

Türkiye'de Kanserle Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği



tepav



İçindekiler

1. KÜRESEL EĞİLİMLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİSİ	4
1.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlanan Nüfus, Kanser Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi	4
1.2. COVID-19 Deneyimleri ve Sonrasındaki Gelişmeler – Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm	8
2. Kanser Tedavisi, Morbidite ve Mortalite Sorunları ile Finansal Etkiler	11
2.1. Kanser Tedavisi Yönetişiminin Geliştirilmesi	12
2.2. Tarama Politikaları.....	14
2.3. Tanı ve Tedavi Politikaları.....	17
2.4. Yenilikçi Kanser İlaçlarına Dair Politikalar.....	22
3. Sonuç ve Öneriler.....	28
4. Kaynakça	32

TÜRKİYE’DE KANSERLE MÜCADELE VE YENİLİKÇİ İLAÇ POLİTİKALARININ GELECEĞİ

Dünyada ve Türkiye’de artan yaşlı nüfusun etkisiyle hastalık profili değişirken, bu değişimlere paralel olarak sağlık bilincinin yükselmesi, sağlık hizmetlerine daha etkin bir erişim ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Sağlık sistemlerinin önemli bir unsuru olan ilaç politikaları, tıp alanında önemli bir dönüşümü tetikleyerek özellikle yenilikçi ilaçlar aracılığıyla, her alanda olduğu gibi, kanser hastalıklarının tedavi ve yönetiminde çığır açıcı fırsatlar sunmaktadır. Bu bağlamda, Türkiye'nin pozisyonunu anlamak ve gelecekteki fırsat ve zorluklara hazırlıklı olup olmadığını değerlendirmek, sağlık sisteminin sürdürülebilir bir şekilde yönetilmesi açısından kritik bir öneme sahiptir.

Yapılan bu çalışmada¹, özellikle kanser bağlamında dünyada ve Türkiye’de, tarama, tanı, tedavi ile bu hizmetlerin maliyet etkinliğinin yanı sıra yenilikçi ilaçların rolü ve gelecekteki potansiyel etkilerinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Türkiye'nin kanser tedavisinde sağlık politikalarını yenilikçi ilaçların etkisini de göz önüne alarak daha da iyileştiren, maliyet etkin ve toplum sağlığını önceleyen bir yol haritası oluşturulması temel hedeftir.

Çalışma kapsamında, öncelikle dünyada ve Türkiye’de kanser hastalığı mortalite , morbidite ve sağlık hizmetleri ile tarama, tanı ve tedavi yöntemlerini tarayan masa başı çalışmaları yapılmış ve derlenen bilgiler ışığında toplumu bilgilendirme ve bu konuda kamu-özel sektör diyalogunu geliştirmek amacıyla bir sunum hazırlanmıştır. Söz konusu sunum TEPAV’da yapılan bir toplantıda ilgili akademik, kamu ve özel sektör katılımcılarının davet edildiği toplantıda sunulmuştur. Toplantının temel amacı, kanser hastalığının insidansı, verilen sağlık hizmetlerinin yanı sıra Türkiye'deki yenilikçi ilaçların kullanımı ve onay süreçlerinin benzer ülkelerle karşılaştırmalı bir analizini sunmak ve küresel eğilimler doğrultusunda sağlık politikalarının ekonomik boyutunu ortaya koymak için görüş alışverişi yapmaktır. Toplantıda, bu konularda geliştirilebilecek politika önerileri ilgili taraflarla müzakere edilmiş ve tartışılmıştır. İkinci toplantıda ise, bu önerilerin de içerildiği politika seti katılımcılara sunulmuş ve katılımcıların görüşü de alınarak, geliştirilen politika seti zenginleştirilerek bu rapor hazırlanmıştır. Bu yöntemle amaçlanan yalnızca yenilikçi ilaçların Türkiye'deki kullanımını ve politika yönlendirmesini şekillendirmek olmayıp, etkilenen tüm paydaşların, konu ile ilgili bilgilendirildiği, bu bilgilerin ışığında, katılımcı bir ortamda, farklı politikaların etkilerinin değerlendirildiği bir yaklaşımı teşvik etmektir.

Bu doğrultuda hazırlanan raporun ilk bölümünde, küresel eğilimlerin sağlık hizmetlerine etkisi üzerinde durulmuştur. Son yıllarda yaşanan demografik değişimler, teknolojik ilerlemeler ve pandemi gibi olaylar sonucunda kanser vakalarının gelişimi incelenmiştir. Raporun ikinci kısmında, kanser tedavisinde, morbidite, mortalite sorunları ve finansal etkiler anlatılmıştır. Kanser tedavisinin yönetimi, tarama politikaları, tanı ve tedavi politikaları ve yenilikçi kanser ilaçlarına dair Türkiye’deki ve seçili ülkelerdeki mevcut durum incelenmiştir. Sonuç bölümünde ise Türkiye'nin kanserle mücadelesindeki güçlü yönler ve geliştirilmesi gereken alanlar vurgulanarak, ilerlemeleri desteklemek adına öneriler sunulmuştur. Bu öneriler, kanserle mücadele stratejilerinin güçlendirilmesi, kanser hastalarına ulaştırılan sağlık hizmetlerinin daha sürdürülebilir hale getirilmesi ve yenilikçi ilaçların daha etkin bir şekilde kullanılmasına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır.

¹ Bu rapor, TEPAV tarafından hazırlanmış olup, çalışmanın sponsorluğu MSD tarafından üstlenilmiştir. Bu çalışmanın planlanmasında veya yürütülmesinde, veri analizinde veya sonuçların yayınlanmasında MSD'nin hiçbir rolü yoktur. © TEPAV, aksi belirtilmedikçe her hakkı saklıdır.

1. KÜRESEL EĞİLİMLERİN SAĞLIK HİZMETLERİNE ETKİSİ

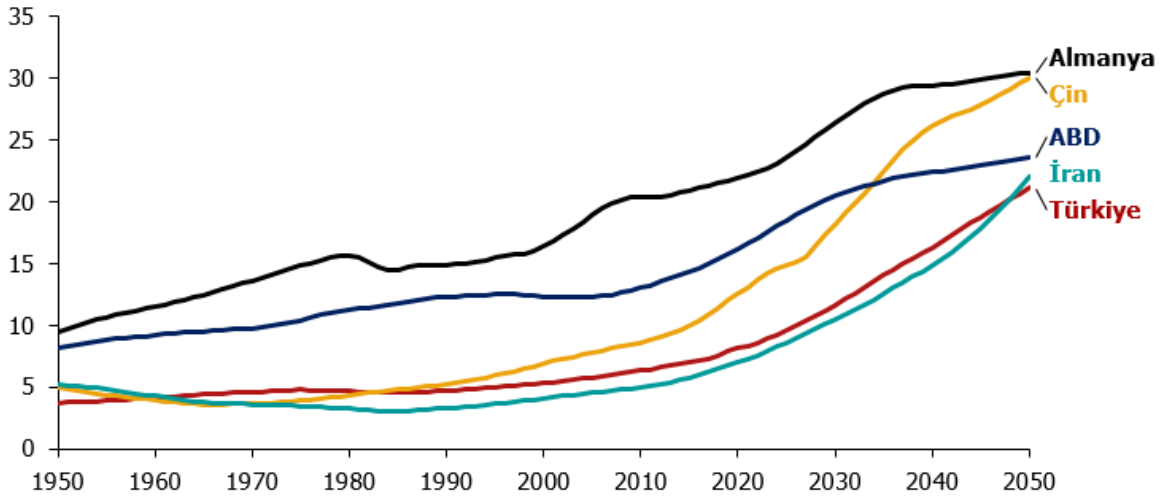
Sağlık hizmetleri, birçok faktörün de etkisi ile sürekli bir değişim içerisinde. Nüfusun yaşlanması ve pandemi gibi olaylar, sağlık sistemlerini etkileyerek, küresel eğilimleri belirgin bir şekilde şekillendirmektedir. Bu küresel eğilimlerin etkileri; hem sağlık hizmetlerine olan talep ve erişimde, hem de ilaç endüstrisi ve tıbbi araştırmalar gibi alanlardaki değişimde hissedilmektedir. Bu bölümde, nüfusun yapısı, beklenen gelişimi ve son dönemde yaşanmış olan COVID-19 pandemisinin sağlık sistemlerine etkisi ele alınacaktır.

1.1. Dünyada ve Türkiye’de Yaşlanan Nüfus, Kanser Etiyolojisi ve Epidemiyolojisi

Günümüzde, küresel çapta demografik bir dönüşüm yaşanmaktadır. İnsanlık, tarihi boyunca benzeri görülmemiş bir hızda ve ölçekte yaşlanan bir nüfusla karşı karşıyadır. Bu durum, bir yandan sağlık hizmetlerini ve sosyal sistemleri etkilerken, diğer yandan ekonomik, kültürel ve toplumsal yapıları da derinden sarsmaktadır. Raporun bu kısmında, Türkiye’de ve dünyada yaşlanan nüfusla birlikte kanser vakalarındaki değişim incelenecektir.

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde gözlemlenen uzun ömürlülük, düşük doğurganlık oranları ve sağlık hizmetlerindeki ilerlemenin bir sonucudur. Örneğin, 2050 yılına kadar Almanya’da 65 yaş üstündeki nüfusun toplam ülke nüfusunun neredeyse %30’una, aynı şekilde Çin’de de %30’a ulaşması öngörülmektedir. Türkiye’de de bu küresel eğilimin etkileri hissedilmektedir. Yaşlanma eğilimi, Almanya ve Çin gibi ülkelerin altında bir düzeyde seyretmesine rağmen, 2020 yılından itibaren arttığı görülmektedir (Grafik 1). Bu durum, Türkiye’nin demografik yapısındaki değişikliklerin hız kazandığını ve gelecekte yaşlı nüfus oranının artarak daha belirgin bir hal alacağına işaret etmektedir.

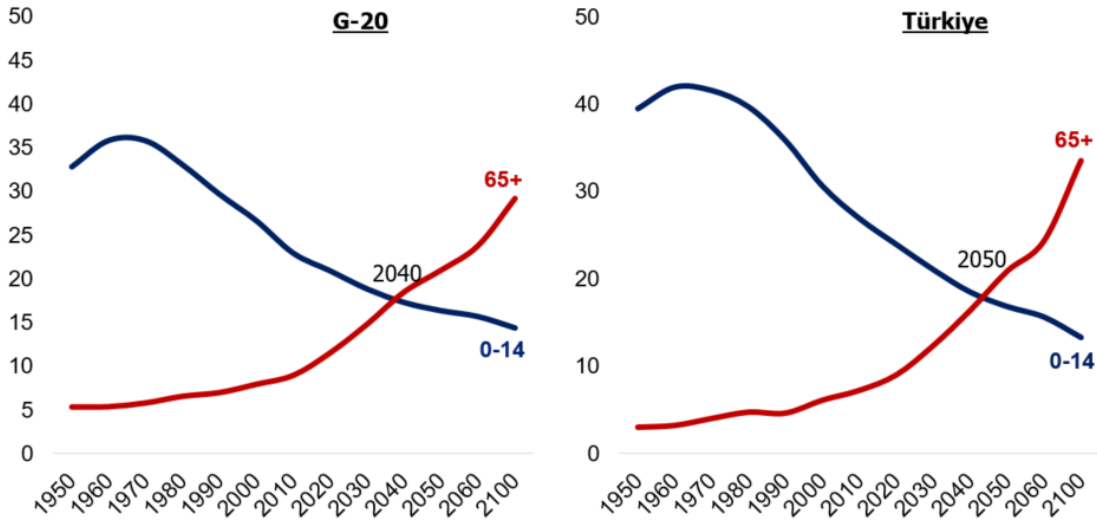
Grafik 1. 65 yaş üstünün ülke nüfuslarına oranı (1950-2050)



Kaynak: United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospect 2022, Online Edition.

Türkiye’deki yaşlanma eğilimi, diğer G-20 ülkelerine göre daha yavaş bir hızda ilerlemektedir. G-20 ülkeleri incelendiğinde, 65 yaş ve üstü nüfus ile 15 yaş altı nüfusun eşitleneceği yıl 2040 yılı olarak öngörülmürken, Türkiye’de ise bu eşitlenme yılı 2050 olarak hesaplanmaktadır. Grafik 2’de görüldüğü gibi burada önemli olan nokta, Türkiye’de 65 yaş üstü nüfusun, özellikle 2050 yılından 2100 yılına kadar G-20 ülkelerinden daha hızlı artacak olmasıdır.

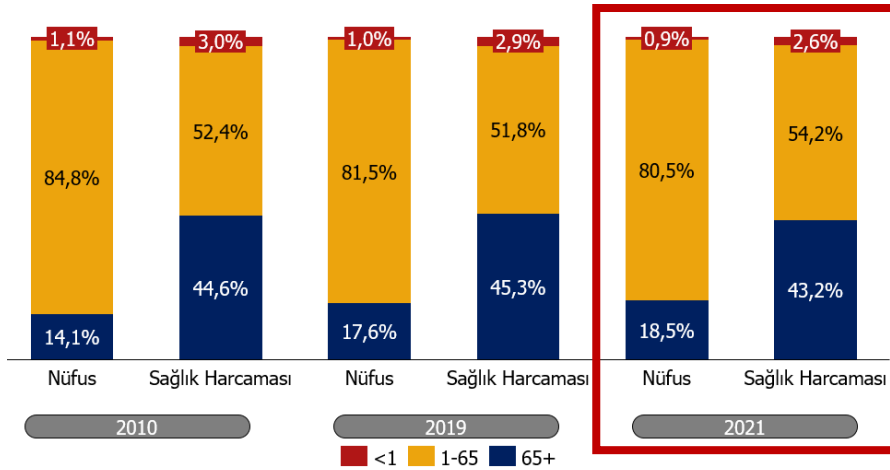
Grafik 2. Türkiye ve G-20 ülkelerinde yaş gruplarına göre nüfus oranı



Kaynak: BM Dünya Nüfus Tahminleri, TÜİK ADNKS, Genel Nüfus Sayımları, TEPAV Hesaplamaları.

Gelişen tıp teknolojileri ve sağlık hizmetlerindeki iyileşmeler, yaşam kalitesini artırmış ve ortalama yaşam süresini uzatmıştır. Yaşlı nüfusun artması, bu yaş gruplarında kronik hastalıkların ve sağlık sorunlarının daha sık görülmesine neden olmaktadır. Bu durum, sağlık hizmetlerine olan talebi artırmakta ve dolayısıyla sağlık harcamalarını yükseltmektedir. Örnek olarak Kanada incelendiğinde, 2021 yılında nüfusun %18,5’ine tekabül eden 65 yaş ve üstü nüfusun sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına içindeki payı %43,2 olarak görülmektedir (Grafik 3).

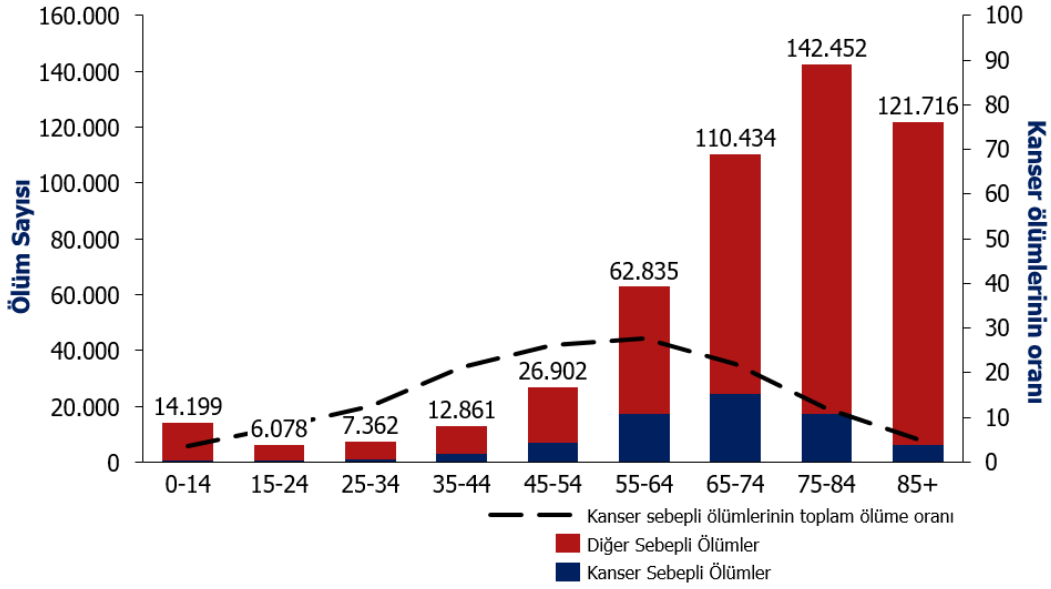
Grafik 3. Nüfus ve sağlık harcamalarının yaş gruplarına göre dağılımı (Kanada)



Kaynak: National Health Expenditure Database, Canadian Institute for Health Information (2022).

