

Gözlemler - Görüşler

“Ucuz İlaç Değil, Ucuz Tedavi”*

Dr. Füsün SAYEK**

Tüm ülkelerde ilaç kullanımı alanında “maliyet” en önemli konulardan biri olarak düşünülür. Bu hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerin sorunudur. Her ne kadar ikinci grup ülkelerde kişi başına düşen ilaç harcamaları, gelişmiş olan ülkelerinki ile kıyaslanamayacak kadar düşük ise de, yıllık sağlık bütçelerinin neredeyse yarısı ilaç alanındaki harcamalara ayrılmaktadır. Böyle ülkelerde eğer özel sektörde yapılan ilaç harcamaları da eklenirse toplam sağlık harcamalarının % 75’i ilaç alanındadır denebilir.

Bu harcamanın daha aşağılara indirilebilmesi için çeşitli ülkeler çeşitli “modeller” denemektedir. Bu uygulamalara aşağıdaki örnekler verilebilir.

1- İlaç listeleri hazırlanması: Kullanılan ilaç çeşitlerini azaltarak hazırlanan listeler bazı ülkelerde harcamaların önemli ölçüde düşmesine neden olmaktadır.

2- Büyük miktarlarda ilaç satınalma: Bazı ülkeler hastanelerin, diğer sağlık kurumlarının ilaç gereksinimlerini birleştirerek daha ucuz fiyata büyük miktarlarda satın almaktadırlar. Hatta bazı komşu ülkeler gruplar halinde ilaç almaktadırlar. Örneğin; Cezayir ve Tunus, ilaç ihalelerini birlikte yaparak ilaçları çok daha ucuza maletmektedirler.

3- İhale yoluyla satınalma: Yine pekçok ülke önemli kuruluşlara duyuru yaparak büyük miktarda ilaç ihale yoluyla almaktadır. Örneğin UNICEF bu tür ihaleler yoluyla yaklaşık 100 ülkeye ilaç temin etmektedir.

4- Jenerik isim kullanılması: Üretici yeni bir ilacını piyasaya kendi patenti ile çıkarmakta ve belli bir süre bu patent altında satmaktadır. Tabii ki bu süre içinde üretici, ilacın geliştirilme dönemindeki araştırma masraflarını da çıkarabilmek için, adeta bir monopoli şeklinde olmak üzere ilacını pahalı satmaktadır. Ancak patent süresi dolduğunda herhangi bir üretici de o ilacı jenerik adı ile üretip, satabilmektedir. “Jenerik ilaçlar ilaç geliştirme maliyeti ve reklam giderlerinin olmaması nedeniyle genellikle % 20 oranında ucuzdurlar” diye bilinir.

5- Kişilerin ilaç harcamalarına katkıda bulunmaları: Bu oldukça tartışmalı bir konudur. Bu sistemi önerenler; kişinin bir miktar da olsa katkısının fazla kullanımı engellediğini, ilacın düzenli kullanılmasını sağladığını, fakir de olsa kişinin zaten “gerekli olmayan” maddelere para verdiklerini ve sonuçta devletin bu maddi kazancı zaten diğer sağlık programları başlatmak için kullanacağını söylerler. Bu önerinin karşısında olanlar ise, maddi gücü yerinde olmayanların ilaçları alamadıklarını, zaman zaman gerekli de olsa “koruyucu” alanlardaki ilaçlara harcamayı tercih ettiklerini ve ayrıca böyle bir kararın pekçok durumda politik olarak zor alınabildiğini ve uygulanmadığını savunurlar. Ulusal düzeyde bakıldığında yukarıda sayılan önlemlerin bir kısmının ülkemizde de uygulandığı görülmektedir. Örneklere;

1) Sosyal Sigortalar Kurumu, 2. maddede sözü edilen büyük miktarlarda ilaç alımını kendi bünyesindeki kuruluşlar için yapmaktadır.

