



3. Ulusal Sağlık Teknolojileri Değerlendirme (STD) Forumu
Global Bütçe ve Kanıtla Dayalı Tıp

TOPLANTI RAPORU

08 Ekim 2012, ANKARA



**3. Ulusal Sağlık Teknolojileri
Değerlendirme (STD) Forumu
Global Bütçe ve Kanıta Dayalı Tıp**

TOPLANTI RAPORU

08 Ekim 2012, ANKARA



Önsöz

Tıp alanında her geçen gün hızla ilerleyen gelişmeler ve bu gelişmelere paralel olarak da maliyetleri giderek artan sağlık hizmet sunumunu, optimal fayda ile gerçekleştirebilmek amacıyla sağlık alanında sorumluluk alan yöneticilerin kanıta dayalı politikalar geliştirme ve uygulamaları kaçınılmaz hale gelmiştir. Bu politikalar oluşturulurken belirleyici soru ise "Kısıtlı mali kaynaklarla, mevcut ve yeni sağlık teknolojilerinin sunduğu imkânlardan en fazla nasıl yararlanılabilir ve bu amaçla ne tür yönetim politikaları uygulanabilir?" sorusudur. Bu sorunun cevabı, kanıta dayalı tıp ve sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi kullanılarak sağlık yöneticilerini farklı alternatifler arasında karar vermeye zorlamaktadır. Son birkaç yıl içinde kaynak yönetiminde bir yöntem olarak global bütçe benimsenmiş olup uygulamalarda yerini almıştır. Ancak yukarıdaki soruya ilave olarak global bütçe uygulamalarda kanıt arayışı da yeni bir soru olarak gündeme gelmiştir.

Kanıta Dayalı Tıp Derneği olarak, yukarıda aranan cevaplara katkıda bulunabilmek amacıyla, 3. Ulusal Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Forumu'nu düzenledik ve Forumda tartışılan konuları da tüm taraflarla paylaşabilmek için bu toplantı raporunu hazırladık. Dernek olarak, Türkiye'nin sağlık statüsünün daha ileriye taşınması amacıyla düzenleyeceğimiz diğer organizasyonlarda da bir arada bulunmak dileğiyle Toplantı Raporumuzu sunuyoruz.

Dr Rabia Kahveci
Kanıta Dayalı Tıp Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı

Editörler:

Rabia Kahveci

Elife Dilmaç

Raporun hazırlanmasında katkıda bulunanlar

Prof Dr Nurullah Zengin

Prof Dr Banu Çakır

Prof Dr Hakan Ergün

Doç Dr Simten Malhan

Yrd Doç Dr Haluk Özsarı

Uzm Dr Aylin Baydar

Uzm Dr E. Meltem Koç

Dilara Sucu

Çiğdem Şar

Ebru Yavuz

Mustafa Pala

Nurgün Örgen

İçindekiler

Kısaltmalar	9
Kurullar	11
Program	12
Açılış Konuşmaları.....	15
I. Oturum Raporu: Global Bütçe ve Kanıta Dayalı Tıp	19
II. Oturum Raporu: Global Bütçe Uygulamasının Pratiğe Yansımaları ve Çözüm Önerileri	31
III. Oturum Raporu: Global Bütçe ve İnovasyona Erişim için İnovatif Yaklaşımlar	45
IV. Oturum Raporu: Hastanelerde Global Bütçe Uygulamalarının Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarına Etkisi ve Karar Mekanizmasında Sağlık Teknolojilerini De- ğerlendirmenin Rolü	51
V. Oturum Raporu: Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı, Tanı Tedavi Rehberleri ve Klinik Kalite.....	63
Kapanış Konuşması	77
Sonuç Bildirgesi.....	79

Kısaltmalar:

AB: Avrupa Birliği

AHBS: Aile Hekimliği Bilgi Sistemi

AİFD: Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği

ARTED: Araştırmacı Tıp Teknolojileri Üreticileri Derneği

GB: Global Bütçe

GİB: Global İlaç Bütçesi

İEİS: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası

KDT: Kanıta Dayalı Tıp

KHB: Kamu Hastaneler Birliği

NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence

OTC: Tezgah üstü ilaç (Over the counter)

SAGEM: Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü

SB: Sağlık Bakanlığı

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

STD: Sağlık Teknolojileri Değerlendirme

SUT: Sağlık Uygulama Tebliği

TEB: Türk Eczacılar Birliği

THSK: Türkiye Halk Sağliğı Kurumu

TİSD: Türkiye İlaç Sanayi Derneği

TİTCK: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu

TPE: Türk Patent Enstitüsü

TSE: Türk Standartları Enstitüsü

DÜZENLEME KURULU

- Dr. Rabia KAHVECİ
- Prof. Dr. Nurullah ZENGİN
- R. Murat AYDIN
- Elife DİLMAÇ
- Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ
- Dr. F. Gökşin CİHAN

DANIŞMA KURULU

- Dr.Hasan ÇAĞIL
- Dr.Saim KERMAN
- Dr. Hakkı GÜRSÖZ
- Namık KAYA
- Süfyan EMİROĞLU
- Prof.Dr. Uğur DİLMEN
- Murat UĞURLU
- Dr. Akif AKBULAT
- Dr. Ali ALKAN
- Dr. Bilgehan KARADAYI
- Dr. Hüseyin KILIÇARSLAN
- Dr. Hüseyin ÖZBAY
- Mustafa Zuhurat ÇAYCI
- Prof. Dr. Adnan KISA
- Prof. Dr. Banu ÇAKIR
- Prof. Dr. Bülent GÜMÜŞEL
- Prof.Dr. Bülent YALÇIN
- Prof. Dr. Hakan ERGÜN
- Prof.Dr. Kamil BÜYÜKMIRZA
- Prof.Dr. Mehtap TATAR
- Prof. Dr. Reha ALPAR
- Prof.Dr. Sıdıka KAYA
- Prof.Dr. Şahin KAVUNCUBAŞI
- Prof.Dr. Yusuf ÇELİK
- Doç.Dr. Adem ÖZKARA
- Doç. Dr. Ali YILMAZ
- Doç.Dr. Bayram ŞAHİN
- Doç.Dr. Mehmet UĞURLU
- Doç.Dr. Pınar ÖZDEMİR
- Doç. Dr. Simten MALHAN
- Doç.Dr. Zafer ÇALIŞKAN
- Yrd.Doç.Dr. Haluk ÖZSARI

Program:

08.10.2012	
08:30 - 09:00	Sempozyum Kayıt
Açılış Konuşmaları	
09:00 - 09:30	Dr. Rabia KAHVECİ KDTD Yönetim Kurulu Başkanı
	Prof. Dr. Recep AKDAĞ (teşrifleri halinde) T.C. Sağlık Bakanı
I. OTURUM : Global Bütçe ve Kanıtla Dayalı Tıp	
Oturum Başkanı : Prof. Dr. Nurullah ZENGİN S.B. Ankara Numune Eğt.ve Araş. Hast. Başhekimi	
09:30 - 10:45	Uzm. Dr. Hasan ÇAĞIL Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurum Başkanı
	Dr. Hakkı GÜRSÖZ Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkan Yrd.
	Namık KAYA SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü
	Murat UĞURLU Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdür Yrd.
	Prof. Dr. Adnan KISA Gaziantep Zirve Üniversitesi Rektörü
10:45 - 11:00	Çay - Kahve Arası
II. OTURUM : Global Bütçe Uygulamasının Pratiğe Yansımaları ve Çözüm Önerileri	
Oturum Başkanı : Doç. Dr. Simten MALHAN Başkent Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Dekan Yrd. TOBB İlaç Meclisi Danışmanı	
11:00 - 12:15	Süfyan EMİROĞLU Sanayi Genel Müdürü; Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı
	Turgut TOKGÖZ İEİS Genel Sekreteri
	Cengiz CELAYİR TİSD Yönetim Kurulu Başkanı, TOBB İlaç Meclisi Başkan Yrd.
	Alp SEVİNDİK AİFD Genel Sekreteri
12:15 - 13:15	Öğle Yemeği

Program duyuru haliyle burada yer almaktadır. Değişiklikler her bir oturum raporunda ayrıca belirtilmiştir.

III. OTURUM : Global Bütçe ve İnovasyona Erişim için İnovatif Yaklaşımlar

Oturum Başkanı : Prof. Dr. Hakan Ergün
ISPOR Türkiye Başkanı, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Tıbbi Farmakoloji ABD, Öğretim Üyesi

13:15 - 14:30	Dr. Akif AKBULAT Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu; Fiyat, Mevzuat ve Araştırmalar Daire Başkanı
	Dr. Hüseyin KILIÇASLAN Sosyal Güvenlik Kurumu, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Daire Başkanı
	Dr. Sebahattin YILMAZ Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü
	Dr. Bilge KANBUR ARTED Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısı
	Dr. Yalçın KAYA AİFD Pazar Erişim Müdürü

IV. OTURUM : Hastanelerde Kanıta Dayalı Uygulamalara Global Bütçe Etkisi

Oturum Başkanı : Yard. Doç. Dr. S. Haluk ÖZSARI
İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Öğretim Üyesi
İstanbul Üniversitesi Hastaneleri Genel Direktörü

15:45 - 16:00	SB Kamu Hastaneleri Kurumu Temsilcisi
	Dr. Ufuk AKDIKAN Sosyal Güvenlik Kurumu, Sağlık Hizmetleri Daire Başkanı
	Prof. Dr. Nurullah ZENGİN S. B. Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimisi
	Doç. Dr. İsmail AĞIRBAŞ Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Böl. Öğretim Üyesi ve Haymana MYO Okulu Müd.
	Dr. Seyid KARACA TOBB Sağlık Meclisi Başkanı
15:45 - 16:00	Çay - Kahve Arası

V. OTURUM : Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı, Tanı Tedavi Rehberleri ve Klinik Kalite

Oturum Başkanı : Prof. Dr. Banu ÇAKIR
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı ABD, Öğretim Üyesi

16:00 - 17:15	Dr. Ali ALKAN Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu; Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Daire Başkanı
	Dr. Bilgehan KARADAYI SB Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Daire Başkanı
	Dr. Hüseyin ÖZBAY Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Klinik Kalite Daire Başkanı
	SGK Temsilcisi

AÇILIŞ KONUŞMALARINI ÖZET RAPORU

Dr.Rabia Kahveci

KDTD Yönetim Kurulu Başkanı

2007 yılında kurulan Kanıta Dayalı Tıp Derneği, 2012 itibariyle beşinci yılını doldurmuş bulunmaktadır. İlk olarak 2007’de yapılan ve yayımlanan Türkiye Sağlık Teknolojileri Değerlendirme (STD) Programı SWOT analizi ile başlayan STD çalışmalarımız, 2007-2008 tarihleri arasında STD alanındaki çeşitli faaliyet ve toplantılar ile devam etti. Daha sonra söz konusu STD faaliyetleri, bir forum çatısı altında birleştirilerek 2009 ve 2010 yıllarında birinci ve ikinci Ulusal STD forumları düzenlendi ve bu yıl da forumun üçüncüsü düzenlenmektedir.

Bu forumu önceki forumlardan farklı bir tarafı bulunmaktadır. İlk iki forumun düzenlendiği dönemde ülkemizde bir STD yapılanması yoktu, en azından STD başlığı altında bir yapılandırma mevcut değildi. STD nasıl olmalı, nerede olmalı hatta ilk zamanlarda STD olmalı mıdır gibi temel soruları tartıştığımız bir dönemden, bu forumun yapıldığı an itibariyle somut adımların atıldığı ve Türkiye’de artık bir STD biriminin mevcut olduğu, hatta birkaç Kurumun altında STD birimlerinin olduğu bir döneme gelmiş bulunmaktadır.

Türkiye’de mikro düzeyde kanıta dayalı klinik uygulamaların ve de klinik uygulamaların dışında makro düzeyde sağlık politikası alanında alınan tüm kararların kanıta dayalı olmasının teşviki Kanıta Dayalı Tıp Derneğinin temel misyonlarından birisidir. Bir sivil toplum kuruluşu olan KDTD tarafından bu alanda ülkemizde farkındalığın geliştirilmesi, gerekli insan gücünün yetiştirilmesi ve STD metodolojilerinin tartışılması için çeşitli platformlar oluşturulmakta, toplantı ve forumlar düzenlenmektedir.

Kısaca tanımını hatırlatmak gerekirse, kanıta dayalı tıp, klinik uygulamalarda güncel ve bilimsel temellerin klinik kararlara uygulanmasıdır. Söz konusu uygulamada, hastaların değer ve beklentileri, hekimlerin ise tecrübe ve yargı yetenekleri ile entegre bilimsel veriler/kanıtlar karar süreçlerine aktarılmakta, bu süreçte hukuki, sosyal ve kültürel çevre de dikkate alınmaktadır. Diğer taraftan, sağlık teknolojileri değerlendirmesi de kanıta dayalı bir sağlık politikası aracı olup

politik tecrübe ve toplum beklentilerini dikkate alarak sağlık politikası alanında güncel ve bilimsel bilgilere dayalı olarak karar alınması ve karar süreçlerinde hukuki, sosyal ve kültürel yapının gözetilmesi esastır.

3.Ulusal Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Forumunun ana teması global bütçe olup, panel şeklindeki oturumlarda global bütçe hedeflerinin belirlenmesinde veya dağılımının yapılmasında kanıtla dayalı uygulamaların esas alınması, klinik düzeyde mevcut sistemin kanıtla dayalı uygulamaları teşvik etmesi, geri ödeme ve fiyatlandırmada kanıtla dayalı bilimsel uygulamaların kullanılması konularının tartışılması hedeflenmektedir.

Global bütçe içerisinde kanıtla dayalı uygulamaları değerlendirirken, gerek süreçler gerek paydaşlar anlamında sistemin bütüncül bir yaklaşım ile ele alınması gerekmektedir. Süreçler açısından, maliyetler ve sağlık çıktılarının hesaplanmasında hasta temelli ve uzun vadeli sonuçlara bakılması, ve kanıtların mutlaka her süreçte ön planda olması esastır. Paydaşlar açısından hastaların farkındalığının artması, hastaların süreçlerde yer alması, klinisyenlerin KDT uygulamalarının farkında olması ve ülkemiz koşullarına uygun tanı tedavi rehberlerinin kullanımlarına sunulması gerekmektedir.

Sağlık teknolojileri değerlendirmesinin ülkemizde yerleştirilebilmesi için uluslararası düzeyde kabul gören dört temel faktörün hayata geçirilmesi gerekmektedir. Sağlık politikalarına bilimsel destek sağlamak amacıyla yapılan STD'nin bir ülkede başlatılabilmesi için öncelikle ülkede politik irade ve teknik işi yapabilecek insan gücünün olması gerekmektedir. Politik irade ve insan gücü ile birlikte, STD için hukuki bir zeminin oluşturulması ve belirli bir finansal kaynak, bütçe sağlanması esastır.

3.Ulusal STD forumundaki ilk oturumda öncelikle genel tabloyu çizerek global bütçe ile neler hedeflendi, global bütçe uygulamaları içerisinde kanıtla dayalı uygulamaların yeri ne oldu, neler planlanmıştı neler gerçekleştirildi gibi konular detaylı olarak ele alınacaktır. Daha sonraki oturumlarda ilaç ve tıbbi cihaz sektörü açısından inovatif ürünlerin AR-GE ve üretim aşamalarında kanıtların rolü, maliyet etkili teknolojilerin ülkemizde hastalara erişimi yönündeki farklı yaklaşımlar ve hastaneler için uygulanan global bütçe çerçevesinde hastanelerdeki KDT uygulamaları tartışılacaktır. Son oturumda ise akılcı ilaç kullanımı, tanı tedavi rehberleri ve klinik kalitenin sistemdeki yeri ele alınacaktır.

Prof. Dr. Uğur Dilmen

Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürü

Sağlık teknolojileri değerlendirilmesi görevi Sağlık Bakanlığı teşkilatı içerisinde 663 sayılı kanun hükmündeki kararname ile Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğüne (SAGEM) verilmiştir. Bu bağlamda, söz konusu çalışmaların yürütülmesi için SAGEM bünyesi altında STD daire başkanlığı oluşturulmuştur.

STD dünyada son 25 yılda gündemde olan ve batı ülkelerinde çok ciddi bir şekilde uygulanan bir metodoloji olup, ülkemizde henüz kuruluş aşamasına yeni geçilmiştir. Ancak, bir sivil toplum örgütü olarak KDT derneğinin 2007 yılından günümüze kadar yapmış oldukları çalışmalar sebebiyle STD alanında büyük mesafeler katedilmiştir. Kurumlarda yapılan sağlık teknolojileri değerlendirmeleri ve alınan kararların kanıta dayalı olarak yapılması yöneticilerin ileride sorgulanmaları halinde kararlarının gerekçelerini dayandırabilecekleri bir metodoloji ortaya koyması açısından çok önemli olup, ayrıca söz konusu uygulamalar ile bütçelerin de belirlenebilmesi ilave bir avantaj teşkil etmektedir.

STD çalışmaları kapsamında SAGEM olarak öncelikle ülkemizde tanı tedavi rehberlerinin geliştirilmesi yönünde faaliyetlerde bulunmaktadır. Bu amaçla Finlandiya Hekimler Birliği tarafından oluşturulan ve sürekli sistematik bir şekilde güncellenen Duodecim tanı tedavi rehberlerinin ülkemizde hekimlerin kullanımına kazandırılması için çalışmalar devam etmektedir. Diğer taraftan, STD konusunda öncü kurum olan NICE ile de sağlık teknolojileri değerlendirmesine yönelik ortak çalışmalar yapılmakta ve toplantılar devam etmektedir.