Yaşlı nüfusun artması, kanser vakalarının görülme oranının da önemli ölçüde artmasına yol açmaktadır. İstatistiksel veriler, yaşlanmanın kanser vakalarının gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Grafik 4’te görüldüğü üzere, 65 yaş ve üzeri nüfusun ölüm nedenleri arasında kanser sebebiyle ölümlerin oranı yüksektir. Kansere ilaçlarının, diğer hastalıkların tedavisini zorlaştırması ve hastaların direncini düşürmesi de bunda etkili olabilir.

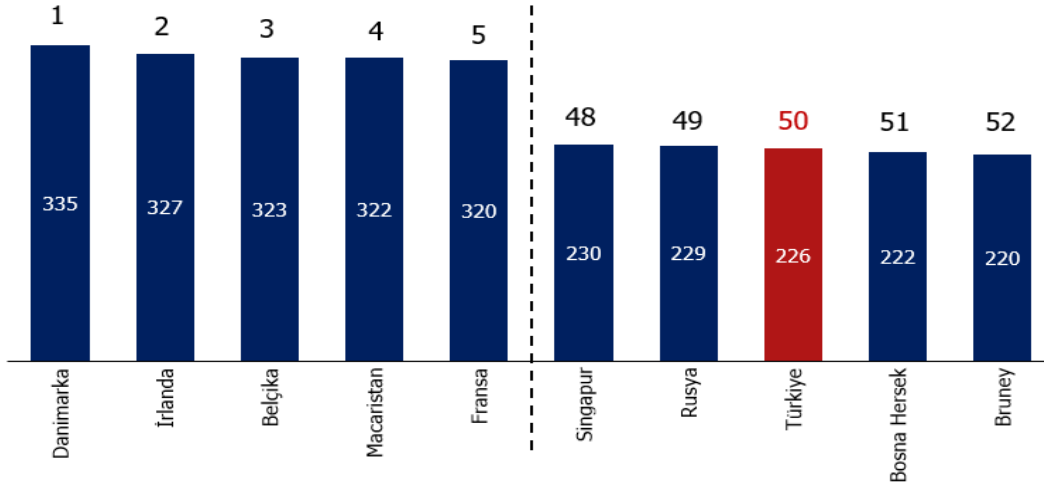
Grafik 4. Yaşa göre gruplandırılmış ölüm sebepleri



Kaynak: TÜİK, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2022.

Türkiye’deki kansere bağlı ölümlerin yaşa göre dağılımı incelendiğinde, en yüksek ölüm oranının 65-74 yaş aralığında olduğu görülmektedir. Kanser vaka sayılarının ülkeler arası karşılaştırması Grafik 5’te verilmektedir. Dünya Kanser Araştırma Fonu’nun verilerine göre, Türkiye 2020 yılında genç bir nüfusa sahipken her 100 bin kişide 226 kişide kanser vakası görülmektedir. Bu da ülkeyi 185 ülke arasında 50. sıraya yerleştirmektedir.

Grafik 5. Ünelere göre kanser vaka sayıları (yüz bin kişi)



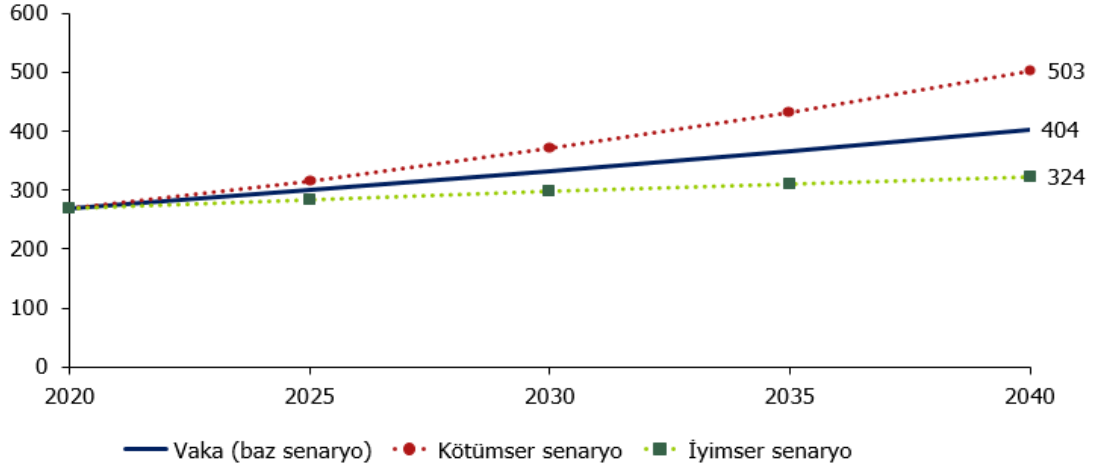
Kaynak: Uluslararası Dünya Kanser Araştırma Fonu (2020), TEPAV Görselleştirmeleri.

Özellikle 2040 yılına dair tahminler, Türkiye’deki toplam kanser vakalarında önemli bir artış öngörmektedir. GLOBOCAN’ın 2022 yılında ulusal kanser kayıtlarına dayalı “Türkiye’de kanser vakaları” çalışmasında, üç farklı senaryo dikkate alınmıştır: baz senaryo, kötümser senaryo ve iyimser senaryo. Grafik 6’da görüldüğü üzere; baz senaryoda, 100 bin kişi başına 404 kanser vakası öngörülmekteyken, en kötümser senaryoda bu rakamın 2020 yılına göre 2 katından daha fazla artarak 503 kanser vakasına

Türkiye’de Kansere Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

ulaşması beklenmektedir. Bu durum, Türkiye’de kanser vakalarının gelecekteki seyrinin önemli olduğunu ve bu gelişmeleri dikkate alacak bir sağlık politikası ile ilaç ve tedavi stratejilerinin gerekliliğini vurgulamaktadır.

Grafik 6. Türkiye’de yıllık kanser vakaları için senaryolar, 100.000 kişi başına

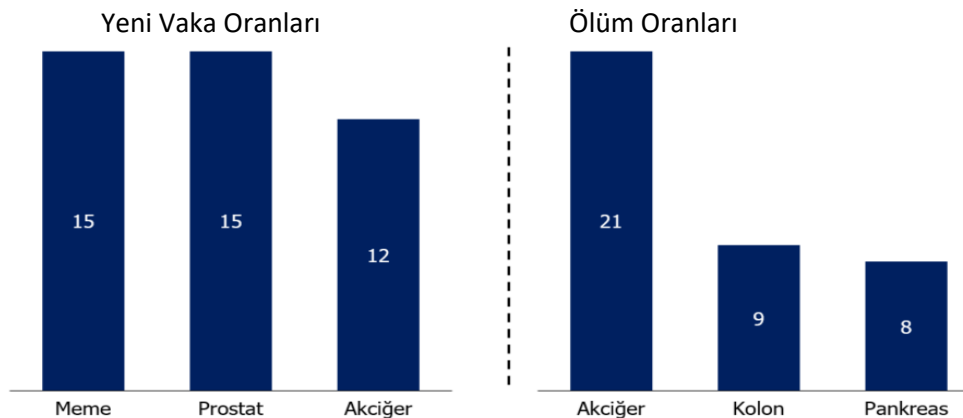


Kaynak: Ulusal kanser kayıtları, GLOBOCAN, Cancer Care in Türkiye in a European Context (2022).

*: Kötümser senaryoda vaka sayılarının baz senaryoya göre yıllık olarak yüzde 1 arttığı, iyimser senaryoda ise yıllık yüzde 1 azaldığı varsayılmıştır.

Genel kanser vakalarının projeksiyonlarına dair gözlemlere ek olarak, Türkiye’de en sık rastlanan kanser türlerine odaklanmak da gerekir. Erkeklerde özellikle prostat kanseri, kadınlarda ise meme kanseri en yaygın görülen kanser türleridir. 2023 verilerine göre, bu iki kanser türü de %15’lik oranlarla hala yüksek yeni vaka oranlarına sahiptir. Öte yandan, 2023’te kanser kaynaklı ölümlerde birinci sırada akciğer kanseri %21’lik bir oranla dikkat çekmektedir (Grafik 7). Bu analiz, Türkiye’nin kanserle mücadele stratejilerini belirlerken, spesifik kanser türlerine göre politikalarının geliştirilmesinin önemine işaret etmektedir.

Grafik 7. 2023 yılında kanser türlerine göre Türkiye’de en yüksek yeni vaka ve ölüm oranları (%)



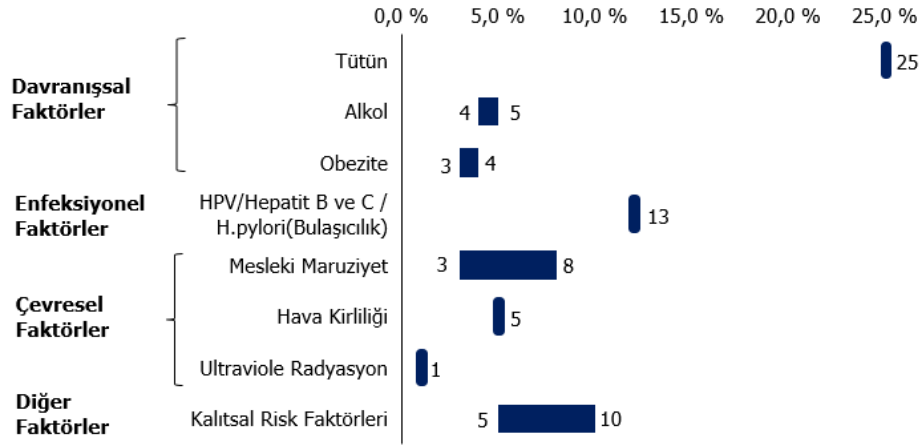
Kaynak: National Cancer Institute, Cancer Stat Facts: Common Cancer Sites (2023), TEPAV Görselleştirmeleri.

Burada belirtilmesi gerekli bir nokta da, Dünya Sağlık Örgütü’nün kapsamlı verilerine göre, kanser vakalarının yaklaşık %40’ının önlenabilir nitelikte olduğudur. Sağlıksız yaşam tarzı alışkanlıkları, özellikle

Türkiye’de Kansere Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

tütün kullanımı, aşırı alkol tüketimi ve düşük fiziksel aktivite düzeyi, birçok kanser türüne sebep olmaktadır (Grafik 8). Ayrıca zararlı çevresel etkenler, hava kirliliği gibi sebepler de kanser vakalarının artmasına yol açmaktadır. Bu veriler, kansere mücadelede sadece tedavi odaklı değil, aynı zamanda önleyici stratejilere de odaklanmanın gerekliliğini vurgulamaktadır.

Grafik 8. Kansere faktörlerinin nüfus için atfedilebilir fraksiyonları



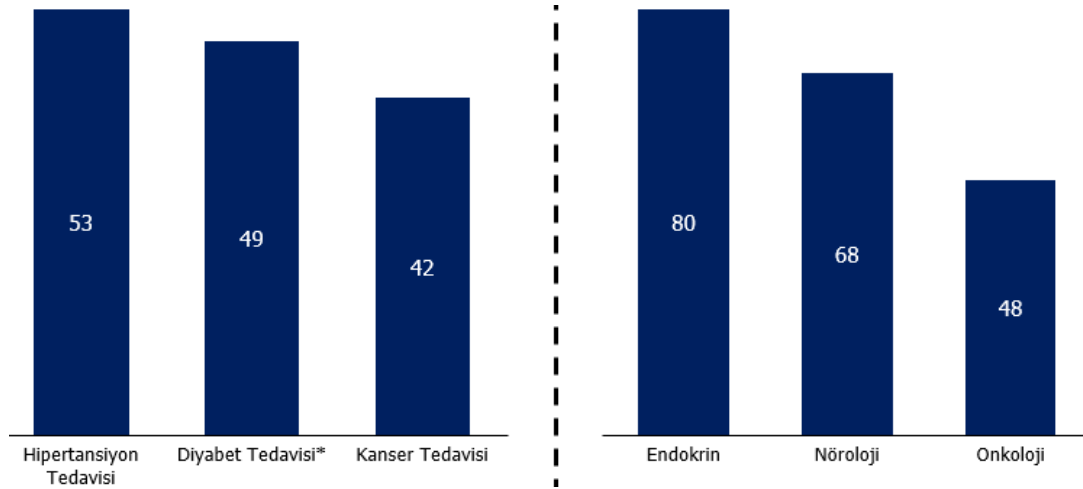
Kaynak: World Health Organization, WHO Report on Cancer: Setting Priorities, Investing Wisely and Providing Care for All, s. 65 (2020), TEPAV Görselleştirmeleri.

1.2. COVID-19 Deneyimleri ve Sonrasındaki Gelişmeler – Sağlık Hizmetlerinde Dönüşüm

Sağlık sistemlerinin karşılaştığı zorlukları anlamak, uygun politika üretmek açısından önemlidir. Bundan dolayı raporun bu kısmında küresel çapta COVID-19 deneyimleri ve sonrasındaki sağlık hizmetlerindeki dönüşüm vurgulanacaktır.

Öncelikle COVID-19 salgını, küresel çapta sağlık sistemlerine büyük bir baskı getirmiş; salgınla mücadeledeki zorlu süreç, sağlık hizmetlerine olan talepte önemli bir artışa yol açmıştır. Örneğin, Dünya Sağlık Örgütü’nün 29 Mayıs 2020’de yayınlanan “COVID-19 Pandemi Sürecinde Acil Olmayan Sağlık Hizmetleri” Raporu’na göre, 2020 yılında hipertansiyon tedavisinde %53, diyabet tedavisinde %49 ve kanser tedavisinde %42’lik bir hizmet aksaması yaşandığı tespit edilmiştir. Aynı çalışmada, klinik hasta kabulünde endokrinde %80, nörolojide %68 ve onkoloji alanında ise %48’lik bir düşüş rapor edilmiştir (Grafik 9).

Grafik 9. COVID-19 sebebiyle acil olmayan sağlık hizmetlerindeki aksaklık oranları ve klinik çalışmalarda hasta alımı düşüşü (%)



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü. (29 Mayıs 2020). Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic. <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>, TEPAV görselleştirmeleri.

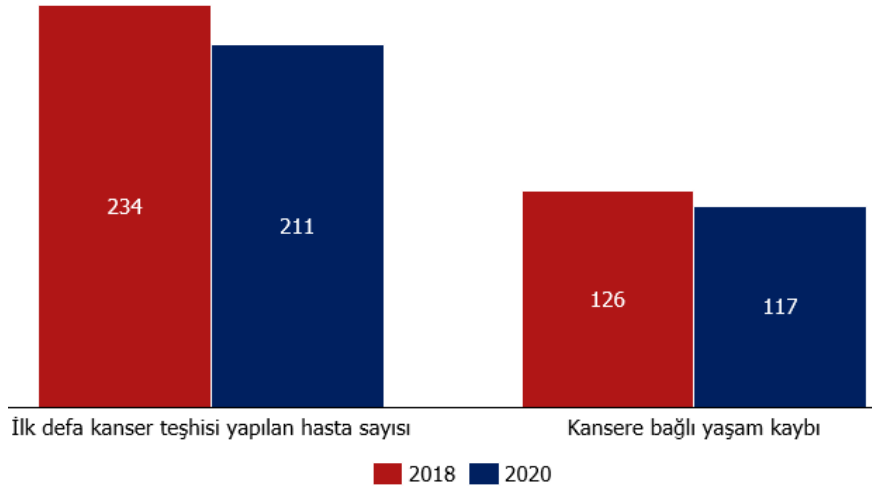
*: Diyabet ve Diyabetle İlişkili Komplikasyonların Tedavisi.

COVID-19 sürecinde özellikle kanser vakalarında verilmesi gereken hizmetlerin olumsuz etkilendiği görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü ve Küresel Kanser Gözlemevi’nin 2020 yılında yayınladığı verilere göre 2019-2020 döneminde, dünya genelinde kanser tedavisi hizmetlerinin %55’i aksamıştır. Kanser tarama ve tanıda da ciddi aksaklıklar gözlenmiştir. Fransa’da Nisan 2019 ve Nisan 2020 dönemleri arasında kanser tanıları %36 oranında azalma göstermiştir. Avusturya’da meme kanseri tanıları oranı Mart-Mayıs 2020 döneminde %40 oranında azalmıştır. İtalya’da 2020’nin ilk beş ayındaki tarama sayıları bir önceki yılın aynı dönemine göre 1,4 milyon düşmüştür. Sağlık personelindeki azalmaya bağlı olarak Hollanda’da meme kanseri taramaları sıklığı iki yıldan üç yıla çıkarılmıştır. İspanya’da tarama sayılarındaki azalmaya bağlı olarak kolon kanseri tanıları Mart-Haziran 2020 döneminde bir önceki yıla kıyasla %33’ten %5’e gerilemiştir.

