

T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
MALİYE ANA BİLİM DALI  
MALİYE TEORİSİ BİLİM DALI

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİ  
VE  
TÜRKİYE'DE İLAÇ SEKTÖRÜ  
PAYDAŞLARI ÜZERİNE ETKİLERİ**

**Doktora Tezi**

**Aysun YILMAZTÜRK**

**İstanbul, 2013**

T.C.  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
MALİYE ANA BİLİM DALI  
MALİYE TEORİSİ BİLİM DALI

**SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİ  
VE  
TÜRKİYE'DE İLAÇ SEKTÖRÜ  
PAYDAŞLARI ÜZERİNE ETKİLERİ**

**Doktora Tezi**

**Danışman: PROF. DR. AYSEGÜL MUTLU**

**Aysun YILMAZTÜRK**

**İstanbul, 2013**

**MARMARA ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**

**TEZ ONAY BELGESİ**

MALİYE Anabilim Dalı MALİYE TEORİSİ Bilim Dalı DOKTORA öğrencisi  
AYSUN YILMAZTÜRK'nin SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRFCÜ VE TÜRKİYE'DE İLAÇ  
SEKTÖRÜ PAYDAŞLARI ÜZERİNE ETKİLERİ adlı tez çalışması, Enstitümüz Yönetim  
Kurulunun 28.06.2013 tarih ve 2013-24/18 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oy birliği /  
oy çokluğu ile Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi ...10.../...07.../...2013...

**Öğretim Üyesi Adı Soyadı**

- |                 |                             |
|-----------------|-----------------------------|
| 1 Tez Danışmanı | Prof. Dr. AYŞEGÜL MUTLU     |
| 2 Jüri Üyesi    | Prof. Dr. HÜLYA KIRMANOĞLU  |
| 3 Jüri Üyesi    | Doç. Dr. GÜLAY YILMAZ AKGÜL |
| 4 Jüri Üyesi    | Prof. Dr. AYŞE GÜNLÜ        |
| 5 Jüri Üyesi    | Prof. Dr. TİGEN ALTUĞ       |

İmzası



## GENEL BİLGİLER

İsim ve Soyadı : Aysun Yılmaztürk  
Anabilim Dalı : Maliye  
Programı : Maliye Teorisi  
Tez Danışmanı : Prof. Dr. Ayşegül Mutlu  
Tez Türü ve Tarihi : Doktora – Haziran 2013  
Anahtar Kelimeler : Sağlıkta Dönüşüm Programı, İlaç Sektörü

### ÖZET

#### SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM SÜRECİ VE TÜRKİYE’DE İLAÇ SEKTÖRÜ PAYDAŞLARI ÜZERİNE ETKİLERİ

İlaç sektörü doğrudan insan sağlığı ile ilişkili olduğundan, diğer sektörlerden farklı bir yapıya sahiptir. Ekonomik bir sektör olmasının yanısıra stratejik bir önemi vardır. Dünyada ve Türkiye’de ilaç sektörü harcamalarının önemli bir kısmı devlet tarafından finanse edilmektedir. Bu nedenle her dönemde kamu müdahaleleri ve reformlar gündeme gelmiştir. Türkiye 2003 yılından bu yana Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) çerçevesinde bir dizi reform gerçekleştirmiştir. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanında değişimler meydana gelmiş, devletin sağlık hizmetlerine yaklaşımında dönüşüm sürecine girilmiştir. Bu dönüşüm sürecinde Dünya Bankası ve IMF gibi uluslararası aktörler de rol oynamaktadır.

Bu çalışmada SDP çerçevesinde gerçekleştirilen bu reformların sağlık ve ilaç harcamaları üzerindeki etkileri OECD ülkeleri ile karşılaştırmalı olarak ele alınmıştır. Ayrıca geri ödeme sistemi, ilaç fiyatlandırma politikaları ve akılcı ilaç kullanımı konuları ilaç sektörü paydaşları olarak ilaç firmaları, eczacı ve hastalar üzerindeki etkileri dikkate alınarak incelenmiştir.

Bu araştırmanın sonucunda, son yıllarda sağlık ve ilaç harcamalarının tüm dünyada ve Türkiye’de hızla arttığı görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi, sağlık harcamaları içinde ilaç harcamaları payının yüksek olması dikkat çekici bir konudur. SDP ile getirilen bir dizi yenilik ilaç sektörü ve paydaşlarını etkilemiştir. Sağlık hizmetlerine erişimin artması hastalar açısından memnuniyeti ifade etmektedir. Eczacılar üzerinde ise karlılık oranlarında negatif etki şeklinde ortaya çıkmaktadır. İlaç sektörü ise fiyatlandırma ve geri ödeme, Ar-Ge konularında bazı yeni düzenlemeleri talep etmektedir.

## **GENERAL KNOWLEDGE**

Name and Surname : Aysun Yılmaztürk  
Field : Public Finance  
Programme : Theory of Public Finance  
Supervisor : Proffessor Ayşegül Mutlu  
Degree Awarded and Date : Doctorate, 2013  
Keywords : Health Transformation Program, Drug Sector

## **ABSTRACT**

### **TRANSFORMATION PROCESS IN HEALTHCARE AND EFFECTS OF PHARMACEUTICAL SECTOR ON STAKEHOLDERS IN TURKEY**

Because the health sector is directly related to human health, it has a different structure from other sectors. This sector has the strategic importance rather than an economic sector. in the world and also in Turkey, an important part of sector expenditures are financed by the state. For this reason, public interventions and reforms has been raised in each period. Since 2003, Turkey carried out a series of reforms within the framework of the Health Transformation Program. Changes has occurred not only presentation of health care services but also financing of these services and the state entered into a process of transformation approach to health care.

In this study, the effects of these reforms on health and drug expenditures are discussed in comparison with other OECD countries within the framework of the health transformation program. In addition to this, the payment system, pharmaceutical pricing policies and the rational use of drugs are analyzed taking into account their impacts on pharmaceutical sector, pharmacists and patients as stakeholders in the pharmaceutical sector.

As a result of this research, in recent years, healthcare and pharmaceutical expenditures has increased rapidly in Turkey and also all over the world. As well as in developing countries, the high share of drug expenditures in healthcare spending is an issue to be noteworthy. SDP, as a series of innovations, affected the pharmaceutical industry and staholders of this industry. Increasing of accessing to healthcare services is expressed patient satisfaction. In the form of a negative impact on the profitability ratios on pharmacists. Pharmaceutical industry is required some of the new regulations about pricing, reimbursement and R&D issues.

# İÇİNDEKİLER

Sayfa No.

GENEL BİLGİLER .....	I
ÖZET .....	II
GENERAL KNOWLEDGE .....	III
ABSTRACT.....	III
<b>1.GİRİŞ.....</b>	<b>1</b>
<b>2. SAĞLIĞA İLİŞKİN KAVRAMSAL TANIMLAR VE SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
2.1 SAĞLIĞA İLİŞKİN KAVRAMSAL TANIMLAR.....	3
2.1.1 Sağlık Kavramı ve Temel Belirleyiciler .....	7
2.1.1.1 Çevre.....	9
2.1.1.2 Kalıtım.....	12
2.1.1.3 Yaşam Tarzı – Davranış .....	14
2.1.1.4 Sağlık Hizmetlerine Erişim .....	15
2.1.2 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı .....	15
2.1.3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri.....	18
2.1.3.1 Kamusalılık.....	18
2.1.3.2 Toplumsalılık.....	19
2.1.3.3 Öngörülemezlik .....	20
2.1.3.4 İkame Edilemezlik.....	20
2.1.3.5 Ertelenemezlik.....	21
2.1.3.6 Bilgi Yetersizliği (Asimetrik Enformasyon) .....	21
2.1.3.7 Paraya Çevrilemezlik.....	22
2.1.4 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması.....	22
2.1.4.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	23
2.1.4.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri .....	23
2.1.4.3 Rehabilite Edici Hizmetler .....	24
2.2 SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM: DÜNYA VE TÜRKİYE .....	25
2.2.1 Dünya’da Sağlık Hizmetlerinin Dönüşüm Süreçleri.....	25
2.2.2 Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması.....	28
2.2.2.1 Girişimci ve Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi: “ABD Örneği” .....	29
2.2.2.2 Refah Yönelim Tipi Sağlık Sistemi: Almanya Örneği.....	35

2.2.2.3	Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri: İngiltere Örneği .....	39
2.2.2.4	Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri: Küba Örneği .....	44
2.2.3	Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü .....	47
2.2.3.1	Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları, İlkeleri ve Bileşenleri .....	51
2.2.3.2	Sağlıkta Dönüşüm Programının Getirdikleri .....	54

### **3. TÜRKİYE’DE İLAÇ SEKTÖRÜNÜN YAPISI**

3.1.	Tanımlar .....	58
3.1.1	İlaç Kavramı .....	58
3.1.2	İlaç Sanayinin Tanımı ve Önemi .....	64
3.2	Piyasa Çeşitliliği .....	68
3.2.1	Tam Rekabet Piyasası .....	68
3.2.2	Monopol Piyasası .....	70
3.2.3	Monopollü (Tekelci) Rekabet Piyasası .....	71
3.2.4	Oligopol Piyasası .....	72
3.2.5	İlaç Piyasasının Özellikleri: Oligopol ve Monopollü (Tekelci) Rekabet 73	
3.2.6	İlaç Piyasası Özelliklerinin Oluşma Koşulları .....	74
3.3.	İlaç Piyasası Temel Göstergeleri .....	76
3.3.1.	İlaç Piyasasında Üretim .....	77
3.3.2.	İlaç Piyasasında Tüketim .....	81
3.3.3.	İlaç Piyasasında İstihdam .....	84
3.3.4.	İlaç Piyasasında Dış Ticaret .....	85
3.3.5.	İlaç Piyasasında Yatırım ve Ar-Ge Çalışmaları .....	89
3.3.6.	İlaç Piyasasında Fiyatlandırma .....	93

### **4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ İLAÇ SEKTÖRÜ PAYDAŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

4.1.	SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ SAĞLIK VE İLAÇ HARCAMALARI ÜZERİNE ETKİLERİ .....	97
4.1.1.	Devlet Yönünden Etkileri .....	108
4.1.1.1.	Sağlık Harcamalarının Gelişimi .....	108
4.1.1.1.1.	Kamu Sağlık Harcamaları .....	115
4.1.1.1.2.	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları .....	139

4.1.1.1.3. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Türkiye ile Karşılaştırılması.....	149
4.1.1.2. İlaç Harcamalarının Gelişimi .....	156
4.1.1.2.1. Kamu İlaç Harcamaları .....	164
4.1.1.2.2. Kişi Başına Düşen İlaç Harcamaları .....	172
4.1.1.2.3. OECD Ülkelerinde İlaç Harcamaları ve Türkiye ile Karşılaştırılması.....	178
4.1.2. İlaç Firmaları ve Eczacılar Üzerindeki Etkileri.....	181
4.1.3. Nihai Kullanıcılar Üzerindeki Etkileri .....	193
4.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GERİ ÖDEME SİSTEMİ ÜZERİNE ETKİLERİ.....	195
4.2.1. Devlet Yönünden Etkileri.....	198
4.2.2. İlaç Firmaları ve Eczacılar Üzerindeki Etkileri.....	205
4.2.3. Nihai Kullanıcılar Üzerindeki Etkileri .....	209
4.3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ İLAÇ FİYATLANDIRMA POLİTİKALARI ÜZERİNE ETKİLERİ.....	211
4.3.1. Devlet Yönünden Etkileri.....	213
4.3.1. İlaç Firmaları ve Eczacılar Üzerindeki Etkileri.....	217
4.3.2. Nihai Kullanıcılar Üzerindeki Etkileri .....	223
4.4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÜZERİNE ETKİLERİ.....	225
4.4.1. Devlet Yönünden Etkileri.....	228
4.4.2. İlaç Firmaları ve Eczacılar Üzerindeki Etkileri.....	230
4.4.3. Nihai Kullanıcılar Üzerindeki Etkileri .....	233
5. SONUÇ .....	239
EKLER.....	248
KAYNAKÇA.....	263



## ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa No.

Şekil 2-1: Sağlıkın Girdileri.....	8
Şekil 2-2: Sağlık Hizmetlerinin Fiziksel ve Sosyal Çevresi .....	11
Şekil 2-3: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi .....	17
Şekil 2-4: ABD’de Hastaneler .....	33
Şekil 2-5: Alman Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı .....	38
Şekil 3-1: İlacın Tüketiciye Ulaşım Aşamaları.....	61
Şekil 3-2: Türkiye Reçeteli İlaç Pazarı Dağılımı .....	80
Şekil 3-3: Kişi Başına İlaç Tüketimi - 2010 (Dolar bazında).....	82
Şekil 3-4: Türkiye Reçeteli İlaç Pazarı Büyüklüğü (Milyon TL).....	83
Şekil 3-5: İlaç İhracatının İthalatı Karşılama Oranları .....	87
Şekil 4-1: Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki Payına Göre Gelişimi ve GSYH Payı .....	119
Şekil 4-2 :Yıllara Göre Sigortalılık Kapsamı.....	120
Şekil 4-3: Muayene Sayılarının İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarına Göre Yüzdelerle Dağılımı: 2002 ile 2010 .....	130
Şekil 4-4: Kamu Tedavi Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı .....	132
Şekil 4-5: Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının TSH’na Oranı .....	134
Şekil 4-6: Hane Halkı Tüketimi İçinde Cepten Sağlık Harcamasının Payı(%) (2002/2010) .....	135
Şekil 4-7: Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin Kişi Başına Sağlık Harcama Düzeyleri Ve Sağlık Statüsü Göstergeleri .....	141
Şekil 4-8: Bölge Gruplarına Göre Ülkelerin Kişi Başına Ve GSYH Yüzdesi Olarak Sağlık Harcama Düzeyleri.....	141
Şekil 4-9: OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamaları 2010 (SGP Dolar olarak) .....	142
Şekil 4-10: OECD Bölgesi İçin GSYH ile Kişi Başı Sağlık Harcaması Arasındaki İlişki .....	143
Şekil 4-11: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması ve GSYH, Türkiye/ AB-15 Ortalama (1980-2007) .....	144
Şekil 4-12: Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Yıllık Ortalama Artış Oranına Etki Eden Faktörlerin Dağılımı .....	148
Şekil 4-13:OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%) 2010.....	152
Şekil 4-14: Türkiye GSYH Artışları İle Sağlık Harcamalarında Meydana Gelen Değişim (1995-2005) .....	152
Şekil 4-15: OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı %, 2010.....	154
Şekil 4-16: Türkiye Sağlık ve İlaç Sektörünün Gelişim Tarihi .....	157
Şekil 4-17: Türkiye’de İlaç Üretimi 2005-2011 .....	158
Şekil 4-18: Türkiye’nin Yıllara Göre İlaç Sektörü Cari Açık Değerleri, 2006 – 2011	159
Şekil 4-19: Türkiye’de İlaç İthalatı (2002-2012).....	160
Şekil 4-20: Türkiye İlaç Sektörünün Toplam Değeri ve Hacmi, 2005 - 2011.....	161
Şekil 4-21: Kamu İlaç Harcamaları ve İlaç Sayısı (2002-2011).....	166

Şekil 4-22: Türkiye’de Kamu İlaç Harcamaları (Milyon TL) .....	166
Şekil 4-23: Kamu İlaç Harcamalarındaki Değişim 2002-2011.....	167
Şekil 4-24: Türkiye’de SGK İlaç Harcaması (Milyon, TL) .....	171
Şekil 4-25: Türkiye’de Kamu İlaç Harcamasının GSYH İçindeki Payı (2004-2011) ..	172
Şekil 4-26: Türkiye’de Kişi Başı İlaç Harcaması .....	173
Şekil 4-27: OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı % .....	174
Şekil 4-28: Türkiye’deki Eczaneler Ve Toptancıların Kâr Marjları.....	188
Şekil 4-29: Küresel İlaç Sektörü Toplam Ar-Ge Harcaması, (2002-2016) .....	192
Şekil 4-30: İlaç Tedavi Masraflarını Kendi Karşılamanın Oranı(%) .....	210
Şekil 4-32: Türkiye İlaç Pazarının Yıllara Göre Değişimi .....	221
Şekil 4-33: Türkiye İlaç Pazarında Yerli ve İthal İlaçların Dağılımı .....	222

## TABLO LİSTESİ

	<b>Sayfa No.</b>
Tablo 2-1: Büyük Britanya (İngiltere) Sağlık Sistemi .....	42
Tablo 2-2: Türkiye’de İlaç Sektörü’nde SDP Sonrası Değişimler .....	56
Tablo 2-3: SDP Çerçevesinde Gerçekleştirilen Reformlar (2003-2010).....	57
Tablo 3-1: Türkiye’de Ar-Ge Harcamaları (1995-2011) .....	92
Tablo 3-2: Seçilmiş Avrupa Birliği Ülkelerinde Referans Fiyatın Kıyaslamalı Tanımları.....	95
Tablo 4-1: Türkiye’de Sağlık Sigortasındaki SDP Öncesi ve Sonrası Durum .....	112
Tablo 4-2: Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı .....	113
Tablo 4-3: Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (2002-2010) (%).....	113
Tablo 4-4: Türkiye’de Sağlık Hizmeti Veren Kurumların Altyapıları (2002-2011) ...	118
Tablo 4-5: Türkiye’de Kamu Sağlık Harcaması (Milyon TL) (%).....	121
Tablo 4-6: Türkiye’de Tedaviye Erişim Göstergeleri (2002/2010).....	122
Tablo 4-7: Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının TSH.....	123
Tablo 4-8: Türkiye’de Genel Yönetim Sağlık Harcamaları ve TSH’ya Oranı (Milyon TL) (%) .....	124
Tablo 4-9: Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYH Oranı .....	126
Tablo 4-10: Türkiye’de Yıllar İtibariyle Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (2002-2008) .....	127
Tablo 4-11: Türkiye’de Özel Sektör Sağlık Harcamaları ve TSH’ya Oranı .....	128
Tablo 4-12: Türkiye’de Hastane ve Yatak Sayıları Değişimi: (2002/2011) (%).....	129
Tablo 4-13: Kamu Tedavi Ödemelerinin Kurumlara Göre Durumu (2004-2008) .....	131
Tablo 4-14: Türkiye’de Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması.....	136
Tablo 4-15: Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Ayrışımı (2005-2012) (Milyon TL) .....	137
Tablo 4-16: Türkiye’de Sosyal Güvenlik, Sağlık Hizmetlerine Yönelik .....	137
Tablo 4-17: Türkiye’de SGK Harcamaları (Milyon TL) (2005-2011).....	138
Tablo 4-18: Türkiye’de SGK Harcamalarının Değişimi,(2005/2011) (%).....	139
Tablo 4-19: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Kişi Başı Sağlık Harcamaları Yıllık Bileşik Büyüme Oranı (2008-2013) (%) .....	140
Tablo 4-20: Türkiye’de Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (1980-2010) .....	145
Tablo 4-21: Türkiye’de Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması (Dolar).....	146