I. OTURUM - Global Bütçe ve Kanıta Dayalı Tıp

Oturum başkanı : Prof.Dr. Nurullah Zengin

Panelistler :

- Uzman Dr. Hasan ÇAĞIL (*Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurum Başkanı*)

Temsilen: Merve Akın (*Türkiye Kamu Hastaneler Birliği Kurumu Verimlilik Dairesi Başkanı*)

- Dr. Hakkı Gürsöz (*Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Başkan Yard.*)

- Namık Kaya (*SGK Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü*)

Temsilen: Dr. Hüseyin Kılıçaslan (*Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç ve Eczacılık Dairesi Başkanı*)

- Murat Uğurlu (*Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdür Yard.*)

Toplantıya katılamamıştır.

- Prof.Dr. Adnan Kısa (*Zirve Üniversitesi*)

Raportörler : Prof Dr Nurullah Zengin

Mustafa Pala

“GLOBAL BÜTÇE VE KANITA DAYALI TIP” OTURUMU ÖZET RAPORU

Global bütçe tanımı ve ülkemizde global bütçe uygulamaları :

Akademi perspektifi: Global bütçe (GB) uygulaması sağlık harcamalarının önceden tahmin edilerek, belirli bir mali yıl içerisinde belirli bir kamu bütçesinin sağlık harcamalarına tahsis edilerek harcama sınırı ve hedefin belirlendiği prospektif bir ödeme yöntemidir. ABD’de 1980’lerde, Avrupa’da ise 2000’lerden itibaren kullanılmakta olan GB, kamunun satın alım gücünün yüksek olduğu, diğer bir ifadeyle monopsoni (tek alıcı) gücüne sahip olduğu ülkemizde, Sağlık Bakanlığınca sunulan sağlık hizmetlerinin finansmanı için 2006 yılından itibaren uygulamaya geçilmiş, kamu ilaç harcamalarında ise son 3 yıldır uygulanmaktadır.

GB oluşturulurken belirli “kanıtlara dayalı” olması ve parametrelere dayalı hesaplamaları içeriyor olması gerekmektedir. Hizmet satın alan, yani geri ödeme kurumu açısından mali bir dönem için hangi sağlık hizmetleri için hangi fiyattan satın alınacağını önceden biliniyor olması GB uygulamasını cazip kılmaktadır. Diğer taraftan, hizmet sunucusu için disiplin edici bir yönü olması bakımından, gereksiz reçete yazma, gereksiz test ve tahlil gibi davranışları azaltması, kanita dayalı rehberler doğrultusunda karar vermeye yönlendirmesi açısından GB cazip bir uygulamadır.

SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu) perspektifi: GB denince sıklıkla ilaç bütçesi akla gelmektedir. Oysa global ilaç bütçesinden (GİB) önce SGK’nın SB (Sağlık Bakanlığı) ile yaptığı bir global bütçe uygulaması vardı ve bu uygulama halen devam etmektedir. SB ile yapılan GB anlaşmasının önümüzdeki yıllarda da devam edeceği öngörülmektedir, hatta SB hastanelerinin dışında GB uygulamasının üniversite ve özel hastaneleri de içerecek bir şekilde kapsamının genişletilmesine yönelik çalışmalar yapılmaktadır. SB ile yapılan GB anlaşması, kısıtlı kurum kaynakları dikkate alındığında SGK’ya önemli bir iş yükü ve denetim kolaylığı getirmiştir. GB öncesinde SGK tüm sağlık hizmeti sunucularının tek tek faturalarının yerinde kontrolünü yapmaktaydı. GB ile SB’na bağlı sunucularının fatura denetimleri SB’na devredilerek, sadece üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin fatura kontrolleri SGK tarafından yapılmaktadır. SB ile yapılan GB anlaşması

ile öngörülen başarısının yakalanamadığı gözlenmektedir. GB ile belirlenmiş bütçe rakamlarını sürekli aşmakta ve sonraki yıllar için de aşımaya rağmen daha yüksek bütçe tarif edilmektedir. SB ile GB aşımının nedenleri ve GB bütçe sınırlarına uyum tartışılmaktadır. GB aşımına rağmen SB'na aktarılan kaynakların yıldan yıla artırılması siyasi karar vericilerin bir tercihi olup, bu bağlamda SB ile yapılan GB anlaşmasının önümüzdeki dönemlerde de devam etmesi öngörülmektedir.

Diğer taraftan 2010-2012 yılları için ilaç endüstrisi ile yapılan GB anlaşması oldukça başarılı oldu: GİB ile öngörülen 2012 yılı ve son 3 yıllık toplam bütçe rakamları tuttu, hatta bütçe rakamlarında aşım olmadığı gibi alınan önlemler ile birlikte GİB sınırının bir miktar altında kalındı. 3 yıl süreli GİB 1 Ekim 2012 itibarıyla sona ermiş oldu.

SB GB anlaşmasının aksine, endüstri ile GİB anlaşması karşılıklı bir uzlaşma metni değildi. GİB endüstri tarafının niyet mektubu ile ortaya konmuştu. SB GB'de ise SB ve Kurum arasında karşılıklı imzalanan bir anlaşma var.

Kamu global ilaç bütçesinin tutması ve bütçe disiplini için inisiyatif vermesi bakımından, SGK GİB ile gelen noktadan memnun. Söz konusu anlaşmanın 2013 ve sonrası için de devam edip etmeyeceği endüstrinin inisiyatifine bağlı. Ancak, GİB olmasa da önümüzdeki yıllar için kamu belirli kriterler ışığında ilaç bütçesini ortaya koyacak ve bu bütçenin tutturulması için yine iradesini ortaya koyacaktır. Dolayısıyla, mantık olarak GİB uygulaması ile izlenen politika devam edecektir.

Sağlık Bakanlığı perspektifi: GB uygulamaları ile kaynaklar sınırlandırılırken diğer taraftan hizmet kalitesinin artırılmasına yönelik çabalar SB nezdinde devam etmektedir. Sağlık için bir karşılığı yok, SB olarak sağlıklı bireyler hedefliyoruz. Her ne kadar sağlık hizmet sunumundaki kalitenin artışı ilave maliyetler getirirse de, hastanın tam olarak tedavi edilmesi sonucu ve verilen kalite ve güvenli hizmet sebebiyle aslında uzun vadede maliyetlerin azalması sağlanacaktır.

GB uygulamaları ilaç ve tedavi harcamalarında mali disiplini sağlama anlamında önemli bir araç olarak kamu tarafından uygulanmaktadır. Ancak fiyat temelli GB uygulamaları tek başına yeterli değildir. Harcanan her bir liranın karşılığını bulmak için öncelikle verimlilik artışının sağlanması gerekmektedir. Tedavi alanında, ve-

verimlilik artışı için önemli bir uygulama olan performansa dayalı ek ödeme sistemi SB tarafından uygulanmakta, bunun içerisinde klinik kalite unsuru da yer almaktadır. Hekimlerin niceliksel kriterlere göre değerlendirilmemeleri gerektir. Hekimlerin örneğin tedavi ettiği diyabet hasta sayısına göre değil, HbA1c düzeyinin düzenli olarak monitorizasyonu, komplikasyon görülme sıklığındaki değişim gibi parametreler kullanılarak bir klinik kalite gösterge seti bazında değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu göstergeye endeksli bir ödeme sistemi ile verimlilik artışı sağlanabilir. Bununla birlikte STD (Sağlık Teknolojileri Değerlendirmesi) uygulamaları, ülkemize özgün klinik rehberler, sağlık hizmetleri sunumları arasındaki koordinasyonun sağlanması, mevcut geri ödeme sisteminin iyileştirilmesi, bilgi ve iletişim teknolojilerinin daha etkin kullanımı gibi faktörlerin her biri ayrıca verimliliğin artırılması yönünde atılması gereken önemli adımlardır. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği önceden kestirilmesi güç olan aynı zamanda ertelenemeyen hizmetler olması bakımından tek başına GB ile değil hacim ve talebi de kontrol altına alacak bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gerekmektedir.

Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneler Birliği (KHB) Kurumu olarak finansal sürdürülebilirlik çerçevesinde etkili, verimli ve kaliteli hizmet sunumu öngörülmektedir. GB'ye uyum ve hastanelerde verimliliği artırma adına, KHB'lerin oluşturulmasıyla birlikte hastane ve hastane birliklerinin verimlilik karnesi çalışmaları yapılmaktadır. Karne değerlendirmelerinin GB kapsamında tahsis edilen bütçeleri içerisinde hastanelerin maliyet-etkinliklerini iyileştireceği öngörülmektedir.

Ülkemizde uygulanan GB ile diğer ülkelerdeki GB uygulamalarının kıyaslanması :

Akademi perspektifi: GB uygulamasına geçen ülkelerden örneğin Fransa’da yeni teknolojilerin ülkeye girişinde yavaşlama olduğu görülmüş. GB uygulayan ülkelerde “cream sceaming” olarak tanımlanabilen, hizmet sunucuları için daha karlı, pahalı olan hastalıkların tedavisine doğru bir yönelme olduğu gözlenmektedir. Almanya’da bekleme listeleri oluşmaya başlamış ve tedaviye erişimin geciktigi görülmüştür.

Avrupa Birliği ülkelerinde GB ile birlikte sağlık hizmeti sunucuları genel olarak, daha rasyonel tedavi yöntemler seçtikleri ve maliyet odaklı yaklaşımlar sergiledikleri görülmektedir.

Ülkemizde hastaneler bazında maliyet muhasebesi yöntemiyle maliyet hesapları yapılmamaktadır, dolayısıyla Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlenmiş fiyatlar gerçekçi değildir. SB GB anlaşmasında yaşanan bütçe açıkları kamu tarafından sübvansede edilmiştir. Bekleme listelerinin oluşumu, yenilikçi tedavilere erişimin engellenmesi gibi GB uygulamalarının olumsuz yönleri dikkate alındığında, karar vericilerin risk iştahına bağlı olarak GB uygulamaları önümüzdeki yıllarda da devam edebilir. Ancak, ülkemizde kişi başı hekim ziyaret sayısı 8’i geçmiş, talep kontrol edilmediği müddetçe GB ile finansmanın sürdürülebilirliği çok mümkün değildir.

SGK perspektifi: Ülkemizde uygulanan GB’ler Türkiye’ye özgü uygulamalardır. Hem hastane bütçelemesi hem GB dünyadaki uygulamalarıyla birebir örtüşen uygulamalar değildir. Mevcut finansman ve geri ödeme mekanizması içerisinde uluslararası örnekler de dikkate alınarak geri ödeme sisteminin geliştirilmesi gerekmektedir.

SB ile yapılan GB anlaşmasında tek muhatap var ve SGK GB çerçevesinde Sağlık Bakanlığına toplu ödeme yapıyor, SB ise kendi kriterlerine göre hastanelere dağıtım yapıyor. Örneğin aynı tahakkuku olan farklı hastanelere performans kriterlerine göre farklı ödemeler yapabiliyor. Bu şekilde, SGK tarafından Bakanlığa yönlendirilen kaynak, SB tarafından ikinci bir mekanizma ile yeniden rasyonalize

edilerek hastanelere dağıtılıyor. GİB'e gelince, orada çıkar çatışması içerisinde olan çok fazla paydaş ve sürece müdahil olan eczane ve depolar var. SGK GİB sınırlarını sürekli izlemek ve aksiyon almak zorunda kalıyor.

Global bütçe aşımının finansmanı ve alternatif yöntemler:

SGK perspektifi: GİB kapsamında bütçe aşımalarının finansmanı için ilaç gruplarına ilacın fiyatı, satış performansı ya da sağlamış olduğu faydadan bağımsız olarak aynı oranda ilave iskonto ve fiyat düşüşleri uygulamasına gidilmiştir, ancak bu uygulama adil bir yöntem olmamıştır. Örneğin bazı alanlarda hacmi büyüten ürün veya ürün grupları bulurken, bazı tedavi alanlarında ise hacmi küçülen ürün veya ürün grupları yer almaktadır. GİB içerisinde geçtiğimiz 3 yılda bazı ürünlere haksızlık yaratan bir uygulamaya gidilmiştir. Bunun yanında, fiyatı çok düşük ürünler GİB aşımalarından muaf tutuldu, kan ürünleri ve bazı eşdeğeri olmayan ürünler de iskontolardan muaf tutuldu. Ancak burada da muaf tutulanların etkisi muaf olmayan gruplara yansıtılmış oldu. Aynı oranda iskonto artışı veya fiyat düşüşü yerine, piyasayı büyüten (piyasa ortalamasından daha yüksek büyüyen) ürünlere piyasayı büyüttüğü, aşıma katkısı oranında fiyat düşüşü/iskonto artışı yansıtmak alternatif bir yöntem olabilirdi. %41'lere ulaşan zorunlu kurum iskontolarında bundan sonraki süreçte kesinlikle herkese eşit iskonto uygulaması devam etmeyecektir, toplu iskonto artışı veya fiyat düşüşlerini kamu artık çok makul görmemektedir İlaçta bütçe aşımları daha hakkaniyetli daha adil yöntemler ile finanse edilmesi için çalışmalar yapılmakta ancak SGK olarak nasıl bir yöntem izleneceği şu aşamada net değildir.

Endüstri ile yapılacak olası bir GİB anlaşması halinde, temel şu prensipler uygulanabilir : (1) aşım tüm paydaşlara eşit olarak yansıtılmamalı (2) sadece fiyat tabanlı uygulamalar yerine hacim de sürece dahil edilmeli (3) her bir tedavi alanı için bütçe büyüklükleri önceden belirlenerek o tedavi alanındaki aşıma yönelik önlemler alınmalı (dilimlenmiş bütçe)

Verimlilik artışı (mevcut listenin revize edilmesi gibi) ya da risk paylaşımı, fiyat hacim anlaşmaları gibi yeni yaklaşımlar ile tasarruf sağlanabilir. Aşıma imkân vermeden önce tasarruf edilebilecek alanları dikkatli seçerek mevcut kaynaklar rasyonel olarak kullanılırsa önümüzdeki dönemlerde bütçe aşımı gerçekleşmez ve SGK geçtiğimiz 3 yılda olduğu gibi ilave tedbirler almak zorunda kalmayacaktır.

Geçtiğimiz aylarda endüstri ile 2013 ve sonrası kamu ilaç bütçesi rakamları için görüşme yapıldı. 1 Ekim’de sona eren GİB uygulaması endüstri tarafının niyet mektubuyla ortaya konmuştu. 2010-2012 dönemi için belirlenmiş kamu ilaç bütçesi rakamlarına endüstri tarafından katkı verileceğinin beyanıydı. O şekilde yeniden bir beyan ortaya konulduğu takdirde, 2013 ve sonrası kamu ilaç bütçesi GİB anlaşması içerisinde dizayn edilebilir. Geçtiğimiz dönemde yapılan GİB anlaşması kendiliğinden olmamış, endüstri karşılığında birtakım taahhütler almıştı. Örneğin SGK gündemindeki terapötik gruplama gibi makro politika değişikliklerine gidilmemiş, fiyat ve iskontolarda en başta kamu tarafından belirlenenden daha düşük oranlarda uygulama yapılmıştı (örneğin jenerikli ürünlerde referansın %60’ı yerine %66 olarak revize edilmişti).

Geçtiğimiz GİB döneminde terapötik eşdeğerlilik / gruplama kapsam dışında tutulmuştu. SGK’nın mevcut pozitif listesinde verimsizlik mevcut, bu verimsizliğin ortadan kaldırılması GİB ile yaşanan sıkıntıların tekrar etmemesi adına hem kamu hem sektör için faydalı olacaktır. Yaşanan komplikasyonlardan kurtulmanın bir yolu da var olan verimsizliğin azaltılmasıdır. Bu yöntemlerden biri de iç referans fiyatlandırma olarak adlandırılan terapötik referanslandırma. İç referanslandırmanın yaygın olarak uygulandığı Almanya’da iç referanslandırma dış referanslandırma ile birlikte uygulanmamaktadır. Uluslararası yani dış referans fiyat SB’nin ilaç fiyatlarını belirlemek amacıyla kullandığı bir sistem olup, geri ödemeye gelindiğinde bu fiyatlar üzerinden kamu fiyatları belirlenmektedir. Bazı alanlarda SB referans fiyat sisteminden vazgeçmeyi düşünür mü, ya da genel olarak referans fiyat sistemi SB tarafından revize edilir mi, bu konu tartışılabilir. Çünkü GİB sürecinde düşük fiyat gereksiyiyle pazara verilemeyen ilaçların pazara sunulmamasının yegane sebebi kamu iskintoları değil, aynı zamanda SB tarafından uygulanan dış referans fiyatlandırma sistemidir.

Sağlık Bakanlığı perspektifi: Kamu ilaç bütçesi GİB altında geçtiğimiz üç yılda, düşük kur, fiyat indirimleri ve ilave iskintolarla kontrol altına alınmaya çalışıldı; ancak akılcı ilaç kullanımı ve hacim kontrolü ihmal edildi. Oysa akılcı ilaç ve paralelinde hacim kontrolü GB açısından çok önemli. Örneğin, Aile Hekimliği Bilgi Sistemi(AHBS) verileri incelendiğinde 1 yaş altı antibiyotik kullanımı incelendiğinde (sinüzit tanısı alan bebekler, reçete edilen antibiyotik sayısı) reçetelenen antibiyotik sayısının 100,000’leri geçtiği görülmüştür; dolayısıyla akılcı ilaç kullanımı ile hacmi ve GB’yi kontrol etmek mümkün olabilir.