Kanser tanı ve tedavilerindeki aksamaların yanı sıra, pandemi süreci bulaşıcı olmayan hastalıkların klinik araştırmalarını da büyük ölçüde etkilemiştir. Özellikle onkoloji çalışmalarının %20’si bu dönemde kesintiye uğramış; meme, prostat ve akciğer kanserleri bu durumdan en çok etkilenen kanser türleri olmuştur.

Türkiye’de ise 2018-2020 yılları arasındaki kanser vaka ve ölüm oranları incelendiğinde, COVID-19’un etkisinin önemli bir faktör olduğu açıkça görülmektedir (Grafik 10). Bu dönemde, kanser teşhisi konan hasta sayısında belirgin bir azalma gözlenmiş ve hasta sayısı, 234 bin kişiden 211 bin kişiye düşmüştür. Aynı şekilde, kansere bağlı yaşam kaybında da bir düşüş yaşanmıştır. Ancak, bu istatistiksel farkların sadece COVID-19 nedeniyle kanser hizmetlerinin aksamasıyla mı açıklanabileceği, yoksa kanser hastası olmakla birlikte ölüm nedenlerinin COVID-19 olarak mı kayda geçtiği tartışma konusudur. Örneğin, kalın bağırsak kanseri hastasının COVID-19’a yakalanması durumunda, ölüm nedeni olarak kanser mi COVID-19 mu olarak kayda geçtiği belirgin değildir. Bu durumlar, hem kanser istatistiklerinin doğru yorumlanmasını hem de COVID-19’un sağlık hizmetlerine etkilerini anlamayı zorlaştırmaktadır.

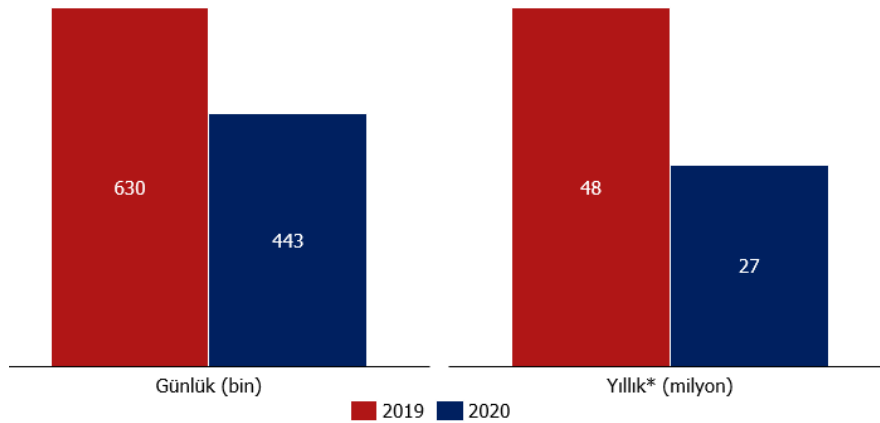
Grafik 10. Türkiye’de kanser vaka ve ölüm sayıları (bin kişi)



Kaynak: Dünya Sağlık Örgütü Uluslararası Kansere Araştırma Ajansı (2021), Globocan 2020 Factsheet, Dünya Sağlık Örgütü (2020), TEPAV görselleştirmeleri.

COVID-19 döneminde kanser teşhisi konan hasta sayısındaki azalmanın yanı sıra, pandeminin sağlık hizmetlerine olan genel talebi nasıl etkilediğine dair çarpıcı bir tablo ortaya çıkmıştır. Pandeminin etkisiyle, COVID-19 dışı sağlık hizmetlerine olan talepte belirgin bir düşüş yaşanmıştır. 2020 yılında bir önceki seneye kıyasla, kamu hastanelerine başvurularda %10-40 arasında, özel hastanelere başvurularda ise %10-20 arasında bir azalma gözlemlenmiştir (Grafik 11). Bu düşüşün temel sebeplerinden biri, pandemi koşulları altında pandemi dışı sağlık hizmetlerinin ertelenmesidir. İnsanlar, virüs bulaşma riskini azaltmak amacıyla rutin sağlık kontrollerini ve planlanmış tıbbi müdahaleleri erteleyerek sağlık merkezlerine gitme konusunda çekingenlik yaşamışlardır. Özellikle acil olmayan sağlık sorunlarına sahip bireyler, sağlık hizmetlerine ulaşma konusunda tereddüt etmiş ve bu hizmetlere başvuruda bulunmamışlardır. Pandeminin yarattığı bu çekingenlik, sağlık sektöründe pandemi dışı hizmetlere olan talepte normalin altında bir hasta hacmini beraberinde getirirken, pandemi ile baş etme konusunda sağlık hizmetlerindeki kapasite kullanımını olumsuz etkilemiştir.

Grafik 11. Türkiye’deki kamu ve özel hastanelerine ortalama başvuru sayısı



Kaynak: SGK (Nisan 2021). Sağlık İstatistikleri, TEPAV görselleştirmeleri.

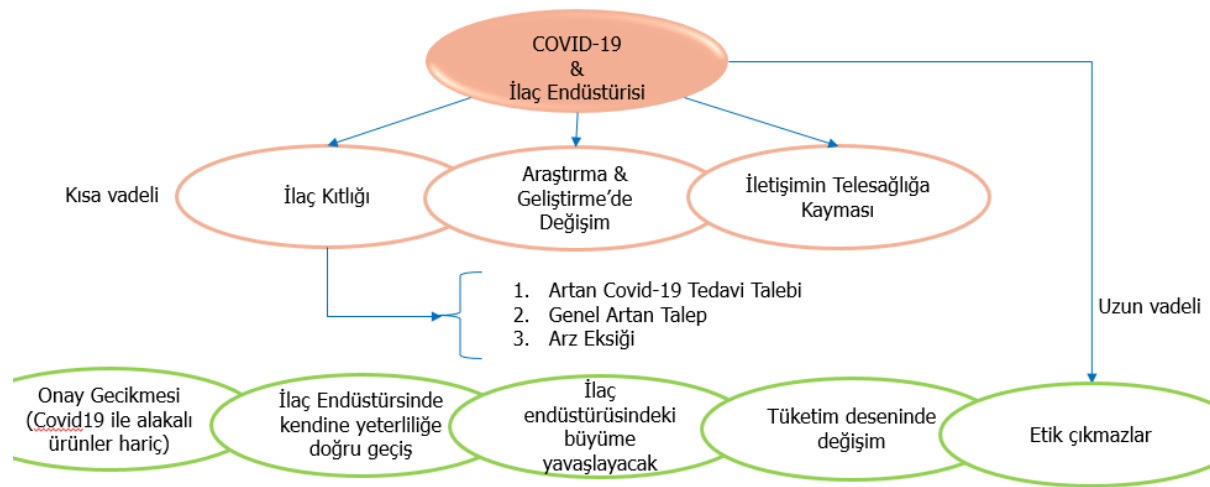
*: Mart 2020’den önceki ve sonraki 12 ay karşılaştırılmıştır.

Pandemi süreci sadece tedavi, araştırma süreçleri ve hasta başvuru sayılarını etkilemekle kalmamış, aynı zamanda ilaç sektörünü de ciddi bir şekilde etkilemiştir. İlaç ve hammadde tedarikinde yaşanan aksamalar, COVID-19’un ilaç endüstrisine olan etkilerini hem kısa vadeli hem de uzun vadeli olarak

derinleştirmiştir. Ayrıca, araştırma ve geliştirme projelerindeki gecikmeler, yeni ilaçların keşfi ve geliştirilmesi süreçlerini de olumsuz yönde etkilemiştir. Bu durum, ilaç endüstrisinin adaptasyon sürecinde çeşitli stratejiler geliştirmesini ve gelecekte benzer krizlere karşı daha dirençli olmasını zorunlu kılmıştır.

Jadhav vd.’nin 2021’de yaptığı bir çalışmada COVID-19’un ilaç endüstrisine olan etkileri kısa ve uzun vadede incelenmiştir² (Şekil 1). Kısa vadeli etkilere bakıldığında, ilaç kıtlığı (ilaç bulamama sorunu), araştırma ve geliştirmede değişim (araştırma ve geliştirme kaynaklarının COVID-19’a kaydırılması) ve iletişimin tele sağlığa kayması gibi durumlar ortaya çıkmıştır. İlaç kıtlığı, özellikle artan COVID-19 tedavi talebi nedeniyle, genel talepteki artış ve arz eksikliğinden kaynaklanmıştır. Bu dönem, ilaç endüstrisinin hızla adapte olmasını zorunlu kılmıştır.

Şekil 1. COVID-19’un İlaç Endüstrisine Etkileri



Kaynak: Jadhav, N. V., Singh, N., Targhotra, M. and Chauhan M. K. (2021). Impact of COVID-19 on Indian Pharmaceutical Industry and Way Forward. National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information. Doi: 10.2174/1871526520666200905123941.

Uzun vadeli etkilerine bakıldığında ise COVID-19 ile alakalı ürünler hariç, onay gecikmesi, ilaç endüstrisinde kendine yeterliliğe doğru geçiş, ilaç endüstrisindeki büyümenin yavaşlaması, tüketim deseninde değişim ve etik çıkmazlar öne çıkmıştır. Pandemi, ilaç endüstrisini daha sürdürülebilir ve dirençli hale getirme adına bir dizi uzun vadeli zorluk ve fırsatı da beraberinde getirmiştir. Bu süreç, Ar-Ge stratejilerinin revize edilmesi, küresel tedarik zincirlerinin güçlendirilmesi ve etik ilkelerin güçlü bir şekilde korunması konularında ilaç endüstrisinin geleceği için kritik bir dönemeç olmuştur.

2. Kanser Tedavisi, Morbidite ve Mortalite Sorunları ile Finansal Etkiler

Kanser, küresel ölçekte sağlık sistemleri açısından ciddi bir tehdit oluştururken, etkili kanser yönetimi ve tedavi stratejileri, sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliği açısından önemlidir. Bu bölümde, kanser tanısı, tedavisi, morbidite ve mortalite sorunları ile finansal etkiler arasındaki ilişkiler ele alınacaktır. Bu bağlamda kanser yönetiminin geliştirilmesi, tarama politikaları, tanı ve tedavi politikaları ile yenilikçi

² Jadhav, N. V., Singh, N., Targhotra, M. and Chauhan M. K. (2021). Impact of COVID-19 on Indian Pharmaceutical Industry and Way Forward. National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information. Doi: 10.2174/1871526520666200905123941.

kanser ilaçlarına dair stratejiler değerlendirilecektir. Bu politika alanları, hem mevcut kanser yükü ile mücadelede hem de gelecekteki sağlık hizmeti ihtiyaçlarını karşılamada önemli rol oynayacaktır.

2.1. Kanser Tedavisi Yönetişiminin Geliştirilmesi

Raporun ilk bölümünde yer alan küresel ve Türkiye düzeyinde kanserle ilgili durum tespiti, kanserin sağlık sistemlerinde ileriye dönük en önemli sorunlardan biri olduğunu ortaya koymaktadır. Yaşlanan nüfusun riskleri ve COVID-19 pandemisi ile ilgili gelişmeler ışığında; kanserin sadece tedavi edilmesi gereken bir hastalık olmanın ötesinde, yönetim ve politika geliştirme açısından da ele alınması gereken bir sorun olduğu görülmektedir. Bu bölümde, Türkiye’de kanser tedavisinin yönetişimi ve stratejileri seçili ülkelerle de karşılaştırılarak anlatılacaktır.

Hofmarcher vd.’nin hazırlamış olduğu IHE Raporundan³ faydalanılarak, Türkiye ile seçilmiş üç Avrupa ülkesi (Belçika, Fransa ve Polonya) karşılaştırılmıştır. Bu ülkelerin seçilme nedeni ise öncelikle benzerlikleridir. Hem Türkiye hem de seçili ülkelerde zorunlu sağlık sigortalarının yanı sıra hepsinde sağlık hizmetleri hem kamu hem de özel sağlık kuruluşları tarafından sağlanmakta ve sağlık sistemlerine ana giriş noktası birinci sağlık kuruluşlarıdır. Ayrıca hepsinde kamu sağlık sigortası, çalışan ve işverenlerin gelirlerinden alınan vergilerle finanse edilmektedir. Belçika, Fransa ve Polonya’nın seçilmesinin bir diğer nedeni ise bu ülkeler ile Türkiye’nin ekonomik güç, nüfus büyüklüğü, sağlık sisteminin yapısı ve kanser bakımının yönetişimi ile ilgili farklı örnekler oluşturmalarıdır.

Diğer bütün sistemlerde olduğu gibi kanser tedavisi yönetiminde en temel adım, öncelikle kanserle ilgili verilerin etkin ve güncel bir şekilde kaydedilmesi ve verimli kullanımı için paylaşımıdır. Araştırmada seçili ülkeler ilk olarak, kanser kayıt sistemlerinin güncelliği ve şeffaflığı konusunda incelenmiştir. Türkiye, Fransa, Belçika ve Polonya bu konu bağlamında karşılaştırıldığında, halka açık en güncel veri setinin Türkiye’de 2017, Fransa’da 2018, Belçika’da 2019 ve Polonya’da 2019 yılında yayınlandığı görülmektedir (Şekil 2).

Popülasyon temelli ulusal kanser kaydı Türkiye ve Fransa’da tutulmazken, Belçika ve Polonya’da tutulmaktadır. Popülasyon temelli ulusal kanser kaydının bulunmadığı ülkelerde, çalışmalar genellikle belirli bölgelerde yoğunlaşmaktadır. Türkiye ve Fransa örneğinde, 14 aktif bölgede popülasyon temelli kayıtlar yapılmaktadır (Şekil 2). Fransa’da ise buna ek olarak 9 bölgesel özelleştirilmiş popülasyon temelli kayıt da bulunmaktadır. Ancak, bu veri setlerinin içeriği konusunda da önemli farklılıklar görülmektedir.

Halka açık paylaşılan verilerin içerikleri, bu içeriklerin anlaşılabilirliği ve paylaşılan bilginin doğruluğu gibi faktörler birlikte değerlendirildiğinde bir önem taşımaktadır. Şekil 2’de görüldüğü üzere, Fransa ve Polonya örneklerinin aksine Türkiye örneğinde sadece kanser insidans verileri paylaşılmaktadır. Ancak, hayatta kalma oranları ve mortalite ile ilgili veriler paylaşılmamaktadır. Bu durum, kanserle mücadele stratejilerinin oluşturulması ve mevcut tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi açısından eksiklikler ortaya çıkarmaktadır. Dolayısıyla, kanser tedavisinin yönetişimini geliştirmek için, daha kapsamlı, güncel ve şeffaf veri paylaşım mekanizmalarının oluşturulması büyük önem arz etmektedir.

³ Hofmarcher, T., Lindgren P. and Wilking ,N. (2022). IHE Report. Cancer Care in Türkiye in a European Context. ISSN:1651-7628. <https://en.ihe.se/publicering/cancer-care-in-turkey/>.

Şekil 2. Ülkelere göre kanser kayıt sistemlerinin değerlendirilmesi

KANSER KAYITLARI				
	Türkiye	Fransa	Belçika	Polonya
En son ne zaman halka açık veri seti yayınlanmış?	2017	2018	2019	2019
Popülasyon temelli ulusal kanser kaydı var mı?	Var	Var	Yok	Yok
Yıllık olarak kanser kayıtları ile alakalı yayınlar, rapor halinde veya web sitesinde paylaşıyor mu?	Var	Var	Yok	Yok

KANSER KAYITLARI (DETAY)				
	Türkiye	Fransa	Belçika	Polonya
14 aktif bölgede popülasyon temelli kayıt	Var	Var	Yok	Yok
9 bölgesel özelleştirilmiş popülasyon temelli kayıt	Var	Var	Yok	Yok
İnsidans	Var	Var	Yok	Yok
Hayatta kalma	Var	Var	Yok	Yok
Mortalite	Var	Var	Yok	Yok

Düzensiz Veri Seti

Var Yok

Kaynak: Cancer Care in Türkiye in a European Context, IHE Report (2022).

