



T.C.
KARAMANOĞLU MEHMETBEY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**“TÜRKİYE’DE İLAÇ PAZARININ GELİŞİMİ VE KARAMAN
İLİ ÖRNEĞİ”**

Hazırlayan
Z. Bahadır BAYRAÇ
074201012002

İşletme Ana Bilim Dalı
Yüksek Lisans Tezi

Danışman
Yrd. Doç. Selda Başaran ALAGÖZ

KARAMAN – 2011

TÜRKİYE'DE İLAÇ PAZARININ GELİŞİMİ
VE KARAMAN İLİ ÖRNEĞİ

Tezin Kabul Ediliş Tarihi: 02 / 05/ 2011

Jüri Üyeleri (Unvanı, Adı Soyadı)

Başkan :Prof.Dr. H.Bahadır AKIN

Üye : Doç.Dr.Ercan OKTAY

Üye : Yrd.Doç.Dr.Selda Başaran ALAGÖZ(Danışman)

Üye :

Üye :

İmza
.....
.....
.....

Bu tez, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yönetim Kurulunun 20/04/2011 tarih ve 13/154 sayılı oturumunda belirlenen jüri tarafından kabul edilmiştir.

Enstitü Müdürü: Prof. Dr. H. Bahadır AKIN

Mühür
İmza

ÖNSÖZ

Bu tezin hazırlanmasında; başlangıçtan bitimine kadar her aşamada içtenlikle destekleyen ve her konuda yardımlarını esirgemeyen değerli hocalarım Prof. Dr. Coşkun ATAYETER, Prof. Dr. H. Bahadır AKIN ve değerli danışmanım Yrd. Doç. Selda Başaran ALAGÖZ'e, manevi desteğini esirgemeyen, eşim Gülşen BAYRAÇ ve aileme teşekkür ederim.

KARAMAN 2011**Z. Bahadır BAYRAÇ**

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	:i
ABSTRACT.....	:iv
ÖZET.....	:v
KISALTMALAR.....	:vi
GRAFİKLER LİSTESİ.....	:vii
TABLolar LİSTESİ.....	:viii

GİRİŞ.....	:1
------------	----

BİRİNCİ BÖLÜM

İLAÇ PİYASASININ GENEL ÖZELLİKLERİ

1.1 İLACIN TANIMI	:4
1.2. İLAÇ SANAYİSİNİN GELİŞİMİ.....	:4
1.3. İLAÇ PİYASASI.....	:9
1.3.1. İlaç Piyasasının Özellikleri.....	:11
1.3.1.1. İlaç Piyasasında Arz.....	:12
1.3.1.2. İlaç Piyasasında Talep.....	:13
1.4. İLAÇ PİYASASININ TEMEL KONULARI	:16
1.4.1. İlaç Piyasasında Fiyatlandırma ve Devletin Piyasaya Müdahalesi.....	:17
1.4.2. İlaçta Geri Ödeme Sistemi.....	:19
1.4.3. Referans Fiyat ve Uygulamaları.....	:20
1.4.4 İlaç Olan Talebin Fiyat Esnekliği.....	:23
1.4.5 İlaç Piyasasında Patent Koruması.....	:25
1.4.6. İlaç Piyasasında AR-GE.....	:28
1.4.7. İlaç Piyasasında Rekabet.....	:30
1.4.7.1. Orijinal İlaçlar Arasındaki Rekabet	:30
1.4.7.2. Orijinal İlaçlar ile Jenerik İlaçlar Arasında Rekabet	:31
1.4.7.3. Devlet Kesiminin Yer Aldığı Pazarlarda Fiyat Rekabeti	:32
1.4.8. Doktorun Reçete Yazma Alışkanlığı ve İlaç Harcamaları Üzerindeki Etkisi.....	:34

İKİNCİ BÖLÜM

DÜNYADA İLAÇ SANAYİNİN YAPISI, ÖZELLİKLERİ

2.1. DÜNYA İLAÇ SEKTÖRÜNÜN TARİHÇESİ	:36
2.2. DÜNYA İLAÇ SEKTÖRÜNÜN YAPISAL ANALİZİ.....	:36
2.3. DÜNYA İLAÇ SEKTÖRÜNDE YOĞUNLAŞMA EĞİMLERİ.....	:37
2.4. AVRUPA BİRLİĞİ'NDE İLAÇ SEKTÖRÜ.....	:40
2.4.1. AB Ülkelerinde İlaç Tüketimi	:42
2.4.2. AB Ülkelerinde İlaç Üretim	:44
2.4.3. AB Ülkelerinde İlaçta Dış Ticaret	:44
2.4.4. AB Ülkelerinde İstihdam	:46
2.4.5. AB Ülkelerinde AR-GE Faaliyetleri	:48
2.5. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE İLAÇ SEKTÖRÜ	:50
2.5.1. Sağlık Harcamaları İçinde İlaç Harcamalarının Payı	:50
2.5.2. Amerika Birleşik Devletlerinde İlaç Tüketimi	:51
2.5.3. Amerika Birleşik Devletlerinde AR-GE	:51
2.5.4. ABD İlaç Sektöründe İlaç Maliyetleri	:54

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE İLAÇ SEKTÖRÜNÜN DURUMU ÜZERİNE

3.1. TÜRKİYE İLAÇ ÜRETİMİ.....	:55
3.2. TÜRKİYE İLAÇ TÜKETİMİ.....	:62
3.3. TÜRKİYE'DE İLAÇTA YATIRIMI	:64
3.4. TÜRKİYE'DE AR-GE FAALİYETLERİ	:66
3.4.1. Biyoteknoloji ve İlaç.....	:67
3.4.2. Günümüzde ve Gelecekte Biyofarmasötikler.....	:67
3.4.3. Teknoloji politikaları.....	:69
3.4.4. Nanoteknoloji Alanında AB ve Türkiye.....	:71
3.4.5. Sektörde Kamunun Rolü, Özelleştirme Faaliyetleri ve Muhtemel Etkileri.....	:73
3.5. AB'YE KATILIM SÜRECİNİN ETKİLERİ.....	:73
3.5.1 İstihdam.....	:74
3.5.2. İlaçta Dış Ticaret.....	:75
3.6. TÜRKİYE'DE İLAÇ HARCAMALARI.....	:78
3.7. TÜRKİYE'DE İLAÇ KULLANIM ORANLARI	:79
3.8. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (SGK) VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ.....	:87

3.8.1. 2005 öncesinde gerçekleşen farklı uygulamalar	:88
3.8.1.1. Emekli Sandığı'nda (ES).....	:88
3.8.1.2. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)	:89
3.8.1.3. Bağ-Kur	:89
3.9. TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUM VE SORUNLAR	:92

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

KARAMAN İLAÇ PAZARI ÖRNEĞİ

4.1. 50. BÖLGE KARAMAN ECZACI ODASI	:95
4.2. KARAMAN İLİ ECZACI VE ECZANE VERİLERİ.....	:95
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	:108
KAYNAKÇA	
ÖZGEÇMİŞ	

ABSTRACT

The creation and sustainability of a healthy life in a healthy society is one of the most important factors in the production of the drug, depending on the rules and the need to convey to those who needed now, today, the state's leading social responsibility. Developed countries with rational drug policies, the development of both the pharmaceutical industry as well as quality and patient access to effective drugs provide the best and most economic conditions.

The pharmaceutical industry currently has the highest potential for research and development is a global industry. On the one hand the discovery of new drugs in the fight against increasing the specific and lethal diseases, prolonged life span on the other hand rotation of a quality life, exceeded the limits of the global economy, intense competition and increased government intervention and the control of the pharmaceutical industry leads to the differentiation of other industries.

In this study, the pharmacies in the province of the Turkish pharmaceutical industry and Karaman situation and problems will be covered. The fact that a healthy society's most valuable economic power, has been adopted by all states today.

ÖZET

Sağlıklı bir toplum yaratılması ve sağlıklı bir yaşamın sürdürülebilmesinde en önemli faktörlerden biri olan ilacın kurallara bağlı olarak üretilmesi ve ihtiyacı olan herkese ihtiyaç duyulduğu anda ulaştırılabilmesi, günümüzde devletin en önde gelen sosyal sorumluluğudur. Gelişmiş ülkeler rasyonel ilaç politikaları ile, hem ilaç endüstrisinin gelişimini hem de kaliteli ve etkin ilacın en iyi ve en ekonomik şartlarla hastaya ulaşımını sağlamaktadırlar.

İlaç endüstrisi, günümüzde en yüksek araştırma-geliştirme potansiyeline sahip global bir endüstridir. Bir yandan artan spesifik ve ölümcül hastalıklarla mücadelede yeni ilaçların keşfi, diğer yandan uzayan yaşam süresinin kaliteli bir yaşama döndürülebilmesi, global ekonomide sınırları aşan yoğun rekabet koşulları, artan devlet müdahalesi ve denetimi ilaç endüstrisinin diğer endüstrilerden farklılaşmasına neden olmaktadır.

Bu çalışmamızda Türk ilaç endüstrisinin ve Karaman ilinde ki eczanelerin durumu ve sorunları işlenecektir. Sağlıklı bir toplumun en değerli bir ekonomik güç olduğu gerçeği, günümüzde tüm devletler tarafından kabul edilmiştir.

KISALTMALAR

DİE	Devlet İstatistik Enstitüsü
DPT	Devlet Planlama Teşkilatı
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EPRI	Ekonomi Politikaları Araştırma Enstitüsü
FIP	Uluslararası Eczacılık Federasyonu
GE	Güncel Eczacılık Dergisi
GMP	İyi Üretim Uygulamaları
GPP	İyi Eczacılık Uygulamaları
İEİS	İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
İGEME	İhracatı Geliştirme Etüd Merkezi
İKU	İyi Klinik Uygulamaları
İLÜ	İyi Laboratuvar Uygulamaları
İTK	İlaç Tedavi Kurulları
OTC	Reçetesiz İlaçlar
ÖİKR	Özel İhtisas Komisyonu Raporu
TEPAV	Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı
TTB	Türk Tabipler Birliği
AB	Avrupa Birliği
ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AR-GE	Araştırma Geliştirme
GATA	Gülhane Askeri Tıp Akademisi
OECD	Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü
SPC	Tıbbi Ürünler için ek Koruma Belgesi
FDA	Federal İlaç Kurumu
OTC	Tezgâh Üstü Tüketim
EFPIA	Avrupa İlaç Endüstrileri Birlikleri Federasyonu
TÜBİTAK	Türkiye Bilimsel Teknik Araştırma Kurumu
WHO	Dünya Sağlık Örgütü
NIH	Amerikan Ulusal Sağlık Kurumu
AİFD	Araştırmacı ilaç Firmaları Derneği
İEİS	İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
MSB	Milli Savunma Bakanlığı

GRAFİKLER LİSTESİ

GRAFİK-1: Türkiye İlaç Pazarı Büyüklüğü (milyon TL)	:7
GRAFİK-2: Avrupa Birliği Ülkelerinin İlaç Ticareti Yaptığı İlk 5 Ülke (2009)	:41
GRAFİK-3: Avrupa Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının Dağılımı (2006)	:43
GRAFİK-4: Türkiye'nin İlaç İthalatı (ABD \$, bin)	:47
GRAFİK-5: Türkiye'nin İlaç İhracatı (ABD \$, bin)	:47
GRAFİK-6: Türkiye'de Orijinal İlaç ve Eşdeğer İlaç Pazarı (KUTU, 2003-2009)	:55
GRAFİK-7: Türkiye'de Orijinal İlaç ve Eşdeğer İlaç Pazarı (TL, 2003-2009)	:55
GRAFİK-8: Türkiye İlaç Pazarı Büyüklüğü (Birim)	:56
GRAFİK-9: Türkiye'de Reçeteli İlaç Pazarı (KUTU)	:62
GRAFİK-10: Türkiye'de Reçeteli İlaç Pazarı (TL)	:63
GRAFİK-11: Türkiye Yerli ve İthal Pazarı Dağılımı (TL,%)	:75
GRAFİK-12: Türkiye Yerli ve İthal Pazarı Dağılımı (TL)	:75
GRAFİK-13: Türkiye Yıllara göre İlaç Pazarı (TL,KUTU)	:77
GRAFİK-14: Türkiye Reçete Başına Ortalama Maliyet (TL)	:78
GRAFİK-15: Türkiye 0-900.000 TL Arası Ciro Olan Eczaneler İle 900.000 TL Cirosu Olan Eczanelerin Durumu	:79
GRAFİK-16: Türkiye Yerli ve İthal Pazarı (KUTU)	:80
GRAFİK-17: Türkiye'de Eczanelerin Yoğunlaştığı Ciro Dilimleri (TL)	:85
GRAFİK-18: Kademelere Göre Eczane Sayısı Ve Toplam Ciro -2010- (Tl)	:86
GRAFİK-19: Karaman ili erkek ve kadın eczacıların oranı	:95
GRAFİK-20: Karaman ili erkek ve bayan 0-60 yaş üstü karşılaştırması	:95
GRAFİK-21: Karaman eczacıların mesleki sorunlarının grafiği	:96
GRAFİK-22: Eczacılık mesleğini bekleyen risklerinin grafiği	:97
GRAFİK-23: Karaman ili eczane Sayısı ve Ciroları (2010)	:105

TABLOLAR LİSTESİ

TABLO-1: Bazı Ülkelerde İmalatçı Satış Fiyatına Göre İlaç Pazarının Değeri	:39
TABLO-2: Dünya İlaç Pazarı Ticaret Dengesi 2009	:40
TABLO-3: Dünya Pazarında Yıllara Göre İlaç Satışları	:40
TABLO-4: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (Yüzde,%)	:41
TABLO-5: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık ve İlaç Harcamaları (\$)	:43
TABLO-6: Bazı Ülkelerde Eşdeğer İlaçların Kutu Ölçeğinde Pazar Payı (2006)	:45
TABLO-7: Bazı Ülkelerde İlaçlara Uygulanan KDV Oranları (2009)	:48
TABLO-8: Dünyada En Çok Satılan İlk Beş Ürün, 2008	:51
TABLO-9: Dünya İlaç Pazarında İlk 15 Şirket	:52
TABLO-10: Dünyada Terepötik sınıf Bazında İlaç Kullanım Oranları	:53
TABLO-11: Bazı Ülkelerde Eşdeğer İlaçların Kutu Ölçeğinde Pazar Payı (2006)	:57
TABLO-12: Türkiye'deki İlk 20 Şirketin TL Pazar Paylarının Yıllara Göre Dağılımı	:57
TABLO-13: Beşeri İlaç Üretim Projeksiyonu (miktar olarak)	:60
TABLO-14: Beşeri İlaç Üretim Projeksiyonu (değer olarak)	:61
TABLO-15: Türkiye İlaç Pazarı İthal/Yerli Dağılımı (%TL)	:63
TABLO-16: Türkiye de Reçeteli İlaç Pazarı (Kutu, milyon)	:64
TABLO-17: OTC Pazarının Büyüklüğü (TL, Milyar)	:65
TABLO-18: Türkiye İlaç Pazarında Tedavi Gruplarına Göre İlaç Kullanım Oranları (Kutu)	:79
TABLO-19: 2010 Yılı Ağustos Ayı Sağlık İstatistikleri	:81
TABLO-20: 2010 Yılı Ağustos Ayı Sağlık İstatistikleri	:82
TABLO-21: 2010 Yılı Ağustos Ayı Sağlık İstatistikleri	:83
TABLO-22: Türkiye İlaç Pazarında Tedavi Gruplarına Göre İlaç Kullanım Oranları	:84
TABLO-23: Türkiye İlaç Pazarında Tl Bazında En Çok Satılan İlk Beş Ürün	:87
TABLO-24: Eczacıların Hasılat oranları ve iskontoları	:98
TABLO-25: Karaman ilindeki eczanelerin 2007 – 2010 yılı hasılat oranları ve iskontoları ve toplam payları (TL)	:99
TABLO-26: Karaman 2010 yılı bölge satış TL	:100
TABLO-27: 50. Bölge Karaman ili Eczacılar Listesi	:101
TABLO-28: Karaman İli Eczaneleri İlaç Pazar Bilgisi Kutu –TL	:105
TABLO-29: İlaç Pazarı İthal-Yerli Oranı	:105
TABLO-30: Sıralı Kurumların Yıllara Göre İstatistikleri 2008 Yılı	:106

GİRİŞ

İlaç sanayi dünyadaki gözde sanayilerden biridir. İnsan sağlığına yönelik bir sanayi olmasından ötürü ayrıca stratejik önemi haizdir. Dünyada ilaç sanayi söz konusu olduğunda akla ilk ABD gelmektedir. Toplam ilaç satışlarının %46'sı ABD de gerçekleşmektedir. Yeni ilaçların %65'i pazara ilk olarak ABD den çıkmaktadır. İlaç sanayinde Ar-Ge harcamalarının %45'i ABD de yapılmaktadır. Yeni çıkan ilaçlara ilk ABD vatandaşları erişmekte ve kişi başı en fazla ilaç tüketimi yine ABD de yapılmaktadır. ABD, araştırmacı ilaç sanayinin de merkezi konumundadır.

İlaç sanayinde ABD'yi Avrupa ve Japonya izlemektedir. Avrupa'da özellikle Almanya, İngiltere, Fransa, İtalya ve İspanya beş önemli pazar olarak değerlendirilmektedir. İsviçre ve İrlanda Ar-Ge ve üretim itibarıyla öne çıkan diğer ülkelerdir. Dünyadaki ilaç satışlarının %31'i, Ar-Ge harcamalarının %41'i Avrupa'da yapılmaktadır. Yeni ilaçların %24'ü ilk olarak Avrupa'da piyasaya çıkmaktadır.

Diğer bir gelişmiş ülke Japonya, ABD ve Avrupa'yı izlemektedir. Dünyada ilaç satışlarının %9,4'ü, ilaç Ar-Ge sinin %13'ü Japonya'da yapılmakta, yeni ilaçların %3,7 si ilk Japonya'da piyasaya çıkmaktadır. Japonya pazarının bir özelliği, Japon firmalarının hegemonyasında olması ve diğer ülkelerden firmaların Japon pazarına nüfuz etmede güçlük çekmeleridir. Bununla beraber Japon ilaç sanayi yapılan Ar-Ge yatırımlarıyla yenilikçilik odaklı bir sanayi olma özelliği göstermektedir.

ABD'nin rakiplerini geride bıraktığının en temel göstergelerinden biri, yeni molekül keşiflerindeki ABD lehine gelişmedir. Henüz 20 yıl öncesine kadar bu alanda başı Avrupa çekerken, 2000'li yıllarda ABD, Avrupa'nın önüne geçmeyi başarmıştır. ABD'nin ilerlemesinde Ar-Ge yatırımlarının ve Ar-Ge'ye verilen önemin payı yüksektir. Günümüzde en çok Ar-Ge yatırımı ABD'de gerçekleşmektedir. Üniversite-Sanayi işbirliği ve etkileşiminin Ar-Ge'nin gelişiminde rolü önemlidir.

İlaç sanayi, Ar-Ge harcamalarının ciroya oranı itibariyle (%15,9) en fazla Ar-Ge harcaması yapan sektördür. İlaç sanayi yatırımlarını çekmek için ülkeler arasında da ciddi bir rekabet yaşanmaktadır.

Türkiye'de kullanılan ilaçların tedavi gruplarına göre dağılımına bakıldığında, karşımıza Batı Avrupa'dakinden farklı bir tablo ortaya çıkmaktadır. Türkiye'de TL bazında en çok harcama yapılan ürün grubu %14,9 ile antibiyotiklerdir, bunu %12,9 ile kalp damar ilaçları izlemektedir.

Antibiyotiklerin bu kadar yaygın kullanımı olağan değildir. Öteyandan, antibiyotiklerin payının 2003 yılından bu yana %19,9 dan %14,9'a azaldığı da görülmektedir. Batı Avrupa bir örnek teşkil edecekse bu trendin sürmesi beklenir. Dikkat çekici bir diğer husus, onkolojik ilaçların payındaki artıştır. Çağımızın hastalığı kanserle mücadelede önemli yer tutan bu ilaç grubunun payı 2003-2008 yılları arasında %3,8 den %7,2'ye çıkarak neredeyse iki katına yakın bir artış göstermiştir. Türkiye net bir ilaç ithalatçısıdır. İhracat ise sanayinin büyüklüğü ile karşılaştırıldığında oldukça mütevazı rakamlarda kalmaktadır.

OECD Sağlık Sistemleri İncelemeleri 2008 Türkiye raporuna göre Türkiye'de ilaç giderleri, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık üçte birini oluşturmaktadır. Hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara sağlanan ilaçlar OECD'de ilaç harcaması içinde yer almamaktadır. Türkiye'de hastalar bu ilaçları serbest eczanelerden temin etmektedirler. Bu yüzden ilaç harcamaları yüksek görünebilmektedir. Türkiye'de sağlıklı değerlendirmelerin yapılabilmesi için öncelikle güncel bir veri tabanına sahip olunması gerekmektedir. Türkiye'de farmako ekonomik analizler yapılmasına imkan sağlayacak veritabanı henüz istenilen güncellikte ve gelişmişlikte değildir.

2000-2007 dönemi boyunca referans ilaç üreten firmalar, reçeteli ilaçlardan elde ettikleri cironun ortalama olarak %17'sini Ar-Ge çalışmalarına aktarmıştır. Pazarlama ve tanıtım faaliyetleri için yapılan harcamalar cirolarının %23'üne denk olup söz konusu harcamalar, Ar-Ge için harcadıkları tutardan üçte bir daha fazladır. Bazı çok satan ilaçların (yıllık cirosu 1 milyar dolardan fazla olan ilaçlar)büyük referans ilaç üreten firmaların

satışlarının ve karının önemli bir bölümünü oluşturduğunu göstermektedir. Bu ilaçların pek çoğu, son yıllarda patent korumalarını kaybetmiştir ve gelecek yıllarda da kaybetmeye devam edecektir. Çok satan ilaçlardan sağladıkları kazancı sürdürme düşüncesi, referans ilaç üreten firmaları, ürünlerinin koruma sürelerini uzatmaya teşvik etmektedir.

BİRİNCİ BÖLÜM

İLAÇ PİYASASININ GENEL ÖZELLİKLERİ

1. İLACIN TANIMI

İlaç insanlarda hastalıklardan korunma, tanı, tedavi veya bir fonksiyonun düzeltilmesi ya da insan yararına değiştirilmesi için kullanılan, genellikle bir veya birden fazla yardımcı madde ile formüle edilmiş etkin madde veya maddeleri içeren bitmiş dozaj şeklidir (Erol, Dilek, 2001,:40). DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü ilacı su şekilde tanımlamaktadır; Fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları insanın yararı için değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılabilen bir maddedir.

1.2. İLAÇ SANAYİSİNİN GELİŞİMİ

Sağlık, gerek bireyler gerekse ülkeler için korunup güvence altına alınması gereken en önemli ihtiyaçtır. "Sosyal Devlet" ilkesi çerçevesinde devletler bireylerin beden ve ruh sağlığını temin etmek ve korumak üzere gerekli işlevsel ve hukuksal düzenlemeleri yapmak durumundadırlar. Ülkemizde 2005 yılı ve sonrasında Sosyal Güvenlik alanında hayata geçirilen reformlarla sağlık hizmetlerinin kapsamı genişlemiş, büyük ölçüde kamu finansmanı ile sağlanan sağlık hizmetlerinde belli bir standardizasyon sağlanmaya çalışılmış, sağlık hizmetlerinin herkese eşit koşullarda sunulması yönünde önemli adımlar atılmıştır. Sağlık harcamalarının çok önemli payını ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Bütün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki gibi Türkiye'de de üretilen ve satışa sunulan ilaçların en büyük alıcısı devlettir.

Türkiye'de kişi başına düşen ilaç harcaması halen OECD ülkeleri içinde oldukça düşük olmasına rağmen gelecek yıllarda kişi başına düşen ilaç harcamalarında artış beklenmektedir. Ülkemizde ortalama insan ömrü halihazırda Avrupa Birliği (AB) ülkelerinin gerisinde olsa da, sağlık alanındaki hizmetlerin geliştirilmesi, refah düzeyinin

artması ile artış göstermektedir. Ayrıca son yıllarda nüfusta azalma eğilimleri görülmesi daha yaşlı bir nüfus yapısına dönüşüme yol açacaktır. Yükselen yaş ortalaması sonucu artan sağlık hizmetleri ihtiyacı ile daha fazla ilaç tüketimi ve dolayısıyla talebi söz konusu olacaktır.

Türkiye'de ilaç sektörünün gelişimi Cumhuriyet öncesinde başlamıştır. İlk eczane 1757 yılında İstanbul'da açılmıştır. İlk ilaç fabrikası 1900 yılında kurulmuştur. Cumhuriyet döneminde, 26 Mayıs 1928 tarihli 898 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanmış olan 1262 sayılı "İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu" halen yürürlükte bulunan ve ilaç sektörünün temel düzenlemesi olan Kanun'dur. 1954 yılında çıkarılan Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu ile ilaç sektöründeki yabancı yatırımların da Türkiye'ye gelmesi mümkün olmuştur. Türkiye'de ilaç sektöründe halihazırda yaklaşık 300 firma faaliyet göstermektedir. Bunlardan 53 tanesinin üretim tesisi bulunmaktadır.

Türkiye'de son beş yılda ilaç sektöründe özellikle fiyatlandırma ve Sosyal Güvenlik alanında çok önemli ve geçmişe nazaran çok daha yoğun mevzuat değişiklikleri meydana gelmiş ve bu değişiklikler sektörü önemli ölçüde etkilemiştir.

2005 yılında tüm Kamu hastaneleri Sağlık Bakanlığı'na bağlanmış ve Devlet ilaç ödemelerinde tek alıcı haline gelmiştir. 2006 yılında SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur tek çatı altında birleştirilmiş ve 5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile beraber sosyal güvenlik alanında önemli değişiklikler yapılmıştır. Son yıllarda özel sağlık sektöründe hastane yatırımlarının da artması sağlık hizmetlerine ve dolayısıyla ilaca olan talebin artışına işaret etmektedir.

İlaca yönelik iç talep, sosyoekonomik ve demografik gelişmeler ve Sosyal Güvenlik alanındaki reformlar sonucunda giderek artmakla birlikte Türkiye'de ilaç sanayinin gelişimi henüz istenen düzeyde değildir. Türkiye, Çin, Hindistan, Rusya, Brezilya, Meksika ve Güney Kore ile beraber ilaç sektöründe gelişmekte olan yedi ülkeden biri olarak sayılmaktadır. Bu ülkeler arasından özellikle Çin ve Hindistan'ın ilaç sanayi yatırımlarını çekebilmek ve bu yatırımları artırmak için büyük çabalar gösterdiği bilinmektedir.

Ar-Ge, üretim ve ihracat açısından ABD ve belli başlı AB üyesi ülkelerdeki (İrlanda, İngiltere, Fransa, Almanya) gelişmişlik seviyesine varmak için Türkiye'de de araştırmacı ve yenilikçi ilaç sektörünün gelişimi ve bunun için desteklenmesi büyük önem taşımaktadır. Bu hedefe varmada önem arz eden ana konular şu başlıklar altında özetlenebilir:

- 1) Fikri mülkiyet haklarının korunması (patent koruması, veri münhasıriyeti)
- 2) Ruhsatlandırma
- 3) Fiyatlandırma ve geri ödeme
- 4) Yatırımların (Üretim ve Araştırma & Geliştirme) desteklenmesi

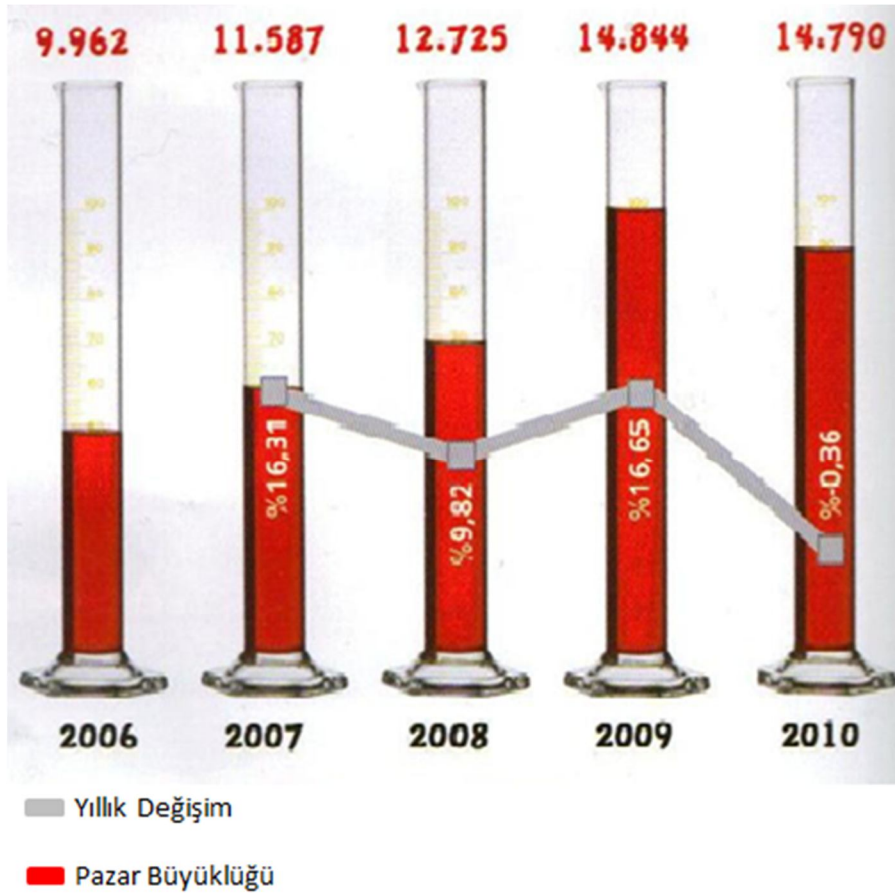
İlaç sanayi, yüksek katma değer yaratan, araştırma ve geliştirme (Ar-Ge) faaliyetlerine, yeni buluşlara dayalı olan sanayilerin başında gelmektedir. Nitekim, en fazla Ar-Ge harcaması yapılan sektör, ilaç sektörüdür. Keza, yenilikçi ilaç sanayi alanında cironun %16'sı, Ar-Ge faaliyetlerine harcanmaktadır. Ar-Ge faaliyetleri, genel olarak yeni bir molekülün keşfine yönelik temel araştırma faaliyetleri ile klinik araştırma faaliyetleri şeklinde yürütülmektedir. Türkiye'de aslında Ar-Ge faaliyetleri için yeterli bir alt yapı mevcuttur. Yeni buluşları destekleyici politikalarla, Üniversiteler ile Sanayi arasında işbirliği yapılarak, bu işbirlikleri Devlet tarafından yapılan düzenlemelerle teşvik edilerek üniversitelerimizdeki değerli bilim adamlarımız ve ülkemizin genç, dinamik ve donanımlı beyin gücüyle bu alanda mucizeler yaratılması mümkündür.

Ayrıca, ilaç sanayi ile ilgili düzenlemelerde AB standartlarına uyum ve şeffaflık sağlanması ivmeyi hızlandıracaktır. İlaç sanayine yönelik işlemlerle ilgili veriler ne kadar fazla mevcut bulunur ve bu veriler ilgili tarafların erişimine ne kadar açık tutulursa şeffaflık ve dolayısıyla bilgilendirme düzeyi artacak, bu da sektörün gelişimine pozitif katkı sağlayacaktır. Ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve geri ödeme konularında alınan kararların şeffaf kriterlere dayandırılması sektörün ileriye görmesini sağlayacak ve dolayısıyla gelişmeyi teşvik edecektir. Nitekim, ruhsatlandırma, fiyatlandırma ve geri ödeme süreçlerinde Türkiye'de son yıllarda yapılan düzenlemeler, AB ile uyumu

hedeflemektedir. İşlem süreleri ile ilgili olarak tam uyum sağlandığı zaman büyük ilerleme kaydedilmiş olacaktır.

İlaç sanayinde esas katma değer Ar-ge faaliyetleri ve yeni buluşlarla yaratıldığı dikkate alınırsa araştırmacı ilaç firmaları ile son yıllarda özellikle "biyoteknoloji" alanında faaliyet gösteren firmaların en önemli varlıkları patent, know-how gibi gayri maddi varlıklardır. Dolayısıyla, bu varlıkların Fikri Mülkiyet Haklarını düzenleyen etkin bir mevzuatla korunuyor olması bu yenilikçi firmalar için büyük önem arz etmektedir. Öte yandan, bu faaliyetlerin mali/vergisel teşviklerle desteklenmesi bu alanda yatırımların ülkemize çekilmesinde çok önemli rol oynamaktadır.

GRAFİK-1: Türkiye İlaç Pazarı Büyüklüğü (milyon TL)



Kaynak: Eczacı Dergisi, Sayı 73 Sayfa 16

1 Nisan 2008'de yürürlüğe girerek 31 Aralık 2023 tarihine kadar uygulanacak olan 5746 sayılı "Ar-Ge Faaliyetlerinin Desteklenmesi Hakkındaki Kanun", bu bakımdan

önemli bir adım teşkil etmiştir. Ancak, ilaç sektöründe Ar-Ge çalışmaları genelde 50'den çok daha az sayıda araştırmacı ile yürütülmektedir. İlaç Sanayindeki Ar-ge çalışmalarının özellikleri dikkate alınarak bu sektöre özgü şartlara uygun olan şartlar altında Ar-ge teşvikleri sağlamak çok büyük faydalar sağlayabilir.

Hem ilaç üretimi ve ihracatı, hem de ilaç Ar-ge faaliyetleri açısından son yıllarda İrlanda ve Singapur, rekabetçi düzenlemelerle araştırmacı ve yenilikçi ilaç piyasasında en iyi örnek durumunda bulunan iki ülke olarak büyük dikkat çekmektedir. Her iki ülke de ilaç sektörünü "stratejik sektör" olarak görüp yaptıkları düzenlemeler ve pratikteki etkin uygulamalarıyla ihracatlarını kayda değer biçimde arttırmışlardır. Çin ve Hindistan da bu yolda ilerlemektedir. Bu çalışmamızda ilaç sanayinin dünyada ve Türkiye'deki durumunu ana hatlarıyla ve belli alanlarda karşılaştırmalı olarak ele almaya çalıştık.

İlaç sanayi yarattığı yüksek katma değer nedeniyle dünyadaki gözde sanayilerden biridir. İnsan sağlığına yönelik bir sanayi olmasından ötürü ayrıca stratejik önemi haizdir. Türkiye'de ilaç sanayinin köklü bir geçmişi bulunmaktadır. Cumhuriyet öncesi müstakil eczanelerle başlayan süreç, Cumhuriyetle birlikte 1928 yılında yasal çerçeveye sahip olmuş, 1940'lardan itibaren de kurumsal sanayileşme sürecine girmiştir. Türkiye'ye ilaç sanayinde ilk yabancı yatırım 1950'li yıllarda gelmiştir.

Günümüzde Türkiye dünyanın en önemli 15 ilaç pazarından biridir. 8 gelişmiş ülke (ABD, Japonya, Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya, İspanya, Kanada) ile birlikte anılan 7 gelişmekte olan pazardan (Çin, Hindistan, Rusya, Brezilya, Meksika, Güney Kore, Türkiye) biri kabul edilmektedir. Pazar hacmi 2008 yılı itibariyle 10 milyar dolar seviyesine ulaşmıştır.

Türkiye'de ilaçlar piyasaya eczaneler aracılığıyla sunulmaktadır. Reçeteli ve reçetesiz ilaçların eczaneler dışında satılmasına mevzuat izin vermemektedir. Halihazırda ilaç arzı yaklaşık 24.000 eczane ve 500'e yakın ecza deposu tarafından sağlanmaktadır. Ülkemizde eczanelerin ve eczacıların ilaç arzında hastaları doğru yönlendirmede önemli işlevleri vardır. Eğitim düzeyinin yetersizliği ve kendi kendine tedavi yöntemlerinin henüz

gelişmemiş olduğu göz önüne alındığında ilaçların eczanelerden satılmasının kamu sağlığına katkıları bulunmaktadır.

1.3. İLAÇ PİYASASI

Sağlık hizmetinin ayrılmaz önemli parçalarından biri olan ilaç piyasası, beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici, koruyucu ve besleyici olarak kullanılan sentetik, bitkisel, hayvansal ve biyolojik kaynaklı kimyasal maddeleri farmasötik (ilacın hastada bıraktığı etkiler) teknolojiye uygun olarak, bilimsel standartlara göre belirli dozlarda basit veya bileşik farmasötik şekiller haline getiren ve seri olarak üreterek tedaviye sunan bir sanayi dalıdır. Sektörün temel amacı; uluslararası düzeyde rekabet gücüne sahip, yaşam kalitesini arttırıcı ve ülke ilaç ihtiyacının büyük kısmını karşılayan ilaç sanayinin bulunmasını sağlamaktadır (TÜBİTAK 2003b, 3).

Günümüzde ilaç piyasası sağlık sektörünün önemli bir unsuru olarak dikkat çekmektedir. Son on yılda, ilaç sektörünün mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) oranlarının azalmasında önemli bir yere sahip olduğunu ortaya koyan çok sayıda çalışma mevcuttur. Sağlık sistemlerinde genellikle ilaç harcamaları kamu tarafından finanse edilmektedir, devletler bunu yaparken çoğunlukla vergilerden yararlanırlar dolayısıyla ilaç harcamalarının maliyetini toplum adına devlet üstlenmektedir (Özsarı, Haluk: 2000, ss. 20-26.).

İlaç bir taraftan modern tıbbın vazgeçilmez unsurlarından biri olarak değerlendirilirken, diğer taraftan da kendine has özellikleri ile diğer ürünlerden farklı bir yere sahiptir. İlaç, sağlık piyasasında farklı özellikler gösteren kendine özgü bir endüstri ürünüdür. Dolayısıyla ilaç piyasası birçok bakımdan diğer piyasalardan farklılık arz etmektedir. Bu farklılıklar özellikle kaynakların kullanımı, optimal ürünün üretilmesi ve dağıtılması ile ilaçların fiyatlandırılmasında göstermektedir.

İlaç piyasası, birbirinden farklı yapıda çok sayıda üreticinin bir arada bulunduğu ve yoğunlaşmanın sektör genelinde düşük, buna karşılık alt pazarlar olan terapötik (tedavi edici) sınıflarda yüksek olduğu bir sanayi dalıdır. 1992 dönemine ilişkin verilere göre ilaç

sektörü genelinde en yüksek pazar payına sahip 4 üreticinin pazar payı toplamları %18 iken, terapötik pazarlarda bu oran; alerji ilaçlarında %60,6; kolesterol ilaçlarında %80,4; ülser ilaçlarında ise %81,1'e çıkmaktadır (Top, Mehmet; 2004, ss. 177-200).

İlaç piyasasında üretici teşebbüsler, hitap ettikleri pazarlara göre iki kategoriye ayrılmaktadır: az sayıdaki büyük ölçekli firma dünya pazarına yönelik olarak ürünler üretirken, çok sayıdaki küçük ölçekli firma ise bölge ya da ülke pazarlarını hedef alan ürünler üretmektedir.

İlaç piyasasındaki rekabet koşulları, her iki üretici grubu açısından farklı boyuttadır. Bölge ya da ülke pazarlarına yönelik üretim yapan teşebbüsler, daha çok patent koruması sona ermiş olan ilaçların jeneriğini ya da global ölçekte faaliyet gösteren teşebbüslerin ürünlerini lisans karşılığı üreten teşebbüslerdir. Bu teşebbüsler arasındaki rekabet genellikle fiyat, maliyet-etkinlik ve kalite alanındadır (SSK 2003).

İlaç piyasası, değişik kriterlere göre sınıflandırılan ürünlerden oluşmaktadır. Kullanımının doktor ya da tüketici tarafından belirlenmesine göre yapılan sınıflamada ilaçlar, reçeteli ilaçlar ve reçetesiz ilaçlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Reçeteli ilaçlar, doktor reçetesi olmaksızın satılamayan ürünlerdir. Reçetesiz ilaçlar ise herhangi bir reçete zorunluluğu bulunmaksızın, tüketicinin eczanelerden dilediği zaman satın alabileceği ürünleri içermektedir.

İlaçlar, önceden var olmayan bir tedavi yönteminin ilk defa kullanılması ya da mevcut bir tedavi yönteminin farklı bir etken madde kullanarak geliştirilmesi durumunda patent korumasından faydalanabilmektedir. Patentli ilaç üreticileri, ülkelerin sahip oldukları patent mevzuatı çerçevesinde, ilacın içerdiği etken maddenin üretiminde, belirli bir süre münhasırlık (tekel) hakkı elde etmektedirler. Patent süresinin sona ermesi ile birlikte bu etken maddenin diğer üreticiler tarafından üretilmesinin önünde herhangi bir engel kalmamakta, böylece, aynı etken maddeyi içeren ve jenerik ilaç olarak adlandırılan ilaçların pazara girişi serbest hale gelmektedir (AİFD; 2006.).

Bu bölümde, ilaç piyasasında görülen farklılıkları ortaya koyabilmek için öncelikle ilaç piyasasının özellikleri ele alınacaktır. İlaç piyasasının diğer piyasalardan farklı olan yönleri ortaya konulacaktır. Bunun için ilaç piyasasında; arz, talep konusu işlenecektir.

1.3.1. İlaç Piyasasının Özellikleri

Bir ticari faaliyet olmakla birlikte, kamu sağlığını yakından ilgilendiren ilaç sektörü diğer piyasalardan farklı olarak devletin ilgi ve müdahalesine daha açıktır. Bu yönüyle, genelde sağlık sektöründe, özelde ise ilaç sektörü ve eczacılık piyasasında tam rekabet şartlarının bulunmadığı ve eksik rekabet koşullarının hakim olduğu kabul edilmektedir (Kurtulmuş 1998, 217).

Sağlık hizmetleri piyasasında bir arz eğrisi söz konusu iken, talep kendiliğinden oluşmaz. Genelde sağlık hizmeti sunan kuruluşlar tekel özelliği taşırlar. Mesleki kuruluşların düzenleyici müdahaleleri ve asgari fiyat tespitleri nedeniyle arz açısından bu piyasanın monopol hale geldiği söylenebilir. Sağlık hizmetleri, diğer piyasalardaki mal ve hizmetlerin aksine homojen ve standart değildir. Tüketiciler, sağlık hizmetlerinin teknik özelliklerini bilemezler ve bu nedenle piyasada varolan farklı kalite ve türde sağlık hizmetlerinden hangisine ihtiyacı olduğunu belirleyemez. Bunun bir nedeni de, sağlık sektöründe kabul edilen reklâm kısıtlamalarıdır. Buna karşılık sağlık kuruluşları ve sağlık personeli piyasa hakkında tam bilgi sahibi olduklarından, sağlık sektöründe alıcı ve satıcılar arasında olması gereken bir piyasa eşitliği yoktur yani simetrik bilgi yerine asimetrik bilgi söz konusudur (Eriş; 2006).