2) Bilindiği gibi “ilaç” sektörü dendiğinde üretici, tüketici, hekim, eczacı, Sağlık Bakanlığı ve özellikle devlet bütçesinden yapılan ilaç harcamaları konusunda da Maliye Bakanlığı akla gelmektedir. Bu kuruluşlardan Maliye Bakanlığı yıllardır “ilaç kullanımı” konusunda en önemli kurum olan hekimlerin meslek örgütlerine hiç danışmadan maliyet kontrol yöntemleri uygulamaktadır. Bugün ülkemizde Bütçe Uygulama Talimatlarında “tümü devlet tarafından ödenecek” ilaçlar listesi adı altında bir liste oluşturulmuştur; yine birkaç yıldan beri kişilerin ilaç harcamalarına belli oranlarda katkıları olması da öngörülmektedir. Bu arada 1990 yılında “5 kalem ilaç, 10 günlük tedavi” gibi hiçbir örneği görülmemiş bir model de uygulamaya konulmuş bulunmaktadır. Görünüm bu iken birkaç ay önce “jenerik ilaç kullanımı” konusu gündeme gelmiştir. “Jenerik ilaç” ya da “ilacın jenerik isimle yazılması” ilacın reçeteye patent ismi, ya da firma ismi kullanılmadan, kimyasal adla yazılmasıdır. Burada çok önemli olan ve unutulmaması gereken ise aynı maddenin üretim yöntemlerinin çeşitliliği nedeniyle tedavi etkinliğinin de değişmesi durumudur. Bazı durumlarda eşdeğerin bulunduğu tedavi farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Bu nedenle, özellikle je-

* T.T.B. Haber Bülteni 26. (Ocak-Şubat) sayısında yayınlanmıştır.

** T.T.B. Merkez Konseyi II. Başkanı.

nerik isim uygulandığında "kalite" sorununa çok önem verilmesi, biyolojik eşdeğerlik açısından üretilen her ilacın tek tek denetlenmesi gerekir. Zaten hekim hastasına hangi etken maddenin gerekli olduğuna karar verdikten sonra, o etkin maddeyi içeren eşdeğer ilaçların maliyetini düşünerek en etkin ve en ucuz olanını seçmektedir. Bu nedenle de kullanılacak ilacın adı, miktarı, maliyeti konusundaki kararı verecek kişi hekimden başkası olmalıdır. Çünkü hastaya olabilecek herhangi bir zarardan hekim sorumludur.

"Jenerik ilaç" tartışmasının önemli bir boyutu biyoeşdeğerlik, diğeri de hastaya sunulduğu konusudur. Eğer ülkedeki dağıtım altyapısı uygun değilse (mevzuat ve diğer), bu konuda asla erken adım atılmamalıdır. Bu konularda Dünya Tabipleri Birliği'nin önerileri şöyledir: (WMA, Jenerik İlaç-Eşdeğer İlaç Ön Bildirgesi, 1989).

1- Hekimler ülkelerinin ilaçlarla ilgili mevzuatını iyi bilmelidirler.

2- Hekimler hastalarının tedavisine en emin-dozu titre ederek başlamalı, özellikle kronik hastalarla, tedaviye normal cevap vermeyeceğinden şüphelenilen gruplara çok dikkat etmelidirler.

3- Bir kez tedavi planlanıp, başlandıktan sonra da hiçbir şekilde "eşdeğer ilaç" değişimleri hastanın hekimini dışındaki kişilerce yapılmamalıdır.

4- Hekimler özellikle "eşdeğer ilaç" olarak verilen ilaçlara ait **ilaç reaksiyonlarını** bildirmelidir. Bu bildirim yerleri ülkeden ülkeye değişen kurumlardır. Ancak hekimler ilgili kuruma bildirim yaparken kendi örgütlerine de aynı bilgileri vermelidir.

5- Ülkelerin Tabip Birlikleri; bu konulardaki gelişmelerden üyelerini haberdar etmelidir.

6- Ülkelerin Tabip Birlikleri, ilaçla ilgili diğer sektörlerin de katkısı ile aynı etken maddenin kullanıldığı ilaçların biyo-yararlılıkları konusunda çalışmalara katılmalıdır.

7- Tabip Birlikleri hastaya uygulanacak tedavi konusunda tek karar vericinin hekim olduğu, onun dışında hiç kimse ya da kurumun bu kararı etkilemeyeceğini ilgililere bildirmelidirler.