Ayrıca hazırlanan IHE Raporunda bu ülkeler, kanserden koruma planları, uygulamanın izlenmesi ve finansman planları konusunda da karşılaştırılmıştır. Türkiye'nin kanserden koruma planının, izleme ve finansman planı açısından geliştirilmesinin gerekli olduğu görülmektedir. Kansere mücadelede etkili bir strateji oluşturmak ve sürdürülebilirliğini sağlamak gerekli eylemleri belirlemek, uygulamak, izlemek ve gerekli finansman planını oluşturmayı gerektirir. Tanı, teşhis ve tedavi hizmetlerinin sürekliliği için gereken eylemlerin belirlenmesi ve bu eylemlerin izlenmesi, izleme sonuçlarının değerlendirilmesi ile de kanser hastalarının daha iyi bir tedavi ve destek alma şansı artırılabilir. Uygulama sonrasında istenilen ya da beklenen sonuçların alınıp alınmadığının izlenmesi mevcut stratejinin devam ettirilip ettirilmeyeceği ya da ne gibi düzeltme ve değişikliklerin gerektiğini belirlemek açısından kritik öneme sahiptir. Finansman planı ise saptanan hedeflere ulaşmak için gerekli kaynak miktarını, nereden sağlanabileceği veya gerektiğinde hedef ve eylemlerin kaynak kısıtı altında nasıl önceliklendirilebileceğini belirlemek için vazgeçilmez bir araçtır. Ayrıca finansman planının uygulanması da, kansere mücadelede kullanılacak kaynakların etkin bir şekilde yönetilmesini sağlamak adına büyük bir önem taşımaktadır. Ancak, mevcut durumda, Türkiye'nin seçili ülkelerle kıyaslandığında, yıllık uygulamanın izlenmesi ve finansman planı ile ilgili verilerin eksik veya paylaşılmamış olduğu gözlemlenmektedir (Şekil 3). Bu eksiklikler, kansere mücadelede etkili bir planın oluşturulmasını ve bu planın başarıyla uygulanmasını zorlaştırmaktadır.

Türkiye'nin son Ulusal Kanser Kontrol Programı 2021 yılında yayınlanmış olup, sadece iki yıllık stratejileri içermektedir. Öte yandan Belçika ve Polonya'nın hazırladığı program, onlarca eylem içeren en az 10 yıllık stratejilerden oluşmaktadır. Ayrıca Türkiye’de bakımın sürekliliği ile ilgili eylemler ile yıllık uygulamanın izlenmesi, denetimi ve finansman planı bulunmazken, diğer seçili ülkelerde olduğu görülmektedir. Bu kıyaslamalar da bize Türkiye'nin kanserden koruma planının geliştirilmesi için öncelikle, mevcut kanser kayıt sistemlerinin güçlendirilmesi gerektiğine işaret etmektedir. Bunun için de kanser tanı ve tedavi süreçlerinin kayıt sisteminin izlenebilir ve daha fazla alanda kullanılabilmesi için paylaşılabılır ve ulaşılabilir olması önem taşımaktadır.

Şekil 3. Ülkelere göre ulusal kanser koruma planlarının değerlendirilmesi

	Türkiye	Fransa	Belçika	Polonya
Plan yayıncısı	MoH	MoH	INCa	MoH
Plan dönemi	2021-2023	2008-2010	2021-2030	2020-2030
Bakımın sürekliliği için gerekli eylemler				
Yıllık uygulamanın izlenmesi				
Finansman planı				
		Var		Yok

Kaynak: Cancer Care in Turkey in a European Context, IHE Report (2022).

MoH: Sağlık Bakanlığı.

INCa: Fransa Ulusal Kansere Enstitüsü.

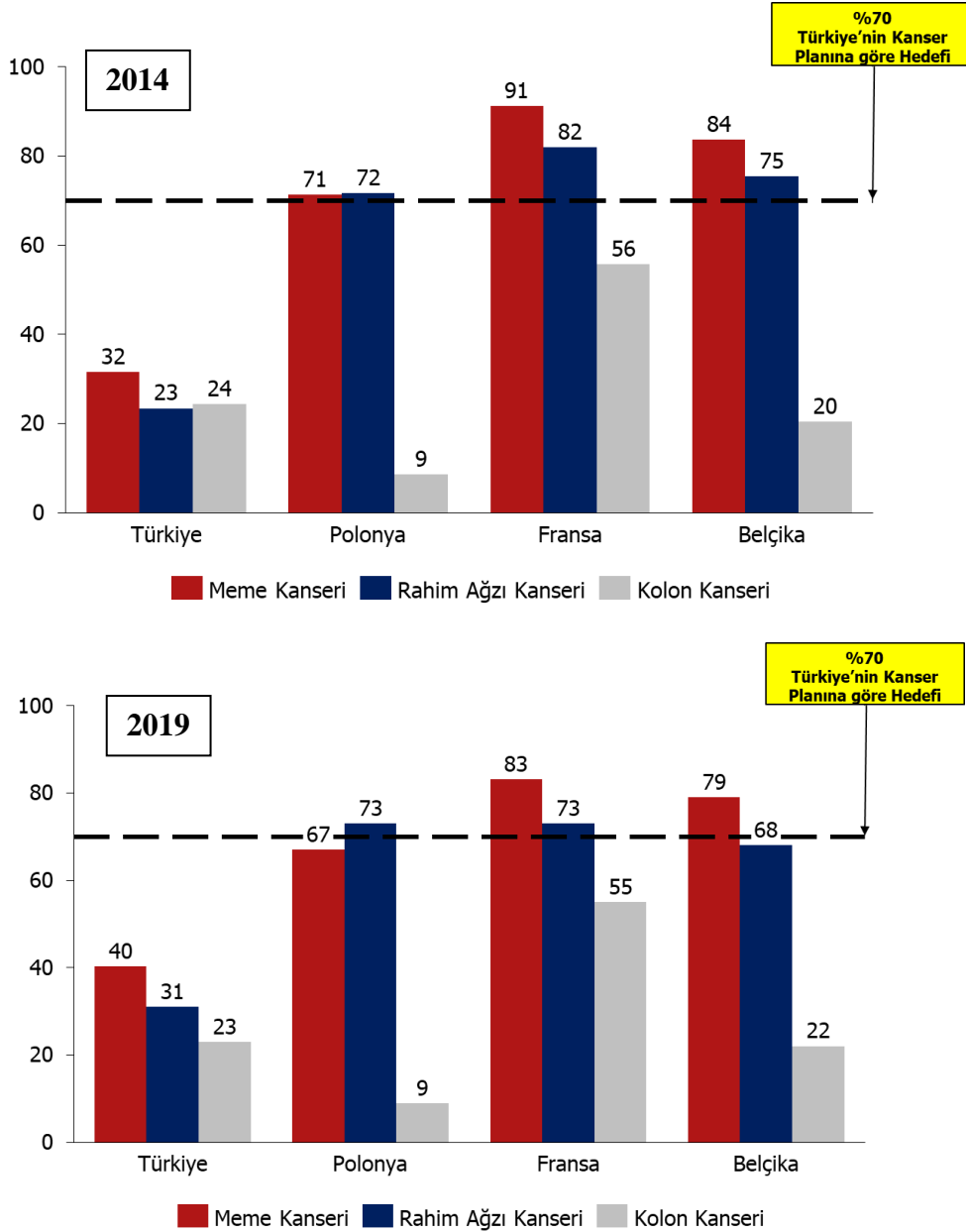
2.2. Tarama Politikaları

Etkili bir kanser yönetimi, sadece yönetim ile sınırlı değildir. Tarama politikaları, kansere mücadelede kilit bir role sahiptir; çünkü erken teşhis, tedavi başarısını artırabilir ve sağlık sistemlerinin yükünü azaltabilir. Böylece raporun bu kısmında, kanserin erken teşhisi ve önlenmesine yönelik araştırmalar sunularak, tarama politikalarının güncel durumu ve kansere mücadeledeki rolüne değinilecektir.

IHE Raporunda karşılaştırılan ülkelerle Türkiye arasında, önceki bölümde sıralanan farklılıkların yanı sıra benzerlikler de bulunmaktadır. Bu benzerlikler ve farklılıklar, Türkiye'nin kanser tarama politikalarını diğer ülkelerle kıyaslayarak, iyi örneklerden hareketle ortak stratejiler geliştirmek için önemli bir temel oluşturabilir.

Bu bağlamda üç ana kanser grubunun (meme, rahim ağzı ve kolon kanseri) tarama oranları seçili dört ülkeyle karşılaştırılmıştır (Grafik 12). Türkiye'nin kanser planına göre, her üç kanser türünde de hedeflenen tarama oranları %70'tir. Türkiye’de 2014 ile 2019 yıllarındaki tarama oranları karşılaştırıldığında kolon kanserinde tarama oranlarında çok ufak bir gerileme olmakla beraber tarama oranlarının yükseldiği gözlemlenmektedir. Ancak her üç kanser tarama oranlarının, Türkiye’de hedeflenen %70 oranının altında kaldığı görülmektedir. Buna karşılık meme kanseri tarama oranlarının Fransa ve Belçika’da her iki yılda da Türkiye hedef tarama oranlarının üzerinde olduğu görülmektedir. Rahim ağzı kanserinde bu hedefin Polonya, Fransa ve Belçika’da aşıldığı gözlemlenmektedir. Ancak kolon kanserinde, seçili ülkelerin tarama oranları Türkiye’de olduğu gibi, belirlenen %70 hedefini geçememiştir.

Grafik 12. 2014 ve 2019 yıllarında meme, rahim ağzı ve kolon kanseri tarama oranları (%)



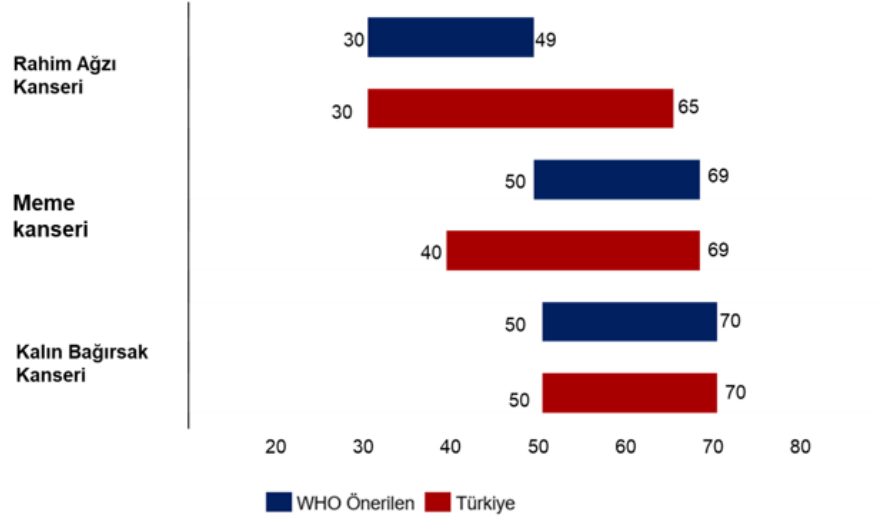
Kaynak: Eurostat (2019), TEPAV görselleştirmeleri.

Kanser taramada sadece hedeflenen oranlara ulaşıp ulaşılmadığı değil, söz konusu kanser türlerinde taramanın hangi yaş aralığında yapılacağı da önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her üç kanser türü için taramanın yapılmasının uygun olduğu yaş aralıklarını belirlemiştir. Burada dikkat çekilmesi gereken nokta ise, Grafik 13'te görüldüğü gibi Türkiye’de kanser tarama yaş aralıklarının DSÖ’nün belirttiği aralıklardan daha geniş olduğudur. Özellikle, rahim ağzı kanseri taramasında DSÖ’nün 30-49 yaş arasını önerdiği yaş kriterine karşılık, Türkiye 30-65 yaş aralığını tercih etmektedir. Yaş aralığının Türkiye’de daha geniş olması, kanser tarama ve yakalama açısından hem avantaj hem de dezavantaj oluşturabilir. Farklı yaş grupları arasındaki kanser türlerinin erken teşhis ile yakalanması, bir avantaj olarak görülebilir. Ne var ki geniş yaş aralığı, maliyetleri ve kaynak kullanımının etkinliği sorusunu gündeme getirmektedir. Dolayısıyla, daha geniş aralıkta yapılan taramanın maliyetleri ile kanser tedavisinin maliyetleri arasında bir maliyet-etkinlik analizi yapılarak söz konusu aralığın DSÖ’nün belirttiği

Türkiye’de Kanserle Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

aralıklarına çekilip çekilmemesi konusunda bir karara varılabilir. Bu örnekten de anlaşılacağı gibi izleme, değerlendirme ve değerlendirme sonucunda gerektiğinde planları revize etme, ülkelerin sağlık harcamalarının etkinliğini arttırmak açısından önem taşımaktadır.

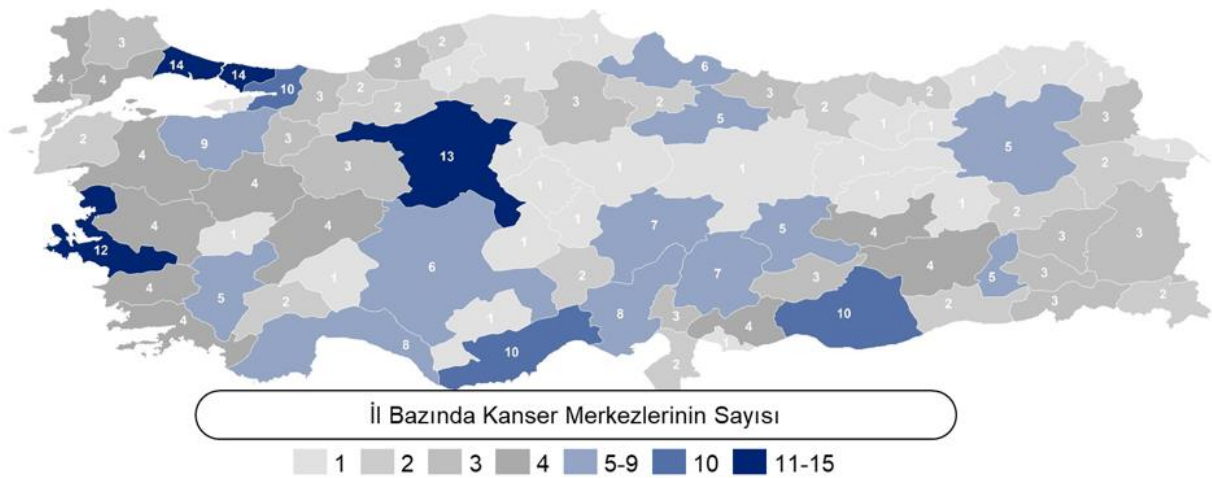
Grafik 13. Kanser taramadaki yaş kriterleri



Kaynak: Cancer Care in Turkey in a European Context, IHE Report (2022).

Diğer yandan, ülkede faaliyet gösteren Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Tarama Merkezleri (KETEM) Türkiye'deki tarama hizmetlerinin yaygınlığı açısından olumlu bir tablo çizmektedir. Kanser tarama hizmetleri 81 ilin tamamında verilmekte ve Ekim 2023 itibarıyla, Türkiye genelinde toplamda 376 KETEM bulunmaktadır. 376 KETEM'in 44'ü mobil KETEM'dir. Bu sayılar Türkiye'nin geniş coğrafyasında, kentsel ve kırsal bölgelerdeki vatandaşların kanser tarama imkânlarına erişebildiği anlamına gelmektedir. Özellikle, nüfusun en yoğun olduğu İstanbul, Ankara, İzmir gibi büyük kentlerde, KETEM merkezleri sayıca en yüksektir (Şekil 4). Böylece, nüfusun yüksek ve yoğun olduğu bölgelerde etkili bir kanser tarama altyapısının oluşturulduğunu söylenebilir.

Şekil 4. Kanser Erken Teşhis ve Eğitim Tarama Merkezlerinin (KETEM) İllere Göre Dağılımı (2022)



Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanser Dairesi Başkanlığı (2022).

*: Mobil kanser tarama merkezleri hariç.

Türkiye’de Kanserle Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

Bu olumlu gelişmelere rağmen, Türkiye’nin kanser planında çeşitli kanser türleri için hedeflediği %70 tarama oranına ulaşamamasının, temel nedenlerinden biri kanser taramasıyla ilgili farkındalık düzeyinin ve eğitimin yetersizliğidir. Genel olarak toplumda kanser tarama hizmetlerine yönelik yeterli bilincin olmaması, bireylerin bu hizmetlere ulaşmalarını ve faydalanmalarını kısıtlamaktadır. Kanser tarama hizmetlerinin önemini anlayamamış veya ihmal etmiş bireylerin varlığı kadar, KETEM’lerle ilgili bilgilendirme yapmanın önemini de belirtmek gerekir. KETEM’lerin sayısını arttırmak KETEM’lerin ulaşılabilir olmasını sağlamak kadar yeterli bilgilendirme ve farkındalık yaratmak da erken teşhis ve tedavi olasılığını artıracaktır.

Saptanan hedeflere ulaşamamanın bir diğer nedeni ise, doktor başına düşen hasta sayısının yüksek olması ve KETEM gibi tarama merkezlerinin sayılarının nispeten düşük olmasıdır. Hasta sayılarındaki artış, kanser tarama merkezlerine olan talebi artırmakta ve bu da mevcut sağlık merkezlerin kapasitesini aşmaktadır. Dolayısıyla, doktorların hastalarla iyi iletişim kuramaması ve düzenli hasta takibi yapamamaları, süreci sekteye uğratmaktadır. Sağlık merkezlerinin ve KETEM’lerin sayısının artmasıyla, doktor başına düşen hasta sayısı azalabilir ve böylece erken tanı ve tedavilerin etkili yönetimi sağlanabilir.