Sağlık piyasasında; ilaç firmalarının, sağlık kuruluşlarının ve sağlık personelinin arz yönünden örgütlü davranışlarına karşılık; piyasalara girişleri tamamen bireysel nitelikte olan tüketicilerin fiyat ve hizmetin kalitesi açısından bir talep baskısı oluşturmaları mümkün değildir. En önemlisi de sağlık piyasasında talebin belirsiz olmasıdır. Yani, "hastalık riski" önceden hesap edilemeyen ve öngörülemeyen tesadüfi bir risktir. Ayrıca, ekonomik kriz faktörleri, sağlık hizmeti tüketimi ve talebini kısan bir etkiye sahiptir.

İlaç piyasasında patent korumasının yaygınlığı, bu piyasanın yapısı üzerinde belirleyici faktörlerden birisidir. Patent korumasının yanı sıra, ilacın ürün özelliklerinden kaynaklanan farklılıklar da ilaç sektörünü diğer piyasalardan ayıran ve hemen hemen tüm dünyada sektörel düzenlemeyi zorunlu kılan unsurlar olarak ortaya çıkmaktadır. İlaç piyasasını yapısal olarak farklı kılan gerekçeler şu şekilde özetlenebilir (Yalçınar, U. G Sayı:3, 2002):

- Hastalıklara ve buna bağlı olarak tüketilecek olan ilaçlara ilişkin belirsizliklerin mevcudiyeti,
- Üçlü talep yapısından kaynaklanan farklı tüketim yapısı,
- Üreticiler tarafından patent koruması ve marka bağımlılığı gibi pazar gücünü artıran unsurların ön plana çıkarılması,
- Sanayi politikası ile sağlık politikası arasında politika uygulayıcılarının yapmak zorunda bulunduğu tercihler (Yalçınar, U. G Sayı:3, 2002).

Serbest piyasa modelinde bir mal veya hizmetin fiyatı ve üretim miktarı piyasadaki arz ve talebe göre oluştuğu halde, sağlık piyasalarında böyle değildir. Ayrıca sağlık piyasalarında sunulan mal ve hizmetlerin, aşağı yukarı aynı tatmin duygusunu verecek benzer mal ve hizmetlerle ikame edilmesi de mümkün olamamaktadır. Yani, sağlık hizmetleri ikame edilemez ve ertelenemez bir nitelik taşımaktadır. Sağlık hizmetlerinin fiyatlandırılması konusunda da tüketicilerin pazarlık şansı bulunmamaktadır. Zira sağlık, ekonomik değer ölçüleri içinde tam anlamıyla fiyat biçilemeyen bir hizmettir. Bu anlamda, acıyla kıvranan bir hastanın yapamayacağı bir fedakârlık olamaz.

1.3.1.1. İlaç Piyasasında Arz

İlaç sektöründe üretilen ürünlerin çeşitlilik göstermesi nedeni ile arz homojen değildir. Tedavi edici ilaç piyasasında arz, oligopolistik bir yapıdadır. İlaç piyasasının arz yönü farklı nitelikteki ürünleri içermektedir. Bir yanda patentle korunan (tescilli marka) ilaçlar yer alırken, diğer tarafta jenerik ürünler adı verilen ilaçlar bulunmaktadır. "Jenerik ürünler" terimi, daha önceden aktif karışımları ile birlikte icat edilmiş yeni bir ürün olarak patent almış ve tescil edilip edilmemelerine bakılmaksızın patent süreleri geçmiş olan tüm

ürünlerin benzerlerini (taklitlerini) ifade etmek üzere kullanılmaktadır (TÜBİTAK 2003a, 38).

Mevcut şartlar altında, ilaç şirketlerinin yeni bir ilaç geliştirmek için yaptıkları toplam harcama ortalama 900 milyon dolardır. Yüksek AR-GE harcamaları nedeniyle, ilaç üreticilerine geliştirdikleri ilaçlar için değişen sürelerde "üretim imtiyazı" tanınmaktadır. Bu imtiyaz süresi içinde, bir başka firma söz konusu ilacın formülünde ilaç üretemez. İmtiyaz süresi dolduktan sonra, diğer firmalar o ilacın formülünde farklı isimlerle üretim yapabilirler (Doğan 2005, 5).

İlaç piyasası mal farklılaştırması yapmaya çok müsait bir sektördür. Bilinen bir ürünün içindeki maddelerde çok az bir değişiklik yaparak yeni bir ürün elde edilebilmesi mümkündür. Bu yüzden ilaç piyasasında arz ikamesi ve kopyalama imkanları yüksektir. Buna tescilli ve jenerik ürünler örnek verilebilir. Öte yandan, ilaçların birçoğu reçetelerle satılırken, bir kısmı da serbest bir şekilde reçetesiz olarak tezgâhlarda satılmaktadır. Bu tür ürünler, tezgâh üstü ürünler anlamında kısaca OTC (over the counter-tezgah üstü tüketim) ürünleri olarak anılmaktadır. Son yıllarda hükümetler artan sağlık harcamalarını azaltmak amacıyla jenerik ürünleri ve OTC ürünleri teşvik etmektedir (Kurtulmuş 1998, 211-215).

Jenerik ilaçların fiyatı, orijinal ilaçların fiyatından %20-80 kat daha ucuzdur. Jenerik ilaç kullanımıyla 15 AB ülkesinde yılda 13 Milyar € tasarruf sağlanmıştır. Jenerik ilaç piyasasında günümüzde 100 000'den fazla kişi istihdam edilmektedir. Bu piyasada rekabet yoğun bir şekilde yaşanmaktadır. Kutu başına jenerik ilaçların pazar payı, AB ülkelerinde %27, ABD'de %50'nin üzerindedir.

1.3.1.2. İlaç Piyasasında Talep

Sağlık hizmetleri içinde önemli yeri olan ilaç piyasası diğer piyasalarda alışık olunan talep özelliklerini göstermemektedir. Örnek olarak, ilaç piyasasında tüketimi ne belirler? İlaç piyasasında talebi belirleyen faktörler nelerdir? Kişinin geliri, zevk ve tercihleri, diğer ilaçların fiyatı, ikame ilaçlar, gibi unsurlar geçerli mi? İlaç sektöründe talebi üç aşamalı bir süreç olarak tanımlamak mümkündür (Kurtulmuş 1998, 211).

Birinci aşamada doktor kendi inisiyatifini kullanarak hastasına istediği ilaçları reçeteye yazmaktadır. Burada doktorun ilaç yazma tutumu oldukça önemlidir. Doktorların

bir kısmı birkaç kalem ilaç yazarken bazıları yasal hakkı kullanarak bir reçeteye dört ilaç yazabilmektedir. Bu durumda hasta adına talebi belirleyen doktor, ilaç tüketiminde aktif rol üstlenmiş olmaktadır. Burada önemli bir hususu göz ardı etmemek gerekir. Hastaların ilaç tüketim alışkanlığı ve o toplumun değer yargıları ile gelenekleri ilaç tüketiminde önemli bir unsurdur. Örnek olarak, bir doktorun reçeteye birkaç kalem ilaç yazması hastalar nezdinde kötü doktor imajı uyandırıyorsa o doktor zorunlu olarak yasal hakkı sonuna kadar kullanacaktır.

İkinci aşamada hasta, söz konusu ilacı kendisi eczanelerden satın alır. Bu durum ülkemizde çok fazla yaygın değildir. Çünkü bir hastanın ilaç talep edebilmesi için, onun, eğitim düzeyinin yüksek ve ilaç tüketme konusunda bilinçli olması gerekmektedir. Aksi takdirde benzer hastalığa yakalanmış bir komşunun tavsiyesi ya da eczacının yönlendirmesi söz konusu olacaktır.

Üçüncü aşamada ise; eğer hasta, sigorta kapsamında ise, kamu ya da özel sigorta kurumu ilacın bedelini öder. İlaçların maliyetine doğrudan katılmayan tüketici, serbest piyasa koşullarının yerine getirilmesini zorlaştırır. Üretici, fiyat konusunda muhatap olarak tüketiciyi değil, onların sağlık güvencesini karşılayan SGK'nu alır. Bu durumda, hastanın ilaç tüketimi üzerinde doğrudan etkili olan kurum, talebin oluşmasında söz sahibidir.

Sağlık hizmetleri piyasasında, hastanın çoğu kez diğer mal ve hizmet talebinde olduğu gibi bir tercihi veya talep çeşitlemesi söz konusu değildir. Sağlık hizmetleri piyasasında, diğer hizmet alanlarında olduğu gibi ilaçta da, talebin belirleyicisi genellikle doktorlar ve sosyal sigorta kurumlarıdır. Dolayısıyla, hastanın yanlış yönlendirilmesi ve aşırı tüketime zorlanması söz konusu olacaktır. Bunun önüne geçmenin yolu, sosyal güvenlik sistemini tek çatı altında toplamak, ilaç piyasasının işleyişini uluslararası standartların geçerli olduğu kurullarla donatmak, devletin denetim görevini yerine getirmesine yardımcı olmak, fiyatların şeffaflığını sağlamak, tüketicilerin ilaç tüketimi konusunda bilinçlenmesini ve hastaların belli oranda katkı payı ödemesini sağlamaktır.(Tatar, Mehtap; 2006).

İlaç sektöründe tüketiciler, ürünlerin nitelikleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığından, kullanılacak olan ilaçlar konusundaki nihai karar mercii doktorlardır 1975,

2). Ancak ilaç harcamaları, hastalar ya da doktorlar tarafından değil de üçüncü bir tarafça (sağlık sigortası ya da devlet) karşılanıyorsa, bu sektör açısından talebin yapısını daha da ilgi çekici hale getirmektedir. Kamu tarafından toplanan vergilerle finanse edilen ya da birer kamu kuruluşu olan zorunlu sağlık sigortaları tarafından prim karşılığı karşılanan ilaç harcamaları, ABD hariç, tüm ülkelerde, devletin sektöre müdahalesinin gerekçesi olmuştur. Bu müdahaleler neticesinde ilaç fiyatlarının yanı sıra, dağıtım kanallarının kâr marjları ve faaliyet alanları, doktorların ilaç yazma faaliyetleri ile tüketicilerin ilaç alım koşulları gibi ilaç tüketimini yakından ilgilendiren alanlarda düzenlemeler yapılmıştır.

Bilindiği gibi talep kanununa göre, fiyatların yapay olarak düşük tutulduğu durumlarda tüketim artar. Bu ise zaman içerisinde tüketimin olması gereken seviyesinin üzerine çıkmasına yol açar. İlaç sektöründe yalnız fiyatların değil, tüketim miktarının da devletin yoğun müdahalelerine maruz kalması nedeniyle, talep kanununun tam olarak işlediğini söylemek oldukça güçtür.

İlaç tüketiminin belirlenmesinde esas olarak sağlık sigortasının veya devletin ilaç maliyetinin ne kadarını karşıladığı ön plana çıkmaktadır. Eğer nihai tüketici olan hastalar, ilaç maliyetinin tamamını kendileri karşılarsa, fiyata karşı duyarlı olacaklarından, ilaç tüketimi ve harcamaları azalacaktır. İlaç maliyetinin tamamının sağlık sigortası tarafından karşılanması durumunda ise tüketicilerin fiyat duyarlılıkları ortadan kalkacağından, ilaç tüketimi ve harcamaları artacaktır.

Harcamalara karşı herhangi bir duyarlılığın bulunmadığı ya da fiyat duyarlılığının düşük olduğu durumlarda ahlâki tehlike (moral hazard) riski söz konusu olmaktadır. İlaç sektöründe, fiyatların yapay olarak düşük belirlendiği ve tüketicilere çok düşük katkı payı karşılığında ya da herhangi bir katkı payı alınmaksızın verildiği durumlarda ortaya çıkan ahlaki tehlike, bireyleri hastalıklardan korunma ve doktor ziyaretleri konusunda duyarsızlaştıran bir unsurdur (Tatar, Mehtap, 2006). Diğer mal ve hizmetlere ilişkin sigorta faaliyetlerinde sunulan hizmet, sigorta primi ile orantılı olduğu için ahlaki tehlike riski fazla değildir. Ancak ilaç sektörü gibi katılımın zorunlu olduğu ve ödenilen prim ile alınan hizmetin orantısız olduğu sigorta faaliyetlerinde bu risk yüksek seviyelerdedir ve ilaç tüketimindeki artışın başlıca nedenlerinden birisidir (Tatar, Mehtap, 2006).

Bu nedenle düzenleyici otoriteler, aşırı tüketimin önlenmesi ve ahlaki tehlikenin azaltılması için ilaç sektöründe fiyat kontrolleri dışında doktorların ilaç yazma faaliyetlerinin kontrol altına alınması ve katılım payı gibi bir takım ek düzenlemelere de başvurmaktadır.

1.4. İLAÇ PIYASASININ TEMEL KONULARI

İlaç piyasasında özellikle doğrudan fiyat kontrolleri yani devletin piyasaya müdahalesi son derece yaygındır. Bu nedenle piyasadaki aktörler oldukça sınırlı bir alan içerisinde hareket edebilmektedir. Ancak bu durum her ülke için geçerli değildir. Piyasadaki aktörlerin serbest hareket imkanına sahip olduğu ve fiyatların arz ve talep tarafından belirlendiği ABD pazarı buna önemli bir örnektir. ABD'de ilaçların etkinlik, güvenilirlik ve kaliteye ilişkin denetimleri dışında devletin sektöre herhangi bir müdahalesi söz konusu değildir.

Fiyatların düzenleyici otoriteler tarafından belirlendiği ülkelerde sektörün işleyişi ile ilgili olarak bir takım sorunlar ortaya çıkmıştır. Bunlardan en önemlileri, üreticilerin fiyat belirleme özgürlüğünün bulunmaması nedeniyle, AR-GE yatırımlarının önemli ölçüde azalması; rekabetin fiyat-maliyet ekseninde gelişmemesi nedeniyle iktisadi etkinliğin ortadan kalkması ve pazarın şeffaflığını kaybederek makroekonomik gelişmeler ile politik unsurlara bağımlı hale gelmesidir. Bu aşamada, sektörde yaşanan sorunların ortadan kaldırılması için fiyat kontrollerinin sona erdirilmesi alınabilecek önlemlerden birisi olarak ortaya çıkmıştır. Ancak ilaç sektöründe doğrudan fiyat kontrollerinin sona erdirilmesi ve yerini fiyat rekabetine bırakması politikası hakkında bir takım tereddütler vardır. Bunların en başında ise oldukça farklı bir pazar yapısına sahip olan ilaç sektöründe, fiyat rekabetinin bilinen anlamda işleyebilen bir süreç olup olmadığı sorusu gelmektedir (Tatar, Mehtap, 2006).

İlaç piyasasının temel konuları başlığı altında; ilaç piyasasında fiyatların nasıl oluştuğu ve devletin piyasaya müdahalesi incelendikten sonra geri ödeme, referans fiyat, ilaca olan talebin fiyat esnekliği, patent koruması, AR-GE, ilaç piyasasında rekabet ve doktorun reçete yazma alışkanlığı konuları ele alınacaktır.

1.4.1. İlaç Piyasasında Fiyatlandırma ve Devletin Piyasaya Müdahalesi

Herhangi bir ülkede ilaçların fiyatlarını belirleyen temel faktörler; piyasanın serbest rekabete göre mi, yoksa merkezi planlamaya göre mi örgütlendiği, devletin ilaç piyasasına ne ölçüde müdahale ettiği ve ülkedeki sosyal güvenlik sisteminin yapısının ne olduğu ile ilgili faktörlerdir. İlaç piyasasında ayrı ayrı ve birbirlerinin kombinasyonu şeklinde uygulanan iki farklı hükümet müdahalesi söz konusudur. Bunlar; toplam tüketimin düzenlenmesi, kalite ile ilgili doğrudan veya dolaylı kısıtlamalar ve doğrudan veya dolaylı bir şekilde fiyatlara müdahale edilmesi yöntemleridir (Kurtulmuş 1998, 272).

Doğrudan fiyatlara müdahale edilmesi, yani ilaç fiyatlarının düzenleyici otorite tarafından belirlenmesi, harcamaların ve fiyatların uygun ve kabul edilebilir seviyede tutulabilmesi amacıyla başvurulan en katı yöntemdir. Fiyatların tespiti, ülkelerin şartlarına göre farklılıklar gösterebilmektedir. Bu farklılıklar genellikle sağlık bütçelerinin büyüklüğü, ilaç tüketim alışkanlıkları ile ilaç sektörünün ülke ekonomisi içerisindeki yerine bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Doğrudan fiyatlara müdahale edilmesi, tüketicilerin fiyat ayarlamalarına alışmaları veya enflasyon nedeniyle belirlenen fiyatların zamanla gerçek fiyatların altına düşmesine sebep olmaktadır. Dolayısıyla bu mekanizma ancak kısa bir süre için çalışmaktadır. Hükümetlerin ilaç kullanımını kontrol etmek için başvurdukları bir diğer yöntem ise, ilaç harcamalarının artması halinde, sigortalı bireylerin ilaç fiyatlarını ödemedeki katılım paylarının yükseltilmesidir (Eriş 2006, 242)

Dolaylı olarak fiyatlara müdahale edilmesi veya kâr kontrolleri, fiyatların düzenleyici otorite tarafından doğrudan tespit edilmediği bir sistemdir. Bu sistemde fiyattan ziyade, ilaç üreten teşebbüslerin üretici ya da ürün bazındaki kâr seviyesi kontrol altına alınmaktadır. Az sayıdaki ülke tarafından uygulanan bu sistem, ilk olarak İngiltere'de ortaya çıkmıştır. Günümüzde İspanya, Kore, Çek Cumhuriyeti, Meksika ve Türkiye tarafından da uygulanmaktadır.

Dolaylı olarak fiyatlara müdahaleye Almanya örnek gösterilebilir. Almanya'da "toplam ilaç tüketimi" yani yılın başlangıcında toplu olarak kabul edilen ilaç tüketimi miktarındaki artışlar takip edilerek reçeteler kontrol edilir. Eğer toplam tüketim, kabul edilen bu tüketim rakamının üstünde gerçekleşiyorsa, bu, ya doktorların reçetelere

gereğinden fazla ilaç yazdıkları ya da ilaç fiyatlarının pahalandığı anlamına gelmektedir. Toplam bütçe yöntemi ile hem gereksiz ilaç kullanımı, hem de ilaç fiyatları dolaylı olarak kontrol edilir. İlaçların kullanım miktarı bazı ülkelerde ilaçları kısmen veya tamamen ödeyen sosyal güvenlik sisteminin hangi ilaçları ödeyeceğini veya hangilerini ödemeyeceğini belirten listeleri yayınlaması yoluyla da kontrol edilmektedir. Böylece, hem doktorların fazla ilaç yazmaları önlenirken hem de pahalı ilaçların yerine eşdeğer ve ucuz ilaçların ödenmesi ile de piyasadaki fiyat mekanizması dolaylı olarak kontrol edilmiş olur (Kurtulmuş 1998, 272).

İlaç piyasasında pazarlamaya konu olan ürünler ileri teknoloji gerektiren pahalı ürünlerdir. Piyasaya ilk sürüldüğünde firmanın o ürün üzerinde belli bir süre için patent hakkı vardır. Dolayısıyla bu firma o ilaç üzerinde bu süre içinde de olsa monopol konumundadır. Daha sonra o ilacın taklitlerinin (jenerik ilaçlar) üretilmesine izin verilmektedir. İlacın patent hakkının geçerli olduğu süre içerisinde devletlerin ilaç fiyatlarına müdahale ederek tüketicilerin aşırı fiyatlardan tüketilmesinin önüne geçmelidir.

Sosyal devlet anlayışı çerçevesinde devletlerin gelir düzeyi düşük olanların sağlık giderlerini karşılama zorunluluğu nedeniyle onlar da birer tüketici konumundadır ve piyasaya olan müdahalesi ülkenin menfaatleri doğrultusunda olmaktadır. İlaç piyasasının kendine özgü bu özellikleri dolayısıyla birçok ülkede hükümetler ilaç sektöründe ilaçların fiyatlandırılmasına müdahale etmektedir. İlaç kalitesi, fiyatların uluslar arası fiyatlara yakın olması, piyasa ekonomisinin başarısızlığı gibi konularda devletlerin etkin rol üstlenmeleri beklenmektedir.

Devletin piyasaya müdahalesinin haklı olup olmadığı tartışılmaktadır. Müdahale sonucu ilaç pazarının iki sebepten dolayı tam olarak oluşamadığı kabul edilmektedir. Birincisi, Tüketici (hasta) normalde ilaçların tüm maliyetini kendisi ödememektedir. Dolayısıyla, parası için en iyi değeri verecek seçeneği araştırma için herhangi bir teşvikten yoksundur. İkinci sebep, ilaç seçimi ile ilgili karar genellikle, hasta adına hareket eden doktor tarafından verilmektedir. Dolayısıyla karar vericinin herhangi bir kaybı olmamaktadır.

Bu durumda serbest piyasa ekonomisini tam olarak uygulamaya çalışan ülkelerde ilaç alanında serbest fiyatlandırma sistemi uygulanmaktadır. Başta ABD'de olduğu gibi bazı ülkelerde pazar güçleri bir şekilde ilaç fiyatlarını kontrol etmektedir. Fiyatlar ilaç piyasasındaki arz ve talebe göre oluşmaktadır. İlacın etkinliği, güvenilirliği ve kalitesi dışında fiyata müdahale söz konusu değildir.

1.4.2. İlaçta Geri Ödeme Sistemi

Geri ödeme; tıbbi ürün veya sağlık hizmet bedelinin tamamının veya belirli oranının tüketiciye veya hizmeti/ürünü sunan kuruluşa sigorta kurumu tarafından ödenmesidir. Başka bir ifadeyle, ilacın maliyetine katlanan tarafların, reçete edilen ilaçlara yasa koyucunun belirlediği miktar üzerinden katkı payı ödemesi, geri ödeme olarak tanımlanmaktadır. İlaçta geri ödeme sorunu, bir ülkedeki sağlık ve ilaç alanında yaşanan birçok dinamik sürecin birbirine karıştığı ve birbirini etkileyerek ortaya çıkarttıkları bir sistemdir (İEİS 2004, 16).

Dünya ülkelerinin genelinde ilaç harcamaları giderek artarak sosyal güvenlik kurumlarını tehdit etmektedir. Bir çok ülkede ilaç harcamalarının büyük çoğunluğunu devlet karşılamaktadır. Devlet bu durumda bir ikileme karşı karşıyadır. Sosyal devlet, hem insanların ilaca kolayca ulaşmalarını sağlamak, hem de kamu kaynaklarını bu işin altından kalkabilecek şekilde korumakla yükümlüdür. Öyle ki, sosyal güvenlik kurumlarının açık vermesinin en büyük nedenlerinden birisi, sağlık ve ilaç harcamalarındaki artıştır. Devlet bu durumun üstesinden gelebilmek için mevcut sistemdeki aksaklıkları gidermeli ve piyasanın kusurlarından haksız kazanç sağlayanları tespit edip cezalandırmalı, yasal düzenlemelere gitmelidir.

Geri ödeme sisteminde alınacak diğer önlemler şunlardır: (Sağlık Bakanlığı 2003a, 12-13)

- Hastalardan, gelir düzeyine bakılmaksızın katılım payı alınmasını zorunlu kılmak. Bu durumda reçete sayısı azalacak, dolayısıyla da ilaca yapılan ödemelerde önemli düşüşler yaşanacaktır. Çünkü bu durumda birincisi, hasta mecbur kalmadığı sürece

kendisine ilaç yazılmasını istemeyecek, ikincisi ancak zorunlu ilaçların ve muadilleri içinde en ucuz olanın yazılmasını talep edecektir.

- Ucuz eşdeğer ilaç uygulamasına geçmek. Eşdeğer ilaç kullanımı politikası, formülasyonu aynı olan ilaçlardan fiyatı düşük olanın teşvik edilmesini öngörmektedir. Böylece gelir düzeyi düşük olan hastanın katlanmak durumunda olduğu katkı payı oldukça düşük olacaktır. Ucuz ve aynı eşdeğerde ilaç kullanan hasta hem kendi bütçesine hem de toplamda ülke bütçesine katkı sağlamış olmaktadır.
- Reçete Kontrolü. Provizyon uygulamasıyla reçete kontrolleri sağlanabilir. Buna göre reçete edilen ilaçlar internet aracılığıyla hastanın hanesine işlenmekte ve o ilacın kullanım süresi dolmadan reçete edilmesine izin verilmemektedir. Böylece önemli bir sorun olan ilaç israfının önüne geçilebilir.

1.4.3. Referans Fiyat ve Uygulamaları

Referans fiyat uygulaması ilk olarak, 1989 yılında Almanya tarafından yürürlüğe konulmuş olan bir geri ödeme mekanizmasıdır. Günümüzde Almanya'nın yanı sıra Hollanda, İsveç, Danimarka, Yeni Zelanda, British Columbia, Avustralya, İtalya ve İspanya tarafından da uygulanmakta olan referans fiyat uygulamasının temel unsurları şunlardır:

- Benzer terapötik ya da farmasötik etkilere sahip olan ilaçların bir arada gruplandırılması,
- Referans fiyatın, oluşturulan grup için maksimum geri ödeme fiyatı olarak belirlenmesi,
- Referans fiyatın grup içerisindeki üretici fiyatları içerisinde belirli bir nokta (minimum ya da ortalama) baz alınarak belirlenmesi,
- Üreticilerin ürün fiyatlarının belirlenmesinde serbest bırakılması,

- Eğer üreticinin belirlemiş olduğu fiyat, referans fiyatın üzerinde ise aradaki farkı tüketicinin kendi cebinden karşılamasıdır.

Referans fiyat, son dönemlerde gittikçe yaygınlaşan bir uygulamadır. Referans fiyat uygulamasının bu derece yaygınlaşmasının ardında; rekabeti teşvik etmesi, geri ödeme miktarını etkin fiyat seviyesinde belirlemesi ve tüketicilerin arzu ettikleri takdirde daha yüksek ödeme yaparak istediği ilacı kullanmasına olanak sağlamasından kaynaklanan avantajlar söz konusudur.

Referans fiyat uygulamasının dikkat çeken en önemli özelliği ise, devletin ilaç sektöründe harcamaların tamamını ya da bir kısmını karşılayan taraf olarak yer almasına rağmen fiyat rekabeti ortamının korunabilmesidir. Bu durum, uygulamada üreticilerin fiyatlarını serbestçe belirleyebilmesi ve geri ödeme fiyatı ile pazar fiyatının birbirinden ayrılabilmesine olanak sağlanması suretiyle gerçekleştirilmektedir. (Karakoç, 2005, 49).

Referans fiyat belirlenirken ilaçlar kimyasal, farmakolojik eşdeğerliklerine göre gruplandırılır. Sonra her bir grup için tek bir referans fiyat belirlenir (İEİS 2004,26). Referans fiyatın belirlenmesinde; grup içindeki ilaç fiyatlarının ortalamasının alınması, gruptaki ilaç fiyatlarının ağırlıklı ortalamasının alınması ya da grup içerisindeki ilaçlar içerisinde en düşük fiyatlısının esas alınması şeklinde üç ana yöntem mevcuttur. Tespit edilen fiyat, grup içerisinde hangi ilaç alınırsa alınsın geri ödenecek olan fiyattır. Tüketici, referans fiyatın üzerinde bir fiyata sahip olan ilacı alırsa, aradaki farkı kendisi ödeyecektir. Bu şekilde bir uygulama, tüketicinin ilaç fiyatına olan duyarlılığını artıracığından ilaç harcamalarının azalmasına yol açacak ve tüketici ilaç tüketiminde referans fiyat üzerindeki ilaçları daha az tercih edecektir (Rekabet Kurulu Kararı 2003; 3-4).

Avrupa Birliği'nde referans fiyat uygulama işlemi yaygınlaşmıştır. Çünkü bu uygulama piyasa şeffaflığını geliştirmek suretiyle, ikame edilebilir ilaçlar arasındaki fiyat farklılıklarının azaltılmasında etkili olabilir. Ülkelerin sistemleri kapsam, fiyatlandırma yöntemi ve patentli ilaçların dahil edilip edilmemesi açısından birbirinden farklılık göstermektedir. Genel olarak, referans fiyatlandırma, "aynı kategoride" tanımlanan, benzeri tedavi mekanizmalarına veya klinik tedavi sonuçlarına sahip olduğu bilinen ilaçlara uygulanır. Ancak bunlar, jenerik eşdeğer değilse, tartışma konusu olmaktadır.

Danimarka,Almanya ve İspanya'da referans fiyatlandırma sistemleri sadece patentsiz ilaçları içerir.

Referans fiyat uygulamaları, kapsam ve referans fiyatın belirlenmesi konusunda farklılıklar içermektedir. Danimarka, Almanya, İspanya ve İsveç'te referans fiyat kapsamına yalnızca patent koruması bulunmayan ilaçlar dahil edilirken Hollanda'da patentli ilaçlar da referans fiyat kapsamına alınmaktadır. Referans fiyat için gruplama yapılırken aynı kategoride bulunan ve birbirlerinin ikamesi olan ilaçlar baz alınır. Her ne kadar referans fiyat uygulaması diğer regülasyon türlerine göre daha rasyonel gerekçelerle oluşturulmuş şeffaf bir sistem olsa da, grupların belirlenmesi aşamasında kimi durumda politik unsurlar da devreye girebilmektedir. Bunlardan en kayda değer olanı, patent korumalı ilaçların da referans fiyat uygulamasına dahil edilip edilmeyeceğidir. Düzenleyici otoritelerin AR-GE faaliyetlerinin teşviki yönünde bir politikaya sahip olması durumunda, patent korumalı ilaçlar referans fiyat uygulamasının dışında bırakılmakta, tersi durumda ise kapsam içerisine dahil edilmektedir.

Her ne kadar benzer terapötik etkiye sahip olan ilaçların aynı grup içerisinde yer alacakları şeklinde genel uygulamada yakınlık bulunsa da, referans fiyatın tespiti hususunda önemli farklılıklar söz konusudur. Örneğin Danimarka'da, grup içerisindeki en düşük fiyatlı iki ilacın ortalaması referans fiyat olarak belirlenirken, İsveç'te grup içerisindeki en düşük fiyatlı ilacın fiyatına belirli bir miktar eklenerek , Yeni Zelanda'da ise grup içerisindeki en ucuz fiyata sahip ilacın fiyatı esas alınarak referans fiyat tespit edilmektedir.

Referans fiyatlamının ilaç sektörü üzerindeki etkisini inceleyen Lopez-Casasnovas ve Puig Junoy'a göre referans fiyat uygulaması neticesinde fiyatlar düşmekte ve ilaç harcamaları azalmaktadır. Ancak bu durum, patent korumasındaki ilaçların kapsam dışı bırakılması nedeniyle uzun süreli olmayabilir ve toplamda ilaç harcamalarının artmasına yol açabilir. Buna bağlı olarak ilaç harcamalarının kontrol altına alınabilmesi için başvurulan yöntemlerden biri, daha önceden de değinildiği gibi patentli ilaçların da referans fiyat kapsamı içerisine alınmasıdır. İkinci yöntem ise, kapsam dışı bırakılan patentli veya patent koruması sona ermiş olan ilaçların fiyatlarının üreticisi tarafından

serbestçe değil de, İspanya örneğindeki gibi düzenleyici otorite tarafından belirlenmesidir(Eriş 2006, 189).

1.4.4 İlaça Olan Talebin Fiyat Esnekliği

İlaç piyasasında tüketiciler, fiyat duyarlılıklarına göre iki farklı kategoride değerlendirilmektedir: Fiyat duyarlılığı yüksek olan ve fiyat duyarlılığı düşük olan tüketiciler. Bu ayırmada baz alınan kriterler; tüketicilerin pazarlık gücü, ürün nitelikleri hakkında bilgi sahipliği ve ürünler arası ikâme yapabilme imkânıdır.

Kriterlerin sağlandığı koşullarda, ürün olarak ilaç, tam anlamıyla bir piyasa malı niteliği kazanmaktadır. Nihai tüketiciler olan hastalar, ilaç kullanımı konusunda yeterli bilgi sahibi değildir. Bu durum, reçeteli ilaçlarda, doktor tarafından; reçetesiz ilaçlarda ise eczacılar tarafından bir ölçüde giderilebilmektedir. Ancak, doktorlar çoğu durumda fiyat duyarlılığına sahip olmadığı için, temsil ettikleri hastalar adına pazardaki ilaçlar içerisinde seçim yaparken fiyatı değil ürün özelliklerini göz önüne alırlar. Bunun yanında, bilgi eksikliği nedeniyle hastalar, üçüncü bir kişi tarafından yönlendirilmedikleri sürece doktor tavsiyesi dışına çıkmayı da tercih etmemektedirler. Bu durum, herhangi bir sağlık sigortası kapsamında olmasa dahi, bilgi eksikliği sebebiyle hastaların ilaç fiyatlarına olan duyarlılıklarının düşük olmasına neden olmaktadır. Fiyat duyarlılığının yüksek olması ise; tam bilgi ve pazarlık gücüne sahip olmayı gerektirir. Piyasa aktörleri içerisinde, ilaçlar hakkında tam bilgi sahibi olan ve üreticiler üzerinde pazarlık gücüne sahip bulunan; hastaneler, sağlık sigortaları ve sağlık hizmeti sunan diğer kuruluşlar fiyat duyarlılığı yüksek olan kesimler olarak nitelendirilmektedir (Eriş 2006, 242).

Adı geçen kuruluşlar, kimi durumda ilaç listeleri oluşturmak suretiyle, kimi durumda ise ihale yöntemi ile mensupları ya da kendileri adına ilaç tedarik eden kuruluşlardır. Bu durum, bir hastalığın tedavisine yönelik olarak birden fazla ilacın pazarda bulunduğu koşullarda üreticiler arasında fiyat rekabetini sağlamanın en etkin yöntemidir. Diğer yüksek miktarda alım yapan kesimler olan toptancıların ve eczanelerin ise, alımda ikâme imkanı bulunmadığı için, yüksek miktarda alım yapabilseler de, pazarlık güçleri bahsi geçen kuruluşlar kadar yüksek olmamaktadır (ÖZLER ve ŞAR 2006).

Pazarlık gücü eksikliği, herhangi bir sağlık sigortası bulunmayan ve ilaç harcamalarının tamamını cebinden karşılayan tüketiciler için de geçerlidir. Nitekim fiyat duyarlılıklarına ilişkin yapılan bir çalışma neticesinde, nihai tüketicilerin fiyat esnekliğinin yaklaşık olarak 0,1-0,2; fiyata duyarlı olan kurumsal tüketicilerin fiyat esnekliklerinin ise 0,22-0,62 olduğu tespit edilmiştir.

İlaç sektöründe talebin, fiyat duyarlılığı bulunan ve fiyat duyarlılığı bulunmayan iki farklı tüketici grubundan oluşması, üreticilerin Ramsey Fiyatlaması olarak adlandırılan ve tüketicilerin fiyata olan duyarlılıklarına göre aynı ürünün farklı tüketici gruplarına farklı fiyatlar ile sunulmasını öngören fiyat politikasını uygulama imkanı sunmaktadır. Ramsey fiyatlaması, tüketicilere fiyat duyarlılıklarına göre farklı fiyatlar uygulanmasını ve ortalamada fiyatın kısa dönem marjinal maliyetin üzerinde oluşmasını öngörmektedir.

Ramsey fiyatlamasının uygulanmadığı durumda, diğer bir ifade ile farklı tüketici grupları için aynı fiyatın uygulanması halinde, fiyata duyarlı olan tüketicilerin ürüne olan talepleri azalacak ve sonuçta refah kaybı daha fazla olacaktır. Bu nedenle ilaç sektöründe Ramsey fiyatlamasına dayanan fiyat farklılaştırması uygulamaları, sektörün sağlıklı işleyebilmesi bakımından gerekli bir uygulama olarak ortaya çıkmaktadır. Ramsey fiyatlaması, ilaç sektöründe fiyat rekabetinden ve AR-GE faaliyetinden beklenen faydaları optimum seviyeye çıkaran bir uygulamadır. Şöyle ki, üreticiler bir yandan fiyat duyarlılığı düşük olan tüketiciler pazarında, marka bağımlılığından veya patentten kaynaklanan pazar gücü nedeniyle fiyatı marjinal maliyetin üzerinde belirleyerek AR-GE yatırımları için fon oluşturulabilmekte, diğer yandan da fiyat duyarlılığı yüksek olan ve marka bağımlılığı bulunmayan tüketiciler için, eğer ikame ürünler söz konusu ise, marjinal maliyete eşit ya da bu seviyeye yakın fiyat belirleyebilmektedir.

Hastalar ilaç fiyatına karşı duyarlı ise, taleple ilgili finansal düzenlemeler toplumsal açıdan yararlı olabilir. Dolayısıyla bu durum, ilaca olan talebin fiyat esnekliğinin hesaplanmasını zorunlu kılmaktadır. Birçok ülkede ortaya çıkan zorluk, sağlık güvencesine müdahale olmadan esnekliği hesaplamaya kalkışmaktır. İlaçların maliyetinin tamamı ya da önemli bir kısmı mevcut yasalar çerçevesinde ait olduğu sağlık kuruluşu tarafından ödendiği için yalnız gerçekte gözlemlenen esneklik sağlık kuruluşunun karşıladığı kısmın dışında kalan miktar üzerinden hesaplanabilmektedir. Yani, ilaç talebinin fiyat esnekliği sadece katkı payı üzerinden hesaplanmaktadır.

Hurly ve Johnson 1980'lerde yapılan çalışmaları incelemişler ve bu çalışmaların çoğunda fiyata duyarlılığın varlığı konusunda fikir birliğinde olduklarını tespit etmişlerdir ancak fikir birliğine varamadıkları husus, bu duyarlılığın seviyesinin (derecesinin) ne olduğudur. Ayrıca talebin fiyat esnekliğinin kısa dönem ve uzun dönem etkileri de tam olarak ortaya konulamamıştır. Soumerai'ye göre, sabit reçete masrafları toplam ilaç harcamalarına ılımlı katkı sağlamaktadır. Sabit reçete uygulamasında, kişinin ilaç kullanma bedeli ödediği prime göre belirlenir. Belirli bir tutarı geçtikten sonraki kısım kişinin kendisi tarafından karşılanır. Burada amaç, aşırı ve gereksiz ilaç tüketimini engellemektir. Her ay ödemeye konu olan reçetelerin sayısının önemli etkisinin olduğu ortaya konulmuş, kısa dönemde tüketim üzerinde dengeleyici bir unsur olan reçete sayısı hekimin tutumu ile doğru orantılı olduğu belirtilmiştir. Çalışmada, reçete masrafındaki katkı payının yaklaşık 1,5 \$'da sabitlenmesi reçete sayısını %10 civarında azaltmaktadır. Ayrıca reçete başına katkı payının 3 \$ artırılması ise ilaç harcamalarında diğer %10'a ilaveten bir %10 daha düşürmektedir. Bu çalışmalardan yararlanan birçok ülke (başta İngiltere olmak üzere) ilaçta katkı payı uygulamasına geçmiş ya da katkı payında artırıma gitmiştir. İngiltere'de ilacın talep esnekliği %1 ile % 3 arasında azalmaktadır.

İlaç katkı payına yapılacak %10'luk artış reçete sayısında %1-3 azalmaya neden olmaktadır. Eğer hasta toplam ilaç masrafının %95'ine katlanırsa ilaca olan talep %43 oranında azalacaktır. Burada ciddi bir sorun vardır, acaba ilacın maliyetine katlanmak durumunda olan hastanın geliri bu masrafı kaldıracak düzeyde midir? Eğer hasta mevcut durumda ilacın katkı payını verebilecek düzeyde gelire sahip değilse, katkı payını artırarak reçete sayısını dolayısıyla da toplam ilaç harcamalarını azaltma politikası gerçekçi olmayabilir. Öncelikle hastaların gelir düzeylerini ve toplumun ne kadarının gelir düzeyinin bu katkı payını ödeyemeyecek kadar düşük olduğunu belirlemek gerekir. Kişinin gelir düzeyi yüksek ise ilaçtaki katkı payı uygulaması onu fazla ilgilendirmeyecektir.

1.4.5 İlaç Piyasasında Patent Koruması

Patent, bir buluşun yada üretim tekniğinin belli bir kişi/kuruluşa ait olduğunun yetkili kurul tarafından tescil edilmesidir. Baykara ve arkadaşlarına göre patent, bir ülkenin resmi bir kurumu tarafından veya birçok ülke adına hareket etme yetkisine sahip bölgesel bir kuruluş tarafından başvuruya dayanılarak verilen, buluşu tanımlayan ve patentli

buluşun ancak patent sahibinin yetkisiyle üretilmesine, kullanılmasına, satılmasına izin veren ve hak yaratan belgedir (Baykara; Çaylı; Çelik ve Diğerleri 2003, 10).

Patent koruması, ilaç sektörü açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Sektördeki iki temel rekabet unsurundan birisi olan AR-GE faaliyetlerinin devamlılığının sağlanabilmesi, sektördeki patent korumasının yaygınlığına ve etkinliğine bağlıdır. Nitekim, Taylor ve Silbertson tarafından İngiltere ilaç sanayi üzerinde yapılan bir çalışmada, patent korumasının yokluğunda, ilaç sektöründeki AR-GE harcamalarının mevcut duruma göre %64 azalacağı tespit edilmiştir.