Ülkemizde KDT(Kanıtı Dayalı Tıp) ve STD uygulamaları ve kurumların yapmış oldukları çalışmalar :

Sağlık Bakanlığı perspektifi: SB'nın 90'lı yılların başında 1. Sağlık Projesi ile başlayan bir KDT geçmişi var. 2003 ile birlikte bu çalışmalar daha da ivme kazandı ve Hıfzıssıhha Mektebi bünyesindeki bir ekip ile beraber KDT'nin somut uygulamaları hayata geçirilmeye çalışıldı. 2003'te birinci basamak tanı ve tedavi rehberleri hazırlandı ve hekimlerin hizmetine sunuldu. 2006 yılından itibaren farmakoeкономи kursları düzenlendi ve STD'nin temelleri atıldı. 2003-2008 arasında yoğun bir şekilde yürütölen çalışmalar bu dönemden sonra gerek konunun sağlık politikaları önceliklendirmelerinde geri planda kalması gerekse SB'da yaşanan organizasyonel değışiklikler sebebiyle bir miktar sekteye uğradı. Ancak, 2 Kasım 2011 tarihli 663 sayılı KHK (Kanun Hükmünde Kararname) ile birlikte, STD'ye ilişkin kurumsal ve hukuki bir zemin oluşturularak bu alandaki çalışmalar tekrar hız kazanmış oldu. SB Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SAGEM) bünyesinde bir STD dairesi oluşturuldu. Yine SB çatısı TİTCK (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu) altında da tıbbi cihaz ve ilaca yönelik bir STD birimi, SGK'nın da benzer bir şekilde bir STD birimi bulunmaktadır.

663 sayılı KHK ile, SB bünyesi altında merkezi bir STD biriminin oluşturulması, ve bu birimin tüm SB Kurumları ve SGK'ya sunulmak üzere STD çalışmaları yapması ve STD raporları üretmesi hedeflenmiştir. TİTCK'deki STD birimi ise sadece ilaç ve tıbbi cihazı içermesi bakımından merkezi birimin bir izdüşümü olarak yapılandırılmıştır. STD'nin tanımı itibarıyla ilaç ve tıbbi cihaz ile birlikte hastanelerde uygulanacak cerrahi prosedürlerden, halk sağlığı uygulamaları ve müdahaleleri, aşilar, sağlık politikalara kadar geniş bir alanı kapsamaması bakımından SB çatısı altında merkezi bir yapının oluşturulması planlandı. Bu yapı da kurumsal anlamda Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü altında oluşturuldu. Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğünün merkez STD birimi olduğu, SB içerisinde toplam üç kurum (Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK), KHB ve TİTCK ve dört genel müdürlük olmak üzere konu ile ilgili toplam 7 birim bulunmaktadır. Bu kurumlardan örneğin TİTCK bünyesindeki STD birimi ilaç ve tıbbi cihaz alanında merkez birim ile koordineli olarak faaliyetlerini sürdürmektedir.

Henüz yeni bir organizasyon olmasına rağmen, gerek SB gerek SGK nezdindeki STD birimleriyle koordinasyona yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Geçtiğimiz 6 aylık süreç içerisinde yol haritası oluşturmak amacıyla SB çatısı altında ilgili birimlerin bir araya geldiği 3 toplantı düzenlendi. SGK ile iletişim noktasında ise örneğin geçtiğimiz haftalarda SGK'nın düzenlediği STD konulu bir programda söz konusu SB çalışmalarını etraflıca tartışma imkânı oldu.

SGK perspektifi: STD karar vericiye teknik destek sağlamaya yönelik bir süreçtir. STD birimi veya çalışmaları net bir karar ortaya koymakla mükellef değildir, ortaya konulan kanıt ve veriler ile karar vericiye bırakılmaktadır. SGK, SB içerisindeki STD yapılandırmasını desteklemektedir. Ancak SB STD'yi kendi süreçlerine destek sağlamak üzerine kurgulaması gerektiği düşüncesindeyiz. SB'nin üreteceği bir STD geri ödeme karar sürecinde ancak SB'nin bir görüşü olarak dahil edilebilir. SB hizmet sunucusu olması bakımından aynı zamanda sağlık hizmetlerine yönelik bir STD yapması tarafsızlık (bias) riski taşımaktadır. İlaç konusunda SB'nin yapacağı temel STD'nin fiyata ya da ruhsata esas olması gerekir. Geri ödemeye ilişkin olarak da STD yapılacaktır ancak salt SB'nin geri ödemeye yönelik yapacağı STD'den hareketle SGK'nın geri ödeme değerlendirmesi yapması çok doğru olmayacaktır. Zira SB STD'lerinin geri ödemeye esas olması durumunda, SB kendi içerisinde bile farklı birimlerinde farklı STD birimleri yapılanmalarını öngörüyorken, geri ödeme karar süreçlerinde taraf olan Maliye, Kalkınma ve Hazine gibi diğer kuruluşlarının da kendi STD süreçlerini çalıştırmaları da gündeme gelebilir. SGK, kendi kapasitesini artırarak geri ödemeye esas olarak kendi STD çalışmalarını yapmayı tercih etmektedir.

Kanıtla dayalı tıp ve STD uygulamaları için ülkemizdeki altyapı ihtiyacı (veri ve insan kaynakları):

Sağlık Bakanlığı perspektifi: Sağlık Bakanlığında son 10 yılda Sağlık Bilgi Sistemleri alanına birçok yatırımlar oldu. SB bünyesinde ondan fazla Sağlık, net, AHBS gibi bilgi sistemleri mevcut. 2010 yılından itibaren özellikle AHBS'ye odaklanan çalışmalar başlatıldı. Ülkemizde 22.000 aile hekimi bulunmakta; bu hekimler günde 500-600 bin hastaya hizmet sunuyor ve bu hastaların tüm verileri AHBS'ye kaydediliyor. Kurumumuz bünyesinde artık aylık bazda AHBS'den

veri alınıp veri analizleri yapılmakta, özellikle reçete değerlendirme çalışmaları yapılmaktadır. Bu şekilde, iki, iki buçuk yıl geçmişe sahip çok geniş bir veri kaynağımız oluştu. Dolayısıyla, veri konusunda SB'de kapasite mevcut olup, insan kaynağı konusunda ise söz konusu veriler üzerinden akademisyenlerle, bilim adamlarıyla ortak çalışmalar yapmayı planlıyoruz.

SGK perspektifi: 2012 yılı içerisinde SGK tarafından Medula Provizyon verileri başta olmak üzere veri kullanımına yönelik bir yönetmelik yayımlandı. Yönetmeliğin yönergesi çalışılmakta olup 2012 yılı sonuna kadar yayımlanması hedefleniyor. Bu şekilde kişisel veri gizliliği dikkate alınarak, endüstrinin SGK verilerine erişebilirliği sağlanacaktır.

II. OTURUM - Global Bütçe Uygulamasının Pratiğe Yansımaları ve Çözüm Önerileri

Oturum Başkanı : Doç Dr Simten Malhan

Panelistler :

- Süfyan Emiroğlu (*Sanayi Genel Müdürü, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı*)

Temsilen Mustafa Zuhurat Çaycı (*Sanayi Genel Müdürlüğü*)

- Turgut Tokgöz (*İEİS Genel Sekreteri*)

- Cengiz Celayir (*TİSD Yönetim Kurulu Başkanı*)

Temsilen Kemalettin Akalın

- Alp Sevindik (*AİFD Genel Sekreteri*)

Raportörler : Doç Dr Simten Malhan

Çiğdem Şar

“GLOBAL BÜTÇE UYGULAMASININ PRATIĞE YANSIMALARI VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ” OTURUMU ÖZET RAPORU

Moderatör: Üç yılda global bütçe uygulamasının endüstriye etkisi ile ilgili ne düşünüyorsunuz?

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) Genel Sekreteri tarafından aşağıdaki görüşler dile getirildi:

Endüstri açısından değerlendirildiğinde çok kötü olduğunu dile getirmek gerçekçi bir yaklaşım olur. Özellikle 2009 sonuna doğru bu uygulamanın başlamasına yönelik görüşmelerde kesinlikle bu uygulamaya karşı tavır almış bir kuruluşun temsilcisi olarak, uygulamanın tamamen sürdürülemez olduğunu ve beklenen sonuçları doğurduğunu da açıkça ifade etmek gerekmektedir.

Amaç sağlık giderleri içinde ilaç harcamalarından yapılacak tasarrufun ilaç dışı sağlık harcamalarına aktarılması şeklinde bir uygulama olabilir. Sağlık Bakanlığı'nda bütçeler devamlı aşımından ve herhangi bir yaptırım uygulanmamasından dolayı alınan tedbirler yetersiz kalmaktadır.

2010 yılında yapılan düzenlemeler ile özellikle reçete başına düşen maliyetler açısından iyileşme sağlanması beklenirken bu gerçekleştirilemedi. Ardından aile hekimliği uygulaması sonrasında ortaya çıkan reçete sayısında bir patlama yaşanmıştır.

Şuanki durumda, %40'lara varan iskontoların uygulandığı, fiyatların ciddi oranda düşürüldüğü bir ortamda hayatını bu şekilde devam ettirmesi beklenen bir endüstri var. Bunun gerçekçi bir yaklaşım olmadığı düşünülmektedir.

Son dönemde talep yönlü bir takım uygulamalar içine gidildi. Bundan sonra da büyük ihtimalle bunun çok ciddi şekilde yönetilmesi gerekiyor. Bu yönetilmenin düzenlenmesi için alınabilecek en uygun yöntem talebin yönetilmesidir. Talep yönetilemediği sürece sürdürülebilir bir sistem uygulamak mümkün görünmemektedir.

Sağlık Bakanlığı rakamlarına bakıldığında 2009 ve 2010 yılında 70 olan Türk Eczacılar Birliği'nin (TEB) getirdiği izinli ilaç sayısı bugün itibarıyla 307 olmuştur. Bu ilaçlar pazara sunulması gerekli olan ilaçlar olduğu halde pazara erişimde

yaşanan zorlukların en güçlü kanıtı olarak karşımızda duruyor. Pazarda olsa 100 kişinin erişebileceği bir ilaçken şimdi belki 10 kişi erişebiliyor ve bu nedenle toplam maliyete baktığınızda hala düşük kaldığını görüyoruz. Dolayısıyla şu haliyle bizim yetkililerden de aldığımız izlenim hakikaten bundan sonrası için ciddi bir bilinmezlik olduğudur. Dolayısıyla ilaç sektörü kamu yetkilileri arasındaki bir anlaşmayı beklenmektedir. Bunun karşısında hizmeti sunan, ödeyen kurumların artık bunun sürdürülemez olduğunu göyerek farklı uygulamalar arayışı bulunmaktadır. Şuan Global Bütçe için konuşulan rakamlar olmasına rağmen, henüz kesinleşmemekle birlikte önümüzdeki dönemde de sektörü ağır şartların beklediğini ve bunun da verilen sağlık hizmetinin ciddi sekteye uğrama tehlikesi ile karşı karşıya olduğu görülmektedir.

Moderatör: Peki endüstrinin de sürdürülebilmesi için siz ne önerirsiniz? Endüstri açısından global bütçe uygulaması için ne önerirsiniz?

Bu soruyu Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği (AİFD) Genel Sekreteri yanıtladı. Global bütçe kavramı, almak istediğiniz hizmetin tahlilini iyi yapar ve buna uygun bir bütçe ayırırsanız, gerek hizmet alan gerek hizmet sunan için öngörülebilirlik sağlayabilirsiniz. Bu bakımdan esasında iyi bir kavramdır. Ancak tek alıcının devlet olması (%85), orantısız bir güç oluşturması ilaç sektörü açısından güçlük yaratmaktadır.

Başarı kavramı nereden baktığınıza göre çok değişiyor. Mesela SGK'ya baktığınız zaman sağlık tarafında, tedavi hizmetleri tarafında bir başarısızlık, ilaç tarafında ise bir başarı söz konusu. Ancak ilaç sektöründe %7'lik bir gerileme mevcut. Son 3 senede ilaç sektöründe binlerce kişi işsiz kaldı, binlerce yatırım caydırıldı ve sürdürülemez hale geldi. Şu anda bakınca son derece güçsüz düşmüş, motivasyonsuz bir sektör var karşımızda. AİFD olarak Vizyon 2023 raporu ile beraber geleceğe yönelik bir öneriler paketi sunuldu. İEİS'de de ihracata yönelik olarak Türkiye'de neler yapılabilir diye sektöre yeniden bir dinamizm kazandırmak açısından böyle bir çalışmaya girişmişlerdir. Buradaki stratejik durum kamunun böyle stratejik bir sektörün sürdürülmesi istediği konusunda bir karar vermesi lazımdır. Bu karardan sonra her şeyin daha belli olacağını düşünüyoruz çünkü işi sadece bir ilaç alım meselesi olarak gördüğümüz sürece bir sonu yok. Çin'den,

Hindistan'dan daha ucuza almak mümkün olabilir ama o zaman sektörü tamamen silmek lazım. Zaten şu anda sürdürülebilirliği bir hayli yara almış durumda.

Rasyonel bütçe nedir, neden bahsediyoruz; bu önümüzdeki dönem açısından hala belli değil. SGK tarafından ya da genel olarak kamu tarafından eğer ilaç bütçesinin başarılı bir şekilde yönetilmesinde bir başarı söz konusuysa bu aslında ilaç sektörü tarafından bir katkı sağladığı için söz konusuydu. Gelecek dönemde ne olacağını kamunun olayın bütününe bakıp da vereceği bütçe kararı şekillenecektir.

İlacın durumuna bakıldığında yapılan çalışmalara göre, son yıllarda fiyat baskısı ötesinde yeni teknoloji de çok değişik nedenlerde baskılandı. ABD ve Avrupa'da 2005'ten bu yana yeni molekül olarak 145 molekül ruhsat aldı. Türkiye'de bunların sadece 45'i ruhsat almış fakat henüz geri ödemeye girmiş değil. O zaman TEB'in getirdiği ilaçlar 70'den 300'e çıkmaktadır. Burada kamunun sorması gereken şudur: "Evet ben böyle yaparak hacmi bir şekilde kontrol altına alıyorum belki. Bu ilaçlar buraya gelse daha fazla tüketilecekti. Ama ben bunu acaba iki misline mi almalıyım ve gerçekten adaletsiz bir biçimde sadece dar kesimin ulaşabildiği ilaçlar haline mi getirmeliyim? Bu ilaçtan, teknolojilerden hastalarımız mahrum mu olmalı?" Bunlar aslında bizden de çok kamunun cevaplaması gereken sorulardır. Dolayısıyla orada da global bütçe mantalitesinin getirdiği aşılması gereken çok ciddi bir sorunla karşı karşıyayız.

Kamu hizmet oranını karşılayacak oranda mantıklı bir bütçe yapmadığı takdirde şimdiye kadar olduğu gibi istediği tedbirleri alarak ilerleyebilir. Örneğin terapötik eşdeğerlik ("iç referans") gibi konular konuşuldu. Bu tür tedbirler yine karar verilmesi gereken şeyler. Her molekül, aynı grup ilaç ve aynı tedavinin içinde dahi olsa farklı riskler taşır. Bu farklı riskler de farklı hastalarda değişik şekillerde tezahür eder. Bunlar belli bir noktaya getirilirse, belli bir fiyatla alınmak istenirse ya hastaya katkı payı çıkartılması veya fiyatların baskılanması yoluna gidilebilir. Fakat bunların hastalar üzerinde, sektör üzerinde çok ciddi riskleri olacaktır. Bunları da düşünmek, görmek gerekir.

Moderatör: Global bütçe uygulamasının daha sağlıklı ilerleyebilmesi için nasıl bir yöntem izlenmeli? Acaba kronik hastalıkların yönetimi

ile ilgili ne yapılabilir veya buna ayrı bir bütçe mi oluşturulmalı; farklı bir şekilde mi yürütülmeli? Tezgah-üstü (over the counter: OTC) ilaç grupları ayrılmalı mı? Sizin önerileriniz ne olacak?

Türkiye İlaç Sanayi Derneği(TİSD) yetkilisine yöneltilen soru şöyle yanıtlandı:

Her ne kadar ticari bir mal olsa da bu aksak rekabet malı olarak tanımlanıyor. Bütçeye baktığımızda bazı paydaşlar var: Eczaneler, depolar, hekimler, vs. Son yıllarda yapılan global bütçe değerlendirilmesinde ağırlıklı olarak hep ilaç sanayi üzerine yük bindirildi. Burada bir haksızlık söz konusudur. Yani tüm bütçe aşım-larında bütçedeki sıkıntıyı ilaç sektörü yaratıyormuş gibi bir durum ortaya çıktı. Geriye baktığımız zaman Türkiye’de son yıllarda sağlıkta çok ciddi atılımlar yapıldı. Bildiğiniz gibi en önemlisi genel sağlık sigortası uygulamasıdır. Bu uygulama ile hiç prim ödemeyen kişiler de sağlık hizmetlerinden aynı şekilde yararlanmaya başladılar. Bu konuda tebrik gerekir ancak bunun da bir maliyeti var. Bu maliyeti doğrudan bir takım yerlere yüklemekle olmaz; bunun bütçesini de rasyonel olarak ortaya koymak gerekir. Bu ortaya konmadığında bir takım sıkıntılar ortaya çıkmaya başlıyor ve sektör olarak biz bu sıkıntıları yaşıyoruz.

Üç yıllık global bütçenin sonuçları ne oldu diye bakılacak olursa; ilaç sektörü (ilaç sanayi üreticiler ve ruhsat sahipleri) ciddi bir sıkıntıya girdi. Tahminimce eczanelerin üçte biri iflas etmiş vaziyette. Bir çalışmaya göre 6500-7000 eczanenin aylık 30000 TL cirosu var, bunlar gizli iflastadır. Her an bu işi bırakabilirler. Yani bütçe hazırlanırken gerçekçi olmak lazım veya bütçeyi arttıracak bir takım parametreler uygulamalar varsa bunları muhakkak bu bütçeye ilave etmek gerekmektedir. Eğer edilmez ise sürdürülebilirliği tehlikeye girecektir.