2.3. Tanı ve Tedavi Politikaları

Kanserle mücadelede etkili bir strateji oluşturmak, sadece tarama ve erken teşhis politikalarını değil, aynı zamanda etkili tanı ve tedavi politikalarını da içermelidir. Tanı ve tedavi politikalarının, hastalığın erken evrelerinde teşhis edilmesini sağlamak, uygun tedavi yöntemlerini belirlemek, entegre kanser bakım ve rehabilitasyon hizmetlerini iyileştirerek, sağ kalım oranlarını, maliyet etkin bir şekilde arttırmayı amaçlaması beklenir. Bu bölümde, Türkiye’nin kanserle mücadelede entegrasyonun nasıl sağlanabileceği ve bu politikaların toplum sağlığına nasıl katkıda bulunabileceği tartışılmaktadır.

Tanı ve tedavi politikalarına odaklanmadan önce, kanserle mücadele stratejisinin genel bir değerlendirmesini yapmak önemlidir. Bu bağlamda, Dünya Kanser Girişimi Kuruluşu tarafından geliştirilen kansere hazırlık endeksi incelenmiştir⁴. Kansere hazırlık endeksi üç ana bileşenden oluşmaktadır: 1) politika ve planlama, 2) sağlık hizmetini ulaştırma, 3) sağlık sistemi ve yönetim. İlk alan, ulusal kanser planı, kanser kayıt sistemi, kanser araştırmaları, tütün kontrolü gibi çoğunlukla politika yapıcılarının ülkelerin kanser yüklerini anlamak ve yönetmek için gerekli adımları atıp atmadıklarını; ayrıca riskli davranışları azaltarak kanser insidansını düşürmek için harekete geçip geçmediklerini değerlendirmektedir. İkinci alan, bağışıklama ve tarama kampanyalarından başlayarak kanser hastaları ve hayatta kalanlara yönelik bakım hizmetlerinin sunulmasına kadar, sağlık sistemleri içerisinde kansere özgü faaliyetlerin sunulmasını incelemektedir. İlaçların ve teknolojilerin erişilebilirliği, klinik kılavuzların kapsamlılığını ve hasta merkezli bakımı puanlayan göstergeler bu başlık altında yer almaktadır. Son alan ise kanserin sadece kanser odaklı faaliyetlerle yenilemeyeceğini kabul etmektedir. Siyasi irade, sektörler arası eylem ve yönetim, evrensel sağlık hizmetlerinin sağlanması ve sağlık için elverişli bir ortamın teşvik edilmesi gibi faktörleri içermektedir. Her bir ana bileşenin alt bileşenleri ayrı ayrı puanlanarak endeks hesaplanmaktadır.

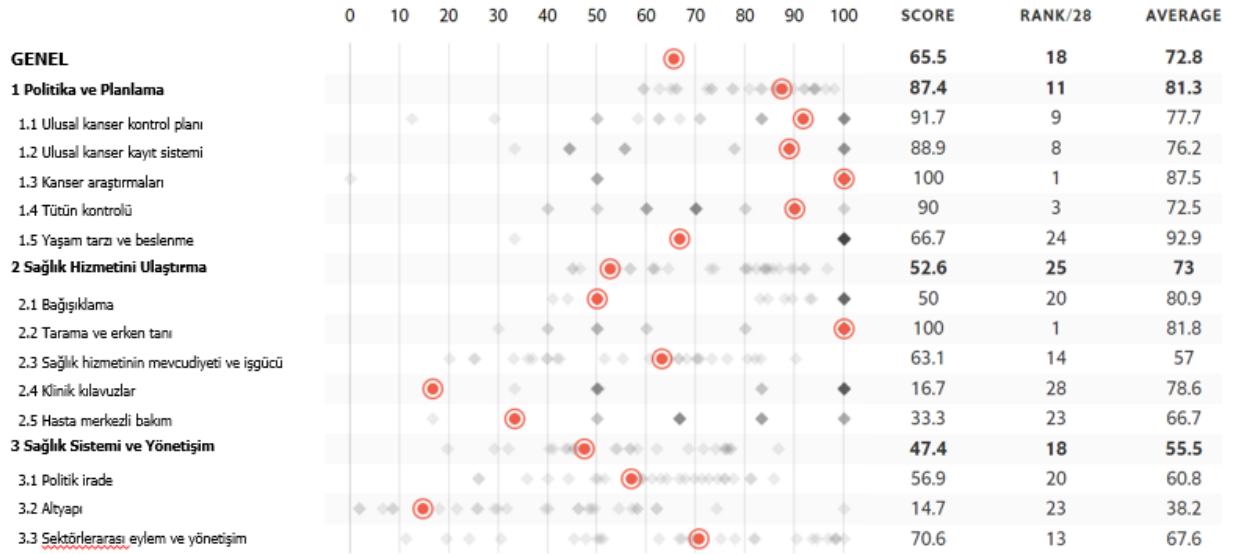
Bu puanlama ile hesaplanan kansere hazırlık endeksine göre Türkiye'nin kansere hazırlık konusundaki performansı, genel olarak olumlu bir konumda bulunmaktadır (Şekil 5). Ancak, bu olumlu tabloya

⁴ World Cancer Initiative, Index of Cancer Preparedness (2019), <https://www.cancercontrol.info/wp-content/uploads/2019/07/Alan-D-Lovell.pdf>.

Türkiye’de Kansere Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

rağmen, sağlık hizmetinin hastalara ulaştırılması ve yönetim alanında bazı eksiklikler gözlemlenmektedir.

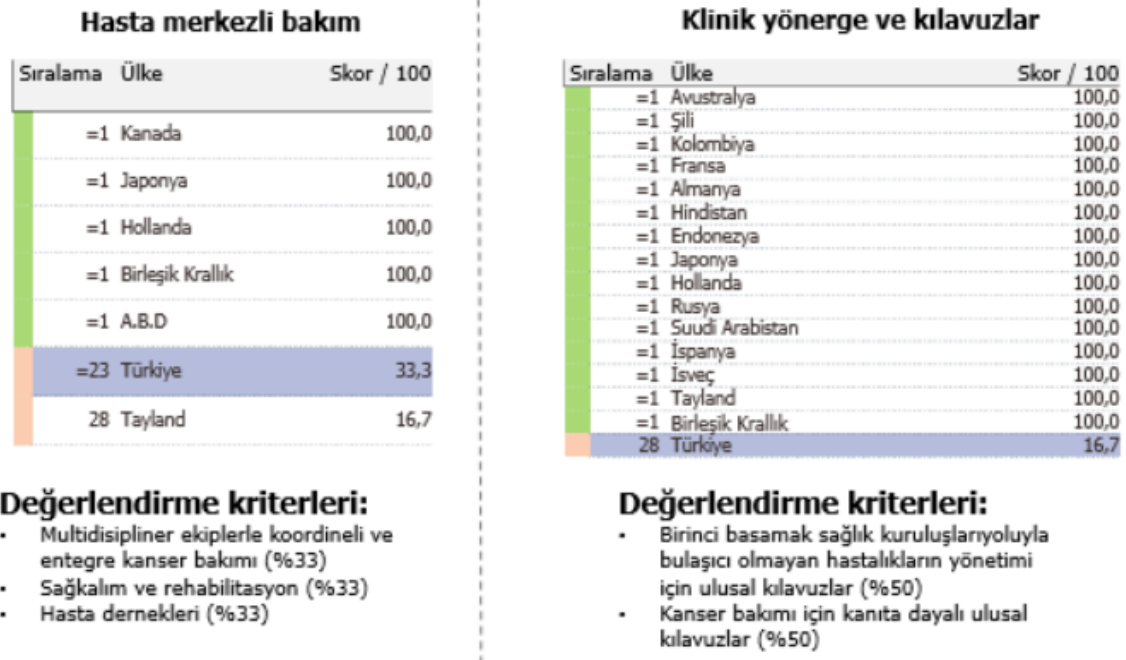
Şekil 5. Kansere Hazırlık Endeksi



Kaynak: World Cancer Initiative, Index of Cancer Preparedness (2019), <https://www.cancercontrol.info/wp-content/uploads/2019/07/Alan-D-Lovell.pdf>.

Bu eksiklikler incelendiğinde, görüntüleme ve erken teşhis hizmetleri ile hizmet sürekliliği konularında ortalamanın üstündeyken; hasta merkezli bakım, immünizasyon ve klinik kılavuzlar bakımından ortalamanın altında kaldığı görülmektedir. Sağlık hizmetini ulaştırmada hasta merkezli bakım konusundaki değerlendirmeler, bireyin sağlık hizmeti alım sürecindeki deneyimini vurgulamaktadır. Bu alanda elde edilen düşük puanlar, hasta odaklı bakımın iyileştirilmesi ve hastaların ihtiyaçlarına daha duyarlı bir şekilde hizmet sunulması gerekliliğine işaret etmektedir. Özellikle, multidisipliner ekiplerle entegre kanser bakımı, sağ kalım ve rehabilitasyon değerlendirme kriterlerine göre 100 üzerinden sadece ortalama 33 puan alınması, bu alandaki gelişim fırsatlarını ortaya koymaktadır (Şekil 6). Ayrıca, klinik yönergeler ve kılavuzlar konusunda dünya genelinde Türkiye’nin 28. sırada bulunması, klinik uygulamalarda standartlaşmanın ve güncel bilimsel yönergelerin yeterince takip edilmemesi konusunda bir uyarı niteliğindedir.

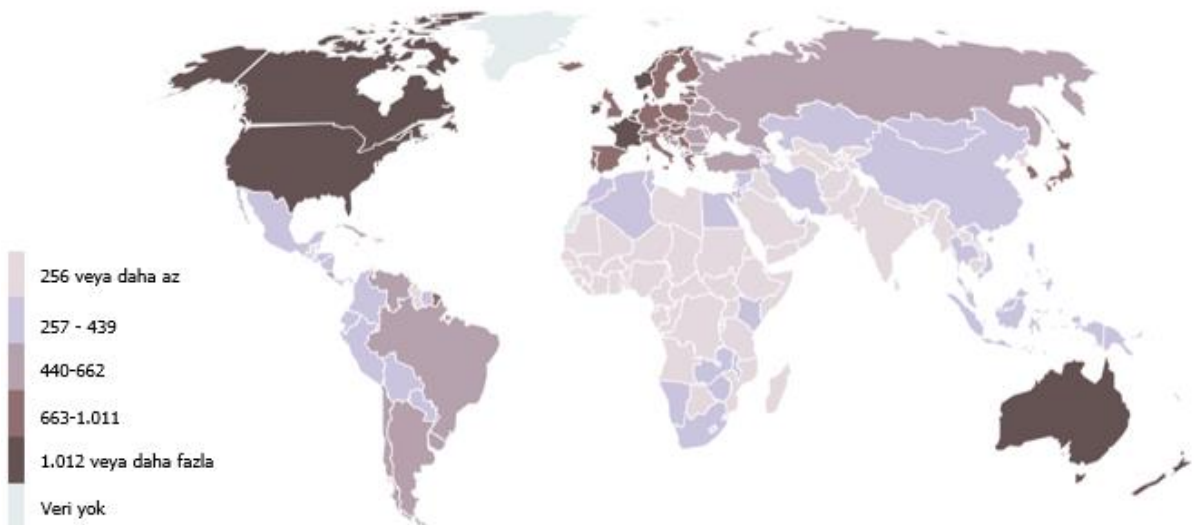
Şekil 6. Türkiye’nin hasta merkezli bakım ile klinik yönerge ve kılavuzlar konularındaki dünya genelindeki sıralaması



Kaynak: World Cancer Initiative, Index of Cancer Preparedness (2019), <https://www.cancercontrol.info/wp-content/uploads/2019/07/Alan-D-Lovell.pdf>.

Şekil 7’de dünya genelinde ülkelerin kanser hastalarının sağ kalım sayıları yer almaktadır. Dünyada kanser vakaları içinde yüksek sağ kalım oranlarına sahip ülkeler arasında; Avustralya, Kuzey Amerika, Kanada ve Fransa gibi örnekler bulunmaktadır. Her 100.000 kişide son beş yıl içinde teşhis edilen kanserden kurtulanlar Avustralya’da 1.849 kişi, Kuzey Amerika’da 1.195 kişi, Kanada’da 1.148 kişi ve Fransa’da 1.060 kişidir. Ancak Türkiye’nin sağ kalım oranının düşük olduğu görülmektedir. Bu tahmin Türkiye için 508 kişidir.

Şekil 7. Her 100.000 nüfusta son beş yıl içinde teşhis edilen kanserden kurtulanların tahmini sayısı



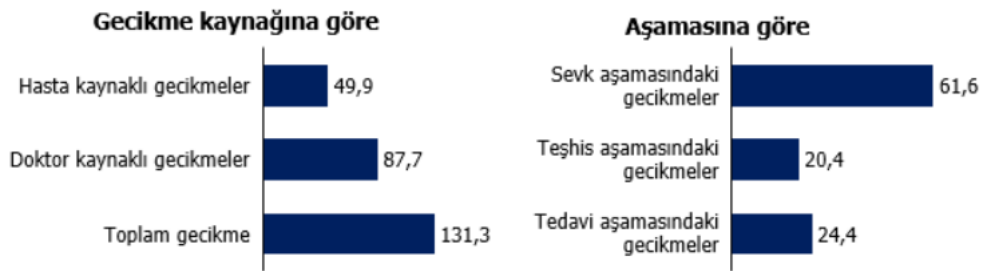
Kaynak: <https://canceratlas.cancer.org/taking-action/cancer-surveillance/>.

Türkiye’de Kansere Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

Dünyada ve Türkiye’de yüksek kanser ölümlerinin önde gelen nedenlerinden biri, kanserin ilk belirtilerinin tespitinden tedaviye başlanmasına kadar geçen sürecin uzunluğudur. Kansere teşhis ve tedavisi süreciyle ilgili literatür, bu uzun sürecin temelinde farklı zorlukları vurgulamaktadır. Bu zorluklar hastaların kanser semptomlarına dair düşük farkındalığı, aile hekimlerinin erken teşhisi teşvik etme konusundaki yönlendirme eksikliği, tedavi ve bakımın devamlılığı ve koordinasyonu ile ilgili sorunlar, teşhisten tedaviye geçişe kadar geçen sürenin uzunluğu ve coğrafi erişim sorunları olarak sıralanabilir.

Türkiye’nin kansere hazırlık endeksine göre kanser hastalarına sağlık hizmeti ulaştırmada ve sağ kalım sayısının düşük olmasında, gecikmelerin payının önemli olduğu düşünülüyor. Örneğin Grafik 14’te yer alan Türkiye’de akciğer kanseri tedavisindeki gecikmelerin önemli bir kısmının hastanın sevk edilmesi aşamasında ortaya çıktığı görülmektedir (Yurdakul A. S. vd., 2015)⁵. Türkiye’de akciğer kanseri tedavisindeki gecikmeler kaynağına göre değerlendirildiğinde, hasta ve doktor kaynaklı gecikmeler etkili olduğu görülmektedir. Hasta kaynaklı gecikmeler yaklaşık 50 gün sürebilirken, doktor kaynaklı gecikmeler yaklaşık 90 gün olarak öne çıkmaktadır. Bu durumda, toplam gecikme süresi ise 131 gün bulmaktadır.

Grafik 14. Türkiye’de akciğer kanseri tedavisindeki gecikmelerin nedenleri (gün sayısı)



Kaynak: Patient and physician delay in the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer in Turkey (2015).