Patent korumasının, ilaç sektörü bakımından öneminin anlaşılabilmesi için ilaç sektöründeki AR-GE faaliyetlerinin daha yakından incelenmesi gerekmektedir. Günümüzde bir ilacın bulunduktan sonra geliştirilip, ruhsat alması yüz milyonlarca ABD Dolarına mal olabilmektedir. AR-GE harcamalarının bu denli yüksek olması, AR-GE faaliyetleri neticesinde pazara sunulabilen ilaç sayısı oranının, pazara sunulamayan ilaç oranına göre çok daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. İlaç sektöründeki AR-GE faaliyetleri ve buna bağlı olarak patent korumasından kaynaklanan gelişmeler, sosyal refah açısından da önemli bir yere sahiptir. Nitekim AR-GE faaliyetleri neticesinde ortaya çıkan yenilikçi ilaçlar ile yaşam süreleri uzamakta ve yaşam kalitesi artmaktadır. Literatürde şu ana kadar yapılan fayda-maliyet analizlerinde de ilaç buluşlarının, önemli oranda pozitif dışsallık ve net sosyal fayda sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Patent koruması günümüzde ilaç sanayinin gelişmesi bakımından önemli bir yere sahip olsa da, üretici teşebbüslere sağladığı pazar gücü nedeniyle, sektör üzerindeki ağır düzenlemelerin de temel gerekçesi olmuştur. Bu nedenle, ilaç sektöründeki AR-GE faaliyetlerinin desteklenmesi ile fiyatların, dolayısıyla da ilaç harcamalarının kontrol edilebilmesi seçenekleri arasında, patent uygulamasından kaynaklanan bir ikilem söz konusudur. Bu ikilem, optimal patent süresinin belirlenmesi ile çözülebilir. Sosyal açıdan optimal patent koruması, yenilikçi ürünün sağladığı sosyal faydanın, bu ürünün marjinal maliyeti üzerinde belirlenen fiyatından kaynaklanan tüketim kaybına eşit olduğu noktadadır. Bu nedenle patent süresi belirlenirken dikkat edilmesi gereken en önemli husus, beklenen fayda ile maliyet arasındaki dengenin korunmasıdır.

Patent ve mülkiyet haklarının korunması, özellikle AR-GE'ye ayrılan payın çok yüksek olduğu sektörlerde, firmaların yeni ürün ve teknolojileri üretmeleri için önemli itici

güçlerin başında gelmektedir. İlaç sektöründe, ürünleri araştırıp, geliştiren ve patent hakkını satın alan üretici firmalara sadece icat ettikleri yeni ilacın maliyetlerini değil, aynı zamanda piyasada bulundurma ve tutundurma maliyetlerini de karşılayacakları bir süre olarak yaklaşık 5-15 yıl patent koruma hakkı verilmektedir. Bir ürün için bu sürecin maliyeti 350 milyon dolar civarındadır. Süre 15 yıl bile olsa, firma için bu ürünün başabaş noktası, yılda 25 milyon dolar demektir. Bu süre içinde söz konusu ilacın, kısmî olarak rekabetten korunmasının garanti edilememesi durumunda, firmaların yeni ilaçların keşfine yönelmesi zorlaşacaktır (Kurtulmuş 1998, 215).

Bugün Avrupa Birliği'nde "Tıbbi Ürünler İçin Ek Koruma Belgesi (SPC)" adı verilen uygulama, 02.01.1993 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Bu uygulamaya göre, patentle korunan ilaçlarda koruma süresinin başvuru tarihinden itibaren 20 yıl yerine 25 yıl veya ruhsat alındıktan itibaren 15 yıl olarak kabul edilmesi öngörülmüştür. Bu tür korumanın süresi ruhsat alındıktan itibaren 15 yıllık süre, patentin başvuru tarihinden itibaren 25 yıllık süreyi geçmemektedir. Böylece patentli ilaçlarda koruma süresi yaklaşık 5 yıl kadar uzatılmış olmaktadır. Bu uygulamaya kısaca "ilaç patentlerinde ek koruma uygulaması" adı da verilmektedir. "İlaç patentlerinde ek koruma uygulaması" ya da "İlaçlarda ek patent koruması" yenilikçi firmalar tarafından tercih edilen bir uygulamadır. Bugün Türkiye'de "ilaçlarda ek patent koruması" uygulaması yoktur (İEİS 2003, 40).

AR-GE harcamalarının bu denli yüksek olması, AR-GE faaliyetleri neticesinde pazara sunulabilen ilaç sayısı oranının, pazara sunulamayan ilaç oranına göre çok daha düşük olmasından kaynaklanmaktadır. Nitekim ABD'de klinik deneylere tabi tutulan ilaçlardan yalnızca %1'i başarılı olabilmekteyken, bu aşamayı geçen ilaçların da yalnızca %20'si FDA'dan (Federal İlaç Kurumu) ruhsat alabilmektedir.

Diğer sektörlerde olduğu gibi, ilaç sektöründe de efektif patent süresi, nominal patent süresinden daha düşüktür. Bunun nedeni, patent koruması döneminde patentli ürüne yakın özelliklere sahip ve genellikle aynı hastalıkların tedavisinde kullanılan, ancak farklı etken madde içeren ikâme ilaçların piyasaya girişidir. Terapötik (tedavi edici) rekabet olarak adlandırılan bu süreç nedeniyle, sektörde, üreticiler tam anlamıyla tekel gücüne sahip olamamaktadır. Ürün farklılaştırmasından kaynaklanan ve iktisat teorisinde markalar

arası rekabet olarak adlandırılan terapötik rekabette, fiyattan ziyade ürün özellikleri, reklam ve promosyon unsurları ön plana çıkmaktadır.

İlaç sektöründe efektif patent süresi, yalnızca diğer teşebbüslerin farklı etken madde içeren, ancak patentli ürünün ikâmesi niteliğindeki ürünler ile pazara girmesi neticesinde azalmamaktadır. Sektörün kendine özgü yapısından kaynaklanan faktörlerin de efektif patent süresi üzerinde olumsuz etkileri mevcuttur. Bunlardan biri, ilaçların pazara sunulmadan önce sağlık otoriteleri tarafından uzun zaman alan ruhsatlandırma prosedürüne tabi tutulmasıdır. İlaç sektöründe patent başvuruları, ruhsatlandırma sürecinde yapılmak zorunda olduğu için, patent süresinin önemli bir kısmı, bu süreç içerisinde tükenmektedir.

Diğer bir faktör ise, ilaç bedellerinin önemli bir kısmının ya da tamamının kamu ya da zorunlu sağlık sigortaları tarafından karşılanmasıdır. Her iki koşulda da devletler, ilaç fiyatlarını doğrudan ya da dolaylı olarak sınırladığı için üretici ürünün fiyatını serbestçe belirleyememektedir. Bu durum, kimi koşullarda düzenleyici otoriteler tarafından ürün fiyatlarının marjinal maliyete eşitlenmesi şeklinde ortaya çıkmakta ve patent korumasından beklenen kârı, tamamen ortadan kaldırmaktadır.

1.4.6. İlaç Piyasasında AR-GE

AR-GE terimi üç faaliyeti kapsamaktadır: Temel araştırma, uygulamalı araştırma ve deneysel geliştirme. Temel araştırma; görünürde herhangi bir özel uygulaması veya kullanımı bulunmayan ve öncelikle olgu ve gözlemlenebilir gerçeklerin temellerine ait yeni bilgiler edinmek için yürütülen deneysel veya teorik çalışmadır. Uygulamalı araştırma da; yeni bilgi edinme amacıyla yürütülen özgün çalışmadır. Bununla birlikte uygulamalı araştırma, öncelikle belirli bir pratik amaç veya hedefe yönelmiştir. Deneysel geliştirme, araştırma ve/veya pratik deneyimden elde edilen mevcut bilgiden yararlanarak, yeni malzemeler, yeni ürünler ya da cihazlar üretmeye; yeni süreçler, sistemler ve hizmetler tesis etmeye ya da halen üretilmiş veya kurulmuş olanları önemli ölçüde geliştirmeye yönelmiş sistemli çalışmadır. AR-GE kavramı hem AR-GE birimlerindeki düzenli AR-GE'yi, hem de diğer birimlerdeki düzenli bir şekilde olmayan ya da ara sıra yapılan AR-GE faaliyetlerini kapsamaktadır (TÜBİTAK 2003b, 10).

Bir ürünün patent koruması kalktığında, jenerik kopyaları pazara sürüldüğünden, gelir getirme potansiyeli hızla düşmektedir. Dolayısıyla devamlı bir innovasyon (yenilik) akışını korumak, markalı ilaç üreticileri için son derece önemlidir. Burada, farmasötik sektörün kurtuluşu, sürekli innovasyon akışına bağlıdır. Buna karşılık, araştırma geliştirmeyi garanti altına almak için de, bol parasal kaynağa ve innovasyon prosesini kolaylaştıran bir idari iklime gereksinim vardır.

AR-GE çalışmalarında, araştırma maliyetleri giderek artmakta ve aynı zamanda biyoteknoloji gibi yeni alanlarda da yatırıma gerek duyulmaktadır. Farmasötik araştırmalar uzun ve pahalıdır. Çokuluslu ilaç firmaları, hedeflerini, 10 yıl sonra yeni ürünler çıkarmak için gerekli AR-GE faaliyetlerini sürdürmeye yetecek bir grup kârı sağlamak olarak belirlemişlerdir. Yeni sentez edilmiş etkin bir maddeyi, pazarlanabilir bir ilaç şeklinde geliştirebilmek ise 10-12 yıl almaktadır.

2001 yılındaki bir çalışmaya göre, tümüyle yeni bir tıbbi ürünün ortalama maliyeti yaklaşık 895 milyon €'dür. Böyle bir araştırma, ancak patent koruması dönemi sırasında, firmanın gerekli nakit akışını sağlayabilmesine bağlı olduğundan, ilacın sanayileşmiş büyük ülkelerin pazarları yanında, mümkün olan en yaygın coğrafyaya ve mümkün olan en kısa sürede sokulması çok önemlidir. Büyük farmasötik firmaların ayakta durabilmesi, az sayıdaki ürünün (bazen tek bir başarılı ürünün) kârlılığın ve aynı zamanda yeni tıbbi ürünler üzerindeki patent portföylerinin düzenli olarak yenilenmesine bağlıdır (Kanzık 2000, 10).

Giderlerdeki bu hızlı büyüme, genel olarak moleküler biyoloji ve özellikle hastalıkların patogenezi ile ilgili bilgilerin artmasına, tedavi ve hastalıklardan korunma araçlarındaki teknik gelişmelere ve tıbbi ürünlerin kalite, emniyet ve etkinliğini garanti etmek için gereken ve giderek sıkılaştırılan teknik gereksinimlere bağlanmaktadır. Ortalama olarak, ilaç sanayi tarafından sentez edilen her 5000- 10.000 maddeden sadece bir veya ikisi pazarlanabilir ilaç haline gelebilmektedir (TÜBİTAK 2003b, 12).

1.4.7. İlaç Piyasasında Rekabet

İlaç piyasasında rekabet; orijinal ilaçların (patent koruması altında olanlar) kendi aralarındaki rekabet, orijinal ilaçlar jenerik ilaçlar arasındaki rekabet ve devletin yer aldığı pazarlardaki rekabet olarak üç başlık altında incelenmektedir.

1.4.7.1. Orijinal İlaçlar Arasındaki Rekabet

Orijinal ilaçlar arasında yaşanan rekabet, pazara sunulmadan önce yaşanan AR-GE alanındaki rekabet ile pazara sunulduktan sonra patent döneminde yaşanan rekabet evrelerinden oluşmaktadır.

Yenilikçi ilaçlar piyasaya ilk çıktıklarında yaklaşık olarak 12 ile 15 yıl arasında patent korumasına sahip olurlar. Patent koruması, yenilikçi ilaçlara her ne kadar önemli bir pazar gücü sağlasa da, tam olarak tekel gücü veremez. Çünkü yenilikçi ilacın piyasaya sunulmasından kısa bir süre sonra aynı terapötik kategoride yer alan terapötik eşdeğer ilaçlar pazara girmektedir.

ABD ilaç piyasasına ilişkin yapılan bir çalışmada 13 terapötik kategoride, yenilikçi ilaçların pazara girmesinden 1-6 yıl sonra farklı etken madde içeren terapötik eşdeğer ilaçların pazara girdiği tespit edilmiştir.

Eğer ilaç, yeni ve etkin bir tedavi yöntemini ilk defa uygulamakta ise üreticisi tarafından kâr marjı yüksek olarak belirlenecek, mevcut bir ilacın farklı etken maddeyi içeren ikamesi ise diğer bir ifade ile terapötik gruba herhangi bir yenilik getirmiyorsa daha düşük belirlenecektir.

Yenilikçi ilaç ilk kez piyasaya sürüldüğünde herhangi bir yakın ikamesi bulunmadığı için fiyatı yalnızca maliyetler göz önüne alınarak belirlenir ve talebi fiyat değişimlerine duyarlıdır. Bununla birlikte zaman içerisinde reklam ve promosyon faaliyetleri ile tüketici seviyesinde daha fazla tanınır ve talebi artar. Talep artışı neticesinde gerek miktar gerekse de fiyat olarak denge daha yüksek bir seviyeye ulaşır.

Yenilikçi ilacın elde ettiği yüksek kâr, diğer firmaların da pazara girişlerini hızlandırır. Sonuçta, patent korumasının bulunması nedeniyle yenilikçi ilacın bire bir kopyası olmayan ancak farklı etken maddeye sahip ve benzer veya aynı tedavi yönteminde kullanılan ilaçlar pazara girmeye başlar. Pazarda yeni girişlerin yarattığı etki ile yenilikçi

ilacın talebi fiyata daha duyarlı hale gelecek ve fiyatındaki artışlar talebi diğer ilaçlara yönlendirecektir.

Orijinal ilaçlar arasındaki fiyat rekabeti üzerine Lu ve Comanor tarafından yapılan çalışmada, yenilikçi ilaçların fiyatlarının terapötik eşdeğer ilaçların piyasaya girişinden sonra da artmaya devam ettiği tespit edilmiştir. Ancak aynı çalışmada, terapötik olarak birbirlerini ikame eden ilaçların sayısının fazla olduğu durumlarda orijinal ilaçlardaki reel fiyat artışının daha düşük seviyelerde gerçekleştiği ifade edilmiştir. Buna göre, pazarda çok sayıda orijinal ilacın bulunması, ilaç fiyatlarında düşmeye neden olmamakta, ancak fiyat artışlarını yavaşlatmaktadır. Yine Congressional Budget Office (CBO) tarafından benzer konuda yapılan bir çalışmada 5 terapötik sınıfta yer alan yenilikçi ve terapötik eşdeğer ilaçların zaman içerisindeki fiyat hareketleri incelenmiş ve neticede bu 5 sınıftan yalnızca birinde reel olarak yenilikçi ilaçların fiyatlarının orijinal ilaçların pazara girişinden sonra azaldığı sonucuna ulaşılmıştır. Stern tarafından yapılan çalışmada ise dört terapötik kategorideki ürünler arasındaki çapraz fiyat elastikyetleri incelenmiş ve orijinal ilaçların fiyat konusunda az da olsa birbirleri ile rekabet ettikleri sonucuna ulaşılmıştır.

1.4.7.2. Orijinal İlaçlar ile Jenerik İlaçlar Arasında Rekabet

Jenerik ilaçlar, patent koruması sona eren orijinal ilaçların kopyasıdır. Bu nedenle patent korumasının sona ermesi ile birlikte pazara giren jenerikleri, orijinal ilacın pazar payının önemli bir oranda erimesine yol açarlar. Nitekim, ilaç sektöründe fiyat rekabeti olarak kastedilen süreç, esas olarak jenerik ilaçların pazara girmesi neticesinde oluşmaktadır.

Jenerik ilaçlar, ilaç sektöründeki iki temel rekabet unsurundan birisi olan "fiyat rekabetinin" ortaya çıkmasında oldukça önemli bir yere sahiptir. Jenerik ilaçların ilaç sektöründeki yeri King ve Kanavos tarafından şu şekilde açıklanmıştır: AR-GE faaliyeti neticesinde elde edilen faydanın, üretici için karşılığı, patent koruması iken, tüketici için jenerik ilaçlardır. King ve Kanavos tarafından da ifade edildiği gibi patent korumasının üreticiye sağladığı münhasırlık, AR-GE faaliyetleri neticesinde elde edilen bir mükafattır. Patent korumasının sona ermesi ile jenerik ilaçların pazara girmesi neticesinde ortaya çıkan rekabetçi yapı ve buna bağlı olarak düşen fiyatlar ise, tüketicilerin AR-GE faaliyetlerinden elde ettiği gerçek anlamdaki kazançtır.

Scherer ve Ross tarafından yapılan bir araştırmada, ilaç sektöründe pazara ilk giren üreticilerin ürünleri için yüksek fiyat uygulayabildikleri ve tek firma olmanın verdiği pazar gücü nedeniyle yüksek fiyat ve kâra rağmen pazar payı kaybına uğramadıkları tespit edilmiştir. Sektörde, pazara ilk olarak giren üreticilerin sahip olduğu avantaj, yalnızca yüksek fiyat belirleyebilme imkanı değildir. Bunun yanında, 12-15 yıllık patent döneminde belirli bir etken maddeyi içeren ürünü tek başına üretmeleri ve bu dönemde yapmış oldukları yoğun reklam ve promosyon yatırımları ile patent sonrası dönemde marka bağımlılığı da elde ederler.

Diğer sektörlerden daha fazla olan ilaç sektöründeki marka bağımlılığını oluşturan sektöre özgü yapısal unsurlar şu şekilde tanımlanmıştır; reçeteli ilaçlar konusunda en önemli karar merci olan doktorların, orijinal ilaçları patent koruması sürecinde uzun süre kullanmış olmanın verdiği güvence ve buna bağılı olarak etkilerinin yeni çıkan ilaçlara göre daha iyi bilinmesi nedeniyle daha fazla tercih etmeleri, yine doktorların fiyata duyarsız olmaları nedeniyle daha düşük fiyatlı jenerik ilaçları tercih etmemeleri ve eczane seviyesinde ucuz ilaç ikame uygulamalarının bulunmaması nedeniyle nihai tüketici olan hastaların reçetede yazılı olan ilaçları kullanmak zorunda olmalarıdır.

Jenerik ilaç üreticilerinin pazara girişte karşılaştıkları en önemli engellerinden birisi olan sektördeki marka bağımlılığı, jenerik ilaçların daha çok fiyat duyarlılığı bulunan tüketici kesimine yönelmesine neden olmaktadır. Bu nedenle jenerik ilaç üreticileri pazara girerken, fiyatlarında orijinal ilacın fiyatına oranla önemli indirimler yaparlar ve iki ilaç grubu arasındaki fark zaman içerisinde daha fazla artma eğilimi gösterir. Bu durum, orijinal ilaç üreticilerinin, jenerik ilaçların piyasaya girmesinden sonra dahi fiyatları nominal olarak artırmaya devam etmelerinden kaynaklanmaktadır.

Orijinal ilaç üreticilerinin jenerik ilaçların pazara girmesine karşı fiyat indirimlerine yönelmemelerinin ardında jenerik ilaç üreticilerine oranla yüksek maliyetlere sahip olmaları bulunmaktadır.

1.4.7.3. Devlet Kesiminin Yer Aldığı Pazarlarda Fiyat Rekabeti

İlaç sektöründe, devlet kesiminin, ilaçların etkinliğı ve güvenliğı konusu dışında herhangi bir müdahalesinin söz konusu olmadığı durumda, pazarın, kendi dinamikleri ile etkin bir biçimde faaliyet gösterdiği, şu ana kadar yapılan değerlendirmeler ışığında ortaya çıkmaktadır. Ancak, ABD dışındaki devletlerin tamamı, sektöre yalnızca ürün güvenliğı ve

etkinliği konusunda değil, en büyük alıcı olarak da müdahale etmektedir. Bu durum, sosyal devlet ilkesinin bir gereği olarak görülmekte ve AB dahil ilaç sektöründe devletin alıcı olarak yer aldığı hiç bir topluluk ya da ülkede bu ilkenin terk edilmesi yönünde herhangi bir görüş ya da tartışma bulunmamaktadır (Karakoç 2005, 60).

Devletin ilaç tüketimini finanse ettiği pazarlarda, fiyat rekabetinin söz konusu olup olamayacağı hususu, devletin sektöre müdahalesinin derecesi ile yakından ilişkilidir. Üreticilerin fiyat belirleme aşamasında herhangi bir serbestisinin bulunmadığı ülkelerde, fiyat rekabetinden bahsetmek mümkün olmazken, üreticilerin fiyat belirleme özgürlüğüne sahip olduğu ülkelerde ise, fiyat rekabetinden bahsetmek mümkündür. Burada ulaşılacak en optimal çözüm, sektördeki rekabet ortamından mümkün olduğunca faydalanarak, ilaç harcamalarının finanse edilmesidir. İlaç sektöründe, devletin talep kesiminde yer aldığı sistemlerde, fiyat rekabetinin sağlanabilmesinin birinci koşulu, pazar fiyatı ile geri ödeme fiyatının birbirlerinden kesin olarak ayrılmasıdır.

Diğer bir ifade ile, çoğu ülkede uygulanmakta olan, ülke genelinde satışı yapılan tüm ilaçların fiyatlarının, düzenleyici otorite tarafından belirlenmesi uygulamasından vazgeçilmesi gerekmektedir. Le Pen, bu Şekilde yapılacak olan bir düzleme ile sanayi politikası ile sağlık politikasının kısmen de olsa birbirlerinden ayrılmasının sağlanabileceğini ve bu Şekilde fiyatlara devlet tarafından yapılan müdahalenin sınırlandırılabilceğini belirtmiştir. Bu uygulama ile geri ödeme kapsamı dışında yer alan ilaç kategorileri ile geri ödeme kapsamı içerisinde yer alan, ancak zorunlu sağlık sigortası dışında bulunan kişi ve kurumlar tarafından satın alınan ilaçlarda, serbest pazar koşullarının söz konusu olduğu rekabetçi bir yapı oluşturulabilecektir (Karakoç 2005, 65).

Geri deme kapsamı içerisinde yer alan ve zorunlu sağlık sigortaları ile, karşılıksız olarak devlet tarafından sunulan sağlık hizmetleri kapsamında, komisyon tarafından hazırlanan ve AB'deki ilaç sektörünün geleceğinin tartışıldığı Bangemann Yuvarlak Masa Toplantıları'nda, Birlik içerisinde ilaç sektöründe tek pazarın oluşturulabilmesi için, ye devletlerin ilaç sektöründeki finansal konumuna son vermesi istenmemiş, ancak ilaç fiyatlarının devlet tarafından tespit edilmesine son verilmesi talep edilmiştir.

Fiyat duyarlılığının arttırılması; dağıtım kanalları üzerindeki sıkı düzenlemelerin kaldırılması ve tüketicilerin ilaç fiyatlarına olan duyarlılıklarının arttırılmasına bağlıdır. Bu

başlık altında, Komisyon,1998 yılında yayınlamış olduğu bildiride yer alan ve Komisyon tarafından birbirinden farklı olarak ele alınması gerektiği düşünülen üç pazar kategorisinde rekabetin sağlanabilmesi yada arttırılabilmesi için yapılması gereken düzenlemeler ile son dönemlerde oldukça yaygın hale gelen ve devletin finansal olarak yer aldığı pazarlarda üreticiler arasında rekabeti sağlama amacıyla referanslara başvurulmuştur (Karakoç 2005, 58).

1.4.8. Doktorun Reçete Yazma Alışkanlığı ve İlaç Harcamaları Üzerindeki Etkisi

Doktorun reçete yazma alışkanlığını bir çok faktör belirleyebilir. Bunların başında; doktorun ve/veya hastanın yaşı, doktorun, yaşadığı ülkenin ekonomik durumuna olan hassasiyeti, doktorun kendine olan güveninin olmaması nedeniyle bir çok ilacı aynı anda kullanarak sonuca gitme isteği, ilacı yazarken hastanın sağlık güvencesinin olup olmadığını göz önünde bulundurması ve belki de en önemlisi hastaların muayeneden sonra ya başka bir sağlık kuruluşuna sevk ya da ilaç yazılması beklentisi içine girmesidir. Bu durum, doktoru istemese de ilaç yazmaya zorlamaktadır. Esasen hem doktor hem de toplumun, akılcı ilaç kullanma konusunda eğitilmesi ve bu bilincin verilmesi gerekmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1985 Nairobi toplantısında Akılcı İlaç Kullanımı; "Kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozajda, en düşük fiyata kolayca sağlayabilmeleri." olarak tanımlanmıştır (Işık 1997, 11).

İlaçların bilimsel anlamda doğru ve uygun kullanılması için öncelikli olarak hastalığın tam teşhisi yapılmalıdır. Konulan teşhise bağlı olarak, diğer tedavi imkanlarının değerlendirilmesi ve ilaç tedavisi uygun görülürse, daha etkili, daha çabuk sonuç veren, yan etkisi az olan ve daha ucuz olan ilacın tercihi akılcı ilaç kullanımının ilkeleri olarak belirtilmektedir. Bununla birlikte günümüz sağlık hizmetlerinin işleyişi içerisinde pratik olarak ilaç tüketiminin bu bilimsel çerçeveye uygun olduğunu söylemek mümkün değildir. Aksine bir çok ülkede sağlık hizmetleri işleyiş tarzının, ilaçların uygun olmayan, gereksiz ve fazla tüketimini arttırdığı söylenebilir.

İlaçların gereksiz, uygun olmayan tüketimine ve bunun olumsuz sonuçlarına ilişkin özellikle gelişmiş ülkelerde birçok araştırma söz konusudur. Kısaca örnek vermek

gerekirse Almanya'da reçetelere yazılan ilaçların üçte birinin gerekliliğinin tartışılır olduğu hesaplanmıştır. Bu ülkede hastaların % 30'u prospektüsleri anlaşılabilir bulmaktadır. Kanada'da ilaçların yaklaşık % 50'si uygun kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı 2003a, 16).

Dünyada geniş bir uygulama alanına sahip olan Aile Hekimliği akılcı ilaç kullanımında önemli bir yere sahiptir. Tüm dünyada tanımlandığı şekliyle Aile Hekimi; yaş, cins ve hastalık ayrımı yapmaksızın bireylere ve ailelere kişisel, kesintisiz ve bütüncül bir birinci basamak sağlık hizmeti sunan, konusunda en az 3 yıl uzmanlık eğitimi görmüş tıp doktorudur (Özcan; Ünlüoğlu 2005,1). Amerika Birleşik Devletleri'nde, Aile Hekimliğinin kuruluşu ve ilk on yılını değerlendirdiği 1978 tarihli makalesinde Dr. Geyman, aile hekimliğini "doğrudan halktan gelen kapsamlı, devamlılık ve kolay erişilebilirlik esaslarına dayalı bir birinci basamak sağlık hizmeti ihtiyacına cevap vermek amacıyla" tesis olunmuş bir tıp kolu olarak tarif etmektedir (Gökay 2003, 5).

Aile Hekimliği, ilk başvuru ve başlangıç değerlendirmelerinden, kronik hastalık takiplerine dek uzanan tüm sağlık hizmetlerinin sorumluluğunu vurgular. Erken tanı ve hastalıklardan koruma, disiplinin temel özellikleridir. Tüm sağlık hizmetlerinin koordinasyon ve entegrasyonunu sağlayabilmesi, sağlık problemlerinin büyük çoğunluğunun üstesinden gelebilmesi ve Aile Hekimlerinin düşük maliyetli ve etkin sağlık hizmeti sunumu gerçekleşir. Aile Hekimliği, birey ve ailesi için kesintisiz ve bütüncül bir sağlık hizmeti sunan, geniş anlamda biyolojik bilimleri, klinik bilimleri ve davranış bilimlerini entegre eden bir uzmanlık dalıdır. Aile Hekimliğinin diğer temel özellikleri aşağıda sıralanmıştır (GATA 2006, 2-5).

Aile Hekimi,kronik hastalıkları olan bireylerin yakından takibi, gelişebilecek komplikasyonların erken fark edilmesini ve küçük müdahaleler ile önlenmesini sağlayarak, hastaların sıkça hastaneye başvurması yada ilerlemiş komplikasyonlar nedeniyle, hastaneye yatırılarak tedavi edilme gereksinimini ortadan kaldırır. Böylece hem hasta birey, hastalıkların ilerlemiş zararlarından korunmuş olur, hem de kaynak tasarrufu sağlanmış olur.

Aile hekimliği sayesinde, yaygın olarak kullanılan reçetesiz (tezgah üstü) ilaç kullanımını azalacaktır. Bu da toplam ilaç harcamalarının azalmasına yol açacaktır.

Kronik ve genetik hastalıkların yakından takibi, gelişebilecek komplikasyonların erken fark edilmesi ve zamanında gerekli tedbirler alınmak suretiyle ileride çıkabilecek kronik hastalıklar önlenerek, tedavi ve ilaç harcamalarında önemli tasarruflar sağlanacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

DÜNYADA İLAÇ SANAYİNİN YAPISI, ÖZELLİKLERİ

2.1. DÜNYA İLAÇ SEKTÖRÜNÜN TARİHÇESİ

İlk ilaç, M.Ö. 1500 yıllarında Mısır'da kullanılmaya başlanmıştır. M.Ö. 1500'den, M.S. 1930'lu yıllara kadar çok az sayıda ilaç mevcuttu ve bunlar bazı hastalıkların iyileştirilmesinde veya belirtilerinin giderilmesinde, uykuyu kolaylaştırmada ve ağrı dindirmede kullanılan doğal kökenli ve sentetik olmayan ilaçlardı.

Sentetik kökenli ilaçların bulunması 1930'lu yıllara rastlamaktadır. Sülfanilamidlerin keşfiyle, terapötik devrim adı verilen süreç başladı. Böylece ilaç sanayiini büyüten, geliştiren ve uluslararası bir yapıya kavuşturan üç önemli adım atıldı.

- ✓ sülfanilamidlerin keşfedilmesi,
- ✓ penisilinin büyük hacimlerde üretim tekniklerinin bulunması,
- ✓ tetracyclinelerin keşfidir.

2.2. DÜNYA İLAÇ SEKTÖRÜNÜN YAPISAL ANALİZİ

İlaç sektöründeki büyük kuruluşların kökleri, 19. yy'a kadar inmesine rağmen, dünya ilaç sanayii, 2. Dünya Savaşı'ndan sonra tetracyclinelerin keşfedilmesi ile önemli sektörler arasında girebilmiştir. 1975 ile 1990 yılları arasında bu sektörde farkedilir büyük bir ilerleme sağlanmıştır. Bu yıllar arasında, dünya üretimi yaklaşık iki kat artmış ve 1980 yılındaki doların değerine göre 150 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir. Yaklaşık 60 ülke,dünya ilaç sanayiinde her yıl yaklaşık olarak 100 milyon dolarlık üretim gerçekleştirmektedir.

Dünya ilaç üretiminin büyük bir kısmı, sanayileşmiş az sayıda ülke tarafından yapılmaktadır. İlaç tüketimi de aynı şekilde, üretilen tüm ilaçların %75'i sanayileşmiş ülkelerde, geri kalan %25'lik kısım ise gelişmekte olan ülkelerde tüketilmektedir. İlaç, uluslararası bir karaktere sahip olmakla birlikte, dünya ülkeleri için stratejik önem taşımasından dolayı tekstil, giyim ve hatta çelik sanayii gibi global bir yapıya sahip olamamıştır.

İlaç sektöründe dünyanın en büyük 20 ilaç firması arasında 8 tanesi, Avrupa firması olmasına rağmen, son yıllarda piyasaya hakim olan ABD firmaları, büyüklük ve kârlılık açısından Avrupa ilaç firmalarını geride bırakmaya başladılar. Yeni ilaçlar için çıkarılan patentlerin %65'i ABD'ye ait iken, AB'ye üye ülke şirketlerin payı %15, Japon şirketlerin ise %13 düzeyindedir. Avrupa Toplulukları Komisyonu'nun 2 Mart 1994 tarihinde yayınladığı tebliğde, yukarıda ifade edilen AB şirketlerindeki gerileme ile ilaçların yüksek maliyetinden kaynaklanan Üye Devletler'in sağlık bütçesi üzerindeki baskılar göz önünde tutularak, ilaç sanayiinin AB sınırları içinde globalleşmesinin, yani tek bir pazar oluşturulmasının önemi vurgulanmıştır. Bu tebliğde, ilaç sanayiinin rekabet gücünün artırılabilmesi için, tek pazarın güçlendirilmesinin, ilaç patent sisteminin iyileştirilmesinin, AB'nin araştırma-geliştirme programlarının ilaç araştırmalarını destekleyecek şekilde uygulanmasının gerekliliği savunulmuştur. Avrupa İlaç Değerlendirme Ajansı'nın kurulması ve Ocak 1995 tarihinde Londra'da çalışmalarına başlaması ile yeni ilaçların piyasaya girişi kolaylaştırılmış olacaktır. Tüm bu çalışmaların nihai hedefi, 1998 yılına kadar, AB'ye üye ülkelerde ilaç sektöründe piyasa uyumunu sağlayarak tek pazarı oluşturmaktır.

2.3. DÜNYA İLAÇ SEKTÖRÜNDE YOĞUNLAŞMA EĞİLİMLERİ

- Dünya ilaç sanayii, fiyat-dışı rekabet stratejilerinin hakim olduğu, ürün farklılaştırmasına dayalı oligopolist bir yapı sergilemektedir. İlaç sanayiinde rekabet, mamul ilaç pazarında meydana geliyormuş gibi görünmekle beraber, ilaç üretiminin diğer aşamalardaki çalışmaları, mamul ilaç piyasasını doğrudan etkilemektedir. Ürün, mamul ilaç haline gelene kadar aşağıda belirtilen aşamalardan geçer;

- Birinci aşama; ilaç üretiminin araştırma ve ürün geliştirme aşamasıdır. Bu aşamadaki faaliyetlerin odak noktası, yeni bir ilacın keşfedilmesine yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesidir. Yeni ürün keşfedildikten sonra, bunun formülasyonu ve saflaştırılarak sentezlenmesi işlemine geçilir. Bu aşamada yüksek nitelikli kalifiye eleman istihdamının gerekliliği, yeni bir maddenin bulunabilmesi için çok fazla sayıda değişik bileşimin test edilme zorunluluğu ve araştırma laboratuvarlarının ilk kuruluş maliyetlerinin yüksek oluşu, harcanan paranın miktarını arttıran etkenlerdir.
- Bu aşamadaki maliyetlerin yüksek olmasından dolayı, dünyada araştırma-geliştirme çalışmaları, büyük firmalar tarafından yapılmaktadır. Şöyleki 1961-1978 yılları arasında sadece beş ülke (ABD, Fransa, Batı Almanya, Japonya ve İsviçre), dünya piyasasına sürülmüş olan gerçek anlamda yeni ürünün %74.1'ini keşfetmişlerdir. Giderek artan araştırma- geliştirme maliyetlerinin bir sonucu olarak, potansiyel pazarın büyüklüğünden dolayı, gelişmiş ülkelerde görülen hastalıkların tedavisine yönelik çalışmalara öncelik verilirken, gelişmekte olan ülkelerde rastlanılan pek çok önemli hastalık, örneğin sıtma gibi, ilgi dışı bırakılmaktadır.
- İlaç üretiminin ikinci aşamasını aktif madde ve hammadde üretimi oluşturur. Bu aşama teknik açıdan karmaşık bir yapı sergilediğinden dolayı büyük sermaye yatırımlarını gerekli kılmaktadır. Bunun doğal bir sonucu olarak da, ikinci aşamada da tıpkı birincisinde olduğu gibi, üretim, az sayıda firmanın elinde toplanmış ve yüksek yoğunlaşma düzeyine sahip bir yapılanma içindedir. ABD'den bir örnek verecek olursak, 1970 yılında Meprobromate tabletleri, 50 firma tarafından pazarlanmakla beraber, bu ilacın aktif maddesini üç firma üretmekteydi.
- Üçüncü ve son aşama; mamul ilaç üretim aşamasıdır. Yukarıda yer alan diğer iki aşama ile karşılaştırıldığında, hemen hemen her ülkede çok sayıda küçük ve orta ölçekli firma ile az sayıda çok büyük çokuluslu şirketler faaliyet ettiğinden dolayı, mamul ilaç piyasası fazlaca yoğunlaşmış bir yapı göstermez. Dünyada az sayıda firmanın, piyasanın büyük bir bölümünü ellerinde tutmalarından dolayı ilaç sanayii oligopolist bir yapı arz etmektedir.

-

TABLO-1: Bazı Ülkelerde İmalatçı Satış Fiyatına Göre İlaç Pazarının Değeri

ÜLKE	2009 (€ milyon)	ÜLKE	2009 (€ milyon)
Avusturya	2.736	İtalya	16.734
Belçika	3.932	Letonya	257
Bulgaristan	542	Litvanya	404
Hırvatistan	657	Malta	77
Kıbrıs	174	Hollanda	4.616
Çek Cumhuriyeti	158	Norveç	136
Danimarka	1.860	Polonya	4.237
Estonya	137	Portekiz	349
Finlandiya	1.848	Romanya	1.601
Fransa	25.501	Slovakya	846
Almanya	25.241	Slovenya	487
Yunanistan	5.503	İspanya	13.209
Macaristan	1.955	İsveç	3.052
İzlanda	126	İsviçre	2.726
İrlanda	1.902	Birleşik Krallık	14.493

Kaynak: TEB, Rakamlarla Sağlık, ilaç ve eczacılık 01.12.2009

Dünyada ilaç sanayinin son 20 yılı incelendiğinde, ABD'nin giderek öne çıktığı, buna karşılık özellikle Avrupa'nın gelişmelerin gerisinde kaldığı dikkati çekmektedir. ABD'nin rakiplerini geride bıraktığının en temel göstergelerinden biri, yeni molekül keşiflerindeki ABD lehine gelişmedir. Aşağıdaki tablolardan da görüleceği üzere, henüz 20 yıl öncesine kadar bu alanda başı Avrupa çekerken, 2000'li yıllarda ABD, Avrupa'nın önüne geçmeyi başarmıştır. ABD'nin ilerlemesinde Ar-Ge yatırımlarının ve Ar-Ge'ye verilen önemin payı yüksektir. Günümüzde en çok Ar-Ge yatırımı ABD'de gerçekleşmektedir. Avrupa her ne kadar Lizbon Ajandasıyla Ar-Ge harcamalarının GSMH'ya oranının 2010'a kadar %3'e çıkarılması gibi iddialı hedefler ortaya koymuşsa da, henüz bu hedeflere ulaşmaktan uzaktır. ABD'nin Gayr-i Safi Milli Hasıla (GSMH)'sına oranla Ar-Ge'ye ayırdığı kaynak (%2,7) ile, AB ortalamasının (%1,84) üstündedir. En yeni teknolojilerin kullanıldığı "Biyoteknoloji" alanında fark, daha fazla göze çarpmaktadır. Avrupa Komisyonu araştırmaları, biyoteknoloji alanındaki patentlerin %65'inin ABD'de, %15'inin Avrupa'da, %12'sinin Japonya'da kayıtlı olduğunu ortaya koymaktadır. Üniversite - Sanayi işbirliği ve etkileşiminin Ar-Ge'nin gelişmesinde rolü önemlidir. ABD, bu işbirliği ve etkileşimi başarıyla gerçekleştirmektedir.

TABLO-2: Dünya İlaç Pazarı Ticaret Dengesi 2009

Ülke	İthalat € milyon	İhracat € milyon	Ticaret Dengesi	Ülke	İthalat € milyon	İhracat € milyon	Ticaret Dengesi
Avusturya	4.542	4.045	497	Litvanya	105	451	-346
Belçika	34.430	29.883	4.547	Lüksemburg	47	281	-234
Bulgaristan	219	468	-249	Malta	145	69	76
Kıbrıs	135	188	-53	Hollanda	12.661	12.422	239
Çek Cumhuriyeti	795	2.167	-1.372	Norveç	508	1.232	-724
Danimarka	5.371	2.202	3.169	Polonya	810	3.424	-2.614
Estonya	28	201	-173	Portekiz	396	1.884	-1.488
Finlandiya	651	1.457	-806	Romanya	86	1.457	-1.371
Fransa	20.915	16.468	4.447	Slovakya	227	1.046	-819
Almanya	41.342	30.360	10.982	Slovenya	1.402	592	810
Yunanistan	942	3.350	-2.408	İspanya	7.194	8.904	-1.710
Macaristan	1.837	1.652	185	İsveç	6.406	2.713	3.693
İrlanda	14.745	2.395	12.350	İsviçre	31.126	14.163	16.963
İtalya	11.340	13.054	-1.714	Birleşik Krallık	21.376	14.965	6.411
Letonya	203	363	-160	Toplam	219.984	171.856	48.128

Kaynak: TEB, Rakamlarla sağlık, ilaç ve eczacılık 01.12.2009

2.4. AVRUPA BİRLİĞİ'NDE İLAÇ SEKTÖRÜ

AB İlaç Sektörü, piramide benzeyen bir yapıya sahiptir. Piramidin tepesinde nispeten AR-GE faaliyetlerine büyük harcamalarda bulunan yaklaşık 20 büyük firma yer almaktadır. Bu firmaların çoğunluğu ABD'dedir. Piramidin ortasında hem kendi araştırma ürünlerini hem de diğer firmaların ürünlerini lisans altında kullanan orta büyüklükte yaklaşık 200 firma bulunmaktadır. Piramidin tabanında ise çoğunlukla özel alanlarda çalışan veya biyoteknolojiyle faaliyet gösteren çok sayıda küçük firma yer almaktadır.

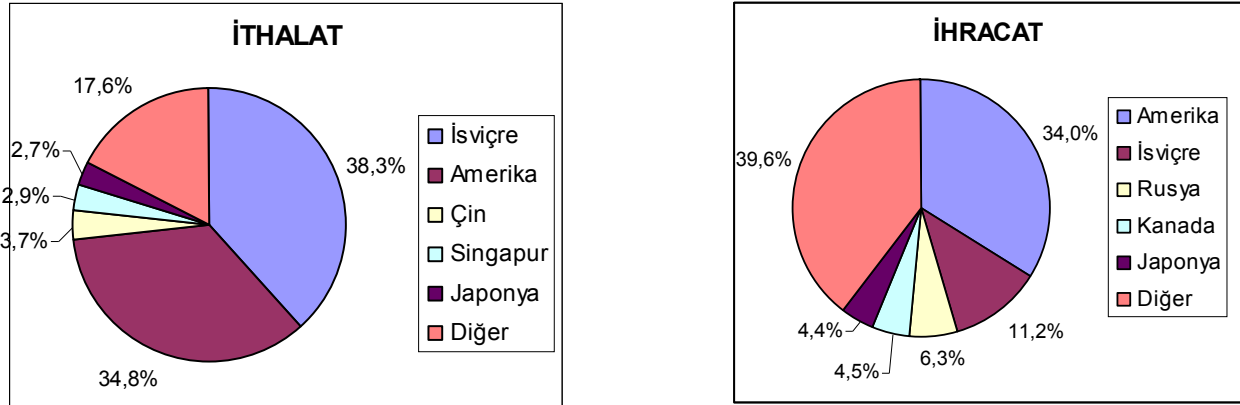
TABLO-3: Dünya Pazarında Yıllara Göre İlaç Satışları

	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Toplam Dünya Pazarı (Mart 2009 Dolar Kuru \$, Milyar)	499	560	605	648	715	773
Büyüme oranı (%)	10.2	7.9	7.2	6.8	6.6	4.8

Kaynak: IMS, Mart 2009

AB İlaç Sektörü, toplam üretimin %3,5'i ile beşinci en büyük sanayi sektörüdür ve AB ticaret dengesine artı değer katmaktadır. 2000 yılı itibariyle dış ticarete katkısı 25198 milyon Euro olmuştur. AB toplam ilaç pazarı 96 milyar Euro civarındadır (TÜBİTAK 2003a, 3).