Tablo 4-22: Türkiye’de Reel Kişi Başı GSYH ve Sağlık Ortalama Yıllık Büyüme Oranı (1998-2006).....	146
Tablo 4-23: Türkiye’de Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Sağlık Harcaması TL ve Toplamdaki Oranı .....	147
Tablo 4-24: OECD Ülkeleri Ortalaması Ve Türkiye’de Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması, 1985-2010 .....	150
Tablo 4-25: Sağlıkta İnsan Kaynakları Türkiye ve Uluslar arası Karşılaştırması .....	155
Tablo 4-26: Türkiye’de Kamu İlaç Tüketimi ve Harcamasındaki Değişim .....	162
Tablo 4-27: 2003 – 2012 Yılları arasında Türkiye’de Gerçekleşen Satın Almalar .....	164
Tablo 4-28: Kamu İçin İlaç Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı (%) .....	165
Tablo 4-29: Kamu İlaç Harcaması ve Kullanılan Kutu Sayısı .....	167
Tablo 4-30: 2007-2009 Arasında SGK’na Fatura Edilen Reçetelerin Durumu.....	168
Tablo 4-31: Kamu İlaç Harcamaları İle Reçete Maliyetleri Değişim Oranları (2009-2012).....	169
Tablo 4-32: Ülkelerin Sağlık ve İlaç Harcamaları, 2010.....	173
Tablo 4-33: Kişi Başına Düşen İlaç ve Tıbbi Malzemeler (1990-2009) (Dolar).....	175
Tablo 4-34: Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları (1990-2009) (Dolar) .....	176
Tablo 4-35: Kişi Başı Cepten Yapılan Harcamalar (1995-2009) (Dolar).....	177
Tablo 4-36: OECD Ülkelerinde Kişi Başı İlaç Harcaması, 2010 (SGP, \$) .....	180
Tablo 4-37: İskonto ve Fiyatlandırmalara Dair Düzenleme Değişiklikleri .....	185
Tablo 4-38: Eczanelerde Kademeli Karlılık ve İlaç Fiyatlandırma .....	188
Tablo 4-39: Türkiye’deki Kademeli Eczanelerin Hasılat Durumlarına Göre İskonto Dağılımı .....	189
Tablo 4-40: Türkiye’de Kamu Tahakkuk-Taahsilat ve Terkin Rakamları.....	204
Tablo 4-41: Fiyat Kararnamelerindeki Değişimlerin Farklı Ürün Grupları Fiyatları Üzerine Etkisi (TL) .....	207
Tablo 4-42: Kamu İskonto Oranlarındaki Değişimlerin Farklı Ürün Grupları Fiyatları Üzerine Etkisi (TL) .....	207
Tablo 4-43: Türkiye’de Depocu ve Eczacı Kâr Oranları.....	208
Tablo 4-44: Türkiye’de İlaç Fiyatlarının Oluşumu.....	213
Tablo 4-45: Türkiye’de Kamu Reçete Analizi (2010-2012) .....	215
Tablo 4-46: Türkiye’de Kişi Başı İlaç Harcaması (2002-2012).....	216
Tablo 4-47: İlaç Fiyat Kararnameleri ve Yapılan Değişiklikler .....	218
Tablo 4-48: Türkiye’de İlaç Fiyatlandırması .....	219
Tablo 4-49: Eczanelerin 2008- 2009 Yılı Karşılaştırmalı Hasılat Tablosu .....	220

## TEŞEKKÜR

Doktora tez çalışmamın planlanmasından sonuçlandırılmasına değin bilgi ve desteğini sağlayan danışmanım Sayın Prof. Dr. Ayşegül Mutlu'ya, çalışmanın yürütülmesi aşamalarında gereken ilgi ve titizliği gösteren Sayın Prof. Dr. Hülya Kirmanoğlu ve Doç. Dr. Gülay Akgül Yılmaz'a, özellikle tezin yazım aşamalarındaki yardımları için mensubu bulunduğum Balıkesir Üniversitesi hocalarından Yrd. Doç. Dr. Fatma Özmen, Yrd. Doç. Dr. Halil İbrahim Özmen'e ve çalışmayı sonuçlandırmamda görüşleri ile katkıda bulunan değerli Ecz. Ayşe Edremitlioğlu, Süleyman Pehlivan'a teşekkürü borç bilirim.

Eğitim hayatım boyunca her zaman varlığı ile yanımda olan, başarabileceğime olan inancı ile desteğini hiç esirgemeyen ve başarımın en büyük imzası olan sevgili ablam Arzu Uysal'a en büyük teşekkürü borçluyum.

İstanbul,2013

Aysun YILMAZTÜRK

## KISALTMALAR

<b>AB</b>	Avrupa Birliği
<b>ABD</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AİFD</b>	Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği
<b>AR-GE</b>	Araştırma-Geliştirme
<b>ATO</b>	Ankara Ticaret Odası
<b>BAĞ-KUR</b>	Bağımsız Çalışanlar Kurumu
<b>BKZ.</b>	Bakınız
<b>BUT</b>	Bütçe Uygulama Tebliği
<b>DB</b>	Dünya Bankası
<b>DPT</b>	Devlet Planlama Teşkilatı
<b>DSÖ</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ES</b>	Emekli Sandığı
<b>FDA</b>	(Food and Drug Administration ) Gıda ve İlaç Dairesi
<b>GCP</b>	(Good Clinical Practice) İyi Klinik Uygulamaları
<b>GLP</b>	(Good Laboratory Practice) İyi Laboratuvar Uygulamaları
<b>GMP</b>	(Good Manufacturing Practice) İyi Üretim Uygulamaları
<b>GSMH</b>	Gayri Safi Milli Hasıla
<b>GSS</b>	Genel Sağlık Sigortası
<b>GSYH</b>	Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
<b>İEİS</b>	İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
<b>İMF</b>	(International Monetary Fund) Uluslararası Para Fonu
<b>İMS</b>	(Intercontinental Marketing Services) Kıtalararası Pazarlama Servisi
<b>İTS</b>	İlaç Takip Sistemi
<b>KDV</b>	Katma Değer Vergisi
<b>KİT</b>	Kamu İktisadi Teşekkülleri

<b>MD.</b>	Madde
<b>NHS</b>	(National Health Service) Ulusal Sağlık Hizmetleri
<b>OECD</b>	(Organisation For Economic Cooperation and Development) Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
<b>OVP</b>	Orta Vadeli Program
<b>RF</b>	Referans Fiyat
<b>SB</b>	Sağlık Bakanlığı
<b>SDP</b>	Sağlıkta Dönüşüm Programı
<b>SGK</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu
<b>SGP</b>	Satın Alma Gücü Paritesi
<b>SHS</b>	Sağlık Hesapları Sistemi
<b>SSK</b>	Sosyal Sigortalar Kurumu
<b>SUT</b>	Sağlık Uygulama Tebliği
<b>TBMM</b>	Türkiye Büyük Millet Meclisi
<b>TEİS</b>	Türk Eczacı İşverenler Sendikası
<b>TFD</b>	Türk Farmokoloji Derneği
<b>TSH</b>	Toplam Sağlık Harcamaları
<b>TÜİK</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>USH</b>	Ulusal Sağlık Hesapları
<b>YHS</b>	Yasal Hastalık Sigortası
<b>YKY</b>	Yeni Kamu Yönetimi
<b>yy.</b>	Yüzyıl

# 1 GİRİŞ

Ülkemizde sosyal haklar arasında düzenlenen sağlık, anayasal koruma altına alınan temel hak olmasının yanı sıra, verimli işgücü ile yakın bağlantısı nedeniyle de ekonomik büyümeye katkıda bulunma özelliğine sahiptir. Ayrıca ülkelerin gelişmişlik göstergeleri içinde en önemlilerinden biridir. Dünyada, ortalama yaşam süresindeki artış, eğitim düzeyinin artması, teknolojik gelişmeler, beklentilerdeki artış gibi sebeplerle sağlık harcamaları ve maliyetleri giderek artmaktadır.

Sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı, genel bütçeden aldığı pay, sağlık sektörünün yüksek oranlı istihdam potansiyeli taşıması, ileri teknoloji kullanması gibi nedenlerle ekonomik öneme sahip olması, bu alanda siyasilerin politika üretmesini zorunlu hale getirmektedir. Diğer neden, sağlık hakkının devletin asli görevlerinden biri olmasıdır. Sağlık politikaları aşağı yukarı aynı amaçlarla ortaya konmakta; tüm vatandaşların sağlık hizmetine ulaşmasını sağlamak, sağlık harcamalarını kontrol altına almak, finansman sorununda sürdürülebilirliği sağlamak, sağlık alanında sağlanacak gelişmelerin uluslararası tablolara yansımalarıyla gelişmiş toplumlar içinde yer alabilmek hedeflenmektedir.

Türkiye’de de 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı açıklanmış, özellikle, 1990 yılından sonra hazırlıkları yapılan ancak uygulamaya konmayan reformların temel prensipleri belirlenmiş ve bir takvime bağlanmıştır. Program, vatandaşların sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırmak, Sağlık Bakanlığı’nın görev alanını yeniden tanımlayarak denetleme ve planlama gücünü artırmak, ilaç harcamalarını azaltmaya yönelik akılcı ilaç kullanımını ve genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulmasını sağlamak temelleri üzerine kurulmuştur.

Bu çalışmanın amacı, SDP sonrasında sağlık sisteminde meydana gelen değişiklikleri sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanı açısından değerlendirerek, sağlık ve ilaç harcamalarının bu süreçteki gelişimini incelemek, Türkiye’nin OECD ülkeleri içindeki durumunu sağlık ve ilaç harcamaları yönünden tespit etmek, ilaç sektöründe fiyatlandırma ve geri ödeme ile ilgili yapılan yeni düzenlemelerin ilaç sektörü paydaşları olan firmalar, eczacılar ve nihai kullanıcılar üzerindeki etkilerini araştırmaktır.



Bu amaçla ikinci bölümde sağlığa ilişkin kavramsal tanımlar verilmiş, sağlık hizmetlerinin özelliklerine değinilerek sınıflandırılması yapılmış, dünyadaki belli başlı sağlık sistemlerine yer verilmiştir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü 1920’den günümüze kadar tarihsel süreci içinde özetle yer bulmuş, bu bağlamda SDP’nin amaç ve bileşenleri çerçevesinde getirdiği yenilikler kronolojik olarak sıralanmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümü Türkiye’de ilaç sektörünün yapısına ayrılmıştır. İlaç sektörü, sadece üretim boyutuyla değil, sağlık ve sosyal güvenlik boyutuyla öne çıkan, ulusal ve uluslararası rekabetin yoğun yaşandığı bir sektördür. Türkiye dünyada ilaç sektöründe on beşinci büyük pazar olarak yerini almakta, Türkiye gibi OECD ülkelerinin tamamında artan ilaç harcamaları bu pazarın daha da büyüyeceğinin habercisi olmaktadır. Ürünlerin doğrudan insan sağlığı için kullanılması nedeniyle ilaç sanayinde diğer sanayilerde olduğu gibi ürün kalitesi sıralaması yoktur (ikinci ya da üçüncü kalite bir ilaç üretilemez); üretim standartları belirlenmiş ve belli koşullara bağlanmıştır. Devlet ürün pazarlaması, reklamı ve satışına ilişkin denetim mekanizmalarına sahip olduğu gibi ilaç fiyatlarına da müdahale etmektedir. Türkiye’de de diğer birçok ülkede olduğu gibi ilaç maliyetinin çoğunu kamu üstlenmekte; devlet, sağlık harcamalarını kontrol altına almak amacıyla ilaç fiyatlarına müdahale etmektedir. Bu nedenlerle üçüncü bölümde Türkiye’de ilaç sektörünün genel yapısı incelenmiş, piyasa çeşitliliği anlamında ilaç piyasasının teknelci rekabete dayalı olduğu vurgulanmış, sektöre özgü üretim, tüketim, istihdam, dış ticaret, Ar-Ge ve fiyatlandırma konularına genel olarak değinilmiştir.

Dördüncü bölümde ise SDP sonrası uygulamaların sağlık ve ilaç harcamaları üzerindeki etkisi ayrıntılı bir şekilde ele alınmıştır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ve finansmanındaki değişim çerçevesinde devletin sadece planlayıcı ve denetleyici rolünün ön plana çıktığı, özel sektörün ağırlık kazandığı, sağlığa erişimin arttığı şeklinde sonuçların gözlendiği görülmüş; SDP sonrası özellikle geri ödeme ve fiyatlandırma ile ilgili düzenlemelerin ilaç sektörü paydaşları üzerindeki etkileri ayrıntılı bir şekilde ortaya konmaya çalışılmıştır.

Çalışmada ortaya çıkan sonuçlar ve bazı çözüm önerileri son bölümde, sonuç ve değerlendirme başlığı altında sunulmuştur.

## 2 SAĞLIĞA İLİŞKİN KAVRAMSAL TANIMLAR VE SAĞLIK HİZMETLERİ

### 2.1 SAĞLIĞA İLİŞKİN KAVRAMSAL TANIMLAR

Sağlıklı olma ve sağlıklı bir çevre içinde yaşama hakkı, temel insan haklarının başında gelmektedir. Bu temel hakkın, bugünkü içeriğinden farklı olsa da, insanlık tarihi kadar eski bir geçmişi bulunmaktadır. Milattan önce 2000 yılında yaşayan Babil Kralı Hammurabi'ye ait kendi adı ile anılan kanunlar, bu konuda ilk bilinen örnekler arasındadır.<sup>1</sup>

Sağlık kavramı İkinci Dünya Savaşı sonrasına kadar hastalık, sakatlık veya ölümle ilişkilendirilen dar bir bakış açısı ile ele alınmıştır.<sup>2</sup> Ancak günümüzde sağlık kavramı, daha geniş bir biçimde ele alınmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nce 1946 yılında yapılan ve literatürdeki yerini alarak en yaygın şekilde kullanılan sağlık tanımına göre sağlık, sadece hastalık ve sakatlıkların olmayışı değil; bedensel, ruhsal ve sosyal bakımdan tam bir iyilik durumudur. Bu tanımla sağlık, yukarıda bahsedilen dar bakış açısını aşarak, sağlık ile sosyal etmenler arasında doğrudan bir ilişki kuran, daha çağdaş bir yaklaşıma kavuşmuştur. Ayrıca sadece bireysel bir olgu olmaktan ve hastalık-sakatlık haline indirgenmekten kurtulmuş, toplumsal yönünün de önemi olduğu gerçeği ortaya konmuş, sağlığın korunması hatta geliştirilmesi öne çıkarılmıştır.

Ancak yeni sağlık tanımındaki “tam iyilik hali” kavramı belirsiz olduğu gerekçesiyle eleştirilere de uğramıştır. “Bu tanımda iyilik kavramının açıklanmasının güçlüğüne yanı sıra, -tam'ın- nasıl ölçüleceği de cevabı zor bir sorudur.”<sup>3</sup> Buna rağmen tanımda yer alan sosyal iyilik kavramı önemli bir gelişme olarak görülmektedir. Kişinin sosyal yönden tam iyilik halinin ön koşulu, sosyal yaşantısının “sağlıklı” olmasıdır. Çalışma ve yaşam güvenliğinin sağlanmadığı, işsizlik oranının yüksek olduğu, gelir dağılımındaki eşitsizliklerin yüksek boyutlara ulaştığı toplumlarda kişinin tam bir iyilik hali içinde olması olanaksızdır. Böylece günümüzde sağlık kavramı

<sup>1</sup> Şahin Kavuncubaşı, Selami Yıldırım, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, 2. Basım, Ankara, Siyasal Kitabevi, 2010, s.17

<sup>2</sup> Gülbiye Yenimahalleli, “Sağlığın Finansmanı ve T.C. İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Doktora Tezi**, 2007, s.1

<sup>3</sup> Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık, Mahmut Akbolat, **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, 3. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2011, s. 67

konusunda farklı görüşler olmasına rağmen, sağlığın sadece kişisel bir sorun olmadığı, aynı zamanda toplumsal bir sorun olduğu genel kabul görmektedir.