Hasta kaynaklı gecikme: İlk şikâyetin başlaması ile alanı akciğer hastalıkları olmayan bir uzman hekime başvuru arasındaki süre (30 günden uzun ise gecikme)

Doktor kaynaklı gecikme: Bir hastanın ilk ziyaretinden tedaviye kadar geçen süre (6 haftadan uzun ise gecikme)

Sevk aşaması: Hastanın alanı akciğer hastalıkları olmayan bir hekimle ilk randevusu ile akciğer hastalıkları uzmanı görüşüne kadar geçen süre (2 haftadan uzun ise gecikme)

Teşhis aşaması: Akciğer hastalıkları uzmanı ile patolojik tanı arasında geçen süre (2 haftadan uzun ise gecikme)

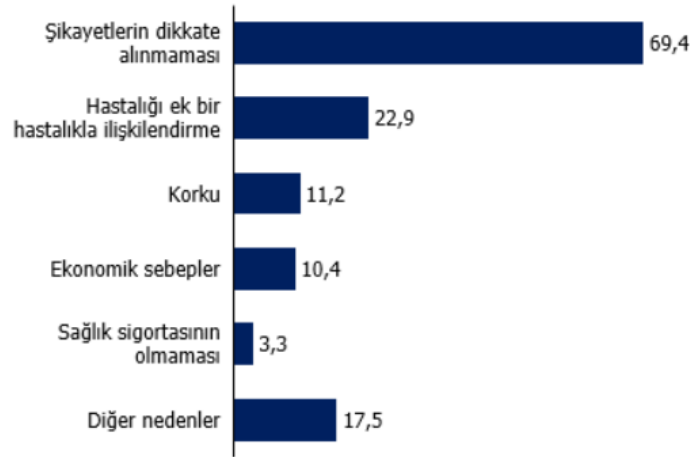
Tedavi aşaması: Patolojik tanıdan tedaviye kadar geçen süre (2 haftadan uzun ise gecikme)

Hasta kaynaklı nedenlere bakıldığında ise en önemli sorun, %69,4'lük bir oranla şikâyetlerin ihmal edilmesidir⁶ (Grafik 15). Bu ihmalin nedeni, hastaların kendi vücutlarındaki değişiklikleri göz ardı etmeleri veya ciddi semptomları dikkate almamalarıdır. Öte yandan, hastaların hastalıklarını başka bir sağlık sorunuyla ilişkilendirilmesi, teşhis sürecini karmaşılaştırıp doğru ve hızlı teşhis koyma sürecini uzatarak, hem hasta hem de sağlık personeli arasındaki iletişimi etkileyebilir. Hasta kaynaklı gecikmelerin diğer nedenleri ise korku, ekonomik sebepler, hastaların sağlık sigortaları olmaması olarak sıralanmaktadır.

⁵ Yurdakul A. S. vd. (2015) Patient and physician delay in the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer in Turkey.

⁶ ibid.

Grafik 15. Hasta kaynaklı gecikme nedenleri (yüzde)



Kaynak: Patient and physician delay in the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer in Turkey (2015).

Aynı çalışmada doktor kaynaklı gecikmeler, teşhis aşamasındaki gecikmeler ve tedavi aşamasındaki gecikmeler olarak ayrıştırılmıştır. Teşhis aşamasındaki gecikmelerde, hekimin başka bir tanı hakkında görüşü (%38,9) ile patolojik muayenedeki gecikmeler (%36,3) ilk sırada yer almaktadır. Tedavi aşamasında ise testlerin uzun sürmesi, hastanın tedaviyi reddetmesi ve hasta sayısının çok olması, önemli sorunlar olarak öne çıkmaktadır. Teşhis ve tedavi aşamasındaki gecikmelerde diğer nedenler ise Grafik 16’da yer almaktadır.

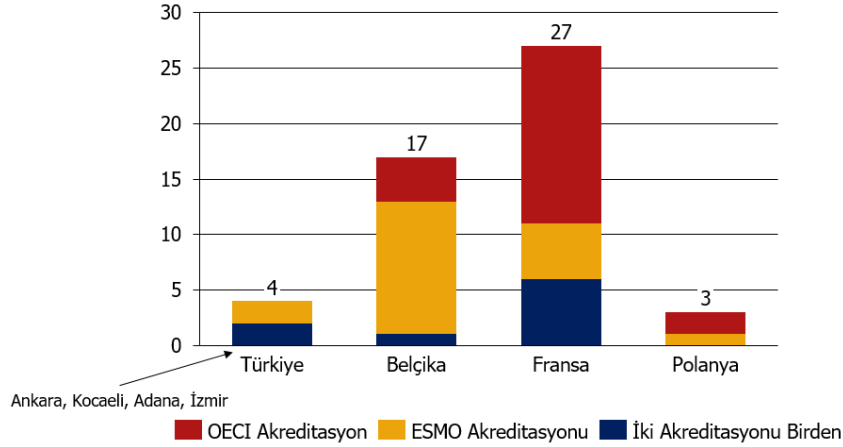
Grafik 16. Doktor kaynaklı gecikme nedenleri (yüzde)



Kaynak: Patient and physician delay in the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer in Turkey (2015).

Bu gecikmeleri azaltmak ve önleyebilmek amacıyla Türkiye’nin her ilinde KETEM’ler hizmet vermektedir. Ancak, KETEM’lerdeki hijyen ve hizmet kalitesi ile personel eğitimi gibi konulardan sorumlu olan karşılaştırmalı akredite kanser tarama merkezlerinin sayısı Türkiye’de oldukça azdır (Grafik 17). Bu kuruluşlar sadece Ankara, Kocaeli, Adana ve İzmir’de bulunmaktadır. Karşılaştırmalı akredite kanser tarama merkezleri sayıları Türkiye’de 4 iken, Belçika’da 12 ve Fransa’da ise 24’tür.

Grafik 17. Karşılaştırmalı akredite kanser tarama merkezleri sayısı



Kaynak: The OECI Network, European Society for Medical Oncology, TEPAV görselleştirmeleri.

Kanser tanı ve tedavi süreçlerini iyileştirmek için bir dizi stratejik adım atılması önemlidir. Öncelikle, tedavi ve bakımın devamlılığı ve koordinasyonunu sağlamak için sağlık sistemlerindeki sorunlar ele alınmalıdır. İyi bir koordinasyon ve süreklilik, hastaların tedavi süreçlerinin daha etkili ve sorunsuz bir şekilde yönetilmesine yardımcı olabilir. Bu, farklı sağlık hizmeti sağlayıcıları arasındaki iletişimi güçlendirmeyi ve tedavi planlarını optimize etmeyi içermelidir.

Buna ek olarak, mevcut ilaçların yetersiz olması bir diğer önemli sorundur. Yenilikçi ve etkili kanser tedavilerinin geliştirilmesi, araştırma ve geliştirme alanında daha fazla yatırım yapılmasını gerektirir. Bu, yeni nesil ilaçların keşfedilmesi ve kanser tedavisinde kullanılan mevcut ilaçların etkinliğinin artırılması anlamına gelmektedir.

Tanı ve tedavi süreçlerindeki gecikmeler de önemli bir konudur. Yavaş tanı ve tedaviye kadar geçen süre, hastaların sağlık durumlarını daha karmaşık hale getirebilir. Bu nedenle, tanı ve tedavi süreçlerinin hızlandırılması için sağlık sistemlerinin altyapısının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Kalite standardizasyonları, kanser tanı ve tedavisinde kullanılan yöntemlerin ve prosedürlerin belirlenmesi açısından kritiktir. Ulusal tedavi standardizasyonları, ülkelerin genel sağlık politikalarını ve standartlarını belirleyerek, daha tutarlı ve etkili bir kanser tedavi yaklaşımını teşvik edebilir.

2.4. Yenilikçi Kanser İlaçlarına Dair Politikalar

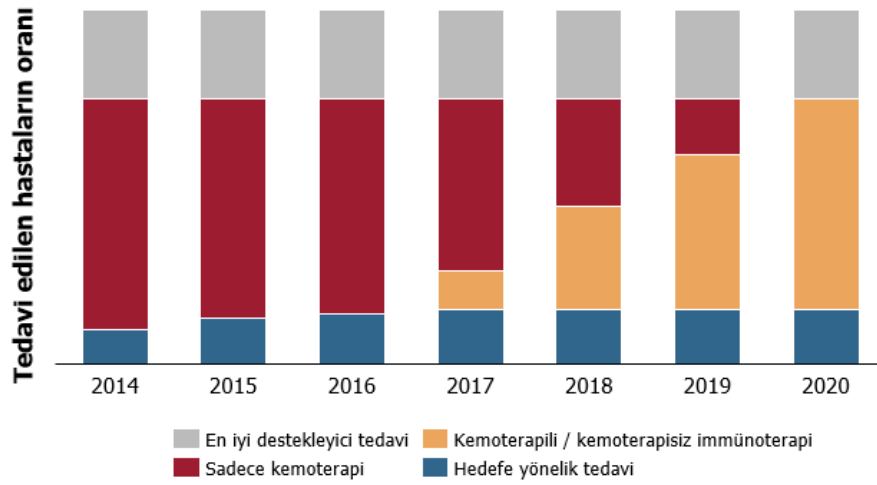
Yenilikçi kanser ilaçlarına dair politikalar, modern sağlık sistemlerinin ve kanserle mücadele stratejilerinin önemli bir parçasını oluşturmaktadır. Bu alandaki gelişmeler, kanser tedavisinde daha etkili, hedefe yönelik ve yan etkileri minimize edilmiş tedavilerin ortaya çıkmasına olanak tanımaktadır. Yenilikçi kanser ilaçları, hastaların yaşam kalitesini artırabilir ve tedavi başarısını olumlu yönde etkileyebilir. Bu bağlamda, yenilikçi kanser ilaçlarına dair politikaların önemi, mevcut durum ve finansmanı, bu bölümde anlatılacaktır.

Yenilikçi kanser ilaçları, özellikle birinci basamak kanser tedavisinde giderek artan bir öneme sahip olmaktadır. Günümüzde, sadece kemoterapi tedavisi yerine immünoterapi ilaçları gibi daha hedefe yönelik ve kişiye özgü tedavi yöntemleri, kanser tedavisinde çığır açan gelişmeler sunmaktadır. Bu ilaçlar, bağışıklık sistemini güçlendirerek kanser hücrelerini hedef alır ve bu sayede daha spesifik ve etkili bir tedavi sağlar.

Özellikle immünoterapi, klasik kanser tedavi yöntemlerinden farklı olarak vücudun kendi bağışıklık sistemini kullanarak kanserle mücadelede etkili olabilir. Bu da hastaların yan etkilerle daha az karşılaşmasına ve tedavinin daha kişiselleştirilmiş olmasına olanak tanımaktadır. Hedefe yönelik tedavi konusunda ise, son yıllarda gerçekleşen önemli gelişmeler, belirli genetik veya moleküler özelliklere sahip tümörlere yönelik özel ilaçların geliştirilmesine imkân vermektedir. Böylece kanser tedavisinde daha özelleştirilmiş ve etkili stratejilerin uygulanması sağlanmaktadır.

ESMO (European Society of Medical Oncology)⁷ yönergelerine dayalı birinci basamak tedavide, yıllar geçtikçe kemoterapiyle birlikte kemoterapisiz immünoterapi önem kazanmaktadır (Grafik 18). Bunun sebepleri; immünoterapinin kemoterapiden daha etkili olması ve daha az yan etkiye sebep olmasıdır.

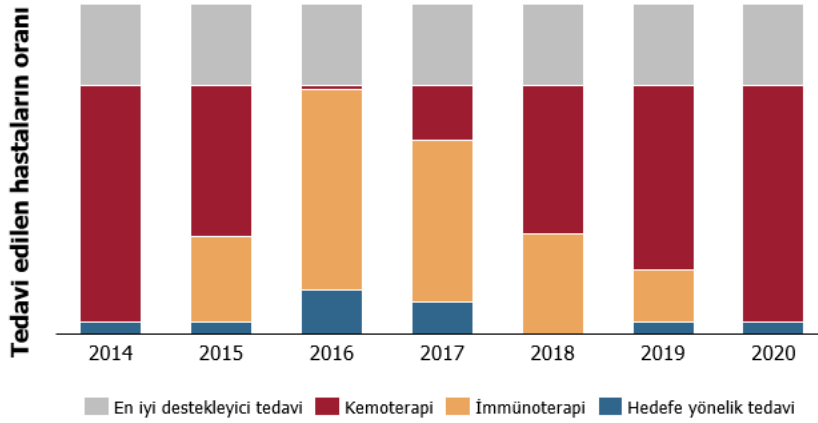
Grafik 18. Önerilen tıbbi tedavi gelişmiş KHDAK (ESMO yönergelerine dayalı birinci basamak tedavi)



Kaynak: ESMO önerileri.

Son yıllarda ikinci basamak kanser tedavisinde ise kemoterapinin kullanımı, özellikle 2014 yılı seviyelerine geri dönmüştür (Grafik 19). İmmünoterapinin birinci basamak tedavide öncelikli tercih edilme durumu, bu tedavinin özellikle belirli kanser tiplerinde başarılı olduğunu ve daha az yan etkiye sahip olduğunu göstermektedir. Ancak, ikinci basamak tedavisinde kemoterapinin yeniden önem kazanması, kanser tedavisinde tek bir yaklaşımın yeterli olmadığını ve farklı tedavi yöntemlerinin kombinasyonunun gerekliliğini vurgulamaktadır. Dolayısıyla, kanser tedavisinde birinci ve ikinci basamak tedavileri, hastaların bireysel ihtiyaçlarına ve kanser türlerine daha belirgin ve etkili çözümler sunma amacını taşımaktadır.

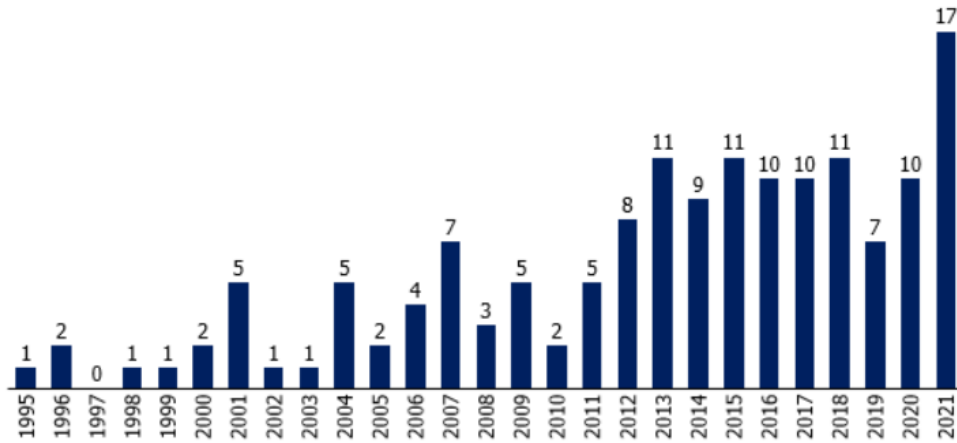
⁷ ESMO Yönergeleri, <https://www.esmo.org/guidelines>.

Grafik 19. İlerlemiş KHDAK'ta önerilen tıbbi tedavi (ESMO yönergelerine dayalı ikinci basamak tedavi)

Kaynak: ESMO önerileri.

Kanser ilaçlarına yönelik önemli gelişmeler Avrupa İlaç Kurumu (EMA) tarafından da dikkate alınmıştır. Özellikle 2010'lu yıllardan itibaren EMA, birçok yeni kanser ilacına onay vererek tedavi seçeneklerini genişletmiştir. Bu süreç, kansere mücadelede kullanılan ilaçların geliştirilmesi ve onaylanması konusunda önemli bir evrimi temsil etmektedir.

Bu bağlamda EMA tarafından onaylanan yıllık yenilikçi ilaç sayısı özellikle 2021 yılında artış göstermiş ve 17'ye ulaşmıştır. (Grafik 20). EMA'nın yenilikçi kanser ilaçlarına onay vermesi, çeşitli kanser türleri için daha etkili ve hedefe yönelik tedavilerin kullanılabilmesine olanak tanımaktadır. İnovasyon, immünoterapi, hedefe yönelik tedavilerde gerçekleşen ilerlemeler ve genellikle daha az yan etkiye sebep olan yenilikçi kanser ilaçları kullanımı hastaların yaşam kalitesini artırma ve sağ kalım sürelerini uzatma potansiyeline sahip gibi gözükmektedir.

Grafik 20. Avrupa İlaç Kurumu tarafından onaylanan yıllık yeni kanser ilacı sayısı

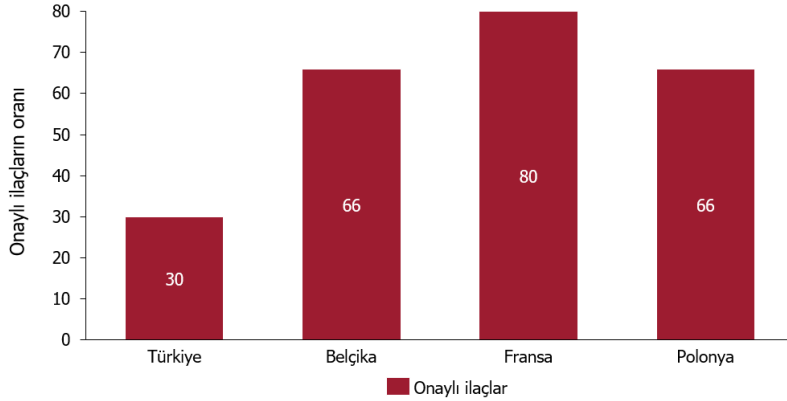
Kaynak: Avrupa İlaç Ajansı (2022).

