maden, petrol vb. rezervleri anlar. Oysa bir ülkenin konutları, okulları, hastaneleri de doğal kaynakları arasında yer alır.

**Girişimciler:** Emek, sermaye, doğal kaynaklar gibi üretim unsurlarını bir araya getiren gerçek, tüzel kişi veya kişiler ya da doğrudan kamu kuruluşlarıdır. Ekonomi bilimi girişimlerin amacına hizmet etmesine yardımcı olan bir sosyal bilim alanıdır. İsrâf ise girişimlerin başarılı olmasını engeller. Ekonomi sadece bireylerin yol açtığı israf ile uğraşmaz aynı zamanda o insanları yöneten ülke yönetimlerinin ekonomiye yansıyan tercihleriyle, o ülkelerin kendilerinin ve üyesi oldukları küresel birliklerin yaptığı israflarla ve aldıkları ihtiyaç belirleme, kaynak kullanma kararlarıyla ve uygulamalarıyla da ilgilenir. Bu çok yönlü yaklaşımların daha iyi anlaşılabilmesi için, ekonomik sistemlerin ve ekonomiyle ilgili önemli teorilerin bilinmesinde yarar vardır.

## 4.2. Ekonomik Sistemler ve Teoriler

### Ekonomik Sistemler

Ekonomik sistemler ana hatlarıyla kapitalist, kolektivist ve karma sistemler olarak üçe ayrılır.

**Kolektivist ekonomi:** Kuzey Kore, Küba gibi devletlerde uygulanmaktadır ve kapalı ekonomik sistemlerle birlikte gitmektedir. Üretim araçlarının bireylerin özel mülkiyetinden, bireylerin oluşturduğu kooperatiflerin ve işçi sınıfının eline geçtiği ekonomik sisteme kolektivist ekonomi ve sosyalist ekonomik sistem denir. Dünya üzerinde, üreticilerin sadece temel kendi basit ihtiyaçlarını belirlediği (açlık, barınma, örtünme vb.), bunları karşılamaya yönelik faaliyet gösteren, ekonomik dengeye kapalı, merkezi otorite hakimiyetindeki ekonomik sistemdir. Kolektivist ekonomik sistemler kendi içlerinde de tekrar ayrımlara tabi tutulurlar.

**Kapitalist ekonomi:** Amerika, Güney Afrika Cumhuriyeti gibi ülkeler, bu uygulanmanın göze çarpan örnekleridir. Bireylerin tek başlarına elde ettiği artı değer ile artan ihtiyaçlarını karşılayamadığı, sermaye vb. kaynakları, üretim araçlarını sermayenin sahibi bireylerin özel mülkiyetine geçirdiği sisteme kapitalist ekonomik sistem denir.

**Karma ekonomi:** Yukarıda sayılan iki sistemin birlikte kullanımınıdır. Sistemin içerisinde koşullara göre kamu ve özel mülkiyetin oransal ve niteliksel olarak

çok değişik şekillerde birlikte bulunmasıdır. Piyasanın kendi belirleyici rolünün yanında piyasalara müdahaleyi de içeren genellikle kısa dönemli olduğu düşünölen bir modeldir.

Ekonomik sistemler ölkelerin içinde bulunduğu koşullar, zaman, toplum psikolojisi gibi birçok unsurdan etkilenir. Bu nedenle ekonomiye teoriler bilimi de denilebilir. Hiçbir ekonomik sistem kusursuz değildir. Toplumlar kullanmakta olduğu ekonomik modelleri istikrarla sürdüröbilmek için uğraş verirler. Küresel ölçekte büyük ekonomik güce sahip olanların daha belirleyici rolü olsa da tüm ölkelerin yaşadığı ekonomik sorunlar, işbirliği içerisinde oldukları başta olmak üzere diğer ölkeleri ve ekonomik güçleri çeşitli biçimde etkiler. Bu dinamik süreçte ölkelerin kendi yaklaşımlarının yanı sıra kriz oluşmaması, krizlerin giderilmesi, krizlerin yayılmasının önüne geçilmesi vb. gerekçelerle Dünya Bankası gibi küresel ekonomik aktörler, müdahaleci roller üstlenebilirler. Ölkeler ve topluluklar çok çeşitli nedenlere bağlı olarak ekonomik sıkıntılar yaşayabilir, kendi ekonomik sistemlerini sorgulayabilir, ekonomik sorunlar yaşamamak, var olan sorunlarının krize dönüşmesine engel olmak ya da daha refah toplumu olabilmek gibi nedenlerle çeşitli politikalar oluşturmaya çalışırlar.

**Gelir dengesizliği İtalyan istatistik uzmanı, matematikçi Corrado Gini tarafından ortaya atılan 'Gini Katsayısı' ile ölçölmektedir. Gini katsayısına göre gelir dağılımı tabana yayıldıkça sıfıra yaklaşımakta, sadece toplumun çok az bireyi genel ölk gelirlerinden pay alıyorsa bu katsayı 1'e yaklaşımaktadır. Ölkenin genel geliri toplumun her kesimine (özellikle tabana) liyakat ve hakkaniyete göre yayılıyorsa, o takdirde Gini katsayısı sıfıra yaklaşımaktadır.**

## **Ekonomik Teoriler**

Ekonomi bilimi teorilerle ifade edilir. Ekonomik dengelerin sürdüröülebilir olması, kaynakların doğru kullanılması, başarılı politikalar uygulanarak refah içinde yaşanması, memnuniyetin artırılması, sorunların daha rahat çözölebilmesi vb. amaçlar için çok eski tarihlerden günümüze değin çeşitli ekonomik teoriler üretilmeye ya da geliştirilmeye çalışılmaktadır. Ekonominin diğer alanlarında olduğu gibi sağlık ekonomisinde de mali konuları doğru yorumlayabilmek, geçmişin tesirlerini daha iyi anlayabilmek için günümüz küresel çağında farklı modeller kullanılıyor olsa da ekonomik yönden güçlü ölkelerin ve ekonomilerin etkilerini doğru değerlendirebilmek için bu teorilere kısaca göz atılmasında yarar vardır. Kuşkusuz bu konunun ayrıntısı, kitabın sınırlarını aştiği için burada sağlık ekonomisi ve farmakoeekonomik değerlendirmelere ışık tutacak ölçüde bu ekonomik teorilerin bazılarının isimlerine yer verilmiştir. Bunlar arasında Keynesyen Teori; Monetarizm; Rasyonel Beklölütler Teorisi; Kamu Tercihi veya Toplumsal Seçim Teorisi; Arz Yönlü İktisat, Arz İktisadı; Marksist Ekonomik Teori- ön sıralarda tartışılan örneklerdir.

### 4.3. Arz ve Talep Kavramları

Bir sağlık profesyoneli ekonomik sistemde başlica önemli terminolojik unsurların anlamını bilmeli ve bu unsurları sağlık hizmetleri planlaması ve sunumunda ustalıkla kullanabilmelidir. Bu unsurlar özetle:

- Arz,
- Talep,
- Ekonomik Denge,
- Fayda olarak sıralanabilir.

**Arz:** Üreticilerin piyasada değişik fiyatlarla satmaya hazır oldukları mal veya hizmet miktarına arz denir.

**Talep:** Tüketicilerin piyasada değişik fiyatlarla satın almaya hazır oldukları mal ya da hizmet miktarına talep denir.

**Fayda:** Ölçülebilir (Util) objektif bir kavramdır. Sağlık hizmeti sunumunda sayısal olarak fayda ölçülebilir.

Birey ve onun namına karar alıcıları, sağlık hizmetini tüketirken, tüketilecek olan her ek birimin kendisine sağlayacağı faydayı bilmeli ve buna göre tüketmelidir.

**Marjinal Fayda:** Subjektif bir kavram olup, malın tüketiminin artmasıyla orantılı olarak o mal ve hizmetten alınan faydanın azalacağı gerçeğine dayanır. Bir sağlık hizmeti tüketilirken, tüketilen her ek birimden ne kadar marjinal fayda alındığı bilinmeye çalışılmalıdır.

**Alternatif Maliyet:** Bir şeyleri elde ederken, onun kaybettiği en iyi alternatifinin ne olduğunu belirtir. Bireyin hangi ihtiyacının öncelikli olduğunu düşünerek hangi ihtiyacı karşılamaya önem verdiğini, hangisinden vazgeçme pahasına bazılarına öncelik verdiğine dair maliyete fırsat maliyeti ya da alternatif maliyet denir.

**Talepteki Değişmelerin Başlıca Nedenleri:**

- Ekonomik denge
- Tüketicilerin gelirindeki değişmeler
- İhtiyaç duyulan malların, hizmetlerin fiyatlarındaki değişmeler
- Tüketicilerin ihtiyaçlar hiyerarşisinde bu malı, hizmeti tercihlerdeki değişmeler
- Beklentiler
- Tüketici sayısında değişiklik

**Arzdaki Değişmelerin Başlıca Nedenleri:**

- Girdi fiyatlarında değişme (üretim maliyetlerindeki değişme) (Özellikle ilaç gibi hammadde ve diğer girdileri yurt dışından alınan ürünlerde bu çok



önemli bir unsurdur.)

- Diğer malların fiyatları
- Teknoloji ve üretkenlik
- Vergiler ve sübvansiyonlar
- Beklentiler
  - İlgili malı ya da hizmeti arz eden kişi/işletme sayısı
  - Pazardaki mal çeşidi
  - Pazardaki mal ihtiyacı
  - Piyasa dengesi

Ekonomi bilimi tüketicilerin akılcı karar verdikleri ilkesinden hareket eder. Her zaman tüketicinin ihtiyaçlarını önem sırasına göre sıraladığı bir mal ya da hizmeti almayı tercih ettiğinde nelerden vazgeçtiğini, aldığı malın kendisine neler sağlayacağını bildiğini varsayar.



## **BÖLÜM V: SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE GERİ ÖDEME**

- 5.1. Sağlık Ekonomisi
- 5.2. Sağlık Ekonomisi Penceresinden Geri Ödemeye Bakış
- 5.3. Geri Ödeme İle İlgili Uluslararası Karşılaştırmalar

## 5.1. Sağlık Ekonomisi

1963 yılında Kenneth J. Arrow'un, American Economic Review adlı dergide tıbbi teşhis, tanı koyma, tedavi ve bakım endüstrisinin durumunu ekonomik olarak durum tespiti yapması, sağlık hizmetleri ekonomisinin doğmasına sebep olmuştur. Sağlık hizmetleri pazarının doğuşu ile sağlık işletmeleri, tıbbi cihazlar, ürünler, ilaçlar, klasik talep ve arz eğrileri ve hesaplamaları 1972 yılında Grossman tarafından incelenmiştir. Sağlık ekonomisinin 20. yüzyılın ikinci yarısında incelenmeye başlamasının nedeni halkın sağlık hizmetlerine ulaşımının bu yüzyılın başlarına oranla görece olarak artmasıdır. Sağlık ekonomisi, sağlığa ayrılan kaynakların etkin kullanılması, verimli sağlık hizmeti üretimi yapılması, bu hizmetlerin adil ve sürdürülebilir kılınmasına çalışılması olarak tanımlanabilir. Halkın, sağlık hizmetlerine kolay ulaşımı bir ülkenin gelişmişlik düzeyini gösteren kalite indikatörlerinden biridir. Herkese sağlık hizmeti, toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı, temiz bir çevrede yaşaması, gereksinimi olan temiz yiyecek ve içecekten faydalanması, hastalıklardan korunması, tedavi ve bakım hizmetlerinden gereken ölçüde yararlanması vb. hizmetleri kapsar. Kuşkusuz bu hizmetlerin finansmanı oldukça önemlidir ve bu işlem, ekonominin kurallarına göre yürütülmelidir.

Sağlık hizmetlerine kolay ulaşmanın ilgili topluma başlangıçta ilave finansman bedeli getirme yükü vardır. Bu finansman, vergi gelirleri yolu ile genel bütçeden ya da prim toplama yolu ile kamu ve özel sosyal güvenlik kurumları tarafından ya da cepten ödeme yoluyla karşılanabilir. Sağlık hizmetlerinin finansman kaynağı bulunduktan sonra ikinci aşaması, bunun sürdürülebilirliğinin sağlanmasıdır. Sürdürülebilirlikte çalışan nüfus ve onların ödediği vergiler ve sağlık primleri son derece önemli kaynaklardır. Ayrıca ülkenin cari açığının düşük olması bu sürdürülebilirlikte önemli bir diğer etkidir. Bir ülkenin üretim faktörlerinin, pazarlama stratejilerinin ve özellikle endüstriyel üretimlerinin, fikri mülkiyetlerinin, vb. faaliyetlerin kamu maliyesine kaynak yaratmasına göre, harcamaların rasyonel yapılabilirliğine göre o ülkenin sağlık hizmetlerinin sürdürülebilirliği şekillenir. Aşağıda sıralanan maddeler bu sürdürülebilirlikte somut katkılar sunabilir.