Bugün Avrupa Birliği (AB)’ne baktığımızda Türkiye’de kişi başına ilaç tüketimi en düşüktür. Krizdeki Yunanistan’ın yarısı kadar bir tüketim söz konusudur. Türkiye’yi mukayese ederken Türkiye’nin örnek aldığı ülkelerdeki parametreleri dikkate alarak bir takım bütçeleme çalışmalarını yapmakta yarar var. Eğer biz bunları yapmazsak bugünü kurtarıyoruz ama 2-3 sene sonra ciddi sıkıntılar yaşarız ve bunları telafi etmek de oldukça pahalıya mal olacaktır. Örnekleri de zaman zaman birçok şekliyle önümüze çıkmaktadır.

Geçenlerde SGK'da yapılan bir çalışma şu tabloyu önümüze koydu: Her iskonto artırım/fiyat düşüşünden sonra reçete başına ilaç maliyeti 50 TL civarından 40 TL'nin altına düşüyor ancak bir müddet sonra aynı yere gidiyor. Bunun nedenini araştırmak lazım. Çünkü reçete göçü oluşuyor, yani hekim tedavi etmek için bulamadığı ilaçları başka bir ilaç kullanarak telafi etmeye çalışıyor. Geçtiğimiz yıllarda yaşandı; asetil sistein ve ambroksol grubu ilaçlar (ağırlıklı olarak Türkiye'de üretiliyor; tanesi 1,5 TL) ödeme kapsamından çıkarıldı. Bunun yerine hekim çoğu ithal olan, 4-5TL'lik ilaçları reçete etmeye başladı; yani burada bir reçete kayması/göçü söz konusu oldu.

Bunları düşündüğümüz zaman karar alırken günlük değil uzun vadeli düşünmek lazım. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 3 sene önce Türkiye'ye yenilikçi ilaçlardan 8-10 tane girmiş. Geçtiğimiz yıl bu 80'lere 100'lere çıkmış. Gelecekteki yıllarda bunlar artacaktır, çünkü bunlar tedavide kullanılacaktır. Tedavide maliyet hiç bir zaman geriye gitmez; hep ileriye gidecektir.

Veri tabanlarının daha sağlıklı hale gelmeye başlaması ile birlikte şeffaflık ilkesine uygun şekilde ortaya konursa herkesin önünü görme imkanı olur. Eğer bu şeffaflık ilkesi önümüzdeki dönem çok iyi ortaya konursa sektörün daha sağlıklı gelişmesi mümkün olacaktır.

Moderatör: İlaç sektörünün bir üretim merkezi ve küresel bir oyuncu olma konusundaki vizyonuna yönelik olarak, global bütçe uygulaması sektörün yatırımları için bir engel midir yoksa destekleyici bir unsurdur? Acaba sizin bakış açınızda sektörün yatırımlarının gerçekleştirilebilmesi için altyapı yeterli mi, teşvikler yeterli mi? Siz sektörün bu vizyona ulaşması için neler yapmayı planlıyorsunuz?

Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı yetkilisi tarafından belirtildiğine göre yeniden yapılanma sürecinde 3 Haziran 2011 tarihli ve 635 sayılı KHK ile Bakanlık yeniden yapılandırıldı ve bu Bakanlığa özellikle ekonomiye katkı sağlayacak çok ileri düzeyde görevler tevdi edildi. Bakanlığın merkezi ve bağlı birimlerinde sektörü destekleyen çok önemli yapılanmalar var. Bu arada bu kararname ile sektörel strateji belgeleri ve eylem planlarının hazırlanması görevi bize verildi. Bununla ilgili olarak da Sanayi Genel Müdürlüğü bünyesinde İlaç ve Tıbbi Cihaz

Sanayi Şubesi kuruldu. Bu şubenin yaptığı en göz alıcı çalışma ilaç sanayi sektörünü bir araya getirerek 2 Mart 2012 tarihli ön çalışma yapıldı ve arkasından 15 Mayıs 2012 tarihinde sektörün güçlü ve zayıf yönleri, tehditleri ve fırsatları ele alındı. Ardından oluşturulan taslak metin, ilgili tüm kurum ve kuruluşlara gönderildi. Bu taslakta global bütçenin revize edilmesi ile ilgili sektörün güçlü yönleri arasında bir husus bulunmaktadır. Ayrıca bunun yanında ilaç fiyatlarının düşmesiyle ortaya çıkan ekonomik belirsizlikten kaynaklanan bütçe kısıtı sektörün zayıf yönleri arasında değerlendirildi. Ayrıca planda sunulan hizmet kalitesi ile bağdaşmayan ilaç bütçesinin belirlenmesi, fiyatların Çin’de, Hindistan’daki gibi marketler dışında diğer ülkelere kıyasla çok düşük seviyeye indirgenmesi, ARGE (Araştırma-Geliştirme) yatırımcı öz kaynakların yaratılması ve ilaç fiyatlarındaki düşüşten kaynaklanan ve ekonomik belirsizlikten kaynaklanan belirli kısıt konuları öncelikli sorun alanları başlığı altında strateji belgesinde yer aldı. Bu belgeyi derledikten sonra Ekonomik Koordinasyon Kurulu’nda bunu bir devlet belgesi haline getirilerek sektöre bir hizmet sunmayı düşünüyoruz.

Sanayi Genel Müdürlüğü başta olmak üzere Bakanlık merkez birimlerinde özellikle organize sanayi bölgeleri ve kümelenme ile ilgili sektöre önemli hizmetler yapan birimler bulunmaktadır. Ayrıca ARGE ve inovasyon konularında yine sektörle birlikte çalışan kamu, üniversite ve sanayi işbirliğini öne alan Bilim ve Teknoloji Genel Müdürlüğü bünyesindeki sektörle ilgili teşvik ve destekler bulunmaktadır. Merkez birimleri hariç KOSGEB (Küçük ve Orta Ölçekli Sanayi İşletmeleri Geliştirme Birliği), TÜBİTAK (Türkiye Bilimsel ve Teknolojik Araştırma Kurumu), Türk Standartları Enstitüsü (TSE) ve Türk Patent Enstitüsü (TPE) gibi kurum ve kuruluşlarımız da bunların yine bizim strateji belgesinde doğrudan sektörün sorunlarını gidermekle mükellef olan birimlerdir. Şu ana kadar sektörün önünü görmesine sağlayacak bir belge olmamasıydı. Bakanlığımız bir strateji belgesi ve eylem planı hazırlayarak bu yolda olumlu adımlar atmıştır ve devam etmektedir.

Moderatör: Bunlar yeterli mi? Sektör ne düşünüyor bu konuda? Hukuki ve idari düzenlemelere ihtiyaç var mı; ne yapılmalı? Vahim bir tablo çizdiniz. Yatırım ve üretim yapmak istiyorsunuz. Sektör bunları yapabilecek mi?

İEİS yetkilisi bu soruyu şu şekilde yanıtladı:

Global bütçe uygulaması altında sürekli aşınan fiyatlar ve kar marjları ile yaşamını sürdürmeye çalışan bir endüstri bulunmaktadır. 2011 yılı sonunda kamuoyu ile paylaşılan 2023 vizyonunu da içeren devletle beraber ilaç endüstrisinin yol haritası başlıklı bir rapor yayınladı. Burada da ısrarla vurgulanan konu ilaç endüstrisinin stratejik bir alan olarak adlandırılmasıydı. Bu konuda çalışma yapılabilecek kamu birimlerinin harekete geçirilmesi ile bir denge kurulması gerektiği düşünüldü. Geline nokta bu kısmen ortaya çıkarıldı, Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı'nın çalışması çok önemlidir. Vurgulanan bir başka önemli konu, özellikle Türkiye'de üretim açığı bulunan alanları belirleyerek bunların teşvik edilmesi; yabancı sermayenin buraya kanalize edilmesini öngörülüyor. Üretim üssü olma kabiliyetimizi bu boş alanlara yönlendirmek gerekiyor. Yeni teşvik programında onkoloji, biyoteknolojik kan ürünleri gibi üretim boşluğu olan alanlar teşvik ediliyor.

Konvansiyonel ilaç üretiminde Türkiye'nin çok ciddi bir geçmişi ve ciddi bir kültürü var. Bu nedenle desteklenmesi ve belli alanlara yabancı sermaye kanalize edilerek bu yöne doğru gidilmesi yönünde plan-program yapılması gereklidir. Kamu otoritesinin belli birimlerinde ilaç endüstrisinin önemi ve katma değeri yüksek bir alan olduğu, desteklenmesi halinde küresel bir oyuncu olma yolunda ilerleyebileceği yönünde bir anlayış belirlenmiştir. Bu anlayışın, diğer global bütçe mekanizması altındaki ortamı yaratan anlayış ile belli bir diyalog çerçevesinde denge kurulmalıdır.

Moderatör: Yeni global bütçe dönemi için öngördüğünüz, özellikle bütçe dağılımı konusunda kanıta dayalı tıpla ilgili nasıl bir öneri sunabilirsiniz?

AİFD Genel Sekreteri soruyu yanıtladı:

Global bütçenin tabanının ne olacağı önemlidir. Kamu 2010'dan başlayarak 2012'de alımları ile şu an sonlanmış olan 46 milyar TL'lik bir 3 yıllık bütçe öngörmüştü. Son yılı da 16,7 milyar TL idi. Kamu bütçe açıkları nedeniyle iskontolar oluşturup uyguladı. Bu aşamada yapılan hesaplara göre kamuya tedbirlerin faz-

la olduğunu ve bütçenin altında kalacaklarını vurgulandı. Yılsonu gösteriyor ki piyasa yapısı değişmediği halde 46 milyar TL'nin 800 milyon TL altında kaldı.

Kamu ve özel sektör bir arada karar vermelidir. Öngörülen o ki krizden çıktığımız için ve yeni bir krizin sıkıntıları görüldüğü için tamamen rasyonel olamayabiliriz ancak tedbirler alınabilir. O tedbirleri yönetebilmek açısından da kamu ve özel sektörün işbirliği yapması gerekir.

Moderatör: Global bütçe sıkıntılarını giderebilmek için katılım payı ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Tamamlayıcı sağlık sigortası ile ilgili ne düşünüyorsunuz? Bu yöntemler bir destek olabilir mi?

TISD yetkilisinin yanıtı şu şekilde özetlenebilir. Katılım payı uygulaması destek olabilir ancak bunu çok iyi düşünmek gerekmektedir. Eğer devlet ilaç sanayini öncelikli stratejik sektörler arasında kabul ederse buradaki gerçekçi parametreleri de ortaya koymalıdır. Genel bütçe yapıyorsa tüm paydaşlar için aynı şekilde bir takım riskler değerlendirmeli ve paylaşmalıdır. En basit bir eşdeğer ruhsatı bile 2 - 2,5 sene uğraştırıyor. Bugün global bütçeyi yapsanız ilacınız en iyimser biçimde 3 sene sonra ödeme kapsamında olacaktır. Bütçenin sektörün önünü açması gerekmektedir. Türkiye'de ilaç üretim becerisini sahiplenmemiz gerekir. Kalite standardı ve ulaşılabilirlik konusunda 80'li yıllara kıyasla çok daha iyi durumdayız. Üretimde standartlarımız dünyaya uygundur. Bu nedenlerden dolayı, global bütçenin gerçekçi olması lazım.

Aile hekimliği gibi bütçeye fayda sağlayan şeylerin bütçeye mutlaka koyulması gerekir. Şu andaki sıkıntılar da benzer şeylerden kaynaklanıyor. Teşviklerin realist şekilde yapılması, yatırımların önünün açılması, uygulamaların daha şeffaf yürütmesi gerekiyor. Mesela ödeme komisyonu toplantıları daha önce 4 periyot idi, şimdi 2'ye bile inebilir. Ruhsat için süreç uzamaktadır. Teşvik edilecekse bunun sisteme daha hızlı dahil olması lazım. O ilaç ne yazılıyor ne eczaneye alınıyor. Gerçekçi bir bütçeyle bunların önü açılırsa Türkiye'de üretim hızla çok ileri gidebilir.

Moderatör: Bu üretim kapasitesini kaybetmemek için bir soru sormak isterim. Özellikle teknokentler konusunda ne düşünüyorsunuz? Bura-

larda ilaç sektörüne yönelik bir teşvik veya yatırım olacak mı? Nasıl bir yapılanma burada düşünüyorsunuz?

Strateji belgesinin hayata geçmesi büyük önem taşımaktadır. Bunun için atılacak adımlar nelerdir? Sürecin etkinlik ve verimliliği nasıl değerlendirilecektir?

Sorunun yöneltildiği Bilim Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı yetkilisinin yanıtı şöyle idi:

Kümelenme ile ilgili teknokentlere yapılacak teşviklerle ilgili bir yönetmeliğimiz yayınlandı. Gerekli teşvik ve destekler var. Aynı şekilde KOSGEB in destekleri var.

Daha önceden sektörün önünü görebileceği bir resmi belge yoktu. Fakat strateji belgesi ve eylem planıyla sektörün mağdur olan taraflarıyla mağdur eden tarafları bir araya topladı. Burada meydana getirilen strateji belgesi yine o platformda toplanan tüm paydaşlara gönderilerek düşünceleri alındı ve şu an bu düşünceler taslak belgeye getirilmek üzere bulunuyor. 2013-16 taslak belgesi olarak adlandırılan bu belge tamamlanınca Ekonomik Koordinasyon Kuruluna sunulacak. Onlar bunu devlet belgesi haline getirdikten sonra öncelikli olarak sunulan tüm eylem planları ve sorumlu kurumlar kendilerine verilen bu görevi resmi olarak yapacaklar. Bu canlı bir belge, sürekli meydana gelebilen olaylar da eklenecek; her an ortaya çıkabilecek olan sorunlara da çare bulabilen bir belge olacaktır.

Moderatör: Tezgah-üstü (over-the-counter; OTC) ilaç kullanımının yaygınlaştırılmasını global bütçe ve kanıta dayalı tıp açısından nasıl değerlendiriyorsunuz? Sizce bu OTC ilaçların serbest satışı Türk insanına halk sağlığı açısından uygun mu?

TISD Genel Sekreteri konuyu şöyle değerlendirdi:

OTC dediğiniz ilacın tarifinde öncelikle mutabık kalmak gerekir. Avrupa Birliği'nde de bu konuda henüz bir anlaşma sağlanamamıştır, bir ülke de OTC dediğimiz bir ilaç başka bir yerde reçeteli satılmaktadır. Avrupa Birliği'nde de her ülkede kendine özgü sağlık sistemi uygulamaları var. Ülkeler arası KDV de farklıdır. Bu tür ilaçlar her ülkenin kendi sağlık sistemine göre düzenlenmelidir.

Türkiye’de ilaçlar 1262 sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu gereğince ruhsatlanır. Birinci madde der ki Sağlık Bakanlığı ilaçlara ruhsat verirken reçeteli ve reçetesiz satılmak üzere ruhsat düzenler. Gerek aynı kanun gerekse eczaneler için yapılan kanuna göre reçeteli ve reçetesiz ilaçların eczanelerde satılma mecburiyeti vardır. Ne olursa olsun eczanede bulunması gerekir. Ve birçok ilaç reçetesiz ruhsatlanmaktadır. Yani şu anda uygulanmaktadır. Ama sayısı az denebilir, çok denebilir. Sosyoekonomik yapısı ve halkın bilinç durumuna göre bunlar önümüzdeki önemli soru işaretleri diye düşünebiliriz.

İEİS Genel Sekreteri bu konunun halk sağlığına uygunluğu açısından gündemde olduğunu belirtti ve şöyle devam etti: Ama bizdeki uygulamada tezgah-üstü ilaç satışının olmadığını söyleyebilir miyiz? Reçete bir geri ödeme aracına dönüştürülmüş durumdadır. Dolayısıyla kendi cebinden parasını veren herkes eczaneden istediği ilaca ulaşabilmektedir. Dolayısıyla reçeteli ilaçlar şu anda hastalara reçete olmaksızın verilmektedir. Türk insanın ilaç kullanma yetisi olup olmadığını tartışmak gerçekçi değildir. Türkiye’de adı konulmamış bir OTC uygulaması vardır. Bunların ödenip ödenmemesi ayrı bir meseledir.

AİFD Genel Sekreteri ise “eczane dışı bir yerde ilaç satılabilir mi?” sorusunu şu şekilde cevapladı: Dernekler mutlaka eczanede satılması konusunda hemfikirdir. Derneğimizce, OTC ile ilgili kuralların düzenlenip bütçe yükünün kaldırılması gerekir. Hatta şu anda SGK’nın uygulamaya koyduğu “reçete başına 3 lira uygulaması, 3 ilaçtan fazlasına 1 lira uygulaması” nedeni ile özellikle ucuz olan ilaçlar büyük ölçüde halk tarafından cepten alıma geçmiştir. 10 lira üstünde de benzer ilaçlar vardır. Bunlar için de benzer bir üzerinde anlaşılabilir Avrupa Birliği örneklerine bakılarak bir liste yapılabilir. Bunlar geri ödemededen çıkarsa hem yeni bir sektör doğacak, hem de bütçeye olan yükü ortadan kalkacaktır. Bir kaç senedir tartışılmasına rağmen nedense henüz ciddi anlamda tartışır duruma henüz gelemedik.

Moderatör: Sektörün kendi içinde de çıkar çatışması yaşaması ve kamuya karşı net bir tavır koyamıyor olması söz konusu mu? Bu nasıl aşılabilir?