GRAFİK- 2: Avrupa Birliği Ülkelerinin İlaç Ticareti Yaptığı İlk 5 Ülke (2009)



Kaynak: TEB, Rakamlarla sağlık, ilaç ve eczacılık 01.12.2009

AB İlaç Piyasasının sektörel örgütlerinden biri olan Avrupa İlaç Endüstrileri Birlikleri Federasyonu (EFPIA), Lüksemburg hariç Avrupa Birliği ülkeleri, Norveç, İsviçre ve Türkiye'nin de katılımıyla 17 ülkeden oluşmaktadır. Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve İspanya Avrupa Birliği'ndeki ilk beş büyük pazarı oluştururken, EFPIA içindeki 17 ülke pazarının da %76,5'ini oluşturmaktadır (Erol 2001,1057). Avrupa Birliği İlaç Sektörü, aynı zamanda jenerik ve reçetesiz ürün sektörüne de sahiptir.

TABLO-4: OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payının Yıllara Göre Dağılımı (Yüzde,%)

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
A.B.D.	13,1	13,3	14,0	14,7	15,2	15,3	15,7	15,8	16,0
Almanya	10,3	10,3	10,4	10,6	10,8	10,6	10,7	10,5	10,4
Avustralya	8,4	8,8	8,9	9,1	9,2	9,6	8,8	8,7	8,7
Avusturya	9,6	9,4	9,5	9,5	9,6	9,6	10,4	10,2	10,1
Belçika	8,5	8,6	8,7	8,9	10,1	10,5	10,3	10,0	10,2
Danimarka	8,5	8,3	8,6	8,8	8,9	8,9	9,5	9,6	9,8
Finlandiya	6,9	6,7	6,9	7,2	7,4	7,5	8,5	8,3	8,2
Fransa	9,2	9,2	9,3	10,0	10,4	10,5	11,1	11,0	11,0
Hollanda	8,0	7,9	8,3	8,9	9,1	9,2	9,8	9,7	9,8
İngiltere	7,1	7,3	7,5	7,7	7,8	8,1	8,2	8,5	8,4
İrlanda	6,2	6,3	6,8	7,2	7,2	7,1	7,3	7,1	7,6
İspanya	7,3	7,2	7,2	7,3	7,9	8,1	8,3	8,4	8,5
İsveç	8,4	8,4	8,7	9,1	9,3	9,1	9,2	9,1	9,1
İsviçre	10,5	10,4	10,9	11,1	11,5	11,6	11,2	10,8	10,8

İtalya	7,8	8,1	8,2	8,3	8,4	8,7	8,9	9,0	8,7
İzlanda	9,3	9,2	9,3	10,0	10,5	10,2	9,4	9,1	9,3
Japonya	7,4	7,6	7,8	7,9	8,0	8,0	8,2	8,1	8,1
Kanada	9,0	8,9	9,4	9,7	9,9	9,9	9,9	10,0	10,1
Kore	4,7	4,8	5,4	5,3	5,5	5,6	6,1	6,5	6,8
Lüksemburg	5,8	5,8	6,4	6,8	7,7	8,0	7,7	7,3	7,3
Macaristan	7,3	7,1	7,3	7,7	8,3	8,0	8,3	8,1	7,4
Meksika	5,6	5,6	6,0	6,2	6,3	6,5	5,8	5,8	5,9
Norveç	9,4	8,5	8,9	9,9	10,1	9,7	9,1	8,6	8,9
Polonya	5,9	5,7	6,0	6,6	6,5	6,5	6,2	6,2	6,4
Portekiz	8,7	9,4	9,3	9,5	9,8	10,1	10,2	9,9	9,9
Yeni Zelanda	7,6	7,7	7,8	8,2	8,0	8,4	9,1	9,4	9,2
Yunanistan	9,6	9,9	10,4	10,3	10,5	10,0	9,4	9,5	9,6
Türkiye	4,8	4,9	5,6	5,9	6,0	5,9	5,7	5,6	5,7
OECD Ortalaması	8,0	8,0	8,3	8,6	8,8	9,0	8,9	8,9	8,9

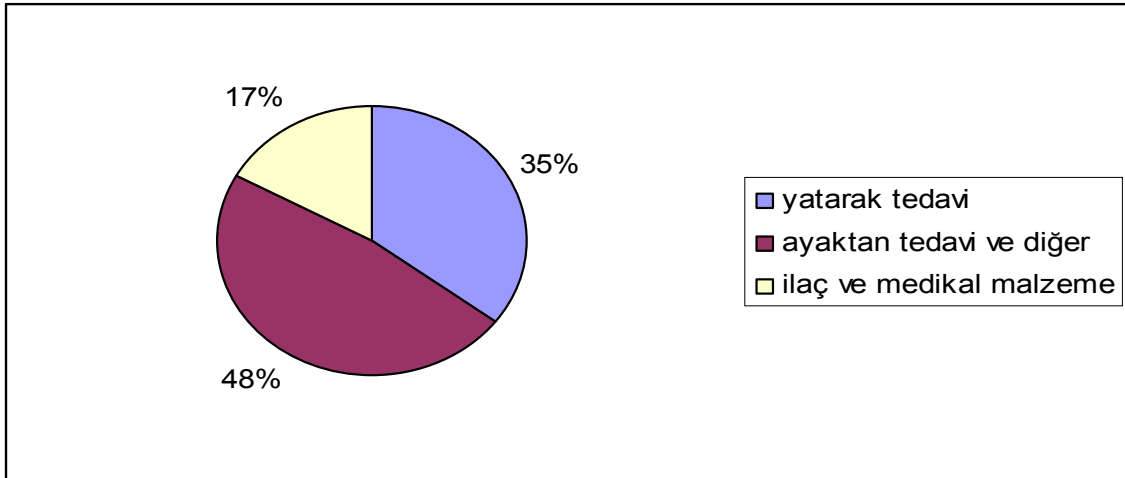
Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Türkiye'de Sağlık Bakış, 2007

Avrupa İlaç Sektörü 1990'lı yıllarda dünyanın en gelişmiş ilaç pazarını oluşturmaktaydı. 1993 yılı rakamlarına göre Avrupa ilaç sektörü 78,2 milyar € ile dünya pazarında yaklaşık % 35'lik bir paya sahipti. İlaç sektörünün önde gelen ülkelerinden ABD tek başına dünya ilaç pazarının % 31'ine, Japonya ise %21'ine sahipti. Günümüzde AB, dünyadaki pazar payı liderliğini ABD'ye kaptırmıştır. Bunun sebebi AR-GE yatırımlarında ABD'nin giderek güçlenerek dünyanın en fazla yeni ilaç keşfeden ülkesi olmasıdır. AB'de küçük, orta ve çok uluslu büyük şirket olmak üzere toplam 2000'in üzerinde firma faaliyet göstermektedir. Bu firmaların 8 tanesi büyüklük açısından dünyadaki ilk 20 ilaç kuruluşu arasına girmektedir (Şahin; Liu; Çelik 2003, 13).

2.4.1. AB Ülkelerinde İlaç Tüketimi

AB ülkelerinde ilaç tüketimi, 1993 yılında bir önceki yıla göre %0,6 azalırken, 1994'de bir önceki yıla göre %6.6 artmıştır. AB'de her tıbbi ürünün satış ve geri ödemelerini belirleyen farklı kurallar bulunmaktadır ve bunlar ülkeden ülkeye büyük değişiklikler göstermektedir. İlaç tüketiminin büyük bir bölümü reçeteli ilaçlardan oluşmaktadır. Bununla birlikte, reçetesiz satılan ilaçların 1994'deki tüketimi reçeteli ilaçlara oranla çok daha hızlı artmıştır. Bu durum, AB'nin en büyük dört OTC pazarı olan Almanya, Fransa, İtalya ve İngiltere'deki 1994 büyüme hızının, tüm farmasötik sektörün 1994'teki büyüme hızını önemli derecede aştığını (%8.7'ye karşılık %6.6) göstermektedir (Kanzık 2000, 4).

GRAFİK-3: Avrupa Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının Dağılımı (2006)



Kaynak: *TEB, Rakamlarla sağlık, ilaç ve eczacılık 01.12.2009*

Reçeteli ilaçlardaki yavaş büyüme, AB hükümetlerinin sağlık hizmetleri harcamalarında tasarruf yapma gayretlerinden ve özellikle reçeteli ilaçların geri ödeme fiyatlarını düşürmelerinden kaynaklanmaktadır. Bu uygulama reçeteli ilaçların satışını önemli boyutlarda düşürmüştür. Bu bakımdan Alman ve İtalyan pazarlarında belirgin düşüşler yaşanmıştır. Jenerik ilaçlar ise markalı ilaçlara önemli bir alternatif olmuştur. Örnek olarak Danimarka'da, jenerik ilaç toplamı farmasötik pazarın yaklaşık %20'sini oluşturmaktadır. Almanya'da jeneriklerin payı %15; İngiltere ve Hollanda'da ise %10 dolaylarındadır. Toplumun jenerik ilaçlara ilgisinin artması, kısmen markalı ilaçlara oranla fiyat farkının büyük olması ve AB hükümetlerinin bu konudaki resmi desteğinden kaynaklanmaktadır (Kanzık 2000, 5).

TABLO-5: Türkiye ve OECD Ülkelerinde Sağlık ve İlaç Harcamaları (\$)

	Kişi Başı GSYİH	Toplam Kişi Başı Sağlık Harcaması			Toplam Kişi Başı İlaç Harcaması			TİH/KB GSYH*
		1993	2003	2007	1993	2003	2007	
A.B.D.	46.040	3.357	5.635	7.290	289	727	878	1,91
Almanya	40.391	1.988	2.996	3.601	262	437	542	1,34
Avustralya	43.199	1.542	2.699	3.763	160	378	Veri yok	Veri yok
Avusturya	44.851	1.669	2.280	3.595	185	367	500	1,11
Belçika	43.032	1.601	2.827	3.895	279	469	566	1,32
Danimarka	57.004	1.763	2.763	3.512	150	271	301	0,53
Finlandiya	46.836	1.430	2.118	2.840	176	339	400	0,85
Fransa	41.876	1.878	2.903	3.601	329	607	588	1,40
Hollanda	46.774	1.701	2.976	3.837	187	339	422	0,90
İngiltere	46.040	1.232	2.231	2.992	182	352	Veri yok	0,99
İrlanda	60.208	1.039	2.386	3.424	111	262	Veri yok	0,59
İspanya	32.087	1.089	1.835	2.671	209	400	562	1,75
İsveç	49.661	1.644	2.594	3.323	179	340	446	0,90

İsviçre	58.513	2.401	3.781	4.417	233	397	454	0,78
İtalya	35.963	1.529	2.258	2.686	309	499	518	1,44
İzlanda	64.959	1.745	3.115	2.510	216	247	241	0,37
Japonya	34.318	1.365	2.139	Veri yok	304	394	Veri yok	Veri yok
Kanada	43.674	2.014	3.003	3.895	262	508	691	1,58
Kore	21.654	453	1.074	1.688	139	309	416	1,92
Lüksemburg	103.590	1.891	3.190	Veri yok	231	370	Veri yok	0,53
Macaristan	13.752	638	1.115	1.388	181	308	434	3,16
Meksika	9.741	397	583	823	Veri yok	125	198	2,03
Norveç	82.225	1.695	3.807	4.763	163	358	381	0,46
Polonya	11.143	378	677	1.035	Veri yok	226	253	2,27
Portekiz	21.109	881	1.797	Veri yok	226	420	Veri yok	Veri yok
Yeni Zelanda	30.431	1.115	1.886	2.510	166	272	241	0,79
Yunanistan	28.057	1.077	2.011	2.727	179	322	677	2,41
Türkiye	9.422	200	452	576	63	112	125	2,67

* Toplam İlaç Harcaması/ Kişi Başı Gayrı Safi Milli Hasıla

Kaynak: TTB, Sağlık İstatistikleri, 2006

AB'de reçetesiz ilaç tüketiminin büyük bir bölümünü kendi kendine tedavi ürünleri oluşturmaktadır. Almanya, İspanya ve İtalya'da kendi kendine tedavi ilaçlarının 1994'deki büyüme hızı %10-11 ile, AB'nin ilaçlardaki tüm büyüme hızının çok üzerindedir. 2001'de dünya ilaç pazarının değeri (üretici fiyatlarıyla) 441,960 milyon € olarak hesaplanmıştır (Kanzık 2000, 5).

2.4.2. AB Ülkelerinde İlaç Üretimi

AB ülkelerinde ilaç sektörü, toplam üretimin %3,5'i ile beşinci en büyük sanayi dalıdır. 2000 yılı itibariyle dış ticarete katkısı 25198 milyon € olmuştur (TUBİTAK 2003a, 3). AB ülkelerinde ilaç üretimi 1985 yılında 39,8 milyon \$, 1990'da 63,2 milyon \$, 1995'te 87,1 milyon \$, 2000'de 130,1 milyon \$, 2001 yılında ise 138 milyon \$ olarak gerçekleşmiştir (TUBİTAK 2003a, 5). Buna göre üretim 1985 yılından 2001 yılına kadar yaklaşık 3,5 kat artmıştır.

2000'de Avrupa'nın ilaç üretimi 130,000 milyon €'dur. 2000 yılındaki verilere göre ilaç pazarının değeri (üretici fiyatlarıyla) 83,800 milyon €'dur (Kanzık 2000, 5).

2.4.3. AB Ülkelerinde İlaçta Dış Ticaret

İlaç üreticilerinin ihracat pazarları çok daha dağınıktır. ABD, tek ülke pazarı olarak 1994 yılındaki %13.5'lik payıyla en büyüktür. AB'nin, ABD ve EFTA ülkelerine

ortak ihracatı 1989'da %32.7'den 1994 %35.8'e yükselmiştir. Göreceli paylardaki bu artış, AB'nin üretim olanaklarını, gelişmekte olan ülkelerde arttırmasından kaynaklanmaktadır. Bu ülkelerdeki tüketicilerin yerel olarak üretilen ürünleri almaları, AB ihracatını olumsuz olarak etkilerken, AB ihracatçıları için Amerikan ve EFTA pazarlarının göreceli önemini de arttırmıştır (Kanzık 2000, 6).

TABLO-6: Bazı Ülkelerde Eşdeğer İlaçların Kutu Ölçeğinde Pazar Payı (2006)

Ülke	Pay %
Polonya	76,5
Danimarka	68,8
İngiltere	65
Slovakya	59,3
ABD	58,6
Slovenya	58,1
Almanya	56,4
Türkiye*	51,7
Hollanda	50,6
İsveç	46,1
Kanada	44,5
Macaristan	39,9
Avusturya	18,8
Fransa	17,6
Belçika	13,7
İspanya	12,4
Japonya	12,3
İsviçre	9,8
Portekiz	9,8
İtalya	7,2
Finlandiya	6,2
İrlanda	4,4
Yunanistan	2

*2007 Verisi Kullanılmıştır.

Kaynak: Avrupa Eşdeğer İlaç Birliği (EGA), İEİS 2006

AB ülkelerinde ihracat 1985'te 14,8 milyon \$, 1990'da 23,1 milyon \$, 1995'te 44 milyon \$, 2000'de 88,9 milyon \$, 2001 yılında ise 100 milyon \$ olarak gerçekleşmiştir. Buna göre AB ülkelerinin ilaç ihracatının 1985 yılından 2001 yılına gelindiğinde yaklaşık 8 kat arttığı gözlemlenmiştir (TÜBİTAK 2003a, 5).

2000'de AB ülkelerinin ilaç ithalatı 55,000 milyon €'ye ulaşmıştır. AB farmasötik ithalatı büyük bir yoğunlukla İsviçre ve ABD'den olmaktadır ve bu durum 1989 yılından beri değişmemiştir (Kanzık 2000, 6).

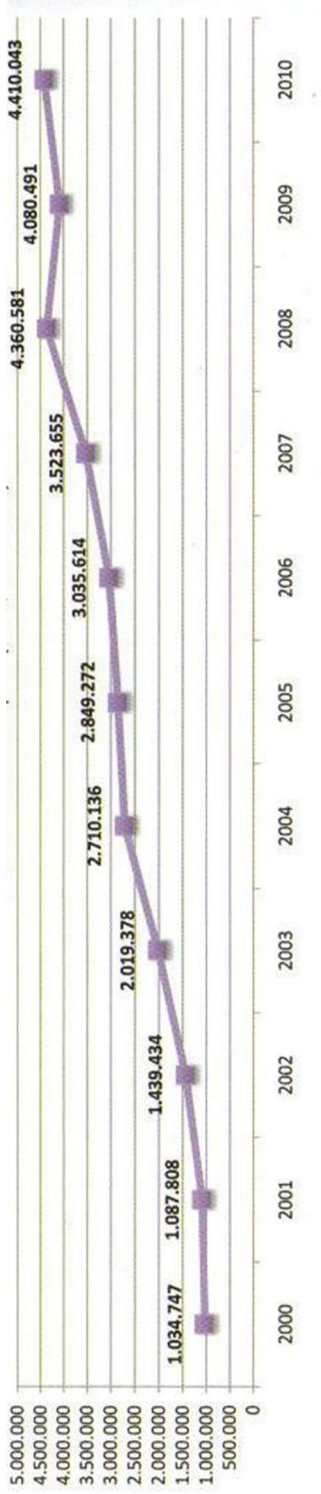
AB ülkelerinde toplam ilaç ithalatı 1985'te 8,7 milyon \$, 1990'da 16,1 milyon \$, 1995'te 30,1 milyon \$, 2000'de 63.7 milyon \$, 2001 yılında ise 72 milyon \$ olarak gerçekleşmiştir. İthalattaki artış da, ihracatta olduğu gibi yaklaşık 8 kat gerçekleşmiştir (TÜBİTAK 2003a, 5).

2.4.4. AB Ülkelerinde İstihdam

İlaç sanayi, Avrupa'nın en büyük yüksek teknoloji sanayi istihdamcılarında biridir. Bunun yanında, doğrudan veya dolaylı olarak birçok iş imkânı da yaratmaktadır. AB'de toplam üretim içinde ilaç sektörünün istihdam payı 1985'de %1.52'den 1997'de %1.94'e yükselmiştir; aynı dönemlerde ABD ve Japonya'da bu değerler sırasıyla %2.28-3.39 ve %2.65-3.46'dır (Kanzık 2000, 7).

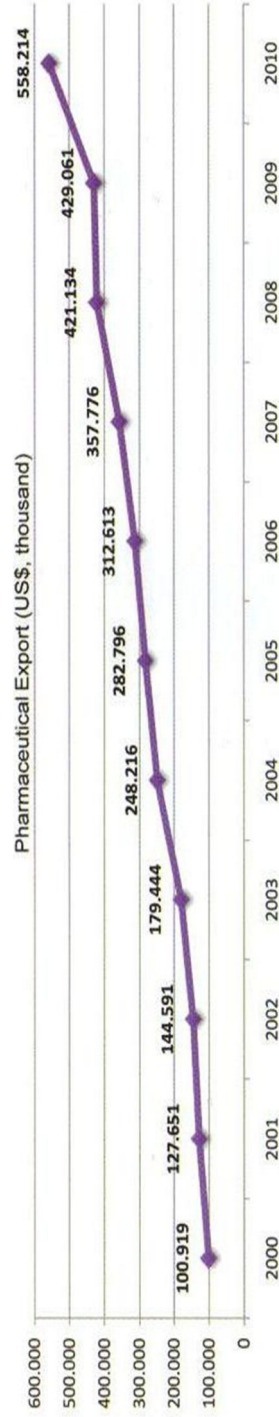
AB ülkelerinde ilaç sektörü, yıllık ortalama %2,4'lük istihdam artış oranıyla istihdamda önemli bir yere sahiptir (Şahin; Liu; Çelik 2003, 13). AB ülkelerinde 1985 yılında 475 613, 1990'da 500 972, 1995'te 502 972, 2000'de 560 665, 2001 yılında ise 560 000 kişi istihdam edilmiştir. 1985 yılından 2001 yılına gelindiğinde istihdamdaki artış yaklaşık %28 civarında gerçekleşmiştir (TÜBİTAK 2003a, 5).

GRAFİK-4: Türkiye'nin İlaç İthalatı (ABD \$, bin)



Kaynak: Eczacı dergisi; Sayı73, sayfa 20 2010

GRAFİK -5: Türkiye'nin İlaç İhracatı (ABD \$, bin)



Kaynak: Eczacı dergisi; Sayı73, sayfa 20 2010

2.4.5. AB Ülkelerinde AR-GE Faaliyetleri

ABD ile kıyaslandığında Avrupa, pazar büyüklüğü ve yeni yenilikçi biyotek firmaların yaratılması için teşvikler bakımından daha az çekici bulunmaktadır. Son on yıla bakıldığında ise AB'nin AR-GE temelini, yeni teknoloji üniteleriyle ABD'ye kaydığı görülmektedir. 1990'a kadar AB, ilaç AR-GE'si ve yenilikçilikte dünya lideriyken, giderek yerini kaybetmiş ve 1997'de ABD ilk kez öne geçmiştir. 1990-2001 arasında ABD'de AR-GE yatırımı 5 kat artarken, AB'de sadece 2.4 kat büyüme görülmüştür.

TABLO-7: Bazı Ülkelerde İlaçlara Uygulanan KDV Oranları (2009)

Ülke	Standart KDV Oranı (%)	Reçeteli İlaçlar (%)	OTC (%)
Avusturya	20.0	10.0	10.0
Belçika	21.0	6.0	6.0
Bulgaristan	20.0	20.0	20.0
Hırvatistan	22.0	0.0	22.0
Kıbrıs	15.0	0.0	0.0
Çek Cumhuriyeti	19.0	9.0	9.0
Danimarka	25.0	25.0	25.0
Estonya	18.0	5.0	5.0
Finlandiya	22.0	8.0	8.0
Fransa ¹	19.6	2.1 – 5.5	2.1 – 5.5
Almanya	19.0	19.0	19.0
Yunanistan	19.0	9.0	9.0
Macaristan	20.0	5.0	5.0
İzlanda	24.5	24.5	24.5
İrlanda ²	21.5	0.0 – 21.5	0.0 – 21.5
İtalya	20.0	10.0	10.0
Letonya	18.0	10.0	10.0
Litvanya	18.0	5.0	5.0
Lüksemburg	15.0	3.0	3.0
Malta	18.0	0.0	0.0
Hollanda	19.0	6.0	6.0
Norveç	25.0	25.0	25.0
Polonya	22.0	7.0	7.0
Portekiz	20.0	5.0	5.0
Romanya	19.0	9.0	9.0
Slovakya	19.0	10.0	10.0
Slovenya	20.0	8.5	8.5
İspanya	16.0	4.0	4.0
İsveç	25.0	0.0	25.0
İsviçre	7.6	2.4	2.4
Birleşik Krallık ³	15.0	0.0	15.0

1) Fransa: geri ödeme kapsamındaki ilaçlar %2.1; geri ödeme dışındaki ilaçlar %5.5

(2) İrlanda: ilaçla tedavi 0%; diğer tedaviler 21.5%

(3) Birleşik Krallık: Hastaneler tarafından alınan ilaçlarda %15

Kaynak: EFPIA, 2008

1990'da AB'deki araştırmaya dayalı firmalar tüm dünyadaki AR-GE harcamalarının %73'ünü Avrupa'da yaparken, 1999'da bu harcamaların sadece %59'u Avrupa'da yapılmıştır. Bu AR-GE yer değişikliğinden en fazla ABD yararlanmıştır. Avrupa'nın karşı karşıya kaldığı önemli sağlık rekabeti, yeni teknolojileri gerektirmektedir. Dünya pazarına sunulan yeni moleküllerin yaklaşık beşte-biri biyoteknolojiden turetilmiştir (Kanzık 2000, 8).

Her ne kadar Avrupa'nın biyoteknoloji sektoru sürekli buyumekte ise de, pazara Amerikalı rakipleri hakimdir. Avrupa, 1980'lerde başlayan biyoteknolojik gelişmelerin ilk dalgasını kaçırdığı için AB biyotek firmalarının çoğu, hala genç kuruluşlardır. Bu nedenle, ilaç sanayinin en hızlı buyuyen kollarından biri olan biyoteknolojide, tablo daha da karanlıktır. Farmasötik araştırma projeleriyle ilgili analize dayalı veriler Amerikan firmaları, klinik geliştirme aşamasındaki bileşiklerin %58'ine, klinik geliştirme sonrasında ise %48'ine sahip iken, Avrupalı firmaların paylarının sırasıyla %26 ve %16 olduğu görulmektedir. Her ne kadar AB ilaç firmalarının biyoteknoloji sektörüne ilgileri artıyor ve küçük Amerikan biyoteknoloji firmaları Avrupalı firmalar tarafından satın alınmaya başlanmışsa da, bu alandaki AR-GE üstünlüğü halâ ABD'dedir. AB ilaç araştırmalarını etkileyen dezavantajlara karşın tüm belirtiler umutsuz değildir. 1985'de 500 en büyük Batı Avrupa ilaç firması için AR-GE/ciro oranı %15.6 iken (Japonya için bu oran %10.1, ABD için ise %9.5 dir) 2000'de Avrupa'da üretim buyumesi ve yerli satışlarda yavaşlama olmasına karşın, AR-GE/ciro oranı %19.5'e yükselmiştir. Ancak, mutlak değerlerle ölçüldüğünde AB'nin ilaca yaptığı AR-GE harcamaları Amerika'nın değerlerinden oldukça düşüktür (Kanzık 2000, 8).

1986-1995 dönemine ait AR-GE harcamaları trendi AB, ABD ve Japonya için Tablo 2.1'de gösterilmiştir. Her üç bölgede de AR-GE harcamaları artmıştır. ABD, hem AR-GE harcamaları, hem de AR-GE'nin üretime oranı olarak birinci sırada yer alarak doksanlı yıllardaki üstünlüğünü pekiştirmiştir. 1995'de ABD için AR-GE'nin üretime oranı, Japonya'dan %4, AB'den ise 5.5 birim daha yüksektir.

AB ülkelerinde AR-GE harcamaları 2000 yılında 17,4 ve 2001'de 18,8 milyon \$ olarak gerçekleşmiştir. 1985-2001 döneminde AR-GE harcamalarındaki artış oranı yaklaşık 4,5 kat olmuştur (TÜBİTAK 2003a, 5).

2.5. AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİ'NDE İLAÇ SEKTÖRÜ

Amerikan sağlık hizmetleri piyasasında, ilaç sektörünün önemli bir yeri vardır. Bu sektör olmadan, sağlık hizmetleri piyasasında faaliyet gösteren özel sektörün hayatını devam ettirmesi mümkün değildir. Amerikan ilaç sektörü, avantaj ve dezavantajlarıyla sağlık hizmetleri piyasasında büyük ve baskın bir piyasadır. Bu sektör, elindeki maddi gücü ve nüfusu ile devlet politikalarında oldukça etkindir. Çoğu kâr amaçlı şirketlerde olduğu gibi, ilaç şirketleri de mali açıdan kendilerini destekleyecek yatırımcılara ihtiyaç duymaktadır.

İlaç sektöründe üretilen ürünler, diğer sektörlerde üretilenlerden farklıdır. Her şeyden önce, bu sektördeki ürünlerin alınıp satılması, bir dizi prosedürlere tâbidir. Reçeteye yazılan ilaçlar, sıradan ürünlerden oldukça farklıdır. Bu yüzden ilaç sektörü diğer sektörlerle göre farklılık göstermektedir. Günümüz ilaç sektöründe yaşanan en önemli sorun, yüksek maliyetli teknoloji ve AR-GE harcamalarına ihtiyaç duyulmasıdır.

2.5.1. Sağlık Harcamaları İçinde İlaç Harcamalarının Payı

ABD'de sağlık hizmetlerine yapılan harcamalar, 2003 yılında 1,3 trilyon dolara ulaşmıştır. Sağlık harcamalarının GSYİH'deki payı, 1980 yılında %8,8 iken, 2000'de %13,2, 2003 yılında ise %15,2 olmuştur. ABD'de ilaç harcamaları, toplam sağlık harcamalarının %9'udur. İnsan sağlığında kullanılan ilaçların 2000 yılı toplam satış tutarı 109,2 milyar dolar olmuştur (TÜBİTAK 2003a, 29).

2000 yılında ilaç harcamalarındaki artış, bir yıl öncesine göre %14,7 oranında gerçekleşmiştir. 2002 yılında ise, ABD ilaç harcamalarında ılımlı bir artış trendi gözlemlenmiştir. İlaç harcamaları 2001 yılından 2002 yılına gelinceye kadar %12,3 oranında artmıştır. Bu artış oranı 2003 yılının ilk çeyreğine kadar devam etmiştir. 2002 yılıyla karşılaştırıldığında, 2003 yılında %10'luk bir artış olduğu görülmektedir.

ABD'de 2001 yılı itibarıyla yıllık ilaç harcaması 170 milyar dolardır. Reçete edilen ilaçların sağlık harcamaları içindeki payı 1,4 katrilyon dolardır. İlaç harcamalarındaki bu ılımlı artış, bir çok faktöre bağlanabilir; patent uygulamasının sona ermesiyle daha uygun olan jenerik ilaçların piyasaya sürülmesi ve yeni ilaç uygulamalarının ilaç maliyetlerini düşürmesidir. ABD ilaç sektörü, dünyanın en fazla yeni ilaç keşfeden araştırma yoğun kuruluşları olarak tanımlanmaktadır. ABD İlaç

Sektörünün sağlık araştırmalarına yapmış olduğu harcama, Amerikan Ulusal Sağlık Kurumu'nun (NIH) yapmış olduğu harcamalardan %50 daha fazladır (AİFD 2006, 1-2).

2.5.2. Amerika Birleşik Devletlerinde İlaç Tüketimi

ABD İlaç Sektöründe tüketimi etkileyen faktörlerin başında; istihdam ve sağlık sigortasının yaygınlığı yer almaktadır. İstihdamdaki azalma ve sağlık sigortasının sınırlandırılması tüketicilerin daha yüksek maliyete katlanmasına neden olmuş ve makro düzeyde ilaç fiyatlarında görülen artış, ilaç kullanımının azalmasına neden olmuştur. 2004 verilerine göre, ayaktan tedavi gören hastalarda ilaç tüketimi (kutu başına) %12, kliniklerde %21 ve hastanelerde %8 oranında artmıştır. Sağlık ve ilaç harcamalarının hem ABD hem de diğer ülkelerde artmaya devam etmesi beklenmektedir.

TABLO-8: Dünyada En Çok Satılan İlk Beş Ürün, 2008

İLAC	DOLAR (Milyon, \$)
LIPITOR PFIZER	13.655
PLAVIX SANOFI-AVENTIS	8.634
NEXIUM ASTRAZENECA	7.842
SERETIDE GLAXOSMITHKLINE	7.703
ENBREL WYETH	5.703

**IMS Health, 2008*

2.5.3. Amerika Birleşik Devletlerinde AR-GE

Yeni bir ilacın icadı, uzunca bir süreci gerektirdiği gibi çoğunlukla da çok yönlü çalışmanın ürünüdür. Bu çalışmalar akademik düzeyde hem kamu hem de özel sektör eliyle yürütülmektedir. Yeni ilaçların bulunmasında yüksek teknoloji yanında büyük laboratuarlara da gereksinim vardır.

TABLO-9: Dünya İlaç Pazarında İlk 15 Şirket

	2004	2005	2006	2007	2008
TOPLAM DÜNYA PAZARI (milyon ort. \$ kuru)	530.909	572.659	612.013	673.043	724.465
PFIZER	49.401	45.869	45.622	44.651	43.363
GLAXOSMITHKLINE	33.231	35.256	37.516	37.951	36.506
NOVARTIS	26.404	29.616	31.560	34.409	36.172
SANOFI-AVENTIS	28.446	30.953	31.460	33.819	35.642
ASTRAZENECA	22.526	24.741	27.540	30.107	32.516
ROCHE	16.787	20.105	23.354	27.578	30.336
JOHNSON & JOHNSON	26.919	27.190	27.730	29.092	29.425
MERCK & CO	24.334	23.872	25.174	27.294	26.191
ABBOTT	13.310	14.849	16.065	17.587	19.466
LILLY	13.042	14.232	15.388	17.386	19.140
AMGEN	10.944	13.435	16.270	16.536	15.794
WYETH	14.019	14.469	14.695	15.965	15.682
TEVA	8.675	10.053	12.001	13.547	15.274
BAYER	11.019	11.828	12.553	14.178	15.660
TAKEDA	10.707	11.370	11.880	12.778	13.819

Kaynak: IMS, 2008

Uluslararası Araştırma Kuruluşu sağlık verilerine göre, 1997 yılı ve sonrasında geliştirilen ilaç pazarında satılanların %62'si ABD pazarında gerçekleşirken, Avrupa pazarı satışların %21'ini oluşturmaktadır. Son 10 yılda Avrupa'da AR-GE faaliyetleri tedrici olarak gerilemiş, yeni öncü teknolojilerle ilgili araştırma birimleri Avrupa dışına, özellikle de ABD'ye yönelmiştir. Avrupa İlaç Endüstrileri ve Birlikleri Federasyonu (EFPIA) Üyesi Ülkeler: Almanya, Avusturya, Belçika, Danimarka, Finlandiya, Fransa, Hollanda, İngiltere, İrlanda, İspanya, İsveç, İsviçre, İtalya, Norveç, Portekiz, Türkiye ve Yunanistan'dır. Avrupa ülkeleri 1990'lara kadar ilaç AR-GE harcamalarında ve yeni geliştirilen ilaçlarda dünya lideri iken, 1997'de ABD ilaç sektörü, Avrupalı rakiplerini yakalayarak toplam AR-GE harcamalarında öne geçmiştir (Üçer 2003, 2).

İlaç piyasasında AR-GE faaliyetlerine harcanan tutar, 2003 yılında 17,9 Milyar Dolardır. İlk beş Amerikan firmasının çalışan başına düşen AR-GE harcaması, 2002 yılında 101.200 \$'dır (Çakmacı; Küçükçınar; Özdemir ve Diğerleri 2006, 3).

TABLO-10: Dünyada Terepötik sınıf Bazında İlaç Kullanım Oranları

Toplam Dünya Pazarı (Dolar \$, Milyon)	2005	2006	2007	2008
TOPLAM	572.659	612.013	673.043	724.465
Onkoloji İlaçları	28.851	34.772	41.707	48.189
Lipit düzenleyici Ajanlar	32.788	35.322	33.790	33.849
Solunum Sistemi İlaçları	22.304	24.891	28.930	31.271
Antidiyabetikler	18.842	21.309	24.283	27.267
Asit Pompası İnhibitörleri	23.204	24.220	25.751	26.525
Anjiyotensin II Antagonistleri	14.363	16.494	19.447	22.875
Antipsikotiler	16.385	18.242	20.787	22.853
Antidepresanlar	19.937	20.707	19.781	20.336
Antiepileptikler	11.762	13.097	15.264	16.912
Otoimmün Ajanlar	8.837	10.687	13.320	15.933
Platelet Agregasyon İnhibitörleri	9.892	10.678	11.969	13.633
HIV Antiviralleri	8.367	9.286	10.740	12.234
Eritropoietinler	12.462	13.971	12.959	11.459
Non-Narkotik analjezikler	8.755	9.138	10.472	11.161
Narkotik analjezikler	8.435	8.287	9.608	10.606

Kaynak: IMS Health, 2008

AR-GE yatırımları 1990 ile 2001 yılı arasında ABD'de 5 kat artarken Avrupa'da yalnızca 2.4 kat artış göstermiştir. 1990'lı yıllarda araştırmaya dayalı şirketler arasında en fazla kaynak ayıran şirketler Avrupa'daki ilaç şirketleriydi. Dünyada 1990 yılındaki toplam araştırmaya dayalı ilaç şirketi harcamalarının %73'ü Avrupa'daki şirketlere aitti, 1999'da ise bu oran % 59'a gerilemiştir. Bu transferin büyük kısmı ABD yönünde gelişmiştir. AR-GE yatırımlarındaki artışa paralel olarak ABD'nin ilaç sektöründe üretim ve pazar payı da artmıştır. 1990'lı yıllarda AB ülkeleri pazar payı bakımından dünya lideriyken, giderek bu ülkelerin pazar payı azalmıştır. 2001 yılı verilerine göre AB, 94 milyar \$ pazar payına sahipken, ABD 179 milyar \$ pazar payına sahiptir (Üçer 2003, 3).

Günümüzde çok önemli bir alan haline gelen biyo-ilaç alanında dünyada yürütülen AR-GE çalışmalarının üçte ikisi ABD'de gerçekleştirilirken, yalnızca dördte biri Avrupa'da yapılmaktadır. ABD, araştırma ve geliştirmeye verdiği önem nedeni ile Avrupa ve Japonya'daki benzer kuruluşların önüne geçmiştir. İlaç sektöründe en çok satılan 10 ürünün 8'i ABD ilaç kuruluşları tarafından keşfedilmiştir. Ayrıca 2002 yılı itibariyle, 55 ürünün 34'ü ABD'de, 14'ü ise AB'de keşfedilmiş ürünlerdir. 2001 yılında ABD İlaç Sektörü AR-GE'ye, toplam 30 milyar doların üzerinde bir harcama yapmıştır (TÜBİTAK 2003a, 23).

2004 yılı verilerine göre, sektörde çalışan toplam 247,333 kişinin 70,298'i (%28,4) AR-GE faaliyetlerinde yer almaktadır (TÜBİTAK 2003a, 23).

2.5.4. ABD İlaç Sektöründe İlaç Maliyetleri

İlaç maliyetlerindeki artış, günümüz kamu politikası sorunlarından birisidir. İlaçta görülen aşırı tüketim, yeni ilaçların (patentli ilaçlar) fiyatlarının oldukça yüksek olması ve mevcut ilaçların fiyatlarında görülen düzenli artışlar, ilaç fiyatlarında yıllık %14'lük enflasyona neden olmuştur (1999 yılında %18 olan artış daha sonraki yıllarda düşmüştür). Son yıllarda ilaç maliyetlerinde görülen dalgalanma, ilaç harcamalarının artmasına neden olmuştur. Bunun sonucunda, ülkenin ulusal gelirden sağlık harcamalarına ayırdığı pay içinde yatan hastalardan sonra ilaç harcamaları, ikinci sırada yer almıştır. Medicare ve Medicaid Hizmetler Merkezi istatistiklerine göre, Amerika'nın, reçete edilen ilaçlara yaptığı harcama, GSMH'nın yüzdesi olarak, 1960 ile 1980 yılları arasında istikrarlı bir artış gösterirken, 2000 yılından sonraki hızla birlikte, bu artış son yıllarda üç kat olmuştur. Reçete edilen ilaçların fiyatları, dünyanın diğer ülkelerindeki fiyatlara göre oldukça yüksektir. Hastaların çoğu, özellikle de yaşlı hastalar, hayatlarının geri kalan kısmında rutin olarak birden fazla ilaç tüketmek zorundadırlar. Bu yüzden ilaç harcamaları, bütçelerinde önemli bir yere sahiptir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE İLAÇ SEKTÖRÜNÜN DURUMU ÜZERİNE

Bir ülkenin ilaç üreten bir sektöre sahip olması, ekonomik ve stratejik açıdan büyük önem taşımaktadır. Üretim yapan bir ilaç sektörüne sahip olunması; istihdam, katma değer, yatırım ve ihracat yönünden olası bir krizde önem arz etmektedir. Örnek olarak, bir ülkeye uygulanacak bir ambargo durumunda salgın hastalıkların önlenmesi gerekliliği

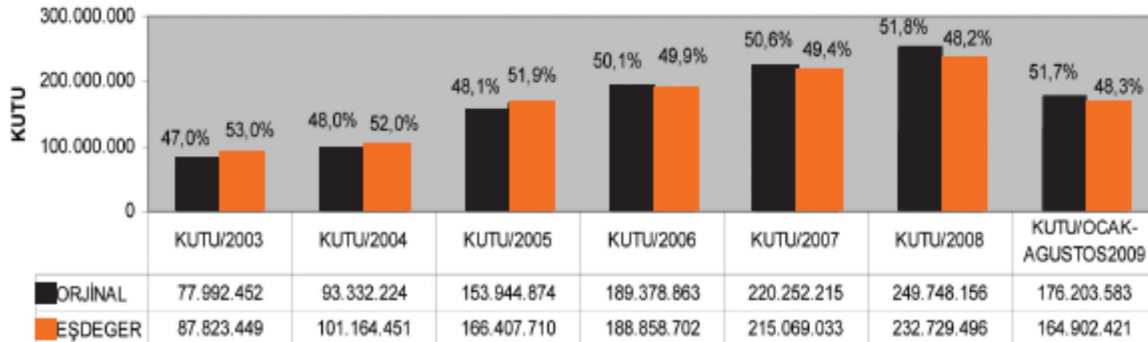
neniyle ilaç sektörü stratejik öneme sahiptir. Bugün dünyada ilaç sektörüne sahip 35 ülke vardır (Tokgöz 2001, 1042). Türkiye'nin bu 35 ülke içinde yer alması büyük şanstır.

Türkiye'deki ilaç sektörü; üretim, tüketim, yatırım, AR-GE, istihdam ve dış ticaret açısından ele alınmıştır. Türkiye'deki ilaç sektörü incelenirken, ülke içindeki üretim yapısı ve firmaların faaliyetlerinde gelişmiş ülkelere göre rekabet edebilirlik düzeyleri ile ilaç tüketiminde dışa bağımlılık düzeyi ayrıntılı olarak incelenmiştir.