- Sağlık sistemlerini ve sosyal güvenlik sistemlerini işlevsel kılarak, hem sağlık risklerini hem de bunun finansmanına ait riskleri azaltarak başarılı hizmet sunumu gerçekleştirilmesi,
- İlaç fiyatlandırma ve sağlık sigortalarında geri ödeme mekanizmalarına ait düzenlemeler,
- Hasta katkı payı uygulamaları, hastalığa göre farklılaştırılmış pay ödemesi düzenlemeleri,
- Tamamlayıcı sağlık sigortası ödemeleri,

- Kronik hastalık yönetimi uygulamalarının hekime ve hastaya davranış olarak kazandırılması,
- Hekimlerin akılcı ilaç seçimlerine katkı sunacak güncel tanı tedavi kılavuzları oluşturulması ve bunların hekimlerce kullanılması,
- Sağlık okuryazarlığı düzeyinin yükseltilmesi,
- Sağlık hizmet sunumunda birinci basamak ve basamaklandırma sistemlerinin güçlendirilmesi gibi gelir artırıcı ve gider azaltıcı işlemler.

## 5.2. Sağlık Ekonomisi Penceresinden Geri Ödemeye Bakış

Sağlık giderleri gerek vergi, gerekse prim yolu ile sosyal güvenlik kurumlarının bütçesinde biriken fonlardan sağlanan gelirlerle finanse edilir. Sunulan sağlık hizmetlerinin geri ödemesi işlemleri sağlık kurumlarına ve/veya hekimlere çeşitli yollarla yapılabilir. Bu geri ödeme yöntemleri arasında en çok kullanılanlarına aşağıda yer verilmiştir.

**Sunulan sağlık hizmetlerinin geri ödemesi işlemleri sağlık kurumlarına ve/veya hekimlere yapılabilir. Her iki ödeme de piyasa vb. koşullara bağlı olarak kendi içerisinde farklı usullerle yapılabilir.**

### 5.2.1. Sağlık Kurumlarına Yapılan Geri Ödeme Uygulamaları

Ayaktan bakım ve tedavi kurumlarında (aile sağlığı merkezleri vb.), yataklı tedavi kurumlarında (hastaneler, bakım evleri, onkoloji, radyoloji merkezleri vb.) sunulan hizmetleri karşılamak için yapılan ödemeleri ve kaynak aktarımlarını karşılamak amacıyla yapılan ödemeleri vb. ödemeleri kapsar.

Sağlık kurumlarına yapılan geri ödeme uygulamalarının öncelikle;

1) Nitelik ve nicelik olarak yeterli kalitede hizmet sunumunu sağlamaya yardımcı olması,

2) Sağlık alanında israfın önlenmesine, aşırı ya da gereksiz hizmet sunumunun engellenmesine yardımcı olması gerekir.

Sağlık kurumlarına yapılan geri ödeme işlemleri sabit bütçe, fatura bedelinin ödenmesi, üst sınırı olan fatura ödemesi, gün başına ödeme, vaka başına ödeme, kişi başına ödeme gibi yollarla gerçekleştirilebilir.

#### 5.2.1.1. Sabit Bütçe (Fixed Budget) Uygulaması

Sağlık kurumuna tüm harcamalarını karşılamak üzere önceden belirlenmiş bir süre boyunca (ör. 6 ay veya 1 yıl) sabit bir bütçe verilir. Bu bütçe, kurumun bir önceki yıl/dönem boyunca yaptığı sağlık harcamalarının maliyetini göz önünde bulundurularak, kurumun bulunduğu yerin o yıl boyunca karşılaştacağı

olası sağlık riskleri ve msterileri hesaplanarak verilir. Bütün bu öngörüle- re rağmen, sağlık kurumunun bulunduğu bölgede gerçekleşen doğa olayları, yangın, salgın hastalık vb. beklenilmeyen herhangi bir durum karşısında ma- liyetler artabilir ve hizmet sunan kurumun o ylki bütçe dengelerinde sıkıntı yaşanabilir. ngrlebilen riskler ve değişiklikler için ek bütçe yapma imkanı varsa, bu takdirde finansman bulmak imkanlar dahilinde mümkün olabilir. Bu uygulama, sabit bütçeyi en verimli ŗekilde kullanabilmek için aşırı bir uğraş gerektirdiğinden ve olağandı durumların yönetimini gcletirdiğinden sağlık yöneticileri açısından oldukça stresli bir süreçtir.

### 5.2.1.2. Fatura Bedelinin denmesi (Payment by Itemised Bill - Fee For Service)

Gerek zel, gerekse kamu hizmet sunucularının sunmuş oldukları hizmetin bedelinin fatura edilmesi, geri ödeme kurumlarının da bunu ilgili kontrol sis- temlerinden geçirerek ödemesi ŗeklindeki uygulamadır. Bu uygulamada ikinci taraf konumunda bulunan hizmet sunucuları, ödemeyi yapana göre daha etkin roldedir. Sağlık hizmeti verme konusunda sözleşme yapan özel ve/veya kamu hastanelerine hak edi vermek için bu yöntem sık kullanılır. Sağlık kurumları, tanı, cerrahi işlem, tedavi düzenleme vb. verdikleri her bir hizmet için ayrı ayrı fatura çıkarırlar. Bu faturalara göre sağlık kurumlarına varsa cnc taraflar (sağlık sigortaları) tarafından geri ödeme yapılır. Sosyal güvence kapsamı dışındaki hallerde ise, bireyin kendisi (birinci taraf) bu ödemeyi yapar.

#### **Sağlık hizmetlerinde taraflar:**

**Birinci taraf:** Sağlık hizmetlerini alan bireyler

**İkinci taraf:** Sağlık hizmeti sunucuları hekimler ve sağlık profesyonelleri vb.

**cnc taraf:** Sağlık sigortaları

### 5.2.1.3. Belirli Bir Fatura st Sınırı Uygulaması

Her bir sağlık hizmetin fiyatı serbest pazar ŗartlarında sağlık kurumları ta- rafından belirlenebildiği gibi serbest pazarın sebep olacağı olası maliyet ar- tılarını önlemek üzere cnc taraflar tarafından belli bir fatura üst sınırı uygulaması da oluşturulabilir. Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) bu uygulamanın güncel örneğidir.

Bu tür uygulamaların olduğu ortamlarda sağlık kuruluşları aşağıdaki yollarla kazançlarını artırma yoluna gidebilirler;

- Ürettikleri hizmet sayısını artırmak,
- Daha ucuza çalışmayı kabul eden sağlık personelini çalıştırmak vb.

Sağlık kurumlarının verdikleri hizmetin sayısı artınca ya da daha dk ücretli personel ile hizmet üretilmesi halinde, sunulacak hizmetin niteliğinin dme riski bulunur. Bu riske karşı kurumlar dikkatli olmalıdır.

Öte yandan sağlık hizmetlerinin bu ŗekilde bir ödeme yoluyla gerekletiril- mesi sırasında sağlık hizmeti sunucuları tarafından yaratılan ve çoğu zaman

gereksiz olan talepler (supplier induced demand- kıskırtılmış talep) ile karşılaşılabilir. Hastaya ihtiyacı olmayan gereksiz tıbbi müdahaleleri (hastaya endişe duygusu da kazandırarak) yapmak, gereksiz ve aşırı sayıda tıbbi tetkik yaptırtmak, eşik sınırdaki bazı sağlık sorunlarında (sadece yaşam biçimi değişiklikleriyle düzelebilen rahatsızlıklar) doğrudan ilaç tedavisine başvurmak, alternatifleri arasında pahalı tedavileri tercih etmek gibi tıp etiğini zorlayan hatalı yaklaşımlar bu olumsuz duruma örnek olarak gösterilebilir. Bu gibi olumsuzluklara karşı dikkatli olunmalıdır. Kuşkusuz bu tür suistimallerin yaşanmaması için yukarıda sıralanan tüm taraflara sorumluluk düşmektedir.

#### **5.2.1.4. Gün Başına Ödeme (Payment by Day) Uygulaması**

Sağlık kurumlarına özellikle yataklı tanı ve tedavi kurumlarına, hastalarına sundukları hizmetlerin günlük süresi başına ödeme yapılmasıdır. Hasta başına günlük ödenen miktar tüm harcamaları (tedavi, protez, ilaçlar, konaklama gibi) kapsar. Yataklı bir sağlık kurumunda yatan bir hastanın maliyeti müdahalenin yoğun olduğu ilk günlerde daha yüksektir ve giderek azalır. Bu uygulamada ödemeye konu hizmetlerin yerinde incelenmesi gündeme gelebilir. Bu durumda sağlık sigorta şirketleri konunun uzmanı sağlık profesyonelleri aracılığıyla ayaktan ve/veya yataklı tedavi kurumlarındaki müşterilerine yapılan masrafları inceletebilirler. Bu tür işlemlerin de söz konusu profesyonellerin maaş, yolluk vb. maliyetlerini karşılamak gibi sisteme azımsanmayacak ilave mali yükü olacağı unutulmamalıdır.

#### **5.2.1.5. Vaka Başına veya Teşhise Göre Ödeme (Case Payment - Payment by Diagnosis) (DRG - Diagnosis Related Groups)**

Tıbbi vakaların ödeme miktarını belirlemek için vaka sınıflandırma sistemlerinin kullanılması esasına dayanır. Bu sınıflandırmalar ICD (International Classification of Diseases)'ye göre yapılabilir. Hastaların teşhisleri maliyet ve tıbbi benzerliklerine ve ICD kodlarına göre gruplandırılır. Bu gruplandırmaya DRG, ülkemizdeki adlandırmayla "tanı ile ilişkili gruplar" (TİG) adı verilir. TİG sınıflandırmasında hastanın sadece tanısı değil, yaş, cinsiyet, komplikasyon, tıbbi işlemler gibi sınıflandırma kriterleri de önemli rol oynar. Bu yöntemde, benzer sağlık hizmetlerini alması gereken hastalar türdeş vaka olarak adlandırılır. Türdeş vakaların teşhis, tedavi vb. maliyetleri hesaplanır. Bu maliyetlere göre türdeş vakalara ödeme yapılır.

Hastanenin bilgi işlem ve yazılım sistemindeki TİG üzerinden hastalara konulan teşhisler ve kodları, sağlık hizmet sunucusu hekime seçtirilerek, uygun olanı işaretlemesi sağlanır. Bu teşhislere göre geri ödeme işlemleri yapılır.

Bu uygulamada, hizmet alınan yere göre çeşitli sorunlar yaşanabilir. Örneğin, aile hekimliği sevk zincirinin yürürlükte olmadığı ülkelerde özellikle ikinci basamak hastaneler TİG ödemeleri yüksek olan vakaları seçip, daha uzun yatacak ve/veya konan tanı nedeniyle TİG ödemeleri düşük olan hastaları üçüncü basamak hastanelere gönderebilirler. Hastaneler tedavi maliyeti düşük, TİG ödemeleri yüksek hasta seçmeye özen gösterebilirler. Maliyet ağırlıklı bu tip

yöntemlerde hastaya verilen hizmetin kalitesinin düşük olup olmadığı tam olarak bilinemez. Ayrıca TİG ödemelerinde hasta ne kadar az süre yatarsa, sık hasta sirkülasyonu yoluyla tedavi kurumu o kadar kar eder. Bunun suistimali halinde hastaların erken taburcu edilmesi, yeterli hizmetin alınamaması, hastaneye başvuranların tanıları arasından TİG ödemesi yüksek vakaların daha sık beyan edilmesi vb. sorunlar yaşanabilir. Yeterli takip ve kontrollerin yapılamaması hallerinde bu nevi sorunlar daha sık yaşanabilir ve çeşitlenebilir. Bu bakımdan dikkatli olunmalıdır.

#### **5. 2.1.6. Kişi Başına Ödeme (Capitation Fee)**

Belirli bir bölgedeki ödemeyi yapan sağlık sigortaları ile sağlık kurumları arasında yapılan anlaşmayla, belirli sayıda kişinin belli bir süre içinde (ör. yıllık), aile hekimliği merkezi (ASM) ve/veya yataklı tedavi kurumundaki hizmetleri kullanıp kullanmamasına bakılmaksızın, olası sağlık hizmetlerinin sunumu karşılığında kişi başına belli bir ödeme yapılması işlemidir. Tahmini maliyet üzerinden ödemeler belirlenmeye çalışılır. Sağlıklı, genç bireylerin oranlarının fazlalığı ya da tersine bölgede kronik hastalığı olanların, daha çok sağlık hizmeti kullanan yaşlıların oranlarının fazlalığı gibi koşullar sunulacak sağlık hizmetinin maliyetlerini değiştirecektir. Bütün bunların göz önünde bulundurulamaması çeşitli sorunlara yol açacaktır. Bölgedeki bireyler için yaş, cinsiyet, meslek vb. gibi risk parametreleri göz önünde tutularak farklı miktarlar üzerinden kişi başı ödeme hesaplanmaya çalışılır. Bu modelde baştan sözleşme karşılığı sağlık kurumlarına ödeme yapıldığı için, suistimal hallerinde sağlık hizmet miktarı ve kalitesinde düşüşler yaşanabilir. Sözleşme yapılmadan koşulların iyi değerlendirilmesi ve risklere karşı dikkatli olunması gerekir.

### **5.2.2. Hekimlere Geri Ödeme Uygulamaları**

Hekimlere geri ödeme uygulamaları da tıpkı sağlık kurumlarına yapılanlar gibi çeşitlilik gösterir. Amerika ve Avrupa kıtaları başta olmak üzere bu modeller pek çok ülke tarafından kendi ekonomik sistemlerine entegre edilmeye çalışılarak uygulamaya çalışılmaktadır. Buna göre hekimlere yapılan geri ödeme işlemleri; vaka başına ödeme, vaka başına günlük ödeme, kişi başına ödeme, ikramiye şeklinde ödeme, aylık ya da yıllık sabit maaş ödemeleri, hizmet başı ödeme, hekime götürü ödeme gibi yollarla gerçekleştirilebilir.