AİFD Genel Sekreteri bunun sorun olmadığını belirtti ve şöyle dedi: Üç senedir aslında sektör tüm paydaşları ile oldukça bütüncül bir şekilde kamunun karşısına geçmiştir. Global bütçe konusunda zaten hiç bir zaman bu rakamlarda tam

olarak anlaşılammıştır. Tedbirler konusunda da belli bir mutabakat sağlanarak devam edilmiştir. 2010 yılı sonunda ise bir mutabakat sağlanmaksızın kamu kendi tedbirlerini almış ve uygulamaya koymuştur. Burada da sektör içinde bir anlaşma çok da fazla olmamıştır. Yani aslında Türkiye’de ilaç sektörü şu anda tümüyle yaşamaya muhtaç, dolayısıyla çıkar çatışmasından çok burada stratejik bakışla bu sektörü nasıl ileriye götürürüz diye herkes bakmaya çalışıyor.

Moderatör: Terapötik eşdeğerlilik konusunda sektörün görüşü ve durumu nedir? Bu uygulanabilir bir yöntem midir? Uygulanabilir mi?

IEIS Genel Sekreteri’ne göre bu yine çok hassas bir konu, ama politik bir tercih. Bu ilaç sanayi ve endüstrisini ilgilendiren bir konu olmakla beraber aslında hizmet sunucusunu da doğrudan ilgilendiren bir konudur. Şöyle ki: ilaç endüstrisi bu konuda ancak böyle bir iç referans sistemi konulduğunda bunun yaratacağı etkileri (hasta üstünde) kamu otoritesiyle paylaşabileceği dışında hiç bir şey söyleyemez. Bu verilmek istenen hizmetin kalitesi ile ilgili bir şeydir. Yani siz hastaya pahalı ilacın yerine ucuz ilacı ben ödemek istiyorum demiş olursunuz. Kamu otoritesi bunu yaparak daha göreceli olarak pahalı olan ilacın fiyatının düşmesini bekleyecektir. Aksi halde hasta katkı payı artacaktır. Dolayısıyla verilen sağlık hizmetinin kapsamı ile ilgili bir konudur aslında. Geri ödemeyi ilgilendiren ve endüstrinin son derece hassasiyet gösterdiği bir konudur. Ama politik bir karar gerektiriyor. Sektörün üzerine düşen de, bunu hasta/kamu sağlığı açısından ortaya getireceği etkilere değinmek ve bunlar hakkındaki uyarı görevini yapmaktır. Yapabileceği başka bir şey de yoktur.

Moderatör: Endüstri nasıl sağlık teknolojileri değerlendirmesinin etkin bir parçası haline getirilebilir?

TISD Genel Sekreteri’ne göre sektör dediğimiz zaman özel sektör, depocular, eczaneler, hekimler, kamu kurumları, bu bütünün parçaları olarak düşünülmemeli. Biri etkilenince tümü etkilenen bir zincirdir ilaç sanayi. Bir tedavi yapılmaya çalışılırken, bazı ürünlere ihtiyaç olduğu ve ilaç sanayi bunu kaliteli olarak piyasaya sunuyor. Bu yapılıyor ama sanayinin dışında da birçok kurum var. Onlar da görevlerini yapıyor ancak bazı gecikmeler yaşanıyor. O zaman da sıkıntılar ortaya çıkıyor. Yatırımları yapamıyorsunuz yapmanız gereken. Bütçeniz yetmiyor

önünüzü göremiyorsunuz; alınan kararların daha uzun vadeli olması gerekiyor. Kısa vadeli kararlar sektörün önünü kesiyor. Bunları aynı gemi içinde beraberce düşünüp gerçekleştirmeliyiz. Sektör içinde çatışma yoktur, rekabet vardır. Bu da gelişme, ilerleme getirir. Görüş ayrılığı doğaldır. Sürdürülebilirliği için aslında kamu ve özel sektörün işbirliği yapılması gerekir. Ancak bu özel sektörde her adım kamuya bağlı olduğunu görüyoruz.

KAPANIŞ:

Moderatör: Bu oturumun sonunda ortaya çıkan ana mesaj sektörün sürdürülebilirliğinin sağlanması ve daha kaliteli sağlık hizmetleri sunulması açısından kamu ile özel sektörün işbirliğinin gerekliliğidir.

III. OTURUM - Global Bütçe ve Inovasyona Erişim için Inovatif Yaklaşımlar

Oturum başkanı : Prof.Dr. Hakan Ergün

Panelistler :

- Dr.Akif Akbulat (*Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Fiyat Mevzuat ve Araştırmalar Daire Başkanı*)
- Dr.Hüseyin Kılıçaslan (*Sosyal Güvenlik Kurumu Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü, İlaç ve Eczacılık Daire Başkanı*)
- Dr.Bilge Kanbur (*ARTED Yönetim Kurulu Başkan Yard.*)
- Dr.Yalçın Kaya (*AİFD Pazar Erişim Müdürü*)

Raportörler : Prof Dr Hakan Ergün
Nurgün Örgen

“GLOBAL BÜTÇE VE İNOVASYONA ERİŞİM İÇİN İNOVATİF YAKLAŞIMLAR” OTURUMU ÖZET RAPORU

Ulusal Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Forumu'nun üçüncü oturumunun genel teması, Global Bütçe sistemi mevcut uygulamasının inovatif sağlık uygulama ve çözümlerine erişim üzerindeki etkileri, gözlemlenen iyileştirme alanları ve bu alanlarda uygulanabilecek inovatif yaklaşımlara sağlık sektörü paydaşlarının bakış açıları olarak belirlenmiştir. Oturuma Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Fiyat, Mevzuat ve Araştırmalar Daire Başkanı Sayın Dr. Akif Akbulat, Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç ve Eczacılık Daire Başkanı Sayın Dr. Hüseyin Kılıçaslan, Araştırmacı Tıp Teknolojileri Üreticileri Derneği (ARTED) Yönetim Kurulu Başkan Yardımcısı Sayın Dr. Bilge Kanbur ve AİFD Pazar Erişim Müdürü Sayın Dr. Yalçın Kaya katılmışlardır.

Oturumda tartışılan temel konu, Global Bütçe sisteminin inovatif sağlık hizmetlerine erişim açısından yarattığı düşünülen komplikasyonlar olmuştur. Bu komplikasyonlar arasında, inovasyona erişimin gecikmesi veya mevcut fiyat ve iskonto sistemi nedeniyle kimi inovatif ürünlerin ülkeye girişinin mümkün olmaması, kimi alanlarda sağlık hizmet sunucularının maliyet kaygısı ile hizmet kalitesinden ödün vermek durumunda kalması ve mevcut durumda inovatif ürünlerin yanı sıra inovasyon yatırımlarının da ülkeye henüz çekilemiyor olması konuları üzerinde durulmuştur.

İnovatif ürünlere erişimin gecikmesi veya mümkün olmaması konusunda ortaya konulan çözüm önerilerinde, temel olarak mevcut sistemin “inovatif ürünleri” tanımlayıp bu ürünlerin maliyet etkililiğinin değerlendirilebilmesini sağlayacak şekilde iyileştirilmesi yönünde görüşler bildirilmiştir. Global Bütçe sisteminde bulunan iskonto yapısına alternatif olarak farklı ülkelerde uygulandığı belirtilen “fiyat” veya “hacim” anlaşmaları, “payback” sistemi, “risk paylaşımı” gibi modellerin yer alabileceği ve bu tür çözümlerin fiyatlandırma ve kamu iskontosu uygulamalarında yaşanan sıkıntılara da farklı bir bakış açısı getirebileceği belirtilmiştir. Bu noktada, bu tür uygulamaların Türkiye'nin dinamikleri de göz önüne alınarak ülke koşullarına uygun bir biçimde yapılandırılmasının önemi vurgulanmıştır.

Ayrıca, ilaç alanında bütçe aşımı söz konusu olduğunda tüm ilaçlara aynı uygulamanın yapılması yerine bütçe aşımında öne çıkan ürünlerle ilgili önlem alınması

yönündeki uygulamaların tercih edilebileceği belirtilmiştir. Ülkemizde üretimi yapılan ürünlerin geri ödemeye alınması, inovatif olduğu belirlenen ve maliyet etkili bulunan ürünlerin ise geri ödemeye alınması, yeni çıkan ilaçların bütçe aşımını değerlendirmesinden belli bir süre muaf tutulması gibi çözüm önerilerinin de inovasyona erişim açısından önemli olacağı belirtilmiştir.

Buna ek olarak, inovatif ürünlerin maliyetlerinin değerlendirilmesinde önemli bir hususun da “yan maliyetler” olabileceği üzerinde durulmuştur. Mevcut sistemde SGK bünyesinde henüz tam bir maliyet etkililik analizi yapılması için gerekli altyapı ve insan kaynağının bulunmadığı ve bu nedenle de Kurum tarafından yan maliyetler gibi etkenlerin analiz edilemediği vurgulanmış ve firmaların tarafsız kurum ve kuruluşlara yaptıracağı maliyet etkililik analizlerin Kurumun dikkatine sunulabileceği belirtilmiştir. Bu noktada, farmakoeconomik analizlerde temel alınacak verilerin yerel veriler olmasının önemi vurgulanmıştır.

Tıbbi cihaz alanında teknolojik gelişmelerin çok hızlı olduğu, görece yeni gelişen bir alan olduğu için inovasyonun ve yeniliklerin çok sık gerçekleştiği ve küçük değişikliklerle dahi daha etkili tedavinin sağlanabildiği belirtilmiştir. Ancak, maliyet etkililik gibi analizlerde baz olmak üzere klinik araştırma yapmak gibi yöntemlerin uygulanmasının zor olduğu, bu nedenle de kanıtı dayalı tıp uygulamalarının tıbbi cihaz değerlendirmelerinde önemli bir fırsat olabileceği üzerinde durulmuştur.

Sağlık hizmet sunucularının maliyet kaygısı ile hizmet kalitesi kaygısı arasındaki dengeyi kurlmaları konusunda sunulabilecek destekler üzerinde görüşler bildirilmiştir. Hastanelerde uygulanmakta olan hizmet paketi uygulamasının Sağlık Bakanlığı ve SGK işbirliği ile gözden geçirileceği ve hizmet paketlerinin mevcut fiyatlarının da değerlendirileceği belirtilmiştir. Buna ek olarak, hastanelerin hizmet kalitelerinin değerlendirilmesi ve bu değerlendirmelerin şeffaf bir biçimde kamu ile paylaşılmasının vatandaşın seçim yapmasını kolaylaştıracağı ve hizmet sunucuların hizmet kalitesi konusunda daha hassas olmasını sağlayabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, hastanın istemesi halinde “katkı payı” ödemek veya “tamamlayıcı sigorta” sisteminden faydalanmak suretiyle yaşamsal önemi olmayan fakat daha yüksek teknolojiye sahip ürünlere erişebilmesinin sağlanması da önerilen çözümler arasındadır.

İnovatif ürünlerin yanı sıra inovasyonun da ülkeye çekilmesi konusunda yatırım teşviklerinin önemine değinilmiştir. Teşvik yasasında stratejik ürünler kapsamına alınmış olan “biyoteknolojik ürünler” kapsamı içerisinde yer alan kan ürünleri ve onkolojik ürünlerinin üretimi ve bu alanlardaki yatırımların desteklenmesi konusunda önemli adımlar atıldığı belirtilmiştir. İlaç sektörü tarafından da yapılan çalışmalarda ülkemizin inovasyon ithal eden değil üreten konuma gelmesi için pek çok çözüm önerisi sunulduğu vurgulanmıştır. Klinik araştırmalar, AR-GE çalışmaları ve yüksek teknoloji kullanılan üretim sistemleri konusunda ülkemize çekilecek yatırımların sağlık giderlerinin finansmanına olumlu bir etkisi olacağı belirtilmiştir.

Sonuç olarak, Global Bütçe sisteminin uygulamasında gözlemlenen sıkıntıların aşımı konusunda tüm katılımcılar sürecin iyileştirilmesi ve sürdürülebilir bir sistemin yaratılmasının önemini vurgulamıştır. Bu alanda ortaya konabilecek pek çok çözüm olduğu ve bu alternatiflerin tüm paydaşların katılımı ile oluşacak geniş bir platformda değerlendirilmesi ile, Türkiye'nin yapısına uygun, sağlıklı ve sürdürülebilir bir sistemin geliştirilmesinin mümkün olabileceği belirtilmiştir.

IV. OTURUM: Hastanelerde Global Bütçe Uygulamalarının Kanıta Dayalı Tıp Uygulamalarına Etkisi ve Karar Mekanizmasında Sağlık Teknolojilerini Değerlendirmenin Rolü

Oturum Başkanı : Yard Doç Dr Haluk Özsarı

Panelistler :

- Dr Merve Akın (*Türkiye Kamu Hastaneler Birliği Kurumu Verimlilik Dairesi Başkanı*)

- Prof. Dr.Nurullah Zengin (*S.B Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimi*)

- Doç.Dr.İsmail Ağırbaş (*Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Kurumları Yöneticiliği Böl.Öğretim Üyesi ve Haymana MYO Müdürü*)

Raportörler : Yard Doç Dr Haluk Özsarı

Çiğdem Şar

“HASTANELERDE GLOBAL BÜTÇE UYGULAMALARININ KANITA DAYALI TIP UYGULAMALARINA ETKİSİ VE KARAR MEKANİZMASINDA SAĞLIK TEKNOLOJİLERİNİ DEĞERLENDİRMENİN ROLÜ” OTURUMU ÖZET RAPORU

ÖZET

Global bütçeye hastanelerin bakışı açısından öne çıkan görüşler şöyle özetlenebilir:

- Global bütçe uygulanacaksa hem kamu hem özel sağlık kurumlarını kapsamalı ve *diagnosis-related group/Tanı ilişkili grup** (DRG) ve *casemix*** ayağı olacak şekilde olmalıdır.
- Araştırmaya özellikle önem verilmelidir.
- Sağlık harcamalarının artması korkutucu değildir.
- Teknoloji ve finansman makası oldukça açıldığından, sürdürülebilirliği düşünmek gereklidir.
- Gerçek rakam tespit edilirse bu uygulamadan karlı çıkılacaktır.
- Sektörün önünü görmesinin sağlanması önemlidir.
- Tüm ilgili birimler statik değil dinamik olmalıdır.
- Sağlık verilerini ve insan kaynaklarını bu sürece uydurmak ve özellikle bilimsel komisyon yapılanmalarını sağlamak gerekir.
- Kanita dayalı tıp açısından sağlık hizmeti eğitimi önemlidir.
- Kaliteye önem vererek ilerlemeliyiz
- Önerilerin uygulanabilirliğini test etmeliyiz.
- Verilerin kullanılmasını sağlamalı ve öğrenmeliyiz.
- Her şeyden önce çalışan memnuniyetini de arttırmalıyız.
- Genel olarak sorunlar tek taraflı çözümlenmiş görülmektedir. Teknoloji gelişiminde maalesef hastaneler finansal nedenlerden ötürü tek başlarına hareket edememektedir. Teşvik ve destek için de devlet örnek verememektedir.

- Kaygıların en büyüğü tıbbi gelişmeler ve değerlendirmeler açısından veri temizliği ve güvenilirliği konusundadır. Bu konuda yeteri kadar titiz ve açık olunmalıdır. Teknoloji değerlendirmelerinde faydaların dikkatle ve ağırlıklarına göre hesaplanarak sıralama oluşturulması önerilmektedir.
- Önemli bir diğer faktör de tüm değerlendirmeler ve kanıta dayalı tıp içeriğinde, öneri ve yaşamalardan önce uygulanabilirlik ve ardından da performans ölçümleri yapılması gerektiğidir. Aksi halde bütçe ve beklentiler gerçekçi olamaz ve başarı etkin şekilde ölçülemez.

**Diagnosis-related group (DRG)* is a system to classify hospital cases into one of originally 467 groups.

** The term *casemix* refers to the type or mix of patients treated by a hospital or unit

Moderatör:

- *Global bütçenin tedavi kalitesine olumlu etkisi yoktur.*
- *Global bütçe yönetimi kolay olan bir uygulamadır ve tahsis edilen belirlenen rakama uyulması istenir.*
- *Bu nedenle öncelikle finansörün işine yarar*
- *Hastaneler gibi hizmet sunan kurumlarda global bütçe nedeniyle hizmet sunumunda yetersizlik olursa tahsisi yapılan kaynağın arttırılması şeklinde bir değişiklik yapılması gerekir.*

Hastaneler global bütçeye nasıl bakıyor?

Moderatör: *Sizce global bütçe ile hastanelerde kanıta dayalı uygulamalar arasında nasıl bir ilişki var? Nasıl bir ilişki olmalı? Özellikle akademik açıdan nasıl görüyorsunuz?*

Üniversite hastanesi temsilcisine göre, kaynakların kıt olması sağlık sisteminin yönetimini güçleştirmektedir. Bu nedenle kıt kaynaklardan en iyi şekilde faydalanmak için sistemler geliştirilir. Kanıta dayalı tıp (KDT) da bu şekilde geliştirilmiş yöntemlerdendir.

Bu bağlamda şu tespitleri yapabiliriz:

- Gerekçesi ne olursa olsun sağlık hizmetleri ile ilgili verilen her türlü kararda çıktının öngörülmesi mümkün değildir. İnsan sağlığında “ikinci kalite” yoktur. Bu da durumu zorlaştırır.
- Halk arasında “sağlık harcamalarının artışı çok kötü bir durumdur; kara bir deliktir ve bu mutlaka engellenmelidir” şeklinde bir algı oluşuyor. Oysa eğer toplumun ihtiyacı varsa ve bu nedenle harcama artıyorsa buna kötü denemez. Ayrıca toplum sağlığın da kötü giden noktalar ve bu nedenleri araştırılarak bunlara uygun aksiyon planları belirlenmelidir.

