

DOSYA/DERLEME**İLAÇTA GERİ ÖDEME TEKNİKLERİ:
NEDEN, NASIL?**

Özlem ÖZKAN*

İlaçta geri ödeme, kişinin/hastanın piyasadan aldığı herhangi bir farmasötik ürünün bedelinin bağlı olduğu kamusal finansmandan tamamının ya da bir bölümünün belirli şartlarla ödenip; kamusal finansman tarafından karşılanmayan bir kısmının ise kişinin/hastanın ya cepten ya da özel sağlık sigorta tarafından ödenmesidir. Bir başka ifadeyle geri ödeme, kamusal güvence altında olan kişinin/hastanın ilaç bedelinin karşılanmasında cepten ödeme payı ile kamusal finansman arasındaki bölüşüm ne olacak) ilaç bedeli nasıl paylaşılacak) bu paylaşım hangi koşullarda (hastalık tipi, hizmet içeriği vb.) ve kim tarafından gerçekleştirilecek) gibi soruların yanıtlarını veren ilaç bedelini ödeme teknikleridir. Özellikle 1980'li yıllardan itibaren kapitalizmin küreselleşmesiyle birlikte, öncelikle sosyal güvenlik sistemine kamudan daha az pay ayrılması, daha sonra tasfiye beklentileri, başta özelleştirme olmak üzere sağlık hizmetlerinin piyasalaştırılması, perifer kapitalist ülkelerin ithal ilaca olan bağımlılığı, çok uluslu ilaç şirketlerinin gücü, artan ilaç fiyatları vb. nedenler ilaçta geri ödeme tekniklerini ve fiyatlandırmayı yoğun olarak gündeme taşımıştır. Çünkü, kapitalizm geldiği noktada sağlık, eğitim, sosyal güvenlik gibi kamusal hizmetlerini bile devletin sırtında kambur olarak gördüğünden, bu hizmetleri tümüyle piyasanın 'görünmez eline' teslim etmek istiyordu. Böyle olunca, yaklaşık 20 yıldan beri geri ödeme ve fiyatlandırma, gün be gün kamusal güvenceleri olsa dahi, sağlık ve ilaç hizmetlerinin kişi/hasta tarafından ederinin karşılanmasını sağlayan araçlardan sadece birisi olmuştur.

Guillen ve arkadaşları (2003), ülkeden ülkeye farklılık gösteren geri ödeme ve fiyatlandırmayı, yapısal olarak farklı olmadıkları; hatta birbirine çok benzedikleri, başarı ya da başarısızlıkları tam olarak bilinmedikleri halde, bu tekniklerin arkası kesilmeksizin sürekli olarak tıpa tıp aynı giyinmiş, arka arkaya sıralanmış olarak ortaya çıkmasını 'penguen teorisi' olarak adlandırmaktadır. Çünkü hangi geri ödeme tekniği olursa olsun nihai olarak, kamusal finansman kapsamındaki kişilerin/hastaların belirli bir

oranda ilaç bedelini ödemesi istenir ve bu durum aslında önemli bir siyasal tutum iken, kamuya bir önlem paketi şeklinde sunulur. Gerçekte, bu da kapitalizme eklenilen ülkelerin ilaçta geri ödemeye ilişkin 'penguen davranışdır'. Örneğin, Avrupa Birliği (AB) ülkelerini bağlayan Maastricht kriterleri kamu mali önlemlerini gerektirir. Oysa bu önlemler tümüyle siyasal bir tercihin ürünüdür (Guillen, AM., Cabieedes, L.; 2003).

Sağlık ve ilaç hizmetlerinin bir bölümünün ya da tamamının kamusal finansman ile karşılandığı merkez ve perifer kapitalist ülkelerde ilaçta geri ödemeyi önerenlerin ve/veya 'destekleyenlerin nedenleri; sosyal güvenlik kurumlarının yaşadığı darboğazlar, paralel ticaretteki faaliyetler, yaşlı nüfusun giderek artması ve ilaç kullanımının daha çok yaşlılarda olması, jenerik ilaç pazarı nedeniyle rekabetin artması, uluslararası/ulusal politikaların dışında kalınmayıp bu politikalara uyum sağlanması, fiyat kontrollerinin ve geri ödemenin ekonomik tedbirlerini kolaylaştırıp, ilaç harcamalarını düşürmesi, hizmete ulaşımı kolaylaştırması, alınan hizmete para ödenmesinin fazla harcama yapma güdüsünü engellemesi, ilaç fiyatlarının artması, kişilerin/hastaların yeniliklere bağımlı olup; umutlarını yeni ilaçlara bağlaması, ilaç kullanımının ve buna bağlı ilaç harcamalarının artması ve bunun kamusal alana yük getirmesi, kamunun bu yük altından kalkamadığı noktada hastaların tedaviden yoksun kalması olarak ifade edilmektedir (TEB; 2003; TEB; 2004a, TEB; 2004b). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), ilaç harcamalarında bir artışın olduğunu ancak, bu artışın sorumlusunun kişilerin fazla ilaç tüketmesi değil, daha eski ve ucuz ilaçların yerine daha yeni ve pahalı ilaçların piyasada bulunmasını gerekçe göstermektedir. Örneğin, ülkelerdeki yıllık ilaç maliyeti artışının %70'ini beş yıldan daha kısa süreli ilaçların oluşturduğunu ve bu ilaç fiyatlarının eskisine göre on kat daha pahalı olduğunu, bu veri ile projeksiyon yapılacaksa, şimdiye kadar on kişinin tedavisine yetecek olan paranın şimdi ancak, bir hastanın tedavisine yeteceğini belirtmektedir. Buna karşın DSÖ, ilaç harcamalarının kısıtlanmasında izlenecek üç yoldan ikisinin: a) farklı düzeyde ilaç fiyat kontrolü b) bütçe hazırlama ve geri ödeme gibi ekonomik tedbirler olması gerektiğini önermektedir (TEB; 2004a:7,33). Ayrıca, fiyatlandırmayı geri ödemenin önemli bir kolaylaştırıcısı olarak kabul edip,

* Dr. Hem., Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Bolu Sağlık Yüksekokulu Öğretim Görevlisi

fiyatlandırmanın serbest olması durumunda ilaç fiyatlarının çok büyük oranda artacağını ve toplumun önemli bir kısmının ilaçlara ulaşamayacağını ileri sürmektedir. Örneğin, Brezilya'da ilacın fiyatlandırması ile ilgili önlemlerin kalkmasıyla birlikte, her birimin dolar bazındaki maliyeti 1995 yılında 4.68 iken, 1998 yılında 6.26 dolara yükselmiştir. Serbest fiyat uygulamasının olduğu ülkelerde ise piyasanın doğru düzenlenmiş olmasından dolayı çok büyük zararların olmadığını ifade etmektedir (TEB; 2004a:9,13). Dolayısıyla geldiği noktada kapitalizme ideolojik olarak göbekten bağlı DSÖ de ilaçta geri ödeme tekniklerinin gerekli olduğunu, piyasa iyi düzenlendikten sonra, kişilerin bu tür 'öneri paketlerinden' bir zarar görmeyeceğini ileri sürmektedir.