Türkiye'de, söz konusu ilaçların kullanımı incelendiğinde, 2017-2020 yılları arasında Avrupa İlaç Ajansı (EMA) tarafından onaylanan 38 kanser ilacının sadece %30'una onay verildiği gözlemlenmektedir. Buna karşılık Fransa'da bu ilaçların %80'i, Belçika ve Polonya'da ise %66'sı kullanılmaktadır (Grafik 21). Ülkelerin regülasyon yapma ve onay süreçleri, sağlık politikaları ve ekonomik durumları bu farklılığa neden olmaktadır. Ne var ki, farklı ülkelerde sağ kalım oranları ile yenilikçi ilaçların kullanımı arasındaki

Türkiye’de Kanserle Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

ilişkinin araştırılması, sağlık politikalarının oluşturulması ve kanserle mücadele stratejilerinin belirlenmesi açısından önemlidir. İlaçların etkinliği, belirli kanser türlerinde hastalığın ne ölçüde kontrol alındığı ile ölçülebilir.

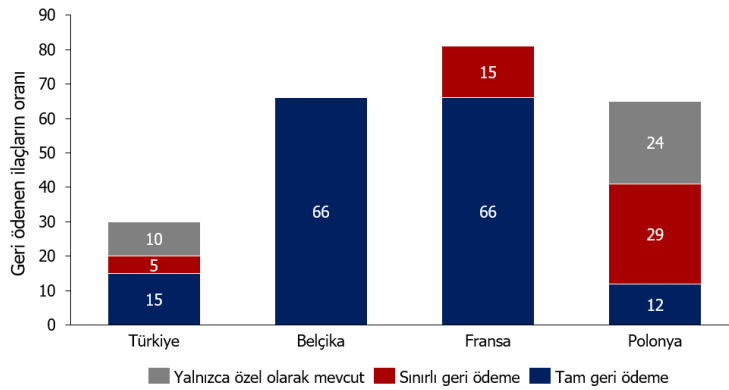
Grafik 21. Onaylı yeni kanser ilaçları (Avrupa İlaç Kurumu onayı 2017-2020, N=38 ilaç)



Kaynak: EFPIA WAIT Anketi (2020).

Kanser tedavisinde sağ kalım oranlarının değişiminde sadece yenilikçi ilaçların onayı değil, onaylanan ilaçların ne kadarının geri ödemeye tabi olduğu da belirleyicidir. 2017-2020 yılları arasında Avrupa İlaç Ajansı (EMA) tarafından onaylanan yenilikçi kanser ilaçlarına ilişkin verilere göre, Fransa ve Belçika'da bu ilaçların %66'sı tam geri ödemeye tabi iken, Türkiye'de onaylanan yenilikçi kanser ilaçlarının yalnızca %15'i tam geri ödemeye tabiidir (Grafik 22). Fransa ve Belçika'da daha yüksek bir geri ödeme oranı, bu ülkelerde kanser hastalarının yenilikçi tedavilere daha kolay erişim sağlamasına olanak tanırken, Türkiye'de daha sınırlı bir geri ödeme oranının, hastaların bu ilaçlara erişimini kısıtladığı söylenebilir. Bu durum, ülkeler arasındaki sağlık politikaları, bütçe planlamaları ve hasta hakları açısından değerlendirilmelidir. Ayrıca, daha düşük geri ödeme oranlarına sahip ülkelerdeki kanser tedavi stratejilerinin ve politikalarının gözden geçirilmesi, hasta odaklı, sürdürülebilir ve maliyet etkin bir sağlık hizmeti sağlanması için önemli olabilir.

Grafik 22. Tam ve sınırlı geri ödemeli yeni kanser ilaçları (Avrupa İlaç Kurumu onayı 2017-2020, N=38 ilaç)



Kaynak: EFPIA WAIT anketi.

Hedefe yönelik tedavilerde de benzer bir durum göze çarpmaktadır. EMA tarafından onaylanmış olan 18 hedefe yönelik tedavinin sadece 6'sı Türkiye'de onaylı olarak kullanılmaktadır (Şekil 8). Diğer yandan, onay almış ilaçlardan sadece 2'si tam geri ödemeye tabii görünmektedir. Bu durum, hedefe yönelik tedavilerin Türkiye'de sınırlı bir şekilde erişilebilir olduğunu ve finansal engellerle karşılaşabileceğini göstermektedir. Öncelikle, bu ilaçların sağladığı klinik fayda ile finansal yük

Türkiye’de Kansere Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

arasındaki denge, adil ve sürdürülebilir bir sağlık sistemini destekleyen bir fayda-maliyet analizi ile ele alınmalıdır. EMA onaylı ilaçların Türkiye’de daha yaygın bir şekilde kullanılabilmesi için, özellikle tam geri ödeme kapsamında daha fazla ilacın yer almasını sağlamak adına mevcut finansal modellerin ve geri ödeme politikalarının gözden geçirilmesi önemlidir. Geliştirilecek fayda-maliyet analizi, Türkiye’nin kanser tedavi stratejilerini optimize etmek ve hasta erişimini artırmak adına kapsamlı bir değerlendirmenin başlangıcı olabilir.

Şekil 8. Mevzuat onayı ve geri ödeme durumu

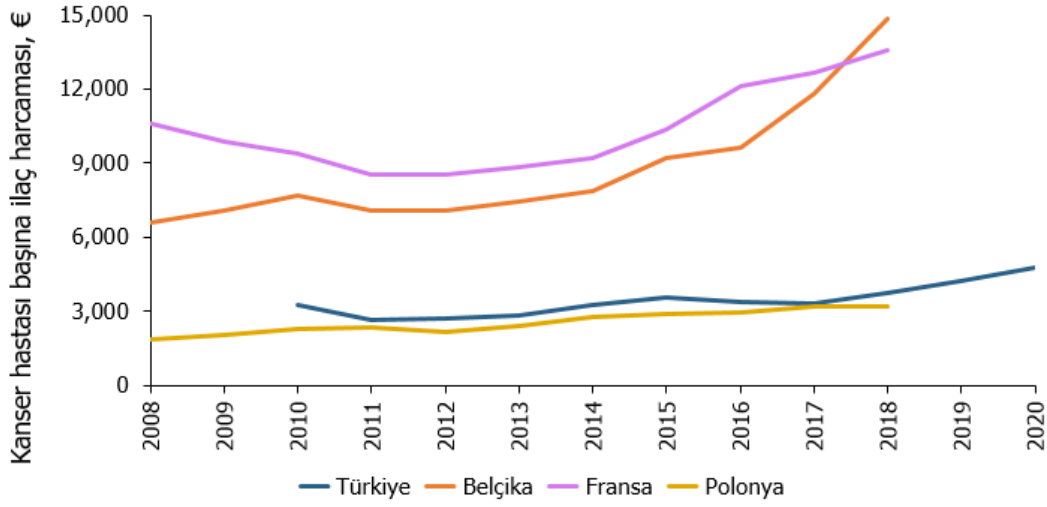
Hedefe yönelik tedaviler		EMA’nın onaylandığı sene	Türkiye	Belçika	Fransa	Polonya
Afatinib	NSCLC mono, locally advanced/metastatic, EGFR	2013	■	■	■	■
Alectinib	NSCLC, mono, advanced, ALK+	2017	■	■	■	■
Ceritinib	NSCLC, mono, advanced, ALK+	2017	■	■	■	■
Crizotinib	NSCLC, mono, advanced, ALK+	2015	■	■	■	■
Erlotinib	NSCLC, mono, locally advanced/metastatic, EGFR	2011	■	■	■	■
Gefitinib	NSCLC, mono, locally advanced/metastatic, EGFR-TK	2009	■	■	■	■
Osimertinib	NSCLC, mono, locally advanced/metastatic, EGFR T790M	2016	■	■	■	■
Osimertinib	NSCLC, mono, locally advanced/metastatic, EGFR	2018	■	■	■	■
Bevacizumab	NSCLC, combo with erlotinib, advanced/metastatic/recurrent NSC, EGFR	2016	■	■	■	■
Brigatinib	NSCLC, mono, advanced, ALK+	2020	■	■	■	■
Crizotinib	NSCLC, mono, advanced, ROS1+	2016	■	■	■	■
Dacomitinib	NSCLC, mono, locally advanced/metastatic, EGFR	2019	■	■	■	■
Entrectinib	NSCLC, mono, locally advanced/metastatic, NTRK	2020	■	■	■	■
Entrectinib	NSCLC, mono, advanced, ROS1	2020	■	■	■	■
Larotrectinib	NSCLC, mono, locally advanced/metastatic, NTRK+	2019	■	■	■	■
Ramucirumab	NSCLC, combo with erlotinib, metastatic, EGFR	2020	■	■	■	■
Dabrafenib/Trametinib	NSCLC, combo with trametinib, advanced, BRAF V600	2017	■	■	■	■
Necitumumab	NSCLC, combo with gemcitabine & cisplatin, locally advanced/metastatic SC, EGFR	2016	■	■	■	■

■ Geri ödemeli ■ Geri ödemesiz ■ Onaysız

Kaynak: T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Geri Ödeme Listeleri (2022).

Öte yandan yeni ilaçların piyasaya girme süreci, Türkiye’de oldukça uzun bir zaman almaktadır. Türkiye’de yeni bir ilacın piyasaya giriş süresi ortalama 30 ay iken, bu süre ABD’de 6 aydan kısa, Almanya’da 6 ay, İngiltere’de 9 ay ve Brezilya ile Hindistan’da yaklaşık 24 aydır. Bu farklılıklar, Türkiye’nin ilaç onay süreçlerinin ve düzenleyici mekanizmalarının diğer ülkelerden daha uzun ve karmaşık olduğunu göstermektedir.

Seçili ülkeler ve Türkiye’de kanser hastası başına kanser ilacı harcamaları karşılaştırıldığında, ilaç liste fiyatlarına göre Türkiye’deki harcamanın söz konusu ülkelerin çok gerisinde kaldığı görülmektedir (Grafik 23). Ancak, bu ülkelerin hepsinde özellikle son yıllarda bir artış gözlenmektedir. Bu gelişmenin ise, kanser tedavilerine erişimde ve tedavi seçeneklerinde bir iyileşme yaşandığını ve ülkelerin bu alanda daha fazla kaynak ayırmaya başladığını gösterdiği söylenebilir.

Grafik 23. Kansere hastası başına kansere ilaç harcaması (ilaç liste fiyatlarına göre)

Kaynak: IQVIA'dan satış verileri ve Eurostat'tan nüfus, enflasyon ve döviz kurları verileri.

Seçili ülkelere göre ilaçların geri ödeme kapsamına alınma kriterleri incelendiğinde, Türkiye'de temel kriterin ilaçların fiyatı ile bütçeye etkisi olduğu görülmektedir. (Şekil 9). Buna karşılık Fransa, Belçika ve Polonya'da fiyat ya da bütçeye etkisinden ziyade ilacın terapatik etkisi ile maliyet etkililiği dikkate alınıyor. Ne var ki Türkiye'de terapatik etkinlik, karşılanmayan klinik ihtiyaç ve maliyet etkililiği gibi kriterler, geri ödeme kararlarında bütçe etkisine kıyasla geri planda kalmakta.

Şekil 9. Ünelere göre ilaçların geri ödeme kapsamına alınma kriterleri

	Türkiye	Fransa	Belçika	Polonya
Fiyat	Öncelikli Kriter	İkincil Öncelikli Kriter	İkincil Öncelikli Kriter	Öncelikli Kriter
Bütçeye etki	Öncelikli Kriter	İkincil Öncelikli Kriter	İkincil Öncelikli Kriter	Öncelikli Kriter
İlacın terapatik etkinliği	İkincil Öncelikli Kriter	Öncelikli Kriter	Öncelikli Kriter	Öncelikli Kriter
Karşılanmayan klinik ihtiyaç	İkincil Öncelikli Kriter	İkincil Öncelikli Kriter	İkincil Öncelikli Kriter	Öncelikli Kriter
Maliyet etkililiği	İkincil Öncelikli Kriter	Öncelikli Kriter	Öncelikli Kriter	Öncelikli Kriter

Öncelikli Kriter

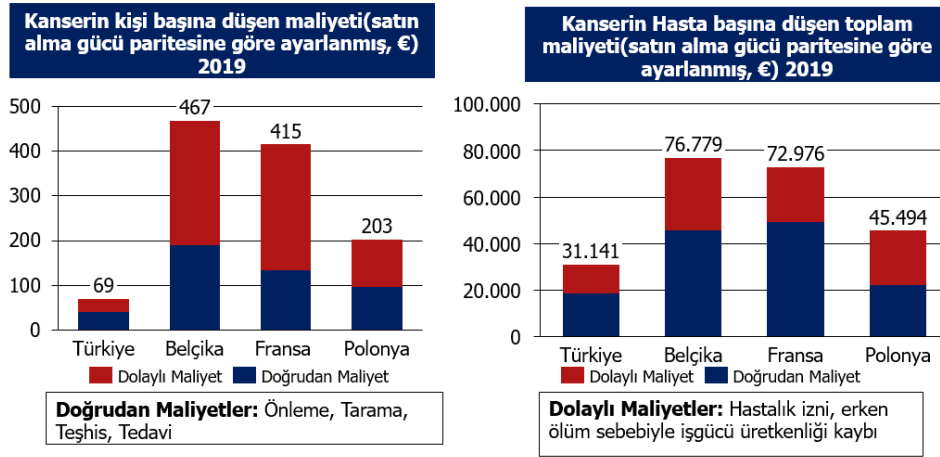
İkincil Öncelikli Kriter

Kaynak: Cancer Care in Turkey in a European Context, IHE Report (2022).

Maliyet etkililik değerlendirmelerinde, sadece doğrudan maliyetleri değil, aynı zamanda dolaylı maliyetleri de dikkate almak kritik bir öneme sahiptir. Doğrudan maliyetler, önleme, tarama, teşhis ve tedavi süreçlerinde verilen sağlık hizmetleri, tedaviler ve ilaçlar gibi doğrudan sağlık harcamalarını içerirken, dolaylı maliyetler kansere ilişkili olarak iş gücü kaybı, hastalık izni, hasta bakımı ve erken ölüm nedeniyle kaybedilen üretkenlik gibi faktörleri içermektedir. Türkiye'de kanserin hasta başına düşen toplam maliyetine bakıldığında ise, dolaylı maliyetlerin doğrudan maliyetlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir (Grafik 24).

Bu nedenle, kanserin toplam maliyetini değerlendirirken sadece tedavi maliyetlerine odaklanmak, gerçek maliyetin tamamını anlamaya engel olabilir. Dolaylı maliyetlerin etkili bir şekilde değerlendirilmesi, sağlık politikalarının ve kaynak tahsisinin daha etkili bir şekilde planlanmasına katkı sağlayabilir.

Grafik 24. Kanserin kişi ve hasta başına düşen maliyetleri



Kaynak: Cancer Care in Turkey in a European Context, IHE Report (2022).

3. Sonuç ve Öneriler

Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de nüfus giderek yaşlanmakta ve yaşlılıkla birlikte sağlık harcamaları da artmaktadır. Yaşlılık kanser vakaları riskini de artırmakta, dolayısıyla kanserle mücadelede tarama, teşhis ve tedavi süreçleri ile bu hizmetlerin finansmanı bütüncül bir yaklaşım gerektirmektedir. Türkiye’nin kanserle mücadele plan ve stratejisi incelendiğinde, kanser tarama, tanı ve tedavide başarılı bir performans göstermiş olmakla birlikte seçili ülkelerle karşılaştırıldığında hala yapılabilecek ve örnek alınacak noktalar olduğu görülmektedir.

Bu kapsamda, kanser kayıtlarının tutulma sıklığı, paylaşılması, popülasyon temelli ulusal kanser kayıtları, kanser koruma planlarının izlenmesi ve finansmanı, tarama programlarının yeterliliği, bilinirliği, tanı ve tedavi süreçlerindeki organizasyonel zorluklar ve gecikmeler, yenilikçi ilaçların onay süreçlerindeki yaklaşım, onay süreleri, geri ödeme miktarları kıyaslamalarla birlikte özetlenmiştir.

Son olarak, söz konusu veriler, kıyaslamalar ve analizlerin sunduğu bakış açısı ile Türkiye’de kanserle mücadele plan, politika ve stratejilerinin geliştirilmesi, yönetimi ve finansal planlaması ile kanser tedavisinde önemli bir dönüşümü temsil eden yenilikçi ilaçların kanserle mücadelede daha etkin nasıl kullanılabileceği konusunda bazı öneriler üzerinde durulacaktır.