İnsanlık tarihinde yüzyıllar boyu hastaların hekim hizmetinden yararlanabilmesi için bu hizmeti satın alabilecek ekonomik güçte olmaları doğal sayılmış, bu duruma ilk tepki 19. yüzyıl ortalarında Almanya’da işçilerden gelmiştir. Sağlık sistemini ilk kez gündeme getiren bu tepkiyi diğer sanayi ülkeleri takip etmiş, onlar da sağlık sigorta sistemini kabul etmişlerdir. Bunun yanında bir kısım ilerici hekim ve düşünürler de, herkesin sağlık hizmetinden yararlanma olanağının sağlanmasını ve bunun bir devlet görevi olduğunu savunmaya başlamışlardır. Bu düşünce akımı 1948 Evrensel İnsan Hakları Bildirgesi ile amacına erişmiş ve bu bildirmede ‘Yaş, cins, ırk, din, siyasal inanç ve sosyo-ekonomik güç ayrıcalığı olmaksızın herkesin mümkün olan en yüksek düzeyde sağlık hizmetine kavuşması doğal hakkıdır’ ifadesi yer almıştır. Hükümetlerin birçoğu halklarına bu hakkı yeterince sağlayamamış olsalar da süreç içinde sağlık hizmetleri büyük ölçüde genel bütçeden finanse edilen bir hizmet haline dönüşmüştür. Günümüzde özellikle gelişmiş ve ekonomik güce sahip dünya ülkelerinde, sağlık hizmetlerine ayrılan payın oldukça yüksek olduğu bilinmektedir.

Birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülke, toplum sağlığını koruyabilmek amacıyla yeni projeler ve teknolojiler geliştirmektedir. Bu geliştirilen proje ve teknolojiler için ciddi Ar-Ge çalışmaları ve yatırımlar yapılmaktadır. Sağlık hizmetleri, kamusal hizmetlerin başında gelmektedir.

İyilik ve iyi hal, toplumların gelişmişlik düzeylerine göre farklılık gösterebilir. Gelişmiş bir teknoloji ve yeterli ekonomiye sahip toplumlarda, sağlık kavramı daha önem kazanırken; gelişmekte olan toplumlarda bu kavram bir zorunluluk şeklinde algılanmaktadır. “Hastalık ve sakatlığın olmama durumu yine ekonomik yeterlilik, eğitim ve uygulanan politikalara paralel hareket etmektedir.”<sup>4</sup>

---

<sup>4</sup> Recep Akdur, **Halk Sağlığı**, Antıp Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınları, No:26, Ankara, 1998, s. 11.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan ve yaygın bir şekilde kabul edilen sağlık tanımının sosyal yönünün dışında fiziksel ve ruhsal olmak üzere iki farklı yönü daha kabul görmektedir.

Sağlık kavramını fiziksel/biyolojik açıdan değerlendirdiğimizde karşımıza “Canlının hücresel çekirdeğinde şifreli bütünlüğünü ve kararlılığını korumak yolunda oluşmuş, maddesel örgütlenişin bir bozukluk olmaksızın çalışması ve aynı canlının daha üst düzeyde bir örgütlenişi başarabilme sürecidir.”<sup>5</sup> tanımı çıkmaktadır. Bu tanımda; canlının daha çok mikroorganizma yapısı ele alınmaktadır.

Öte yandan, kişinin ruh sağlığını etkileyen birçok faktör olabilir. Bu faktörler kişinin bulunduğu ortama, yaşadığı sorunlara veya kişinin sağladığı faydalara göre ruh sağlığını şekillendirebilir. Bu durumda, iyi bir ruh halinin devamlılığı için sosyal faydaların nitelikli ve sürekli hale getirilmesi gerekir.

Sağlık kavramı, biyomedikal yaklaşımda tıbbi açıdan çeşitli hastalıklara yakalanmama hali olarak tanımlanırken; fonksiyonel yaklaşımda sağlık, bireysel duygu ve yeteneklerin normal olması, kültürel yaklaşımda ise, bireylerin toplumsal davranış bozukluğu göstermemesi şeklinde tanımlanmaktadır.<sup>6</sup>

Diğer bir tanıma göre, “Halk sağlığı; hastalıklardan korunmanın, hayat süresini uzatmanın, çevre sağlığı şartlarını geliştirmenin, bulaşıcı hastalıkların kontrolünün, hastalıkların erken teşhis ve tedavisi için tıbbi organizasyon kurmanın ve bu imkanları her vatandaşın kullanabilmesinin ilmi sanatıdır.”<sup>7</sup>

Bir başka tanımda ise sağlık, kişinin fiziksel ve toplumsal çevreye ilişkin olarak vücut ve kafasının düzenli bir biçimde çalışmasıdır.<sup>8</sup>

---

<sup>5</sup> İlker Belek, “Hastane Mülkiyet Durumu İle Kaba Ölüm Hızının İlişkisi: Hangisi Daha Başarılı? Kamu Hastaneleri mi? Özel Hastaneler mi?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:13, Sayı:1, Ocak-Şubat 1998. s.23–24.

<sup>6</sup> Ömer Faruk Batırel, “Sağlık Hizmetleri ve Politikası”, **Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt:3, Sayı:3, İstanbul, 1986, s.171

<sup>7</sup> Timur Erkmen, **Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Kavramı Üzerine Deneme**, DPT Yayınları, Ankara, 1973, s.2

<sup>8</sup> Erdinç Tokgöz, **Sosyal Gelişimde Sağlık**, Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT yayınları, Yayın No: 1783, Ankara, 1981. s.499.

Yukarıda da ifade edildiği gibi sağlığın pek çok tanımı mevcuttur. Genel olarak ‘Sağlıklı insan kimdir?’ sorusuna cevap ararken; farklı bakış açılarıyla farklı yanıtlar verildiği görülmektedir.

Bugünkü modern anlayışa göre “Barış, yeterli besin ve gelir, gerekli niteliklere sahip konut, temiz içme ve kullanma suyu ve hıfzıssıhha sağlık için temel unsurlardır. Bir toplumda bunlar olmadan ekonomik gelişme ve kalkınma da olmaz.”<sup>9</sup> Bu temel sağlık unsurları biyolojik ve fiziksel çevre şartlarının insan sağlığı üzerindeki olumlu etkilerini göstermektedir. Aynı zamanda dikkat çekici husus, sayılan temel sağlık unsurlarının tamamen sağlık sektörü dışında kalmasıdır. Bu durum sağlık hizmetinin çok sektörlü bir boyutta olduğunu ve sektörler arası işbirliğini kaçınılmaz kıldığını göstermektedir. Dolayısıyla evrensel sağlık tanımındaki bireyin fiziksel, akılsal ve sosyal bütünlüğünün korunmasının günümüzde, sadece tedavi edici hizmetlerin sorumluluğunda olmadığına işaret etmektedir. Bireyin sağlığını koruyacak, rehabilitasyon hizmetlerini sunacak olan koruyucu sağlık hizmetleri, tıbbi kontrol, tanı ve tedavi kadar önem kazanmaktadır.

Günümüzde sağlık, ulusal düzeyde ve çok yönlü toplumsal bir sorun niteliğindedir. Özgürlükçü demokrasilerin egemen olduğu ülkelerde genel olarak kamuoyu, özel olarak da siyasi partiler, sendikalar ve meslek kuruluşları konuyla ilgili tartışmalarda taraf durumundadır. Bu ülkelerde sağlık sorunlarının, fen bilimleri ve toplumbilimi üyelerinin ortak çalışmalarına ve değerlendirmelerine konu olduğu görülmektedir.

Her ne şekilde olursa olsun sağlık hizmetlerinin nihai hedefi insandır. Bütün yatırımlar doğrudan doğruya veya dolaylı olarak insan için yapılmakta olup, insanların mutluluklarının asıl kaynağı sağlıktır. İnsanların kendilerinden beklenen işlevleri yerine getirebilmeleri ancak sağlıklı olmaları ile mümkündür.<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> Savaş Yıldırım, “Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi”, **Uzmanlık Tezi**, DPT Yayınları, Ankara, Temmuz 1994, s.3-4

<sup>10</sup> Yasemin Özkara, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama”, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, Antalya, 2006, s.3-4

Çağdaş hukuk sistemlerinde yaşama hakkı, kişinin sahip olduğu temel hak ve özgürlüklerin başında yer almaktadır. Yaşama hakkının ayrılmaz bir parçası da yaşamın sağlıklı bir şekilde sürdürülmesidir. “Bu nedenle devlet, bireylerin yaşama hakkını güvenceye kavuştururken, tıbbın ulaştığı son gelişmeleri de göz önüne alarak gerekli sağlık olanaklarını seferber etmek durumundadır.”<sup>11</sup>

Dünya Sağlık Örgütü'nün “2000 Yılında Herkese Sağlık” programı çerçevesinde yaptığı çalışmada sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve hastalıkların azaltılması için tespit ettiği öneriler aşağıdaki gibidir:<sup>12</sup>

1. Sağlıkta eşitlik (sağlık göstergelerindeki farklılıkların ortadan kaldırılması)
2. İnsanların fiziksel ve zihinsel kapasitelerini tam olarak kullanmalarını sağlamak
3. İnsanların önemli hastalık ve sakatlıklar olmadan yaşadıkları yılların süresini artırmak
4. Beklenen yaşam süresinin yükseltilmesi

Sonuç olarak sağlığın çok boyutlu bir kavram olduğu ve çok sayıda faktörün kişinin sağlık durumunu doğrudan ve dolaylı bir biçimde etkilediği görülmektedir. Sağlık durumunu etkileyen bu faktörleri bazı başlıklar altında toplamak mümkündür.

### **2.1.1 Sağlık Kavramı ve Temel Belirleyiciler**

Sağlık, içinde bulunduğumuz çevrenin düzeni, ekonomik yapısı, işleyişi, teknolojisi, yönetimi, hukuki yapısı ve toplum bireylerinin birbirleri ile olan ilişkilerinin bütün olarak işleyişi ile sağlanabilir.

Sağlığın korunması, biyolojik, fiziksel ve sosyal çevre şartlarının düzeltilmesi, kişilerin davranış ve hayat tarzlarında gerekli değişiklikleri yapmaları ve gerekli tıbbi yöntemlerin uygulanması ile sağlanabilir.<sup>13</sup>

---

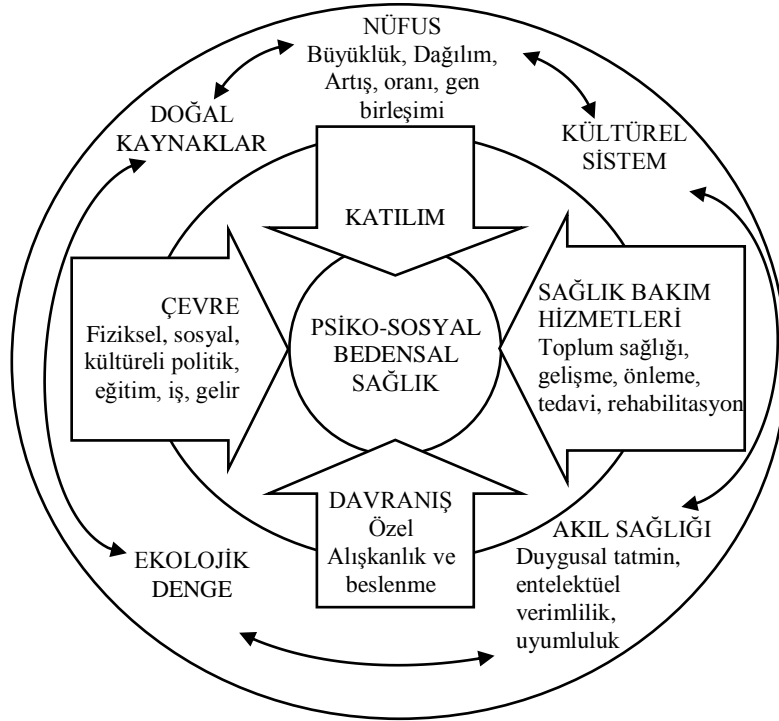
<sup>11</sup> Recep Makas, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Doktora Tezi**, İstanbul, 2003, s.191

<sup>12</sup> WHO, “**World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance**”, Geneva, [http://www.who.int/whr/2000/en/\(20.04.2013\)](http://www.who.int/whr/2000/en/(20.04.2013))

<sup>13</sup> Özkara, s.3

Sağlık kavramına çevresel yaklaşımını geliştiren Henrick L. Blum (1974), sağlık durumunu dört temel faktörün etkilediğini ileri sürmektedir. Bunlar:

Çevre  
Kalıtım  
Yaşam tarzı – davranış  
Sağlık hizmetleridir.



Şekil 2-1: Sağlık Girdileri

**Kaynak:** Rockwell SCHULTZ, Alton C JOHNSON, Management of Hospitals and Health Services, Beard Books, Washington, D.C., 2003, s.18 Aktaran: Şahin Kavuncubaşı, Selami Yıldırım, “**Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**”, 2. Basım, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2010, s.19

Blum’un bütüncül sağlık modelinde sağlık durumunu etkileyen bu dört faktörün etki düzeyleri farklılık göstermektedir. Sağlık durumunu etkileyen en önemli faktör çevre olup, bu faktörü sırası ile kalıtım, yaşam tarzı-davranış ve sağlık hizmetleri faktörleri izlemektedir.<sup>14</sup>

<sup>14</sup> Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.19

### 2.1.1.1 Çevre

İnsanların içinde yaşadıkları doğal, fiziksel ve sosyal faktörler çevreyi oluşturmaktadır. Çevresel özellikler insan ve canlı sağlığını etkiler.

“Çevre; bireyin davranışlarını, algılamasını, büyüme ve gelişmesini etkileyen gelişimsel, psiko-sosyal, kültürel ve fiziksel durumlarını gösterir.”<sup>15</sup>

Yapılan bu tanımdan da anlaşıldığı gibi çevre, çevresel koşulların yanında sosyal normlar, aile, kültür, din gibi psiko-sosyal etkileri de içinde barındırmaktadır.

Çevre hem bireysel hem de toplumsal açıdan değerlendirilebilir. Bireyin kendine ait bir çevrede bulunmasını dar anlamda; toplum içinde bulunmasını ise, geniş anlamda değerlendirebiliriz. “Çevrenin hem bireysel hem de toplumsal açıdan korunması kamu yönetiminin kapsamı içindedir. Kamu yönetiminin varlık nedeni kamu yararının korunmasıdır.”<sup>16</sup> Kamu yönetimi, kamu yararına aykırı davranamayacağı gibi kamu yararını sağlamak ve korumak sorumluluğundan da kaçamaz. Kamu yönetimi bu hizmetleri yerine getirirken çevre koşullarını da dikkate almak ve ihtiyaçları bu çevreye göre belirlemek zorundadır.

Genel olarak, organizmanın gelişmesini ve yaşamını etkileyen dış koşulların ve etmenlerin bütününe kapsayan çevre üç grupta incelenmektedir.<sup>17</sup> Bunlar;

- a. Biyolojik çevre
- b. Fiziksel çevre
- c. Sosyal çevredir.

**A. Biyolojik Çevre:** İnsan sağlığını olumsuz olarak etkileyebilen mikroorganizmalar, parazitler, vektörler, besinler, bitkiler ve hayvanlar biyolojik çevre olarak değerlendirilmektedir. Bu gibi unsurlarla etkili mücadelenin olmadığı az gelişmiş ülkelerde hala birçok çocuk ve yetişkin hayatını kaybedebilmektedir. Özellikle etkili aşı uygulamalarının olmadığı ülkelerde, mikroorganizmaların neden olduğu, tifo, kolera, difteri, dizanteri, çocuk felci, verem, sarılık, kızamık gibi birçok hastalık etkinliğini

<sup>15</sup> Fatma Öz, **Sağlık Alanında Temel Kavramlar**, 2. Baskı, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara, 2010, s.10

<sup>16</sup> Şeref Gözübüyük, **Yönetim Hukuku**, 3. Baskı, Siyasal Yayınevi, Ankara, 1989, s.8

<sup>17</sup> Adnan KISA, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2002, s.3-4

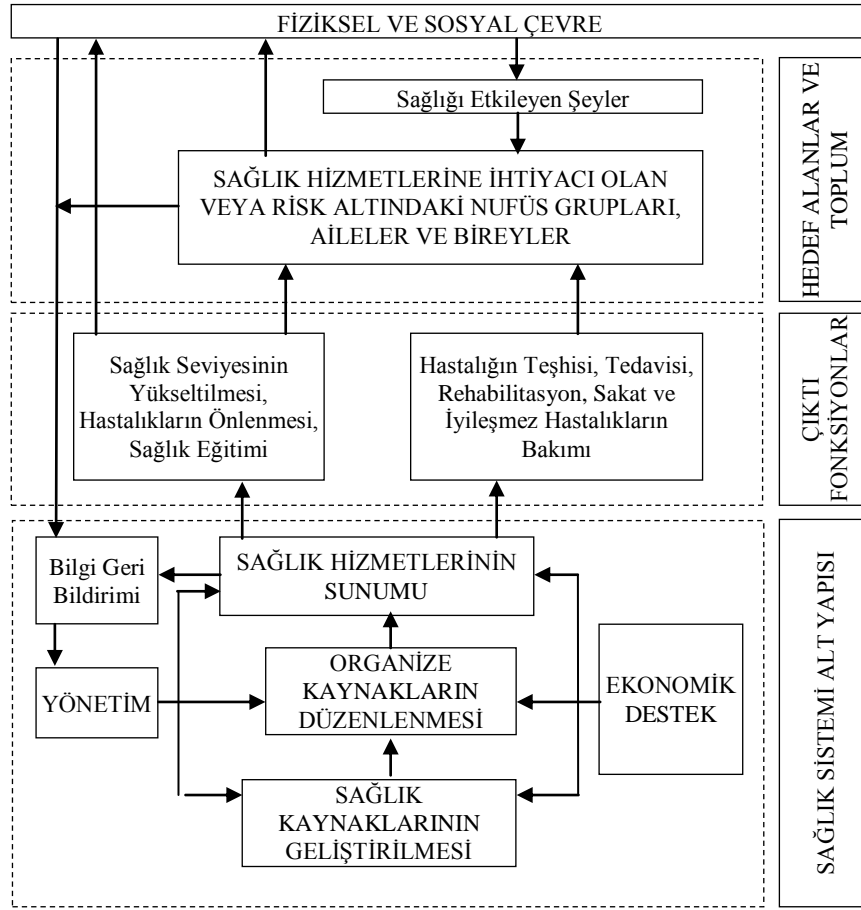


sürdürmektedir. Yine halk arasında haşere olarak bilinen vektörler de, etkili ilaçlamaların yapılamadığı yörelerde birçok hastalık ve ölüme sebep olabilmektedirler.