İlaçta geri ödeme teknikleri bir kaynağa göre kamu harcamalarının kısıtlanmasının alt başlığı içerisinde yer almaktadır. Şöyle ki, kamu harcamalarının kısıtlanması, doğrudan ve dolaylı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır: 1) *doğrudan önlemler* (a) talep bölümü: ortak ödeme (kısmi ödeme) ve referans fiyatlar b) arz bölümü: pozitif liste, negatif liste, fiyat kontrolü, kar kontrolü, jenerik ilaç kullanımını artırma, maliyet-etkilik gibi farmako ekonomik analizler, eczacılara geri ödeme yapma biçimleri ve referans fiyatlandırma 2) *dolaylı önlemler* (sağlık eğitimi, reklam harcamalarının kısıtlanması, akılcı ilaç kullanımı, etkin ilaç tedavisi programları geliştirme, yetersiz-yanlış ilaç kullanılmasına yönelik mesleki cezaların getirilmesi, reçete izlemleri vb.) (Guillen AM, Cabieedes L.; 2003). DSÖ ise geri ödemeye ilişkin önlemleri; pozitif liste, referans fiyatlandırma, kısmi ödeme, jenerik ikame, paralel ithalat, reçeteli ilaçların kontrolleri ve sınırlandırılması, bütçeleme, eczane kar yönetimi ilaç fiyat kontrollerini; imalatçı/ithalatçı sonrası (maliyet artışı sistemler, kar üst sınırlar, karşılaştırmalı fiyatlandırma sistemleri, fiyat müzakere modelleri, farmakoekonomik analizler), toptancı satış ve eczacı düzeyinde (dağıtım marjlarını sınırlamak, eczane perakende satış marjları olarak sınıflandırmaktadır (TEB; 2004a:34-53). Sonuç olarak hangi geri ödeme tekniği olursa olsun, fiyatların ve ilaç sayılarının sınırlandırılması gibi iki temel yaklaşıma dayanmaktadır (TEB; 2004b: 36).

Geri ödeme teknikleri kısaca tanımlanacak olursa;

Pozitif ve negatif liste, kamusal finansmanla bedeli karşılanacak ilaç listesi pozitif, kamusal finansmanla bedeli karşılanmayacak ilaç listesi ise negatif listedir. Pozitif listenin etkin olabilmesi için ilaç seçim kriterlerinin objektif ve şeffaf olması, belirlenen kriterlerin uygulanması, ilaçların marka ve özel isimleri kullanılmaksızın isimlerinin açık olarak yazılması vb. şartların gerekli olduğu belirtilmektedir. Bir ilacın listeye dahil edilmesi ya da listeden çıkarılmasına ülkelerin uzman hekim ve eczacılar ve ilgili uzmanlardan oluşan Danışma Komitesi'nin karar vermesi gerektiğinin altı çizilmektedir. DSÖ, hazırladığı temel ilaçlar listesinin örnek alınarak, her ülkenin kendi koşullarını göz önünde bulundurup; bu listeden de yararlanarak, kendi listelerinin oluşturulabileceğini belirtmektedir. Ancak DSÖ, bu listedeki amacının ekonomik olarak önlem almak değil, toplumun minimum -temel- ilaç gereksinimini karşılamak olduğunu ifade

etmektedir. Maliyeti sınırlamak, bakımın kalitesini iyileştirmek, piyasadaki ilaçların sayısına sınırlama getirilemediği takdirde, ulusal sağlık sistemi ya da kamusal finansman kapsamındaki ilaçlara sınırlama getirmek pozitif listenin avantajları olarak değerlendirilmektedir. Örneğin, AB ilaç yönetmelikleri piyasadaki ilaç yönetmeliklerine bir sınırlama getirmediği için AB üyesi pek çok ülke pozitif listeyi tercih etmiştir (TEB; 2004a:40-42).

Referans fiyatlandırma, DSÖ'ne göre yetkili kurum tarafından, benzer ürünlerin mevcut fiyatlar doğrultusunda ödeme için kabul edilen tek bir referans belirlenip; o ilacın referans fiyatına kadar olan bölümün kamusal finansman ile, diğer kısmının hasta tarafından ödenmesidir. Bir başka deyişle, en ucuz eşdeğer ilacın fiyatı aracılığı ile belirlenen bir sınıra kadar verilen ilacın kamusal finansman kapsamında değerlendirilmesidir. Eğer hasta bu sınırlar dışında bir ilacı tercih etmiş ise farkı kendi cebinden ödemektedir. İlk olarak 1989 yılında Almanya 1991 yılında Hollanda 1993 yılında Danimarka, İsveç, 1995 yılında İtalya, Kanada, Yeni Zelanda ve 1999 yılında İspanya'da uygulanmaya başlamıştır. Şu anda bu sistemi altı AB ülkesi, yedi OECD ülkesi uygulamaktadır. Pek çok ülke referans fiyatlandırma için ilaçların sınıflandırmasında DSÖ'nün ATC sınıflamasını (Anatomik, terapötik ve kimyasal) kullanmaktadır. Bu teknik, hasta ve hekimlerin daha ucuz ilacı seçmesi ve bu ucuzlamanın ilacın maliyetini düşürmesine yol açması, üreticilerin ilaç fiyatlarını düşürme olasılığı ve akılcı ilaç kullanımını sağlaması, hastada fiyat duyarlılığı yaratması, jenerik ilaç kullanımını artırması nedeniyle daha avantajlı olarak değerlendirilmektedir. Bununla birlikte DSÖ referans fiyatlandırmayı, bir fiyat düzenleme tekniği değil, piyasadaki denk ilaçların varlığından yararlanılarak bir ilacın geri ödeme sınırlarını belirleyen araç olarak kabul edilmesi gerektiğini önermektedir (TEB;2003:4, TEB; 2004a:44-45).

İki basamaklı yönetim, yeni bir ilaç önce piyasada bulunan diğer ilaçlarla terapötik eşdeğerlik bakımından karşılaştırılmaktadır. Bu değerlendirme, ilaç fiyatının hangi oranda hastaya geri ödeneceğini de belirlemektedir.