Global bütçe uygulanacaksa hem kamu hem özel sağlık kurumlarını kapsamalı ve *diagnosis-related group** (DRG) ve *casemix*** ayağı olacak şekilde olmalıdır. Aksi halde global bütçenin dağılımı sıkıntılı olur. Bulduğumuz noktada teknolojik olarak yapılabileceklerle finansal olarak yapılabilecekler arasındaki makas gittikçe açılmaktadır. Bu durumun çözümü sağlık teknolojisinin ortaya koyduğu fayda ve bu faydaların maliyetlerinin değerlendirilmesi ile ortaya konacaktır. Bunun için örneklem araştırmaları yapılmalıdır. Örneklem araştırmalarında karşılaşılan sorunlar arasında, araştırmalara desteğin az olması, yapılan çalışmalarda tarafsızlığın göz önünde bulundurulmaması ve var olan verilerin akademisyenlere çalışma yapılmak üzere paylaşılmamasından kaynaklanmaktadır.

Eğitim ve Araştırma Hastanesi temsilcisi ise bu soru bağlamında görüşünü şöyle özetledi. Global bütçenin sağlık finansörünü koruduğu yönünde bir bakış açısı bulunmaktadır. Ancak bu yönetime sadece kar açısından bakmak sağlık sistemindeki kaliteyi etkileyecek bir bakış açısıdır. Hasta, hekim, yönetici ve ilaç sektörü paydaşlarının zarar görmemesi için sağlık finansörünü uygun şekilde kullanmak ve kalite faktörünü de göz önünde bulundurmamak gerekmektedir.

Global bütçede gerçekçi bir rakam belirlenirse geri ödeme kurumu açısından avantajlı bir rakam belirlenebileceği düşünülmektedir. Ek olarak, ekonomik krizin yaşandığı, belirsizliklerin olduğu bir ortamda ilaç sektörü kendini bir dönem için garantiye almış olmak ve gelecek projeksiyonunu ona göre yapabilme imkanı sağlamış olacaktır. Anlaşma sağlanamaması durumunda bir sene sonra daha bü-

yük bir krizle nerede olacağını bilememenin ilaç sektörü için çok daha ürkütücü olması beklenmektedir. Global bütçe ile ilgili en önemli konu rakamların gerçekçi tespit edilebilmesi ve alt yapının doğru oluşturulabilmesidir.

Global bütçe de planlanan bir rakam kabul edildiği durumda bile, zor vaka yönetimi ve bekleme uzaması gibi riskleri de göz ardı etmemek gerekmektedir. Ortaya çıkabilecek bu risklerin çözümü ve kimin tarafından karşılanacağı, sistemin aksamaması için yapılabilecekler için yeni Global Bütçe döneminde değerlendirmeler yapılmalıdır.

Burada sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesi, global bütçenin gerçekçi olarak realize edilmesi iyi kullanılabildiği zaman elimiz güçlü olacaktır. Özellikle sağlık teknolojileri değerlendirmeleri konusunda iş gücü ve emek gerekiyor. Bilimsel komisyon yapılarını dikkate alarak akademik potansiyelimizi daha iyi yansıtacak yapılanmalara ihtiyacımız var.

Moderatör: *Kamu hastane birlikleri (KHB) açısından global bütçe ve kanıta dayalı tıp bağlamında siz ne düşünüyorsunuz?*

663 sayılı kanun ve kararname ile birlikte yeniden teşkilatlanma ve KHB'nin kurulması ile Türkiye'de bir reform olacağı ve bu adımın temellerinin atılmaya başladığı belirtildi.

Bu kapsamda KHB olarak amacın finansal sürdürülebilirliğin sağlanmasının yanı sıra sağlık hizmeti sunumunu en iyi kalitede yerine getirmek ve sağlık hizmeti eğitiminin de devamlılığını sağlamaktır. Dolayısıyla kanıta dayalı tıp uygulamalarını hastanelerde destekleyici ve öncü önlemler alınması gerekmektedir. Gösterge olarak da performans programlarında klinik kalite uygulamalarına uyum değerlendirilmelidir.

Kanıta dayalı tıp denince "maliyetler azalır mı?" sorusu akla gelmektedir. Kanıta dayalı tıp hekimlere yol gösterici rehberler oluşturmak için ortaya konmuş bir yöntemdir. Bir adım sonrası da hasta yollarından ölçebileceğimiz çıktılar olup olmadığına bakmaktır. Bunun için öncelikle elimizde var olan verileri en iyi şekilde kullanabiliyor olmamız gerekmektedir.

Moderatör: *Global bütçenin ve kanıta dayalı tıbbın sektörün uygulayıcıları açısından 2 güçlü 2 zayıf yanını söyler misiniz?*

Tüm panelistlerin vurguladığı güçlü yanlar şöyle sıralanabilir:

- Kolay uygulanabilir bir yöntem (özellikle araştırma yapmak istemeyenler için).
- Öngörülebilirliği iyi hesaplanmalı; limit, kaynak, hareket alanı belli.
- Gerçekçi olursa ülke şartlarında realize etme adına fırsat veriyor. Ülke olarak sağlık hizmetlerine ya da ilaca ne kadar para ayırabileceğimize o kadar rakamı pratiğe geçirme adına bir fırsat veriyor.
- Sürdürülebilirlik ve gelecekle ilgili bir projeksiyon yapma aşamasında bir avantaj sağlar.
- Rakamlar belli; tarafları “ayağını yorganına göre uzatma” noktasında da zorlayıcılık içeriyor. Tasarruf adına güçlü bir argüman; ancak bu noktada gerçek manada içi doldurulmalı.

Zayıf yanlar ise şu şekilde belirtildi:

- DRG ve casemix ile desteklenmezse başta üniversite hastaneleri olmak üzere hastaneler çok zarar edebilir.
- Türkiye temsilli araştırmaların global bütçeyi ne derece desteklediği anlaşılmalıdır.
- İlaçla ilgili noktada bütçe aşılması durumunda izlenecek yol konusunda geçmiş dönemde sıkıntı yaşandı. Miktar aşımalarının geriye döndürülmesi konusunda uygulanan metodun ciddi eksikleri oldu. Örneğin, bugün Türkiye’de bir kanser ilacının bulunamaması, eksikliği konuşuluyor gazetelerde. Bu ulaşılmaması kolay bir ilacın olduğu halde, eksiklik bu ürünün ticari karlılıktan çıkması nedeni ile sektörün bunu Türkiye’de bulundurma noktasındaki isteksizliğidir. Bu tip sıkıntılar giderilmeli. O zaman artılar eksilerden daha fazla olur.

Para miktarının belli miktar oluşu güçlü bir yan iken bir bakıma da zayıf yön olabilir. Var olan paranın verimli kullanımı için ölçülü kullanarak, uygun yöntemleri uygulamaya geçmek gerekmektedir.

Moderatör: *Siz yönetici, politika belirleyici, karar verici olsaydınız global bütçenin hangi zayıf yönünü görür, nasıl müdahale edersiniz?*

KHB Kurumu yetkilisine göre; kişi başına hekime başvuru sayılarının artmış olması zayıf yön olarak görülmektedir. “ilaç yazdırmak için doktora gitme” seçeneğinin bir şekilde azaltılması gerekiyor ancak bu durum da bütçenin artmasına sebep olmaktadır. Kişi başına hekime başvuru rakamları OECD ülkeleri ile aynı olmasına rağmen, onlarda bu rakamlar birinci basamakta iken ülkemizde ikinci ve üçüncü basamaklarda sisteme kayma gözlenmektedir. Sevk ile birinci basamağa kaymasını sağlamalı; ne zaman hastaneye başvurulması, ilaç alınması gerektiği anlatılmalıdır.

Kamu hastanesi yöneticisi bakışıyla konu aşağıdaki şekilde değerlendirilmektedir: Sevk zinciri olmalıdır; ama aile hekimliğinde hekimbaşına düşen hasta sayısı iki katı iken sevk zinciri daha büyük yük getirecektir ve bu nedenle uygulanabilir olmadığı düşünülmektedir. Sağlık teknolojileri değerlendirmesini (STD) Türkiye’de daha etkili uygulanabilir hale getirmek global bütçeyi başarılı uygulamada en güçlü araç olacaktır. Türkiye’de var olan bilimsel ve akademik potansiyeli ile birlikte maliyet etkililik konusunda bir bilgilendirme ve aydınlanma hareketi ile buna akademik çevrelerden ve kamu kurumlarından başlayarak ve belki ilaç sektörünün de bu noktadaki katılımını sağlayarak bilimsel zeminlerde yapılan bir STD’nin Global Bütçe ile tasarruf noktasında bize ciddi adımlar attırabileceği düşünülmektedir. STD’de başarılı adımlar atmamız global bütçe sınırları içerisinde kalımı sağlayacaktır.

Ayrıca sağlıkla ilgili karar verirken politik gerekçelerle karar vermemek gerektiği ve birinci basamağı daha verimli kullanmanın bir çözüm yolu olduğu vurgulandı. Fiili maliyetlerimizin kanıtlarının anlaşılması gerektiği, maliyet analizi çalışmalarının gerçekleştirilerek, fiili maliyetlerle sağlık uygulama tebliği (SUT) fiyatları belirlenmesi gerektiğinin önemi vurgulandı.

Moderatör: *Bir araç/gereç için teknoloji talebi geldiğini düşünelim. Başhekim olarak ne yapıyor, hangi aşamalardan geçirerek bunu kanıta dayalı hale getiriyorsunuz? Uyguladığınız prosedür nedir?*

Bir kamu hastanesi örneği olarak Ankara Numune Hastanesi’nde bir rutin işleyiş prosedürü bulunduğu hastanede her hafta toplanan bir ihtiyaç tespit komisyonu ile teknolojiyi talep eden kişinin de mutlaka bulunduğu bir toplantı

ile değerlendirmelerin yapıldığı belirtildi. Burada hastanenin amaçları, vizyonu, ilacın veya teknolojinin maliyeti ve bütçe durumu değerlendirilerek ihtiyaç tespit komisyonu bir fikir oluşturulduğu ve kararın buna göre hastane yönetimi tarafından gerçekleşmesi en önemli noktalar arasındadır. Rutin bu uygulamanın haricinde hastanenin önceliklendirdiği özellikli teknolojiler hastane tabanlı STD birimi tarafından değerlendirilmektedir.

Hastane tabanlı STD sisteminin kurulmuş olması ile projelendirilen işlerin verimliliği artacaktır. Örneğin, kemik bankası oluşturulması projesi benzer şekilde bir kurul tarafından değerlendirilmiş; bu projenin tek başına bir hastanede uygulanmasının verimli olmayacağı görülmüş; birkaç hastanenin birlikte davranması halinde uygulanabilir olacağına karar verilmiştir.

Moderatör: *Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) Kurumu olarak sizin mikro ölçekte düşündüğünüzü kamu hastane birlikleri makro ölçekte uygulamak için nasıl bir yol haritası çizmeli? Sağlık teknolojileri değerlendirmesi (STD) konusunda prosedür örneği verebilir misiniz?*

Sağlık Bakanlığı STD konusunda ilgili tüm birimleri ile çalışmalarına devam ettiğini, hastanelerden ya da herhangi bir birimden gelen, gerçekten verimli olduğu düşünülen ve sağlık hizmetine katkısı olacak olan konuların, sağlık politikaları paralelinde desteklediğini belirtti. Ancak şu aşamada böyle bir örneğin bulunmadığı, projelerin yakından izlendiği ve uygulanabilirliklerinin değerlendirildiği açıklandı. (örn. Göztepe Araştırma Eğitim Hastanesi'ndeki mortalite komplikasyon kayıt sistemi belirtildi).

Üniversite hastanesi açısından dikkat edilmesi gereken hususlar ise şöyle belirtiliyor: Ekonomi ve finansta aynı isim altında farklı terimlerle karşılaşılmasına rağmen, amacın maliyetleri karşılayarak, faydaların sağlanmasına olanak sağlamak. Fayda kategorileri ve ağırlıkları belirlenmeli ve birbiriyle ilişkisi kurulmalıdır. Şeffaflık ve geniş katılımı yapılması gereken bu sürecin önemi yüksektir. Bunlar belirlenirken, birinci kategori: hasta sayısı; ikinci kategori: cihazın getirdiği ilave yük (malzeme, yer, çalışan yükü ve katkısı var mı?); üçüncü kategori: "prestije katkısı var mı?" şeklinde ele alınmalıdır.

Moderatör: *Etkinlik verilerinin güvenilirliği konusunda ne düşünüyorsunuz? Bunu kalite standartlarına ya da değerlendirilmesine tabi tutuyor musunuz ya da tutmak için ne yapmanız gerekir?*

Yaşanmış bir örnek verilecek olursa; 2010'a gelinceye kadar 2008 ile 2010 arasında Ankara Numune Hastanesi'nin albumin kullanımı her yıl ikiye katlanarak geldiği, 2010'da yılda 800 000 lira albumin harcaması olduğu, STD sisteminin konuyu ele aldığı belirtildi. Komisyon oluşturup her albumin kullanan birimden bir temsilci ile dünya uygulamalarını ve literatürü değerlendirerek hastanede albumin kullanımı için 14 maddelik bir rehber oluşturulmuş. Yüzde 50 tasarruf beklenirken, 2011 Mayıs'ta başlanan uygulama ile 2012 Mayıs'ta %60 azalma olmuş. İlgili birimlere bu veriler sunulunca daha da azalma olmuş. Şu anda hastanenin %85 tasarrufta olduğu; tüm üçüncü basamak hastanelerinde benzer durumların olabileceği belirtiliyor.

STD bir teknik değerlendirme olduğu ve metodolojisinin evrenselliği belirtildi. İlaçın Türkiye'de ruhsat alması için mutlaka Türkiye'de faz çalışmasına gerek olmadığı, her yerde yapılmış bir çalışmanın geçerli olabileceği tartışıldı. Ancak bu veriler güvenilir midir sorusu için STD'nin en önemli potansiyel tehlikesi bu verilerin temizliği ile alakalı olduğu, eğer ilaç şirketlerinin desteklediği bu çalışmalar yanlılık (bias) taşırsa bu büyük bir tehlike yaratabileceği vurgulandı. Gelişim için sponsorluğun gerekli olduğu, ancak diğer taraftan geri ödeme kuruluşları da daha maliyet-etkin alternatif tedavilere yönelik çalışmalara sponsor olunması gerektiği belirtildi.

Moderatör: *Verilerin güvenilirliği açısından Kamu Hastaneleri Birliği (KHB) Kurumu olarak siz ne düşünüyorsunuz; kamu hastaneleri birliklerine ne önereceksiniz?*

KHB Kurumu'nun işe alımlarda birlik yöneticilerinden ilk istediği, sözleşmelerinde dahi konu olan şey veri güvenilirliğidir. Sık değişimler nedeni ile veri tabanlarında hastane yatak sayısında bile hatalar oluyor. Bilgi teknolojilerinin etkin kullanılamaması buna neden oluyor olabileceği göz önünde bulundurulmalı ve acil müracaat sayısını, yatak sayısını doğru bilmeden bütçe ya da çalışma yapılamayacağı düşünülmelidir.

Moderatör: *Veri güvenilirliği ile ilgili bir pilot proje olarak ne önerirsiniz?*

Bu konuda SGK kilit noktadadır; itici güç olmalıdır; iyi organize olmalıdır. Maliyeti azaltıcı yöntemleri teşvik etmesi gerekir. Burada üç nokta göz önünde bulundurulmalıdır: kanıt dayalı tıp uygulamaları, maliyet etkililiği, ve genel sağlık sigortası bütçesi. Var olan kanıtların yeterliliği artırılarak, bütçe bakış açısını bu konulara da çekmeli teknolojiden bahsederken bu konuların da değerlendirilmesi sağlanmalıdır.

Soru: Bir akademisyen olarak A grubu özel hastanelerinin temiz, üniversitelerin kirliliğine dair kanıtlarınızı sunmanızı rica ediyorum.

Yanıt: Temiz cerrahi vaka kastedilmiştir. Özel hastanede başlayıp ardından bize gelen birebir kendi yaşadığım kanıtlar var. Hastanın şeker, yüksek tansiyon gibi komplikasyonları varsa, nakillerden koroner *bypass*'lara kadar hastalar bize geliyor. Bu hep böyledir. O zaman insan soruyor 'Hep mi böyle sıkıntılı hastalar gelir?' diye. Böyleyse özel kurumlar global bütçeye daha ılımlı bakmalı ama tam aksi söz konusu.

Soru: Hastanelerin kendi bünyelerinde kullandıkları ilaçları finansman yükünü üstlenmemek için dışarı reçeteledikleri görülüyor KHB olarak ilaçların toplu alımı için hastanelerin üzerindeki finansman yükünü nasıl hafifletmeyi düşünüyorsunuz?

Yanıt: Hastaneden dışarı reçete etmeleri global bütçelerini idare etmek için kendi buldukları çözümlerdir. Bu konuda herkese uyacak şekilde öneri taslağı hazırlanıyor; aksi halde 850 kurumun kendi yöntemi olacak.

Soru: Sadece Sağlık Bakanlığı hastanelerinin memnun olduğu bir ödeme sisteminin sürdürülebilirliği mümkün müdür?

Yanıt: Eğer global bütçe 3 yıldır uygulanıyorsa Türkiye'de, bu iki alandadır:

1. İlaç sektöründe
2. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde

Üniversite ve özel hastanelerde henüz global bütçe uygulaması yok. Dinamikler

farklı elbet. Eğer Sağlık Bakanlığı hastanelerinde uygulama başarılıysa, Sağlık Bakanlığının strateji biriminin global bütçe uygulamalarını bine yakın hastanede pratiğe geçirme noktasındaki çabalarına bir atıfta daha bulunacağım. Eğer Sağlık Bakanlığı uygulamaları başarılıysa bu strateji biriminin değerlendirilmesinde faydalıdır.