3.1. TÜRKİYE İLAÇ ÜRETİMİ

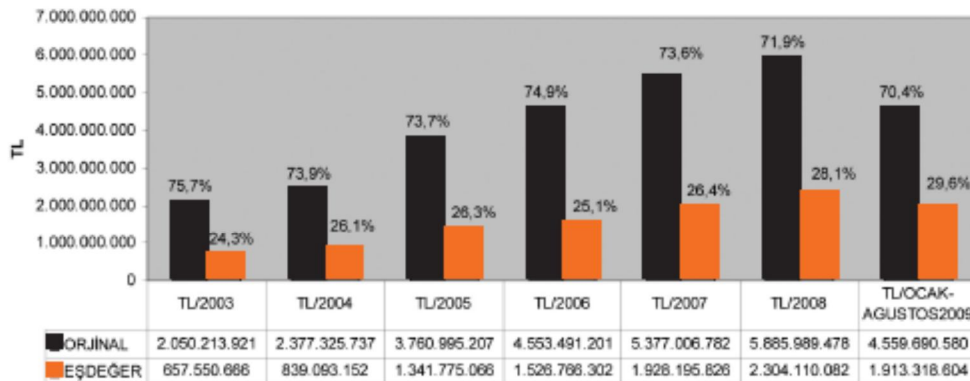
Türkiye ilaç endüstrisinin temel amacı; ülkede uluslararası rekabet gücüne sahip, yaşam kalitesini artırıcı ve ülke ihtiyacının büyük kısmını yurt içi üretimle karşılayan bir ilaç sanayinin mevcudiyetini sağlamaktır. Teknik kuralların giderek arttığı ve bu kurallara uyma maliyetinin yükseldiği, rekabetin güçleştiği bir dönemde, endüstrinin 20 yıllık gelişme perspektifini, sağlıklı verilerle ortaya koyabilmek güçtür.

GRAFİK-6: Türkiye’de Orijinal İlaç ve Eşdeğer İlaç Pazarı (KUTU, 2003-2009)



Kaynak: IMS, 2009

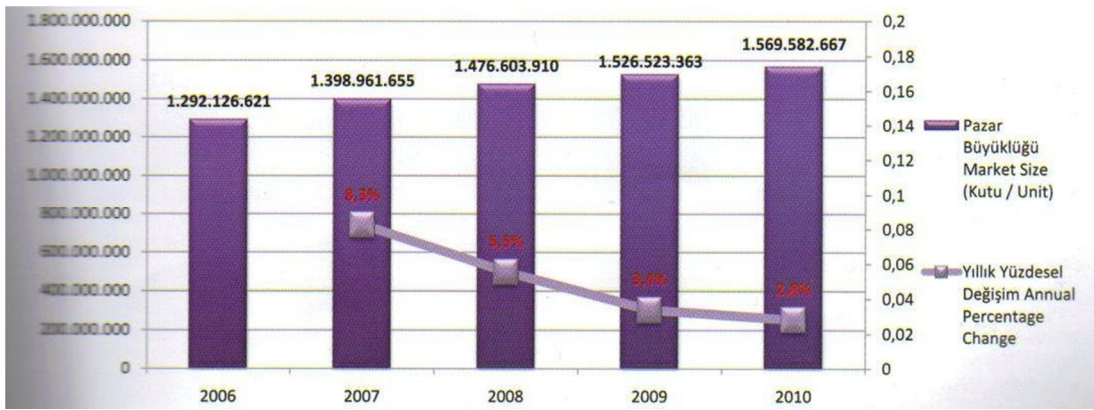
GRAFİK-7: Türkiye’de Orijinal İlaç ve Eşdeğer İlaç Pazarı (TL, 2003-2009)



Kaynak: IMS, 2009

Dünyada ilaç sektörüne paralel aşamalar geçiren ve bugün uluslararası bir düzeye ulaşmış olan Türkiye ilaç sektörünün gelişimi, üç döneme ayrılabilir. Bunlar: Cumhuriyet'ten önceki eczane dönemi, Cumhuriyet'ten II. Dünya Savaşı sonuna kadar olan laboratuvar dönemi ve II. Dünya Savaşı'ndan sonraki fabrika dönemidir. Cumhuriyet öncesi dönemde; nihai ilaç yapımı eczanede başlamıştır. İhtiyaç duyulan ilaçlar ithal edilmiş, bunlar da kalite ve fiyat kontrolü yapılmadan ve ruhsata tabi tutulmadan satışa çıkarılmıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra, 1928'de çıkarılan 1262 sayılı kanunla, ilaç ithal ve üretiminde devlet kontrolü kurulmuş, rekabet imkânı sağlanınca ilaç sektörü, gelişmeye başlamıştır (İEİS 2003, 23).

GRAFİK-8: Türkiye İlaç Pazarı Büyüklüğü (Birim)



Kaynak: Eczacı Dergisi Sayı 73,sayfa 16 (2010)

İkinci Dünya Savaşı sırasında da, ilaç sektöründe imkânsızlıklar devam etmiş, bununla birlikte, yerli ilaç üretimi, az gelişmiş ülkelere oranla çok iyi sayılabilecek bir düzeye ulaşmış, sıkıntılı savaş yıllarında ülke sağlığına büyük hizmetlerde bulunulmuştur.

İkinci Dünya savaşını izleyen yıllarda, ilaç üreten laboratuvarlar faaliyetlerini geliştirmek imkânı bulmuşlar ve modern Türkiye ilaç sektörünün öncüleri olmuşlardır. 1952-1957 yılları arasındaki hızlı sanayileşme döneminde yurt ihtiyacının %60'ını karşılayacak duruma gelen Türkiye ilaç sektörü, yabancı sermayeli firmaların da ilaç sektörü alanına girmesiyle, batı ülkeleri ilaç sektörüne her yönden yetişmiştir. Böylece Türkiye, ilaç tüketimini yurt içi üretimi ile karşılayabilecek çağdaş ve ileri bir düzeye ulaşmıştır.

TABLO-11: Bazı Ülkelerde Eşdeğer İlaçların Kutu Ölçeğinde Pazar Payı (2006)

ÜLKE	PAY %
Polonya	76,5
Danimarka	68,8
İngiltere	66
Slovakya	59,3
ABD	58,6
Slovenya	58,1
Almanya	56,4
Türkiye*	51,7
Hollanda	50,6
İsveç	46,1
Kanada	44,5
Macaristan	39,9
Avusturya	18,8
Fransa	17,6
Belçika	13,7
İspanya	12,4
Japonya	12,3
İsviçre	9,8
Portekiz	9,8
İtalya	7,2
Finlandiya	6,2
İrlanda	4,4
Yunanistan	2

*2007 Verisi Kullanılmıştır.

Kaynak: Avrupa Eşdeğer İlaç Birliği (EGA), İEİS 2006

TABLO-12: Türkiye'deki İlk 20 Şirketin TL Pazar Paylarının Yıllara Göre Dağılımı

Şirket Distribütör	2010	%	2009	%
İBRAHİM	1.120.473.685	7,57%	1.004.892.285	6,77%
NOVARTIS	950.212.286	6,42%	982.079.619	6,62%
BİLİM	752.189.175	5,08%	700.079.863	4,72%
PFIZER	716.908.921	4,85%	780.148.081	5,26%
GLAXOSMITHKLINE	624.767.296	4,22%	670.065.708	4,51%
EASTPHARMA	587.529.891	3,97%	544.352.233	3,67%
SANOFI-AVENTİS	576.914.306	3,90%	670.474.399	4,52%
BAYER	502.981.041	3,40%	495.249.238	3,34%
ASTRAZENECA	475.299.745	3,21%	502.752.541	3,39%
SANOVEL	462.624.059	3,13%	472.924.681	3,19%
M.S.D.	437.793.679	2,96%	509.246.484	3,43%
ROCHE	420.031.488	2,84%	434.050.836	2,92%
ULAGAY	397.436.120	2,69%	388.868.099	2,62%
ZENTİVA	290.687.953	1,96%	331.497.634	2,23%
SANTA FARMA	279.321.488	1,89%	291.667.512	1,96%

ALİ RAİF	277.092.944	1,87%	236.107.704	1,59%
ABBOTT	266.951.220	1,80%	254.665.484	1,72%
NOBEL	259.366.942	1,75%	286.125.979	1,93%
BOEHRINGER ING.	259.149.505	1,75%	281.776.314	1,90%
NEVZAT	246.569.644	1,67%	247.594.451	1,67%
İlk 20 İlaç Şirketinin Payı Share of Top 20 Dstributors	9.904.301.445	66,95%	10.084.619.145	67,94%
Diğer Others	4.889.932.703	33,05%	4.759.386.925	32,06%
Genel Toplam General Total	14.794.234.148	100,00%	14.844.006.070	100,00%

Kaynak: Eczacı Dergisi; sayı 73, sayfa 18

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre ülkemizde 84'ü ilaç üreticisi, 12'si hammadde üreticisi ve 38'i ithalatçı olmak üzere 134 kuruluş faaliyet göstermektedir. Bu kuruluşlardan Sosyal Sigortalar Kurumu İlaç ve Tıbbi Malzeme Sanayi Müessesesi, Milli Savunma Bakanlığı (MSB) Ordu İlaç Fabrikası ve Toprak Mahsulleri Ofisi (TMO) Bolvadin Afyon Alkaloitleri Fabrikası kamu sektörüne, diğerleri özel sektöre aittir. Sektörde faaliyet gösteren 37 yabancı sermayeli firmadan 9 adedinin, ülkemizde üretim tesisleri mevcuttur. Diğerleri, ilaçlarını fason üretimle ve/veya ithal ederek piyasaya vermektedirler (Tokgöz 2001, 1042).

İlaç sektörü, 1984 yılında İyi İmalat Uygulamaları Yönetmeliği'nin yürürlüğe girmesinden günümüze kadar sürdürdüğü yatırımlarla, AB ülkeleriyle kıyaslanabilir bir teknolojik düzeye ulaşmıştır. İlaç sektöründe, diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi uluslararası norm ve standartlar uygulanmaktadır. Teknoloji ve kalite standartlarının uluslararası düzeyde olması gerekli ve zorunlu bir ön koşuldur. Beşeri ilaç üretim tesislerinde biyoteknoloji dışında, her türlü farmasötik şekilde ilaç üretilmektedir (Kanzık 2001b, 23).

Türkiye ilaç sektörünün gereksinimi olan hammaddenin, büyük çoğunluğunun yurtdışından ithal edildiği ve yurtiçi tesislerde üretilerek ülkede tüketildiği görülmektedir. Hem ilaç üretimi hem de tüketiminde 1977 yılından 2010 yılına kadar önemli artış olmuştur. Türkiye açısından sevindirici olanı, mamul madde halinde iken oldukça pahalı olan ilaçlara çok fazla harcama yapılmamasıdır. Bunda, jenerik ilaç üretiminde Türkiye'deki firmaların önemli mesafeler kat etmiş olmaları önemlidir. 1994 yılından itibaren kişi başına ilaç tüketimi, mamul ürün ihracatı ve hammadde ihracatında artış gözlemlenmektedir. 1994 yılından başlayan ve 2000 yılı itibarıyla hızla artış gösteren üç

kategori; kişibaşına ilaç tüketimi, mamul ilaç ihracatı ve mamul ilaç ithalatıdır. 1977 yılından 2000 yılına kadar mamul ilaç ithalatındaki artış, hammadde ithalatından daha fazladır. Bunun en temel nedenleri; artan AR-GE harcamaları, patent hakkı ve yüksek teknolojiyle daha düşük maliyetle üretme olabilir. lke, iç piyasada jenerik ilaçları üretmek yerine daha ucuza ithal etmeyi tercih etmiştir. İlaç sektöründe coğrafi dağılım incelenecek olursa, alt yapının daha uygun oluşu, ambalaj malzemeleri ve teknik personelin teminindeki kolaylıklar, ulaşım ve iletişim imkanları, sağlık kuruluşlarının Marmara Bölgesi'nde yoğunlaşması gibi faktörler, sanayinin büyük bir bölümünün İstanbul, Kocaeli, Tekirdağ illerinde yerleşmesine yol açmıştır. (İEİS 2003, 47).

TABLO -13: Beşeri İlaç Üretim Projeksiyonu (miktar olarak)

Farmasötik Form	2006 (2)	2007 (3)	2008 (4)	2009 (5)	2010 (6)	2011 (7)	2012 (8)	2013 (9)	2007-2013 Ort. Artış %
Kati formülar ①	537.235	566.479	612.069	642.653	676.379	700.810	739.968	780.053	5,5
Likit formülar ②	248.837	262.517	279.687	301.438	322.891	345.022	374.063	403.941	7,2
Parenteral preparatlar ③	299.420	310.486	328.610	351.906	362.018	378.543	396.947	422.293	5,0
Diğer	31.136	31.118	31.693	32.563	33.383	32.359	33.277	34.232	1,4
TOPLAM	1.116.627	1.170.600	1.252.058	1.328.559	1.394.671	1.456.733	1.544.256	1.640.519	5,7

Kaynak: TEB, Rakamlarla İlaç, sağlık ve eczacılık 2009

1. Toz/Granül, Tablet, draje ve film tabletler, Kapsüller (sert, yumuşak, mikropellet içerenler), Suppozituar ve ovüller
2. Çözelti ve süspansiyonlar (Damlalar, Losyonlar, Şuruplar, Süspansiyonlar, Emülsiyonlar, Aerosoller)
3. Ampuller, Likit Flakonlar, Toz Flakonlar, serumlar, Liyofilize preparatlar

TABLO -14: Beşeri İlaç Üretim Projeksiyonu (değer olarak)

2005 yılı Cari KDV Hariç Firma Satış Fiyatlarıyla-milyon YTL									
Farmasötik Form	2006 (2)	2007 (3)	2008 (4)	2009 (5)	2010 (6)	2011 (7)	2012 (8)	2013 (9)	2007-2013 Ort.Artış %
Kati formlar ☉	1.771	1.840	1.954	2.050	2.160	2.250	2.987	3.150	9,0
Likit formlar ☉	458	512	556	605	652	713	856	917	10,5
Parenteral preparatlar ☉	539	559	588	615	645	676	714	751	4,9
Diğer	75	74	78	80	82	80	82	84	1,8
Kaynak: TEB, Rakamlarla İlaç, sağlık ve eczacılık 2009	0	3.540	3.719	4.639	4.903	8,3			

1. Toz/Granül, Tablet, draje ve film tabletler, Kapsüller (sert, yumuşak, mikropellet içerener), Suppozituar ve ovüller
2. Çözelti ve süspansiyonlar (Damlalar, Losyonlar, Şuruplar, Süspansiyonlar, Emülsiyonlar, Aerosoller)
3. Ampuller, Likit Flakonlar, Toz Flakonlar, serumlar, Liyofilize preparatlar

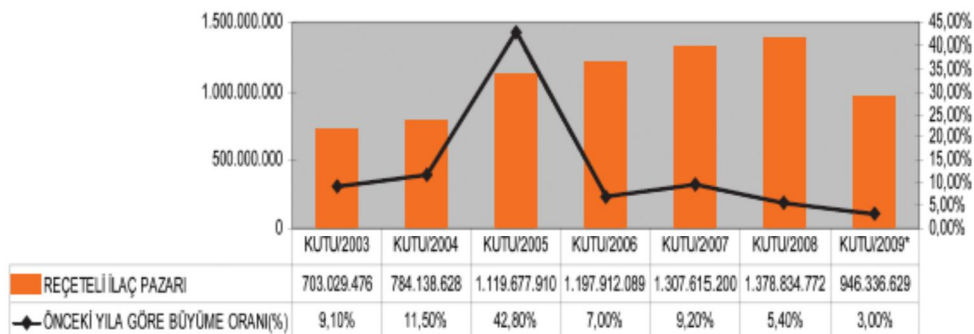
3.2. TÜRKİYE İLAÇ TÜKETİMİ

Tıbbi tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve ilaç devrimi sayesinde, geniş halk kitlelerinin sağlık hizmetlerinden yararlanması, ilaçlara olan talebi ve dolayısıyla ilaç tüketimini de hızla artırmıştır. Ayrıca teknolojinin gelişmesine paralel olarak, hayat standartlarının artmasıyla, toplumda sigara, alkollü ve alkolsüz içkiler, şekerli maddeler vs. gibi tüketim maddelerine karşı ilgi fazlalaşmış, sağlığa zararlı olan bu maddelerin aşırı tüketimi göğüs hastalıkları, mide ve barsak hastalıkları, karaciğer hastalıklarında artışı da beraberinde getirmiştir. Çeşitli endüstrilerin diğer bir etkisi olan çevre kirlenmesi de sağlığı etkilerken, devamlı iş sahalarının artmasıyla, çalışanlarda görülen çeşitli gerilim hastalıkları, meslek hastalıkları da ilaç tüketim artışını etkilemiştir.

İlaç tüketimini etkileyen faktörlerden birisi ve en önemlisi, ülkenin nüfus artışı ve ortalama yaşam süresidir. Türkiye'de her yıl ortalama % 2 oranında artan nüfusa paralel olarak, ilaç tüketiminde de artış kaydedilmektedir. Tıbbi ilerlemeler ve antibiyotikler, aşı ve serumlar, kanser ilaçları vs. gibi ilaçların keşfi, ortalama yaşam süresinin artmasını ve bebeklerde ölüm oranlarının azalmasını sağlamıştır.

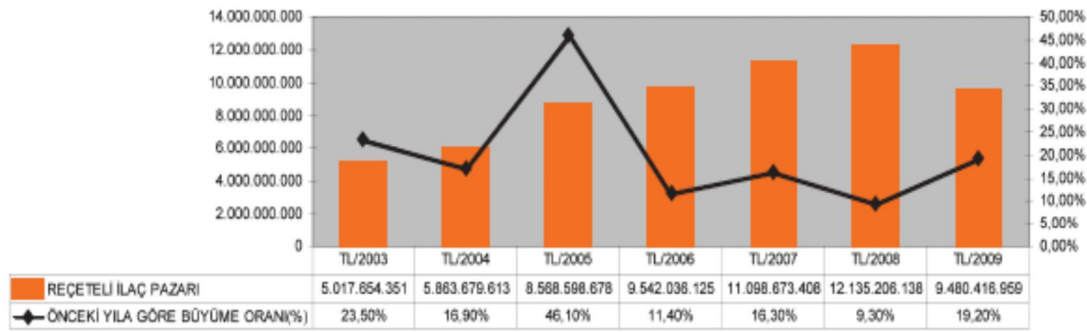
Yapılan araştırmalar ilaç tüketiminin 0-2 yaş arası çocuklarda en fazla, 2-20 yaş arasında ise en az olduğunu göstermektedir. Tüketim 20-40 yaş arasında tekrar artmaya başlamakta, 40'ın üzerinde ise devamlı bir artış göstermektedir. DPT 2001 Yılı Programında yer alan verilere göre Türkiye'de ortalama yaşam süresi 69.1 yaşa yükselmiştir (erkeklerde 66,9 kadınlarda 71,5 yaş). Avrupa ülkelerinde bu rakam 73,7, ABD'de 77,5, Japonya'da ise 81,5'dir.

GRAFİK-9: Türkiye'de Reçeteli İlaç Pazarı (KUTU)



* Ocak-Ağustos, 2009

Kaynak: IMS, 2009

Grafik-10: Türkiye’de Reçeteli İlaç Pazarı (TL)

Y Ocak-Ağustos, 2009

Kaynak: IMS, 2009

Ayrıca, kadınların erkeklerden daha fazla yaşaması ve analık devrine girdikten sonra ilaca daha çok gereksinim duymaları, kadınların daha fazla ilaç tüketmelerine neden olmaktadır. Ailenin nüfus sayısı ve evlenme yaşına göre de tüketimin değiştiği bildirilmektedir. Ülkenin ekonomik ve kültürel seviyesi de ilaç tüketimini etkileyen unsurlardan birisidir. Kültür seviyesi yükseldikçe, fertler sağlıklarının korunmasına daha çok dikkat göstermektedir. Tüketim; şehirleşme ve gelir dağılımına göre de farklılık göstermektedir. Bütün bu faktörlere ilaveten ülkedeki sağlık hizmetlerinin gelişimi ve bu hizmetlerden yararlanan kişi sayısının da tüketim üzerinde büyük etkisi olmaktadır.

Türkiye’de 2001 yılında, üretici fiyatlarıyla yaklaşık 2,553 milyon \$ değerinde ilaç satışı gerçekleşmiştir. Bu rakam kişi başına 38 \$’lık ilaç tüketimine tekabül etmektedir. Ülkemizde bütün gayretlere rağmen henüz, hem hekim açığı giderilememiş hem de dağılımda dengesizlikler tam olarak kaldırılamamıştır. Bu nedenle büyük şehirlerde daha fazla olan ilaç tüketimi, kırsal kesimde ortalamanın altına düşmektedir (İEİS 2003, 45).

TABLO -15:Türkiye İlaç Pazarı İthal/Yerli Dağılımı (%TL)

YIL	YERLİ	İTHAL
2006	54,1	45,9
2007	51,8	48,2
2008	49,8	50,2
2009	48,1	51,9
2010	48,3	51,7

Kaynak: Eczacı Dergisi, sayı 73, sayfa 18

TABLO -16: Türkiye de Reçeteli İlaç Pazarı (Kutu, milyon)

YIL	Kutu
2006	1.191
2007	1.300
2008	1.370
2009	1.416
2010	1.450

Kaynak: Eczacı Dergisi; sayı 73, sayfa 18

İlaç tüketimi ile ilgili olarak, 2023 yılı projeksiyonu yapılırken, sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin payı, 2000 yılında kişi başına düşen ilaç tüketimi ve İEİS tarafından ilaç üreticileri arasında yapılan anket sonucundan yararlanılmıştır. Türkiye ekonomisinin 2000 - 2023 döneminde yıllık ortalama yüzde 4.5 oranında büyüyeceği; sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin yüksek olması nedeniyle, sağlık harcamalarının GSYİH içindeki payının %6.5'den 2023'de %6.8'e yükseleceği ve ilaç giderlerinin sağlık harcamaları içindeki payının %25 dolayında olacağı varsayımı ile ilaç tüketimi 2023 yılı için 8.500 milyon \$ olarak hesaplanmıştır (TÜBİTAK 2003b, 10). İlaç giderlerinin sağlık harcamaları içindeki payının, yüzde 25,0 dolayında olduğu dikkate alındığında, 2023 yılında kişi başına ilaç tüketimi, yaklaşık 100 \$ olacaktır. 2000 yılı için üretici fiyatları ile Türkiye'de kişi başına ilaç tüketimi 42 \$ olarak hesaplanmaktadır. İlaç tüketiminin, 2000-2023 döneminde ortalama yüzde 3.8 oranında artacağı tahmini ile, 2023 yılında kişi başına ilaç tüketimi 103 \$' ye yükselerek, yukarıdaki tahmin ile tutarlı olmaktadır. Sağlık harcamaları ve ilaç tüketiminin gelir esnekliği, birden büyüktür. Başka bir deyişle; gelir arttıkça, sağlık harcamaları ve ilaç tüketimi, gelirden daha hızlı artmaktadır. Dünya bankasının 1999 yılına ilişkin sağlık harcamaları verilerine göre, düşük gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının GSYİH' ya oranı yüzde 4.5 düzeyindeyken, bu oran yüksek gelir grubuna giren ülkelerde yüzde 9.7'ye kadar yükselmektedir (TÜBİTAK 2003b, 12).

3.3. TÜRKİYE'DE İLAÇ YATIRIMI

Türkiye İlaç Sektörü, 1984 yılında uygulamaya giren yasal düzenlemeler ve getirilen teşvikler sayesinde, yatırımlarında önemli atılımlar yaparak 2010 sonuna kadar toplam 1 milyar \$ tutarında yatırım gerçekleştirmiştir. Ancak GMP kuralları gereği,

dünyadaki teknolojik gelişmeyi yakından izlemek ve sürekli uygulamak zorunda olan ilaç sektörü yatırımlarında, 1991 yılından beri azalma yaşanmıştır.

TABLO -17: OTC Pazarının Büyüklüğü (TL, Milyar)

YIL	Vitamin ve mineraller
2004	0,94
2005	1,16
2006	1,31
2007	1,34
2008	1,50
2009f	1,55
2010f	1,73
2011f	1,91
2012f	2,12
2013f	2,35

Kaynak: Eczacı Dergisi; sayı 73, sayfa 18

f:Tahmin

Bu azalma; ilaç sektörünün son 6 yıl boyunca sürekli zarar etmesi nedeniyle, yatırımlara yeterli kaynak ayıramaması şeklinde açıklanabilir. Teknolojisi hızla değişen ilaç sektöründe, rekabet gücünün korunması ve artırılması, hizmetin üst düzeyde verilebilmesi için yatırımların belirli bir düzeyde devam etmesi zorunludur. Yıllık yatırımların 100-150 milyon dolar düzeyinde gerçekleşmesi gerektiği hesaplanmıştır (İEİS 2003, 45)..

AB'ye üyelik hedefimiz doğrultusunda, yatırımların gereken düzeylerde sürdürülmesi, büyük önem taşımaktadır. Bu nedenle, yatırımların artırılmasında ülkemiz, coğrafi konumu ve nüfusu dikkate alındığında, bir cazibe merkezi olarak görülmektedir. Ancak, ülkemize gelecek yabancı sermaye için siyasi ve ekonomik istikrarın yanı sıra bürokrasiden arındırılmış, liberal uygulamaların bulunduğu ve makul bir kârın elde edilebileceği ortam sağlanmalıdır.

Firmalar, yatırım kararlarını alırlarken, bugünkü ekonomik konjoktüre göre enflasyon, devalüasyon nedeniyle Türk Lirasının değer kaybı gibi ekonomik faktörleri tahmin edebilirlerken, fiyatların ne zaman belirleneceği, kâr marjı sınırlı olmasına rağmen, bu sınırlar içerisinde dahi kâr edip edemeyeceğini bilememektedirler. Bu nedenle fiyatlandırmada istikrarlı bir uygulama olmalıdır (İEİS 2003, 45).

3.4. TÜRKİYE’DE AR-GE FAALİYETLERİ

Türk ilaç piyasasında, bugün için, batılı gelişmiş ülkelerin ilaç sektöründe olduğu gibi bir AR-GE alt yapısı mevcut değildir. Türk ilaç piyasasını; Türkiye'nin bir yandan gümrük birliğine girişi, diğer yandan, patent korumasıyla ilgili uluslararası uygulamaları kabulü ile ortaya çıkan durum, ilaç piyasasının bugüne kadar yeterli hazırlığı yapmamış/yapamamış olması nedeniyle, büyük bir açmazla karşı karşıya bırakmıştır. İlaç firmalarının kapanması, bazılarının satılması sonucu, bu alandaki üretici firma sayısında, önemli bir azalma olmuştur (İEİS 2003, 40).

Türkiye’de ilaç alanında Ar-Ge faaliyetleri, sınırlı ölçüde yapılabilmektedir. Yeni ilaç araştırması aşamasına henüz gelinememiştir. Temel nedenler gerekli fonun yaratılamaması, ilgili bilim alanlarında yetişmiş uzman araştırmacı kritik sayısına sahip olunmaması ve üniversite/sanayii işbirliğinin, ticari çıktılara imkan verecek alt yapının ve geleneğinin oluşmaması olarak belirtilebilir.

Ülkemizde formülasyon geliştirmesi ve Faz II, Faz III, Faz IV klinik araştırmaları yapılmakta ve bu konularda çalışan şirketlerin sayısı ve faaliyetleri çoğalmaktadır. Üniversitelerimizde bilimsel temel araştırmalar yapılmakta olup, ilaç alanında ticarileştirilebilmiş bir yeni ilaç araştırılması gerçekleşmemiştir. Türkiye’de ilaç sanayiinde henüz biyoteknolojik bir üretim gerçekleşmemiştir. Pazardaki biyoteknolojik ürünlerin tümü ithaldir. Ayrıca biyobenzer (biyosimilalar) müstahzarların ruhsatlandırılmasına dair kuralların mevcut olmayışı, bu alandaki olası gelişmeleri de engellemektedir.

TÜBİTAK önderliğinde yürütülen Vizyon 2023 Teknoloji Projesi’nde İLAÇ SANAYİİ hedefleri içinde öncelikli konu “biyoteknoloji” olarak belirlenmiştir. Orta vadeli gelecekte ilaç ve sağlık, tıbbi gereçler ve cihazlar, kimya, tarım ve ormancılık, gıda, çevre sektörlerimizin ilerlemesi, biyoteknolojik gelişmelere ayak uydurmamız oranında gerçekleşecektir.

Katma değer yaratma gücü yüksek ilaç sektörünün, ülke ekonomisine yüksek katkısı, ancak yeni teknolojiler geliştirilmesi ve ülkemizde halen yapılamayan yeni ilaç için Ar-Ge’nin tüm boyutları ile gerçekleştirilmesi ile sağlanabilecektir.

3.4.1. Biyoteknoloji ve İlaç

Modern biyoteknoloji ürünü ilaçlar ile kimyasal ilaçlar arasında belirgin farklılıklar bulunmaktadır. Geleneksel kimyasal ilaçların hemen hemen hepsi, moleküler yapı olarak küçük ve görece basit yapıları kimyasal bileşiklerdir. Bu nedenle klasik ilaçlar genellikle çok stabil bir yapıya sahiptir ve ancak ortam şartlarındaki dramatik değişiklikler (güçlü asit, baz veya çok yüksek sıcaklık gibi) bu moleküllerin yapısını geri dönüşümsüz etkiler. Terapötik proteinler ise, ki bunlar günümüzde biyofarmasötiklerin en büyük grubunu teşkil ederler, onlarca hatta yüzlerce amino asitten (bir salisilik asit molekülü tek bir amino asit büyüklüğündedir) oluşan karmaşık yapıları moleküllerdir. Günümüzde kimyasal ilaç üretimi için gerekli metodlar denenmiş ve yıllarca test edilmiştir ve bu nedenle belirlenen standartlarda ve istenilen miktarlarda üretilmeleri mümkün olmaktadır. Fakat biyofarmasötik ilaç üretiminde daha ince (hassas) üretim işlemlerine gereksinim duyulmaktadır.

Terapötik proteinler:

- Doğal olarak bulunan insan proteinleri
- Doğal olarak bulunan proteinlerin rekombinant kopyaları
- Daha yüksek etkinlikte, az toksisiteye sahip olan doğal proteinleri modifiye ederek ve mutasyona uğratarak üretilmiş rekombinant proteinler
- Monoklonal antikorları, içermektedirler.

Terapötik proteinleri vücutta metabolizmayı etkileyen canlı moleküller olarak düşünebiliriz.

Bu proteinlerin hedefi olan hücrelere bunları yapılarına özel reseptörler taşımaktadırlar. Bu nedenle proteinlerin 3 boyutlu yapısındaki çok küçük bir değişiklik bu reseptörler tarafından tanınmamasına neden olur ve bu durumda protein etkisiz hale geçer.

3.4.2. Günümüzde ve Gelecekte Biyofarmasötikler

Dünyada 2000 dolayında kimyasal ilaç molekülü piyasada bulunmaktadır. Keşfedilen yeni ilaç kimyasalının sayıları azalmaktadır. Biyoteknolojiye dayalı ilaçların sayısı henüz mevcut kimyasalların yaklaşık % 10 düzeyindedir. Gelecekte bu oranın önemli ölçüde artması beklenmektedir.

Terapötik protein pazarı 2001 yılında % 14 büyüme göstermiş ve 2010 yılında da bu ilaçların pazar payının 60 milyar dolar civarında olacağı tahmin edilmektedir (data monitor 2005). Bu pazara monoklonal antikorlar ve jenerik biyofarmasötikler de eklendiğinde miktar 100 milyar dolara ulaşacaktır. Bu pazarın büyümesinde şu ana kadar ki en önemli payı eritropoietinlerin, interferonların ve insülinlerin de içinde olduğu 16 tescilli marka ürün almıştır. Hematoloji, endokrinoloji, onkoloji ve immunoloji alanlarının, önümüzdeki yıllarda da rekombinant proteinler için en önemli terapi alanları olacağı öngörülmektedir.

Proteomiks ve Genomiks de kaydedilen gelişmeler ile, insan vücudunun moleküler seviyedeki işleyişi ile ilgili bilgiler gün geçtikçe artmakta ve şu ana kadar tedavisi imkansız olarak düşünülen hastalıkların tedavisinde önemli gelişmeler kaydedilmektedir. Bu alanlarda kaydedilen gelişmeler ile, global farmasötik sanayiinin ekonomik başarısında, modern biyoteknolojik ilaçların ve bu yöntemle üretilen diyagnostiklerin en yüksek katkıyı sağlayacakları düşünülmektedir. Son yıllarda monoklonal antikor üretiminde kaydedilen önemli gelişmeler, bu alana çok büyük ivme kazandırmıştır.

Antikorlar; vücutta, immün sistem hücreleri olan B-lenfositler tarafından, vücuda giren yabancı moleküllere karşı üretilen kompleks yapılı büyük proteinlerdir. Monoklonal antikorlar, ilk olarak fare lenfosit hücreleri ve myelom hücrelerinin birleştirilmesi ile oluşan hibridomaların (murine hibridoma hücreleri), kültüre alınıp çoğaltılması ile üretilmişleridir. Terapötik amaçlı ilk murine monoklonal antikor klinik çalışmaları, 1980 yılında başlamış fakat, hastalarda fare antikorlarına karşı ciddi immün reaksiyonların gelişmesi ile (human anti-mouse antikorları) başlangıçtaki çalışmalar başarısızlıkla sonuçlanmıştır.

Monoklonal antikorların etkisini artırma ve immüjenisitesini azaltma amaçlı yapılan Ar-Ge çalışmaları sonucu, daha önce yaşanan bu yan etkilerin çoğu günümüzde ortadan kalkmıştır. Bu da, fare antikorlarında immünojenisiteye neden olan kısımların, genetik mühendisliği teknikleri kullanılarak insanda bulunan sekansları ile değiştirilmesi ile veya monoklonal antikorların hibridoma tekniklerinin insan hücrelerine uygulanarak geliştirilmesi ile başarılmıştır. Bunların yanında konjuge antikorların kullanılabilmesi de (hedeflenen hücreye gönderilecek antikor + küçük yapılı moleküller + toksinler veya

proteinler), özellikle kanser tedavilerinde büyük önem arz etmektedir. Şu anda 355 tane monoklonal antikor ürünü geliştirilmekte ve bu ürünlerden 152 tanesi faz II / faz III çalışma aşamalarındadır. 2003 yılında monoklonal antikor marketi 7 milyar dolarken, bu rakam 2004 yılında 10 milyar dolara ulaşmıştır. 2004-2010 yılları arasında her yıl için % 20 artış kaydedeceği düşünülmektedir (data monitor, 2005). Şu ana kadar gen terapi ürünleri ve transgenik hayvanlarda üretilmiş terapötik proteinler ile ilgili onaylanmış bir ürün olmamasına rağmen, bu alanlardaki çalışmalar da hızla gelişme kaydetmektedir TÜBİTAK önderliğinde yürütülen Vizyon 2023 Teknoloji Projesi'nde İLAÇ SANAYİİ hedefleri içinde öncelikli konu "biyoteknoloji" olarak belirlenmiştir. Orta vadeli gelecekte İlaç ve sağlık, tıbbi cihazlar, kimya, tarım ve ormancılık, gıda, çevre sektörlerimizin ilerlemesi, biyoteknolojik gelişmelere ayak uydurmamız oranında gerçekleşecektir. Ar-Ge alanında AB topluluğundan daha ileri ve rekabetçi düzeye erişen ABD'de, yurtiçinde ve yurtdışında yapılan harcamalar dikkate alındığında, tıp alanındaki çok önemli gelişmelerin Ar-Ge yatırımları ile paralellik gösterdiği açıktır.

3.4.3. Teknoloji politikaları

- Biyoteknoloji ve yüksek teknoloji ürünlerinin ülkede geliştirilebilmesi için bu alandaki Ar-Ge projeleri AB'de olduğu gibi özel teşviklerle özendirilmelidir.
- Özellikle biyoteknoloji alanındaki girişimler, örneğin, kuruluş altyapı ve proje destekleri için kamunun yönlendirilmiş Ar-Ge fonları ihdas edilmelidir.
- Üniversite/Sanayi/Ar-Ge kurumları ve şirketler arasında işbirliği ve teknolojik gelişim derinleştirilmeli ve özendirilmelidir. Yasal düzenlemesi tamamlanan teknoparklarda, üniversitelerin ilgili bölümlerinin ve yeni Ar-Ge şirketlerinin kümeleşerek; mükemmeliyet merkezleri (center of excellence)'in oluşması, yönetimin öncelikli hedefleri ve takibi içinde olmalıdır.
- Biyoteknoloji ürünleri için özel bir komisyon kurulmalı ve bu komisyon kanalı ile yapılanlar değerlendirilmeli ve ileriye dönük projeler geliştirilmelidir.

Örneğin; moleküler biyoloji, biyoteknoloji, ilaç geliştirme, ağırlıklı olarak öğretim programında yer almalı, araştırmacı yetiştirmeyi hedefleyen lisansüstü programlar ve kontenjanlar arttırılmalıdır. Bu konu ile ilgili olarak üniversitelerimize özel kaynaklar yaratılmalıdır.

Devlet ve AB fonları ile desteklenen üniversite/endüstri işbirliği sonuçlarının ticarileştirilmesinde önemli sonuçlar alınmış bir yapılanmanın varlığı (Biyo-Araştırma Kurumu, Kamu Yüksek Teknoloji Enstitüleri, genç biyotek şirketler vb. gibi), Teknoparkların verimli çalışıyor olması ve yeni kuruluşlar ve iş hacmi yaratması...

Yeni teknolojilerin (özellikle biyoteknoloji) gelişmesine öncülük edecek, tüm sektörleri kapsayan (özellikle ilaç, gıda, tarım, çevre ve tıbbi cihazlar) özerk bir BİYO ARAŞTIRMA KURUMU'nun (TÜBİTAK, üniversiteler, özel sektör kuruluşları vb. katılımı ile) varlığı 9'cu K.P döneminde sonuçlandırılmış ve etkin bir uygulamaya geçilmiş olması hedefine ulaşılmalıdır.

Modern farmasötik biyoteknoloji alanında yapılan Ar-Ge çalışmaları, çok büyük maliyetleri de beraberinde getirmektedir. Amerika ve AB menşeli olan innavötör firmalar da, bu giderleri karşılayabilmek için, bu ürünleri, maliyetinden çok daha fazla fiyatlarla diğer ülkelere satmaktadırlar. Bu nedenle Arjantin, Litvanya, Brezilya, Hindistan, Çin, Meksika, Küba ve Kore gibi ülkeler biyoteknolojik ilaçların jeneriklerini (biobenzerlerini) üretmekte ve aynı zamanda bu ürünleri de Güney Amerika, Asya ve bazı Afrika ülkelerine de satmaktadırlar.

Dünya nüfusunun azımsanamayacak bir çoğunluğu, biyobenzer ürünleri, orijinal ürünlere kıyasla çok daha ucuz fiyata kullanmaktadırlar. Biyoteknolojik ilaçlardaki üretim, global talebi karşılayamama noktasına gelmek üzeredir. Bu nedenlerle, Avrupa İlaç Kurumu da (EMA), 2006 yılında gen teknolojisi ürünü biyobenzer (biosimilar/biogeneric) ilaçların Avrupa'da satışına onay verilmesi yönünde çalışmalara başlamış ve bunlar için ürüne özel yapılması gerekli, kısıtlı klinik çalışmaların derecesini ve tipini, 2005'in sonuna kadar belirleyeceğini ifade etmiştir. Ayrıca önceliğin; insülin, büyüme hormonu, eritropoietin, interferon ve koloni stimüle edici faktörde olduğunu da belirtmiştir.

Türkiye'de ilaç sanayiinde henüz, biyoteknolojik bir üretim gerçekleşmemiştir. Bunun en büyük etkeni, Biyojenerik (Biosimilar) müstahzarlara ait ruhsatlandırma prosedürlerinin olmayışdır. Pazardaki ürünlerin tümü ithaldir. Biyoteknoloji alanında Türkiye'de belirli sayıda yetişmiş personel ve bilgi birikimi mevcuttur. Yerli ilaç sanayiinin vakit kaybetmeden biyojenerik/biyobenzer ilaçların üretimi için yatırımlara başlaması teşvik edilmeli ve bu çalışmalara yönelik fonlar ayrılmalıdır. Ayrıca ulusal ilaç otoritesinin

en kısa zamanda konunun uzmanları ile birlikte bu ürünlere özgü regülasyonları hazırlaması gerekmektedir. Terapötik proteinlerin Türkiye’de yerli ilaç sanayii tarafından üretilmesi büyük bir döviz kaybını önleyecek ve bu sayede orginal ürünler için sarf edilen dövizin büyük bir kısmı yurt içinde kalacaktır. Ayrıca ilaç sanayiinin global gelişmelerin gerisinde kalmaması amacı ile yapması gereken Ar-Ge çalışmalarına kaynak aktarılabilir ve böylece Türkiye’nin büyük bir stratejik önem arz eden bu ürünlere olan dış bağımlılığı azalacaktır.

3.4.4. Nanoteknoloji Alanında AB ve Türkiye

Yapılmakta olan araştırma ve geliştirme çalışmaları sonucu nanobilim ve nanoteknoloji çok çeşitli alanlarda hızla yaşamımızı etkilemektedir. Bunun pek çok izleri bilişim ve haberleşme, savunma sanayii, uzay ve uçak teknolojileri ve moleküler biyoloji ve gen mühendisliği alanlarında görülmektedir.

Yaklaşık 10 sene önce, nanoteknoloji alanı, ABD’de özellikle ekonomistlerin önyak olması ile, Başkan Clinton tarafından en öncelikli ve kritik alan olarak ilan edilmiştir. Bu nedenle bu alanda, ABD’nin en çok desteklenen programları oluşmuştur. Bunun sonucunda ABD’de, sanayi ile büyük araştırma merkezleri ve üniversiteler arasında araştırma üçgenleri kurulmuştur. Benzer yaklaşımlar Japonya için de söz konusu olmuştur.