Farmako ekonomik analizler, temel olarak maliyet-yarar, maliyet-etkinlik ve maliyet-fayda analizlerinden oluşmaktadır. İki basamaklı yönetim sistemine benzer olmakla birlikte, farmako ekonomik analizlerde karar mevcut bilimsel verilere bağlıdır. Norveç, Finlandiya ve Hollanda'da geri ödeme ve fiyatlandırmaya karar vermede farmako ekonomik analizler kullanılmaktadır. Avustralya'da 1993'ten bu yana kamu tarafından finanse edilecek yeni bir ürün piyasaya sürülürken, bu aşamada bir de maliyet etkinlik çalışması yapılması zorunludur ve 1993 yılından beri konu ile ilgili pek çok pilot proje yürütülmektedir. Bu nedenle, Avustralya ilaçta farmakoekonomik analizleri en geniş olarak kullanan ülke olarak kabul edilmektedir. Ayrıca Kanada'nın Ontario eyaletinde, herhangi bir ilacın sağlık sigorta kapsamına dahil edilmesi için de benzer bir çalışmanın yapılması zorunludur. İngiltere'de sağlık çalışanlarının reçete yazma alışkanlıklarını düzenleme amacına yönelik olarak bazı

ilaçların maliyet-etkinliği konusunda kurallar bulunmaktadır. Fransa ise ilaçta farmako ekonomik analizler yapmayı planlamaktadır (TEB;2004a, Guillen, AM, Cabieedes, L.; 2003).

Ortak ödeme(kısmi ödeme), ekonomik yükün hastanın kendisine devredilerek, hastanın ilacı temin etmeden önce ilaç bedelinin bir kısmının ödenme sorumluluğuna dayanmakta ve pozitif liste ile birlikte uygulanmaktadır. Buradaki amaç, hastayı ilaç harcaması konusunda daha duyarlı kılmak, daha fazla ilaç harcaması yapmasını önlemek, pahalı ilaçları tercih etmemesini sağlamak ve harcamayı 'daha eşit' bir düzleme çekmektir. Başlıca ortak ödeme biçimleri: 1) reçete başına belli bir miktar ödeme 2) reçetenin toplam maliyetinin belirli bir yüzdelik oranını ödeme 3) belirli miktara ya da orana göre ödemesinin birleştirildiği bir sistemde ödeme 4) indirimler (TEB; 2004a: 47,109). İstisnalar dışında, AB ülkelerinin büyük bir çoğunluğu 1980-1990 arası hastanın ilaç bedelini karşılamadaki ekonomik payı arttırmıştır (Guillen, AM, Cabieedes, L.; 2003).

İlaçta geri ödeme ile ilgili pek çok kaynak, genelde kamusal ilaç harcamalarının azaltılması, özelde geri ödeme tekniklerinin hangisi kullanılırsa kullanılsın, sonuçlarının neler olduğu konusunda bilimsel bir veri eksikliği olduğundan, ancak; olası etkilerinden söz etmenin mümkün olabileceğini ifade etmektedir. Tablo 1, geri ödeme teknikleri dahil, kamu ilaç harcamalarını azaltmayı sağlayacak önlemlerin olası etkilerini açıklamaktadır (Guillen AM, Cabieedes L.; 2003, TEB; 2003, TEB;

2004a). Örneğin; ortak ödemenin, peketlerin boyutunun, reçete başına düşen ilaç kaleminin ilaç harcamaları üzerine olası bir etkisinin olmadığı, jenerik ilaç kullanımının teşvik edilmesinin ise ilaç harcamasını düşürmeye yönelik etkisi olası etkisinin olacağı varsayılmaktadır (Tablo 1)

ÜLKELERE GÖRE GERİ ÖDEME TEKNİKLERİ

1- Amerika Birleşik Devletleri (ABD)

Dünya'da üretilen farmasötik ürünlerin %59'unun kullanıldığı ülke olan ABD'de ilaçların küçük bir bölümü kamusal bir ödeme ile karşılarken, büyük oranda piyasa yönelimlidir (TEB; 2003:27). Sağlık ve ilaç hizmetlerinin kamusal finansmanı Medicare ve Medicaid çerçevesinde sunulmaktadır. ABD'deki kamusal ilaç harcamalarının azaltılması ilaçta geri ödeme teknikleri de büyük oranda bu kapsamdaki nüfus için geçerlidir. Medicare, ABD nüfusunun sadece %14'ünü (42 milyon) kapsamaktadır. Oysa, 1965 yılında yetişkinlerin çok büyük bir oranı bu güvence kapsamında idi (www.medicarerights.org). Şu anda, Medicare kapsamındaki nüfus, yaşlı ve özürliülere oluşmakta olup, yaklaşık %10'u yoksul, %7'si ise yoksulluk sınırına yakındır. Böyle bir yoksulluğa rağmen, ABD hükümeti yaşlı sayısının giderek arttığı ve yaşlıların yüksek oranda ilaç kullandığını ve bunun da kamusal finansmana yük getirdiğini düşünerek, Medicare'in sağlık ve ilaç harcamalarına yönelik önlemler alınması gerektiği öngörmektedir. Örneğin, 1999 yılından itibaren Medicare kapsamındaki sağlık hizmeti paketinin içeriği daraltılmıştır. Ayrıca, 2003 yılında yayımlanan bir yasaya göre Medicare'den yararlanma yaşı 65'ten 67'ye çıkartılıp, her

Tablo 1. Kamu ilaç harcamalarının kontrolünde kullanılan önlemlerin olası etkileri

ÖNLEMLER	İlaç harcamaları kontrolünde etkisi	Sağlığa ayrılan paya etkisi	Etkinliği arttırması	Eşitliği azaltması
Ortak ödeme	Hayır		Hayır (olası)	Evet (olası)
Referans fiyatlar	Evet (kısa süreli) Hayır (uzun süreli)?			Hayır
Negatif listeler	Evet (kısa süreli) Hayır (uzun süreli)?	^ Mümkün	Evet ya da hayır	Evet (olası)
Fiyat kontrolü	Hayır(nadiren)			
Kar kontrolü	Evet?			
Paketlerin boyutları	Hayır			
Reçete başına düşen ilaç kalemi	Hayır	^ Mümkün		
Bütçeleme	Evet (kısa süreli)	^ Mümkün	Evet (kısa süreli)	
Jenerik ilaç kullanımını teşvik etme	Evet (uzun süreli)		Evet	Hayır
Serbest eczanelere sabit ödeme yapma	Evet?			
Farmakoekonomik analizler	Değerlendirilmedi		Evet (varsayım)	
İlaç tedavisi	Evet ya da hayır	v (varsayım)	Evet (varsayım)	
Reklam harcamalarında sınırlamalar	Evet (varsayım)			
Reçeteleme modellerini izleme	Evet ya da hayır			
Akılcı reçeteleme	Yönteme bağlı		Yönteme bağlı	