Besinlerin sağlıklı olarak hazırlanması, korunması ve tüketiciye sunulması, etkili ilaçlama ve aşılama çalışmalarının yapılması biyolojik çevre olarak adlandırılan unsurlardan kaynaklanan hastalıkların önüne geçilmesinde etkili olacaktır.

**B. Fiziksel Çevre:** Fiziksel çevre iklim, toprak yapısı, hava kirliliği, atıklar, su kaynakları vb. faktörlerden oluşmaktadır. İnsanları etkileyen fiziki çevre içerisinde; barınaklar, gürültü ve kazalar gibi unsurlar da yer almaktadır. Bunların hepsinde veya herhangi birisindeki bir olumsuzluk insan sağlığını negatif yönde etkileyecektir. Örneğin, insanların neden olduğu iklim değişikliğine bağlı olarak yerkürenin ısınması sonucunda yaşlıların, bebeklerin ve kronik solunum ve kardiyovasküler hastalığı bulunanların ciddi sağlık riskleri ile karşı karşıya kaldıkları bilinmektedir.

Fiziksel çevre ve sosyal çevreye ilişkin bilgiler ise Şekil 2.2.'de gösterilmiştir. Burada fiziksel çevre ve sosyal çevrenin birbiri ile olan entegrasyonu görülmektedir.



**Şekil 2-2:** Sağlık Hizmetlerinin Fiziksel ve Sosyal Çevresi

**Kaynak:** Şahin Kavuncubaşı ve Selami Yıldırım, “Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi”, 2. Basım, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2010, s.20

Çevre kirliliği çoğunlukla sanayileşme ile oluşmakta ve insan sağlığını ciddi boyutta etkilemektedir. Örneğin; tehlikeli atıkların rastgele ve denetimsiz olarak atmosfere, toprak üzerine veya toprak altına terk edilmesi toplum sağlığını tehdit etmektedir. Ayrıca hava kirliliği de insan sağlığını tehdit etmektedir. Dolayısıyla çevrenin insan eliyle değiştirilen yanlarının sağlık üzerindeki etkisi artmaktadır.<sup>18</sup>

**C. Sosyal Çevre:** İnsanların ve toplumun sağlık durumunu doğrudan veya dolaylı olarak etkileyen üçüncü çevre faktörü, sosyal çevredir. İnsanın, diğer insanlardan oluşan sosyal bir ortamda yaşaması ve onlar ile düşünsel, duygusal ve ruhsal bir takım ilişkilerde ve etkileşimde bulunması gerekmektedir. Etkileşimde bulunduğu bu çevre sosyal çevredir. Dolayısıyla bir insan için diğer insanlar da çevre faktörüdür. İlişki

<sup>18</sup> Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.22

içerisinde bulunan insanların davranışları, doğrudan sağlığı etkileyen bir etmen olarak ortaya çıkabilmektedir. Örneğin, ilişkide bulunan bir insanın alkol veya eroin bağımlısı olması zamanla o kişiyi de etkileyebilmekte ve böylece sağlığını bozabilmektedir.

Ekonomik olarak zayıf ailelerde besin eksikliğine bağlı bir takım hastalıkların ortaya çıkması, bu hastalıkların bulaşıcı hastalık şeklinde olması da sosyal çevrenin insanların sağlığını etkileyebileceğine örnek teşkil etmektedir.

Toplum ve birey sağlığını etkileyen sosyal çevre özellikleri şu şekilde sıralanabilir:<sup>19</sup>

1. Nüfus artışı
2. Nüfus hareketliliği
3. Yaşlanma
4. Gelir dağılımındaki adaletsizlikler
5. Yaygınlaşan yoksulluk
6. Eğitim düzeyi

Kamu yönetimi, bu sosyal çevre özelliklerinden kaynaklanan sorunların iyileştirilmesi için ekonomik yatırımlar ve ekonomik kaynak tahsisi oluşturmak zorunda kalmaktadır. Çünkü oluşan bu sorunların iyileştirilmesi ya da ortadan kaldırılması yönünde toplumda ciddi bir talebin olduğu görülmektedir. Bu talep yeterli bütçe ve bu bütçenin sağlanacağı kaynakların yaratılmasını zorunlu kılmaktadır. Sosyal çevre faktörlerinden kaynaklanan sorunların çözümlenmesi, topluma sağlık ve refah olarak geri dönecektir.

### **2.1.1.2 Kalıtım**

Kalıtım, bireyin yaratılışı itibariyle sahip olduğu biyolojik yapıdır. Bu yapı kişinin hastalıklara karşı duyarlılığını etkiler ya da hastalıklar kalıtsal olarak geçebilir. Genlere bağlı özellikler doğuşsal olarak kişiler arasındaki farklılıkları belirlerken, orta ve ileri yaşlarda çeşitli hastalıkların (diyabet, kanser, iskelet ve kas

---

<sup>19</sup> Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s.23

sistemi hastalıkları, kardiyovasküler sistem hastalıkları vb.) ortaya çıkışını da etkilemektedir.<sup>20</sup>

Bir kişinin sağlığı, genetik yapısının yanı sıra içinde bulunduğu çevrenin etkileşimi ile belirlenir. “Kişinin genleri onun potansiyelini oluşturmada, çevresi ise bu potansiyeli sınırlamada veya geliştirmede etkili olur.”<sup>21</sup>

Genetik kalıtım hem çevresel hem de davranışsal faktörlerin her ikisi ile de iletişim halindedir. İnsandaki kalıtsal faktörler, genetik bozukluklar ve doğuştan gelen sakatlıklar aynı zamanda duygusal gelişim yetersizliklerine de yol açabilir.

Etnik veya ırksal özellikler evlenilecek partnerlerin seçimini ve böylece çocukların genetik potansiyelini ve belirli hastalıklara karşı eğilimini etkilemektedir. Örneğin, orak hücreli anemi yalnızca siyahların arasında görülmektedir.<sup>22</sup> Genetik ile kronik hastalıklar arasındaki ilişkiye örnek olarak diyabet hastalığı verilebilir. “Diyabetli bir kişinin ailesindeki bireylerin % 25-50’inde diyabet hastalığı görülürken, bu hastalığa yakalanmayan kişilerin ailesindeki bireylerin %15’ inden daha azında diyabet hastasına rastlanmaktadır.”<sup>23</sup>

Sonuç olarak sağlık bireylerin genetik yapılarının belirleyiciliği altında, gelir düzeyi ve dağılımı, eğitim, beslenme ve barınma koşulları gibi sağlık hizmetleri dışında çok sayıda faktörden etkilenmektedir. Bu noktada hastalık ve sakatlığın, kötüye giden sosyo-ekonomik koşullarla doğrudan ilişkili olduğu söylenebilmektedir. Çünkü hastalık ve sakatlıkların ortaya çıkışı ve süresi çoğu zaman toplumun sosyo-ekonomik açıdan zayıf gruplarını daha çok etkilemektedir. “Bu yüzden son yıllarda sağlık düzeyinin belirleyicilerini ortaya koymaya yönelik olarak yapılan birçok çalışmada sağlık hizmetleri dışındaki faktörlere daha fazla önem verilmektedir.”<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> Alan Dever, “**Community Health Analysis: A Holistic Approach**”, Maryland: Aspen Systems Corporation, 1980, s.12

<sup>21</sup> Aysel Kavaklı, **Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme**, İstanbul: Hilal Matbaacılık, 1992, s. 71

<sup>22</sup> Rockwel Schultz, ve Alton C. Johnson, “**Management of Hospitals and Health Services**”, Beard Books, Washington, D.C., 2003, s.18

<sup>23</sup> Süheyla Özsoy, “Kronik Hastalıklarda Genetiğin Rolü”, **Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi**, Yıl:7, Sayı:2, 1997, s.21

<sup>24</sup> Zafer Çalışkan, “Sağlık Ekonomisi; Kavramsal Bir Yaklaşım”, **H.U. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 26, Sayı: 2, 2008, s.34

### 2.1.1.3 Yaşam Tarzı – Davranış

Sağlık kavramının temel belirleyicilerinden olan yaşam tarzı ve davranış; kişinin hayata bakış açısına bağlı olarak geliştirdiği değerler, tutumlar, davranışlar ve alışkanlıklar bütünüdür. Sigara, alkol, tehlikeli araç kullanma, iş araçları ve makinelerini dikkatli kullanmama, aşırı yeme, ilaçların yan etkileri, kişisel hijyenin yetersizliği, uyuşturucu bağımlılığı, hekim önerilerini göz ardı etme ve sağlık hizmetlerinin geciktirilmesi gibi kişisel davranış ve alışkanlıklar sağlığı olumsuz yönde etkilemektedir.<sup>25</sup>

Dünya Sağlık Örgütü tarafından gerçekleştirilen yaşam tarzı ve kronik hastalıklar arasındaki ilişkinin incelendiği bir çalışmanın sonuçlarına göre; zararlı alışkanlıklar, gelişmiş ülkelerde toplam ölümlerin % 70-80'inin, gelişmekte olan ülkelerde de % 40-50'sinin temel nedenidir.<sup>26</sup>

Bireyin toplum içinde sergilediği davranış ve tutumlar sonucunda çok yönlü sorunlar oluşabilir. Bu sorunlar bireyin fiziksel veya ruhsal sağlığı üzerinde olumsuzluklar yaratabilir. Bu olumsuzlukların iyileştirilmesi amacı ile kamu yönetimi politikalar geliştirmek zorunda kalmaktadır. Geliştirilen bu politikalar ise kamu harcamalarını yükseltir. Örneğin birey; eksik istihdam ve işsizlik sorunu ile ortaya çıkan yetersiz gelir veya hiç sağlayamadığı gelir nedeniyle çevresine birçok sorun yaratabilir. Bu bir davranış ve bu davranışı etkileyen faktör şeklinde ifade edilebilir. Bu konuda yapılan bazı çalışmalarda konunun bir başka boyutu olan vergileme ve mükellef psikolojisine ilişkin bilgiler verilmiştir. Örneğin Müslim Demir; toplumun vergiye karşı oluşturduğu tutum ve davranışları incelemiş, toplum ve birey davranışlarını etkileyen faktörlerin başında ekonomik nedenlerin geldiğini belirtmiştir: “Kamu harcamalarının karşılanabilmesi amacı ile ihtiyaç duyulan paranın toplum ve bireyler üzerinden vergiler yoluyla alınırken oluşturduğu psikolojik davranış bozukluğu çok açıktır.”<sup>27</sup> Bu duruma en güzel örnek kayıt dışı ekonomik faaliyetlerdir. Bu faaliyetler de yine toplumsal bir davranış bozukluğudur. Bu durumun iyileştirilmesi ve toplum düzeninin sağlanması kamunun asli bir görevidir. Çünkü kamu yönetimi, üzerinde oluşturacağı mali yüke

<sup>25</sup> Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s. 23

<sup>26</sup> Kavuncubaşı ve Yıldırım, 2010, s. 23

<sup>27</sup> Müslim Demir, “Toplumun Vergiye Karşı Tutum ve Davranışlarını Etkileyen Faktörler”, **Akademik Bakış Dergisi**, Ekim-Kasım-Aralık, 2009, Sayı:18, s.2

rağmen, ortaya çıkacak kısa veya uzun dönem sorunlara ilişkin etkin çözümler üretmelidir.

#### **2.1.1.4 Sağlık Hizmetlerine Erişim**

Sağlık hizmetleri sağlığı korumak ve geliştirmek, hastalıkların oluşumunu önlemek, hastalananlara olanakların elverdiği en erken dönemde tanı koyarak tedavi etmek, sakatlıkları önlemek, sakatlananlara tıbbi ve sosyal esenlendirici hizmet sunmak ve insanların nitelikli, mutlu ve uzun bir yaşam sürmesini sağlamak için sunulan hizmetlerin tümüdür.<sup>28</sup>

Sağlık hizmetleri, taşıdığı özellikler nedeniyle ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden farklı bir kategoride incelenmektedir. Sağlık hizmetlerinin bir takım özellikleri ve bu hizmetlerin üretildiği sağlık hizmetleri piyasasına özgü koşullar, farklı bir piyasa yapısı sonucunu getirir. Sağlık hizmetlerinin temel niteliği, sağlık hizmetinin toplumsal bir özelliğe sahip olması ve tüm nüfusu ilgilendiren bir olgu olmasıdır.

#### **2.1.2 Sağlık Hizmetlerinin Tanımı**

Sağlık hizmetleri, kısaca bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlıklarının korunup iyileştirilmesi olarak ifade edilebilir. Bu tanım, insanın sağlığına zarar veren çeşitli faktörlerin etkisinden korunmasını, hastaların tedavi edilmesini, bedensel ve zihinsel yetenekleri azalmış olanların sağlıklarına kavuşturulması amacıyla tıbbi faaliyetlerin uygulanmasını içermektedir. “Bu faaliyetler; ağrıların dindirilmesi, sakatlığın giderilmesi, vücudun bozulan bazı işlevlerinin onarılması, hastalık ve kazaların önlenmesi, hastaların tedavisinde en iyi sonuçların alınacağı bir sistemin geliştirilmesi gibi amaçlar taşıyabilir.”<sup>29</sup>

Bütün dünyada bireylerin hastalıklardan ve sakatlıklardan korunması, bir başka deyişle sağlıklı olması, önemli bir toplumsal hedefdir. Sağlıklı birey veya yurttaş olmak insan mutluluğunun önemli bir ögesi olmakla birlikte devletin, ekonomik kalkınmada

---

<sup>28</sup> Kayıhan Pala, “Sağlık Hizmetleri içinde İşyeri Hekimliğinin Yeri”, İşyeri Hekimliği Ders Notları, Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Bursa, 2008, s.18-19

<sup>29</sup> Ramazan Yıldırım , “Sağlık Hizmetlerinden Adil Yararlanma Hakkı”, **Selçuk Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, Kasım 2005, s.122

gerekli insan gücü kaynağının sağlanması için de şarttır.<sup>30</sup> Bu noktada sağlık hizmetleri sunumunun temel amacı, toplumdaki tüm bireylerin sağlıklı olması için çaba gösterilmesi, bireylerin sağlık hakkının güvence altına alınması ve bireylerden üretim sürecinde yararlanılmasının sağlanmasıdır.

Bir başka tanıma göre sağlık hizmetleri “bireylerin sağlığının korunması, tanı, tedavi ve bakım için kişisel ve kurumsal olarak kamu ve özel şahısların vermiş oldukları hizmetler bütünüdür.”<sup>31</sup>

Dünya Sağlık Örgütü’ne (DSÖ) göre ise sağlık hizmetleri; “Belirli sağlık kuruluşlarında değişik tip sağlık personelinin yararlanarak toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçlar gerçekleştirmek ve böylece kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinliklerle sağlamak üzere ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak görülmektedir.”<sup>32</sup> Sağlık hizmetlerinin, ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sistem olarak görülmesi, ülkelerin sağlık hakkını güvence altına alma taahhüdünü beraberinde getirmektedir. Bu taahhüt, “sağlığın korunması ve geliştirilmesi ile hastalıkların tedavisi için yapılan çalışmalar”<sup>33</sup> olarak tanımlanan sağlık hizmetlerinin öncelikle bir kamu hizmeti olarak algılanmasına yol açmış, böyle olmadığı durumlarda kamunun en azından piyasayı düzenleme görevi bulunduğu kabul edilmiştir. Nitekim “çağdaş toplumlarda, sağlık hizmetleri, bireyler için bir hak, devlet için bir görev olarak kabul edilmektedir.”<sup>34</sup> Dolayısıyla devlet, sağlık kuruluşlarını tek elden planlayıp hizmet verilmesini sağlayan kurum olarak karşımıza çıkmaktadır.