Kanser tarama oranlarını artırmak, hedeflere ulaşmak için, toplum genelinde güçlü bir farkındalık ve eğitim kampanyası yürütülmelidir. KETEM bilinirliğinin artırılması, kanserle mücadelede kapsamlı ve etkili bir strateji olabilir. Kampanyalar, halkın kanser taramasının önemini anlamasını sağlayarak, erken teşhisin hayat kurtarıcı etkisine vurgu yapmayı amaçlar. Özellikle sosyal medya gibi etkili iletişim araçları, geniş kitlelere ulaşma potansiyeli nedeniyle bu kampanyalarda etkili bir rol oynayabilir. Örneğin, Facebook, Twitter ve Instagram gibi platformlar, halka yönelik bilgilendirici içerikler, tanıtım videoları ve hikâyeler aracılığıyla kanser taramasının önemi hakkında bilgi vererek farkındalık artırabilir. KETEM’ler, kanser tarama hizmetlerini sunan önemli noktalardır ve halk tarafından daha yakından tanındıkça, bireylerin kanser tarama süreçlerine katılımı daha bilinçli olabilir. KETEM’lerin halk tarafından bilinirliğinin artırılması için yerel medya, afişler ve sosyal medya gibi iletişim kanalları kullanılabilir. Ayrıca, KETEM’lerin hizmet sunduğu bölgelerdeki sağlık profesyonelleri aracılığıyla halka doğrudan ulaşmak da etkili olabilir. Böylece, bireylerin bu merkezlerin sunduğu kanser tarama hizmetlerinden haberdar olmaları ve bu hizmetlere kolayca erişebilmeleri sağlanabilir. KETEM bilinirliğinin artması, kanser tarama oranlarının yükselmesine katkı sağlayacaktır.

Ayrıca, KETEM’lerin sayısını arttırmak da bilgilendirme yapmak kadar önemlidir. Özellikle kırsal bölgelerde ve küçük yerleşim yerlerinde yaşayan insanlara kolay erişim imkânı sağlayarak, kanser tarama hizmetlerinin yaygınlaştırılmasına yardımcı olunabilir. Bu sayede, farklı coğrafi bölgelerde yaşayan bireylerin eşit bir şekilde kanser tarama imkânlarından faydalanması mümkün olabilir. Öte yandan KETEM sayılarının artmasıyla birlikte, doktor başına düşen hasta sayısı azalır. Bu sayede, doktorla hasta arasında iletişim süreçleri ve hasta takip sistemleri daha kolay ve sağlıklı olabilir.

Daha kapsamlı, güncel ve şeffaf veri paylaşım mekanizmalarının oluşturulması kanser tanı ve tedavisinin yönetişimini geliştirmek için gereklidir. Halka açık, içerikleri anlaşılabilen, paylaşılan verilerin doğruluğu ve güncelliği; kanser tanı ve tedavi süreçlerini kolaylaştırarak verilerin daha fazla alanda kullanılabilmesine olanak tanıyacaktır. Kanser kayıt sisteminin izlenebilir ve paylaşılabilir olması, kanserle mücadelede etkili bir strateji oluşturmak ve sürdürülebilirliğini sağlamak ve gerekli finansman planını oluşturmayı mümkün kılacaktır. Kanser hastalarının daha iyi bir tedavi ve destek alması için gerekli eylemlerin belirlenmesi, bu eylemlerin izlenmesi, izleme sonuçlarının değerlendirilmesi sonucunda ne gibi düzeltme ve değişikliklerin gerektiğinin belirlenmesi, kayıtlarının eksiksiz tutulması ve paylaşılması ile sağlanabilecektir.

Kanslerle mücadelede, kaynakların etkin kullanımı için ulusal kanser koruma planlarının finansman planları güçlendirilmelidir. Etkin kaynak yönetimi, tıbbi ekipman, tesis, hammadde/ilaçlar ve insan kaynakları gibi faktörlerin kanser teşhisi ve tedavisi süreçlerinde verimli ve hedefe yönelik kullanılması olarak tanımlanabilir. Finansman planı ise saptanan hedeflere ulaşmak için gerekli kaynak miktarını, nereden sağlanabileceği veya gerektiğinde hedef ve eylemlerin kaynak kısıtı altında nasıl önceliklendirilebileceğini belirleme aracıdır. Finansman planının uygulamasının izlenmesi, kanserle mücadelede kullanılacak kaynakların etkin bir şekilde yönetilmesini sağlayacağı gibi verimliliği de attırabilecektir. Türkiye, seçili ülkelerle kıyaslandığında, finansman planı ile ilgili verilerin eksik ve paylaşımına açık olmadığı, yıllık uygulamanın izlenmesinin ise yapılmadığı, yapıyorsa bile paylaşılmadığı düşünülürse, kaynak kullanımının etkinliğinin iyileştirmesi gereği ortaya çıkmaktadır.

Farklı kanser türleri için belirlenen kanser tarama yaş kriterlerinin DSÖ ile uyumlu hale getirilmesi kanser sağlık harcamalarının maliyet etkinliğini arttırabilir. Daha geniş yaş aralığında tarama yapılması erken teşhis imkânını kolaylaştıracağı için bir avantaj olarak görülebilir. Ne var ki geniş yaş aralığı, maliyetleri ve kaynak kullanımının etkinliği sorusunu gündeme getirmektedir. Dolayısıyla, daha geniş aralıkta yapılan taramanın maliyetleri ile farklı yaş gruplarında kanser tedavisinin maliyetleri arasında bir maliyet-etkinlik analizi yapılarak söz konusu aralığın DSÖ’nün belirttiği aralıklarına çekilip çekilmemesi konusunda bir karara varılabilir. İzleme ve değerlendirme sonucunda gerektiğinde planları ve hedefleri revize etme, ülkelerin sağlık harcamalarının etkinliğini arttırmak açısından önem taşımaktadır.

Tedavi ve bakımın devamlılığı ve koordinasyonunu sağlamak, sağlık sistemlerinde tespit edilen sorunların ele alınması ile mümkündür. Türkiye, klinik yönergeler ve kılavuzlar konusunda dünya genelinde 28. Sıradadır. Klinik uygulamalarda standartlaşmanın ve güncel bilimsel yönergelerin takip edilmesi, ulusal tedavi standardizasyonlarının belirlenerek uygulanması, daha tutarlı ve etkili bir kanser tedavi yaklaşımını geliştirilebilir. Multidisipliner ekiplerle entegre kanser bakımı, sağ kalım ve rehabilitasyon değerlendirme kriterlerine göre de Türkiye çok düşük puanlar almıştır. Dolayısı ile hasta odaklı bakımın iyileştirilmesi ve hastaların ihtiyaçlarına daha duyarlı bir şekilde hizmet sunulması gerekliliği açıktır. Tanı ve tedavi süreçlerindeki gecikmeler de önemli bir konudur. Tanı ve tedaviye kadar geçen süre, hastaların sağlık durumlarını daha karmaşık ve tedavisi güç hale getirebilir. Bu

Türkiye’de Kanslerle Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

nedenle, tanı ve tedavi süreçlerinin hızlandırılması için sağlık sistemlerinin altyapısının güçlendirilmesi gerekmektedir.

Kanser tedavisinde, sağ kalım oranlarının olumlu yönde değişiminde mevcut ilaçların yanı sıra yenilikçi ve hedefe yönelik yeni nesil ilaçların kullanılması etkili olmuştur. Yeni nesil ilaçlar kanser tedavisinde daha etkili, hedefe yönelik ve yan etkileri minimize edilmiş tedaviler olarak, kullanılan mevcut ilaçların etkinliğinin artırılmasına olanak tanımaktadır. Bu ilaçlar, bağışıklık sistemini güçlendirerek kanser hücrelerini hedef almakta ve hastaların yaşam kalitesini artırırken, tedavi başarısını olumlu yönde etkileyebilmektedir. Yenilikçi kanser ilaçları, özellikle birinci basamak kanser tedavisinde giderek artan bir oranda kullanılmaktadır. İmmünoterapinin birinci basamak tedavide öncelikli tercih edilme durumu, bu tedavinin özellikle belirli kanser tiplerinde başarılı olması ve daha az yan etkiye sahip olmasından kaynaklanmaktadır. Ancak, ikinci basamak tedavisinde kemoterapinin yeniden önem kazanması, kanser tedavisinde tek bir yaklaşımın yeterli olmadığına ve farklı tedavi yöntemlerinin kombinasyonunun gerektiğine işaret etmektedir. Dolayısıyla, belirli kanser türlerinin birinci ve ikinci basamak tedavilerinde, hastaların bireysel ihtiyaçlarına uygun mevcut ve yenilikçi ilaçların birlikte kullanımı tedavi ve sağ kalım başarısını arttırabilir.

Yenilikçi kanser ilaçlarının mevcut ilaçlarla birlikte kullanılabilmesi için yenilikçi ilaçların onay mekanizmasının gözden geçirilerek hızlandırılması gerekmektedir. İlaç onay süreçlerinde uluslararası standartlara uyum, yeni ve yenilikçi kanser ilaçlarının ülkemize daha hızlı girişini kolaylaştırabilir. EMA'nın yenilikçi kanser ilaçlarına onay vermesi, çeşitli kanser türleri için daha etkili ve hedefe yönelik tedavilerin kullanılabilmesine olanak tanımaktadır. Türkiye’de, EMA tarafından onaylanan 38 kanser ilacının sadece %30'una onay verilmiştir. Buna karşılık Fransa Belçika ve Polonya gibi seçili ülkelerde bu oran %70’in üzerindedir. Türkiye'nin ilaç onay süreçlerinin ve düzenleyici mekanizmalarının diğer ülkelerden daha uzun ve karmaşık olduğu görülmektedir. Seçili ülkelerin sağ kalım oranlarının Türkiye'nin üzerinde olduğu düşünülürse, ülkenin regülasyon yapma ve onay süreçlerini gözden geçirerek onay sürelerinin sağ kalım oranlarında bir değişim yapıp yapmadığının çalışılmasının faydalı olacağı düşünülmektedir.

Türkiye’de hedefe yönelik tedavilerin etkililiği arttırmak, yenilikçi ilaçların erişilebilir olması ve onaylanan ilaçların ne kadarının geri ödemeye tabi olacağına birlikte belirlenmesi ile mümkün olabilir. Türkiye’de onay almış ilaçlardan sadece 2’si tam geri ödemeye tabiidir. Bu durum, hedefe yönelik tedavilerin Türkiye’de sınırlı bir şekilde erişilebilir olduğunu ve finansal engellerle karşılaşabileceğini göstermektedir. Öncelikle, bu ilaçların sağladığı klinik fayda ile finansal yük arasındaki denge, adil ve sürdürülebilir bir sağlık sistemini destekleyen bir fayda-maliyet analizi ile ele alınmalıdır. EMA onaylı ilaçların Türkiye’de daha yaygın bir şekilde kullanılabilmesi ve hangilerinin tam geri ödeme kapsamına alınacağına karar vermek için mevcut finansal modellerin ve geri ödeme politikalarının gözden geçirilmesi önemlidir. Bu amaçla geliştirilecek fayda-maliyet analizi, Türkiye'nin kanser tedavi stratejilerini gözden geçirerek, hasta bakım ve sağ kalımını arttırmak adına kapsamlı bir değerlendirmenin başlangıcı olabilir.

Türkiye’de ilaçların geri ödeme kapsamına alınmasında ilacın fiyatı ve bütçeye etkisi yanı sıra ilacın terapötik etkinliği ile karşılanmayan klinik ihtiyaç ve maliyet etkililiği gibi kriterlerin dikkate alınması, sağlık politikalarının ve kaynak tahsisinin daha etkili bir şekilde planlanmasına katkı sağlayabilir. Türkiye’de geri ödemeye tabi ilaç seçiminde temel kriter ilaçların fiyatı ile bütçeye etkisidir. Buna karşılık maliyet etkililik değerlendirmelerinde, sadece doğrudan maliyetler değil, aynı zamanda dolaylı maliyetler de dikkate alınmalıdır. Doğrudan maliyetler, önleme, tarama, teşhis ve tedavi süreçlerinde

Türkiye’de Kanserle Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

verilen sağlık hizmetleri, tedaviler ve ilaçlar gibi doğrudan sağlık harcamalarını içerirken; dolaylı maliyetler kanserle ilişkili olarak iş gücü kaybı, hastalık izni, hasta bakımı ve erken ölüm nedeniyle kaybedilen üretkenlik gibi faktörleri içermektedir. Türkiye’de kanser hastası başına düşen toplam maliyette, dolaylı maliyetler doğrudan maliyetlere göre daha yüksektir. Dolayısı ile yapılacak bir maliyet etkililiği çalışması ile ilaçların geri ödemeye tabi olması durumunda karşılaşılabilecek doğrudan maliyetin ne kadarının dolaylı maliyetlerde eksilmeye yol açacağına, ya da açıp açmayacağına karar vermek mümkün olabilir. Nitekim seçili ülkelerde ilaçların geri ödeme kapsamına alınma kriterlerinde, fiyat ve bütçeye etkisinden ziyade ilacın terapatik etkisi ile maliyet etkililiği dikkate alındığı görülmektedir.

Sonuç olarak Türkiye’de kanserle mücadelede kayda değer bir gelişim görülmeyle birlikte hala belli konularda iyileştirme sağlanması gerekmektedir. Tarama, teşhis ve tedavi konularında yapılacakların yanı sıra, yenilikçi ilaçların mevcut ilaçlarla birlikte kullanımı tedavi kalitesi ve sağ kalımı arttırmak açısından önemlidir. Yenilikçi ilaçların onay ve geri ödeme kapsamına alınması konularının, diğer ülke örnekleri de dikkate alınarak, fayda-maliyet analizi ya da maliyet etkililiği analizine dayandırılarak yeniden değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmektedir.

4. Kaynakça

EFPIA WAIT anketi (2021). EFPIA Hastaların Yenilikçi Tedavilere Erişimi Bekleme Göstergeleri 2020 Anketi. <https://www.aifd.org.tr/wp-content/uploads/2021/08/EFPIA-Patient-W.A.I.T.-Indicator-final-250521-TR-1.pdf>.

European Medicines Agency (2022). <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/therapeutic-areas-latest-updates/cancer>.

European Society for Medical Oncology (ESMO), Accredited Designated Centres (2023). https://www.esmo.org/for-patients/esmo-designated-centres-of-integrated-oncology-palliative-care/esmo-accredited-designated-centres?generic_filter_form%5Besmo_profile_organisation_country_alpha2_ms%5D=tr&generic_filter_form%5Besmo_profile_organisation_accredited_since_value_css%5D=.

European Society for Medical Oncology (ESMO) Yönergeleri, <https://www.esmo.org/guidelines>.

Eurostat, Population and Social Conditions: Preventive Cancer Screenings-Programme Data (2019). https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-datasets/-/hlth_ps_prev.

Hofmarcher, T., Lindgren P. and Wilking ,N. (2022). IHE Report. Cancer Care in Türkiye in a European Context. ISSN:1651-7628. <https://en.ihe.se/publicering/cancer-care-in-turkey/>.

IQVIA, Real World & Health Data Sets (2020). <https://www.iqvia.com/solutions/real-world-evidence/real-world-data-and-insights>.

Jadhav, N. V., Singh, N., Targotra, M. and Chauhan M. K. (2021). Impact of COVID-19 on Indian Pharmaceutical Industry and Way Forward. National Library of Medicine, National Center for Biotechnology Information. Doi: 10.2174/1871526520666200905123941.

National Cancer Institute, Cancer Stat Facts: Common Cancer Sites (2023). <https://seer.cancer.gov/statfacts/html/common.html>.

National Health Expenditure Database, Canadian Institute for Health Information (2022). <https://www.cihi.ca/en/national-health-expenditure-trends>.

SGK Sağlık İstatistikleri (Nisan 2021). <https://www.sgk.gov.tr/Istatistik/Yillik/fcd5e59b-6af9-4d90-a451-ee7500eb1cb4/>.

T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Geri ödeme listeleri (2022).

T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Kanseri Dairesi Başkanlığı, 2022.

The Cancer Atlas, Cancer Survivors (2018). <https://canceratlas.cancer.org/data/map/population-based-cancer-registries/>.

The OEI Network (2023). <https://www.oeci.eu/MemberList.aspx>.

TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, Genel Nüfus Sayımları. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr>.

TÜİK Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi, Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?locale=tr>.

Türkiye’de Kanserle Mücadele ve Yenilikçi İlaç Politikalarının Geleceği

United Nations, Department of Economics and Social Affairs, Population Division (2022). World Population Prospect 2022, Online Edition. <https://population.un.org/wpp/Download/Standard/Population/>.

World Cancer Initiative, Index of Cancer Preparedness (2019). <https://www.cancercontrol.info/wp-content/uploads/2019/07/Alan-D-Lovell.pdf>.

World Cancer Research Fund International, Worldwide Cancer Data (2020). <https://www.wcrf.org/cancer-trends/worldwide-cancer-data/>.

World Health Organization, International Agency for Research on Cancer (2020). Global Cancer Observatory. <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/900-world-fact-sheets.pdf>.

World Health Organization (29 May 2020). Rapid assessment of service delivery for NCDs during the COVID-19 pandemic. <https://www.who.int/publications/m/item/rapid-assessment-of-service-delivery-for-ncds-during-the-covid-19-pandemic>.

World Health Organization (2020). WHO Report on Cancer: Setting Priorities, Investing Wisely and Providing Care for All, s. 65. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240001299>.

Yurdakul A. S. vd (2015) Patient and physician delay in the diagnosis and treatment of non-small cell lung cancer in Turkey. DOI: 10.1016/j.canep.2014.12.015. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25670053/>.