#### **5.2.2.1. Vaka Başına Ödeme**

Hekime vaka başına toplam ödeme yöntemi iki şekilde olabilir:

1. Teşhisler sınıflandırılır (TİG ödemesi), benzer sağlık hizmetleri ve benzer çıktıların maliyetleri hesaplanır ve bu yolla hekime ödeme yapılır. Hekim işletmecisi konumundadır ve yapılan bu ödemelerden kendi sağlık ekibinde hakediştirte bulunur.

2. Hastanın teşhisine göre değil, hekime başvuran vaka sayısına göre ödeme yapılır. Bu sistemde aynı bölgedeki aynı uzmanlık alanındaki hekimlere takip



ettikleri vaka sayıları üzerinden yeterli denetim yapılarak ödemeler gerçekleştirilir.

Hastanın ait olduğu tanı grubunda doğru değerlendirebilmesi için önlemler alınmalıdır. Eğer hekimler ve hizmet sunucuları hastalık grupları içerisinde fiyatı daha yüksek olan teşhisi seçerlerse, maliyet kontrolü sağlanamaz. Tüm biyokimya, mikrobiyoloji, patoloji, radyoloji raporlarının eksiksiz kayda girilmesi ve denetim sistemleri yoluyla TİG ödemelerini kontrol etmek mümkündür. Ancak söz konusu uygulama da ek maliyet gerektirir. Örneğin “tiroid kanseri TİG fiyatı” ile “tiroid nodülü TİG fiyatı” arasında fark varsa, kötü niyetli hizmet sunucusu fiyatı yüksek olanla bilgi işleme giriş yaptığında, sigorta sistemi zarar görecektir. Patoloji raporu sonucu ile TİG’in birleştirilmesi yoluyla bu suiistimal önlenemez. Ancak bu durumda da söz konusu bilgi işlem programlarının konuya özgü yazılım ve donanım maliyeti de uygulamanın masrafı üzerine ilave yük getirecektir.

#### 5.2.2.2. Vaka Başına Günlük Ödeme

Diyaliz, kemoterapi, eklem içine ilaç verilmesi vb. sağlık hizmetlerinin günlük birlik ödemeleri bu şekilde gerçekleştirilebilir. İki türlü olabilir:

1. Geriye yönelik olarak faturalar kontrol edilir ve ödemeler gerçekleştirilebilir.
2. Teşhis ve tedavi paketlerine göre günlük ödemeler sabit olarak belirlenebilir.

Poliklinik şartlarında verilebilecek sağlık hizmetleri yerine, hastaneye daha çok gelir getirmesi açısından günübirlik yatış ile sağlık sigortalarından faydalanılabilir. Denetimi çok kolay değildir. Bu bakımdan dikkatli olunmalıdır.

#### 5.2.2.3. Kişi Başına Ödeme

Hekimin belirlenen süre içerisinde hizmet sunmayı taahhüt ettiği belirli bir nüfusa verdiği sağlık hizmetinin ödenmesidir. Aile hekimliği uygulamasının yapıldığı bazı ülkelerde ya da özel sağlık sigortalarının bulunduğu yerlerde daha rahat yapılabilir. Örneğin bir hastane veya hastane grubu ile özel sağlık sigortası her birey ve sağlık sigorta paketi (cinsiyet, yaş, risk vb.) üzerinden anlaşma yapabilir. Anlaşma yapılan birey hastaneden hizmeti alsın veya almasın sabit sağlık sigortası belirli bir dönem için örneğin altı aylık veya yıllık ödeme yapar. Bu tip bir uygulamada yüksek riskli bireyleri, hem sağlık sigortalarının hem de hastanelerin kabul etmesi zor olabilir.

Kişi başı ödemenin kendi dengeleri içerisinde bir takım olumlu ve olumsuz yönleri bulunmaktadır. Örneğin hizmetin sürekliliğinin bulunması, koruyucu sağlık hizmetlerine daha kolay imkan sağlaması gibi avantajlarının yanında, uzun kuyruklar gibi hizmete erişim güçlüklerinin yaşanabilmesi, takibinin güç olması gibi ya da özelde riskli gruplardaki kişilerin çeşitli mağduriyetler yaşa-

yabilmesi gibi olumsuz yönleri ile karşılaşılabılır.

#### 5.2.2.4. İkramiye Şeklinde Ödeme-Bonus Ödeme

Hekime ve sağlık çalışanlarına belirli dönemlerde çalıştıkları sağlık işletmesinin karlılık durumuna göre belirli hedeflerin yakalanması halinde ödeme yapılmasıdır. Yönetmelik sorunları bulunur. Türkiye’de ilk uygulandığı yıllarda (1993-1997) döner sermaye uygulamaları bu ödeme türüne örnek olarak gösterilebilir.

#### 5.2.2.5. Aylık Sabit Maaş

Bir iş sözleşmesi karşılığında, karşılığı önceden belirlenen süre ve koşullarda, önceden belirlenen miktarın aylık ve/veya yıllık olarak ödenmesidir. Aylık ücret ile çalışma sağlık hizmeti sunucusunda mali güvenlik hissi yaratır. Verimliliği azaltabilir. Ancak sağlık sunucusu çalıştığı sırada bu durumun tersini düşünebilir. Verimli çalıştığını ama karşılığını alamadığını düşünen sağlık sunucusu, daha yüksek maaş veren sağlık işletmesini tercih edebilir ve personel göçü yaşanabilir.

#### 5.2.2.6. Yıllık Sabit Maaş

Bazı ülkelerde, örneğin İngiltere’de, çalışan tüm sözleşmeli kamu ya da özel sektör görevlilerinin, sağlık profesyonellerinin maaşları yıllık olarak ödenir.

#### 5.2.2.7. Hizmet Başı Ödeme

Sağlık hizmeti sunucusu hekim, eczacı, verdiği hizmet başına ödeme alır. Bu sistemin işleyebilmesi için ücretlendirilecek tıbbi hizmet ve işlemlerin hepsinin önceden ücretlendirilmiş olması gerekir. Eğer ödemeler sağlık hizmeti sunan sağlık profesyoneline hastalar veya çoğunlukla üçüncü taraf adı verilen sağlık sigortaları tarafından tam zamanında veriliyorsa, bu takdirde sağlık hizmeti maliyetleri kontrol altına almak güçleşir.

Kendisine ait şirketin muayenehanesinde çalışan bir hekim, özellikle konusunda uzman bir sağlık profesyoneli, örneğin tüp bebek, insuline dirençli diyabet takibi vb. zor ve uzmanlık gerektiren vakalar için hizmet başı ödeme alabilir. Burada, söz konusu sağlık hizmetinin çıktısının da ölçülmesi gereklidir. Eğer, hizmet başı ödeme yapılan hekimin çıktıları, özetle uzmanlık alanı dahilinde tedavi ettiği vakalarda ihmal, bilgisizlik vb. hatalar varsa sözleşme bozulur. O nedenle sözleşme yapılırken tüm süreçlerin ayrıntılı bilgi işlem üzerinden yazılması ve hasta bilgilendirilerek onayının alınması, izlem ve denetim açısından gereklidir. Kurumlarda iş ahlakı sorunları yaşanması halinde, olmayan hizmet başı ödeme uygulandığı, sağlık sistemlerinde miktarı yüksek tutan sağlık hizmetlerinin hastalara uygulanması gibi sorunlar yaşanmasını artırır. Hastalar (bilgi asimetrisi dolayısı ile) ihtiyacı olan sağlık hizmetini değil, pahalı olan sağlık hizmetini alırlar. Bu sistem ile çok fazla, gereksiz sağlık harcaması ortaya çıkabilir. Sonuçta, hastaların gereken ölçüde akılcı tedavi olmaları, iyi hizmet almaları güçleşebilir, sağlık hizmeti maliyetleri artabilir.

### 5.2.2.8. Hekime Götürü Ödeme Yöntemi: İndikatör Yönetimli Önceden Belirlenmiş Tanılar İçin Birlikte Ödemeler

Her bir sağlık hizmeti için ayrı ayrı ödeme yapılması yerine, sağlık hizmet sunucusu ekibi hekim, hemşire, yönetici vb. ücretlerini ancak indikatör (gösterge) yönetimi aracılığı ile nitelikli sağlık hizmeti çıktısı verdiklerinde, alabilirler. Özellikle bu yöntem, KOAH, kronik böbrek hastalıkları, kalp hastalıkları, diyabet vb. kronik hastalıkların tedavilerinin ödemelerinde kullanılır. Bu ödeme yöntemi ancak sağlık hizmeti bölgesel olarak ve sevk zinciri aracılığı ile verildiğinde kullanılabilir. Çünkü bölgedeki aile hekimleri kendilerine ait kronik hastaların profilini çıkartırlar. Böldeki hastanelerden ne kadar hizmeti hangi zamanlarda ve nasıl almaları gerektiğini bildiren bir rehberi (haritayı) söz konusu ülkenin sosyal güvenlik kurumları ile paylaşırlar. Her bir bölge bir sağlık işletme grubudur. Örneğin İngiltere’de bu işletme gruplarına “Clinical Commissioning Group- CCG” adı verilir. Hastaların bir hastaneye ancak kendi aile hekimleri aracılığıyla alınan randevu ile gidebildiği ülkelerde bu ödeme sistemi işlerlik kazanmıştır. İngiltere’de kayıtlı olduğu ASM’ye başvuran hastalar arasında ileri tanı ve tedavi ihtiyacı olan örneğin kadın-doğum hastaları için götürü hizmet almak isteyen bir ASM’nin yönetici ve hekimleri “health commissioning” denilen “götürü bir hizmet alımı” anlaşmasını kendilerine en yakın olan hastanelerdeki kadın doğum uzmanı ve/veya uzmanları ile yaparlar. Aile hekiminin bölgesindeki Kamu Ulusal Sağlık Sistemi’ne ait hastaneler her sene hangi uzmanlarının ne kadar hastaya bakabileceklerini bu işlemlerin götürü ücretlerini açıklarlar. Buna göre komşu bölgeler dahil hastaneler arasında ASM’ler ile anlaşma yapma ve nitelikli hasta bakma yarışı ve rekabeti başlar. Bu tip ülkelerde hastalar sevk edilmeksizin hastanelere başvurduklarında cepten ödeme yaparlar. Yukarıdaki örnekteki söz konusu hastanenin kadın doğum uzmanları ve hastanenin yöneticileri fiyatlarını ve hizmet saatlerini açıklar. ASM yöneticisi ve hekimleri hasta kapasitelerini belirler. ASM’lerin bulunduğu bölgenin bütçesi de götürü olarak hesaplanmıştır. Çok sevk olması halinde, bunun gerekçesinin ve verilen hizmetin niteliğinin inandırıcı olarak raporlanması istenir. Aynı raporlama istemi, az sevk olması halinde uygulanır.

## 5.3. Geri Ödeme İle İlgili Uluslararası Karşılaştırmalar

Geri ödeme sağlığa ilgili hemen her konuyu ilgilendiren kapsamlı bir alandır. Bunların herbirine ilişkin karşılaştırmaların ülkeler arasında yapılmaya kalkışılması, bu kitabın boyutlarını aşacağından, burada ağırlıklı olarak ilaçla ilgili karşılaştırmalar üzerinde durulmuştur. Bu çerçevede dünyada sık konuşulan ve nüfusu fazla olan ve değişik değerlendirmelerde ülkemizle sıkça karşılaştırmaları yapılan ülke örneklerinden İngiltere, Almanya, Fransa ve ABD’nin üzerinde durulmuştur.

### 5.3.1. İngiltere’de Geri Ödeme İşlemleri

DSÖ’nün ve İngiltere Ulusal Sağlık Servisi’nin (National Health Service –NHS) sunduğu ilgili verilere göre, aşağıdaki tespitler yapılmaya çalışılmıştır.

İngiltere yaklaşık 63 milyon nüfusa sahiptir. Kişi başına düşen milli gelir, ülkenin kuzeyi ve güneyi arasında farklılık göstermekle birlikte yaklaşık olarak 36 bin dolardır.

İngiltere’de reçete yazıldığında hastanın ödediği katkı payı uygulamasından sadece aşağıda belirtilen gruplar muaftır. Bunun dışındakiler reçetede her ilaç için belirli miktarda ödeme yaparlar.

Katkı payı uygulamasından muaf tutulan gruplar:

- 60 yaşın üzerindekiiler,
- 16 yaşın altındakiiler,
- 16-18 yaş arasında olup sadece öğrenci olan ve ek iş yapmayanlar,
- Hamileler, son bir yıl içinde doğum yapmış lohusalar (Bu lohusaların aile hekimi tarafından onaylı sertifikaları vardır.),
- Söz konusu ilacı ömür boyu kullanmasını gerektiren özel bir sağlık sorunu olanlar,
- Bir başkasının yardımı olmaksızın hiç bir işini kendisi yapamayan ağır engelliler,
- Ağır engelli olduğu belgelenen gaziler,
- Hastanede/yataklı tedavi kurumlarında yatarak sağlık hizmeti alanlar,
- Gelir testinden geçtikten sonra ücretsiz reçete almasına izin verilen bireyler,
- Sürekli vücudunun bir bölgesinde fistülü olan (kolostomi, periton diyaliz, ileostomi vb.) bireyler,
- Hipoadrenalizm (ör. Addison), diyabetes insipidus, hipopituitarizm tanılı hastalar,
- Sadece diyet ile tedavi edilen diyabetes mellitus haricinde kalan tüm diyabetli hastalar,
- Hipoparatiroidizm, miyastenia gravis, miksödem ve epilepsi gibi hastalığı olanlar.