Bir de soruda bilgi eksikliği var gibi. Eğer ilaç sektörü ve Sağlık Bakanlığı arasında karşılaştırma yapılıyorsa bu dinamiklerin farklı olduğunun altını çizmek lazım. Ya da üniversite hastanesi ve özel sektöre göre Sağlık Bakanlığı kastediliyorsa şu ana kadar zaten global bütçe bu ilk iki grupta uygulanmadı.

KAPANIŞ:

Moderatör:

“Neyin ödemesini yaparsanız onu alırsınız.” Mark Roberts, Health Economist.

Geri ödeme yöntemidir Global Bütçe. Uygulamanın artılarını eksilerini tartıştık.

V. OTURUM - Türkiye’de Akılcı İlaç Kullanımı, Tanı Tedavi Rehberleri ve Klinik Kalite

Oturum Başkanı : Prof. Dr. Banu Çakır

Panelistler :

- Dr.Ali Alkan (Sağlık Bakanlığı İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu; Akılcı İlaç Kullanımı, İlaç Tedarik Yönetimi ve Tanıtım Daire Başkanı)

- Dr.Bilgehan Karadayı (SB Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Daire Başkanı)

- Dr.Hüseyin Özbay (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Klinik Kalite Daire Başkanı)

Temsilen Elife Dilmaç

- Hüseyin Kılıçaslan (Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç ve Eczacılık Dairesi Başkanı)

Raportörler : Prof. Dr. Banu Çakır

Ebru Yavuz

“TÜRKİYE’DE AKILCI İLAÇ KULLANIMI, TANI TEDAVİ REHBERLERİ VE KLİNİK KALİTE” OTURUMU ÖZET RAPORU

Akılcı İlaç Kullanımı Nedir?

Akılcı ilaç kullanımı; hastaların klinik ve bireysel ihtiyaçlarına uygun, etkili, güvenli ilaçları yeterli süreler boyunca almaları ve bu ilaç seçimi yapılırken hastalara ve topluma en az maliyetle yapılabilmesi olarak tanımlanmaktadır.

Türkiye’de akılcı ilaç kullanımı konusunun Sağlık Bakanlığı tarafından algısı ve Bakanlıkta bu konuda yapılanlar

Sağlık Bakanlığı ilacı fabrikadan çıkışından itibaren ele almaktadır. Bu kapsam dahilinde ilacı üreten sektör; eczanelere ulaşmasını sağlayan depolar; hastaya ulaşımını sağlayan eczacılar; doktorlara tanıtımını yapan mümessiller; ilacı kullanan ve hastalara yazan doktorlar; doktorların uygun gördüğü ilacın kullanımını sağlayan yardımcı sağlık personeli; hastalar ve hasta yakınları; düzenleyici otorite; medya; akademi ve meslek örgütleri var.

T.C.Sağlık Bakanlığının şu ana kadar ilaca etkisi paydaşlara yönelik yapmış olduğu düzenlemeler şöyle sıralanabilir:

1. 2011 yılında yayınlanan ve revizyonu planlanan sektör ve mümessillere yönelik Tanıtım Yönetmeliği

Bu yönetmelikle getirilen yeniliklerin üzerine mal fazlası ve reçetesiz ilaç satışının olmaması yönünde de gayretler varsa da düzenlemeler henüz yapılmamıştır.

2. Doktorlara yönelik reçete değerlendirme projesi

2010 yılının başından itibaren sahada reçete ile ilgili araştırma yapılmaya başlanmıştır.Bu çalışma kapsamında sahadan doğrudan reçete verisi toplanmış ve AHBS üzerinden de bir reçete değerlendirme araştırması yapılmıştır. Şu andaki sistemde Türkiye’de 22.000 hekim izlenebilmektedir.Sistem; tonsillit, sinüzit ve otit vakalarında yazılan reçetelerin tedavi rehberleri tedavinin ne kadar uygun yazıldığıнын görülebildiği; yazılan ilaçların tedavi rehberlere uygunluk parametrelerinin değerlendirilebildiği; ilaçların ATC 1 dağılımları, ilaç adına göre dağılımlar,

ATC 5 etken madde dağılımları, tanı dağılımları, protokol sayılarının dağılımı, toplam maliyet, reçete başına düşen ilaç dağılımı, kalem sayısı, kutu sayısı, reçetelerin ne kadarının antibiyotik içerdiği, ne kadarının enjeksiyon preparatı içerdiği, ne kadarının analjezik içerdiği gibi parametreler açısından değerlendirildiği; kendi içerisinde mesajlaşma sistemi olan ve Bakanlığın ilgili gruptaki hekimlere duyuru yapabildiği bir sistem olarak işlev görmektedir.

Aynı sistem ile ilgili olarak, halen 32 ilde 1500 farklı merkezde bir müdahale araştırması uygulanmaktadır; 300'er gruplar halinde 5 grup bulunmaktadır. Bunlardan 300 hekim kontrol grubunda, 300 hekim sadece geri bildirim verilen grupta olup, diğer bir 300 hekime uzaktan akılcı ilaç kullanımı eğitimi verilmiş ve eğitimin etkisini ölçmek için izlem yapılmaktadır. 300 hekime ise tanı tedavi rehberleri açılmış olup, kendi şifreleriyle istediklerinde bu sayfalara ulaşarak eğitimlerini pekiştirebiliyorlar. Son olarak, rasgele seçilmiş 300 hekime müdahale kapsamında hem düzenli geri bildirim veriliyor, hem tanı tedavi rehberlerine ulaşacakları sayfalar, hem de uzaktan akılcı ilaç kullanımı eğitimi modülü açılmış durumda. Amaç, hekimlerin seçilmiş hastalık vakalarında tedavi belirlemede rehberlere uygunluk düzeyinin değerlendirilmesi ve farklı müdahalelerin akılcı ilaç kullanımını gerçekleştirmek açısından etkilerinin saptanmasıdır.

3. Ayrıca, Hıfzıssıhha MektebiM tarafından geliştirilmiş olan uzaktan akılcı ilaç kullanımı eğitim modülü var,
4. Yine Hıfzıssıhha mektebi tarafından geliştirilen ve halen Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü (SAGEM) tarafından geliştirilmeye devam eden tanı tedavi rehberleri bulunmakta.
5. Hastalara ve hasta yakınlarına ve ayrıca topluma ve hekimlere yönelik akılcı ilaç kullanımı konusunda Sağlık Bakanlığı halen bir kampanyası hazırlığı yürütülüyor ve hazır olduğunda lansmanı yapılacak.
6. Yürütülen her projenin kanıtı dayalı olması amaçlandığı için bilimsel danışma kurulu oluşturulmuş durumda.
7. Çocuklara yönelik "güvenli kapak uygulaması" var.
8. Soğuk zincirde bulunması gereken ilaçlara yönelik dünyada geliştirilen indikatör kullanımının zorunlu hale getirilmesi için mevzuat çalışmaları var

9. İllerde ve hastanelerde akılcı ilaç kullanımına yönelik il ve hastane temsilcileri var

10. Hıfzıssıhha mektebi tarafından yapılmış olan saha araştırmaları var. Sektörden ya da akademisyenlerden tez ya da makale için gelen talepleri ise olumlu değerlendiriliyor ve veri sağlanması konusunda işbirlikleri yapılabiliyor.

Akılcı ilaç kullanımına ilişkin yapılan bazı önemli istatistikler neler gösteriyor?

- Hekimlerin hastalarına ilacın nasıl kullanılacağını anlatma oranları

aile hekimleri %64,9 oranında, uzman hekimler %68,1 oranında anlatıyor

- Hekimlerin ilaç yazarken en sık faydalandıkları kaynaklar

aile hekimlerinin %78,9'u uzman hekimlerin ise %74,3'ü ilaç tanıtım mümesillerinden faydalanıyor. Yine aile hekimlerinin %74,4'ü uzman hekimlerin ise %74,3'ü tanı tedavi rehberlerinden faydalanıyor.

Türkiye'de Tanı Tedavi Rehberleri Konusunda Durum Nedir?

Hekimlerin %82,8'i klinik rehberlerin varlığından haberdar ama bunların %66,5'i bu rehberleri kullanıyor, %84'ü ise klinik rehber ihtiyacı olduğunu ifade ediyor.

Klinik rehberler artık sağlık hizmeti sunumunda bir şıklık değil, bir zorunluluktur. İleride bu rehberlere göre hekim performansının da değerlendirmesi de gündeme gelecek.

Klinik rehberlerin hazırlanması ve yaygınlaştırılmasındaki çalışmalar kapsamında öncelikle Finlandiya klinik rehberleri konusunda 2008'de başlatılan çalışmaların sonlandırılması hedefleniyor. Finlandiya'nın seçilme sebebi; Finlandiya Medical Society'nin bu alanda çalışmalar yapan ilk kurumlardan biri olması ve kar amacı gütmeyen tek kuruluş olması. O nedenle Finlandiya ile 2012 Haziran ayında bir anlaşma imzalanmıştır. Halen ilgili rehberlerin web sayfası hazırlanıyor. 900'ün üzerinde rehber, 4000'in üzerinde kanıt özeti, videolar ve ses dosyaları gibi hekimlere yönelik kaynaklar var. Bunların birebir tercüme yapıp, 2013 yılın-

da 20.000 kullanıcıya açılması planlanıyor. İleride çıkabilecek en büyük soru bu rehberlerin birebir Türkiye’de uygulanıp uygulanamayacağı konusu. Rehberlerin tercümelemleri tamamlandıktan ve rehberler hekimlere, sektöre ve tüm kullanıcılara açıldıktan sonra ilgili geri bildirimlerin alınması planlanmaktadır.

Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü’nün STD Konusuna Yaklaşımı Nedir?

STD kapsamı çok geniş ve farklı sektörlerden iş birliğini öngören bir platformu gerektiriyor. Bir koordinatör merkez olması durumunda; ki Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü buna aday olmuştur; bu konuda bir sıkıntı yaşanmayacaktır.

Klinik Rehberler Konusunda SGK Görüşü

Klinik rehberlerin gerekliliğine SGK da inanmakta olup, tedavi rehberlerinin sadece 1. Basamakta kullanılmayıp, bütün uzmanlık alanlarına yönelik rehberlerin hazırlanması gerektiğini destekliyor. Başka rehberlerin yokluğunda sürecin yönetilmesi gerekliliği doğduğundan SUT geliştirilmiştir. Halen Türkiye’de SUT ile uyumlu olmayan reçetelerin bedeli ödenmediğinden herkes buna uymakla mükellef durumda. 2002’den bu yana 1. Basamakta çalışmaların kullanımına yönelik rehberler olsa da hekimler rehberlere uygun reçete yazım davranışı konusunda yeterli motivasyona sahip değil. Bu nedenle hekimlerin önemli çoğunluğu mümessillerin yönlendirmesiyle reçete davranışlarını şekillendiriyor. Uygun olan yeterli sayıda rehberin var olması ve SUT’un bu işlevden bağımsız kılınması olacaktır. Zira, bazı hastalar gerçekten tedaviye ihtiyaçları olmasına rağmen SUT ile çizilen sınırın dışında kalıyor. Bu halen SUT’un komplikasyonlarından biri. Bu durumda SB endikasyon dışı ilaç kullanımı ya da yurtdışı tedaviye izinle bu komplikasyonlardan etkilenmemeye çalışıyor ama daha doğru kurgu belki de SUT dışı değerlendirme komitesi kurmak ve bu yolla genel hastalar için kuralları daha net belirlerken, istisnai hastaların tedaviye erişimini de daha iyi yönetmek olacaktır.

Akılca İlaç Kullanımı Konusunda SGK Görüşü

Akılca ilaç konusunda SGK’nın önemseddiği konuların başında “israf” geliyor. Reçete edilip eczaneden temin edilse bile ilaçların önemli bir bölümü kullanılmıyor

ya da atıl bir biçimde durup, son kullanma tarihleri dolduğunda atılıyor. Şu anda SGK kurum olarak finanse ettiği bir anket çalışmasını profesyonel bir şirketle yürütüyor. Temel amaç evdeki atık ilaçların hangi ilaç profilinde olduğunun tespit edilmesi. Bu çalışmanın sene sonuna kadar tamamlanması hedefleniyor.

Akılcı ilaç kullanımı konusunda önemli ikinci sorun hekimlerin rehberlere uygun olmayan reçete yazım davranışı. Bu durum SUT ile bir yere kadar kontrol ediliyor olsa da önemli oranda kaçaklar var.

Reçeteli ilaçların reçetesiz olarak kullanımı ise bir diğer sorun. Her ne kadar reçete ile fatura edildiğinde bütçeye etkisi var gibi görünse de bu durum kurum açısında yine de bir sıkıntı.

Türkiye’de Klinik Kalite Programı

Türkiye klinik kalite programı Şubat 2012’de Sağlık Bakanı’nın verdiği talimatla başlamıştır.

Çalışmanın kurgusunun içinde “ölç, değerlendir ve iyileştir” yapısı var. “Türkiye’de sağlıkta kalite” denildiğinde ne anlaşılıyor konusunda tam bir ortak görüş yok. Bu amaçla, ilk olarak “klinikte kalite nedir?” sorusuna cevap bulabilmek amacıyla 3800 sağlık çalışanı ve yöneticisi ile 1800 hasta ve hasta yakınına yönelik bir anket çalışması yapılmıştır. Türkiye için “genel kalite”, “klinik kalite” ve “hizmet kalitesi” tanımları oluşturulmuştur. Nihai Bakan onayını takiben bu veriler ilgili kurum ve kişiler ile paylaşılacaktır.

Kalite değerlendirme basamaklarından “ölçme” kısmı için Türkiye’deki mevcut duruma bakılmasına karar verilmiş ve pilot olarak 3 vaka seçilmiştir: Gebelik-dişabet ve diz protezi. İlgili olarak 18 aylık bir çalışma başlatılmıştır. Türkiye’de bir hastayla ilgili bilgilerin sistemde nasıl dolaştığına ilişkin bilgi alt yapısına baktığında, sistemin parçalı bir yapısı olduğu ve düzenli olmadığı; aile hekimliği sisteminde ayrı hastanelerde ayrı tutulduğu görülmüştür. Bir hastanın sistemi içindeki tüm/ilgili verilerinin hekim ya da sağlık uzmanı tarafından gerekli olduğu durumlarda görülebilmesi çok önemli. Bu nedenle sağlık bilgi sistemlerinin altında özel bir ekip kurulmuş olup, bu ekibe seçilmiş bu 3 vaka için bilgi sistemindeki verileri gerektiğinde bir araya getirmek ve kullanabilmek için nasıl alt

yapı olması gerektiği konusunda çalışmalar yapmaktadır. Bu amaçla dış uzman havuzları oluşturulmuş olup, ilgili danışmanlar tanı almış veya potansiyel tanı alması öngörülen hastalar için hekimin hangi aşamada ne yapması gerektiğine dair standartlarının belirlenmesi, bu standartların yerine getirilip getirilmediğini izlemek için bazı indikatörlerin belirlenmesi ve bu hastanın bakım için izlediği yola ait basamakların tayinine yönelik mevcut durum analizleri yapmışlardır. Bununla ilgili SWOT analizi yapılmış, ve bu çalışmayı ilk önce entegre edip uygulayarak, başarıyı değerlendirmek üzere 7 farklı ilden 24 yataklı tedavi kurumu ((kamu, özel, üniversite olmak üzere) ve 24 aile sağlığı merkezi seçilmiştir... Bu merkezlerden bu 3 vaka ile ilgili bilgilerin gelip gelemeyeceği, nasıl geleceği, eksik yönleri neler, nasıl tamamlanabilir konularında bir çalışma yapılacaktır. 21 Ekim'e kadar standart indikatörlerin ve pathway'lerin tamamlanması hedeflenmekte olup, sonrasında bu pilot merkezlerde ilgili uygulamalar başlayacaktır. Eksiklikler giderildikten sonra sistemin diğer hastanelere yayılması planlanmaktadır. Sistem oturduktan sonra bu 3 vaka havuzu SGK ya da SB tarafından belirlenen önceliklere göre genişletilecektir.

KATILIMCILARDAN GELEN SORULAR VE CEVAPLARI:

İç referans uygulaması kapsamında reçeteye hekim tarafından müstahzar ismi yerine etken madde yazılması uygulanabilir mi? Bu uygulama akılcı ilaç kullanımını etkiler mi?

(TİTCK görüşü) Şu andaki sistemde etken madde bazında yazılan reçeteler gruplandırıp analiz edilebiliyor. Ancak bugün Türkiye şartlarında hekimlerin aldığı eğitimler düşünüldüğünde etken maddenin yazılması konusu gündemde değil. Reçeteye etken madde isminin yazılmasının amacı ucuz olan tedavinin verilmesidir ve zaten şu anda Türkiye’de orijinal ve jenerik ilaç fiyatları arasında bir fark kalmadı. O nedenle şu anda gerekli olmadığını düşünüyorum.

(SGK görüşü) Bugün reçeteye marka ismi bile yazılsa eczanenin ekranına düşen aynı etken maddeyi aynı miktarda içeren ürün listesi. Bu aslında eczacılardan gelen bir talep, ama mevcut koşullarda çok uygulanabilir değil.

Finlandiya kılavuzlarına karar verirken Finlandiya’daki hastalık profilinin Türkiye’den farklılık göstermesi nedeniyle adaptasyon sürecinde sıkıntı yaşanır mı? Bu rehberlerde hangi hastalıklar yer alacak? Bunlar bizimkilerle ne kadar örtüşüyor? Buna bakıldı mı?