Devlet, bu görevini kamu ve özel kesimlerdeki sağlık ve sosyal kurumlarından yararlanarak, onları denetleyerek yerine getirmektedir. Böylece sağlık hizmetlerinden yararlanmanın bireyler için bir hak; bu hakkı sağlamanın da devlet için bir ödev olduğu anlayışı ile karşılaşmaktayız. Bu anlayış devlete sağlık hizmetlerini sunma, düzenleme ve destekleme görevlerini yüklemektedir. Bu noktada “yakın zamanlara kadar ağırlıklı

<sup>30</sup> Sevgi Kurtulmuş, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Timaş Yayınları, İstanbul, 1998, s.18

<sup>31</sup> Yavuz Odabaşı, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, A.Ü. AÖF Yayın No: 799/40, Eskişehir, 1998, s.25

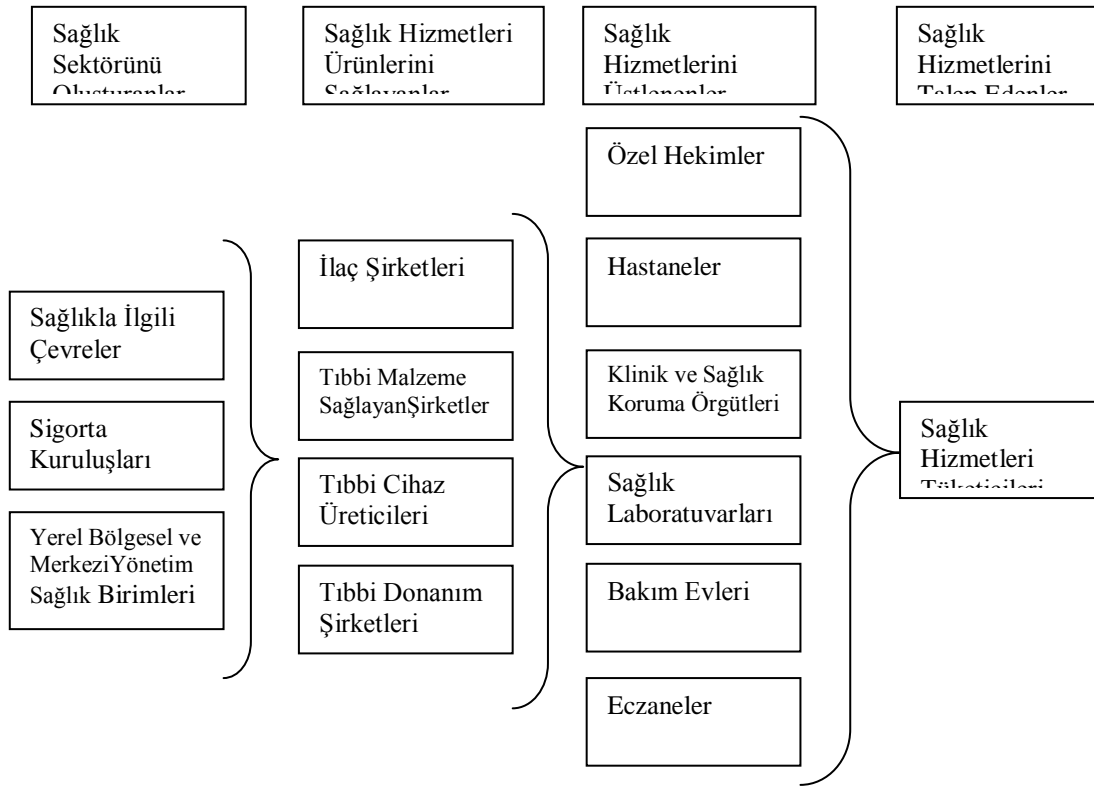
<sup>32</sup> Çetin Akar, Hüseyin Özalp, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Songür Eğitim Hizmetleri Yayını, Ankara, Eylül 2002, s.190

<sup>33</sup> Nusret Fişek, **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi – DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara,1985, s.4–6

<sup>34</sup> İsmet Polatcan, **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Gerekçeler, Anayasa Mahkemesi Kararları, Bilimsel Görüşler**, 1. Baskı, Nadir Kitap, İstanbul, 1989, s.189

olarak piyasa ekonomisine ve hayır kurumlarına bırakılmış olan sağlık hizmetleri, devletin giderek daha fazla görev üstlendiği bir alan haline gelmiştir. Çünkü ödeme gücü olmayanların tedavisi kamu tarafından yapılmadıkça, iyileştirilmeyen hasta, çevresi için sosyal maliyet yaratmakta, tedavisi ise sosyal fayda sağlamaktadır.”<sup>35</sup>

Sağlık hizmetleri faaliyetleri kişilerin sağlığının korunması ile teşhis ve tedavi amacını taşımaktadır. Sağlık hizmetleri kişisel ya da kurumsal olarak sunulabilir. Sağlık hizmetlerinin sunumunda hizmetin kamu ya da özel şahıslar tarafından sunumundan çok ihtiyacın giderilmesi önemlidir. Bu yönüyle Şekil 2.3.’de görüldüğü gibi sağlık hizmetleri sektöründe kâr amaçlı ticari kuruluşlar olduğu kadar, kâr amacı gütmeyen kuruluşlar da yer almaktadır. Bu konuda geliştirilmiş bir gruplandırma Şekil 2.3.’de (Sağlık Hizmetleri Endüstrisi) gösterilmiştir.



Şekil 2-3: Sağlık Hizmetleri Endüstrisi

**Kaynak:** Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık, Mahmut Akbolat, “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, 3. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2011, s.71

<sup>35</sup> Ayşegül Mutlu, Abdülkadir Işık, **Sağlık Ekonomisi ve Politikaları**, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No:14, İstanbul, 2002, s.21



Sağlık hizmetleri ile ekonomi arasında karşılıklı bir ilişki söz konusudur. İstatistiksel analizler, kişi başına düşen ulusal gelirin, toplam sağlık harcamalarını ve ulusal gelirden sağlığa ayrılan payı belirleyen en önemli etken olduğunu göstermektedir.

Dünya genelinde toplam sağlık harcamalarındaki artışın yanı sıra toplumun sağlık hizmetleri alanında beklentileri de farklılaşmaktadır: Hastalıkların önlenmesi, hastalık belirtilerinin giderilmesi, yaşam süresinin uzatılması gibi geleneksel beklentiler yanında, toplumun yeni beklentileri de ortaya çıkmaktadır.<sup>36</sup>

### **2.1.3 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri**

Sağlık hizmetleri kendine özgü bir takım özellikler taşımaktadır. Bu özellikler kısaca şu şekilde açıklanabilir:

#### **2.1.3.1 Kamusalılık**

Sağlık hizmetleri, bireye ve aileye doğrudan ve dolaylı sunulan hizmetlerin tümüdür. Sağlık hizmetlerinin amacı, toplumun sağlık standardının yükseltilmesi, kişilerin hasta olmaması için gerekli koruyucu tedbirlerin alınması, hasta olanların en kısa sürede sağlıklarına kavuşmasının sağlanması ve sakat olanların tedavi ve rehabilitasyonlarının sağlanması olarak sıralanabilir.

Sağlık hizmetleri, ekonomide üretimi yapılan diğer mal ve hizmetlerden, bazı özellikleri nedeniyle farklılık göstermektedir: Bu özelliklerden ilki kamusalıktır. Sağlık sektöründe özellikle topluma yönelik koruyucu sağlık hizmetleri tamamıyla kamu malı olma özelliğine sahiptir. Eğitim hizmetleri gibi sağlık hizmetleri de genel olarak yarı kamusal mallar olarak sınıflandırılmaktadır. Bu tür mallar tüketimleri sonucu kişiye özel fayda sağlarken, beraberinde toplumsal fayda da getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin kamusal nitelik taşıması, ortaya çıkan bu sosyal fayda nedeniyledir. Özellikle önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri kamusal niteliğe örnek olarak verilebilir. Önleyici ve koruyucu sağlık hizmetleri toplumun tamamına sunulur. Hizmetin bedelini ödemeyenler de bu hizmetten yararlanırlar. Örneğin sıtma, verem ve

---

<sup>36</sup> H.P.Greenwald, “**Healthcare in United States: Organization, Management and Policy**”. San Francisco: Jossey Bass, 2010, s. 8

kızamık gibi hastalıklarla mücadele, hastalık ortaya çıkmadan ve kişinin para ödeyip ödememesine bakılmaksızın tüm topluma sunulmaktadır.<sup>37</sup>

“Dar anlamda kamusal mal ve hizmet kavramı genel bütçe ile sunulan ve finansmanı vergilerle karşılanan hizmetleri kapsamaktadır.”<sup>38</sup> Bu noktada sağlık hizmetleri alanında devletin rolü ortaya çıkmaktadır. Devletin sağlık hizmetleri kapsamında ortaya çıkan ana görevi, bireyler için iyi bir sağlık statüsünün elde edilmesidir.

Devletin sağlık hizmetleri ile ilgili görevleri;<sup>39</sup>

- Kamu sektöründe sağlık hizmetlerinin üretilmesi için sağlanan kaynakları verimli kullanmak,
- Sağlık hizmetlerinden yararlanamayan bireylerin taleplerini karşılamak amacı ile düzenleme yapmak,
- Sağlık göstergelerini kontrol etmek,
- Sağlık hizmeti tüketicileri ile üreticileri arasında ortaya çıkan eksik bilgilenme ortamının kaldırılmasına yardımcı olmak,
- Sağlık harcamalarının kısmen veya tamamen finansmanını sağlamaktır.

### 2.1.3.2 Toplumsallık

Sağlık hizmetleri toplumsal bir özelliğe sahiptir ve tüm nüfusu ilgilendirmektedir. Örneğin “bulaşıcı hastalıkların tedavisi tüm toplum için önem taşır. Bu hastalıklar bölgedeki tüm nüfusu etkiler ve ilgilendirir. Hasta olsun ya da olmasın, tüm bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerini alması toplum sağlığı açısından gereklidir. Bu nedenle, sağlık hizmetleri sosyal devletin bir gereği olarak, tümüyle serbest piyasa düzeninin işleyişine bırakılmayıp, devlet tarafından sağlık hizmetlerinin sunulması sürdürülmektedir.”<sup>40</sup>

<sup>37</sup> A. Altay, “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi” **Sayıştay Dergisi**, 2007, Sayı 64, s.36

<sup>38</sup> Orhan Şener, **Kamu Ekonomisi**, 5.Baskı, Beta Basımevi, İstanbul, 1996, s.47

<sup>39</sup> Can Aktan, Ulvi Saran, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, İstanbul: Aura Yayınları,2007, s. 10

<sup>40</sup> Nurcan Turan, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, Anadolu Üniversitesi Yayınları Yayın No: 1555, Eskişehir, 2004, s.8

Sağlık hizmeti kamusal nitelik taşıdığından devlet tarafından etkin düzeyde sunulmaması ya da bireyler tarafından yeterince yararlanılmaması durumunda toplumun tümü zarar görmektedir. Bulaşıcı ve enfeksiyözel hastalıklarda olduğu gibi, toplumda ekonomik gücü zayıf olan kesimler sağlık hizmetinden yeterince yararlanmadıkları zaman da aynı risk ortaya çıkmaktadır. Sağlık sadece bir kesimin ya da kişinin sorunu olmayıp toplumsal bir sorun olduğundan ekonomik gücü zayıf olan kesime yönelik harcamaların artırılması, toplumun sağlıklı üyelerinin de korunması anlamına gelmektedir. Bu koruma, ücretsiz sağlık ve sigorta düzenlemeleri, hastalığı önleyen tedbirler (çevre kirliliği ile ilgili düzenlemeler) kamu sağlık kurumlarının sayı ve niteliklerinin artırılması gibi çeşitli önlemler ile sağlanır.

### **2.1.3.3 Öngörülemezlik**

Sağlık hizmetlerinin tüketimi tesadüfi bir şekilde ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri talebi süreklilik göstermez. Talebin ne zaman ortaya çıkacağını kestirmek zordur. Bu belirsizlik ve öngörülemezlik nedeniyle sağlık hizmeti talebinin nerede, ne zaman, ne ölçüde ve kimlerce isteneceği belirlenemediği gibi, yapılacak harcamanın ne zaman ne kadar olacağı da tam bilinemez. Başka bir ifade ile sağlığı diğer mal ve hizmetlerden ayıran önemli özelliklerden biri talebin ne zaman ortaya çıkacağını belli olmamasıdır. Buna ilave olarak hastalığın maliyeti de belirsizdir.

Sağlık hizmetlerinde tüketim konusu olan talebin öngörülemez niteliği, ekonomik riski artırmaktadır. Bu talebin ne zaman ortaya çıkacağını bilinememesi ve kişilerin bu harcamalar için plan yapmamış olmaları ya da sağlık hizmeti maliyetlerinin bir kerede ödenemeyecek kadar fazla olması sorununa piyasa mekanizmasının yanıtı sağlık sigortasıdır. Bu sistem ile risk bölüşümü sağlanmakta yüksek maliyetlere karşı hem bireysel hem de kamusal anlamda destek sağlanmaktadır.

### **2.1.3.4 İkame Edilemezlik**

Sağlık hizmetlerinin diğer bir özelliği de, sağlık alanında verilen hizmetlerin yerine başka bir hizmetin ikame edilememesidir. Normal piyasa koşullarında bir malın fiyatı yükselince, tüketici bu malın yerine diğer malları ikame edebilirken, sağlık hizmetleri yerine başka bir hizmet konamaz. Örneğin, bir kalp kapakçığı ameliyatının daha yüksek maliyetli olması nedeniyle bunun yerine, daha düşük bir maliyete sahip

olan çürük dişlerin bakımı konamaz ve ikame edilemez. Bu ikame edilemezlik, sağlık dışındaki mal ve hizmetlerin önemli bir bölümü için en azından olanaklıdır.<sup>41</sup>

Sağlık alanında bir hizmetin, parasal değeri daha az olan bir başka hizmet ile değiştirilememesi, sağlık hizmetlerini diğer üretim ve hizmet sektörlerinden ayıran özelliklerden biridir. “Sağlık hizmeti alması gereken bir hastaya parası ya da sağlıkla ilgili güvencesi yok diye sağlık hizmeti verilmemesi, sağlığın temel bir insan hakkı olduğu kabulünü yok saymaktadır.”<sup>42</sup>

### **2.1.3.5 Ertelenemezlik**

Sağlık sektörü dışındaki birçok mal ve hizmet sektöründe, çeşitli sebeplerle talepler ertelenebilir. Ancak sağlık hizmetlerinin doğası gereği pek çok durumda sağlık hizmetinin kullanımı ertelenemez. Sağlık hizmetleri çoğu kez ortaya çıktığı anda karşılanmak durumundadır. Çünkü sağlığın ihmali, bireyin ölümü ile sonuçlanabileceğinden, özellikle acil olan kişinin sağlığını tehlikeye düşüren sağlık hizmeti talebinin ertelenmesi mümkün değildir. Ayrıca tedavide erken tanının önemi dikkate alındığı zaman hizmetlerin ertelenmesi daha büyük ekonomik kayıplara neden olabilir. Hizmetlerin kullanımının ertelenmesi kişide kalıcı hastalık ya da sakatlıkların oluşmasında da etkili olabilmektedir. Dolayısıyla ihtiyaç duyduğu anda kişinin herhangi bir etmene ya da kısıtlamaya bağlı olmaksızın sağlık hizmetlerine ulaşması sağlanmalıdır.<sup>43</sup>

### **2.1.3.6 Bilgi Yetersizliği (Asimetrik Enformasyon)**

Tüketicinin rasyonel davranış sergileyebilmesi için ürün ve hizmetlerle ilgili yeterli bilgiye sahip olması gerektiğinden, sağlık hizmetlerinde tüketicilerin yeterli bilgiye sahip olmaması önemli bir özelliktir.

Sağlık hizmetleri, son derece karmaşık bir yapıya sahiptir ve bu karmaşık yapıyı anlayabilmek için, konu ile ilgili uzmanlığa sahip olmak gerekir. Oysa hekim-hasta ilişkisinde tarafların bilgi düzeyleri arasında çok büyük bir fark vardır. Hizmeti

---

<sup>41</sup> Nilüfer Mısırlı, “Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü **Doktora Tezi**, 2007, s.72

<sup>42</sup> Tengilimoğlu, 2011, s.72

<sup>43</sup> Tengilimoğlu, 2011, s.73

kullanan, alacağı sağlık hizmetinin içeriğini belirleyememektedir. Hasta, başka hizmetlerde pek görülmeyen ölçüde hizmetin içeriğini hekime bırakmakta; verilen hizmetin kapsamını, süresini vb. belirleyen hekim olmaktadır.

Ayrıca hekimin, uygulanacak tedavi yöntemini ve kullanılacak ilaçları vb. saptarken büyük bir güce sahip olduğu ve bu güç sayesinde sunulan hizmetin kapsamını gereğinden fazla geliştirerek harcama düzeyini arttırma olasılığının varlığı görülmektedir. Hatta sağlık hizmeti piyasa kuralları içinde sunuluyorsa, bu olanak daha büyüktür. Ayrıca kişinin tedavinin süresi, maliyeti gibi konularda da herhangi bir pazarlık şansı yoktur. Böylece sağlık hizmetleri tüketicisi, ürün ve hizmetler hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığından, hizmetin sağlayacağı faydayı ve kaliteyi de ölçemez.

### **2.1.3.7 Paraya Çevrilemezlik**

Sağlık piyasası, sağlık hizmeti fiyatlarının oluşma mekanizması bakımından diğer piyasalardan ayrılmaktadır. Sağlık hizmeti sürecinde kişi iyileşirken, sakat kalırken ya da hiç istenmeyen bir sonuç olarak yaşamını yitirebilirken, sağlık hizmeti çıktısının paraya çevrilemediği ya da pazarlığının yapılamadığı görülmektedir.<sup>44</sup>

Bir başka açıdan baktığımızda ise, bireylerin çalışma verimlerinin yükselmesi, yaşam sürelerinin uzaması ve daha çok üretim yapma koşullarının bulunması gibi durumların parasal olarak değerinin belirlenmesinin çeşitli zorluklarının olduğu görülmektedir. “Söz gelimi, bebek ölüm hızını binde 30’dan binde 20’ye çekmek için yapılan harcamaların karşılığı, diğer mal ve hizmetlerde olduğu gibi muhasebe kayıtlarındaki doğrudan bir kâr unsuru olarak hesaplanamamaktadır.”<sup>45</sup> Sonuç olarak sağlık hizmetleri kendine özgü özelliklerinden dolayı, çoğu kez kâr amaçlı olmayıp sosyal amaçlıdır. Dolayısıyla, maliyet, fayda ve karlılık gibi piyasa ekonomisinin temel kavramları, sağlık sektöründe farklı bir anlam kazanmaktadır.

### **2.1.4 Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması**

Sağlık hizmetleri dünyanın pek çok ülkesinde önceleri sadece hastalıkların tedavisi şeklinde anlaşılmış ve daha çok tedavi hizmetlerine yönelimler ortaya çıkmıştır.