İngiltere’de 1 Nisan 2012 tarihinden itibaren Galler ve Kuzey İrlanda hariç tüm ülkede reçetede yazılı her kalem ilaç için 7.65 İngiliz sterlini hasta katkı payı ödemesi olarak belirlenmiştir.

**Reçete Ön Ödeme Belgesi (Prescription Prepayment Certificates-PPCs):**

Üç aylık reçete için peşin 29.10 İngiliz sterlini ödeyen bir birey, üç ay boyunca reçetesinde 4 ve üstü sayıda ilaç olması halinde, hasta katkı payı ödeme bakımından tasarruf sağlamaktadır. Buradaki tek engel, hastaların doğrudan ASM’lere gitmek zorunda olmalarıdır. Bölgedeki ASM’lerde görevli aile hekimleri arasından ve bölgedeki serbest eczacılar arasından seçilmiş yetkililerin aile hekimlerinin yazdıkları reçeteleri ve sık kullandıkları ilaç kalemlerini denetleme ve bölgeye gönderilen ilaç finansmanını inceleme yetkileri vardır. Bu seçilmiş gruplar her 3 yılda bir yenilenir ve aile hekimleri üzerinde belirli yaptırım güçleri vardır. Bölgeye tahsis edilen finansmanı rasyonel kullanma mecburiyetinin gereklerini bu kişiler üstlenir.

### 5.3.2. Fransa'da Geri Ödeme İşlemleri

DSÖ'nün ve Securite Sante France'in sunduğu ilgili verilere göre, aşağıdaki tespitler yapılmaya çalışılmıştır.

Fransa yaklaşık 64 milyon nüfusa sahiptir. Kişi başına düşen milli gelir yaklaşık olarak 36 bin dolardır. Toplumunun yaklaşık %99'u sosyal güvenceye sahiptir. İlaç reçetelerinde halkın katkı payı ilaca ve hastalığın durumuna göre %0-%20 arasında değişmektedir. Genelde sadece raporlanmış kronik hastalıklarda ve yoksunluk durumunda katkı payı %0'dır. İlaç ödemelerinde "pozitif liste" uygulaması bulunmaktadır. Sağlık sistemi içinde eşitlik ve kaliteyi artırmak için Yüksek Sağlık Otoritesi (Haute Autorité de Santé, HAS), sağlık kurumları, ulusal sağlık sigortası fonları, sağlık çalışanları sendikaları, araştırma kurumları, hasta temsilcileri bir takım faaliyetler yürütmeye çalışmaktadırlar. Ülkede geri ödemeyi belirleyen kurumlar, Fransa Sağlık Bakanlığı, Sağlık Sigortaları Ulusal Birliği (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie, UNCAM) ve Sağlık Ürünleri Ekonomik Komitesi'dir (Comité Economique des Produits de Santé, CEPS).

Fransa'da, Türkiye ve İngiltere'de olduğu gibi tek bir sağlık sigorta sağlayıcısı yoktur. Bunun yerine ister kamu ister özel sektör çalışanı olsun, bunlarla toptan anlaşma yapan özel sağlık sigortaları vardır. Sağlık sigortacılığı kapsamında sadece sağlık harcamalarının %65'ini ödemeyi üstelene "carte vitale" olarak adlandırılan "zorunlu sağlık sigorta kartı" uygulaması bulunmaktadır. Geriye kalan %35'lik ödeme, hastalık anında bireylerin ceplerinden karşılanır. Söz konusu bu %35'lik ödeme için de ilave özel sağlık sigortacılığı uygulamaları da mevcuttur. Toplumunun yaklaşık %94'ünün bu kapsamda isteğe bağlı, tamamlayıcı nitelikte "özel sağlık sigortası" mevcuttur.

Ülkede sosyal güvenlik sistemi içinde yer alan üç temel sağlık sigortası rejimi bulunmaktadır. Bunlar, maaşlı çalışanları ilgilendiren ve toplumun %85'ini kapsayan ulusal genel sağlık sigortası (Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés; CNAM-TS), tarım çalışanlarını ilgilendiren Mutualité Sociale Agricole (%6) ve serbest meslek sahiplerini ilgilendiren Régime Social des Independents'dan (%5'i) oluşmaktadır.

Halk sağlık giderlerini önce kendi öder ve daha sonra geri almak için sağlık sigortalarına başvurur. Bu durumun istisnası engelli hamile, çocuk, yoksun, yoksul, gazi ve iş kazası geçirerek engelli kalmış bireylerdir.

Zorunlu olmamakla birlikte jenerik ilaç uygulaması 1990'larda başlatılmıştır. Ülkede kişi başına düşen ilaç tüketimi, 2010 yılı verilerine göre, kişi başına ilaç tüketiminin ortalama 48 kutu olduğu ve bunların dörtte birinin jenerik ilaç olduğu bildirilmiştir. Fransa'da ortalama ilaç kullanımının bu denli yüksek olması (Almanya, İngiltere, Danimarka, Hollanda, İspanya, İsviçre ve İtalya'nın ortalamasından %40 daha fazla) yetkilileri yeni önlemler almaya yöneltmiştir.

### 5.3.3. Almanya'da Geri Ödeme İşlemleri

DSÖ'nün ve Krankenkasse'ni sunduğu ilgili verilere göre, aşağıdaki tespitler yapılmaya çalışılmıştır.

Almanya, yaklaşık 83 milyon nüfusa sahiptir. Kişi başına düşen milli gelir yaklaşık olarak 40 bin dolardır. Toplumun %99,6'sı bir kamu sigortası olan hastalık sigortası kasasına aylık ya da yıllık olarak düzenli sağlık sigortası primi şeklinde (düzenli bir işi olsun veya olmasın) zorunlu ödeme yapar. Bu sigortaya ek olarak ekonomik gücü yetenler, özel sağlık sigortası da yaptırarak ilave hizmet alabilirler. Almanya'daki her federasyonun hastalık sigortası kasası genel Almanya Hükümeti tarafından güvence altındadır. Almanya Federal yapıda bir ülkedir. Bu kasalar her bireyin yaşına, hastalık riskine göre ayrı ayrı sigorta paketleri yapabilirler.

Ülkede temel olarak %100 geri ödeme uygulaması bulunmaktadır. Ancak ilacın fiyatının %10'unun (en az 5 avro, en fazla 10 avro) zorunlu ödemesi/kesintisi nedeniyle, bu oran biraz daha düşük olabilir.

Hekimin ilacın ticari ismi yerine uluslararası kullanılan ortak farmakolojik adı (INN) ile reçete yazması teşvik edilmektedir. Ülkede hekim ya da hasta "yerine koyma" uygulamasına itiraz etmediği sürece, eczacıların jenerik eşdeğer ilaç vermesi zorunludur. Hekimlerden reçeteleme rehberlerine uygun reçete yazmaları istenmektedir.

Çoğu Avrupa ülkesinde "pozitif liste" olarak adlandırılan ve ödeme kapsamına giren ilaçları belirten uygulama bulunmaktadır. Ancak içerisinde Almanya'nın da bulunduğu bazı ülkelere ise (İngiltere, Yunanistan, İspanya, Macaristan) "negatif liste" uygulaması mevcuttur.

### 5.3.4. Amerika Birleşik Devletleri'nde Geri Ödeme İşlemleri

DSÖ'nün sunduğu verilere göre, ABD yaklaşık 318 milyon nüfusa sahiptir. Kişi başına düşen milli gelir yaklaşık olarak 49 bin dolardır.

Amerika'nın eski başkanlarından John F. Kennedy'e atfedilen "Önemli olan Amerika'nın sana ne yaptığı değil, senin Amerika için ne yaptığıdır" sözü, Amerikan sistemlerini özellikle de sağlık sistemini açıklamaya yardımcı olmaktadır.

Nüfusu, gelir düzeyi, teknolojik olanakları ve daha pek çok göstergesi bakımından Amerika dünyadaki güçlü ve en büyük ülkelerinden birisi olarak kabul edilir. Her eyaletin sağlık sistemi kendi içinde değişmekle birlikte, temelinde çocukların-gençlerin (0-18 yaş arası), düşkünlerin ve 65 yaş üstü bireylerin belli standart sağlık hizmetlerinin (aşılama, birkaç kez ayakta sağlık hizmetleri vb.) finansmanı sağlanmaktadır. Bunun dışındaki önemli sağlık harcamaları özel sağlık sigortaları ya da cepten karşılanmaktadır. Bu tablo nedeniyle

Amerika'da bireyler özel sağlık sigortası yaptırmak zorundadır. Yaptırmadıkları takdirde sağlık hizmetinden yararlanamamaktadırlar. Ancak bazı düřkún ve bakıma muhtaç gruplar kısıtlı olarak hizmetlerden faydalanabilmektedir. Bu sağlık sigortaları bağımsız denetim şirketleri tarafından kontrol edilmektedir. Ayrıca hastanelerin aralarındaki rekabet ve sağlık sigortalarının hizmet sözleşmesi ücretleri için yürüttükleri kıyasıya rekabet, sistemin kendi içindeki kontrolünde önemli bir denetim aracı olarak nitelendirilebilir.

Ülkede özel sağlık sigortası yaptıramayanlar için, işsizler için iş bulma imkanı vb. teşvik edici yaklaşımlar vardır. Sağlık sigorta paketlerine göre ilaçların ne kadarının karşılanacağı, ne kadarının cepten ödeneceği belirlenmiştir. İş sahibi bir birey, tam sigorta kapsamında hem kendisinin sağlık sigortasını, hem de emeklilik sigortasını ödeyebilme imkanına sahiptir.

Sağlık hizmetlerinin vergilerden karşılanan kısmı sadece çocuk, 18 yaş altı, 65 yaş üstü düřkún, engelli vb. içindir. Son zamanlarda Medicare ve Medicaid adı verilen bu ödeme sistemlerinin, her geçen gün ABD için yük haline geldiği üzerinde durulmakta ve genel olarak ülkedeki sağlık sisteminde revizyon tartışmaları yapılmaktadır.





## **BÖLÜM VI: SAĞLIK SİGORTACILIĞI VE FARMAKOEKONOMİ**

- 6.1. Akılcı İlaç Kullanımında Farmakoeconominin Belirleyici Rolü
- 6.2. Farmakoeconomî ve Analizleri
- 6.3. Sağlık Sigortacılığında Farmakoeconomiden Yararlanılması

## 6.1. Akılcı İlaç Kullanımında Farmakoekonominin Belirleyici Rolü

Akılcı ilaç kullanımının (AİK) ile farmakoekonomi birbirini destekleyen ve iç içe geçmiş ilaçla ilgili iki önemli kavramdır. "Hastaların ilaçları klinik ihtiyaçlarına uygun şekilde kişisel gereksinimlerini karşılayacak dozlarda, yeterli zaman diliminde, kendilerine ve topluma en düşük maliyette almalarını gerektiren kurallar bütünü" olarak kabul edilen AİK'in tanımında ilacın ekonomik kullanımına yer verilmektedir. Tanım olarak farmakoekonomi ise "ilaç kullanımına ilişkin işlemlerin verimli şekilde gerçekleştirilmesine ve bu işlemler sırasında kısıtlı kaynakların maliyet etkin kullanılmasına yardımcı olan çalışma alanı"dır. Buna göre ilaç kullanımının yalın şekilde en ucuz olanına odaklı değil, kullanılan ilaca ödenen maliyetinin ondan beklenen verimliliği yani etkililiği, güvenliliği ve uygunluğu sağlaması karşılığında ödendiği şartı odaklı bir yaklaşım söz konusudur. Dolayısıyla farmakoekonomi ekonominin analitik dilini kullanarak AİK'e somut katkılarda bulunur.



Düzenlenen tedavilerin maliyeti ve bu tedavilerin bileşenlerinden birisi olan ilacın maliyeti, AİK'e uygun hareket edilmesinde özel önem arz eder. Bu öneminden ötürü maliyet, AİK'e uygun ilaç seçiminde dört ana ilaç seçim ölçütünden birisi olarak kabul görür (Bkz.Bölüm 2, Konu 3). Kimi endikasyonlarda bu ölçüte atfedilen değerin çok yüksek olması, başka bir deyişle bazı endikasyonlarda maliyetin kullanılacak ilacın seçiminde en belirleyici unsur olması ihtimali bulunmaktadır. Bu durum, bilhassa tedavisinde etkin, güvenli, uygun ilaç alternatiflerinin bol olduğu endikasyonlarda, maliyetin belirleyici rolünü daha da ön plana çıkartmaktadır. İster verilen bu örnekteki gibi olsun, isterse ilaç kullanımı işlemlerinin genelinde olsun, istisnaları hariç her koşulda hastanın tedavisinde kullanılan ilacın maliyeti, hemen her ekonomik sistemde önemsenir.

Gerek bireysel ölçekte hekimin kanaatinin şekillenmesinde ve kişisel ilaç seçiminde, gerekse ilaç fiyatlarının saptanmasında, ilacın geri ödeme kapsamına alınıp alınmamasında, tedavi rehberlerinde o ilaca yer verilip verilmemesinde vb. birçok durumda alınan kararlara maliyetin etkileri ancak ekonominin

diliyle yani farmakoekonomi ile daha başarılı şekilde yansıtılabilir. Kısaca farmakoekonomi, ilaç gibi önemli ekonomik bir değerın tedavide etkin, akılcı kullanılmasında ilgili taraflara karar alma sürecinde yardımcı olan bir çalışma alanıdır.