Bu ve bazı başka alanlarda, ABD ve Japonya’daki gelişmeleri ve kendi yaşam alanında yapılmakta olan araştırma ve geliştirme çalışmalarının, toplum yaşamını önemli derecede etkileyecek şekilde uygulamaya geçmemesini ve teknolojik alanda geri kalmalarını kaygı ile izleyen Avrupa Birliği, kendi teknolojilerinin 10 yıl sonra bu iki ülkeninkilerle yarışabilmesi (en az o düzeye çıkması) için, 6. Çerçeve Programını başlatmış ve bu kapsamda nanobilim ve nanoteknolojiyi öncelikli alan olarak ilan etmiş ve son dört yıl boyunca bu alandaki araştırmaları desteklemek üzere 1.3 Milyar Euro ödenek ayırmıştır. Bu programda, Avrupa Birliği, araştırma alanında sinerji yaratmak üzere, sanayi-araştırma merkezi-üniversite işbirliklerinin geliştirilmesi amaçlanmıştır. Ülkelerin kendi ulusal programları arasında, nanoteknoloji alanına ayrılan fonun, bu, AB fonundan kat kat fazla olduğu da ayrıca bilinmektedir. Çarpıcı örnekler olarak; Yunanistan’ın Girit adasındaki, Heraklion Araştırma Merkezi’nde yoğun olarak yapılan nanoteknoloji geliştirme çalışmaları ve küçük bir nüfusa sahip İrlanda’nın, 630 milyon Euro miktarında bir kaynağı nanoteknolojiye aktarması gösterilebilir.

Türkiye, çağdaş yaşamı birkaç on yıl içinde büyük ölçekte etkileyecek olan bu faaliyetlere, yakın zamana kadar seyirci kalmıştır. Özel olarak nanobilim ve nanoteknoloji araştırmalarına yönelik kapsamlı bir araştırma planımız bulunmamakta idi. Avrupa Birliği 6.Çerçeve Programı için hazırlanan bir raporda, Avrupa’da ulusal bir nanoteknoloji planı bulunmayan ülkelerin sadece MALTA ve TÜRKİYE olduğu belirtilmiştir.

Bu nedenle, geçtiğimiz yıllarda TÜBİTAK’ın organizasyonu ile yürütülen, VİZYON 2023 çalışması kapsamında oluşturulan Nanoteknoloji Strateji Grubu, bu alanda ilk stratejik planlama çalışması yapmış ve raporunu Ağustos 2004’te yayımlanmıştır. (<http://vizyon2023.tubitak.gov.tr/stratejiteknoloji/nano.pdf>).

Bu raporda önerilen bilim ve teknoloji politikaları şöyle sıralanmıştır.

- Yetiştirilmiş eleman açığı öncelikle giderilmelidir.
- Üniversitelerin, küçük, orta ve büyük ölçekli sanayinin araştırma alt yapısının oluşturulması, yasal düzenlemelerle geliştirilmesi ve yaygınlaştırılması gerekir.
- Araştırma merkezleri artırılmalı ve yaygınlaştırılmalı, sanayii tarafından yapılan veya yönlendirilen araştırmalar teşvik edilmeli ve desteklenmelidir.
- Teknoparkların yaygınlaştırılması ve geliştirilmesi, nanoteknolojilerin geliştirilmesi için özellikle önemlidir.

Bu ilkeler ışığında aşağıdaki nanoteknoloji altalanlarında hedefler belirlenmiş ve hedefe ulaştıracak yol haritaları çıkartılmıştır:

1. Nanofonik, nanoelektronik, nanomanyetizma
2. Nanomalzeme
3. Yakıt hücreleri ve enerji
4. Nanokarakterizasyon
5. Nanofabrikasyon
6. Nano ölçekte kuvantum bilgi işleme
7. Nano-biyoteknoloji

Türkiye’nin bu hedeflere ulaşabilmesi ve nanoteknoloji alanında geri kalmaması, çıkartılan yol haritalarına ne ölçüde uyduğuna bağlı olacaktır.

3.4.5. Sektörde Kamunun Rolü, Özelleştirme Faaliyetleri ve Muhtemel Etkileri

Kamunun ilaç sektöründeki payı çok düşüktür. Mevcut kamu kuruluşları incelendiğinde; SSK İlaç ve Tıbbi Malzeme Sanayii Sosyal Sigortalar Kurumu'nun bünyesinde yer alan İstanbul'daki ilaç üretim fabrikasının faaliyeti 2005'de durmuştur.

SSK hastaneleri ve sağlık tesislerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesinde ve sigortalıların ilaçlarını, serbest eczaneden sağlamaları uygulaması sonucunda, fonksiyonunu yitiren tesiste, üretim durmuştur. Çok sınırlı tedavi grubunda, sadece 4-5 farmasötik şekilde ilaç üretimi yapabilen müessese; SSK sigortalıları ilaç ihtiyacının küçük bir payını karşılayabilmiş ve marjinal konumunu 30 yıllık bir sürede geliştirememiştir. Bu tesisin, özelleştirme yoluyla değerlendirilmesi beklenmektedir. Milli Savunma Bakanlığı Ordu İlaç Fabrikası, Türk Silahlı Kuvvetlerinin bünyesinde Ankara'da kurulu tesiste, T.S.K. personeli için 7-8 farmasötik şekilde yaklaşık 45-50 çeşit ilaç ve tıbbi malzeme üretilmektedir. Stratejik önemi nedeniyle bu tesisin T.S.K. bünyesinde faaliyetini sürdürmesi beklenmektedir.

Toprak Mahsulleri Ofisi Bolvadin Afyon Alkaloidleri Fabrikası. Bu kuruluşumuz, ülkemizde yetiştirilen haşhaş bitkisi kapsülünden, çeşitli Afyon Alkaloidleri ve türevleri üreterek, yurtiçi ve yurtdışına pazarlamaktadır. Müessese ile ilgili ayrıntılar İlaç Hammadde Sanayi Alt Çalışma Grubu Raporu'nda yer almıştır. Dünya Afyon alkaloidleri pazarında % 25-30 pay sahibi olan bu kuruluşun, yeni afyon türevleri üreterek gelişmesi; ülke ekonomisi ve haşhaş ekimi yapan yöre halkı için önem arz etmektedir.

3.5. AB'YE KATILIM SÜRECİNİN ETKİLERİ

İlaç endüstrisi, birçok ülkede öncelikle ülke içi ihtiyacı karşılayabilmek için kurulmuştur. Bunun nedeni, ilaç endüstrisinin salgın hastalıklar, savaş, ambargo gibi olağanüstü hallerde, stratejik öneme sahip olmasıdır. Türkiye ilaç endüstrisi, kullandığı teknoloji ve sahip olduğu bilimsel düzey, teknolojik altyapı ve beyin gücü, deneyim açılarından, klasik teknolojilerde AB ülkeleri standartlarındadır.

Türkiye'de, 1984 yılından bu yana devam eden ve son yıllarda hızlanan süreçte, ilaç mevzuatında çok önemli yenilikler yapılmış ve gelişmiş ülke kurallarına paralel kurallar uygulamaya konulmuştur. İlaç sektörü, Sağlık Bakanlığı'nca yapılan bir dizi

mevzuat düzenlenmesiyle, Avrupa Birliği ile entegrasyonun sağlanmasında büyük yol almıştır.

3.5.1 İstihdam

İlaç piyasasını diğer sektörlerden ayıran en önemli özelliklerden birisi de "işgücü kalitesi"dir. Kullandığı ileri teknoloji nedeni ile işgücü sayısı düşük olmasına rağmen, işgücü maliyeti diğer sektörlerden yüksektir. Bunun temel nedeni; hem üniversite mezunlarının oranının yüksek olması, hem de ilaç üretiminin özel ekipman gerektirmesi nedeni ile, daha vasıflı işçi çalıştırması ve hizmet içi eğitim maliyetinin yüksek olmasıdır (Tokgöz 2001, 1042).

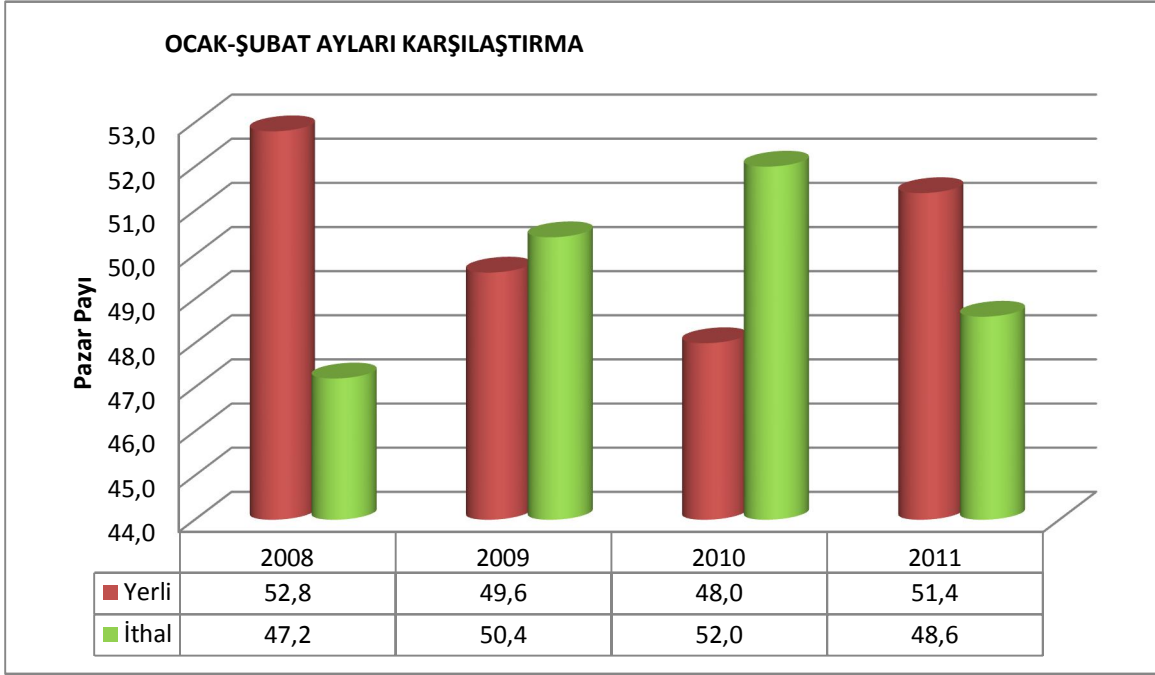
Türkiye ilaç piyasasının son 20 yılı ele alındığında; istihdamda %124, yüksek eğitim görmüş personel sayısında ise %679 artış sağlaması önemli bir gelişmedir. Sektörde yüksek eğitim almış personel oranı, diğer endüstri sektörlerinden daha yüksektir. 2000 yılı itibarıyla üniversite mezunu personel oranı %46 düzeyindedir. 1995-2000 arasında sektörde çalışan gruplar içinde, iktisatçı sayısı %79, çoğunluğu pazarlama/satış bölümlerine ait olmak üzere idari personel %85 artmıştır. Teknisyen sayısında %58, kalifiye işçi sayısında %45, düz işçi sayısında %79'luk bir artış yaşanmıştır. Veriler, sektörün yüksek teknolojiye ve otomasyona dönük bir istihdam yapısına sahip olduğunu göstermektedir (TİEGP 2004, 20).

İleri ülkelerin ilaç sektöründe karşılaşılan duruma benzer bir tablo, Türkiye ilaç sektöründe de görülmektedir. Yani, yüksek teknolojiye uyum sağlayacak, yüksek eğitim görmüş personel istihdamı artmakta ve buna bağlı teknik bilgi düzeyi yükselmektedir. (TİEGP 2004, 20).

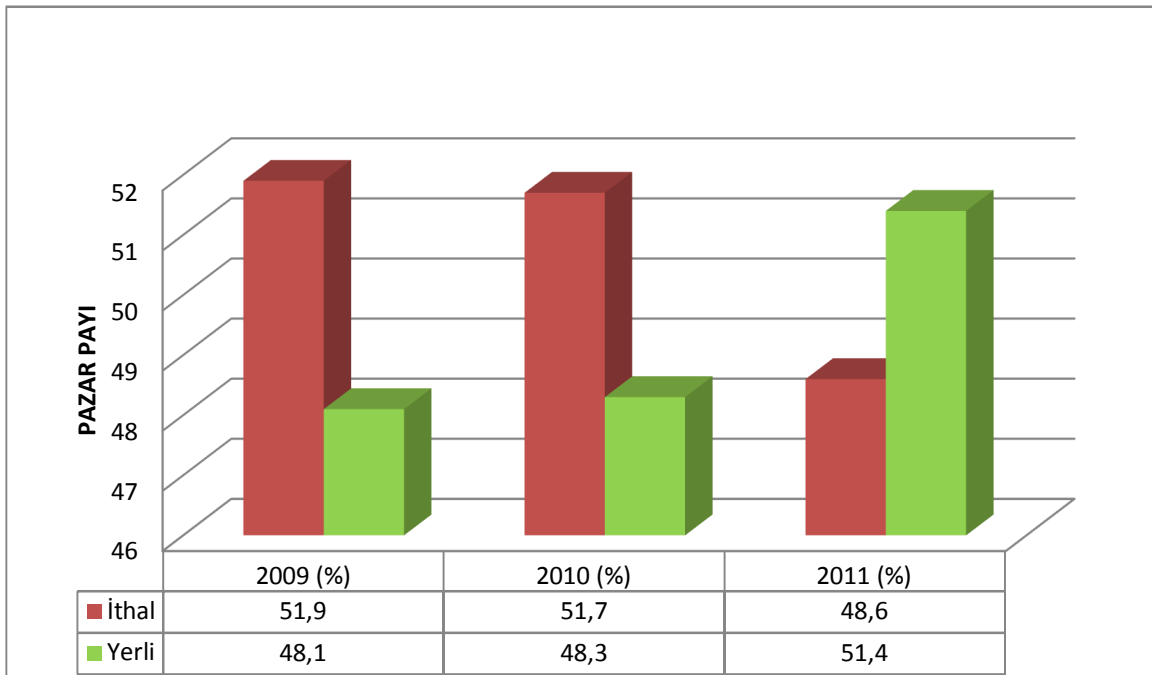
3.5.2. İlaçta Dış Ticaret

Türkiye'de 2003 yılı verilerine göre tüketilen ilaçların %40'ı ithal edilmekte, %60'ı yurtiçi tesislerde üretilmektedir. Yine aynı yılda ithalat 3 milyar \$'dır. İhracatın ithalatı karşılama oranı ise %8,5'tir. İhracat kapasitesinin artırılması için; GSMH'nin %1 ile %1,5'i oranında AR-GE yatırımı yapmak gereklidir (TİEGP 2004, 15).

GRAFİK-11 : Türkiye Yerli ve İthal Pazarı Dağılımı (TL,%)



GRAFİK-12 : Türkiye Yerli ve İthal Pazarı Dağılımı (TL)



Türk ilaç sektörü, dış pazarlarda başarılı olabilmek için hem teknik, hem de pazarlama alanında yatırım harcamaları yapmak, bu yatırımları ve harcamaları devam ettirmek zorundadır. Türk ilaç sektöründe ihracatın artırılabilmesi için, ülke politikasında şunlara yer verilmelidir.

Türkiye'deki fiyat sistemindeki problemler; ilaçlardaki yüksek KDV oranı, dağıtım kanallarında son yıllarda karşılaşılan problemler, Türk ilaç sektörünün kârlılığını engellemektedir. Dış pazarlar için gerekli olan yatırım ve harcamaları yapabilmek ise, ancak firmaların kâr ederek bu işler için fon oluşturmaları ile mümkün olur. Finansal açıdan güçsüz firmaların, yüksek rekabet ortamında başarılı olmaları beklenemez. Bu yüzden, her şeyden önce, Türk İlaç Sektörü'nün mali yapısının güçlenmesi sağlanmalıdır. Faizlerinin makul seviyelere indirilmesi, kredi için istenen teminat ve ipoteklerin makul düzeye çekilmesi, kredilerin verilmesinde belirli kriterlerin uygulanması, bürokrasinin sadeleştirilmesi, bankanın daha fonksiyonel hale getirilmesi sağlanmalıdır. Yüksek sübvansiyonlarla Çin, Hindistan, Güney Kore ve diğer ülkelere ithal edilen ilaç hammaddelerine, anti dumping tedbirler uygulanmalıdır (Kurtulmuş 1998, 224).

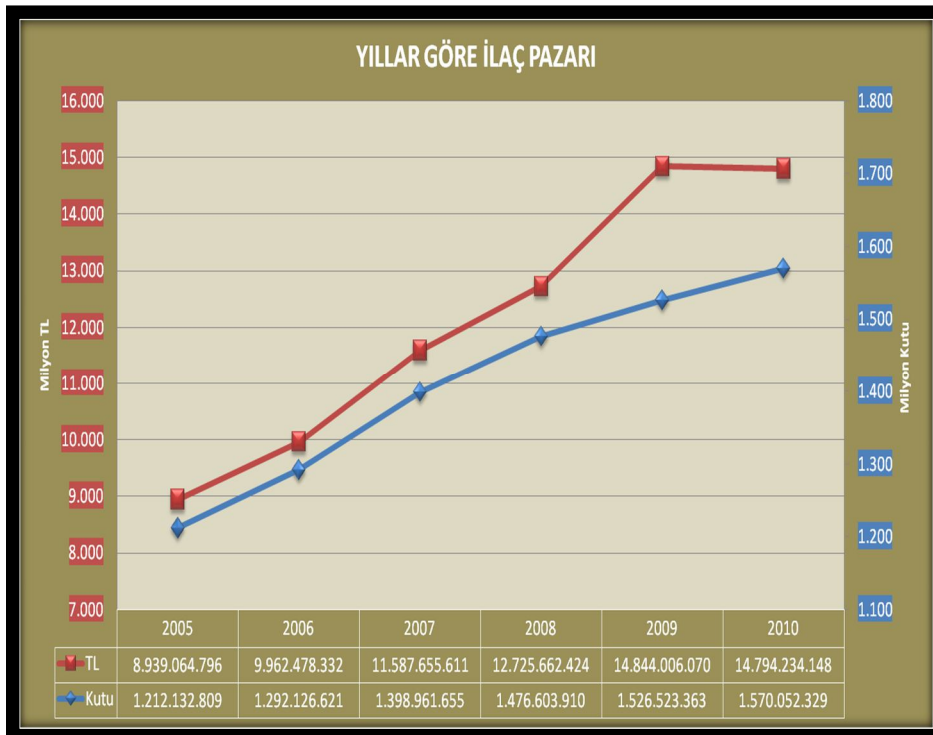
İhracat sigortasının kurumsallaştırılması için, sistem yerleşinceye kadar riski yüksek olan ülkelere yapılan ihracat, gerekirse devlet tarafından sigortalanmalıdır. Türk ilaç ürünlerinin dış satımının artması, tanıtım faaliyetlerinin artmasına (dünya fuarlarına, kongrelerine katılım vb.) önemli ölçüde bağlıdır. Türk İlaç Sektörü, kârlılığın düşük olması nedeniyle bu faaliyetlere yeterli fon ayıramamaktadır (Kurtulmuş 1998, 225). Türk ilaç sektörünün ulaştığı teknik seviye; bilgi, tecrübe birikimi ve üretim imkânları açısından değerlendirildiğinde, sektörün önemli ihracat seviyelerine ulaşabilmesini sağlayacak alt yapının mevcut olduğu görülmektedir. İlaç sektörü 1989 yılında özellikle eski Sovyetler Birliği, İran, Irak pazarlarında yakaladığı ihracat performansını devam ettirememiştir (İEİS 2003, 43).

Türk ilaç sektörü, ürettiği ilaçlarının kalitesi, etkinliği ve güvenilirliği ile uluslar arası pazarlarda rekabet edebilecek düzeye gelmiştir. Nitekim sektör, 1998 yılında aralarında Almanya, Amerika, Avusturya, Belçika, Finlandiya, Hollanda, İngiltere, İsviçre, İtalya ve Japonya'nın da bulunduğu 50'den fazla ülkeye ihracat yapmıştır. Antibiyotikler, miktar ve değer olarak, en fazla ihraç edilen ilaçlarımızdır. Orta Avrupa ülkeleri, Rusya Federasyonu ve Orta Asya ülkeleri, Türk ilaç sektörü için hedef pazarlar durumundadır Bu

pazarlardan daha küçük olmakla beraber, tüketimlerinin çok büyük bir kısmını ithalat yoluyla karşılayan Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkeleri de Türk ilaç sektörü için önemli bir pazar konumundadır (Eczacıbaşı 2001, 1014).

Ülkemizde ilaç sektörü, bütün gelişmiş ülkelerde olduğu gibi, bazı ürünleri nihai halde ithal etmektedir. Bu ilaçların içinde, çok yeni ve yüksek teknoloji gerektiren, DNA teknolojisi ile üretilen preparatlar, implante edilen ilaçlar, yeni ilaç taşıyıcı sistemler, aşılar, kan faktörleri, bazı kontrollü salım sistemine sahip olan ilaçlar, ensülin, kanser ilaçları, bazı hormonlar, radionüklidler, bazı oftalmik preparatlar ve antidotlar yer almaktadır. Ancak Gümrük Birliği sonrasında, Sağlık Bakanlığı'nın ilaç ithalatında daha liberal davranması ve Tarım Bakanlığı tarafından verilen ithal izinleri nedeniyle ülkemizde üretilen bazı ürünlerin (örneğin multivitamin preparatları, analjezikler vs) benzerlerinin de ithal edildiği ve mamul ilaç ithalat hacminin giderek arttığı gözlenmektedir. Bu artış, son yıllarda ithal edilen yüksek fiyatlı biyoteknoloji ve yüksek teknoloji ürünlerinden de kaynaklanmaktadır. 1995'de 163,7 milyon dolar değerinde gerçekleşen mamul ilaç ithalatı, 2000 yılında 683 milyon dolara yükselmiştir (TİEGP 2004, 16).

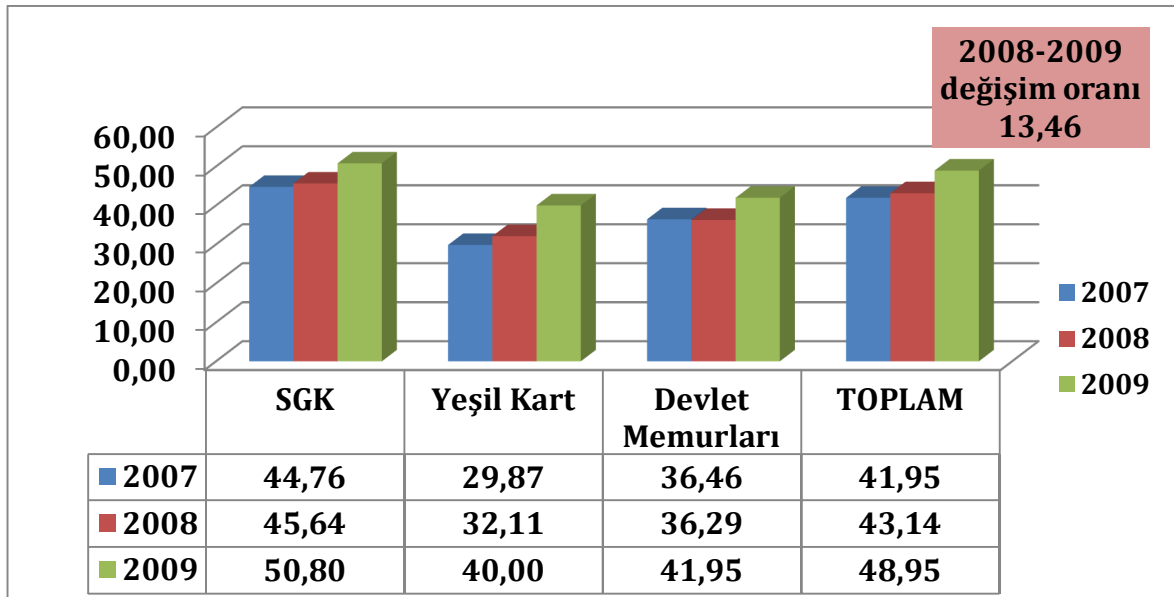
GRAFİK-13: Türkiye Yıllara göre İlaç Pazarı (TL,KUTU)



3.6. TÜRKİYE'DE İLAÇ HARCAMALARI

Ülkelerin kalkınma düzeylerinin tanımlanmasında başvurulan en önemli göstergelerden biri, toplumun genel sağlık düzeyidir. Devletler bir yandan toplumun sağlık statüsünü iyileştirmek üzere ek kaynak sağlama çabası sergilerken, öte yandan mevcut kaynakların verimli kullanımını sağlayacak programlar geliştirmektedirler (Baykara; Çaylı; Çelik ve diğerleri 2003, 27).

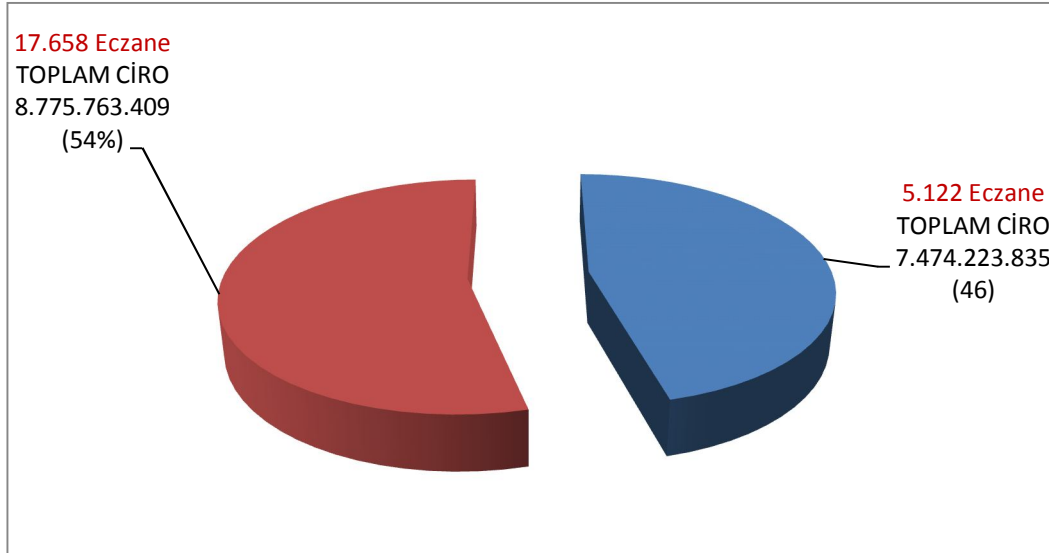
GRAFİK-14: Türkiye Reçete Başına Ortalama Maliyet (TL)



Kamu müdahalesi gereği, ilaç sektörü bir takım iktisadi kısıtlamalara tabi tutulmaktadır. İlaç endüstrisinde, sigorta şirketleri, ilaç kullanıcıları ve kamu otoritesi arz ve talep açısından mutlaka hesaba katılmalıdır. Türkiye'de ilaç ürünlerine yapılan sağlık harcamaları toplam sağlık harcamaları içinde oldukça yüksek bir paya sahiptir. Türkiye'de; SSK, Emekli Sandığı(ES), Bağ-Kur ve diğer kamu kurumları, 2003 yılında, ilaç ürünleri için yaklaşık altı katrilyon Türk Lirası (beş milyar dolar) ilaç harcaması gerçekleştirmiştir. Sosyal Güvenlik Kurumlarının toplam sağlık harcamaları içinde ilaç giderlerinin payı, yaklaşık %45-50 arasında seyretmektedir. Başka bir ifade ile Sosyal Güvenlik Kurumları, toplam sağlık harcamalarının yaklaşık yarısını ilaç ürünleri için kullanmaktadır. 1998-2002 döneminde, Bağ-Kur ve Emekli Sandığı tarafından gerçekleştirilen ilaç harcaması, bu iki kurumun toplam sağlık harcamasının %55-60'ını oluştururken, SSK ilaç harcamaları,

kurumun toplam sağlık harcamasının %33-38'ini oluşturmuştur. Devlet; memurları ve bağımlıları için, yaklaşık 600 trilyon TL. ilaç harcaması yapmıştır. Bu tutar, toplam sağlık harcamasının %52 gibi büyük bir kısmını oluşturmaktadır (Top; Tarcan 2004, 185).

GRAFİK-15: Türkiye 0-900.000 TL Arası Ciro Olan Eczaneler İle 900.000 TL Ciro Olan Eczanelerin Durumu



3.7. TÜRKİYE'DE İLAÇ KULLANIM ORANLARI

Türkiye'de, 2000 yılında, tedavi gruplarına göre ilaç incelenecek olursa; antibiyotikler % 19 ile birinci sırada, ağrı kesiciler % 12 ile ikinci sırada yer almakta, bu sırayı romatizma, soğuk algınlığı ve öksürük ilaçları izlemektedir. Bu sıralama ülkeden ülkeye değişkenlik göstermekte, birinci sırayı örneğin Almanya'da kalp ilaçları, Amerika'da psikotrop ilaçlar, Japonya'da antibiyotikler almaktadır. Genellikle koruyucu sağlık hizmetleri yeterli olmayan ülkelerde antibiyotikler, birinci sıradadır (Eczacıbaşı 2001, 1013).

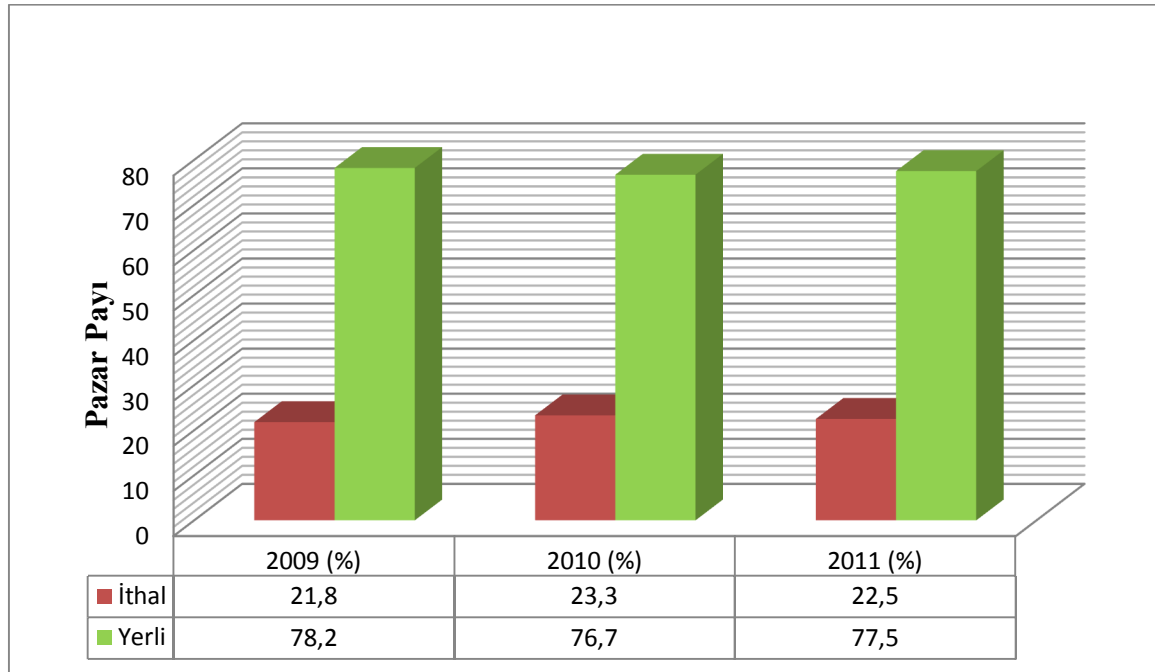
TABLO-18: Türkiye İlaç Pazarında Tedavi Gruplarına Göre İlaç Kullanım Oranları (Kutu)

	2006	2007	2008	2009*
TOPLAM PAZAR (Kutu, Milyon)	1.292	1.398	1.476	1.239
Sistemik Antienfektifler	221	223	220	181
Gastrointestinal Kanal ve Metabolizma İlaçları	196	208	218	178
Kardiyovasküler Sistem İlaçları	115	123	135	116
Sinir Sistemi İlaçları	171	183	193	157
Solunum Sistemi İlaçları	179	194	204	177

Kas ve İskelet Sistemi İlaçları	164	197	209	174
Antineoplastik ve İmmünomodulator Ajanlar	3	3	4	4
Ürogenital Sistem ve Seks Hormonları	42	45	48	40
Kan ve Kan Yapıcı Organlar	43	47	54	45
Dermatolojide Kullanılan İlaçlar	66	73	81	68
Duyu Organları	32	36	41	36
Muhtelif	19	21	25	26
Sistemik Hormon Preparatları	20	20	21	18
Diagnostik Ajanlar	2	2	5	5
Hastane Solüsyonları	10	10	7	6
Antiparazitler, İnsektisitler ve Repellentler	6	5	5	5

Kaynak: TEB, Rakamlarla İlaç, sağlık ve eczacılık 2009
*2009 Yılı Ocak Ağustos ayı

GRAFİK-16 : Türkiye Yerli ve İthal Pazarı (KUTU)



TABLO-19: 2010 Yılı Ağustos Ayı Sağlık İstatistikleri

REÇETE FATURA TUTARI (Milyon TL)														
	SGK				YEŞİL KART			DEVLET MEMURLARI			KAMU (SGK+YK+DM)			
	2007	2008	2009	DEĞİŞİM ORANI (2008-2009)	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	DEĞİŞİM ORANI (2008-2009)
OCAK	746	921	1.121	21,82	113	122	133	64	68	70	922	1.110	1.324	19,36
ŞUBAT	738	849	1.021	20,26	98	109	125	54	58	63	891	1.016	1.209	19,04
MART	822	892	1.141	27,93	110	117	140	61	61	71	993	1.070	1.352	26,33
NİSAN	767	894	1.196	33,73	101	112	141	56	60	72	923	1.067	1.410	32,13
MAYIS	830	894	1.119	25,19	107	109	130	60	59	68	997	1.063	1.317	23,93
HAZİRAN	742	866	1.183	36,71	102	109	141	54	57	72	898	1.031	1.396	35,35
TEMMUZ	760	896	1.155	28,85	102	111	137	45	52	63	908	1.060	1.355	27,80
AĞUSTOS	755	870	1.083	24,42	98	107	127	46	49	59	899	1.026	1.268	23,56
EYLÜL	773	925	1.084	17,26	92	110	124	53	59	64	919	1.094	1.272	16,24
EKİM	857	993	1.158	16,59	90	118	134	59	63	72	1.006	1.173	1.364	16,31
KASIM	873	955	1.118	17,07	104	113	129	61	62	73	1.038	1.130	1.320	16,83
ARALIK	798	1.019	1.203	18,06	101	121	143	57	65	72	956	1.206	1.418	17,62
GENEL TOPLAM	9.462	10.974	13.583	23,78	1.217	1.358	1.605	670	714	817	11.350	13.046	16.005	22,69

Kaynak: SGK ; 2010 Yılı Ağustos Raporu

TABLO -20: 2010 Yılı Ağustos Ayı Sağlık İstatistikleri

REÇETE SAYISI (Bin Adet)														
	SGK				YEŞİL KART			DEVLET MEMURLARI			KAMU (SGK+YK+DM)			
	2007	2008	2009	DEĞİŞİM ORANI (2008-2009)	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	DEĞİŞİM ORANI (2008-2009)
OCAK	17.166	22.452	23.682	5,48	3.994	4.247	3.815	1.817	2.082	1.842	22.977	28.781	29.339	1,94
ŞUBAT	16.303	19.468	21.495	10,41	3.380	3.577	3.497	1.453	1.656	1.599	21.135	24.701	26.591	7,65
MART	18.189	20.781	24.241	16,65	3.690	3.827	3.879	1.669	1.826	1.852	23.547	26.434	29.971	13,38
NİSAN	17.011	20.301	22.602	11,34	3.370	3.605	3.400	1.536	1.736	1.673	21.917	25.642	27.676	7,93
MAYIS	18.020	20.056	21.309	6,25	3.543	3.495	3.115	1.601	1.707	1.568	23.163	25.258	25.992	2,91
HAZİRAN	16.165	19.058	22.265	16,83	3.392	3.433	3.331	1.403	1.562	1.594	20.959	24.053	27.191	13,04
TEMMUZ	16.573	19.463	21.982	12,94	3.434	3.510	3.332	1.165	1.330	1.307	21.173	24.303	26.621	9,54
AĞUSTOS	16.738	18.454	21.384	15,88	3.274	3.271	3.139	1.133	1.224	1.282	21.145	22.949	25.805	12,44
EYLÜL	17.185	19.393	20.717	6,83	2.947	3.218	2.903	1.435	1.532	1.403	21.568	24.143	25.023	3,65
EKİM	19.094	20.326	22.026	8,36	2.906	3.431	3.112	1.653	1.666	1.721	23.653	25.423	26.859	5,65
KASIM	19.786	19.726	22.294	13,02	3.359	3.271	3.192	1.760	1.642	1.876	24.906	24.639	27.362	11,05
ARALIK	19.172	20.976	23.404	11,57	3.457	3.407	3.399	1.760	1.703	1.770	24.388	26.087	28.573	9,53
GENEL TOPLAM	211.402	240.453	267.400	11,21	40.744	42.292	40.114	18.385	19.667	19.487	270.530	302.412	327.001	8,13

Kaynak: SGK ; 2010 Yılı Ağustos Raporu

TABLO -21: 2010 Yılı Ağustos Ayı Sağlık İstatistikleri

REÇETE BAŞINA ORTALAMA MALİYET (TL)														
	SGK				YEŞİL KART			DEVLET MEMURLARI			KAMU (SGK+YK+DM)			
	2007	2008	2009	DEĞİŞİM ORANI (2008-2009)	2007	2008	2009	2007	2008	2009	2007	2008	2009	DEĞİŞİM ORANI (2008-2009)
OCAK	43	41	47	15,49	28	29	35	35	32	38	40	39	45	17,09
ŞUBAT	45	44	48	8,92	29	30	36	37	35	39	42	41	45	10,58
MART	45	43	47	9,67	30	31	36	37	34	38	42	40	45	11,42
NİSAN	45	44	53	20,12	30	31	42	36	35	43	42	42	51	22,42
MAYIS	46	45	53	17,83	30	31	42	38	35	43	43	42	51	20,43
HAZİRAN	46	45	53	17,02	30	32	42	39	36	45	43	43	51	19,74
TEMMUZ	46	46	53	14,08	30	32	41	39	39	48	43	44	51	16,67
AĞUSTOS	45	47	51	7,37	30	33	40	41	40	46	43	45	49	9,88
EYLÜL	45	48	52	9,77	31	34	43	37	39	45	43	45	51	12,15
EKİM	45	49	53	7,59	31	34	43	36	38	42	43	46	51	10,10
KASIM	44	48	50	3,58	31	35	41	35	38	39	42	46	48	5,21
ARALIK	42	49	51	5,81	29	36	42	32	38	41	39	46	50	7,38
GENEL ORTALAMA	44,76	45,64	50,80	11,30	29,87	32,11	40,00	36,46	36,29	41,95	41,95	43,14	48,95	13,46

Kaynak: SGK ; 2010 Yılı Ağustos Raporu

TABLO–22: Türkiye İlaç Pazarında Tedavi Gruplarına Göre İlaç Kullanım Oranları (Tl)

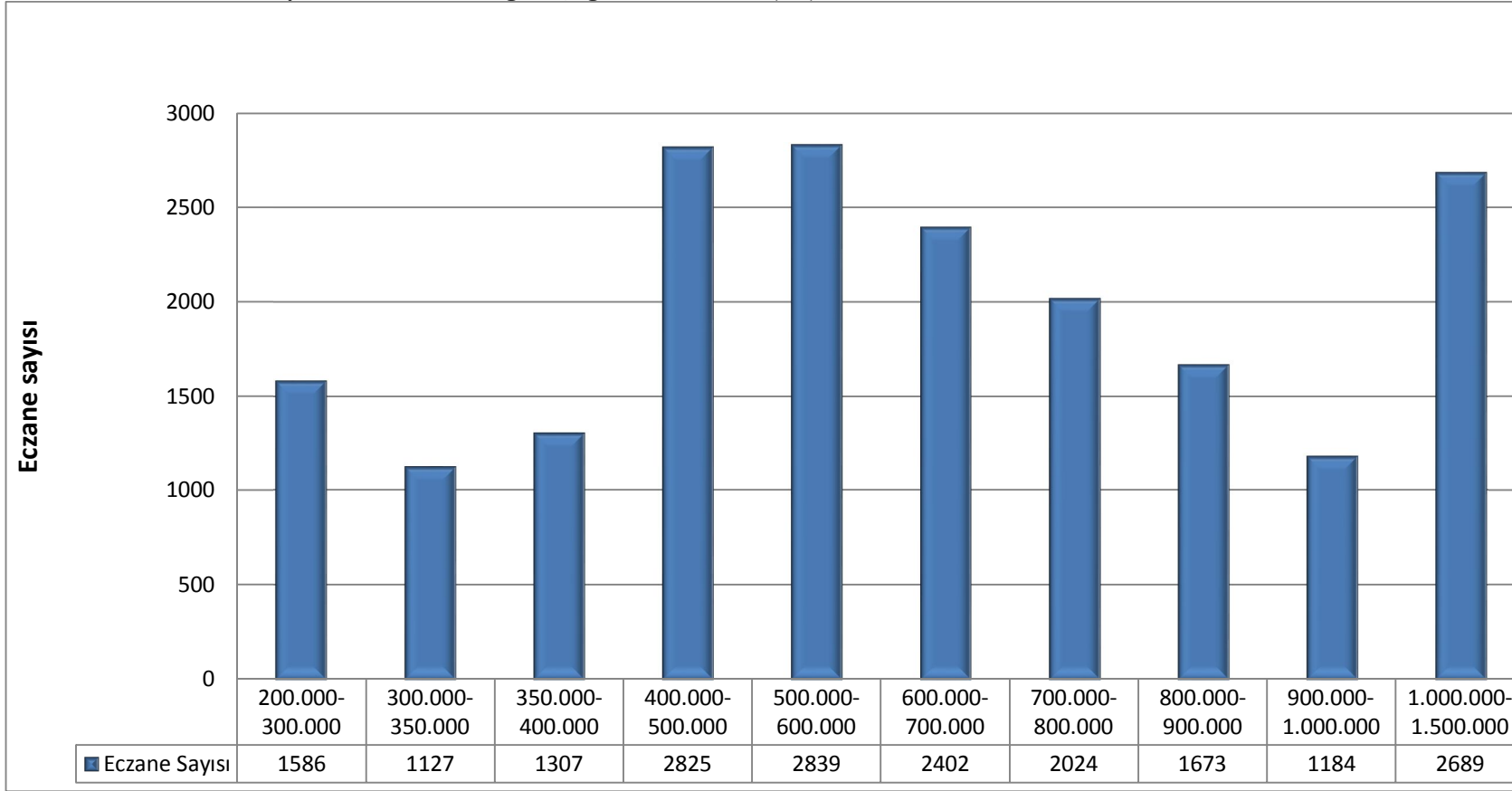
	2006	2007	2008	2009*	2007-2008 Büyüme Oranı (%)
TOPLAM PAZAR (TL Bazında, Milyon)	9.962	11.587	12.725	12.195	9,82
Antibiyotikler	1.826	2.000	2.019	1.940	0,95
Gastrointestinal Kanal ve Metabolizma	1.322	1.619	1.817	1.670	12,23
Kardiyovasküler Sistem	1.425	1.607	1.769	1.660	10,08
Sinir Sistemi	1.078	1.305	1.456	1.390	11,57
Solunum Sistemi	963	1.169	1.331	1.300	13,58
Kas ve İskelet Sistemi	982	982	1.062	1.014	8,15
Antineoplastik ve İmmünodulatör Ajanlar	640	807	916	925	13,51
Ürogenital Sistem ve Seks Hormonları	496	570	610	550	7,02
Kan ve Kan Yapıcı Organlar	353	453	495	484	9,27
Dermatolojide Kullanılan İlaçlar	316	386	422	405	9,33
Duyu Organları	165	206	245	244	18,93
Muhtelif	128	162	214	233	32,10
Sistemik Hormon Preparatları	154	174	190	188	9,20
Diagnostik Ajanlar	58	87	127	142	45,98
Hastane Solüsyonları	35	40	30	26	-25,00
Antiparazitler, İnsektisitler ve Repelentler	14	15	15	14	0

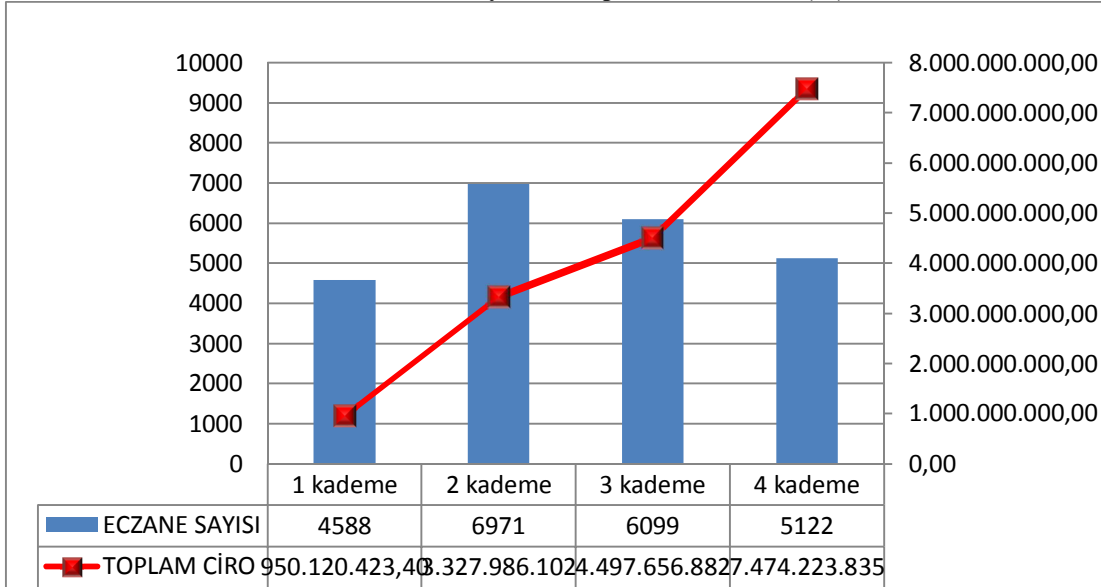
Kaynak: TEB, Rakamlarla İlaç, sağlık ve eczacılık 2009

*2009 Yılı Ocak Ağustos ayı

Sağlık sisteminin iyi organize olmadığı, alt yapı eksiklerinin bulunduğu, koruyucu hekimliğin, tedavi edici hekimliğin gerisinde kaldığı tüm ülkelerde, antibiyotikler, her zaman en fazla satılan ilaç grubunu oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde ise ilk sıralarda, kalp damar hastalıkları ilaçları, trakilizan ve diğer psikoitik ilaçlar, tansiyon düşürücü ilaçlar ve kanser ilaçları yer almaktadır (Atay 2001, 1051).