(Guillen AM, Cabieedes L.; 2003)

yıl yararlanma yaşı iki ay yükseltilmiştir (TEB; 2003). Diğer bir önlem ise yine aynı yılda yayımlanan Medicare İlaç Geliştirme ve Modernizasyon yasasına bağlı olarak daha önceden Medicare kapsamında olan kemoterapi ilaçlarının 2004 yılından itibaren kamusal ödeme kapsamı dışına çıkarılmasıdır. Eğer hastalar, Medicare kapsamındaki bazı sağlık hizmetlerinden, kanser ilaçları dahil bazı ilaçların bedelinin bu finansman ile ödenmesini isterse, ek bir sigorta yaptırması gerekmektedir. Aksi takdirde bu kişiler Medicare kapsamında olsa dahi, aldığı hizmetin bedelini cepten ödeyecektir. Bu uygulamaya özellikle hekimler, kanser hastalarının ilaca ulaşma haklarının elinden alınacağı görüşüyle, protestolarla karşı çıkmışlarsa da yasanın geçmesini engelleyememişlerdir (Lyne, JC; 2004).

ABD'deki diğer bir kamusal finansman, hükümet ve eyaletler tarafından finanse edilen gelir düzeyi düşük çocuklu aileler (%35'i beş yaş altı çocuk), düşük gelirli yaşlı ve özürllülere hizmet sunan Medicaid'dir. ABD nüfusunun %13'ü Medicaid kapsamındadır. Medicaid; yatan ya da ayaktan tedavi olan, hekimlik, laboratuvar ve röntgen, bakım evleri ve evde verilen sağlık hizmetlerinin, 21 yaşın altındaki çocukların izlemlerini vb. sağlık ve ilaç harcamalarını karşılamaktadır. Ancak, yakın gelecekte bu finansman için de hizmet paketinin daraltılması gibi önlemlerin getirilmesi planlanmaktadır. Örneğin, eski ve daha ucuz ilaç kullanmaları ve referans fiyatlandırmaya geçmek gibi. Şu anda Medicaid kapsamındaki nüfus, ilaçlarını Medicaid'in sözleşmesi olan eczanelerden almak zorundadır (www.medicarerights.org,TEB; 2003).

2- AB Ülkelerinde Geri Ödeme: İNGİLTERE

Sağlık ve ilaç hizmetlerinin kamusal ödeme planı, 1948 yılında uygulamaya başlayan ve 1991 yılında yapısal bir değişim geçiren Ulusal Sağlık Hizmeti (NHS)'dir. 50 yıldan daha fazla bir süredir, farmasötik ürünler ile ilgili düzenlemeler NHS ve Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. 1978 yılında yürürlüğe giren o günden bu yana oldukça değişim geçiren İlaç Endüstrisi ile Farmasötik Ürünleri Fiyat Yönetmeliği Planı (İEFÜFY) ilaçta geri ödeme ve fiyatlandırmada başvurulacak temel bir kaynaktır. Bu plana göre 1999 yılında NHS'ye 200 milyon sterlin tasarruf sağlayacağı beklentisi ile, ilaç şirketlerinin farmasötik ürünlerin fiyatında %4.5 indirim yapması, Sağlık Bakanlığı'nın, ilaç satışlarından kar marjını %17-21 arasında kabul etmesi koşulu getirilmiştir. Yine başka bir yönetmeliğe göre, bugün 16 yaş altındaki çocuklar, 16-18 yaşları arasında ve tam gün eğitim alanlar, 60 yaş üzerindeki, hamile olan ya da son 12 ay içerisinde doğum yapmış olan ve yerel NHS sağlık makamından geçerli muafiyet belgesi almış olan kadınlar, sürekli cerrahi pansuman ya da uygulama gerektiren daimi fistül sahibi olması nedeniyle tıbbi muafiyet belgesi verilmiş olan kişiler, başkasının yardımı olmadan evinden çıkmasını engelleyen kronik bir fiziksel engeli olanlar, savaş gazisi muafiyet belgesi olan kişiler, düşük gelirli olduğu için ücretsiz reçete hakkına sahip olduğunu gösteren NHS ücret belgesinde adı olan kişiler, gelir desteği, gelire dayalı iş arayan işeşi, tamamen çalışan ailelerin vergi alacağı ya da %70 indirimli ya da daha az alacaklılar, tamamen engelli

kişiler için vergi alacağı ya da %70 indirimli ya da daha az alacaklılar, 4-12 aylık peşin ödemeli reçete belgesi alanlar ilaca katılım payı dahi ödemeden ilaçlarını ücretsiz olarak alabilmektedirler. Hastalar ücretsiz ilaç alma hakkına sahip olmadıkları takdirde, her ilaç için sabit kurlu bir ücret ödemektedir.

İngiltere'de fiyatlar, ilaç endüstrisinde elde edilen kazancın kontrolü aracılığı ile dolaylı olarak denetlenmektedir. Serbest eczacılar, ilaç fiyatları dikkate alınmaksızın, her bir dağıtım başına belirli bir ücret almaktadır. Kamu ilaç harcamalarının kısıtlanması için ek olarak, sağlık çalışanlarına ve hastalara yönelik yasal çerçevelerle belirlenen sağlık eğitimi etkinlikleri yürütülmekte, sağlık çalışanlarının reçete yazma alışkanlıklarına sınırlamalar getirilmekte, reçeteler izlenmekte, maliyet etkilik gibi ekonomik analizler yapılmaktadır (TEB; 2003, Guillen AM, Cabieedes L.; 2003).

3- DİĞER AB ÜLKELERİNDE GERİ ÖDEME:

Şu anda dünya ilaç pazarının %30'una sahip AB ülkeleri, ilk kez 1965 yılında Avrupa Topluluğu direktifi çerçevesinde ilaç sektörünü piyasaya uyarlamaya başlamıştır. Bugün AB ülkelerinin pek çoğu, farmasötik ürünlerinin fiyatlandırılması ve geri ödeme tekniklerine sahiptir. Buna rağmen, AB bölgesi ülkeleri arasında yaklaşık %20 oranında fiyat farkı bulunmaktadır. Fark, özellikle Fransa-Almanya ile İspanya-Almanya arasında çok büyüktür. Örneğin, Fransa'daki ilaç fiyatları Almanya'ya göre %50 daha ucuzdur.