İlaç kullanımında rol alan sağlık hizmeti sunucularının ilaç ve sağlık harcamaları hakkında yeterli bilgi sahibi olması ve ülkenin, geri ödeme kurumunun, hastanın ekonomik kaynaklarını akılcı kullanması gerekir. İlaç harcamalarının zamana, ilaç kullanımı verileri başta olmak üzere birçok farmakoepidemiolojik bilgiye, sağlığın ve ekonominin diğer göstergelerine, izlenen sağlık politikalarına, alım gücüne, bütçe olanaklarına, arz ve talep dengesine, ilacın ithalatına, döviz kuruna ve daha pek çok başka makro ve mikro ekonomik unsura bağlı yönleri bulunmaktadır.

AİK uygulamalarında farmakoeconomünün rolü, mikroekonomi ölçeğinde hastanın ve daha çok da onun "birlikçisi"si konumundaki hekimin ilaç kullanımı sürecinde konuya yaklaşımıyla şekillenir. Bu rol, makroekonomi ölçeğinde ise bu iki paydaş ile birlikte ilaç kullanımının diğer önemli paydaşlarının (sağlık otoritesi, sağlık hizmet sunucuları, geri ödeme kurumları vb.) ilaçlar ile ilgili kararlara doğrudan ve dolaylı etki etmeleriyle şekillenir. Yukarıdakilerden hangi yol kullanılırsa kullanılsın farmakoeconomiden yararlanılırken öncelikli hedef, ilaç finansman sorunlarını aşmak, ucuz tedavi sağlamak değildir. Gerçek hedef, yapılan analizlerle tedavi masraflarının, o tedavinin karşılığı olup olamayacağı, verimli tedavi elde edilip edilemeyeceği gibi konularda karar alırken bireye, topluma, sağlık ve sosyal güvenlik sistemlerine yardımcı olmaktır. Farmakoekonomi verimli karşılaştırma ve değerlendirmelerle muhataplarına yardımcı olduğu ve hedefine ulaştığı zaman, tedavi masrafları zaten olması gereken makul değerleri yakalayacaktır. Dolayısıyla, başarılı farmakoeconomik analizlerin yapılması ve bunlardan yetkililerin gereği gibi yararlanması halinde, gerçek bedeli neyse o ödeneceği için yani piyasa koşullarında kabul edilebilir en düşük harcama ile en iyi hizmet alınacağı için, tedavi harcamaları ile ilgili kaygılar ve tartışmalar, yerini bu konulardaki uygulamalara duyulan güvene bırakacaktır.

**İlaç kullanımı sürecinde rol alan tüm sorumluların maliyet konusuna gereken özeni göstermesi, ilacın akılcı kullanımının bir gereğidir.**

## 6.2. Farmakoekonomi ve Analizlerinden Yararlanılması

Bu çalışma alanı, farmakoloji ile ekonominin birçok alt başlığından beslenerek kısaca ilacın ekonomik yönüyle uğraşır. Daha ayrıntılı bir tanımlama yapmak gerekirse, tedavi, profilaksi, tanı veya diğer amaçlarla ilacın kullanımına dair girişimlerin ekonomik analizleriyle uğraşan, bu sayede ilaç kullanımında rol alan taraflara yardımcı olan çalışma alanına farmakoekonomi denir.

Farmakoekonomi bilgi kaynaklarını kullanma konusunda yeterli tecrübeye sa-

hip olmayan toplumlarda farmakoeкономи, hatalı bazı yaklaşımlarla AİK'e de zarar verecek şekilde yanlış yorumlanabilmektedir. Bu gibi durumlarda farmakoekonomi sanki sadece "ilacın kutu fiyatı" ya da bunun da bir adım ötesinde "tedavi süresi üzerinden ilacın kutu fiyatına göre reçete maliyeti"ymiş gibi kısır yorumlamalar yapılabilmekte ve gerçek farmakoeekonomik değerlendirmelerden yararlanılamamaktadır. Sık karşılaşılan bir başka yanlış da yurt dışında yapılmış ve koşulları tamamen farklı olan bir ülkenin farmakoeekonomik değerlendirmelerinin birebir alınıp kullanılmaya kalkışılmasıdır. Böylesi uygulamalarda ilgili analizlerde geçen para biriminin ülke para birimine çevrilmesi oldu bittisi yaklaşımlarının beklenen yarardan çok zarar vereceği iyi bilinmelidir. Elbette farklı ülkelerin, bölgelerin farmakoeekonomik analizlerinden haberdar olunmalı, usulüne uygun kıyaslamalar yapılmalıdır. Ancak bu değerlendirmelerde geçen bilgileri "kendi ülkesinde olmayan veriler yerine kıyaslamalarda kullanmanın, hem farmakoeekonomi gerçeğine hem de AİK'e zarar verebileceği bilinmelidir. Bu konuda yaşanan sorunlardan bir diğeri de literatüre yansıyan bir çalışmanın yapıldığı zamana dikkat edilmemesi ve analizi etkileyebilecek o sırada ilgili yerin koşullarının iyi bilinmemesidir. Dolayısıyla farmakoeekonomik değerlendirmelerde oldukça önem taşıyan literatürden yararlanma konusunda, analiz yapanların ve bu analizlerden yararlanan muhatapların dikkatli olmaları, hangi bilgileri nasıl kullanabileceklerine dair önceden hazırlıklarının bulunması gerekir.

Farmakoeekonomik değerlendirme yöntemlerinin kullanılmasının temel amacı, tedaviden elde edilecek sonucun etkili, düşük maliyetli, faydalı veya kazançlı olanını mevcut alternatifleri arasından maliyet odaklı uygun teknikler ile ölçüp, karşılaştırmak ve bu sayede yapılacak değerlendirmelere yardımcı olmaktır. Günümüz sağlık hizmetlerinde, etkin bir formüller oluşturulmasında, hasta başında tedavi düzenlenmesinde, ilaç politikasının belirlenmesinde ve kaynakların paylaşılmasında farmakoeekonomik yöntemlerden rahatlıkla faydalanılabilir. Çeşitli tedavi seçeneklerini birbirleriyle karşılaştırmak için ekonomik değerlendirme yöntemleri olan; maliyet minimizasyon (cost-minimization), maliyet etkililik (cost-effectiveness), maliyet yararlılık (cost-utility) ve maliyet kazanç (cost-benefit) analiz yöntemleri kullanılır. Bu yöntemler, alternatif tedavi seçeneklerini karşılaştırmak için çeşitli kolaylıklar sağlar. Analizler maliyeti ölçmeleri bakımından benzer gibi dursalar da sonuçlarının (outcomes) ölçümünde ve sonuçların ifade edilmesinde farklılıklar gösterirler.

**Tedavi seçeneklerini birbirleriyle karşılaştırmak için ekonomik değerlendirme yöntemleri olan; maliyet minimizasyon, maliyet etkililik, maliyet yararlılık ve maliyet kazanç analizlerinden yararlanılabilir.**

Maliyet (cost), herhangi bir program ya da ilaç tedavisi tarafından tüketilen kaynakların bedeli yani değeri olarak tanımlanır. Sonuç (consequence), herhangi bir programın ya da ilaç tedavisinin etkileri, çıktıları ya da sonuçları olarak tanımlanır. Maliyetin ve sonuçların değerlendirilmesi -farmasötik ürün ya da servisin değeri- ağırlıklı olarak değerlendirmenin perspektifine dayanır. Burada yaygın olarak, hastanın, sağlayıcının (provider), ödeyicinin (payer)

ve toplumun bakış açısı göz önünde bulundurulur. Tüm bu kavramların analizler sırasında yerli yerinde kullanımı önem taşır. Göreceli pek çok girdinin kullanılabilir olması, analiz sonuçlarının isabetli kullanımını güçleştirebilir. Dolayısıyla, farmakoekonomi, herhangi bir ürün ya da hizmetin değerini bir ya da birden fazla bakış açısından değerlendirme imkanı sunar. Bu bakış açısı konuyla ilgili en kritik aşamadır. Özellikle farklı sağlık kurumlarında üretilen hizmeti, kullanılan ürünü değerlendirirken bakış açısı farklılıklarının analiz sonuçlarını farklı yorumlamaya yol açacağı, bunun da özünde olması gereken bir durum olduğu bilinmelidir. Dolayısıyla, farmakoekonomik analizleri yer ve zaman başta olmak üzere doğru bakış açısıyla yorumlayıp kullanmak gerekir.



Farmakoekonomi, ilaçla tedavinin, sağlık sistemlerine ve topluma olan maliyetini ve sonuçlarını tanımlar, hesaplar ve karşılaştırır. Söz konusu tedavinin/ilacın ödenebilirliğine ışık tutulmaya çalışılır. Sağlık hizmetlerinin maliyeti şu şekilde kategorize edilebilir:

- Dolaysız medikal maliyet (ör. ilaçlar, ilaç uygulama cihazları, destekler, tanı testleri, hekim ve diğer uzmanların harcadıkları zaman, hastaneye yatış ve kalma süresi vb.)
- Dolaysız non-medikal maliyet (ör. aile/bakıcı bakımı, ulaşım, beslenme vb.)
- Dolaylı non-medikal maliyet (ör. morbidite ve mortaliteye bağlı işgücü kaybı vb.)
- Manevi maliyet (ör. ağrı, acı çekme, korku duyma, stres/üzüntü yaşama vb.)
- Fırsat maliyeti (ör. kaçırılan fırsatlar, mevcut gelirden vazgeçme durumu vb.)
- Artan maliyet (üst üste katlanarak yaşanan kayıplar vb.).

Farmakoekonomi, bir taraftan yapmış olduğu yukarıdaki analizlerle işin ekonomik yönünü, diğer taraftan da yaşam kalitesini, hasta tercihlerini ve mem-

nuniyetini değerlendirmeye alır. Bu sayede bütüncül bir yaklaşım sunar.

Farmakoeкономи, belirli maliyet karşılığında sağlanacak kazancı veya yararı çeşitli analiz yöntemleriyle inceler. Bu analizlerde girdi maliyet, çıktı ise kazanç, yarar ya da genel olarak tedavi sonucunda kıyaslanmış son durumdur. Kullanılan 4 temel analiz yönteminin detayları ise aşağıda sunulmuştur:

### **6.2.1.Maliyet minimizasyon analizi (Cost-minimisation analysis)**

Maliyet belirleme analizi olarak da adlandırılır. Maliyet minimizasyon analizi, iki ya da daha fazla tedavi alternatifinin, tedavi sonlanımlarının aynı olduğu durumlarda kullanılır. Bu analiz yönteminde hangi tedavi alternatifinin daha az maliyetli olduğu sorusuna yanıt aranır ve ölçüt olarak para birimi kullanılır. Alternatif tedavi yöntemleri arasından en düşük maliyetli olan seçilir. Orijinal preparat yerine jenerik bir preparatın reçetelenmesi bu duruma örnek olarak verilebilir (Aynı sağlık çıktılarıyla maliyet azalır).

Sonlanımda eşdeğerlilik doğrulandıktan sonra, maliyetler, parasal birimlerde (Türk lirası/Amerikan doları, Avro vb.) tanımlanabilir, ölçülebilir ve karşılaştırılabilir. Geri ödeme kapsamına alınma başvurusu bulunan bir ilacın değerlendirilmesi sırasında maliyet etkililik analizi ile birlikte bu analizin sonuçlarını yansıtan literatür bilgilerinden yararlanılabilir.

Maliyet minimizasyon analizinin, terapötik olarak eş değer iki ya da fazla ilacı karşılaştırırken ya da aynı ilacın farklı doz/uygulama yolu, kullanım süresi vb. rejimlerini değiştirirken kullanılması elverişlidir. Örneğin, etkililik ve karşı etki görülme sıklığı bakımından birbirine benzerlik gösteren iki antidepresan ilacın kullanımıyla ortaya çıkan maliyetleri, maliyet minimizasyon analizi kullanılarak rahatlıkla karşılaştırmak ve en düşük bedeli sunanı tespit etmek mümkündür. Bu maliyetlerin hesaplanmasında yukarıda sözü edilen dolaylı, dolaysız vb. tüm ilgili maliyetler dikkate alınmalıdır. Şayet böylesi bir analize dayanan literatüre göre klinik karar ya da geri ödeme ve fiyatlandırılma kararları şekillendirilecekse, literatürün metodunda bu ayrıntıların ne söylediğine iyice bakılmalıdır. Örneğin eşit çıktığı sağlayan iki parenteral antibiyotiğin maliyet minimizasyon analizinde ilaçların satın alınma maliyetlerini karşılaştırmanın ötesinde, analizin sağlık personelinin ilaç hazırlama emeği, uygulama emeği, muhafaza etme emeği gibi işlemlerin kısaca dolaylı ve dolaysız tüm bedellerini de içermesine dikkat edilmelidir.