GRAFİK-17: Türkiye’de Eczanelerin Yoğunlaştığı Ciro Dilimleri (TL)



GRAFİK-18: Kademelere Göre Eczane Sayısı Ve Toplam Ciro -2010- (Tl)

Bu grafikte verilen toplam ciro eğrisinin, normalde bir çan eğrisi oluşturması gerekli ki daha homojen bir pazar dağılımı olsun. Homojen olmaması münasebetiyle, Türkiye’de yüksek ciro lu eczanelerin pazar payı normalden fazladır.

Dünya genelinde en çok tüketilen ilaç grubunun başında kalp ve damar hastalıkları ile ilgili ilaçların olduğu görülmektedir. 2001 yılı verilerine göre dünya ilaç tüketiminin %19,3’ünü (Türkiye’de % 6,3) kardiyovasküler ilaç grubu, % 16,9’unu (Türkiye’de % 3,7) merkezi sinir sistemi ilaç grubu, % 15,3’ünü (Türkiye’de %5,2) metabolizma ve sindirim sistemi ilaç grubu (ülser ilaçları), % 9,5’ini (Türkiye’de % 8,4) solunum sistemi ilaç grubu ve % 8,9’unu (Türkiye’de % 18,1) antibiyotikler (anti enfeksiyon ilaçları) oluşturmaktadır. Dünyada en çok tüketilen 5 ilaç grubu, dünya tüketiminin yaklaşık %70’ini oluşturmaktadır. Türkiye sağlık sektöründe ise; dünyada en çok tüketilen 5 ilaç grubu, ülke tüketiminin yaklaşık % 40’ını oluşturmaktadır. 1999 yılından bu yana Türk sağlık sektöründe, antibiyotik ve soğuk algınlığı ilaçlarının tüketimlerinde bir azalma görülmüş, buna karşılık romatizma, sinir sistemi, kalp ve damar hastalıkları ilaçları tüketiminde artışlar yaşanmıştır (İEİS 2003, 16-17).

TABLO-23: Türkiye İlaç Pazarında T1 Bazında En Çok Satılan İlk Beş Ürün

İLAÇ	Kutu/2009*	TL/2009*
SERETIDE GLAXOSMITHKLINE	1.662.339	118.150.026
SPIRIVA BOEHRINGER ING.	1.726.028	89.153.773
GLIVEC NOVARTIS	22.788	84.325.356
AUGMENTIN GLAXOSMITHKLINE	9.400.312	79.744.947
FORADIL COMBI NOVARTIS	1.681.361	79.011.861
Toplam Gösterilen (5)	14.492.828	450.385.963
Toplam Diğerleri (5073)	1.113.834.409	10.644.023.021

Kaynak: TEB; Rakamlarla sağlık, İlaç ve eczacılık. 2009

3.8. SOSYAL GÜVENLİK KURUMU (SGK) VE GERİ ÖDEME SİSTEMİ

İç pazarda, ilaç sektörünün başlıca alıcıları; ecza depoları, eczaneler, bazı kamu kuruluşlarıdır. Vatandaşa belirtilen kanallardan ulaşan ve kullanılan ilaçların bedelleri, % 90 oranında, kamu sosyal sigorta kurumları tarafından dağıtım kanallarına geri ödenmektedir. Geri kalan % 10'luk bölüm ise hastane ve diğer yataklı kuruluşlara ihale yolu ile yapılan satışlarla, vatandaşın cepten ödemelerle sağladıkları eczane satışları ve özel sigorta kurumlarının geri ödediği ilaç kullanımlarından oluşmaktadır.

Türkiye'de, sağlık harcamaları içinde, ilacın payının % 40 olduğu ileri sürülmektedir. Oysa OECD Health Data 2004 raporlarına göre, sağlık harcamalarında ilacın payı % 24.8'dir. İlaç harcamalarının, toplam sağlık harcamaları içinde payı, ülkelerin gelişmişlik düzeyi arttıkça düşmektedir. Örneğin, İtalya'da % 18, Fransa'da % 16-17, İngiltere % 11-12, ABD ve Hollanda'da % 8 düzeyindedir. (Sağlık Bakanlığı (2003a))

Bu oran, AB'ye uyum süreci yaşayan ülkelerde % 15-30 düzeyindedir. (Çek Cum. % 23, Macaristan % 22, Bulgaristan % 30, Hırvatistan % 20, Polonya % 19).

Gelişmekte olan ülkelerde ise ilaç harcamaları, % 24-66 arasında değişmektedir. (Mısır % 55, Çin % 45, Tunus % 28, Arjantin % 25). Bu oluşumda dikkate alınması gereken unsur; gelişmiş ülkelerde, toplam sağlık harcamalarının, gerek ulusal bütçe, gerek GSMH'daki payının, gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksek oluşudur. Sağlık hizmetinde modern ve pahalı yenilikleri uygulayan gelişmiş ülkelerde, doğal olarak ilaç harcaması oranı düşük olmaktadır. Sağlık hizmetlerini yaygın ve yeterli düzeyde uygulayamayan ülkelere göre, genelde ulaşılması daha kolay olan ilaçların kullanımının payı, doğal olarak daha yüksek olmaktadır. Türkiye'nin konumu da bunun bir örneğini teşkil etmektedir.

Ayrıca sağlık harcamalarını etkileyen faktörler de dikkate alınarak belirlenmiş, güvenilir veriler bulunmamaktadır. İlgili kamu kuruluşlarının verileri arasında uyum yoktur, bu veriler tümüyle sektöre açık değildir.

Vatandaşın ilaç için cepten ödemeleri, kişisel ilaç kullanmaları veya sosyal sigorta reçetelerine ayaktan tedavide ödedikleri katılım payı ile (reçete bedelinin % 10-20'si) sınırlı kalmaktadır. (İEİS 2/5/2005 Paneli Yayını syf. 26)

Kişilerin doğrudan harcamalarının, sağlıklı istatistik verileri bulunmamaktadır. Sağlık ve ilaç harcamalarının GSMH içinde payları, ülke ihtiyaçları dikkate alınarak, akılcı olarak planlanmalı ve sonuçlarla sebepler yakından izlenmelidir. Sektörün en büyük alıcısı olarak da değerlendirilebilecek olan kamu sosyal sigortaları, 3 ayrı kurum olarak Emekli Sandığı (ES), Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağımsız Çalışanlar Sigorta Kurumu (Bağ-Kur) ayrı yönetimler tarafından yönetilmiş ve 2005'e kadar her kurum ilaç kullanımı, ilaç alımı ve geri ödemelerini önemli oranda farklı uygulamalarla gerçekleştirmişlerdir.

3.8.1. 2005 öncesinde gerçekleşen farklı uygulamalar

3.8.1.1. Emekli Sandığı'nda (ES)

ES'den emekli olanlarda, farmasötik eşdeğer ilaçlarda "aritmetik ortalama" esasına göre geri ödeme fiyatının belirlenmesi uygulaması 1/3/2003'den itibaren başlamış, 7/4/2003'de uygulama, tüm ES mensuplarına yaygınlaştırılmıştır. 1/4/2004'de bu uygulama kaldırılmıştır. Reçete yazımı ve tedavi kriterleri, Maliye

Bakanlığı'na yayımlanan Bütçe Uygulama Talimatına (BUT) göre yürütülmüştür. ES mensupları, ilaçlarını serbest eczanelerden sağlamışlardır.

3.8.1.2. Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK)

Kamu İhale Kanunu'na bağlı olarak 2/2004'den itibaren SSK, ilaçlarını ihale yoluyla sağlamıştır. İlaç tedarikinde sorunlar yaşandığından, ihalelerde 50 milyar TL altında kalacak alımlarda; kanunun 22 d maddesine istinaden; küçük, orta, büyük SSK üniteleri için 6,3-19,5- 50 milyar TL sınırları içinde kalınarak ve alınan tekliflere bağlı olarak yapılmasına ünitelerin bağımsız karar vermesi uygulamasına geçilmiştir. SSK'nın ES'dan ayrı bir reçete yazımı ve tedavi kriterleri kararları uygulanmıştır. SSK sigortalıları ayaktan tedavide ilaçlarını, SSK hastane veya ünite eczanelerinden temin etmişlerdir. Düşük oranda bir miktar ilaç, SSK onayı ile serbest eczanelerden alınabilmektedir.

3.8.1.3. Bağ-Kur

SSK'nın reçete yazımı ve tedavi kriterleri uygulaması aynen Bağ-Kur için de geçerli olmuş, Bağ-Kur sigortalıları ayaktan tedavide ilaçlarını serbest eczanelerden temin etmişlerdir. İlk aşamada en ucuz ilaç esas alınarak yapılan geri ödeme, daha sonra en ucuz ilacın % 30 fazlasına kadar geri ödenmesi ile rekabete imkan tanınmıştır. Farklı uygulamaların getirdiği başlıca sorunlar; ilaç kullanım ve reçeteleme kısıtlamaları, ilaç bedellerinin sektörün her üç kesimine de vadesi içinde ödenmemesi, vatandaşın özellikle SSK uygulamalarındaki çeşitli kısıtlamalarla sigortalılarının ilaca erişememesi ve bürokratik engellemeler olarak yaşanmıştır.

59. Hükümetin sağlık ve sosyal güvenlik reformları uygulaması içinde ilaç sektörünü en çok etkileyen karar ve uygulamalar:

- SSK hastaneleri ve sağlık istasyonlarının tümüyle Sağlık Bakanlığı'na devrolması
- SSK sigortalılarının ilaçlarını (ayaktan tedavide) serbest eczanelerden sağlaması
- Tüm kamu sosyal sigorta kurumları ve prim ödemeyen yeşil kartlı vatandaşlara ait sağlık sigortası işlemlerinin tek bir kurumda Genel Sigorta

Kurumu (GSK) altında birleştirilmesi olmuştur. Alınan kararların vatandaşların tedaviye ve ilaca erişiminde kolaylık sağladığı genel bir kanı olarak paylaşılmıştır.

Bu kararların uygulanmasında etken olan fiyatlandırma ve geri ödeme sistemlerinde aşağıda belirtilen değişiklikler gerçekleşmiştir;

- Yeni İlaç Fiyat Kararnamesi yayımlanarak (14/2/2004) referans fiyat uygulamasına geçilmiştir.
- Reçeteli ilaçlarda KDV % 8'e düşürülmüştür. (1/3/2004)
- Kamu ilaç alımlarında Maliye Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Türk Eczacılar Birliği arasında imzalanan protokol gereğince; eczanelerin GSK'ca ödenecek reçete bedellerinden toplam % 7,5-%14,5 indirim uygulaması başlatılmıştır. (14/12/2004) İndirimlerin % 4-11'lik bölümü ilaç endüstrisi, % 3,5'lik bölümü eczaneler tarafından karşılanmaktadır.
- Reçetesiz ilaçlarda da KDV % 8'e indirilmiştir. (1/1/2005)
- Yeşil kart sahibi vatandaşların ayaktan tedavi bedellerinin SGK tarafından karşılanması uygulaması başlamıştır. (1/1/2005)
- Yeşil kart sahiplerinin katkı payı ödemesi kararı alınmıştır.(25/5/2005)
- SSK sigortalılarının serbest eczanelerden ilaç alımı başlamıştır. (19/2/2005)
- SSK ve Bağ-Kur eşdeğer ilaç uygulamasında Emekli Sandığı'nın da katılımı ve 77 etkin maddede uygulama başlatılmıştır. (10/2/2005)
- Tüm kamu ilaç alımlarında tek "pozitif liste" uygulamasına geçilmiştir. (10/2/2005)
- Eşdeğer ilaç uygulaması 77 etkin maddeden 333 gruba genişletilmiştir. (1/7/2005)
- Tüm ilaç fiyatlarına % 8,83 indirim yapılmıştır. (15/7/2005)

2005 yılında geri ödeme uygulamalarında yapılan değişiklikler; 3 kamu sigorta kurumunun SGK'nun şemsiyesi altında tekdüze uygulamalara geçilmesi kademe kademe gerçekleştirilmeye başlamıştır.

- ✓ Yeşil kart sahiplerinin reçeteleme ve ilaç temini 1/1/2005'den itibaren Emekli Sandığı uygulamalarıyla aynı olmuştur.
- ✓ 3/2005'de Bağ-Kur uygulamaları, ES ve yeşil kart uygulamalarıyla aynı duruma getirilmiştir.
- ✓ SSK mensupları 2/2005'den itibaren sağlık hizmetini tüm devlet hastaneleri ve sağlık kurumlarından almaya başlamış, ilaçları ise serbest eczanelerden sağlamışlardır. Tedavi ve reçete yazım kuralları ES'dan ayrı bir talimata göre uygulanmıştır.
- ✓ Tüm kurumların geri ödemelerinde, fiyat kriteri olarak “en ucuz ilaç ve % 30 üzerindeki farmasötik eşdeğerlerin ödenmesi” uygulanmıştır. 2005 sonrasında bütçe uygulama talimatları tüm kamu sigortalıları için tek düze uygulanacaktır. Alınan kararların ve bir yıl içinde gerçekleşen uygulamaların ilk aşamasında olumlu etkileri olmuş, geri ödemelerin;
 - Bazı istisnalar ve kontrol mekanizmasının ağır işlemlerinden kaynaklanan gecikmeler dışında vadesi içinde yapılması uygulamaya olan güveni artırmış, eczanelerin ve sanayinin geri ödemelerdeki gecikmelerden kaynaklanan finans dar boğazları önemli ölçüde azalmıştır. Ancak geri ödeme listesindeki yer alan bazı sorunlar giderilememekte veya çözümü beklenenden uzun zaman almakta ve sistemin sağlıklı işleyişini engellemektedir.
 - Bütçe uygulama talimatı, pozitif liste ve geri ödeme sisteminin tüm sigortalılar için tekdüze uygulanması, sektörün tüm kesimlerinin bu alandaki problemlerini azaltmıştır.
 - Geri ödemede esas alınan en ucuz fiyatlı ilacın pazarda en az 5 ay bulunması ve eşdeğerleri içinde % 1 payına sahip olması koşulu ile ve provizyon sistemine alınması, sektörde bazı firmaların spekülasyon

hareketlerine neden olmuştur. Bu uygulamada en düşük fiyattaki ilacın pazardaki farmasötik eşdeğer ilaçlar arasındaki fiili pazar payının makul bir ölçüde olması koşulu kabul edilmeli ve ilgili firmanın yeterli kapasiteye sahip olup olmadığı da değerlendirilmelidir.

3.9. TÜRKİYE'DE MEVCUT DURUM VE SORUNLAR

Sağlık politikalarının oluşturulması aşamasında çoğu zaman amaçlar, hedefler, öncelikler ve stratejiler gerçekçi bir şekilde belirlenmemektedir. Kalıcı olmayan, kısa vadeli ve değişebilen politikaların izlenmesi, sağlık politikasının önemli bir alt başlığı olan ilaç politikalarının da gerçekçi bir şekilde oluşturulabilmesini engellemektedir. Bunlara neden olan faktörler arasında; sosyal, kültürel, ekonomik özellikler, yönetimle ilgili ve düzenleyici mekanizmalar ile eğitime ait pek çok etken vardır. Bu etkenler genel olarak şu şekilde sınıflandırılabilirler (Sağlık Bakanlığı 2003a, 17-18).

i) Doktorlardan Kaynaklanan Nedenler;

- Eğitim ve bilgi yetersizliği,
- Objektif ilaç bilgi eksikliği,
- Aşırı hasta yükü,
- İlaçların etkisine dair yanlış inanışlar.

ii) Hastalardan Kaynaklanan Nedenler;

- Yanlış ya da olmayan ilaç bilgisi,
- Yanlış inanış ve saplantılar,
- Yanlış beklenti ve talepler,
- Yaygın olan kendi kendini tedavi

iii) İlaç Sağlama Sisteminden Kaynaklanan Nedenler;

- Gerektiği zaman, gerektiği kadar, gereken ilacın sağlanamaması,

- Özel eczanelerde reçetesiz ilaç satışı,

Akılcı ilaç kullanımında sorumluluğu olan taraflardan biri olan ilaç sektörü, her ne kadar "İyi Üretim Uygulamaları"na uygun üretim yaparak veya bu kurallara uygun olarak üretilen ilaçları ithal ederek; etkin, kaliteli ve güvenli ilaçların pazarda bulunmasını sağlamakta ise de, tutundurma faaliyetlerinde zaman zaman; pazardaki ilaçlarla ilgili tam ve tarafsız bilgi sunmamakta ve/veya tanıtım kurallarına, pazarlama etiğine uygun olmayan faaliyetlerde bulunmaktadır.

Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü kamu adına, ilaç ve eczacılık hizmetleri ile ilgili norm ve standart belirlemek ve bu doğrultuda denetimleri yapmak, ilgili diğer kurum ve kuruluşlar ile işbirliği yaparak ilaçların akılcı kullanımını teşvik etmek yetki ve sorumluluğundadır. İlaç sanayinin temel amacı ise; uluslararası ölçüde rekabet gücüne sahip, yaşam kalitesini arttırıcı ve ülke ilaç ihtiyacının büyük kısmını karşılamaktır. Ülkemizde, ileri teknoloji gerektiren ürünler dışında, her türlü ilacın üretimi yapılabilmektedir.

Günümüzde az gelişmiş ülkelerde, bireyin hastalığının öncelikli olarak teşhisi yerine, şikâyetlerinin giderilmesini temel alan bir yaklaşım, özellikle kamu sağlık kurumlarında yoğun hasta trafiği içerisinde çoğu zaman gündeme gelmektedir. Bu durumun yanı sıra, doktora başvurularda ilaç yazımı beklentisinin artması, hekimler için ayrı bir sorun olmaktadır. Doktorlar kendilerine başvuranları ya daha ileri tıbbi tetkik ve tedaviye yönlendirmek, ya da ilaç yazmak durumunda kalmaktadırlar. İlaç yazmama gibi bir seçenek ya çok azdır, ya da yoktur. Ülkemizde tıbbi ve teknik olanakların sınırlılığı, doktorlar açısından ilacın sadece tedavi etmede değil, tanı koymada da bir yardımcı faktör olmasını sağlamaktadır. Bu durum olabilecek tüm hastalıklara yönelik ilaçların ya birlikte ya da sırayla verilmesini gündeme getirmektedir. Aynı zamanda pahalı olan ilaçların daha iyi olduğu, marka tutkunluğu, çok sayıda ilacın kullanılması, toplumun bu konudaki bilinç ve eğitim seviyesine bağlı olarak yaygınlık kazanmaktadır.

İlacı diğer ürünlerden ayıran en önemli özelliklerinden biri, genel olarak kararın ve seçimin tüketicinin kendisine bağlı olmamasıdır. Bu yüzden sağlık hizmetlerinin genel işleyişi içerisinde doktorun ilaç kullanımında belirleyici bir yeri vardır. İlaç tüketimi açısından ülkemizin temel çelişkisi, tüketim miktarından çok,

tüketimin sağlık harcamaları içerisindeki yüksekliği ve ne derece uygun yapıldığıdır. Ülkemizde sağlık harcamalarının % 10'undan azı koruyucu sağlık hizmetlerine ayrılırken, sağlık harcamalarının da yaklaşık yarıya yakını ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Sağlık hizmetlerinde çok büyük bir yeri olan ilacın günümüzde sağlık açısından olduğu kadar, sosyal ve ekonomik boyutunun da önemli olduğu bir gerçektir. Sağlık hizmetleri ve ilaç konusunda büyük sorumlulukları olan doktorların bu konuda bilgilenmelerini sağlayacak kaynaklar, hem tıp eğitimleri sırasında hem de sonrası için son derece önemlidir. Bu kaynakların sağlanmasının yanı sıra, ülkede akılcı ilaç uygulamalarının izlenmesi de ayrı bir öneme sahiptir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

KARAMAN İLAÇ PAZARI ÖRNEĞİ

4.1. 50. BÖLGE KARAMAN ECZACI ODASI

50. Bölge Karaman Eczacı Odası; TEB Merkez Heyeti'nin talebi uygun görmesi ve 13-16 Aralık 2007 tarihindeki TEB Büyük Kongresi'ne teklif ile, Büyük Kongre'de 3 no'lu karar ile, Karaman ilinde 50. Bölge Karaman Eczacı Odası kurulması kararı alınmasıyla kuruldu. Karaman il merkezi, ilçe ve kasabalarda faaliyet gösteren eczane sayısı 105'dir.

20/04/2008 tarihinde yapılan ilk seçim ile yönetim belirlenmiş olup çalışmalarına başlamıştır.

Araştırmanın konusu; Karaman'daki eczacıların sektördeki faaliyetleri, sorunları, hizmet ettikleri sektörün olumlu ve olumsuz yönlerini tespit etmektir.

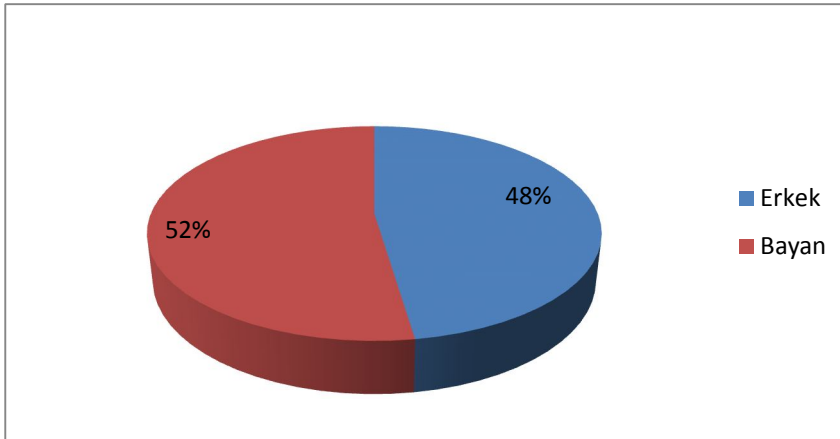
Eczacıların algılarını ve bu algılarını etkileyen unsurları tespit ederek, eczacıların kişisel ve mesleki sorunlarının eczacılık mesleğini ne kadar etkilediğini, günümüzde çıkan yasaların, mesleklerini sürdürmedeki etkileri ve bu etkilerin sonucu doğan, halk ile eczacı arasındaki frekans kopukluğunun nasıl ve ne şekilde düzeltilebileceğini, kurumların uyguladıkları politikalar sonucu, eczacıların

kazançlarındaki düşüş sebebiyle, eczacılık mesleğinin gelecekte tercih edilebilir bir meslek algısından uzaklaşmasının olabirliğini saptamak. Eczacı hastanın en yakın sağlık destekçisidir. Eczacının mesleki rahatsızlıkları, gelecek endişeleri, bu destekçileri zor durumda bırakmakta ve hasta ile karşı karşıya getirmektedir. Bu sorunların tespiti, önyargılardan kurtulmamıza vesile olacaktır.

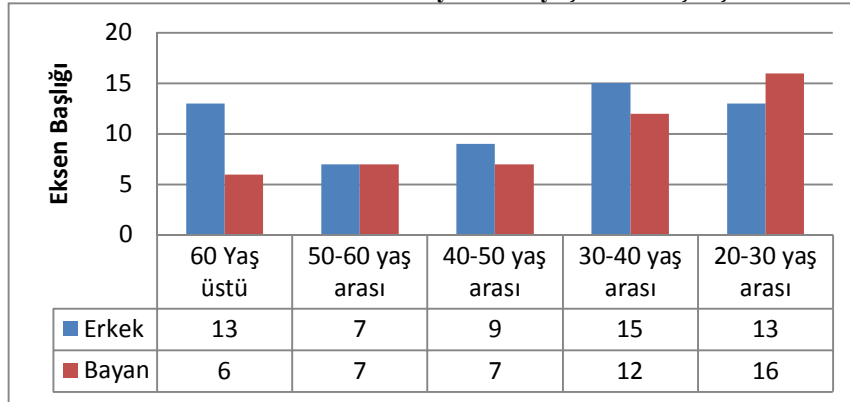
4.2. KARAMAN İLİ ECZACI VE ECZANE VERİLERİ

Karaman ilinde faaliyet gösteren eczacıların yaş ortalamaları, bayan ve erkek eczacı sayı ve oranları grafik 19'da belirtilmiştir.

GRAFİK-19: Karaman ili erkek ve kadın eczacıların oranı



GRAFİK-20:Karaman ili erkek ve bayan 0-60 yaş üstü karşılaştırması



Ecza depolarının vermekte oldukları hizmetlerle ilgili derecelendirilme istenmiştir; siparişlerinin geç geldiği, depolarla istenilen düzeyde iletişim sağlanamadığı depoların müşteri odaklı çalışmadıkları seçeneklerini 6-7 dereceden işaretlemişlerdir.

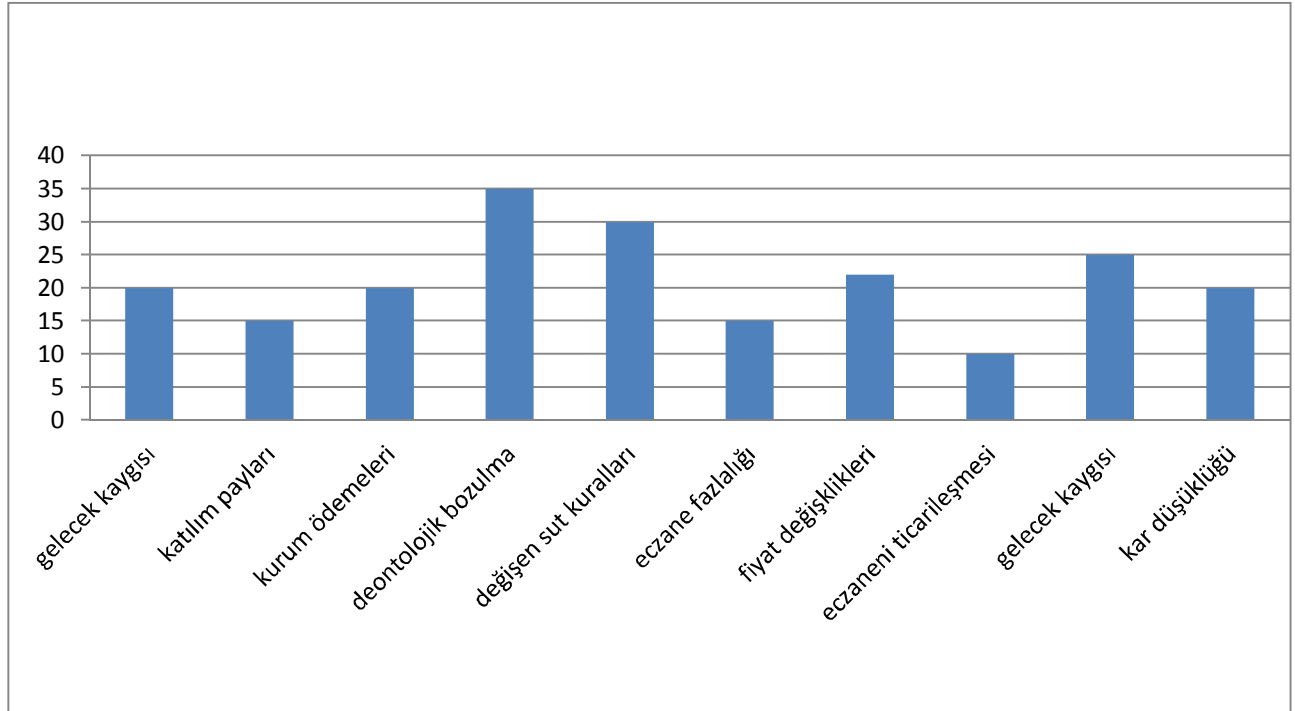
Ecza depolarının sağlıklı hizmet verilmediğine eczacılarımızın 80%'i depolardan kaynaklanan sorunlardan şikayetçilerdir.

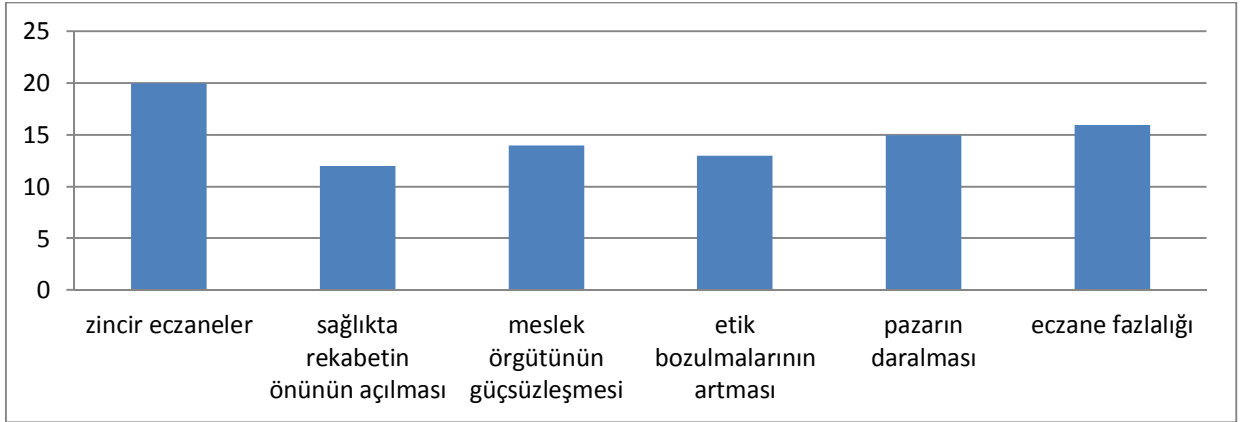
Karaman ilinde çalışan eczacılarımızın iş yeri seçiminde en çok dikkat ettikleri yer aile hekimlerine ve özel muayenehanelere yakınlık 1. Sırda yer alırken hastane ve halkın yoğun olduğu yer seçenekleri ikinci sırada yer almıştır. Faaliyet gösteren eczanelerimizin çoğunluğu devlet hastaneleri halkımızın yoğun olduğu işlek cadde üzerlerinde bulunmaktadır.

Eczacılarımızın işyerlerinde ilaç dışı (dermokozmetikler, zayıflama ilaçları, ve sağlıkla ilgili kitap) ürünlerin satışına olumlu bakmaktadır.

Karaman ilindeki eczacıların mesleki açıdan risklerinden bir tanesi zincir eczanelerin artmasından dolayı yaşanması muhtemel bir pazar daralması eczacıların gelecek kaygılarını artırmakta olduğu görülmüştür. Sektördeki fiyat değişkenliği, sut kurallarının sürekli yenilenmesi ayrıca ilaç sektörünü bağlı bulunduğu kurumların uygulamakta olduğu yenilikler eczacıların büyük sorunlarının teşkil etmektedir. Karaman eczacı odasından alınan bilgilere göre eczacıları bekleyen sorunlar grafik 22'de belirtilmiştir.

GRAFİK-21: Karaman eczacıların mesleki sorunlarının grafiği



GRAFİK -22: Eczacılık mesleğini bekleyen risklerinin grafiği

Eczacıların memnuniyetsizliği kabul edilebilir olmaktan çıkmaktadır. Yeni mezunlara önerileri kamu eczacılığının daha garantili olduğu belirtilmiştir. Eczacılık mesleğinden memnun olanların sayısı 40%'ın altına inmiştir ve her geçen gün eczacılarımızın huzursuzluğu gün geçtikçe artmaktadır.

TABLO -24: Eczacıların Hasılat oranları ve iskontoları

Yıllık Hasılat Sıralaması	TEMMUZ 2008 ÖNCESİ		TEMMUZ 2008 SONRASI		EKİM 2008 SONRASI		2009 PROTOKOL ÖNERİSİ	
	HÂSILAT	ECZANE	HÂSILAT	ECZANE	HÂSILAT	ECZANE	HÂSILAT	ECZANE
	TUTARLARI (2006 Yılı Satış Hâsılatı YTL)	İSKONTO ORANLARI	TUTARLARI (2007 Yılı Satış Hâsılatı YTL)	İSKONTO ORANLARI	TUTARLARI (2007 Yılı Satış Hâsılatı YTL)	İSKONTO ORANLARI	TUTARLARI (2008 Yılı Satış Hâsılatı TL)	İSKONTO ORANLARI
1. Kademe	0-240,000	3,00%	0-350,000	1,00%	0-350,000	0,50%	0-350,000	0,00%
2. Kademe	240.001- 480.000	3,50%	350.001- 600.000	2,00%	350.001- 600.000	1,00%	350.001- 600.000	1,00%
3. Kademe	480.001- 600.000	4,00%	600.001- 900.000	3,00%	600.001- 900.000	1,50%	600.001- 900.000	1,50%
4. Kademe	600.001 üzeri	4,50%	900.001 üzeri	4,00%	900.001 üzeri	2,00%	900.001 üzeri	2,50%

Eczacılar her yıl sözleşmelerinde devlete diğer diğer hiçbir iskonto ile bağlantısı olmayan bir eczane iskontosu uygularlar. Bu iskonto oranları eczanelerin bir yıl önceki toplam KDV hariç cirolarına göre belirlenir. Tablo 'da bu iskontolara verilen kademe numaraları, ciro aralıkları (KDV hariç) ve iskonto oranları belirtilmiştir.

TABLO-25: Karaman ilindeki eczanelerin 2007 – 2010 yılı hasılat oranları (KDV hariç) ve iskontoları ve toplam payları (TL)

2007						2008					
İskonto	Hasılat	Eczane	Eczane Başı Yıllık Ortalama	Eczane Başı Aylık Ortalama	toplam payı	İskonto	Hasılat	Eczane	Eczane Başı Yıllık Ortalama	Eczane Başı Aylık Ortalama	toplam payı
1. Kademe	7.975.463,39	34	234.572	19.548	22,0%	1. Kademe	6.031.212,14	26	231.970	19.331	14,7%
2. Kademe	13.726.358,95	30	457.545	38.129	37,8%	2. Kademe	16.808.054,62	36	466.890	38.908	40,9%
3. Kademe	7.828.141,50	11	711.649	59.304	21,5%	3. Kademe	14.127.996,50	20	706.400	58.867	34,3%
4. Kademe	6.800.994,35	7	971.571	80.964	18,7%	4. Kademe	4.164.828,13	4	1.041.207	86.767	10,1%
Toplam	36.330.958,19	82					41.132.091,39	86			

2009						2010					
İskonto	Hasılat	Eczane	Eczane Başı Yıllık Ortalama	Eczane Başı Aylık Ortalama	toplam payı	İskonto	Hasılat	Eczane	Eczane Başı Yıllık Ortalama	Eczane Başı Aylık Ortalama	toplam payı
1. Kademe	5.970.826,21	24	248.784	20.732	11,4%	1. Kademe	6.003.337,56	23	261.015	21.751	13,2%
2. Kademe	19.290.349,92	38	507.641	42.303	36,8%	2. Kademe	19.892.048,17	42	473.620	39.468	43,6%
3. Kademe	18.773.642,10	25	750.946	62.579	35,8%	3. Kademe	14.507.277,38	19	763.541	63.628	31,8%
4. Kademe	8.392.545,07	8	1.049.068	87.422	16,0%	4. Kademe	5.182.023,49	5	1.036.405	86.367	11,4%
Toplam	52.427.363,30	95					45.584.686,60	89			

TABLO -26: Karaman 2010 yılı bölge satış TL

2010 YILI												
KARAMAN -1	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK
	1.871.000	1.697.472	2.015.340	1.862.622	1.730.752	1.819.805	1.612.113	1.985.085	2.030.307	1.916.845	1.779.651	1.963.089
KARAMAN -2	2.084.639	2.052.117	2.468.440	2.202.662	2.007.799	2.493.346	1.998.240	2.583.025	2.577.632	2.394.303	2.127.647	2.441.394
K.İLÇELER	894.046	883.654	963.650	898.356	969.838	1.064.620	1.107.952	1.184.561	1.200.897	970.161	993.649	971.469

Bu tabloda verilen bilgiler Karaman iline ait IMS bilgileri olup Karaman iline satılan bütün ilaçların (Mal fazlası olarak verilen ilaçlarda dahil) kutu fiyatı yani bir iskonto uygulanmadan önceki haliyle etiket fiyatlarının toplamıdır. Sektörde Karaman 3 kısma bölünmüş “Karaman-1, Karaman-2, Karaman ilçeler” bir sonraki tabloda bu bölümlere ait olan eczaneler listelenmiştir.