AB ülkeleri ilaçta geri ödeme özellikleri açısından geri ödeme koşulları, geri ödemeye karar veren mekanizmalar ve geri ödeme tekniklerine göre değerlendirilecek olursa;

Geri Ödeme Koşulları:

Belçika'da bir ilacın geri ödemeye tabi olabilmesi için ilacın terapötik açıdan önemi ve olası endikasyonları, ürünün ait olduğu ilaç grubunun ya da endikasyonlarının 'sosyal' önemi, tahmini tedavi süresi ve kullanım sıklığı, ürünün fiyatı ve bu fiyata bağlı olarak tedavinin maliyeti ve benzer endikasyonlarda bu ürünün yerine kullanılacak diğer ilaçların özelliklere sahip olması gerekir. Jenerik ürünlerin ise markalı ilaçlardan %20 daha ucuz olma zorunluluğu bulunmaktadır. Danimarka'da, bir yılda 18 yaşın üzerindeki için geri ödenebilir farmasötik ürünü harcamaları 500 Kron'u (60 dolar) geçmiyorsa geri ödeme yapılmamaktadır. Hastanın bir yıl içerisindeki harcamaları 500-1200 Kron arasında ise (146 dolar) harcamaların %50'si, 1200-2800 Kron arasında ise (342 dolar) %75'i, 2800 Kron'un üzerinde ise %85'i geri ödenmektedir. 18 yaşın altındaki kişiler için 500 Kron alt sınırı geçerli değildir. 500 Kron'a kadar geri ödeme, harcamaların %50'si için yapılmaktadır ve harcamalar 500 Kron'un üzerinde ise geri ödeme oranı, 18 yaşın üzerindeki kişilerde olduğu gibidir. Reçeteli farmasötik ürünlerine uzun süreli ihtiyaç duyanlar ile ilgili olanlar ise yıllık 3600 Kron'luk (440 dolar) bir harcama bütçesi ayrılmaktadır. Fransa'da öncelikle geri ödeme için altı aşamalı bir gruplama yapılmıştır: 1) önemli terapötik faydaya sahip yenilikçi ürün 2) Yararlılık ve/veya yan etki

profilinin azaltılması bakımından terapötik faydaya sahip ürün 3) mevcut ürünler, ürüne denk düşen farmasötik ürünleri mevcut ise, yararlılık ve/veya yan etki profilinin azaltılması bakımından orta düzeyde gelişme 4) yararlılık ve/veya kullanım bakımından düşük düzeyde gelişme 5) gelişme yok, ancak yine de tavsiye edilen ürün listeye dahil edilebilir 6) ürünün geri ödeme listesine dahil edilmesi yönünde olumsuz görüş. Bu kategoriler dikkate alınarak, çok önemli ya da önemli kategoride bulunan ilaçların, %65'i, orta derecede önemli ya da düşük derecede önemli ilaçların %35'i geri ödeme kapsamındadır. İlaçların geri ödeme listesine yeniden dahil edilebilmesi için (beş yılda bir gerçekleşen bir süreç), ilacın doğru şekilde verilir verilmemişinin belirlenmesi için reçete yazma profillerinin analiz edilmesi koşulu aranmaktadır (TEB; 2003).

Geri Ödemeye Karar Veren Mekanizmalar:

Geri ödeme ve fiyatlandırmaya; Portekiz, Yunanistan ve Çek Cumhuriyeti'nde Sağlık Bakanlığı, Danimarka, Hollanda, Finlandiya, İspanya'da Devlet, Lüksemburg'ta Ulusal Sigorta ve Sosyal Sistem, İrlanda, İtalya, Norveç'te yerel yönetimler, Fransa'da ise İlaç Komitesi karar vermektedir (TEB; 2003).

Geri Ödeme Teknikleri:

1- Ortak (kısmi ödeme): 1980 yılından itibaren AB ülkelerinin çok büyük bir kısmı, ilaçta geri ödemede hastanın cepten ödeme kısmını (ortak ödeme, kısmi ödeme) arttırmış; arttırmaya devam etmektedir. AB ülkeleri içerisinde Fransa, İtalya ve Portekiz hastanın payını en çok arttıran ülkeler olmuştur. Avusturya'da hastalar, reçete başına 43 şilinlik (2.8 dolar/2 sterlin) sabit bir ücret ödemek zorundadır. 1996 yılında, her tedavi için 50 şilinlik ek bir ücret getirilmiştir. Bu 50 şilinlik ek ücret, ilaç giderlerinin yaklaşık %21'ini oluşturmaktadır. Belçika'da, geri ödeme kapsamındaki ilaçlara, %0-80 arasında değişen farkı hasta katılım payı olarak ödemektedir. Fransa'da sosyal güvence altında olan, ölüm tehlikesi içinde bulunan ve bu yüzden pahalı ilaç kullanmak zorunda olan hastalar ilaç bedelini ödemeye hiç ortak olmaz iken, durumu ciddi olarak nitelendirilen hastalar ilaç bedelinin %35'inin, ciddi durumu olmayanlar %65'inin bedelini ödemek zorundadır. Almanya'da hastaların ödemeye katılması 1994 yılından başlamıştır. Şöyle ki, reçetelenen bir ürünün referans fiyat sisteminin kapsamında olması ve fiyatının referans fiyatından yüksek olması durumunda, fark hasta tarafından ödenmek zorundadır. Temmuz 1995 itibarıyla, kapsam dahilindeki ürünlerin yalnızca %7'sinin fiyatları referans fiyatlarının üzerindedir. Toplam hasta katılım payı, ilacın kendi fiyatını geçmemelidir. Yunanistan'da, sosyal güvence kapsamında olan tüm hastalar pek çok ilaç için ödemenin %25'ine, parkinson, diyabet, kalp-damar hastalıkları, osteoporoz, miyopati, koroner kalp hastalığı, tüberküloz ve astımlı hastalar ödemenin %10'una katılmaktadır. Kanser, psikoz, epilepsi, hemofili, böbrek yetmezliği, multiple skleroz, parapleji gibi hastalıklardan hasta katılım payı istenmemektedir. Finlandiya'da hastanın ilaç harcaması 7.5 doları aştığında %50'sini, kronik hastalıklarda ilaç harcaması 3.8 doları aştığında %75-100'ünü ödemek zorundadır.