Gündelik yaşamda çoğu kez yapıldığı şekliyle, “ilacın sabit bir fiyatının var olduğu, buna karşın tedavi sonuçlarının oldukça değişkenlik gösterdiği” yorumuyla yaklaşıldığında, maliyet minimizasyon analizini kavramak zorlaşacaktır. Öte yandan maliyetin yalın kutu fiyatı gibi sabit bir değer üzerinden değil de, rutinde görülmeyen ayrıntıları da hesaba katılarak ilacın/tedavinin tutarının belirlenmesi benimsenirse bu analiz daha doğru anlaşılacak ve uygun kullanılacaktır. Ayrıntılı maliyeti göz önünde bulundurarak, sonuçları itibarıyla birbi-

rine benzer olan tedavilerin karşılaştırılması yapıldığında sağlıklı minimizasyon analizine imkan tanınmış olur. Sonuçların birbirine benzeme oranlarında azlama olduğu ölçüde bu analizin ikna edici gücü de azalır. Kısaca sonucu eşit çıktı olan, ancak bu çıktıya taşıyan araca ait/giden yola ait maliyet farklılıklarının ayrıntıları bu analizle ortaya koyularak alternatifler arasında en düşük maliyetli olanı bulunmaya çalışılır.

## 6.2.2.Maliyet etkililik analizi (Cost-effectiveness analysis)

Tıpta en sık kullanılan farmakoekonomik analiz yöntemidir. Sağlık sigortacılığında ve hekimin ilaç seçimi işlemi sırasında kullanımı oldukça elverişlidir. Belirli bir terapötik etkiyi meydana getirmenin mali olarak bedelinin ne olduğu ve bu bakımdan hangi tedavinin diğerlerine üstünlük tanıdığını araştırır. Örneğin hangi tedavi yönteminde daha az harcamayla daha uzun sağkalım süresi sağlanır sorusuna yanıt aranır. Bu örnekte odaklanılan asıl konu sağ kalım süresi yani etkililiktir. Maliyet etkililik terimi, genel hatlarıyla çoğu kez ekonomik değerlendirmenin tamamından bahsetmek için kullanılır ancak bu terim tam anlamıyla, sağlık kazanımının tanımlanabildiği ve doğal birimlerle (ör. kurtarılmış yaşam yılı, iyileştirilmiş ülserler, giderilmiş enfeksiyonlar, kontrol altına alınmış hipertansiyon ya da kalp ritim bozuklukları vb.) ölçülebildiği ve maliyetlerin para olarak hesaplanabildiği özel değerlendirme yönteminden bahseder. Bu nedenle, maliyet etkililik, belirli bir tedavi alanında, niteliksel olarak benzer sonuçlara sahip tedavileri karşılaştırır. Örneğin, akut bakteriyel sinüzitte, ko-amoksilav'la (penisilin grubu bir antibiyotik) tedavi edilen ve yeterli iyileşme sağlanan bir tedavi protokolünde hasta başına düşen maliyetle, kinolon (bir başka antibiyotik grubu) kullanılarak benzeri etki elde edilmiş tedavi protokolündeki hasta başına düşen maliyet ile karşılaştırılmalar yapılabilir.

Bu kategoideki ilaçların etkilik ve güvenlik bakımından benzer olmaları önemlidir. Maliyet etkililik analizlerinde her tedavi yöntemi ve/veya ilaç alternatifi için maliyetçe etkin olma durumu önemsenir. Buna göre maliyet etkililik oranı belirlenir. Bu oran tedavi sonucu önlenebilen sakatlık, ölüm, komplikasyon, kazanılan yaşam yılı, kurtarılan yaşam sayısı vb. değerler saptanır. Maliyet etkililik analizi, özellikle ilaç tedavisiyle ilgili karşılaştırmalar başta olmak üzere literatürde en sık uygulanan ekonomik analiz yöntemidir. Ancak farklı sonuçlara sahip ilaç tedavisine dair karşılaştırmalara izin vermeyeceği iyi bilinmelidir. Bu analiz ile ilgili hesaplamalarda karşılaştırılan ilaçlar aynı hastalığın tedavisi için birbirinin yerine kullanılan ya da kullanılacak ilaçlardır.

Bu değerlendirmelerde anahtar ölçüm, artan maliyet etkililik oranıdır (incremental cost-effectiveness ratio). Bu sayede daha genel değerlendirme yapma imkanı kazanılabilir.

Artan (inkremental) Maliyet Etkililik Oranı= [A ilacının maliyeti - B ilacının maliyeti] / [A ilacının kazanımları - B ilacının kazanımları].

### 6.2.3. Maliyet yararlılık analizi (Cost utility analysis)

Maliyet yararlılık analizinde hangi tedavi yönteminde daha az harcamayla kaliteli bir yaşam sağlanır sorusuna yanıt aranır. Maliyetler para ile ölçüldüğünden ve tanımlanmış bir sonuç olduğundan maliyet etkililiğe benzer. Ancak burada sonuç faydanın (utility) bir birimidir (ör. QALY).

QALY (Quality adjusted life years - QALY) kaliteye uyarlanmış yaşam yılı sözcüklerinin İngilizce karşılıklarının kısaltmasıdır. Türkçede buna uygun farklı kısaltmalar kullanılsa da burada kullanılan Türkçe sözcüklerin baş harfleri tercih edilmiş ve bu kavram, KUYU ile kısaltılmıştır. KUYU, sonlanım noktası (endpoint) doğrudan hastalık durumuna bağlı olmadığından, maliyet yararlılık analizi, teoride, tıbbın birden fazla alanına bakabilir. KUYU çalışmadan çalışmaya transfer edilebilecek şekilde sabit bir birim olarak, iyi bir şekilde tanımlanmadığından, pratikte durum bu kadar kolay değildir. Hastanın tercihleri, beklentisi, sağlık durumuna atfettiği değer gibi pek çok değişken üzerinden yararlılık belirlendiği için oldukça karmaşık tarafları bulunur. Ölçme teknikleri ile ilgili çeşitli standartlar oluşturulmaya ve ayarlamalar yapılmaya ihtiyaç duyulabilir.

KUYU, sağlığa ilişkin yaşam kalitesinin bir ölçөгüdür. "Mükemmel sağlık durumunda geçirilmiş bir yıl" tanımı üzerinden ifade edilir. Bu bakımdan en olumsuz sağlık durumu olan ölüm "0" ile, mükemmel sağlıklı olma hali ise "1" ile ifade edilir. Diğer durumlar ise bu iki değer arasında rakamsal karşılık bulurlar.

Basit bir örnek ile KUYU hesaplama (Ör. A hastalığında KUYU hesaplama):

Bu hesaplamayı yapabilmek için A hastalığında tahmin edilen hayatta kalma süresi bilinmeli, tahmin edilen yaşam kalitesi bilinmeli (bir katsayı değeri verilebilmesi) ve tedavi maliyeti bilinmelidir.

- Bu örnekten yola çıkıldığında, A hastalığında X tedavisi ile birlikte alınan klinik sonuçlara göre, Tahmin edilen hayatta kalma süresinin 10 yıl olduğu, X tedavisi olmaksızın bu sürenin 3 yıl olduğunu varsayalım.
- A hastalığında X tedavisi ile birlikte alınan klinik sonuçlara göre, tahmin edilen yaşam kalitesi "mükemmel sağlığa (perfect health) oranı" 0.8 olduğunu, X tedavisi olmaksızın bu oranın 0.5 olduğunu varsayalım.
- Bu durumda X tedavisi ile birlikte alınan sonuçlara göre,  $KUYU = (10 \times 0.8) = 8.0$  olduğu, buna karşın X tedavisi olmaksızın bu değerin  $KUYU = (3 \times 0.5) = 1.5$  olduğu tespit edilecektir.
- Sonuç olarak bu analize göre X tedavisinden kazanılan  $KUYU = 8 - 1.5 = 6.5$  KUYU olarak saptanacaktır.



#### 6.2.4. Maliyet kazanç analizi (Cost benefit analysis)

Maliyet kazanç analizi, değerler veya parametrelerin para birimlerine çevrilebildiği durumlarda uygulanır. Hangi tedavi yönteminde daha az harcamayla daha fazla parasal kazanç sağlanır sorusuna yanıt aranır. Hem maliyet hem de sağlık bakımından kazanç para birimi ile ölçülür. Maliyet kazanç analizi, herhangi bir program ya da tedavi alternatifinin kazançları ve maliyetlerinin belirlenmesinde, ölçümünde ve karşılaştırılmasında kullanılan bir yöntemdir. Program ya da tedavi alternatifinden elde edilen kazanç, maliyetler üzerinden karşılaştırılır. Hem maliyetler hem de kazançlar ölçülür. Söz konusu sağlıkla ilgili kazançların parasal karşılığını kestirmek oldukça güçtür. Özellikle üretkenlik ve yaşam kalitesi gibi sonuçlanımlara güvenilir ve anlamlı bir şekilde değer biçilmesi çok daha güçtür. Bu durum, dolaylı ve manevi kazançları ölçmede güçlükleri fazla olan, iyi kayıt sistemleri bulunmayan, tutar değerlendirmeleri eksik olan ve bu alanda yeterli araştırması bulunmayan yerlerde çok daha sorunludur.

Maliyetler ve kazançlar, bir oran (maliyet-kazanç oranı), net bir kazanç ya da net bir maliyet olarak ifade edilir. Bu analize dayanarak en yüksek net kazanç ya da en yüksek maliyet-kazanç oranına sahip olan program veya tedavi alternatifi seçilmeye çalışılır. Yapılan analizde maliyet-kazanç oranının 1'den büyük olması, program ya da tedavinin değerli olduğuna; 1'e eşit olması, kazanç ile maliyetin eşitliğine ve fark yaratan unsur olmadığına; 1'den küçük olması ise, program ya da tedavinin ekonomik olarak karlı/değerli olmadığına işaret eder. Bu analiz, daha çok, maliyet ve kazancın eş zamanlı olarak ortaya çıkmadığı tedavi alternatiflerinin karşılaştırılmasında kullanılmalıdır. Tüm farmakoeconomik analizler içerisinde, maliyet kazanç analizinin en az kullanılan yöntem olduğu söylenebilir. Toplam değer yerine ilave değer analizleri yapılması, daha kabul edilebilir değerlendirmelere imkan sunar.

Maliyet kazanç analizi, mevcut bir sağlık hizmeti servisinin, sağlık girişim programının ya da yeni bir sağlık hizmetinin değerinin doğrulanması ve belgelenmesinde kullanılmak için de uygun bir yöntem olabilir.

#### 6.3. Sağlık Sigortacılığında Farmakoeconomiden Yararlanılması

Sağlık sigortacılığı alanlarında farmakoeconomiden daha ziyade makro düzeyde yararlanır. Sağlıkta mal ve hizmetlerin pahalıya mal olma sorunları ve bunların kamu bütçesinden karşılanması ile ilgili güçlükler dünyanın her yerinde daha çok tartışılır olmuştur. Bu bakımdan sürdürülebilir geri ödeme, toplumsal düzeyde sürdürülebilir tedavi hizmetleri, ilacın makul maliyette temin edilip, israf edilmeden akılcı kullanımı ve en az zararlı atıklarının bertaraf edilmesi işlemlerinin tamamının maliyeti, sonuçlarıyla birlikte makro ölçekli farmakoeconomik analizlerle muhataplarına sunulmaya ve ilacın akılcı kullanımında onlara yardımcı olunmaya çalışılır. Öte yandan, gerek ilaç kullanım sürecinde geri ödeme politikalarının bireysel yansımaları değerlendirilirken,

gerekse bu alanda denetimler yapılırken mikro ölçekte de farmakoekonomiden yararlanır. Bu gibi durumlarda özellikle hekimin, eczacının, diğer sağlık çalışanlarının, sağlık kurumunun ve hastanın konuya ilişkin tutum ve davranışlarının ekonomik sonuçları incelenirken farmakoekonomi bilgisinden daha fazla yararlanılarak ilaç geri ödeme ve sağlık sigortacılığında daha başarılı hizmetler sunulabilir.

Sağlık, özellikle de tedavi harcamaları, günümüzde ekonominin önemli bir ayağını oluşturmaktadır. Bireylerin taleplerini planlı ya da plansız değiştirebilmeleri; hekimler, rehberler vb. diğer bilirkişilikler üzerinden pek çok talebin şekillenmesi, hatta bazen arz ve talebin aynı kişi/kurum üzerinden çakışması; toplumun taleplerinin çok iyi planlama gerektirmesi; salgın vb. beklenmedik durumlar karşısında talep patlaması yaşanabilmesi; ertelenemez ve vazgeçilmez yönlerinin bulunması; çoğu kez hızlı karar alma ve eyleme geçilmesi gerekliliği; buna karşın arzın oluşturulmasında uzun süreye ya da özel kalifiye elemana ve ekipmana gereksinimin bulunması; ikame sorununun bulunması ve talep esnekliğinin pek olmaması; birey, geri ödeme kurumu, toplum ve ülke ekonomilerini zorlayan yüksek harcama oranları gibi yönleri; sağlıkla ilgili alanlarda ekonomik kavramları ve bunların daha çok tartışılmasını ön plana çıkartmıştır.

Herhangi bir tanı ve/veya tedavi yönteminin, aynı sonucu veren mevcut alternatiflerinin maliyet ve faydalarının uygun yöntemler ile ölçülmesi ve karşılaştırılmasında klinik ekonominin değerlendirme işlemlerinden faydalanılır. Sağlık hizmetlerinin ekonomik değerlendirmesi, bunlar arasında nitelikli ve maliyet etkin olanının seçilmesini ve kullanılmasını kolaylaştırır. Sağlık hizmetinin daha ziyade türetilmiş bir talep olduğu yani bireyin talebinden çok, hekimin talebi doğrultusunda sağlık piyasasında işlem yapıldığı göz önüne alındığında, bu iç içe geçmişliğin yetkin biçimde ekonomik değerlendirme yapılmasına duyulan ihtiyaç daha kolay anlaşılabilir. İşin içerisine ilaca ait dinamik pek çok unsurun da karışması nedeniyle ilacı da kapsayan sağlık sigortacılığı ve geri ödeme işlemlerinde başarılı olunmasında farmakoekonomi, kilit önemde katkılar sunar. Bu sayede olabilecek en düşük harcama yapılarak sigortalı ve diğer hak sahiplerine en iyi sağlık hizmeti verilebilir.