TABLO -27: 50. Bölge Karaman ili Eczacılar Listesi

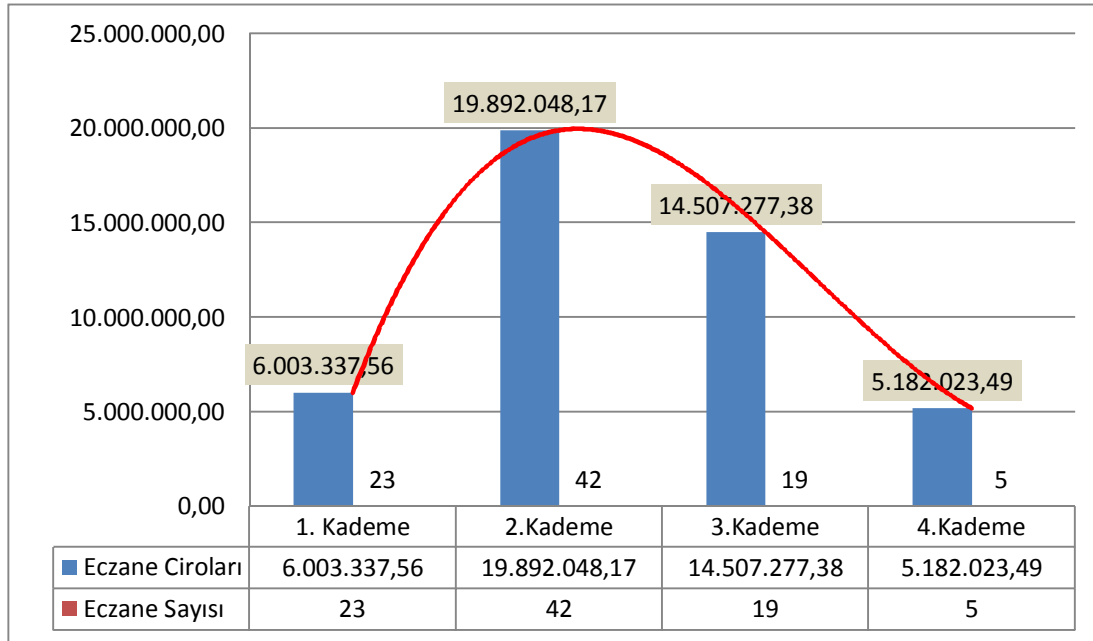
0700001	KARAMAN MERKEZ -1		36
AKIN ECZ.	MEHMET AKIF ERSOY MH. SHT.ADNAN ATES CD. NO:32/A	MERKEZ	KARAMAN
ALTAY ECZ.	SAMKAPI CD. NO:17	MERKEZ	KARAMAN
BENDER ECZ.	KERVANSARAY GECIDI NO:57	MERKEZ	KARAMAN
BILGE ECZ.	TAHSIN UNAL MH. SAMKAPI CD. NO:75	MERKEZ	KARAMAN
CAN ECZ.	SABANIYE CAMI KARSISI NO:17	MERKEZ	KARAMAN
COLAKOGLU ECZ.	PRI REIS MH. 240 SK. NO:20	MERKEZ	KARAMAN
DEMET ECZ.	PARK KARSISI NO:7	MERKEZ	KARAMAN
DERMAN ECZ.	KIRISCI MH. YUNUSEMRE CD. SIHBEKIR SK. NO:6/C	MERKEZ	KARAMAN
DERYA ECZ.	PIRI REIS MH. 240 SK. NO:17 82.YIL DEV.HST.KRS	MERKEZ	KARAMAN
DOGUMEVI ECZ.	ATATURK MH. PARLAR SK. NO:5 AKCASEHIR KASABASI	MERKEZ	KARAMAN
DOGUS ECZ.	GEVHER HATUN MH. 1984 SK. NO:65/A	MERKEZ	KARAMAN
DUYGU ECZ.	SAM KAPI CD. NO:49	MERKEZ	KARAMAN
EGITIM ECZ.	SAKABASI MH. 860 SK. NO:1	MERKEZ	KARAMAN
ERDINC ECZ.	IBRAHIM HAKKI KONYALI MH. 1086 SK.	MERKEZ	KARAMAN
GOLYERI ECZ.	KARAMANOGLU MEHMET BEY MH. 157 SK. NO:6/A	MERKEZ	KARAMAN
GONCA ECZ.	AHMET YESEVI MH. SEHIT ADNAN ATES CD. NO:46	MERKEZ	KARAMAN
HAYAT ECZ.	HAMIDIYE MH. FEVZI PASA CD. NO:63/B	MERKEZ	KARAMAN
IBN-I SINA ECZ.	MOLLA FENARI CD. PTT KARSISI NO:10/C	MERKEZ	KARAMAN
IHLAMUR ECZ.	KIRBAGI MH. 704 SK. NO:13/C	MERKEZ	KARAMAN
KARAMAN ECZ.	MEHMET AKIF ERSOY MH. SEHIT ADNAN ATES CD. NO.42/B	MERKEZ	KARAMAN
KAVAS ECZ.	MOLLA FENARI CD. P.T.T. NO:111/A	MERKEZ	KARAMAN
KOYUM ECZ.	ATATURK CD. NO:56 SUDURAGI KASABASI	MERKEZ	KARAMAN
LARENDE ECZ.	KOCAKDEDE MH. KENZI CD. NO:2	MERKEZ	KARAMAN

NUR ECZ.	KADIRHANE SK. NO:2/B	MERKEZ	KARAMAN
OBA ECZ.	CUMHURİYET ALANI HELVACILAR SK. NO:3	MERKEZ	KARAMAN
OZAN ECZ.	HAMIDIYE MH. FEVZIPASA CD. 375 SK. NO:51	MERKEZ	KARAMAN
OZGUNAY ECZ.	KARAMANOGLU MEHMET BEY MH. 374 SK. NO:1 6 NOLU SAG. OCAGI KR	MERKEZ	KARAMAN
OZTURK ECZ.	MOLLA FENARI CD. NO:11/D	MERKEZ	KARAMAN
PINAR ECZ.	KIRBAGI MH. 704 SK. NO:3	MERKEZ	KARAMAN
SAGLIK ECZ.	SAMKAPI CD. NO:59	MERKEZ	KARAMAN
TOPRAK ECZ.	PIRI REIS MH. ATATURK CD. NO:22/B	MERKEZ	KARAMAN
UNIVERSITE ECZ.	GEVHER HATUN MH. DOGUMEVI KRS.	MERKEZ	KARAMAN
VURAL ECZ.	SEKI CESME MH. SAMKAPI CD. NO:26	MERKEZ	KARAMAN
YENI ECZANE	KETENCI MH. ISTASYON CD. NO:38/A SUDURAGI KASABASI	MERKEZ	KARAMAN
YESILDERE ECZ.	MAHMUDIYE MH. 699.SK. NO:7/A	MERKEZ	KARAMAN
YUNUS EMRE ECZ.	ATATURK PARKI NO:5CUMHURİYET MYD.	MERKEZ	KARAMAN
0700002	KARAMAN MERKEZ -2		39
ASLANTAS ECZ.	TURGUT OZAL CD. NO:28/B	MERKEZ	KARAMAN
BAHAR ECZ.	ISMETPASA CD. NO:28	MERKEZ	KARAMAN
BOCUM ECZ.	ALISAHANE MH. 197 SK. NO:21/A	MERKEZ	KARAMAN
BUYUK ECZ.	ADLIYE GECIDI NO:17	MERKEZ	KARAMAN
CAGRI ECZ.	ALISAHANE MH. TURGUT OZAL CD. NO:36/A	MERKEZ	KARAMAN
CAKIR ECZ.	ALI SAHANE MH. TURGUT OZAL CD. NO:30/B	MERKEZ	KARAMAN
CEMRE ECZ.	ALISAHANE MH. 182 SK. YILMAZ APT. 2 NOLU SAGLIK OCAGI YANI	MERKEZ	KARAMAN
DENIZ ECZ.	ALI SAHANE MH. 182 SK.	MERKEZ	KARAMAN
DEVA ECZ.	TURGUT OZAL CD. HASTANE KARSISI NO:38/B	MERKEZ	KARAMAN
DOGANCA Y ECZ.	MANSURDEDE MH. ATATURK BLV. NO:44/A	MERKEZ	KARAMAN
EFE ECZ.	TAHSIN UNAL MH. ATATURK BLV. EKINCI ISMERKEZI NO:11/13	MERKEZ	KARAMAN
ELIF ECZ.	ALI SAHANE MH. TURGUT OZAL CD.	MERKEZ	KARAMAN
EMEK ECZ.	HASTAHANE CD. NO:5	MERKEZ	KARAMAN
EYLUL ECZ.	ALISAHANE MH. TURGUT OZAL CD. NO:30/C	MERKEZ	KARAMAN
FERAH ECZ.	ADLIYE GECIDI NO:6/A	MERKEZ	KARAMAN

GOKSU ECZ.	ALISAHANE MH. TURGUT OZAL CD. NO:36/C	MERKEZ	KARAMAN
GONCA ECZ.	TAHSIN ONAL MH. GAZIPASA CD. NO:31	MERKEZ	KARAMAN
GULCAN ECZ.	MANSURDEDE MH. 143 SK. MERVE APT NO:1/F	MERKEZ	KARAMAN
GUREL ECZ.	ATATURK BLV. 78.SK. NO:2	MERKEZ	KARAMAN
HANCI ECZ.	KAZIMKARABEKIR CD. GUZELZADE APT. NO:69 ORMAN ISLT.KARS.	MERKEZ	KARAMAN
HASTANELER ECZ.	TURGUT OZAL CD. NO:32/C	MERKEZ	KARAMAN
ISIK ECZ.	ISMETPASA CD. NO:26/A	MERKEZ	KARAMAN
ISIL ECZ.	BOYACI MH. KORHACI SK. NO:7 KILBASAN	MERKEZ	KARAMAN
KAMER ECZ.	TURGUT OZAL CD. NO:38/A	MERKEZ	KARAMAN
KAYA ECZ.	MANSURDEDE MH. 93 SK. NO:21/A	MERKEZ	KARAMAN
KAZALPA ECZ.	CELTEK MH. GUFRANI SK. NO:38	MERKEZ	KARAMAN
KELLECI ECZ.	TURGUT OZAL CD. (HASTANE CD.) KALE APT. NO:26/B	MERKEZ	KARAMAN
KENT ECZ.	TURGUT OZAL CD. 170 SK. NO:1/A	MERKEZ	KARAMAN
KORE ECZ.	TAHSIN UNAL MH. FAIK KAYSERIOGLU CD. NO:72/A	MERKEZ	KARAMAN
LOKMAN ECZ.	HASTANE CD. NO:1	MERKEZ	KARAMAN
MERKEZ ECZ.	ATATURK BLV. SAGLIK ISMERKEZI NO:3/A	MERKEZ	KARAMAN
PAMUK ECZ.	MANSURDEDE MH. ATATURK BLV. NO:1	MERKEZ	KARAMAN
SAFRAN ECZ.	ALI SAHANE MH. TURGUT OZAL CD. NO:40/C	MERKEZ	KARAMAN
SARAY ECZ.	MANSURDEDE MH. ATATURK BLV. NO:24/B	MERKEZ	KARAMAN
SEVGI ECZ.	GAZIPASA CD. NO:95	MERKEZ	KARAMAN
SIFA ECZ.	ALISANE MH. TURGUT OZAL CD. NO:40/A	MERKEZ	KARAMAN
YASAM ECZ.	TAHSIN UNAL MH. ATATURK BLV. 30 M. LIK YOL UZERI NO:25/C	MERKEZ	KARAMAN
YASEMIN ECZ.	SUMER MH. 1290 SK. NO:6	MERKEZ	KARAMAN
ZEKI ECZ.	ALI SAHANE MH. TURGUT OZAL CD. NO:42/D	MERKEZ	KARAMAN
0700101	KARAMAN ILCELER		16
BASAK ECZ.	DEDE MH. ATATURK CD. NO:42	AYRANCI	KARAMAN
BASYAYLA ECZ.	BASKOY MH. CUMHURİYET CD. NO:114	BASYAYLA	KARAMAN
CILINGIR ECZ.	CUMHURİYET CD. NO:181/B	ERMENEK	KARAMAN
DEVA ECZ.	CUMHURİYET CD. NO:42/D GUNEYYURT	ERMENEK	KARAMAN

ERMENEK ECZ.	HUKUMET CD. UGUR PASAJI NO:1/A	ERMENEK	KARAMAN
GUNEYYURT ECZ.	HUKUMET CD. NO:100	ERMENEK	KARAMAN
KASABA ECZ.	PAZAR MH. KAZIM KARABEKIR CD. NO:1/1-2	KAZIMKARABEKI	KARAMAN
KAZANCI ECZ.	MERKEZ MH. ATATURK CD. NO:48/D KAZANCI BELDESI	ERMENEK	KARAMAN
OZKAN ECZ.	ODA MH. CUMHURİYET CD. NO:50/A GUNEYYURT	ERMENEK	KARAMAN
PINAR ECZ.	KUCUK KARAPINAR MH. CUMHURİYET CD. IMAM HATIP SK. NO:1	SARIVELILER	KARAMAN
SAGLIK ECZ.	BANKALAR CD.	ERMENEK	KARAMAN
SILA ECZ.	DEDE MH. ISTASYON CD NO:2/D MERKEZ	AYRANCI	KARAMAN
TALAY ECZ.	KUCUKKARAPINAR MH. CUMHURİYET CD. IMAMHATIP SK. NO:2	SARIVELILER	KARAMAN
TASELI ECZ.	GOKTEPE KASABASI BELEDIYE CD. NO:8/B	SARIVELILER	KARAMAN
YALDIZ ECZ.	CUMHURİYET CD. NO:219/B	ERMENEK	KARAMAN
YILMAZ ECZ.	TASBASI MH. CUMHURİYET CD. NO:205/A	ERMENEK	KARAMAN

Kaynak: Teb. 50. Bölge Karaman Eczacılar Odası

GRAFİK-23: Karaman ili eczane Sayısı ve Ciroları (2010)

Bu grafikte verilen toplam ciro eğrisinin normalde bir çan eğrisi oluşturmuş olup Karaman İlindeki bir pazar dağılımı Türkiye geneline göre daha homojen bir yapıya sahiptir.

TABLO -28: Karaman İli Eczaneleri İlaç Pazar Bilgisi Kutu –TL

	KUTU			TL		
	<u>2009-3 Ay</u>	<u>2010-3 Ay</u>	<u>%</u>	<u>2009-3 Ay</u>	<u>2010-3 Ay</u>	<u>%</u>
Türkiye İlaç Pazarı	405.791.232	387.770.443	-4,44%	5.370.347.195	5.267.258.145	-1,92%
Aksaray İli İlaç Pazarı	1.839.489	1.721.899	-6,39%	21.631.852	20.808.712	-3,81%
Karaman İli İlaç Pazarı	1.268.877	1.192.726	-6,00%	15.603.417	14.941.807	-4,24%

TABLO -29: İlaç Pazarı İthal-Yerli Oranı

	KUTU			TL		
	<u>2009-12 Ay</u>	<u>2010-12 Ay</u>	<u>%</u>	<u>2009-12 Ay</u>	<u>2010-12 Ay</u>	<u>%</u>
Türkiye İlaç Pazarı	1.527.485.492	1.571.703.063	2,89%	21.345.952.223	21.286.219.445	-0,28%
Karaman İli İlaç Pazarı	4.869.546	5.014.009	2,97%	61.858.388	61.768.178	-0,15%
Konya İli İlaç Pazarı	42.485.812	43.650.085	2,74%	563.133.484	573.790.814	1,89%

TABLO-30: SIRALI KURUMLARIN YILLARA GÖRE İSTATİSTİKLERİ 2008 YILI

KURUM ADI ECZANE TÜRÜ	TOPLAM TUTAR	ECZANE SAYISI	AYLIK ORTALAMA	ECZANE YILLIK ORTALAMA
EPO DİYALİZ	113.211,43	30	9434,29	3773,71
PERİTON DİYALİZ	237.103,74	32	19758,65	7409,49
KAN ÜRÜNÜ	70.690,18	9	5890,85	7854,46
CEZAEVİ	76.646,70	10	6387,23	7664,67
HUZUREVİ	24.344,44	5	2028,70	4868,89
JANDARMA	10.894,56	3	907,88	3631,52
YİBO	8.149,25	3	679,10	2716,42
ÇOCUK SİTESİ	5.508,92	3	459,08	1836,31
GENEL TOPLAM	546.549,22		45545,77	

SIRALI KURUMLARIN YILLARA GÖRE İSTATİSTİKLERİ 2009 YILI

KURUM ADI ECZANE TÜRÜ	TOPLAM TUTAR	ECZANE SAYISI	AYLIK ORTALAMA	ECZANE YILLIK ORTALAMA
EPO DİYALİZ	463.845,01	35	38653,75	13252,71
PERİTON DİYALİZ	455.344,39	37	37945,37	12306,61
KAN ÜRÜNÜ	176.634,97	9	14719,58	19626,11
CEZAEVİ	84.526,74	13	7043,90	6502,06
HUZUREVİ	27.444,09	4	2287,01	6861,02
JANDARMA	12.122,86	3	1010,24	4040,95
YİBO	6.212,05	3	517,67	2070,68
ÇOCUK SİTESİ	3.000,00	3	250,00	1000,00
GENEL TOPLAM	1.229.130,11		102427,51	

SIRALI KURUMLARIN YILLARA GÖRE İSTATİSTİKLERİ 2010 YILI

KURUM ADI ECZANE TÜRÜ	TOPLAM TUTAR	ECZANE SAYISI	AYLIK ORTALAMA	ECZANE YILLIK ORTALAMA
EPO DİYALİZ	606.451,07	45	50537,59	13476,69
PERİTON DİYALİZ	354.833,94	47	29569,50	7549,66
KAN ÜRÜNÜ	226.320,29	15	18860,02	15088,02
CEZAEVİ	144.132,35	16	12011,03	9008,27
HUZUREVİ	59.692,45	9	4974,37	6632,49
JANDARMA	40.057,04	5	3338,09	8011,41
YİBO	14.131,08	3	1177,59	4710,36
ÇOCUK SİTESİ	6.443,24	1	536,94	6443,24
GENEL TOPLAM	1.452.061,46		121005,12	

SIRALI KURUMLARIN YILLARA GÖRE İSTATİSTİKLERİ 2011 YILI (İLK 3 AY)

KURUM ADI ECZANE TÜRÜ	TOPLAM TUTAR	ECZANE SAYISI	AYLIK ORTALAMA	ECZANE YILLIK ORTALAMA
EPO DİYALİZ	122.958,96	51	10246,58	2410,96
PERİTON	31.919,47	52	2659,96	613,84

DİYALİZ				
KAN ÜRÜNÜ	93.419,64	19	7784,97	4916,82
CEZAEVİ	59.146,98	19	4928,92	3113,00
HUZUREVİ	13.556,26	11	1129,69	1232,39
JANDARMA	12.977,53	6	1081,46	2162,92
YİBO	3.657,41	2	304,78	1828,71
ÇOCUK SİTESİ	955,73	1	79,64	955,73
GENEL TOPLAM	338.591,98		28216,00	

Sıralı reçeteler kişiler veya kurumlar tarafından serbest bir şekilde alınmayıp eczacı odasına teslim edilerek eczacı odası tarafından sıradaki eczanelere eşit olarak dağıtılan reçetelerdir. Bu sistem eczaneler arasında doğabilecek sorunları önlemek ve etik bozulmaların önüne geçmek için uygulanmaktadır. Tablo 29’da sıralı kurumlar, reçete tutarları ve eczaneler arasında dağılımı gösterilmektedir.

Karaman’da Eczacı Odası, Cezaevi, Huzurevi, Jandarma Er/Erbaş, YİBO (Yalıtım İlköğretim Bölge Okulu) ve Çocuk Sitesi reçetelerini sadece 1.kademe (en düşük cirolu) eczanelere dağıtmaktadır. Bu uygulama ile il olarak pazarın ve dağılımın daha dengeli olmasını sağlamakta mesleki danışmayı arttırmaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

2009 yılında, Türkiye ilaç pazarında 14.8 milyar TL değerinde 1.5 milyar kutu ilaç satışı gerçekleşmiştir.

2009 krizi sonrası durum bir önceki yıla göre TL olarak yüzde 16.7, kutu olarak ise yüzde 3,4 oranında büyüme kaydetmiştir. Bu büyümeyi sağlayan temel etkenler, pazara yeni giren ilaçların yarattığı genişleme ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesiyle ilaca erişimin artmasıdır. Türkiye pazarında reçeteli ilaçların toplam ilaç pazarına oranı kutu bazında yüzde 93,2 TL ve dolar bazında ise yüzde 95,1'dir. 2009 yılında aktif ilaç firması sayısı 307'ye ulaşmıştır. Yerli ilaç pazarı ise kutu bazında yüzde 1.4 oranında artmış, ancak dolar olarak yüzde 6,5 oranında küçülerek 4.6 milyar dolar olarak gerçekleşmiştir.

2009 yılında dünya ilaç pazarında 12. sırada yer alan Türkiye'nin 2011 yılında 17. sıraya gerilemesi ancak devam eden yıllarda tekrar büyüyerek 2013 yılında 15. sıraya yükselmesi tahmin edilmektedir. 72 milyonluk nüfusuyla çok önemli bir pazar konumunda olan Türkiye'nin kişi başı yıllık ilaç tüketimi 100 dolar gibi çok düşük bir seviyededir. Avrupa'da ortalama 500 dolar, ABD'de ise 900 dolar olan bu rakamın Türkiye'de önümüzdeki 5 yıl içinde ikiye katlanacağı öngörülmektedir. Türkiye pazarının dünya pazarında yakalamayı hedeflediği bu seviyeler için önemli ölçüde Ar-Ge yatırımı gerçekleştirilmesi gerekmektedir, birçok ilaç firması Avrupa ve ABD standartlarında yeni tesislere ve kalite sistemlerine yatırım yapmış bulunmaktadır. Ruhsatlandırma sürecinin hızlandırılması önemli önceliklerden olmalıdır ki Avrupa ile zamanlı olarak yürütülme imkanı tanınması sayesinde Türkiye'nin ihracat potansiyeli artacak ve ilaç sektöründeki ithalat ve ihracat dengesinde iyileşme yaşanacaktır. Ekonominin zayıf seyrinin devamlılığı, devletin tüm harcamalarda kısıtlamaya yönelmesini doğurabilir ve bu durumda ilaç sektöründe harcamalarda yaşanabilecek bir daralma, sektörde önemli bir riski oluşturmaktadır.

- İlaç sektörü 2011'e yaklaşık %25 daralmış olarak girmekte
- 2010-12 Bütçe disiplini için protokol yapıldı:
 - Jeneriği olmayan orijinaler referans fiyattan %23 iskonto verecek

- Jeneriği olan orijinal ilaçlar referans fiyatın %66'sına inecek, jenerikleriyle eşit fiyat alacak
- 10 TL'den yüksek 20 yıllıklar referans fiyatın %100'ünü alacak (Bugüne kadar referans fiyat sisteminin dışında tutulmuşlardı)
- 2010-11-12 yıllarında 14.6 – 15.7 – 16.6 milyar TL ilaç bütçesi aşılamayacak
- 2010 yılı İTS kaosu ile başladı
- Reçete kısıtlamalarına devam edileceği sinyalleri verildi

Eczacıların sorunları oldukça fazladır.. Özellikle genel sağlık sigortası ve genel sağlıkta dönüşüm programları eczacıları etkilemektedir. Sonuç olarak, eczacıların tüm Türkiye nüfusuna hizmet etme gibi bir durumları ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle SSK, Yeşil Kart, BAĞKUR gibi sosyal güvenlik kuruluşlarının hepsine hizmet eden eczane işletmelerinin son dönemde büyük bir hasta talebi ile karşı karşıya kaldığı açıktır. Bu noktada özellikle geri ödeme sistemindeki bazı aksaklıklar, eczane işletmelerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yüzden son iki yıl içerisinde ilaç fiyatlarında meydana gelen düşüşler, eczacıların sermayelerinde zarara neden olmuştur. Bu stok zararları ilaç firmaları tarafından karşılanmadığı için, küçük sermayeli eczacılar ilaç fiyatlarındaki düşüşlerden dolayı çok büyük oranlarda zarara girmişlerdir. Bu durumun açık bir göstergesi; son iki yıldaki yüzde 46'ya yakın fiyat indiriminin fiilen eczacıların sermayelerindeki bir fiyat indirimi olarak yansımastır.

Eczacıların bir ilacın fiyatını belirleme yetkisi bulunmamaktadır. Bu konuda sadece Sağlık Bakanlığı yetkili olup, fiyat artışları veya indirimleri meydana geldiğinde Sağlık Bakanlığı bu fiyatları kamuoyuna ve Türk Eczacılar Birliği'ne duyurmakta ve eczacılar belirlenen fiyatlardan satışa başlamaktadırlar. Eczane işletmeleri son 2 yıl içerisinde meydana gelen fiyat indirimleri yüzünden stoklarında ciddi oranlarda bir zararla karşılaşmışlardır Bütün bunlardan ayrı olarak kamuya verilen ilaç bedellerinin tahsilinde yaşanan güçlükler de meslek mensuplarını ekonomik yönden sıkıntıya sokmuştur.

Devletin ilaç sektörünü geliştirecek, özellikle Ar-Ge konusunda katkı sağlayacak, ülke sağlığına ve ekonomisine katkılarını artırarak sürdüreceği ilaç

politikasının gerekliliği büyük bir gereksinim olarak ortaya çıkmaktadır. Fiyatların dengelenmesi ve geri ödeme kurallarının belirlenmesinde tek söz sahibinin geri ödemeyi yapacak kurumun olmaması konusu da artık gündeme girmiştir. Bu aşamada, ilaç sektörü kuruluşlarımızla eczacı meslek birliklerinin temsilcilerinin de geri ödeme kurullarında yer almasının sektöre ait bilgilerin doğrulanması ve çok sık değişmeden istikrarla uygulanabilmesi gerekmektedir.

Son günlerde de 6197 sayılı eczacılık temel yasasına eczacı – eczacı ortaklığı konularak, eczanelerin şirketleşmesinin, tek elde toplanmasının ve el değiştirmesinin önü açılacağı şeklindeki iddiaya yönelik duyular gerçekleşmiş olacaktır. Bu da, Türkiye'nin büyüyen ilaç pazarındaki payını artırmak isteyen çok uluslu şirketlerin işine yarayacak, Ülkemiz eczanelerinin de diğer varlıklarımız gibi yabancıların kontrolüne geçmesi sağlanmış olacaktır. Eczanelerin bu tip uygulamalarla kapanmaya zorlanmasının, zincir eczaneler kurulmaya çalışıldığı yolundaki duyular da Eczacılar arasında gelecek kaygısının yaşanmasına sebep olmaktadır.

Son yapılan değişiklik ile cirosu düşük eczanelerden Devlet iskontosu kaldırılmış ise de, bu sorun halen varlığını sürdürmektedir. Yine aynı şekilde, muayene katkı paylarının devlet hastaneleri adına eczaneler tarafından tahsil edilmeye devam ediyor olması, sorunların çözümü değil peyder pey ertelenmesi anlamına gelmekte olup bu konudaki sorunda devam etmektedir.

Sağlık Uygulama Tebliğlerinde yer alan ve sık sık değişen hükümler nedeniyle, eczacılardan kaynaklanmayan, raporlama ve ilaçların reçetelendirilmesinden kaynaklanan yanlışların maddi yükü, provizyon sistemine girdikten sonra, eczacı üzerinde kalmakta ve eczanelerimize büyük külfet bırakmaktadır. Provizyon sistemi sürekli olarak ve düzenli çalışmamaktadır. Bu da eczaneler tarafından hastalara ilaç verilmesinde sıkıntılara yol açmaktadır. Hasta yakınları ile eczacılar arasında olumsuzluklara yol açmaktadır.

Yeşil kart reçetelerinin geri ödeme süreleri çok uzamaktadır. Eczacılar tarafından hastalar için karşılanan ilaçların bedelleri bırakın yıl içerisinde karşılanmayı sonra ki yıllara sarktığı gibi, ilaç bedelleri için ihtiyaç duyulan ödeneklerde bütçelere talebin % 70-75 kadarı konmaktadır.

Hastaların reçete temini esnasında ücretten tamamen bağımsız olmaları bilinçsiz ve etik dışı bir tüketime yol açmaktadır.Önceden emeklilerin ve kamu çalışanlarının katılım paylarının maaşlarından kesilmesi uygulaması sadece emeklilerle kısıtlanmıştır.Katılım paylarının maaştan kesilmemesi sebebiyle etik kurallara uymayan özelliklerde muvazalı olan eczanelerde bu ücretler alınmamakta ve kişiler herhangi bir ücret ödemedikleri için tüketimi arttırmaktadırlar.

ÖNERİLER

- Özellikle Kronik Hastalıklar için Tedavi Protokollerinin geliştirilmesi,
- SGK ilaç alım sistemindeki verimsizliklerin önlenmesi
- Yolsuzlukların önlenmesi
- Kademeli katkı payı ve tamamlayıcı sigorta fikrine ciddiyetle bakılması
- Yeni ilaçların ruhsat süreçlerinin iyileştirilmesi
- Yeni ilaçlar için HTA (sağlık teknolojisi değerlendirme) yöntemlerinin geliştirilmesi ve uygulanması (medikal ve ekonomik, sağlık gideri yükünün bütünü öngörülerek)
- İlaç fiyat düşüşlerinde, indirimli fiyattan eczanelere ilaç akışının sağlanmasına yönelik yasal düzenleme yapılmalıdır.
- Kurum iskontosunun muhatabı eczaneler olmamalıdır. İlaç firmalarının kurum iskontolarını ilaç fiyatlarına yansıtmaları sağlanmalı, perakende ve kurum fiyatı şeklinde uygulanan ikili fiyat uygulamasının ortadan kalkması sağlanmalıdır.
- Avrupa Birliği ülkelerinde de uygulandığı üzere, eczanelere reçete ve/veya kutu başına meslek hakkı ödemesi sağlanmalıdır.
- Eczane işletme giderlerinin yüzde 10-12 arasında olduğu göz önüne alındığında, mevcut kar oranları ile eczanelerin ticari yaşamlarını sürdürmeleri olanaksızdır. Dünya Sağlık Örgütü'nün verilerine göre , depocu ve eczacı kar oranları toplamı en az yüzde 35 olmalıdır.

- Yerli ilaç sanayi desteklenmeli
- Ecza depolarının gecikmiş alacaklarına uyguladıkları acımasız ve yasal olmayan faiz uygulamalarına bir an önce son verilmelidir.
- Muayene ücretinin eczaneler aracılığıyla tahsili uygulamasının sonlandırılması
- Avans uygulamasının hayata geçirilmemesi %100 ödeme yapılması
- Kamu Kurum iskontoları yükünün eczacı üzerinden kaldırılması Eczanelerin 1. Basamak sağlık kuruluşu olarak değerlendirilmesi Reçete dağıtım sisteminin devamı
- Hastanelerde ve kamu kurumlarında eczacı istihdamı arttırılmalı
- Günübirlik tedavi uygulamasının kaldırılması
- Reçete onay sisteminin kesintisiz ve verimli çalışmasının sağlanması
- Konsolide bütçe ve Yeşil Kart ödemelerinin bir an önce yapılması
- Katılım payları ve muayene ücretlerinin maaşlardan kesilmesi uygulaması arttırılmalı, gerekli olduğu hallerde çalışanların ve bağıkurlu hastaların primlerine eklenmeli.

KAYNAKÇA

DERGİ

- Arda, Berna; "Üniversitenin Araştırma İşlevi ve Etik", Cerrahpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, cilt 4, Sayı 25, 2003, ss. 1-5
- Doğan, Bertan; Geri Ödeme, Bizim Gazete, Ankara Eczacı Odası, sayı 2, 14 Haziran 2005, <http://www.istanbuleczaciiodasi.org.tr> , E.T: 08.08.2006.
- Orhaner, Emine, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortası", Turizm ve Ticaret Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı 1, 2006, ss.1-22.
- Özsarı, Haluk, " Sağlık ve Sigorta" Sigorta Dünyası Dergisi, Sayı 472, İstanbul, Nisan 2000, ss. 20-26.
- Abacıoğlu, Nurettin; " Akılcı İlaç Kullanımı", Bilim, Eğitim Düşünce Dergisi, cilt 5, sayı 4, Aralık 2005.
- Acet, Murat, "Gümrük Birliği ve Türk İlaç Endüstrisi", [http://www.foreigntrade.gov.tr /ead/DTDERGI/ocak98/gumb.htm](http://www.foreigntrade.gov.tr/ead/DTDERGI/ocak98/gumb.htm), E.T: 08.08.2006.
- Aktan, Hasan Tansu; "Sağlık Ekonomisi ve Finansmanı", Yeni Türkiye 40, 2001, ss.1557-1570.
- Medicine, 42 (11), 1996, pp.1493-1500.
- Top, Mehmet; Menderes Tarcan; "Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları: 1998-2003 Dönemi Değerlendirmesi", Liberal Düşünce Dergisi, Cilt 9, Sayı 35, 2004, ss. 177-200.
- Yalçınar, U. G., "İlaç ve Patent Türkiye'de ve Dünyada Son Gelişmeler", Ankara Barosu Fikri Mülkiyet ve Rekabet Hukuku Dergisi, Yıl:2, Cilt:2, Sayı:3, 2002, ss. 17-44

RAPORLAR

- Baykara, Tamer; Hülya Çaylı; Hüseyin Çelik ve Diğerleri; "Türkiye'de İlaçta Veri Koruması ve Uygulamasının Mali Etkileri", Pfizer İlaçları Limited Şirketi, Ankara 2003, ss. 1-62.

- Çakmakcı, A. Mete; Altan Küçükçınar; A. Hakan Özdemir ve Diğerleri, "İrlanda Biyoteknoloji Çalışma Raporu", 10 Ağustos 2006.
- Kanzık, İlker; Türk İlaç Sanayinin Avrupa Birliği Çerçevesinde SWOT Analizi, İEİS Olağanüstü Genel Kurul Toplantısı Sunumu, 2001, ss. 1-7
- Rekabet Kurulu Kararı; Dosya Sayısı:2003-1-45, Karar Sayısı: 03-44/501-221, Karar Tarihi: 19.06.2003, s.1-7, <http://www.rekabet.gov.tr/pdf/03-44-501-221.pdf#search=%22ila%C3%A7%20piyahas%C4%B1nda%20referans%20fiyat%22,E.T:04.09.2006>.
- Küçük ve Orta Ölçekli Sanayii Geliştirme Destekleme İdaresi Başkanlığı, "Türkiye'de İlaç Sanayi", Ankara, Haziran 2004, s.1-15.
- Turgut, Kaya; Türkiye'de İlaç Sanayi ve Avrupa Birliği (AB) İle Entegrasyon, AB Entegrasyon Sürecinde Türk Tıbbi Ürünleri ve İlaç Sanayi Semineri, 2004 www.ieis.org/tr/toplanti/index2.htm, E.T: 10.03.2004.

SÜRELİ YAYINLAR

- Atay, Okan; "Sağlıkta ilacın yeri ve Sorunları", Yeni Türkiye 40, 2001, ss.1047-1056.
- Eczacıbaşı, Bülent; "İlaç Sanayi ve Sorunları", Yeni Türkiye 40, 2001, ss. 1011-1020.
- Erol, Dilek; "Avrupa Birliği ve İlaç Sanayi", Yeni Türkiye 40, 2001, ss. 1057-1067.
- Tokgöz, Tandoğan; "Türk İlaç Endüstrisinin Ulaştığı Düzey", Yeni Türkiye, sayı 40, 2001, ss. 1042-1046.
- Gökay, E., "Aile Hekimliğinde Genetik Moleküler Tanı Uygulamaları" Medikal yayım Grubu, Ph.D., 2003, ss. 1-10.

KİTAP

- Kurtulmuş, Sevgi; Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi, Timaş Yayınları, İstanbul 1998.
-
- Fişek, Nusret; Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Finansman Sorunları, Sağlık Yönetimi, 1964.

İNTERNET

- ANKEM DERNEĞİ; http://www.ankemdernegi.org.tr/ANKEMJOURNALPDF/ANKEM_20_1_65_67.pdf E.T: 08.08.2006.
- TÜBİTAK (2003a); "Teknoloji Öngörü Projesi- Sağlık ve İlaç Paneli Sonuç Raporu", TÜBİTAK, Ankara, 2003, s.1-64, <http://www.vizyon2023.tubitak.gov.tr> E.T: 01.05.2006.
- TÜBİTAK (2003b); "Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Türk Hematoloji Derneği", TÜBİTAK Ankara, 2003, s. 1-87. www.tubitak.gov.tr. E.T. 22.03.2006
- Özcan, Sevgi; İ. Ünlüoğlu; " Dünyada ve Türkiye'de Aile Hekimliği Uygulamaları", 2005, ss.1-5, <http://www.tahud.org.tr/modules/bilgiler/index.php?op=viewarticle&artid=4>, E.T: 19.8.2006
- TTB; "Türkiye Sağlık İstatistikleri", 2005, http://www.ttb.org.tr/index.php?option=com_content&task=view&id=80&Itemid=41, Erişim Tarihi: 02.08.2006.
- Derya, Yahya, " Bazı İlaçların Dönüştürümlü Olarak Eczanelerde satılabileceğine İlişkin Uygulamanın Türk ruhsat Hukuku Açısından değerlendirilmesi", <http://www.lobels.com/store/main/item.asp?item=88>, E.T: 03.06.2006.
- Emil, Yılmaz; "Kamu Borçlanması, İstikrar Politikaları ve Uygulanan Maliye Politikalarının Kalitesi: Genel Sorunlar ve Türkiye Üzerine Gözlemler", Middle East Technical University Economic Research Center. ERC Working Papers in Economics, Ankara, September 2003.
- Fişek, Nusret; "Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Bugünü ve Yarını", http://www.ttb.org.tr/n_fisek/kitap_2/index.html, E.T: 04.04.2006.
- Işık, S.; Akılcı İlaç Kullanımı, Sağlıkta Strateji, www.spgk.saglik.gov.tr/ss/sayilar/9703/s11 E.T: 16.05.2006.
- İEİS (2003); "Türkiye'de İlaç: 2003", İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS), Ankara, http://www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.asp?menuk=12, E.T: 13.12.2005.
- İEİS (2004); "Türk İlaç Endüstrisi Gelişim Projeksiyonu", İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, Ankara, <http://www.ieis.org.tr/arastir/2023%20son.pdf>, E.T: 21.03.2006.
- AİFD (Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği); "Türkiye'de Yenilikçi İlaçlarla Daha Uzun Yaşam", 2006, ss. 1-2. http://www.aifd.org.tr/_publish/documents/aifd.pdf. E. T.: 05.09.2006.

- AB SAĞLIK; "Avrupa Birliği'ne Uyum ve Katılım Sürecinde Türk Sağlık Sektörü Açısından Değerlendirmeler", http://www.absaglik.com/hhy_ty_akilciilac.pdf, E.T: 08.08.2006
- AİFD, "Ülkemizde Sağlık Harcamaları", [http://www.aifd.org.tr/default.asp?pId=13 &lang=0&date=17.07.2006&docId=300](http://www.aifd.org.tr/default.asp?pId=13&lang=0&date=17.07.2006&docId=300), E.T: 08.08.2006.

TEZ

- Eriş Asil;" Türk İlaç Sanayinde Rekabet Üzerine Pilot Bir Çalışma" Eczacılık İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Dönem Projesi", 2006-Ankara
- Serçe Aziz; Satış Gücü Yönetimi İlaç Firmalarında Satış Gücü Uygulamaları Üzerine Bir Araştırma; İnönü Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Üretim Yönetimi Ve Pazarlama Bilim Dalı, Malatya, 2006
- Özler Kırıl Deniz , Şar Sevgi; "Satış Gücü Eğitiminin Türk İlaç Endüstrisindeki Önemi" Ankara Ecz. Fak. Derg. 33 (4) 243 - 254 , 2004
- Tatar, Mehtap; Sağlık Harcamaları İlaç Harcamaları ve Farmakoekonomi, I. Uluslar arası Sağlık Ekonomisi ve Farmakoekonomi Sempozyumu, <http://www.sid.hacettepe.edu.tr>, E.T: 12.03.2006.
- Şahin, Bayram; Yuanli Liu ; Yusuf Çelik; Türkiye'de Sağlık ve İlaç Harcamaları: Türkiye'de Sağlık/İlaç Harcamaları ve İlaç Geri Ödeme Politikası, Eylül 2003.
- Şemin, Semih; Sosyal ve Ekonomik Yönüyle İlaç, Türk Tabipleri Birliği Merkez Konseyi, 1998, Ankara.
- Tatar, Mehtap; "Türkiye'de Sağlık Harcamaları İlaç Harcamaları ve Farmoekonomi", Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Yüksek Okulu, Ankara, 24 Mayıs 2005, ss. 1-39.
- Tokat, Mehmet; Türkiye Sağlık Harcamaları ve Finansmanı 1998, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Ankara 2001.
- Üçer, Ali Rıza; "Dünya Ölçeğinde Avrupa İlaç Endüstrisi ve Türkiye'nin Gerileyen Yeri", Üniversite ve Toplum, Tıp Kurumu Genel Sekreterliği, 2003, ss. 1-3.

RESMİ KURUM RAPORLARI

- Bağ-Kur; "2004 Yılı İstatistikleri", http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/bk_saglik_giderleri3.htm, E. T.: 05.07.2006.
- DPT (2007); "Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı" İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyon Raporu, T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, Ankara.
- Bağ-Kur (2003); "2002 İstatistik Yıllığı", Bağ-Kur Genel Müdürlüğü, Yayın No. 2003/1, Ankara 2003.
- Bağ-Kur (2001); "XII. Genel Kurulu Çalışma Raporu", Bağ-Kur Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Bağ-Kur (2003); "2002 İstatistik Yıllığı", Bağ-Kur Genel Müdürlüğü, Yayın No. 2003/1
- Emekli Sandığı (2004); "Sağlık Harcamaları Denetim Projesi", T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Ankara, www.emekli.gov.tr/duyuru_saglikprojesi.html, E.T: 03.04.2006.
- Emekli Sandığı; <http://www.emekli.gov.tr/ISTATISTIK/saglik.html#s1>, E.T: 11.06.2006.
- GATA ; "Aile Hekimliği", 2006, s.1-5, http://www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ailehekimligi/default.asp?sayfa=main&s=ah_ozel&m=ah, E.T.: 19.8.2006.
- Maliye Bakanlığı(2005); "Türkiye'de Kamu Borç Servisinin Bütçe İçi Etkileri: 1950-2001", s.225, <http://www.maliye.gov.tr>, E.T: 08.08.2006.
- Sağlık Bakanlığı (2003a); "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu", s.1-98, <http://www.sabem.saglik.gov.tr/forum/ezadmin>, E.T:14.11.2005.

- Sağlık Bakanlığı (2003b); "Sağlıkta Dönüşüm", T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, Aralık 2003.
- SSK (1999), "Sosyal Sigortalar Kurumu 1999 Faaliyet Raporu", T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Sigortalar Kurumu, Ankara.
- SSK (2003), "Çalışma Raporu 2002", T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Sigortalar Kurumu, Ankara.
- SSK (2003), "İstatistik Yıllığı 2002", T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Sigortalar Kurumu, Ankara.
- SSK (2003b), "İstatistik Yıllığı 2002", T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Sosyal Sigortalar Kurumu, Ankara.
- SSK (2004); "2004 Yılı İstatistikleri", http://www.calisma.gov.tr/basinbulteni/ssk_saglik_giderleri3.htm, E. T.: 05.07.2006.

ÖZGEÇMİŞ

1983 Tarihinde Karaman'da doğdum. İlkokulu istiklal ilköğretim okulunda, ortaokulu Karaman Anadolu Lisesinde bitirdim. Lise öğrenimimi Konya Meram Fen Lisesinde bitirdim ve Anadolu Üniversitesi Eczacılık Fakültesini Kazandım. Fakülteden 2006 yılında Mezun oldum ve Larende eczanesini açtım. halen Karaman'da Larende eczanesinin sahipliğini ve mesul müdürlüğünü yapmaktayım.

2009 yılından bu yana 50. Bölge Karaman eczacı odası yönetim kurulu üyeliği ve T.E.B. eczanelerde verimliliği artırma komisyonu üyeliği yapmaktayım.