2- Referans fiyatlandırma: 1989 yılından itibaren başta Almanya olmak üzere pek çok AB ülkesinde kullanılan geri ödeme modelidir (Tablo 2). Hollanda'da referans fiyatlandırma bazı patentli ilaçları kapsayan tek ülkedir. Ancak bu model, İspanya'da piyasada referans alınabilecek farmasötik ürünler mevcutsa uygulanmaktadır. Avusturya'da, 1998 yılına kadar, ilacın pazarda olduğu diğer AB üye devletlerindeki ortalama fiyatına ya da Avusturya'daki kıyaslanabilir ürünlerin fiyatına ya da üretimin yapıldığı ülkeye göre bir ortalama fiyat belirlenirken, bu tarihten itibaren uygulama fiyat-sözleşme planı çerçevesinde değişmiştir. Bu değişime göre, Danışma Kurulu herhangi bir ilacın geri ödemesini ya reddeder ya da Avusturya Sosyal Güvenlik Kurumları Federasyonu'na ya tavsiyede bulunurdu. İlacın geri ödeme planına dahil olabilmesi için fiyatının makul ya da mevcut tedavilerden daha ucuz olması, tedavi edilemeyen hastalıklara yönelik yeni aktif bileşen sunması ve kullanımı için tıbbi nedenin gerekli olması ve üretici fiyatı piyasada bulunan en ucuz patentsiz ürünün üretici fiyatından çok daha fazla düşük olması gerekmektedir. Geri ödeme listesine yer alan jenerik ilaçlar, genel olarak orijinal ürüne kıyasla yalnızca %10-15 gibi bir indirim ile satılmaktadır. Belçika'da İlaç Komisyonu tarafından yetki alan ilaçlar, Ekonomi Bakanı tarafından bir fiyat belirlenene kadar Belçika'da satılmamaktadır. İlaç şirketlerinin fiyat başvurularını Sağlık Bakanlığı Şeffaflık Komisyonu'na ve Ekonomiden sorumlu Bakan'a tavsiyede bulunan Fiyatlandırma Komisyonu ile eş zamanlı yapması gerekmektedir. Fiyatlandırma Komisyonu'nun da yeni bir farmasötik ürününün fiyatı ile ilgili olarak oy birliği ile bir karara varması şarttır. Fiyat karşılaştırması, diğer Avrupa ülkelerindeki görece fiyatlara ve Belçika pazarındaki benzer ürünlerin fiyatına dayanmaktadır. Hastaneler de jenerik olmayan ürünleri reçeteye yazmaları durumunda ekstra ücret ödemektedir. Almanya'da referans fiyat belirlenirken, fiyat araştırmanın yanı sıra, gerekli tasarruf hedefi, jenerik şirketlerin kar elde etme ihtiyacı ve ürünün kalitesini koruma ihtiyacı gibi bir kaç faktör göz önüne alınmaktadır. Her yıl yeniden düzenlenen referans fiyat, grup içindeki en pahalı üründen daha düşük ancak, en ucuz üründen daha yüksektir. İmalatçılardan görüş alınması gerekli olmakla birlikte imalatçılar referans fiyatın belirlenmesine doğrudan katılmamaktadır. Yasada belirtilen özel reçeteli ilaçlar, eczanede yapılan majistral ilaçlar, orijinal aktif madde ve önemli terapötik gelişme kaydettiği kabul edilen yeni patentli ilaçlar ve/veya orijinal aktif madde içeren ve pazardaki mevcut ürünlerden daha az yan etkisi olan yeni patentli ilaçlar referans fiyatlandırma kapsamı dışındadır.

3- Negatif ve pozitif listeler: Almanya'da referans fiyatlandırmaya ek olarak negatif liste de kullanılmaktadır. Bu ülkede negatif liste kapsamında 2 700 farmasötik ürün mevcuttur. Bu ürünler: a) üçten fazla aktif bileşenden oluşan sabit kombinasyonlu ilaçlar: özel tedaviler için reçetelendirilebilir b) terapötik faydası kesin olmayan ilaçlar: istisnai koşullar altında reçetelenebilir ancak, sadece hastanın adına yazılmalıdır. c) bunlara ek olarak, üşütme ve grip gibi durumlarda kullanılan ilaçlar, öksürük ve boğaz tahrişi için ilaçlar ve araç tutmasına karşı kullanılan ilaçlar:

Tablo 2. Kamu ilaç harcamalarının kontrolünde kullanılan önlemlerin olası etkileri

	Belçika	Danimarka	Fransa	Almanya	Yunanistan	İrlanda	İtalya	Hollanda	Portekiz	İspanya	İsveç	İngiltere
Doğrudan Önlemler												
Ortak ödeme	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Referans fiyatlandırma	Evet	Evet		Evet		Evet	Evet	Evet		Evet	Evet	
Pozitif liste	Evet	Evet	Evet		Evet		Evet	Evet	Evet		Evet	
Negatif liste				Evet	Evet	Evet	Evet			Evet		
Fiyat kontrolü	Evet		Evet		Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	
Kar kontrolü							Evet					
Paketlerin boyutu				Evet								
Reçetede ilaç kalemler sayısı							Evet					
Zorunlu bütçe			Evet	Evet	Evet		Evet					Evet
İndikatif bütçe	Evet				Evet							Evet
Jenerik kullanımı artırma		Evet		Evet		Evet		Evet				Evet
Eczacıların muadil ilaç sunması	Evet	Evet				Evet	Evet	Evet		Evet		Evet
Sebest eczacılara ödeme yapma		Evet						Evet			Evet	Evet
Farmakoekonomik analizler			Evet									Evet
Dolaylı Önlemler												
Sağlık eğitimi								Evet				Evet
İlaç tedavisi	Pilot uygulama	Pilot uygulama		Pilot uygulama		Pilot uygulama		Pilot uygulama	Pilot uygulama	Pilot uygulama	Pilot uygulama	Pilot uygulama
Reklam harcamalarında sınırlama											Evet	
Yanlış uygulamalara ceza	Pilot uygulama											
Reçete izlemi	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet
Akılcı ilaç tedavisi	Evet	Evet	Evet			Evet		Evet			Evet	

(Guillen AM, Cabieedes L, 2003)

yalnızca 18 yaşın altındaki çocuklar için yazıldığında geri ödemeye tabidir. Yunanistan'da farmasötik ürünlerinin geri ödenmesi sistemi, hangi ürünlerin plana dahil edilmeye uygun olduğunun belirlenmesi için 1998 yılından itibaren pozitif liste kullanılmaktadır. Bu listeye Sağlık Bilimleri Fakültesi mensubu iki profesör, bir NHS devlet memuru, bir eczacı Ulusal İlaç Kurumu'ndan bir hekim ya da eczacı karar vermektedir. Liste öncelikle DSÖ'nün ATC sınıflandırma sistemine göre kategorilere ayrılarak oluşturulmuştur. İrlanda'da geri ödeme, referans fiyatlandırma sistemini kullanan ülkelerin çoğunda olduğu gibi, pozitif listeye girmeye uygun bulunan ürünler ile sınırlıdır. İlaç üreticilerinin ve ithalatçıların her ay, planı çerçevesinde satılan tüm ilaçların değerinin %3'ünü devlete geri ödemesi gerekmektedir (TEB; 2003).