Sağlık sigortacılığında ve geri ödeme işlemlerinde sağlık alanı dışında başka branşlarda eğitim almış çok sayıda kişi çalışmaktadır. Bu kişilerin, ilaç kullanımı ve bunun ekonomik boyutlarını değerlendirirken zorlanmaları doğaldır. Üstelik ortada farmakoekonomik analizlerin bulunmadığı durumlarda bu kişilerin işleri çok daha güçleşir. Oysa yeterli farmakoekonomik analiz bulunan bir konuda işlem yaparken sektör çalışanlarının daha başarılı hizmet sunmaları kolaylaşabilir. Bu kişilerin işlemler sırasında karar verirken bağımlılıkları azalabilir ve kararlarında objektif parametrelerden yararlanarak daha verimli çalışmaları da sağlanabilir.

Sağlıkta teşhis ve tedavi imkanlarının artması, bunlar için pahalı teknolojilerin

daha çok kullanılması, yeni ilaçların arz ve talebindeki artış, yaşam kalitesinin ve beklenen yaşam süresinin artması, sağlık hizmetleri sunumunda rekabetçi yaklaşımların artması ve daha pek çok başka gelişme, alınan tedavi hizmetinin bedelinin daha doğru değerlendirilmesi gereğini ortaya koymaktadır. Bunu etkin biçimde yapamayacak olan sigortacılık kurumlarının yakın gelecekte ciddi sorunlar yaşabileceği ve riskleri iyi yönetemeyeceği rahatlıkla öngörülebilir. Üstelik Türkiye gibi henüz genç nüfusu fazla olsa da yaşlı nüfusu giderek artan, milli geliri hızla artan ve bunlara bağlı olarak sağlıkta beklentileri ve harcamaları artan bir ülkede nitelikli ve sürdürülebilir sigortacılığın finansman risklerinin daha da artabileceği düşünülebilir. Bütün bular karşısında farmakoeconomünün etraflı analizleri geleceği planlamak bakımından da sigortacılarla önemli ipuçları sunar.

İlacın geri ödemeye alınması ya da çıkartılması gibi durumlar yeni stratejiler geliştirmesine neden olacaktır. Bu tür durumlarda arzu edilmese de alınan kararların bazen kamuoyunda gereksiz yere ve yanlış şekilde tartışmaları yapılabilmektedir. Bu kadar karmaşık bir konuda alınan karardan memnun olmayan tarafın maksatlı ya da maksatsız kamuoyunu yanlış yönlendirme, kafa karıştırma ve ilaçla/tedavi ile ilgili kriz yaşanmasına yol açma riski her zaman için söz konusudur. Yeterli farmakoekonomi bilgisinin objektif şekilde toplumla paylaşılması güven artırıcıdır ve toplumu ikna etme bakımından da oldukça yararlıdır. Toplumla açık ve doğru bilgi sunarken onların anlayacağı sadeliğe kavuşturulmuş farmakoeconomik değerlendirmelerden bahsedilmesi, karşılaştırma yapmalarını kolaylaştıran analizler sunulması, bu tür kararların toplum nezdindeki yansımalarını olumlu yönetme imkanı sunar.

Yukarıda değinildiği gibi Türkiye gibi giderek zenginleşen ülkelerde toplumun sağlık konularında daha katılımcı olmaları beklenmektedir. AİK açısından da bu önemsenen bir durumdur. Hastalar ve yakınları tedavinin ortak katılımcısı olmalıdırlar. Dolayısıyla, ilaçlarla ilgili bilhassa kamu harcamaları yapılırken toplumun doğru zamanda sorduğu doğru bilgilerin cevaplanabilmesi için de farmakoeconomik hazırlık gereklidir. Bu sorgulama geri ödeme kurumlarına yöneltilecek sorular, ilgili makamlardan gelebildiği gibi hastanın kendisinden ya da onun namına bilirkişilik görevini üstelenen hekimden ya da diğer sağlık çalışanlarından da gelebilir. Örneğin bir hastalıkta A ilacı yerine B ve C ilaçlarının da kullanılma imkanına kavuşulan bir zamanda toplumdan gelecek olan şu sorulara tatminkar cevaplar verilmelidir. “B ilacının neden geri ödemesi şimdi yapılmıyor?”; “B ilacı için yapacağım cepten ödeme, elde edeceğim iyileşmenin bedelini karşılar mı?”; “A ve B ilaçları bu hastalıkta etkin şekilde kullanılabilirken C ilacı hangi ilave yararı sağladığı için geri ödeme kapsamına alındı?”; “Eskiden bu hastalıkta da kullanılabilen D ilacının bu endikasyonda geri ödemesi neden şimdi kaldırıldı?”; “Bütün bunlar arasında önceliklendirme yapıldı mı?”; “Yapıldıysa neye göre yapıldı?” gibi soruların cevaplarının verilmesinde farmakoeconomiden yararlanılabilir.





## KAYNAKLAR

- Abdioğlu Z, Terzi H. Enflasyon ve bütçe açıkları ilişkisi: Tanzi ve Patinkin etkisi. Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi 2009;23(2):195-211.
- Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (ANSM). <http://ansm.sante.fr/> Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Akıcı A. Akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda yaşlılarda reçete yazma ve Türkiye’de yaşlılarda ilaç kullanımının boyutları. Türk Geriatri Dergisi 2006;9(EK-1):19-27.
- Akıcı A. Akılcı ilaç kullanımı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü Yayını. 1. Baskı. Ankara, 2013.
- Akıcı A. Türkiye’de akılcı ilaç kullanımı uygulamaları ve klinik farmakoloji çalışma grubunun katkıları. Türk Farmakoloji Derneği Klinik Farmakoloji Çalışma Grubu E-Bülteni. Ocak-2012;[55]:1-10.
- Akıcı A, Altun R. Elektronik reçete ve akılcı ilaç kullanımına katkısı. Türk Aile Hek Derg 2013;17(2):125-133.
- Akıcı A, Alp Fİ, Dülger Ayanoğlu G, ve ark. Serbest eczanelerde ilaç sunumu sürecinde karşılaşılan sorunlar: Akılcı ilaç kullanımı yönünden değerlendirme. Hacettepe Üniversitesi Eczacılık Fakültesi Dergisi 2009;29(1):75-80.
- Akıcı A, Kalaça S, Ugurlu U, Toklu HZ, Oktay S. Antihypertensive drug utilization at health centres in a district of Istanbul. Pharm World Sci 2007;29(3):116-121.
- Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MÜ, Çalı S, Oktay S. Pratisyen hekimlerin yaşlılarda akılcı ilaç kullanımı alışkanlıklarının değerlendirilmesi. Geriatri 2001;4(3):100-105.
- Akıcı A, Kalaça S, Uğurlu MU, Oktay S. Prescribing habits of general practitioners in the treatment of childhood respiratory-tract infections. Eur J Clin Pharmacol 2004;60(3):211-216.
- Akıcı A, Kalaça S, Ugurlu MU, Toklu HZ, Iskender E, Oktay S. Patient knowledge about drugs prescribed at primary healthcare facilities. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2004;13(12):871-876.
- Akıcı A, Şirvancı M. İlaçlar konusunda sağlık mesleği mensuplarına rehberlik eden örnek bir başvuru kaynağı: İngiliz Ulusal Formüleri. MÜSBED 2012;[1]:9-13.
- Akıcı A, Uğurlu MÜ, Gönüllü N, Oktay S, Kalaça S. Pratisyen hekimlerin akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi. STED 2002;11(7):253-257.
- Akıcı A, Uğurlu MÜ, Kalaça S, Akıcı Gönül N, Oktay S. Üst solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisinde pratisyen hekimlerin ilaç seçiminin değerlendirilmesi. STED 2004;13(7):263-267.
- Akcağündüz E. Kamu tercihi teorisi ve Türkiye üzerine olan etkisi üzerine bir inceleme. Ekonomi Bilimleri Dergisi 2010;2(2);29-35.
- Akyürek ÇE. Sağlıkta bir geri ödeme yöntemi olarak global bütçe ve Türkiye. Sosyal Güvenlik Dergisi 2012;2:124-153.
- American Medical Association. Taking an active approach to the claims management revenue cycle. <http://www.ama-assn.org/resources/doc/psa/prepare-that-claim.pdf>. Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD). Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu. [http://www.aifd.org.tr/Yeni-ilac-ve-ar-ge/2023\\_Vizyon\\_Raporu.aspx](http://www.aifd.org.tr/Yeni-ilac-ve-ar-ge/2023_Vizyon_Raporu.aspx). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Arede CA, Bonizio RC, de Freitas O. Pharmacoeconomy: an indispensable tool for the rationalization of health costs. Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences 2011;47(2):231-240.
- Arrow KJ. Uncertainty and the welfare economics of medical care. 1963. Bull World Health Organ 2004;82(2):141-149.
- Atun R, Aydın S, Chakraborty S, Sümer S, Aran M, Gürol I, Nazloğlu S, Özgülcü Ş, Aydoğan Ü, Ayar B, Dilmen U, Akdağ R. Universal health coverage in Turkey: enhancement of equity. Lancet 2013;382:65-99.
- Ay P, Akıcı A, Harmancı H. Drug utilization and potentially inappropriate drug use in elderly residents of a community in Istanbul, Turkey. Int J Clin Pharmacol Ther 2005;43(4):195-202.
- Basaran NF, Akıcı A. Aspects of physicians’ attitudes towards the rational use of drugs at a training and research hospital: a survey study. Eur J Clin Pharmacol 2013;69(8):1581-1587.
- Basaran NF, Akıcı A. Patients’ experience and perspectives on the rational use of drugs in Turkey: a survey study. Patient Prefer Adherence 2012;6:719-724.
- Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. PLoS Med 2011;8(4):e1000433.
- Bodur S, Güler S, Demireli O, Doğan N. Konya’daki evlerde fazla ilaçlar üzerine bir çalışma. İlaç ve Tedavi Dergisi 1996;9(10):619-622.
- Brunton LL, Parker KL (Eds.). Goodman & Gilman’s Pharmacology. United States: 11th ed. Mc Graw Hill Companies, 2006.