---

<sup>44</sup> Kurtulmuş, s.58

<sup>45</sup> Aktan ve Işık, s.2

Sağlık hizmetleri; sağlığın korunması, hastalıkların tedavisi ve rehabilitasyon için yapılan çalışmaların tümü olarak tanımlanır.<sup>46</sup>

Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması;

1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri
2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri
3. Rehabilitate Edici Sağlık Hizmetleri olarak yapılabilmektedir.

#### **2.1.4.1 Koruyucu Sağlık Hizmetleri**

Koruyucu sağlık hizmetlerinin iki konu başlığı altında incelendiği görülmektedir. Bunlar, kişiye yönelik sağlık hizmetleri ve çevreye yönelik sağlık hizmetleri şeklindedir. Sağlık hizmetlerinin ilk basamağında yoğun olarak kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri yer almaktadır.

Kişi, toplum ve diğer canlı varlıkların sağlığını genel olarak içine alan çevreye yönelik sağlık hizmetleri; fiziksel ve kimyasal olarak çevreyi etkileyen bütünü ele almaktadır. Koruyucu sağlık hizmetlerinin ikinci basamağını oluşturan çevreye yönelik sağlık hizmetleri; temiz su sağlanması, çevre kirliliğinin önlenmesi, gıda kontrollerinin sağlanması, tarım sağlığı, hayvan sağlığı, sanayi ile çevrenin katı ve kimyasal atıklarının kontrollerinin sağlanması, vektörlerin kontrolü ve gürültü kirliliğinin azaltılması şeklindedir.<sup>47</sup>

#### **2.1.4.2 Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri**

Bu basamakta sağlık hizmetleri üç şekilde değerlendirilmektedir. Genel sağlık hizmetleri çerçevesinde değerlendirilen bu hizmetler, hasta sevk ve ilk adım tedavi hizmetlerinin yapıldığı aşamadır. Bunlar; Sağlık Ocakları, Dispanserler, Ana-Çocuk Sağlığı Merkezleri, Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezleridir. Bu birinci basamakta yer alan kuruluşlar, yataksız ve ayakta sağlık hizmeti veren kuruluşlardır. Bu basamağın ikinci kısmında yer alan hizmetlerin verildiği yerler, hastaların yatırılarak teşhis ve tedavi hizmetlerinin yer aldığı hizmet birimleridir. Bu basamak içerisinde yer alan kuruluşlarda 50 ile 100 yatak arasında hastaya hizmet sunan birimler yer

<sup>46</sup> Akdur, **Halk Sağlığı**, 1998, s.12

<sup>47</sup> F. Keçe, **Türkiye'de Sağlık Hizmetleri**, Sağlık Bakanlığı Koruyucu Hekimlik Sistemi, Ankara, 2009, s.156

almaktadır. Ayrıca bu tip kurumlarda üç ve daha üstü belirli branşlarda uzmanlaşmış hekim bulunmaktadır.

İkinci basamak içerisinde yer alan sağlık hizmeti sunan birimler veya kurumlar, tam teşekküllü sağlık hizmeti sunan kuruluşlardan da oluşabilmektedir. Bunlar buldukları çevreye ve nüfusa göre hasta yatak sayısına sahiptir. Türkiye örneğinde bu kurumlar, Sağlık Bakanlığı'na bağlı il ve ilçe devlet hastaneleri ile diğer kurumlara bağlı (kamu ya da özel) genel amaçlı hastanelerdir.

Üçüncü basamakta yer alan sağlık hizmeti sunan kuruluşlar ise; daha çok alanında uzmanlaşmış sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır. Türkiye örneğinde bu kurumlar, ruh sağlığı hizmeti sunan kurumlar veya hastaneler, onkoloji hastaneleri, üniversite hastaneleri veya veremle savaş merkezleri şeklinde gösterilebilir.<sup>48</sup>

#### **2.1.4.3 Rehabilitasyon Hizmetleri**

Rehabilitasyon sözlük anlamı ile “Kişinin doğuştan veya sonradan, herhangi bir nedenle oluşan kalıcı ya da geçici yetersizliklerinin, kaybedilmiş bazen de sınırlanmış olan fonksiyonel kapasitesinin tedavi edilmesi, psikolojik veya fiziksel olarak rahatlatılması, sosyal ve mesleki açıdan desteklenerek günlük aktivitelerini bağımsız olarak yerine getirebilmesi halidir.” şeklinde belirtilmektedir.<sup>49</sup>

Rehabilitasyon kurumları, genellikle fiziksel yönden sakat kalmış, ruh sağlığını kaybetmiş, başkalarına bağımlı olarak yaşayan sağlık sorunlarına sahip bireylerin tedavi edilerek topluma kazandırıldığı ya da kazandırılmaya çalışıldığı sağlık kurumları ve kuruluşlarıdır.

İki türlü rehabilitasyon hizmeti sunulmaktadır. Bunlar, tıbbi olarak sunulan rehabilitasyon, ya da sosyal yönden sağlanan rehabilitasyon hizmetleridir. Tıbbi rehabilitasyon, bedensel sakatlıkların mümkün olduğu kadar düzeltilmesidir. Sosyal rehabilitasyon ise sakatlıkları nedeni ile eski işlerini yapamayanlara ya da belirli bir işte

---

<sup>48</sup> Zeliha Öcek ve Ata Soyer, **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz, 2000 – 2004 Fotoğrafi**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1. Baskı, Ankara, 2007, s.56

<sup>49</sup> Öcek ve Soyer, s.56

çalışamayanlara yönelik olarak iş öğretme, iş bulma, işe uyum sağlamalarına yönelik verilen hizmetlerin tümünü kapsamaktadır.<sup>50</sup>

Sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri olarak üç ana grupta toplanmaktadır. Sağlık kurumları, verdikleri sağlık hizmetinin türüne göre farklılaşmaktadır. Aynı zamanda, bu kurumların, sorumlu oldukları sağlık hizmetlerini değişik düzeylerde ürettikleri gözlenmektedir. Örneğin bir sağlık ocağı temel işlevi olan koruyucu sağlık hizmetinin yanı sıra teşhis ve tedavi hizmetleri de sağlamaktadır.

## **2.2 SAĞLIK HİZMETLERİNDE DÖNÜŞÜM: DÜNYA VE TÜRKİYE**

### **2.2.1 Dünya’da Sağlık Hizmetlerinin Değişim Süreçleri**

Sağlık hizmeti kavramı, sağlık sektörünün merkezinde yer alan “Asıl Sağlık Hizmetleri”ni kapsar. Asıl Sağlık Hizmetleri ise, sağlıklı insanlar, hastalar ve sağlık personeli, hastane, eczane, Sağlık Bakanlığı vb. sağlık sisteminde yer alan tüm kişi ve kurumları kapsadığı gibi, kişiye yönelik koruyucu-geliştirici ya da tedavi amaçlı tüm hizmetleri kapsar.

Asıl Sağlık Hizmetleri alanı merkezdeki alandır. Bu alan, kendisini kuşatan diğer iki alandan; Sağlığı Doğrudan Etkileyen Hizmet Alanları ve Sağlığı Dolaylı Etkileyen Hizmet Alanları olmak üzere özetlenebilecek alanlardan kuvvetle etkilenir:

Sağlığı Doğrudan Etkileyen Hizmet Alanları: Aile yapısı, coğrafya, sosyal yapı, beden eğitimi ve spor, eğitim, sosyal politikalar, içme suyu ve kanalizasyon gibi belediye hizmetleri türündeki bir kısım hizmetler; veterinerlik hizmetleri, araç-gereç, cihaz anlamındaki sağlık donatımları gibi alanlardır. Çoğunlukla başka sektörlerde yer alan bu alanlar, asıl sağlık hizmetleri alanı ile büyük ölçüde kesişmekte ve sağlık hizmetleri de arz-talep sisteminin oluşmasında orta halkayı oluşturmaktadır.

Sağlığı Dolaylı Etkileyen Hizmet Alanları: Gelir dağılımı, işsizlik-tam istihdam, haberleşme, bilimsel ve teknolojik gelişmeler, uluslararası ilişkiler, tarım, ormancılık,

---

<sup>50</sup> Keçe, s.158



çalışma hayatı, tüketici örgütleri vb. alanlardır. Başka sektörlerde yer alan bu alanlar, sağlık sektörü ile de örtüşmektedir. Ancak asıl sağlık hizmetlerine uzak ve dolaylı etkilerinden söz edilebileceğinden sağlık hizmetlerinde arz-talep ve üretim-tüketim sisteminin oluşmasında en dıştaki geniş kapsamlı alanı oluşturmaktadır.

Sağlık sektörünü oluşturduğunu varsaydığımız iç içe üç alandan/halkadan ‘sağlık’ elde etmeyi ve korumayı amaçlayan en içteki Asıl Sağlık Hizmetleri alanı ile ortadaki Yakın/Doğrudan Etkili hizmet alanında verilen hizmetler, sağlık hizmetleri olarak adlandırılabilir.<sup>51</sup>

Günümüzde sağlık hizmetleri: ‘Sağlık’ çıktısını, ürününü, hizmetini, sonucunu oluşturan tüm kişi, kuruluş, ürün ve hizmetlerin tedbir, tarama, teşhis, tedavi, tedavi sonrası gibi, ortak sağlık hizmeti üretimleri görünümündedir.<sup>52</sup>

Asıl sağlık hizmetlerinin içerdiği arz-talep unsurlarının ortak amacı, kişilerin sağlıklı olmasını sağlamak ve bunu koruyup geliştirmek yoluyla toplumu sağlıklı kılmaktır.

Sağlık Hizmetleri Sistemleri ya da diğer bir deyişle Sağlık Sistemleri ise, sağlık sektörünü oluşturan tüm alt sistemlerin yapılarını, sağlık mal ve hizmet ürünlerini, bu ürünlerin üretim ve tüketim düzenlerini kapsamaktadır. Sağlık Sistemlerinin ayrıca, tüm bu üretim ve tüketim aşamalarındaki mali yapısını ele alan ekonomik boyutu da vardır.

DSÖ 2000 yılı Raporu, sağlık sistemini, temel amacı sağlığı geliştirmek, yenilemek ve sürdürmek olan tüm aktiviteleri içerecek biçimde tanımlamıştır.<sup>53</sup>

Yine bu Rapor’da, sağlık sistemlerinin sınırlarına yönelik kullanılabilecek bir takım tanımlara yer verilmiştir: (1) Rapora göre en dar tanım; sağlık sisteminin sınırlarını, Sağlık Bakanlığı’nın doğrudan kontrolü altındaki aktiviteleri içermektedir. (2) İkinci tanım biraz daha kapsamlıdır. Bu tanımda sistem; kişisel tıbbi hizmetler ve kişisel olmayan sağlık hizmetlerini içermektedir. Fakat sağlığı artırmayı amaçlayan

---

<sup>51</sup> Erdal Sargutan, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8, Sayı 3, 2005, s.402

<sup>52</sup> Sargutan, 2005, s.402

<sup>53</sup> WHO, “**World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance**”, Geneva, [http://www.who.int/whr/2000/en/\(20.04.2013\)](http://www.who.int/whr/2000/en/(20.04.2013))

sektörler arası aktiviteleri kapsamamaktadır. (3) Üçüncü tanım daha da kapsamlıdır ve temel amacı sağlığı iyileştirmek olan her faaliyet, sağlık sisteminin bir parçası olarak düşünülmektedir. (4) Son tanım, sağlığı iyileştirmeye katkı veren tüm aktiviteleri kapsamaktadır.<sup>54</sup>

Birinci tanımda sağlığı iyileştirmeyi amaçlayan birçok aktivite dışarıda bırakılmaktadır. Örneğin devlet kontrolü dışındaki dernek, vakıf ya da özel sektör tarafından sunulan hizmetler sağlık sistemine dahil edilmemektedir. İkinci tanımda, örneğin ilaçlama, içme suyu, hıfzıssıhha programları gibi sektörler arası aktiviteleri içermemektedir. Üçüncü tanım, tıbbi ve bireylere yönelik sağlık hizmetlerini içerdiği gibi, örneğin trafik kazalarından kaynaklı kayıpları önlemeye yönelik düzenlemeler gibi sektörler arası aktiviteleri de içerir. Son tanım ise, eğitim, endüstriyel gelişme, çevre gibi sağlığı etkileyen tüm alanları kapsamaktadır.

Sonuç olarak sağlık sistemi, sağlık faaliyetlerinin finansmanı, düzenlenmesi ve sunumu ile ilgili kaynakları, karar verme mekanizmalarını ve kuruluşları içermektedir. “Sağlık sistemleri, yalnızca insanların sağlığını yükseltme sorumluluğuna değil, aynı zamanda da onları hastalığın finansal risklerine karşı korumak ve onları tedavi etmek sorumluluklarına da sahiptirler.”<sup>55</sup> Böylece sağlık sistemlerinin, hizmet sunulan nüfusun sağlık standartlarını yükseltmek, insanların beklentilerine yanıt vermek ve hastalıklara karşı finansal koruma sağlanması olmak üzere üç önemli amaca sahip oldukları görülmektedir.

Bir sağlık sisteminin yapısal ölçüt ve göstergelerine bakıldığında, sağlık mal ve hizmetlerine ulaşılabilirlik, kullanılabilirlik, ihtiyaca uygunluk, yeterlilik, süreklilik, adillik, eşitlik, beklenen ortalama ömür, sağlık personeli başına düşen nüfus sayısı gibi ölçütlerle karşılaşılmaktadır. Mali yapı boyutunun temel ölçüt ve göstergelerini ise; toplam sağlık harcaması, bu harcamanın hem kamu bütçesine hem de GSMH’ye oranı, uygulamaların verimliliği, kişi başına düşen sağlık harcaması, hizmetleri satın alma gücü, hastalıkların yarattığı mali yük ve toplam ekonomiye etkileri oluşturmaktadır.

---

<sup>54</sup> Özdemir, s.19

<sup>55</sup> Özgür Uğurluoğlu, “Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8, Sayı 1, 2005, s.12

Ülke sağlık sistemlerinin yapı ve işleyişini etkileyen başlıca unsurlar (sağlık hizmeti alanlarla ilgili unsurlar, sosyal ve fiziksel unsurlar, sağlık hizmeti verenlerle ilgili unsurlar) incelendiğinde, bir ülkede uygulanan sağlık politikasının o ülkeye ait sağlıkla ilgili göstergelerin en önemli belirleyicisi olduğu görülmektedir. Bir ülkenin sağlık sistemi, resmi bir sağlık politikasına dayalı olabilir ya da bir sağlık politikası söz konusu olmayabilir. “Bir politika, kişiler yoluyla toplumu sağlıklı kılma amacına uygun olarak, diğer belirleyici unsurların da etkisiyle ülkenin ihtiyaç, şart, imkan, altyapı, bünye ve gerçeklerine dayalı olarak uzun yıllar içinde geliştirilmiş ve uygulanmakta olabileceği gibi, bambaşka çıkış noktalarından hareketle oluşturulmuş da olabilir. Yahut hiçbir politika ve ciddi resmi düzenleme bulunmayabilir. Fakat tüm bu şartlarda da sözü edilebilecek, oluşan veya oluşturulan iyi-kötü bir sağlık sistemi vardır.”<sup>56</sup>

Bir ülkenin sağlık göstergelerini belirleyen ikinci belirleyici unsur, kişilerin kendi sağlıklarına verdikleri önemdir. Bu unsur sağlık sistemlerini belirlediği ve seçilen sağlık politikalarını etkilediği gibi, aynı zamanda bu politikalardan etkilenmektedir.

Ülkenin ekonomik durumu ve gelir dağılımının niteliği de, sağlık sistemini ve göstergelerini belirleyen en önemli üçüncü unsurdur. Ancak bütün bu belirleyici unsurlar, önem sırası ve etkisi ülkeden ülkeye değişmekle birlikte diğer belirleyici unsurlar, benzer ekonomik sistem ve şartlara da sahip olsalar ülkeler arasında farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Benzer siyasi ve sosyal yapıya, birbiriyle kıyaslanabilir sağlık sistemlerine sahip ülkelerin sağlık göstergeleri farklı olabilmektedir. Bu farklılık, sağlık sorunlarında da farklılaşmayı beraberinde getirmektedir.

Sonuç olarak sağlık, kişi kadar toplumu da ilgilendiren bir olgudur ve bu olgu resmi veya resmi olmayan arz-talep ya da üretim-tüketim düzenlerinin varlığını beraberinde getirmektedir. Bu arz-talep, üretim-tüketim biçimleri de sağlık sisteminin karakterini oluşturmaktadır.