(SAGEM görüşü) Bu konuda özel bir değerlendirme yapılmadı, ama rehberler kapsam olarak çok geniş. Rehberler 1. basamağa yönelik demek doğru olmaz ayaktan hasta tedavisine yönelik rehberler olarak bakılması gerek. Bir aile hekimi için de ya da bir eğitim araştırma hastanesinin ortopedi kliniği için de aynı rehberler geçerli olacak. Rehberler çok kapsamlı o nedenle Türkiye’nin ihtiyacını karşılayacağını düşünüyorum. Metodolojik açıdan da bilimselliği çok güçlü olduğundan ihtiyacı karşılayacaktır. Ayrıca, Finlandiya da hastalık yükü olarak Türkiye’ye benzerlikler taşıyor. Rehberler 1. veya 2. Basamak rehberler olarak hazırlanmayacak ayaktan hasta tedavisine yönelik rehberler olacak ve ayaktan tedavi alınan her basamakta kullanılacak. Bazı alanlarda eksik kalabilir. Örneğin, onkoloji gibi, ancak bu özel bir alan.

Klinik rehberlerin güncellenmesi konusunda ne düşünülüyor?

(SAGEM görüşü) Henüz güncelleme ile ilgili özel bir metodoloji tanımlanmadı ama SB'nin genel açıklık ve paylaşım politikası doğrultusunda bu konuda tüm taraflardan (ilaç sektörü de dahil) geri bildirim alınacak.

Global bütçenin paylaşımında; iskontolarda ya da değerlendirilmesinde ilerde hizmet kalitesi de söz konusu olabilir mi? Eğer öyle ise bu kalite sistemi hastane bütçeleri için SGK'nın işine yarar mı?

SGK; ilaçtan farklı olarak hastaneler için bütçeyi direk Sağlık Bakanlığı'na ödeme yapıyor ve Sağlık Bakanlığı kendi seçtiği kriterlere göre hastanelerine ödemeyi kendisi yapıyor. SGK bu dinamiklerin alt kırılımlarına müdahale etmiyor. SGK özel ve üniversite hastanelerinde fatura bazında kontrole devam edip uygunsuz olduğu düşünülen faturalarda kesintiye gidiyor. Sağlık Bakanlığının ilerde kalite konusunu performansla ilişkilendirmesi durumunu olumlu değerlendirir.

(SAGEM görüşü) Sağlık Bakanlığının sağlık hizmet sunumundan çekilme kararı var, o nedenle bu model ilerde değişebilir. Bütçeyi aile hekimleri için halk sağlığı kurumuna; hastaneler için ise kamu hastaneleri kurumuna devrettikten sonra bu dağılımı yarı bağımsız kurumlar yapabilir ya da SGK'ya devrolabilir. Mevcut tablonun ilerde de devam edeceğini düşünmüyorum.

Hem akılcı ilaç kullanımı, hem tanı tedavi rehberlerinin geliştirilmesi, hem de kalite değerlendirme süreçleri konularında Sağlık Bakanlığı dışında yine Sağlık Bakanlığının denetiminde ama daha bağımsız ve daha objektif değerlendirme yapabilecek grupların çalışmasına nasıl bakıyorsunuz? Bu konularda yurtdışındaki uygulamalar nasıl? Türkiye önümüzde 10 yılda nasıl devam etmeyi planlıyor?

(TİTCK görüşü) Akılcı ilaç kullanımına yönelik planlar ve düzenlemeler yapılırken aslında yeni keşifler yapılmıyor. Dünya Sağlık Örgütü akılcı ilaç kullanımının tanımını 1985'te yapmış ve bu geçen 27 yılda da "Toplumda akılcı ilaç kullanımı nasıl araştırılır", "Hastanelerde nasıl araştırılır?", "Nasıl uygulanır?", "Müdahale yöntemleri nelerdir?", "Neler yapılabilir?" gibi konular oluşturulmuş. Örneğin, dünyada en sık uygulanan müdahale yöntemleri; hizmet sunucuları ve halka

yönelik eğitimler, birçok ülkede reçete izleme değerlendirme, denetleme, geri bildirim ve gözlem sistemleri kuruluyor, yine ulusal ilaç politikalarının düzenlenmesi ile yapılan müdahaleler de var. Türkiye’de de ulusal ilaç politikaları ile ilaç fiyatlarına yönelik müdahaleler var. Bu müdahaleler bugüne kadar ilaç fiyatlarını azaltmak, kullanım hacmini azaltmak ve belli seviyede tutmaya yönelikti ama artık bu uygulamanın sonuna gelindi. Akılcı ilaç kullanımında hacim kontrolü yöntemleri hekimlerin ve halkın eğitilmesi, hekimlere yönelik izleme değerlendirme geri bildirim sistemlerinin kurulması ve bir takım değerlendirmelerle hekimlerin öz denetimlerini yapmasına yönelik işlemler yapılıyor.

Dünyada en olumlu etkiyi yaratan müdahale yöntemlerinden en öne çıkanı kombine müdahaleler olmuş. Kombine yöntemler tanı tedavi rehberlerinin uygunluğunun bakılması, hekimlerin uzaktan veya yüz yüze eğitiminin yapılması ve reçete izleme değerlendirme sistemlerinin kurulmasının beraber uygulandığı yöntemlerdir ve orta ve yüksek etki gösteren müdahaleler olmuştur.

Diğer bir müdahale yöntemi ise “toplum temelli vaka yönetimi”dir. Şu anda Sağlık Bakanlığının obeziteye ve sigaraya yönelik yaptığı müdahaleler buna örnektir. Yine akılcı ilaç kullanımı kampanyasında planlanan üst solunum yolu enfeksiyonlarında antibiyotik kullanımının; tüm paydaşların duyarlılaştırılması yoluyla azaltılmasına yönelik müdahaleler de buna örnektir.

Diğer bir müdahale yöntemi ekonomik strateji uygulanması olup bunlar orta yüksek etkide bulunmuştur.

Basılı materyaller ve basılı rehberlerle yapılan müdahaleler ve küçük gruplara yapılan halk eğitimleri düşük ve orta etkide bulunmuştur.

Bazı önemli Göstergeler

2011 yılında 130 milyon reçete incelendiğinde yaz döneminde %25’i; kış döneminde ise %35’i antibiyotik içeriyor. Yine %45’inde ağrı kesici var ki bu her iki reçeteden birinin ağrı kesici içerdiğini gösteriyor.

Mide ilaçları ya da gastroprotektif ilaçlarla ilgili bir çalışma yapılmadı ama yapılsa orda da benzer oranların görüleceği kanısındayım.

Dünyada ana reçete yazım göstergesi olarak kullanılan enjeksiyon preparatı yazılımı Türkiye’de %5-6 bandında (Eylül, Ekim döneminde grip aşısından dolayı %7-9 civarına çıkıyor)

Reçete yazım göstergelerinden biri olan reçete başına düşen ilaç sayısına bakıldığında;

Birinci basamakta her bir reçeteye 2,83 kalem ilaç yazılıyor.

Tamamlayıcı ilaç göstergelerinden reçete başına düşen ilaç maliyeti ve rehberlere uyum parametrelerine yönelik indikatörler geliştirildi, nasıl hesaplanacağı biliniyor ve hekimlere geri bildirimler veriliyor. Şu anda müdahale etmeden sadece geri bildirim veriliyor ve geri bildirim etkilerine bakılıyor.

Rehberlerin hazırlanması zorlu ve uzun süreçler ancak yurtdışından rehber almaktansa özgün rehberler hazırlamak daha yararlı olur mu, olmaz mı? Rehberlerin adaptasyonu konusunda yeterli insan gücümüz var mı? Yoksa bunları nasıl yetiştireceğiz?

(SAGEM görüşü) Hıfzıssıhha mektebi döneminde aslında 1. Basamağa yönelik tanı tedavi rehberleri geliştirilmiş ama bunların güncellenmesi noktasında ve bir sisteme oturtulması noktasında sorunlar yaşanmış. Türkiye şartlarında normal çünkü bu konu için hekim sayımız az. Klinik rehberleri hazırlamak için yetişmiş hekimlerimiz ve iyi üniversitelerimiz var. Ancak bunu bir sistem olarak oturtup düzenli takip etmek konusunda insan gücümüz yetersiz. Şu anda daha pratik ve ucuz bir çözüme ihtiyacımız olduğu için Finlandiya tercih edildi. Ayrıca Macaristan, Avusturya, Belçika, İskoçya da benzer şekilde çalışıyor. Türkiye başkalarının rehberlerini alıp kullanacak küçük bir ülke değil ama bugün için en ucuz ve kolay yöntem bu olduğu için tercih edildi.

Tarih olarak Türkiye merkezîyetçi ve devletçi bir yapısı var. Hasta yakınları ve doktorlar arasındaki bir şiddet konusu bile Sağlık Bakanının sorumluluğu oluyor. O nedenle ABD’deki farklı eyaletlerde farklı uygulamalar ve özel sağlık sigortacılığı gibi model Türkiye için pek uygun değil. O nedenle Türkiye NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ve Danimarka gibi Sağlık Bakanlıkları ile bağlantılı sistemleri olan ülkelere bakmalı. SGK’nın bu noktada özellikle STD

konusunda hem SGK'dan hem sağlık hizmet sunucularından bağımsız ayrı bir kurumun STD yapması yönünde haklı bir eleştirisi var. Bu noktada haklılar ancak en azından başlangıçta özellikle finansal açıdan Sağlık Bakanlığı'nın kanatları altından başlamasının faydalı olacağını ve uzun sürede bu şekilde ilerleyeceğini düşünüyorum. Bu üst politikanın vereceği bir karar.

Geri bildirim veriliyor ama etkisinin ölçülmesi konusunda ne yapılıyor?

(TİTCK görüşü) Reçeteleme göstergeleri, ana reçeteleme göstergeleri ve tamamlayıcı reçeteleme göstergelerinden oluşuyor. Burada rehberlere uygunluk, reçete başına düşen ilaç sayısı, antibiyotik içeren reçete yüzdesi, enjeksiyonluk preparat içeren reçete sayısı ve reçete başına düşen maliyet hekim-hekim ve tek-tek ölçülebiliyor. Hekimlerin bu göstergeler açısından geçmişte ve şu anda nasıl davranış gösterdiklerinin ölçüldüğü 39 aylık veri var. Yazın azalan kışın artan göstergelerin nedenleri ve etkilerinin neler olduğu izlenebiliyor. Örneğin 20.000 hekim alt alta sıralanıp karşılaştırılabilir. Reçete maliyetleri en yüksek hekimlere geri bildirimler verilip zaman içindeki reçeteleme davranışlarındaki değişimler gözlemlendi.

Kurulacak sistem henüz belli değil; incelenecek ve karar verilecek. Objektif ve kanıta dayalı kriterler gerekiyor. Bu kriterler ortaya çıkartılırken bir bilimsel danışma kurulu seçip katkı alınıyor. Her hekim için sadece maliyet parametresine göre değerlendirme yapılmıyor. Zaten akılcı ilaçta maliyeti düşürmekten bahsedilmiyor. Etkili, güvenli, uygun ilaçları; gerektiğinde ve gerektiği gibi kullanmak ve hatta mümkünse ilk önce yaşam değerikliği yaparak hiç ilaç kullanmamak gerekli. Eğer iyileşmiyorlarsa ve gerekiyorsa gereken kadar ilacın gerektiği kadar ve gereken zamanda doğru dozda ve doğru sürede kullanılması gerek.

Sonuç olarak, birçok algoritma çalışılması gerek. Bir sistem geliştirildi ve birçok kod (150- 200 bin satır kod) var ama hala çok prematüre. Hala geliştirecek analiz edilecek çok hastalık var. şu anda sadece 3 hastalık tonsillit, sinüzit ve otit seçildi. Tanıları sıklık sırasına göre dizildiğinde tedavisi net kriterlere göre belirlenebilen hastalıklar seçildi ki hekimler onlara göre analiz edilip kıyaslanabilir. Makalelere, tez çalışmalarına ve prevalans araştırmalarına yönelik verilerin paylaşılması planlanıyor

Klinikte kalitenin hastanedeki toplam kalite programı temeline oturtulması gerekli değil mi? Bu açıdan sizin yaptığınız değerlendirmelerin hastanelerin akreditasyonu ile ilişkisi kurulacak mı?

Biz sadece klinik kaliteye bakıyoruz. Toplam kalite yönetimi başka bir daire başkanlığı tarafından yürütülüyor. Bağımsız bir kurum tarafından yönetilmesi konusu konuşuldu ancak üst politikadaki karar vericilerin vereceği bir karar olduğu için bizim üzerimizde, ama benim fikrim ikisi birbirinden ayrılmaz.

KAPANIŞ KONUŞMASI ÖZET RAPORU

Dr. Rabia Kahveci

Sağlık politikalarını teşvik etmek amacıyla kanıta dayalı yöntemlerin uygulanması için Sağlık Teknolojileri Değerlendirmeleri en önemli parçalardan biridir.

STD'nin metodoloji, amaç, süreç ve algı konusunda değerlendirilmesinde bazı sıkıntılar bulunmaktadır. Ayrıca STD dendiğinde sadece ilaç olarak düşünülmektedir, oysa ki STD'nin içerisinde cihaz ve prosedür uygulamaları da bulunmaktadır.

STD'nin prensipleri arasında teknolojinin tıbbi ve ekonomik olarak değerlendirilmesinin yanı sıra kültürel, sosyal, hukuki ve etik bir değerlendirme metodolojisi de bulunmaktadır.

STD'nin amacı maliyetleri düşürmeye yönelik değildir, STD yatırımın değerinin, kalitesinin ölçülmesi ile birlikte uygulanabilirliğinin tespit edilmesine yöneliktir, bu nedenle de STD uygulamasından sonra kalite arttığı gibi maliyetler de artabilir.

STD'nin içerisinde bulunduğu multi disiplinler yaklaşım ile karar vericiler, sağlık sektörü temsilcileri, hasta dernekleri, klinisyenler gibi paydaşları bir arada bulundurulmalıdır. STD içerisinde kamunun rolü çok büyüktür ve kamunun tüm paydaşlar ile bir araya gelip tartışabileceği oturumlar düzenlenmelidir. "Birlikte düşünmek" konsepti ile konuşmak, tartışmak ve fikir çözüm önerileri geliştirmek gerekmektedir.

Kronik hastalık yönetimi ile ilgili olarak basamaklar arası entegrasyon ve koordinasyon gerekmektedir. 1. basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve bir sonraki basamak sağlık hizmetine geçişin koordineli olması esas alınmalıdır.

Sivil toplum kuruluşları da paydaşları aynı platformda birleştirmek için görev almalarıdır. Bu toplantı ile birçok paydaş aynı ortamda toplanmıştır ve bu toplantı sonrasında hazırlanacak olan oturum raporu paydaşlara iletilecek ve arkasından eylem planı oluşturularak, belirlenen konularda eğitim ve ek tartışma konuları oluşturulması planlanacaktır.

TOPLANTI SONUÇ BİLDİRGESİ

3. Ulusal Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Forumu sayesinde kısıtlı olan sağlık bütçesinin mevcut durumunun analizi yapılmış ve bu bütçenin en uygun biçimde yönetimi için veritabanlarının düzenlenmesi, sevk zincirinin oluşturulması, birinci basamak aile hekimliği sisteminin güçlendirilmesi, tanı tedavi kılavuzlarının oluşturulması, OTC ilaçlar ile ilgili düzenlemeler getirilmesi, akılcı ilaç uygulamasının pratik uygulamada yaygınlaştırılması, hastanelerde hizmet kalitesinin artırılması yönünde çalışmalarda bulunulması, kamu - sektör ortaklığından doğan projelerinin artırılması ve hakkaniyetli, sürdürülebilir bir sağlık sistemi için bütçenin gerekli ve gerçekçi parametreler dahil edilerek oluşturulması gerektiği hususlarının üzerinde durulmuştur.

Forum dahilindeki tartışmalar esnasında Kanıta Dayalı Tıp ve STD kavramının daha net anlaşılması ve anlatılması gerekliliği fark edilmiştir. Klinik rehberlerle ilgili çalışmaların çok yetersiz olduğu vurgulanmıştır. Çalışmaların daha çok ilaçlar ile ilgili yapıldığı ancak STD'nin özü itibarıyla tüm teknolojileri kapsadığı ancak diğer teknolojilerin değerlendirmesi alanında halen gelişmeye ihtiyaç duyulduğu da tespit edilmiştir.

Türkiye'de, 2010-2012 yılları arasında ilaç endüstrisi ile yapılan Global Bütçe anlaşmaları ile ilgili değerlendirmeler de yapılmıştır. Bu değerlendirmeler geçen 3 yıllık süredeki ilaç bütçesinin başarılı bir şekilde yönetilmesi, tüm paydaşların sağladığı katkı ile gerçekleşmiştir. Ancak bu süreçte özellikle sanayi paydaşları ciddi sıkıntılara girmiş olduğu da ilgililer tarafından ifade edilmiştir.

Mevcut sorunların aşılarak başarılı ve sürdürülebilir politikalar için tüm tarafların işbirliği içinde olmasının kaçınılmaz olduğu tekrar tekrar vurgulanmıştır. Ayrıca paydaşların sürece katılımının teşvik edilmesi gerekliliği ve hasta ve sağlık profesyonelleri dernekleri ile birlikte hukukçuların ve medyanın da sürece dahil edilmesinin önemi de vurgulanmıştır.

Sonuç olarak, Kanıta Dayalı Tıp, STD ve Global Bütçe uygulamaları sağlık alanında alınan kararlar da ön plana çıkan kavramlardır. Türkiye'de yeni olan bu konularda başarılı politikalar üretebilmek için alanda çalışan insan kaynaklarının güç-

lendirilmesi ve karşılaşılan sorunların ortak platformlarda paydaşlarla tartışılarak çözüm yolları aranılması ise bir temel gereklilik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Kanıta Dayalı Tıp Derneği, sorumluluk bilinci ile çalışma alanı içerisinde yer alan konularda faaliyetlerini sürdürmeye ve diğer organizasyonlar tarafından yapılacak olan faaliyetlere de katkıda bulunmaya devam edecektir.





www.kanitadayalitip.org