4- Diğer: Reçetede ilaç kalem sayısı ve paketlerin boyutu, sağlık eğitimi, ilaç izlemi, yanlış reçete alışkanlıklarına sahip sağlık çalışanlarını bireysel olarak işa etmek vb. (Tablo 2). İtalya, 1982 yılında reçete başına düşen ilaç sayısına sınırlama getirerek, Portekiz hem reçeteyi tek kalem ilaç ile hem de paketlerin boyutlarını düşürerek geri ödeme tekniklerine ek önlemler almıştır. Geri ödemeyi destekleyen, akılcı ilaç kullanımını teşvik eden sağlık eğitim programları sürekli olarak sadece İngiltere ve Hollanda'da yapılmaktadır. İspanya ve Portekiz'de akılcı reçetelendirme alışkanlığından çok mevcut sahtekarlıkları ve istismarlarını yapan hekimlerin listesi yayımlanmaktadır (Guillen AM, Cabieedes L, 2003).

4- ESKİ SOSYALİST ÜLKELER

1980'li yıllarda reel sosyalizmin duraksamasıyla birlikte kapitalizme geçen bu ülkeler herkese parasız sağlık ve ilaç hizmetini terk etmiştir. İlaç üretimi özel sermayeye terk edilmiş, eczacılar genel sağlık örgütlenmesi dışına çıkarılmış, ithal ilaca bağımlılık artmış, kamusal güvence altındaki kişi sayısı giderek azalmış, ilaç bedelini karşılama biçimi ise daha çok bireysel ödeme alanına devredilmeye başlanmıştır. Bugün geri ödeme ve fiyatlandırmaya hemen hemen tüm eski sosyalist ülkelerde Sağlık Bakanlığı karar vermektedir. İlaç fiyatlandırmaları serbesttir. Polonya'da geri ödeme kapsamı dışındaki ilaçların fiyatlandırması serbesttir. Bulgaristan'da 1998 yılından itibaren ilaç fiyatları eskisi gibi devlet tarafından belirlenmesine rağmen, reçete yazmayı kontrol altına alacak ya da düzenleyecek herhangi bir mekanizma yoktur. Hastalar tüm ilaç harcamalarının bedelinin %20'sini ödemek zorundadır. Ancak, bu ülkede geri ödeme resmi olarak kabul edilse de, hastalar ne olursa olsun öncelikle ilaç bedelinin karşılığını ödeyip, ederin kamusal finansmandan kendisine iadesi için yaklaşık olarak 4-5 ay beklemek zorundadır. Hırvatistan'da 1993 yılından itibaren sağlık ve ilaç hizmetleri tümüyle özelleştirilmiştir. Bugün sadece çocukların, yaşlıların, gazilerin sağlık ve ilaç harcamalarının yaklaşık %5'i sosyal güvenlik tarafından karşılanmaktadır. Dolayısıyla, bu kapsam dışındaki herkes ilaç harcamalarının bedelini tümüyle bireysel ya da özel sağlık sigorta aracılığıyla ödemektedir. Geri ödeme tekniği olarak referans fiyatlandırma

kullanılmakta, referans fiyat ise İspanya ya da Çek Cumhuriyeti'ndeki fiyatlara göre belirlenmektedir. Hırvatistan'da iki temel geri ödenebilir ilaç listesi bulunmaktadır: a) 606 ilaç içeren hastane b) adı ile tanımlanan 261 ilaç içeren birinci basamak. Hastalığın hastanın sağlıksız ve bireysel yaşam tarzından kaynaklandığı tespit edilirse, hasta daha fazla cebinden ödeme yapmaktadır. Reçetesiz ilaçlar serbest olarak fiyatlandırılabilir; fakat, geri ödemesi yapılmamaktadır. Estonya'da 1993 yılından beri hastanın harcadığı ilaç bedeline ödeme katkısı yapılmaktadır. Yatan hastalar dışındaki tüm hastalar ilaç bedelin ödeme sorumluluğuna sahiptir. Geri ödeme pozitif liste ile sağlanmaktadır ve ilaç fiyatlandırması serbesttir. Macaristan'da ilaçta geri ödeme 1995 yılından itibaren başlamış ve o günden bu yana geri ödeme dört kategoriye göre belirlenmiştir: 1. *Kategori:* özel hastalıklar için maksimum geri ödeme (% 90-100): %90 oranında geri ödeme sağlanan astım, epilepsi ve parkinson hastalığı gibi 37 kronik durum ve %100 oranında geri ödeme sağlanan kanser gibi 23 hastalığı kapsamaktadır: reçeteler bir uzman tarafından yazılmalıdır, ancak kronik durumlarda uzman bir pratisyene reçete yazma görevi verebilir. 2. *Kategori:* muhtaç kişiler için %100 geri ödeme 600 ürün, bağımlı yaşayanlar ve bekar kişiler için belirli bir aylık gelirin altında olan yoksul kişiler ücretli olarak reçete edilebilmektedir. Bu hizmetten yararlananların özel bir kimlik kartı alması ve belirli bir eczaneye kayıt yaptırması gerekmektedir. Yerel yönetimlerin karar yetkisi çerçevesinde yaklaşık 600 000 kişi bu kapsamdadır. 3. *Kategori:* diğer geri ödeme seviyeleri (%90, %70, %50): bu kategori ürünlerin çoğunu kapsamaktadır. 4. *Kategori:* herhangi bir geri ödemesi olmayan ilaçlar: Ağrı kesiciler vb. reçeteli ilaçlar da geri ödenmemektedir. İlaçların yaklaşık %26'sı bu kategori kapsamındadır. Ocak 1998 tarihinden beri bir negatif liste bulunmaktadır. Letonya'da ilaçların fiyatlandırması serbesttir. Kronik hastaların %100'ü, diğer ciddi hastalıkların %75'i, akut hastalıkların ise %50'si geri ödeme kapsamındadır. Geri ödeme, farmako ekonomik analizler kullanılarak oluşturulan bir pozitif listeye göre yapılmaktadır. Litvanya'da toplumun %60'ı ilaçların tüm bedelini ödemektedir. Haziran 1995 tarihinden itibaren, ayaktan tedavi gören hastalar için temel ilaçlar ve tıbbi cihazlardan oluşan bir pozitif liste yayımlanmıştır. Bu liste esas olarak 352 aktif bileşen ve 11 tıbbi cihazdan oluşmakta ve 53 tıbbi durumu kapsamaktadır. Hastalara yalnızca pozitif listede yer alan ürünler için geri ödeme yapılmaktadır. Geri ödenecek ilaçlar, reçeteyi yazan hekimin hizmet sunduğu bölgede yer alan bir eczanede ya da hastanın ikamet ettiği yerde hazırlanmaktadır. Reçetede belirtilen ilaç eczanede kalmamışsa ve reçetede 'başka ilaç ile değiştirilemez' ifadesi yoksa, eczacı fiyatı temel fiyatı aşmayan eşdeğer bir ilaç verebilir ya da hasta aradaki farkı ödemeyi kabul ederse daha pahalı bir ilaç ile değiştirebilir. Polonya'da temel ilaçların %100'ü, tedaviyi destekleyen ürünlerin ve ayrıca en yeni fakat daha pahalı ilaçların %75'i, diğer ilaçların %50'si geri ödeme kapsamında olup, yinede hastalar ilaca sahip olabilmek için düşük bir miktarda para ödemek zorundadır. Ayrıca, bir reçeteye sadece bir tek ilaç yazılabilmekte ve her kalem reçete başına iki kutu ile