### **2.2.2 Sağlık Sistemlerinin Sınıflandırılması**

Milton Roemer, “Dünyada Ulusal Sağlık Sistemleri” adlı çalışmasında, “Ekonomik Seviye ve Sağlık Sistemi Politikalarına Göre Sınıflandırılmış Ulusal Sağlık

---

<sup>56</sup> Sargutan, 2005, s.409

Sistemi Tipleri” başlığı altında sağlık sistemlerini dört bölümde toplamıştır ve bu çalışma, ülkelerin sağlık sistemlerini gruplandıran çalışmalar içinde en bilinen ve en yaygın başvurulanlardan biridir:

1. Girişimci ve Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi
2. Refah Yönelim Tipi Sağlık Sistemi
3. Genel ve Kapsayıcı Tipi Sağlık Sistemi
4. Sosyalist ve Merkezden Planlanmış Sağlık Sistemi

Diğer yandan, “bir ülkede bu dört ana sağlık sistemi tipinden birini veya birden fazlasının varlığını düşündüren özellikler bulunabileceği gibi, çok özel bazı uygulamalara da rastlanabilir. Bir ülkede, bu sistem tiplerinden birinin tipik özellikleri en baskın ve yaygın uygulama halinde ise ve halkın çoğunluğu sağlık hizmetlerini bu şekilde elde ediyorsa, ülke o grup içinde değerlendirilmelidir.”<sup>57</sup>

Öte yandan, sağlık sistemlerinin, sadece ekonomik ve ideolojik tercihlerin etkisi altında olmadığı, ayrıca siyasal çıkarlar ve kaygılarca da şekillendiği göz önünde bulundurulmalıdır: “Kilit rollerdeki aktörlerin arasında ilaç endüstrisi, sağlık hizmeti donanımını sağlayanlar, tıp profesyonelleri ve tabii ki uygulanan politikaların seçmene yansımalarına bakan başlıca siyasal partiler vardır.”<sup>58</sup>

Ulusal sağlık sistemlerini sınıflandırırken, sisteme en az müdahale edilenden en çok müdahale edilene doğru bir sınıflandırma yapıldığında ve temel kriter, devletin sağlık sistemine müdahale derecesi olduğunda, yukarıda da belirtildiği gibi, Roemer’e ait olan, dört ana başlıkta kendini bulan sınıflandırma ile karşılaşılmaktadır.

#### **2.2.2.1 Girişimci ve Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi: “ABD Örneği”**

Serbest piyasa tipi özellikli sağlık sistemlerinde sağlık, ağırlıklı olarak piyasa koşullarına bırakılmıştır. Bu uygulamada, sağlık hizmetleri, kişilerin doğrudan ödemeleri ya da özel sigorta aracılığıyla prim ödemeleri karşılığında alınmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti, verilen ücret karşılığında kamu veya özel sektörden satın alınmaktadır.

---

<sup>57</sup> Sargutan, s.412

<sup>58</sup> John Lister, **Sağlık Politikası Reformu, Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?**, İnsev Yayın, İstanbul, 2008, s.46

Bu tipteki uygulamaların önemli noktası, kişilerin sağlık hizmeti ihtiyaçları için harcama yapmak zorunda olmalarıdır. Buna karşılık, devletin kamu kaynakları kullanımı çok daha az olmaktadır. Bu sistemde sağlık güvencesi, maddi olanağı olanların sağlık sigortasına katılmasıyla sağlanır. Böylece teorik olarak bakıldığında, nüfusun sadece maddi olanağı güçlü kesimi sağlık güvencesi altındadır. Bu bağlamda özel sektör sistemin merkezindedir; hastane yataklarının büyük bir bölümü özel sektörün elindedir ve sağlık hizmeti arzı harcamalarının büyük bir kısmını özel sektör karşılamaktadır.

Bu sağlık sistemi tipinde, sağlık hizmetleriyle ilgili arz ve talebin esas olarak serbest pazar ekonomisi şartları içinde gerçekleştiği, arz-talep dengesinin kurulmasında kamu sektörünün yetersizliği nedeniyle özel sektörün ana unsur olduğu bir ortam tanımlanmaktadır. Ancak serbest pazar ekonomisinin teorik olarak öngördüğü “arz ve talebin birbirlerini serbest pazar ortamında serbestçe karşılayıp dengelemesi” esasının, sağlık hizmetlerinin pazar şartlarına uyumsuzluğu nedeniyle, bu alandaki geçerliliği tartışmalı hale gelmektedir: Bu sistemin adil, dengeli, ihtiyaca uygun, toplum yararına sonuçların alınmasında çoğu zaman yetersiz kaldığı gözlenebilir. Bu sebeplerle, bu tür sağlık sistemleri, sağlık hizmeti talep edenlerin, arz edenin kontrolüne her yönden açık ve korunmasız olduğu uygulamalardır. Hizmetin sunumu, ücreti, kalitesi, miktarı vb. üzerinde değerlendirme ve denetim imkanları çok kısıtlıdır.<sup>59</sup>

Bu sistem genellikle gelişmiş kapitalist ülkelerde uygulanmaktadır. Milli geliri yüksek, gelir dağılımı dengeli, yoksulları az, sosyal yardım faaliyetleri etkili ülkelerde uygulandığında, sağlık hizmetlerinin arz-talep dengesinde sorunlara yol açmayabilir. Ancak bu şartlarda bile, hem kişisel ya da toplumsal koruyucu-geliştirici sağlık hizmetlerinin sunumunda, hem de maddi olanağı kısıtlı olan kişilerin tedavi ihtiyaçlarının karşılanmasında bazı olumsuzluklar yaşanacaktır. Bu durum, bu tür olumsuzlukların kamu müdahalesiyle çözülmesi gerekliliğini beraberinde getirir.

---

<sup>59</sup> Sargutan, s. 417

Gelişmiş kapitalist ülkelerde uygulandığını belirttiğimiz Girişimci ve Serbest Piyasa Tipi Sağlık Sistemi'nin tipik örneği ABD'dir. ABD'deki sağlık sisteminin en önemli özelliği, çoğunlukla kâr amaçlı kuruluşlarla yürütülmesidir. Gelir düzeyi yetersiz olanlara yönelik düzenlenen devlet desteği ise istenen düzeyde değildir.

Devlet desteğinde olan iki tane sağlık sigortası bulunmaktadır: 65 yaş üstü ve engelliler için "Medicare" ve belirli bir gelirin altındakiler için "Medicaid". Ancak devletin yaşlılara sunduğu destek programı Medicare, sağlık harcamalarının yalnızca %43'ünü karşılamakta, sigortaya rağmen sağlık harcamasının çoğunu hastanın ödemesi gerekmektedir. 2002 yılı verilerine göre nüfusun ancak %14'ü Medicare programı, %12'si ise Medicaid programı içinde yer almakta, çünkü Medicare ve Medicaid tarafından sağlanan hizmetlerin belirli sınırları bulunmaktadır. Örneğin, evde hemşireli bakım hizmeti 100 gün ile sınırlıdır. Benzer limitler doktor muayeneleri, reçeteli ilaçlar, gözlük ya da işitme cihazları bakımından da mevcuttur. Dolayısıyla 18 yaş altı çocuklar ve hamile kadınlar gibi belli kategoriler dışında hastaların katkı payı ödemesi gerekebilmektedir. Bu katkı payı oranı her eyalette farklı olabilmektedir.

Yaklaşık 308 milyon nüfusa sahip olan ABD'de 50 eyalet vardır. Eyaletlerin sağlık bölümleri kendi bütçelerini yapmakta, insan gücü sağlanması ve sağlık planlarının hazırlanmasını da yine kendileri sağlamaktadır.

Çok yaşlı ve çok fakir olmayan herkes sağlık giderlerini kendisi karşılamak zorundadır. Nüfusun %55'i işvereni tarafından ödenen sağlık sigortasına, %3'ü bireysel sağlık sigortasına sahiptir ve %1'i de devlet memuru olduklarından kamu tarafından sigortalanmaktadır. Ancak yaşlı ya da sakat nüfusa gelindiğinde bu oran değişmektedir: Medicare, ABD'nin yaşlı nüfusunun yaklaşık %95'ini kapsamaktadır. Medicare hizmetlerinden yararlanan 8 milyon kişi hem 65 yaş üstünde hem de belirli bir gelir seviyesinin altındadır. Dolayısıyla sağlık gereksinimlerini ancak iki fondan aldıkları destekle sağlayabilmektedir.

Bugün itibarıyla dünyanın en zengin ülkesinde çoğu yoksul işçiler olmak üzere yaklaşık 45 milyon kişinin (toplumdaki her 6 kişiden birinin, nüfusun %15'i) hiçbir sağlık güvencesi bulunmadığı bilinmektedir. Bu grubun büyük bir kısmını işverenin kendilerini sigorta ettirmemeleri nedeniyle sigortasız çalışan kesim oluşturmaktadır. Bu

kişiler genellikle devletin sunduğu destek programlarından da yararlanmak için gerekli koşulları sağlayamadıklarından sağlık güvencesinden tümüyle yoksundurlar.<sup>60</sup>

ABD’de sağlık sisteminin ana omurgasını oluşturan özel sağlık sigortası primleri hızla yükselmektedir. 2006 yılındaki artış oranı %7,7 ile yıllık enflasyonun yaklaşık iki katıdır. 4 kişilik aile için ödenen ortalama sağlık sigortası ücreti yıllık asgari ücretin üstünde olduğundan, sağlık sigortası harcamaları işveren için en fazla artan masraf kalemi olmaktadır. Örneğin sağlık sigortası primlerinin 2000 yılından bu yana artış oranı %87’dir. Bu rakam aynı dönem için geçerli olan %18’lik enflasyon ve %20’lik maaş artış oranlarının çok üstündedir. “Aynı dönemde işçi katkı payı oranı %143 artmıştır. Cepten yapılan harcamalardaki artış oranı da %115’e ulaşmıştır. Bu artışlar ve yükselen sigorta primleri nedeniyle 2000–2006 yılları arasında 9 milyon Amerikalı sigortasız kalmıştır.”<sup>61</sup> Bu kişiler belirli bir gelirin üstünde kazanç sağladıklarından Medicaid hizmetinden yararlanamamakta, sağlık sigortası sahibi olmak zorunlu olmadığından, yüksek primler bu kişilerin sigorta yaptırmasına engel olmaktadır. Böylece sigortasız Amerikalıların sayısı artmaktadır: “ABD nüfusunun 47 milyon kişilik bir kesiminin sağlık sigortası bulunmaktadır. Bu, toplam nüfusun %16’sına denk gelmektedir.”<sup>62</sup> Bunun en önemli nedeni, ABD’nin giderek bir sanayi toplumu olmaktan çıkıp hizmet toplumuna dönüşmesidir. Hizmet sektöründe çok sayıda kişi yarı zamanlı ya da kısa süreli sözleşme temelinde çalıştırıldığından, işverenin sağlık sigortası yapma zorunluluğu ortadan kalkmaktadır.

Öte yandan, Amerikan sağlık hizmetlerinin temel ilkesi, toplumun hekim seçme ve hekimin de hastasını seçme özgürlüğünün olmasıdır. Sistem, hizmet alanlara birçok seçenek sunabilmektedir. Hastalar, özel sigortalardan özel sağlık organizasyonlarına kadar geniş bir yelpazede, kendilerine uygun doktor ya da hastaneyi seçebilmektedir. Ancak bu noktada sisteme yönelik iki eleştiri karşımıza çıkmaktadır: Birincisi, sağlık hizmeti, onu alabilecek güçte olanlara ulaşabilmektedir. İkincisi, sağlık harcamalarının yüksekliğidir. Öyle ki, tüm ülkeler içinde sağlığa en çok para harcayan ülke ABD’dir. “2012 yılında yayınlanan OECD Raporu, ABD sağlık sistemindeki problemin bazı boyutlarını özetlemektedir. 2008 yılında sağlık harcamaları, ülkenin GSYH’nın

---

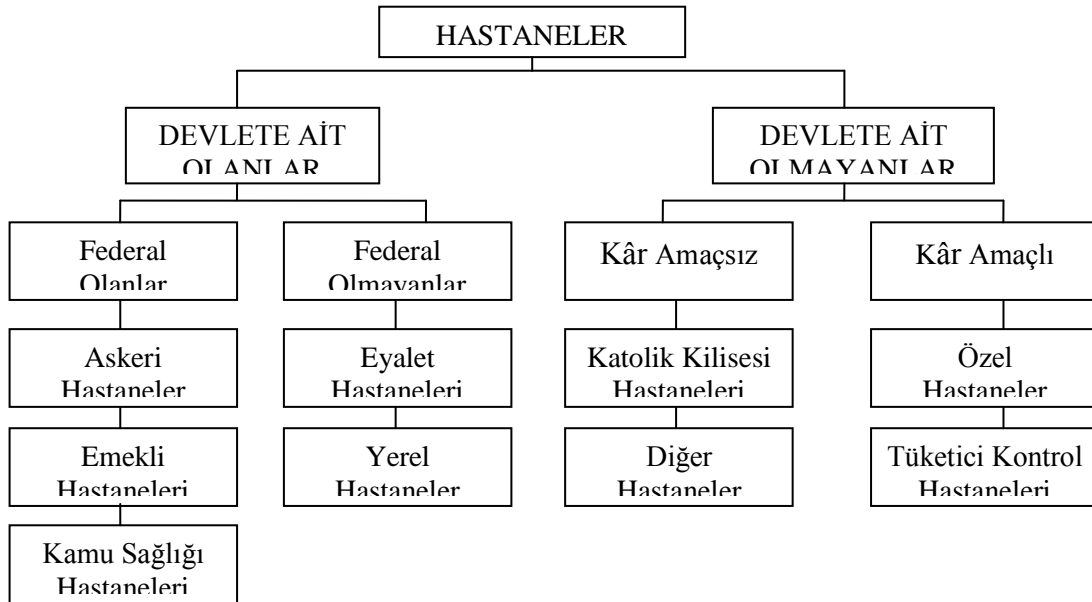
<sup>60</sup> Özdemir, s. 20

<sup>61</sup> Facts on Health Insurance Coverage, www.incho.org (08.09.2011)

<sup>62</sup> Can Buharalı, “Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Ekonomisi”, **Deloitte Raporu**, 2008, s.10

%15,2'sini temsil etmekteyken, bu oran diğer OECD ülkelerinde ortalama %8'dir. Bu rakam kişi başı 7164 dolara denk düşer.”<sup>63</sup> 2011 yılına bakıldığında ise sağlık programları giderleri ABD federal hükümet bütçesinin %21'ini oluşturmaktadır.

Maliyetini karşılayabilenler için ABD'de tıbbi bakımın kalitesi oldukça yüksektir. Bununla birlikte ülkede dünyanın en iyi hastaneleri ve tıbbi araştırma kurumları vardır. Sağlık endüstrisinin en önemli aktörü olan ABD'de dünyanın önde gelen sağlık kurumları bulunmaktadır. “Örneğin Houston'daki 'Methodist' ve New York'daki 'Sloane Kettering' kanser konusunda, 'Cleveland Clinic' kalp rahatsızlıkları konusunda en tanınan hastanelerdir. Harvard Tıp Fakültesi, John Hopkins gibi tanınmış üniversiteler ABD'de bulunmaktadır.”<sup>64</sup> 1873'de ABD'de 178 hastane varken, 20.yüzyıldaki tıbbi gelişmelere paralel olarak hastane sayısında büyük artış olmuştur. Günümüzde, Amerikan Hastaneler Birliği, hastaneleri, büyüklüklerine, maliyetlerine ve ortalama yatış sürelerine göre sınıflandırmıştır: Mülkiyetine göre devlete bağlı ve bağlı olmayan şeklinde ikiye ayrılırken, devlete ait hastaneler de federal ve federal olmayan hastaneleri kapsamaktadır. Devlete ait olmayan hastaneler ise kâr amacı güden/gütmeyen ve tüketicilerin kontrolündeki hastaneler olmak üzere üç gruptur.



Şekil 2-4: ABD'de Hastaneler

**Kaynak:** Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık, Mahmut Akbolat, “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, 3. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2011, s.71

<sup>63</sup> WHO, World Health Statistic 2011, [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf)-(20.04.2013)

<sup>64</sup> Buharalı, s.9



ABD aynı zamanda ilaç sanayinin gelişimine en fazla katkıyı sağlayan ülkelerin başında gelmektedir. Dünyanın en büyük 10 ilaç firmasından 5'i ABD kökenlidir. İlaç sanayinde en fazla Ar-Ge çalışması ABD'de yürütülmektedir.

Ancak ABD'de ilaç; sağlığa erişimde stratejik bir ürün olmaktan çok, ticari bir ürün olarak değerlendirilmekte, ilaç bedelleri büyük oranda hastalar tarafından ödenmekte, reçete edilen ilaç masraflarının sigorta şirketlerince karşılanmasında sıkıntı doğmaktadır. “Pazar ekonomisi mantığı, ilaç firması yöneticilerinin firma sahipleri ve hissedarlarının çıkarlarını korumak ve geliştirmek üzerinedir. İlaç endüstrisinin birincil amacı kâr elde etmektir. İlaç şirketleri ABD'nin en karlı şirketleri olarak öne çıkmaktadır.”<sup>65</sup>

Bir ülkede bebek ölümlerinin azalması, genel ölüm oranının düşmesi, yaşam süresinin uzaması, hastalık görülme oranlarının düşmesi olumlu temel sağlık ölçütleridir. Bu ölçütler çerçevesinde bakıldığında, ABD'nin sağlık sigorta sisteminin Avrupa'daki veya Türkiye'deki sosyal dayanışma anlayışlı modelden farklı olduğu, çok parçalı ve karmaşık bir sistem olduğu görülmektedir.

ABD sağlık sistemi, Avrupa'daki gibi kapsamlı sosyal güvenlik sağlamaz. Birçok hizmette hastalar katkı payı ödemek zorundadır ve kullanıma yönelik sınırlar olduğu gibi, örneğin hastalık kronikleştikçe ve ilerledikçe, Avrupa'nın tersine, hastanın yükü artmaktadır. Oysa Avrupa'da hastalık kronikleştikçe, normal şartlarda hasta tarafından ödenmesi gereken miktarlar da sigorta tarafından karşılanır.