T.T.B. Merkez Konseyi ilaç konusunda her zaman varolan duyarlılığı içinde çalışmalarını yürütmektedir. İlaç konusunda teknik danışman olarak ülkede bu konuda uzman olan kişilerden oluşan bir komisyon kurulmuştur. Bu komisyon önce "çekirdek grup" olarak çalışmaya başlamıştır. Komisyon çalışmalarına, daha geniş katılımı ile devam etmekte ve halen ülkemizde (tüm klinik dallarda) kullanılan ilaçların belirlenmesi için çalışmaktadır. Bu listeler tamamlandıktan sonra son şeklinin verilip bir "ilaç referans"ı oluşturabilmek için ülke düzeyinde hekimlerin görüşüne açılacaktır.

Teknik Komisyon bu çalışmalarına devam ederken T.T.B. Merkez Konseyi aşağıdaki görüşleri oluşturmuş ve girişimlerde bulunmuştur.

1- Ülkemizdeki ilaç kullanımı gelişmekte olan ülkelere benzemektedir. Yani ilaç harcamalarının tüm sağlık harcamaları içindeki oranı düşüktür, ancak bu harcamaların daha da azalmasına gerek olduğuna da inanılmaktadır. T.T.B. kendi üzerine düşen sorumluluğun bilincindedir. Ancak harcama azalmasına tek başına hekimin reçete yazma özgürlüğü kısıtlanarak ulaşılamayacağına da inanılmaktadır.

2- İlaç konusunda bir altyapı (mevzuat, fiziksel vb.) bozukluğu vardır ve bu "alınan tüm önlemleri" etkisiz kılmaktadır. Altyapıdaki en temel bozukluklardan biri örneğin kapsamlı bir devlet ilaç kontrol laboratuvarının yokluğudur.

3- Sorunların temelini inilmeden bir "temel ilaç listesi", "jenerik uygulama" söz konusu olamaz. Biliyor ki "jenerik uygulama" bazı ülkelerde, kaşılaşılan sorunlar nedeniyle kaldırılmaktadır. Ayrıca hekimin reçeteye yazdığı "ilaç"tır ve bedeli kişinin sosyal güvenlik kuruluşu tarafından tümüyle ödenmelidir.

4- 1990 Bütçe Uygulama Talimatındaki ilaç sayısı ve dozu ile ilgili maddeler tedavinin daha ucuz değil, daha pahalı sonuçlanmasına neden olduğundan, antibiyogram ön koşulu asla pratik olmama gibi sorunlar yaratmış olduğundan kaldırılmalıdır (T.C. Maliye Bakanlığı ile yazılı, sözlü girişimlerimiz olmuştur. Konu çözümlenme aşamasındadır). Aynı uygulamada sözü edilen "eşdeğer" ilaç ve ilaca eczacı tarafından karar verilip hastaya verilmesine karşı olduğumuz ve eğer yazılan ilaç yoksa "eşdeğer"inin ancak hekim tarafından kararlaştırılacağı görüşünde olduğumuz T.C. Maliye Bakanlığı'na bildirilmiş ve durumun düzeltilmesi istenmiştir.

6- Devlet kurumlarınca bu konularda karar oluşturulurken, hekim örgütünün görüşünün alınma zorunluğu olduğu dile getirilmiştir. Bu anlamda; T.T.B., 1991 Bütçe Uygulama Talimatı ile ilgili görüşlerini yazılı ve sözlü olarak T.C. Maliye Bakanlığı'na ilettiştir.

7- "Ucuz ilaç yoktur, ucuz tedavi vardır" sözüne ve buna ulaşmak için en önemli stratejinin de eğitim olduğuna inanılmakta, hem hekim hem de tüketicinin konu ile ilgili bilgilendirilmesi ve eğitimi düşünülmektedir. Eğitimin etkili olması ve sonuç vermesi uzun dönem gerektirir, ancak bunun en kalıcı etkiyi sağlayacağına da şüphe yoktur. Eğitim amacıyla, T.T.B. yayın organlarında ilaç köşelerine devam edilecektir. Ayrıca "**ucuz ilaç değil, ucuz tedavi**" konusunda tabip odalarının işbirliği ile "hizmet içi kurslar" düzenlenecektir. Halk eğitimi için basın yayın organları kullanılarak "ilaçların akılcı kullanımı ve burada tüketicinin rolü" işlenecektir.

Bu arada T.T.B. Merkez Konseyi konunun esas sahibi olan üyelerinin görüşlerini bildirmesine de sevinecektir.