sınırlanmaktadır. Ek olarak eczaneler alternatif olarak en ucuz ilacı vermek zorundadır. Çünkü devlet ancak grup içindeki en ucuz ilacın maliyetini geri ödeyebilmektedir. Romanya'da, sadece reçeteli ilaçlar geri ödenebilmektedir. 10 terapötik kategori kapsamındaki (kanseri ilaçları, nöroleptikler ve verem ilaçları dahil) 68 aktif bileşenden herhangi birini reçetelendiren kamu güvence/si olan hastalar ve 18 yaşın altındaki herkes tümüyle geri ödemedir yararlanabilmektedir. Emekliler ve işsiz kişiler, 28 grup içindeki 122 madde için %75'inin geri ödemesi yapılabilmektedir (örneğin; antibiyotikler, ülser, ilaçları, hormonlar). Özel bir sağlık fonuna maaşlarının %2'sini

yatıran işçiler 600 üründen %50'si geri ödeme kapsamında alabilmektedir. Rusya'da, temel listede yer alan belirli ilaçlar savaş ve Çernobil gazileri ve üç yaş altındaki çocuklar ilaçlardan tümüyle, ciddi/kronik hastalığı olan hastalar ise özel durumlarda ücretsiz ilaç alma hakkına sahiptir. Fakat bunun dışındaki herkes ilaç bedelinin tümünü cebinden ödemek zorundadır. Örneğin, yatan hastaların ilaçları finansal olarak hastane tarafından temin edilmesi gerekirken, büyük çoğunlukla hastanelerin yaşadığı sorunlar nedeniyle, bu ilaçların bedeli dahi daha çok yatan hastaların cebinden karşılanarak sağlanmaktadır (Tablo 3, 4) (TEB; 2003).

Tablo 3. Eski sosyalist ülkelerinde geri ödeme ve fiyatlandırma özellikleri

Ülkeler	Ulusal ilaç politikası	Pozitif liste	Fiyat karşılaştırmaları	Ülke içi referans fiyatlandırma	Geri ödeme ücret farkı (%)	Geri ödeme maliyetlerinin yaklaşık (%)
Bulgaristan		Evet	0	Evet		20
Çek Cum.	Evet	Evet		Evet		60- 70
Estonya		Evet			Evet	40- 50
Hırvatistan	Evet	Evet	Evet			
Letonya	Evet	Evet		Evet	Evet	20- 30
Litvanya		Evet		Evet	Evet	50
Macaristan		Evet	Evet	Evet	Evet	Veri yok
Polonya	Evet	Evet	Evet	Evet	Evet	50- 60
Slovakya		Evet	Evet	Evet	Evet	60- 70
Slovenya		Evet	Evet	Evet	Evet	60- 70

(TEB, 2003)

Tablo 4. Eski sosyalist ülkelerde diğer geri ödeme özellikleri

Ülkeler	İmalatçı fiyatının kontrolü	Geri ödeme ile ilgili kayıtların kontrolü	Ülke çapında karşılaştırma	Kar kontrolü	Reçeteleme bütçeleri	Farma ekonomik analizler	Ortak ödeme	OTC fiyat kontrolü	Jenerik ilacın teşvik edilmesi
Bulgaristan	Evet	Evet					Evet	Evet	Evet
Çek Cumhuriyeti	Evet	Evet					Evet	Evet	Evet
Estonya		Evet		Evet			Evet	Evet	Evet
Hırvatistan		Evet	Evet				Evet		
Macaristan		Evet					Evet		Evet
Letonya		Evet	Evet		Evet	Evet	Evet		Evet
Litvanya		Evet				Evet	Evet		
Polonya		Evet				Evet	Evet		Evet
Romanya	Evet	Evet		Evet			Evet	Evet	Evet
Rusya	Evet	Evet					Evet		Evet
Slovakya	Evet		Evet	Evet			Evet	Evet	
Slovenya	Evet	Evet	Evet				Evet		

(TEB, 2003)

KAYNAKLAR

Guillen AM, Cabieedes L. (2003), Reforming Pharmaceutical Policies in The European Union: A "Penguin Effect"? International Journal of Health Services. 33 (1): 1-28.

Lyne, JC. (2004), Medicare Reform and Your Practice: What You Need to Know. Urology. 64 (Supplement 5A), November.

TEB (derleyen: Domaç M, Balta E, Eryol C) . (2004a), İlaç ve

Para. Fiyatlar Karşılanabilirlik ve Maliyet Etkilik. ISBN:975-8037-19-6.

TEB (derleyen: Domaç M, Özkan Ö, Eryol C). (2003), İlaçta Geri Ödeme Sistemleri ve Fiyatlandırma. ISBN:975:8037-15-3.

TEB. (2004), Geri Ödeme Sistemleri, Avrupa Birliği ve İlaç toplanti raporu. www. medicarerights. org Medicarem A Guide for 2004 Presidential Candidates Medicare Rights Center. Erişim tarihi:18 Kasım 2004.