- Buharalı C. Türkiye’de ve dünyada sağlık ekonomisi. Deloitte, 2008. [http://www.deloitte.com/assets/Docom-Turkey/Local%20Assets/Documents/Turkey-tr\\_lshc\\_SaglikEkonomisi-2008\\_170908.pdf](http://www.deloitte.com/assets/Docom-Turkey/Local%20Assets/Documents/Turkey-tr_lshc_SaglikEkonomisi-2008_170908.pdf). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Campagne “Les médicaments, ne les prenez pas n’importe comment” <http://www.sante.gouv.fr/le-ministere-charge-de-la-sante-diffuse-une-nouvelle-campagne-nationale-d-information-et-de-sensibilisation-sur-le-bon-usage-du-medicament.html> Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Campbell SM, Reeves D, Kontopantelis E, Sibbald B, Roland M. Effects of pay for performance on the quality of primary care in England. *N Engl J Med* 2009;361(4):368-378.
- Canbaz S, Peksen Y, Sunter AT, Leblebicioğlu H, Sunbul M. Antibiotic prescribing and urinary tract infection. *Int J Antimicrob Agents* 2002;20(6):407-411.
- Casto AB, Layman E. Principles of healthcare reimbursement. American Health Information Management Association, 2006. AHIMA Product No. AB202006.
- Ceritoğlu E. Health Expenditures Risk, Purchase of Private Health Insurance, and Precautionary Saving in Turkey. Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, WORKING PAPER NO: 12/22, 2012.
- Ceyhan M, Yıldırım I, Ecevit C, Aydoğan A, Ornek A, Salman N, Somer A, Hatipoğlu N, Camcıoğlu Y, Alhan E, Celik U, Hacimustafaoglu M, Celebi S, Inan D, Kurt N, Oner AF, Gulumser O, Gunes A, Coskun Y. Inappropriate antimicrobial use in Turkish pediatric hospitals: a multicenter point prevalence survey. *Int J Infect Dis* 2010;14(1):55-61.
- Chicoye A, Chhabra A, Holmstrom S, Mehin N. ISPOR Global Health Care Systems Road Map. France – Pharmaceuticals, updated October 2009.
- Comité Economique des Produits de Santé (CEPS) <http://www.sante.gouv.fr/comite-economique-des-produits-de-sante-ceps.html> Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Çelik Y. Türkiye sağlık harcamalarının analizi ve sağlık harcama düzeyinin uygunluğunun değerlendirilmesi. *Sosyal Güvenlik Dergisi* 2011;1:62-87.
- De Vries TPGM, Henning RH, Hogerzeil HV, Fresle DA. Guide to Good Prescribing. WHO/Action Programme on Essential Drugs, Geneva, 1994. [T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Reçete Yazma Rehberi (Türkçe Çeviri). Ankara, 2003. ISBN: 975-590-092-6].
- Doğan S. Keynesyen Teori’ye bir tepki: Arz yanlı iktisat. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2006;6(12):253-272.
- Ersöz F. Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. *İstatistikçiler Dergisi* 2008;2:95-104.
- Etude DREES 2010. La Direction de la recherche, des études, de l’évaluation et des statistiques (Drees). <http://www.drees.sante.gouv.fr/> Erişim tarihi: Eylül 2013.
- European Medicines Agency. The European Medicines Agency Road Map to 2010: preparing the ground for the Future. London 2005 EMEAĞHĞ 34163Ğ03Ğ Final.[http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Report/2009/10/WC500004903.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Report/2009/10/WC500004903.pdf). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Frantisek C. On the Theory of Needs. In: *New Perspectives on Political Economy*. 2007;3(1):27-56.
- Friedman M. [Ed.]. *Studies in the Quantity Theory of Money*. Chicago: University of Chicago Press. 1956.
- Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *J Political Economy* 1972;80(2):223-255.
- Gök H, Akıcı A, Doğukan MN, Doğru ST, Dizici M, Yer M, Mirahmetoğlu Ö. Survey on medicine storage and usage habits of households in Turkey. 7. International, Conference on Quality in Health Care, Accreditation and Patient Safety.(QPS-2013), Antalya, Turkey. 10-13 April 2013. P6.1.
- Güngör K. İktisadin tarihine kısa bir bakış ve merkantilizmden günümüze düşünceler. [http://www2.aku.edu.tr/~kgungor/kamil\\_gungor.pdf](http://www2.aku.edu.tr/~kgungor/kamil_gungor.pdf). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi Projesi. DRG’lere Dayalı Ödeme ve Hastane Bütçeleme Modellerine Geçiş Planlaması [D.B.7.1]. [http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/butceleme/dc71\\_final\\_v2\\_tur.pdf](http://www.tig.saglik.gov.tr/content/files/dokumanlar/butceleme/dc71_final_v2_tur.pdf). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Haute Autorité de Santé [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j\\_5/home](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/home) Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Haute Autorité de Santé, La Commission de la Transparence [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_412113/commission-de-la-transparence](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_412113/commission-de-la-transparence) Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Hillinger C, Süßmuth B, Sunder M. The quantity theory of money and Friedmanian monetary policy: An empirical investigation. 2012. CESifo Working Paper No: 3754.
- Historique du système français de Sécurité sociale. <http://www.securite-sociale.fr/Historique-du-systeme-francais-de-Securite-sociale> Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Hogerzeil HV, Barnes KI, Henning RH, Kocabasoglu YE, Möller H, Smith AJ, Summers RS, de Vries TPGM. Teacher’s Guide to Good Prescribing. World Health Organization, Geneva, 2001. [T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Eğiticilere Yönelik Reçete Yazma Rehberi (Türkçe Çeviri). Ed: Mollahaliloğlu S. ISBN: 975-757-202-41].

- Holloway K, van Dijk L. The World Medicines Situation 2011-Rational use of medicines. World Health Organization (WHO), Geneva. WHO/EMP/MIE/2011.2.2.
- Interlink White Paper. Pharmacoeconomics- key to affordable medicines. 2012. [http://interlinkconsultancy.com/pdfs/whitepapers/Pharmacoeconomics\\_key\\_to\\_affordable\\_medicines\\_2012.pdf](http://interlinkconsultancy.com/pdfs/whitepapers/Pharmacoeconomics_key_to_affordable_medicines_2012.pdf). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Javangula H. An Overview of Pharmacoeconomics And Outcomes Research Int. J. LifeSc. Bt & Pharm. Res. 2012:58-63.
- Kanavos P, Üstel İ, Costa-Font J. Türkiye'de sağlık/ilaç harcamaları ve ilaçta geri ödeme politikası. SUVAK, Eylül 2005.
- Katzung BG, Masters SB, Trevor AJ (Eds.). Basic and Clinical Pharmacology. Singapore: 11th ed. McGrawHill Companies, 2009.
- Kayaalp SO. Akılcı Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. 13. Baskı. Pelikan Yayıncılık, İstanbul, 2012.
- Kayaalp SO. Klinik Farmakolojinin Esasları ve Temel Düzenlemeler. Kayaalp O (Ed.). Ankara: 5. baskı, Pelikan Kitabevi, 2013.
- Key French Social Security Figures 2011. Directorate of Social Security. Edition 2012. [http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2012\\_chiffres\\_cles\\_angl.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/2012_chiffres_cles_angl.pdf) Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Krankenkassen, Deutschland. <http://www.krankenkassen.de/>. Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Liu Y, Çelik Y, Şahin B. Türkiye'de sağlık/ilaç harcamaları ve ilaç geri ödeme politikası. SUVAK, Eylül 2005. ISBN 975-00370-0-6.
- Lu Y, Hernandez P, Abegunde D, Edejer T. The world medicines situation 2011. Medicine expenditures. 3rd edition. World Health Organization, Geneva 2011.
- Machin D, Day S, Green S (Eds.). Textbook of Clinical Trials. 2nd ed. England: John Wiley & Sons Ltd, 2006.
- Memiş SA. Son dönemdeki sağlık harcamalarının analizi. Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı (TEPAV), Kasım 2012.
- National Health Service (NHS), England. Save money with the prescription prepayment certificate (PPC). <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/PPC.aspx>. Erişim tarihi: Eylül 2013.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE): Guideline Development Methods- Reviewing and grading the evidence. [http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/GDM\\_Chapter7\\_0305.pdf](http://www.nice.org.uk/niceMedia/pdf/GDM_Chapter7_0305.pdf). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- OECD- Dünya Bankası. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü. Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye. 2008.
- Palmer N. The use of private-sector contracts for primary health care: theory, evidence and lessons for low-income and middle-income countries. Bull World Health Organ 2000;78(6):821-9.
- Pozen A, Cutler DM. Medical spending differences in the United States and Canada: the role of prices, procedures, and administrative expenses. Inquiry 2010;47(2):124-134.
- Rational use of medicines. Lancet 2010;375(9731):2052.
- Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.
- Sargutan AE. Karşılaştırmalı sağlık sistemleri. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi 2005;8(1):81-111.
- Schoch-Spana M. The people's role in U.S. national health security: past, present, and future. Biosecur Bioterror 2012;10(1):77-88.
- Service-Public.fr. Carte d'assurance maladie informatisée Vitale. <http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F265.xhtml>. Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Strom BL, Kimmel SE, Hennessy S. (Eds.). Pharmacoeconomics. West Sussex: 5th ed. John Wiley & Sons Ltd, 2012.
- Sülkü SN. Türkiye'de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları. T.C. Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara, 2011. Yayın No: 2011/414.
- T.C. Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Sanayi Genel Müdürlüğü. İlaç Sektörü Raporu (2013/1). Sektörel Raporlar ve Analizler Serisi.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. Sayı: 28264, 2012.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Birinci basamakta akılcı reçete yazımı. Ed: Akdağ R, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 854, Ankara, 2011.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Hekimlerin akılcı reçeteleme yaklaşımı. Ed: Akdağ R, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 855, Ankara, 2011.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Hekimlerin akılcı ilaç kullanımına bakışı. Ankara, 2011. Ed: Akdağ R, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 855, Ankara, 2011.



- T.C. Sağlık Bakanlığı, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü. Toplumun akılcı ilaç kullanımına bakışı. Ankara, 2011. Ed: Akdağ R, Sağlık Bakanlığı Yayın No: 856, Ankara; 2011.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. 12 Haziran 2007 tarihli ve 2007/12325 sayılı Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar. [http://www.ieg.gov.tr/Folders/TheLaws/30\\_Haziran\\_2007\\_Tarihli\\_ve\\_26568\\_Say%C4%B1%C4%B1\\_Resm%C3%AE\\_Gazete\\_0d07d09.pdf](http://www.ieg.gov.tr/Folders/TheLaws/30_Haziran_2007_Tarihli_ve_26568_Say%C4%B1%C4%B1_Resm%C3%AE_Gazete_0d07d09.pdf). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, 01.08.2013 değişiklik tebliği işlenmiş güncel 2013 SUT. Yayınlanma Tarihi: 02.08.2013.
- T.C. Sosyal Güvenlik Kurumu, Ödeme Komisyonunun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge. 16.04.2012.
- Toader V. The impact of Romanian-Hungarian commerce on Romanian Western boundary counties. Journal Studia Universitatis Babeş-Bolyai Negotia. 2006.
- Trask LS. Chapter 1: Pharmacoeconomics: Principles, Methods, and Applications. In: Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach. DiPiro Joseph, Talbert RL, Yee G, Matzke G, Wells B, Posey LM. 8th Edition, 2011, McGrawHill Companies.
- Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaître-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-reforme-de-l-assurance-maladie/des-responsabilites-renforcees.php> Erişim tarihi: Temmuz 2013.
- United Kingdom, Royal College of General Practitioner. Centre for commissioning, web site:<http://www.rcgp.org.uk/revalidation-and-cpd/centre-for-commissioning.aspx>. Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Walley T. Pharmacoeconomics and Economic Evaluation of Drug Therapies. [http://www.iuphar.org/pdf/hum\\_67.pdf](http://www.iuphar.org/pdf/hum_67.pdf). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- Walley T, Haycox A, and Boland A Pharmacoeconomics. Churchill Livingstone, London, 2004.
- World Health Organization (WHO). Country pharmaceutical situations-Fact Book on WHO Level 1 indicators 2007. WHO/EMP/MPC/DRS/2010.1.
- World Health Organization (WHO). Drug promotion, what we know, what we have yet to learn. WHO/EDM/PAR/2004.3.
- World Health Organization (WHO). "Effective Public Education" in promoting rational drug use. WHO Programme on Essential Drugs and International Network for the Rational Use of Drugs, Eğitim Programı, Nairobi, 1987.
- World Health Organization (WHO). Essential medicines. [http://www.who.int/topics/essential\\_medicines/en/](http://www.who.int/topics/essential_medicines/en/). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- World Health Organization (WHO). How to investigate drug use in health facilities: selected drug use indicators. Geneva, 1993 WHO/DAP/93.1.
- World Health Organization (WHO). Interventions and strategies to improve the use of antimicrobials in developing countries- Drug Management Program. WHO/CDS/CSR/DRS/2001.9.
- World Health Organization (WHO). Medicines use in primary care in developing and transitional countries-Fact Book summarizing results from studies reported between 1990 and 2006. WHO/EMP/MAR/2009.3.
- World Health Organization (WHO). Problems of irrational drug use-Session guide. [http://archives.who.int/prduc2004/rduc/session\\_guides/problems\\_of\\_irrational\\_drug\\_use.htm](http://archives.who.int/prduc2004/rduc/session_guides/problems_of_irrational_drug_use.htm). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- World Health Organization (WHO). Promoting rational use of medicines: core components. WHO Policy Perspectives on Medicines no5. Geneva, WHO/EDM/2002.3.
- World Health Organization (WHO). Rational use of medicines: progress in implementing the WHO medicines strategy. EB118/6, 11 May 2006.
- World Health Organization (WHO). The role of education in the rational use of medicines. SEARO Technical Publication Series, No.45, 2006.
- World Health Organization (WHO). Sixtieth World Health Assembly, Progress in the rational use of medicines, report by the Secretariat. Provisional agenda item 12.17. WHO/2007.
- World Health Organization (WHO). The role of dispensers in promoting rational drug use.[http://archives.who.int/prduc2004/rduc/session\\_guides/role\\_of\\_dispensers\\_in\\_rational\\_d.htm](http://archives.who.int/prduc2004/rduc/session_guides/role_of_dispensers_in_rational_d.htm). Erişim tarihi: Eylül 2013.
- World Health Organization (WHO). The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts, Nairobi, 1985.
- World Health Organization (WHO). The world medicines situation. WHO/EDM/PAR/2004.5.
- World Health Organization (WHO). Public education in rational drug use, report of an informal consultation. Geneva, 1993. WHO/DAP/94.1.
- World Health Organization (WHO). WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance. WHO/CDS/CSR/DRS/2001.2.

- Yalta YA. Rasyonel Beklentiler Teorisi. In: Para Teorisi ve Politikası Ders Notları. Türkiye Bilimler Akademisi Açık Ders Malzemeleri Projesi, 2011. s:164-9.
- Yay GG. Chicago Okulu, Milton Friedman ve Monetarizm. Liberal Düşünce Dergisi 2002;6(24):196-207.
- Yıldırım HH, Yıldırım T, Akbulut Y. Sağlık Sigortacılığı. (Ed. Yıldırım HH), TC Anadolu Üniversitesi Yayını. Yayın No: 2527. I. Baskı. ISBN:978-975-06-1197-1, 2012.



## KISALTMALAR

**AİK:** Akılcı İlaç Kullanımı

**AOİK:** Akılcı Olmayan İlaç Kullanımı

**ASM:** Aile Sağlığı Merkezi

**DSÖ:** Dünya Sağlık Örgütü

**INRUD:** International Network for the Rational Use of Drug

**KDT:** Kanıta Dayalı Tıp

**KUYY:** Kaliteye Uyarlanmış Yaşam Yılı

**OTC:** Tezgah-üstü ilaç (Over The Counter)

**SB:** Sağlık Bakanlığı

**SGK:** Sosyal Güvenlik Kurumu

**SUT:** Sağlık Uygulama Tebliği

**TİG:** Tanı ile İlişkili Gruplar

**TL:** Türk Lirası