Sistemin diğer bir yönü, sağlık sigortasına sahip olmayan hastaların koruyucu tedbirleri almakta gecikmeleri, hastalık ilerledikten sonra doktora başvurmaları; bu durumun tedavi masraflarında artışa yol açmasıdır. Hem sigortasız kişilerin ölüm oranları sigortalılardan daha yüksektir, hem de ekonominin üretkenliği bakımından ciddi kayıplar söz konusudur. ABD'de her yıl sigortasız hastalar çeşitli fonlardan karşılanan 37 milyar dolara mal olmaktadır. Bu rakam büyük ölçüde önlenebilir ya da doktor tedavisi ile erken aşamalarda atlatılabilir rahatsızlıklar içindir.<sup>66</sup>

<sup>65</sup> <http://absaglik/tusiad saglik.pdf> (20.05.2013)

<sup>66</sup> Facts on Health Insurance Coverage, [www.inche.org](http://www.inche.org)-(08.09.2011)

ABD'nin sağlık harcamalarının 2016 yılına kadar ikiye katlanarak 4,1 trilyon ABD dolarına ulaşacağı, böylece sağlık harcamalarının GSMH'nin %20'sini oluşturacağı ve giderek yaşlanan nüfusla birlikte Medicare harcamalarının bugünkü GSMH'nin %2'si rakamından 2050 yılında %9,2'sine ulaşacağı tahmin edilmektedir. Sonuç olarak, "sağlığın tek belirleyicisi ve girdisinin finansal kaynak olmadığına en iyi örneği ABD'dir. Önemli olan mevcut kaynakların rasyonel, adil, dengeli ve verimli kullanımı olmalıdır."<sup>67</sup>

### 2.2.2.2 Refah Yönelim Tipi Sağlık Sistemi: Almanya Örneği

İlk kamu sosyal koruma sistemi olan bu model, Almanya'da, 1883–1891 yılları arasında, küçük boyutlu sağlık yardım sandıklarının birleştirilerek, tüm çalışanların katılımını zorunlu kılan düzenlemelerle başlamıştır. Böylece dünyada ilk kez hastalık, iş kazası, malullük ve yaşlılık gibi sosyal risklere karşı koruma sistemi organize edilmiş, sosyal sigorta planı uygulanmaya başlamıştır. Modelin uygulamasını düzenleyip başlatan ve sosyal politika uygulamalarının öncülerinden olan Alman Başbakanı Otto Von Bismark'ın adına atıfla, prim gelirlerine dayalı koruma sistemi Bismark Modeli olarak adlandırılmaktadır. "Bismark'ın temel yeniliği veya buluşu, zorunlu sosyal sigortayı kurumsallaştırmış olmasıdır."<sup>68</sup>

Bu modelde, çalışanlar, gelirlerinden bir kısmını "hastalık fonu" benzeri fonlara katkı olarak öderler. Emekliler ve bağımlılar gibi aktif çalışmayan kişiler ise çalışanlar üzerinden kapsama alınırlar. Sigortalının ödediği primlere, aynı zamanda, işveren ve devletin de prim ödeyerek katkı sağlaması söz konusudur. Dolayısıyla, yurttaşların zorunlu primler karşılığında kamu kaynaklı sağlık hizmetlerinden ücretsiz olarak yararlanmaları esastır. Ancak "sağlık hizmetlerinin arzında kamu ve özel sektör bir arada bulunabilir. Hizmet talebinde özel sektör ek imkanlar sağlayabilir."<sup>69</sup>

Refah yönelimli sağlık sistemi adlandırılması, ekonomik kalkınma yoluyla hem devleti hem de yurttaşları sosyal refaha erdirmeyi hedefleyen sosyal devlet anlayışından kaynaklanmaktadır. Bu anlamda sosyal devlet, elde ettiği zenginliği sosyal

---

<sup>67</sup> Özdemir, s.24

<sup>68</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, Türkan Yıldırım, *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye*, İmaj Yayınları, 2011, s.315

<sup>69</sup> Sargutan, s.418

projeler için harcamayı planlayan devlettir. Refah yönelimli sağlık sisteminde devlet, sağlık hizmetlerini bir refah projesi olarak kabul etmekte ve zorunlu sağlık sigortası yoluyla kişilere bu hizmetleri sağlamayı hedeflemektedir. Bu sistemin finansmanı, işverenlerin ve çalışanların ödediği primler ile devlet katkısından oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin sunumu ise farklı kurumlarca verilmektedir. Sigortacılar hizmet sunucuları ile toplu sözleşmeler yapmak suretiyle hastaları adına hizmetleri satın almaktadır. Örneğin Almanya’da sigorta primleri rekabete dayalı olarak belirlendiğinden, bu rekabet ortamı kişilerin sigorta kuruluşunu seçme özgürlüğünü beraberinde getirmektedir.<sup>70</sup>

Genel-kapsayıcı tipteki sağlık sisteminde ise tedavi edici hizmetler yanında kişilere yönelik koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin tümünün, bütün ülkede ve herkese aynı şartlarda verilmesini sağlayacak tam kapsamlı bir sağlık güvenliğinin sağlanması amaçlanmaktadır. Ancak, kapsayıcı sistemde olduğu gibi, refah yönelimli sistemde de, zorunlu hastalık sigortasına ek olarak, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetlerinin de sigorta kapsamına alındığı farklı uygulamalar da görülmektedir.

Türkiye sağlık sisteminin de Bismarck Modeli’ne uygun bir görünüm arz ettiği söylenebilir. Çoğu gelişmiş ülke, Japonya, Kanada ve Avustralya Refah Yönelimli Sağlık Sistemi içinde yer alsada, en tipik örneği Almanya’dır. “Almanya Federal Cumhuriyeti’nde sosyal güvenlik sistemi uzun yıllar boyunca gelişmiştir. Almanya’da sosyal sigortanın başlangıcı, maden işçilerinin, kazaya uğrayıp sefalet düşen arkadaşlarını desteklemek için yardım sandıkları kurdukları ortaçağa uzanır.”<sup>71</sup> Zira 1850’li yıllarda Almanya sanayileşmenin en yoğun olduğu ülkedir. Buna bağlı olarak işçi sağlığı sorunları da ön plandadır. Bu sorunlar karşısında sosyalist eğilimin artmasıyla İşçi Partisi’nin iktidara gelmesi endişesi sonucu Muhafazakâr Parti lideri Bismarck bir kanunla, işçilerin lehine olan ve işverenlerce finanse edilen genel sigorta zorunluluğu getirmiş, bu durum, sosyal sigortacılık kavramının doğuşu ile sonuçlanmıştır.

---

<sup>70</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/missoc\\_info\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_en.htm)-(20.04.2013)

<sup>71</sup> Metin Ateş, **Sağlık Sistemleri**, Beta Yayın, 1.Baskı, 2011, s. 13

Bismarck Sistemi olarak da adlandırılan bu sistemde amaç, toplumun tümünü mümkün olan en geniş yelpazede sağlık sistemi kapsamına almaktır. Nitekim Almanya’da vatandaşların %98’i sağlık sigortasına sahiptir. Hizmet sunum olanakları büyük ölçüde kamunun elindedir. Devlet tarafından sağlanan sağlık sigortası programına katılım zorunludur. “Sağlık sigortası primleri gelire orantılı biçimde ödenmektedir. Düşük gelir gruplarındaki vatandaşlar daha düşük sigorta ücretleri ödemektedirler. Sigortasız %2’lik kesim sigorta primlerini ödemedikleri için sigorta kapsamına dahil değildirler.”<sup>72</sup>

Almanca adı Krankenkassen olan bu sistemde, hem kişilerin gelirleri ile orantılı olarak prim ödemeleri hem de işverenin çalışan adına prim ödemesi yoluyla, risk bölüşümü ve önceden ödeme öngörülmüştür. Yasal yükümlülük ise eyaletler ve federal devlet arasında bölüşülmüştür. Federal hükümet yasayı uygulama yetkisini kullanma gereğini duymadığı sürece bu yetki eyaletlere aittir. Böylece Alman Sağlık Sistemi’nin merkezîyetçi olmaktan çok, çoğulcu ve özerk yönetim ilkelerine dayandığı söylenebilir. Ancak federal devlet, sağlık hizmetlerinin birçok alanını yasalarla düzenleyerek uygulamada birlik sağlamıştır. Eyaletlerin görevi, Salgın Hastalıklar Yasası, Kamu Sağlık Sigortası Yasası, Hekimler Yasası gibi başlıca yasaları uygulamaktır. Sağlık hizmetleri Almanya’da dayanışma ve yardımlaşma ilkelerine dayanmaktadır. Bu ilkenin güçlü bir yansıması özerk yönetimlerdir. Alman Sağlık Sistemi’nde devletin görevi bütün katılımcılar için gerekli yasal düzenlemeyi yapmak ve hizmetlerin çerçevesini çizmektir.

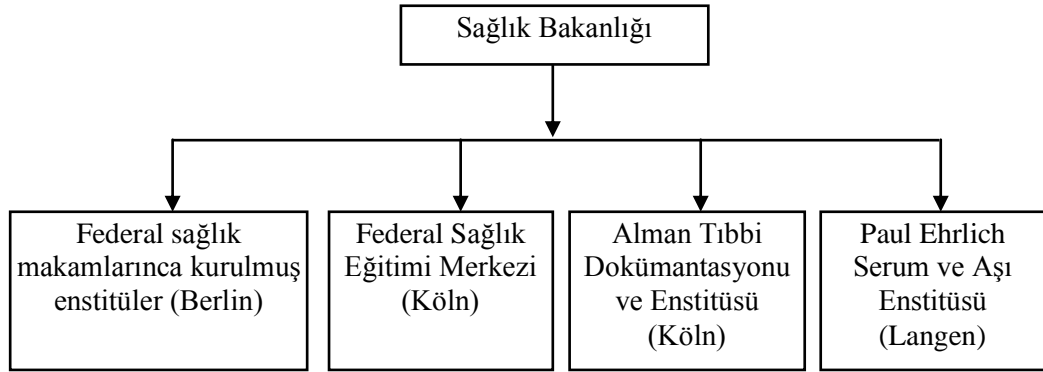
Alman Sağlık Sistemi’nin ayırıcı özelliklerinden biri, “kollektif finansman ve özel hizmet sunumunun beraberliği olan ve sistemin çekirdeğini oluşturan çok geniş hizmet kapsamı ile Yasal Hastalık Sigortası (YHS)’dir.”<sup>73</sup> Bu sigorta sistemi, hastalık risklerine karşı sigorta yaptığından temel hizmet, ayakta bakım ve tedavi hizmetidir. Hastalık kavramı tam olarak tanımlanmış ve bunun dışındaki bazı olgular sigorta kapsamı dışında bırakılmışsa da, diş tedavisi, koruyucu muayene, ilaç vb. hizmetleri karşılamaktadır. Örneğin diş tedavilerinde tüm masraflar fon tarafından karşılanırken, ilaçlarda sigortalı hasta her ilacın belli bir miktarını ödemektedir. Ayrıca, evde hemşire

<sup>72</sup> Buharalı, “Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Ekonomisi”, 2008, s.13

<sup>73</sup> Zeliha Öcek, “Alman Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Ocak-Nisan 2007, Cilt.22, Sayı.1-2, s.85

nezaretinde tedavi, 4 yaşına kadar çocuk hastalıkları taraması, cinsiyet gözetilerek belli yaşların üzerinde kanser taraması verilen hizmetler arasındadır. Almanya’da sigorta fonları sayıları birkaç yüzü bulan (örneğin, çiftçi hastalık kasaları, denizciler için deniz hastalık kasaları, maden işçileri Alman Madenler Birliği vb.) hastalık fonlarının denetiminde olup, işçi ve patron primlerinden oluşmaktadır.<sup>74</sup> Bu sistemde sağlık yardımından yararlanabilmek için bir bekleme süresi yoktur. Yararlanmak için üyeliğin başlaması yeterlidir. Almanya’da her 400–600 sigortalı için bir genel tıp hekimi öngörülmüştür.

Diğer bir nokta, Almanya’nın sağlık eğitimine verdiği önemdir. Sağlık eğitiminde devlet, sorumluluğu, eyalet ve belediyelerle paylaşmıştır. Sağlık Bakanlığı’na bağlı Devlet Sağlık Eğitim Merkezi ve eyalet düzeyinde en yüksek sağlık makamları sağlık eğitiminden sorumludur. Bakanlık yapısı Şekil 2-5’te gösterilmektedir.



Şekil 2-5: Alman Sağlık Sistemi Organizasyon Yapısı

**Kaynak:** İlker Belek, “Sağlığın Politik Ekonomisi”, Yazılama Yayın, İstanbul, 2009, s.45

Özel sağlık sigortaları açısından bakıldığında, Özel Sağlık Sigortası Şirketleri Birliği altında örgütlü 52 özel sağlık sigortacısı, 14 milyon üyesiyle Avrupa’daki en büyük gönüllü sağlık sigortası pazarını oluşturmaktadır. Bu sigortaya dahil olanların genellikle yüksek gelirli beyaz yakalılardan, serbest çalışanlardan ve devlet memurlarından oluştuğu görülmektedir.

<sup>74</sup> İlker Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi**, Yazılama Yayın, İstanbul, 2009, s.45

İlaç harcamaları yönünden sisteme bakıldığında, 1992–2003 yılları arasında toplam ilaç harcamasının 25,9 milyar Avro'dan 37,6 milyar Avro'ya yükseldiği; aynı oranda yükselmenin hem YHS'nin ilaç harcamalarında hem de cepten ödenen katkı paylarında gerçekleştiği görülmektedir.

Gelinen noktada, Almanya'nın 2010 yılı toplam sağlık harcaması 288 milyar Avro ile GSMH'nin %11,6'sını oluşturmaktadır. 2008 OECD verilerine göre kişi başına sağlık harcaması 3922 ABD doları, kişi başına ilaç harcaması ise 301 ABD dolarıdır. Alman Sağlık Sistemi, maliyetlerin azaltılması çabasına rağmen, Avrupa'daki en maliyetli sistemdir.

Bu maliyet, sistemin mantığından kaynaklanmaktadır: sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak, gelirine, sosyal konumuna ve yaşadığı yere bakılmaksızın bütün vatandaşların hakkıdır. Bu geniş kapsamlı güvenlik ağı doğrultusunda 1990 yılından sonra eski Demokratik Alman Cumhuriyeti'nde mağdur olan herkesi sosyal güvenceye kavuşturacak yasal düzenlemeler yapılmıştır.

Sonuç olarak 1883 yılında çıkarılan Hastalık Sigortası Yasası ile temeli atılan Sosyal Sigortacılık kavramı, Almanya'da bugünkü halini 1950'lerde almış, 1980'lere geldiğinde dünyada, başta Avusturya, İtalya, Hollanda, Belçika, Lüksemburg, İsveç ve Norveç olmak üzere, 85 ülke tarafından benimsenmiştir.

### **2.2.2.3 Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemleri: İngiltere Örneği**

Kapsayıcı Tip Sağlık Sistemi'nde, sağlık hizmetlerinin talebi ve arzında mümkün olduğunca kamu kaynaklarının kullanılması, tüm bireylerin zorunlu sağlık güvencesine sahip olması ve sağlık ihtiyaçlarının kamu sağlık kurumlarınca ücretsiz olarak karşılanması esastır.

Tarihsel olarak bakıldığında, Refah Yönelimli Sağlık Sistemleri'nin 2.Dünya Savaşı sonrasında, politik gelişmelere bağlı olarak "Kapsayıcı Tip"e doğru gelişme gösterdiği görülmektedir. Bazı ülkelerde sağlık sisteminin tüm nüfusu kapsamaması, finansmanın tamamen vergilerden sağlanması, sağlık personelinin istihdamı ve ücret sistemi gibi sağlıkla ilgili tüm faaliyetlerin doğrudan hükümet kontrolünde sunulması sağlanmıştır.

Bu sistemde kişiler, tüm sağlık hizmeti ihtiyaçları için hiçbir harcama yapmak zorunda değildir. İhtiyaçların karşılanmasında tamamen kamu bütçe kaynakları kullanılmaktadır. Sağlık talebinin finansmanı kamu/bütçe kaynaklı olduğundan, bireylerin vergiler dışında; prim, sağlık vergisi vb. adlar altında herhangi bir doğrudan ya da dolaylı ödeme yapmak zorunluluğu yoktur.

Bu sistemin Refah Yönelimli sistemden farkı, her türlü temel, koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri dahil olmak üzere tüm tedavi edici hizmetlerin, bütün ülkede ve herkese, aynı şartlarda, ve ücretsiz olarak verilmesidir. Böylece tam kapsamlı bir sağlık sosyal güvenliği hedeflenmektedir. Bu sistemi uygulayan ülkelerde, sağlık hizmetlerinin sunumu ve bu hizmetlere erişimi sağlama, genellikle tek bir örgütte bütünleşmiştir: Merkezi veya yerel yönetim vatandaşlarının sağlık ihtiyaçlarını sahip olduğu kamusal olanaklar doğrultusunda giderir.<sup>75</sup>

Uygulandığı ülkelerde yurttaşlarca “Kapsayıcı Sağlık Sistemi”ne sahip çıkmaktadır. Bunun nedeni, “Refah Yönelimli sistemlerdeki gibi sadece hastalık hallerinde işleyen hastalık sosyal sigortası yerine, her tür sağlık hizmetini tüm insanlara verecek tam bir sağlık sosyal güvenliği elde etme şansının bu sistemde en yüksek seviyeye ulaştığını görmeleridir denebilir.”<sup>76</sup>

Sistemin doğuşu, 1943 yılında sosyal güvenlik ve sosyal politika konusunda hazırladığı raporla, İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service: NHS) adlı sağlık sisteminin kurulmasına yol açan William Henry Beveridge’e dayanmaktadır. Nitekim günümüzde geçerli olan sosyal politika görüşlerini etkileyip şekillendiren en önemli kişilerin başında iktisatçı ve sosyolog Beveridge’in (1879–1963) geldiği görüşü yaygındır. Keynes’in müdahaleci ekonomik ve sosyal görüşlerini benimseyen Beveridge, 1941 yılında İngiliz hükümetince kurulan ve amacı sosyal politikaların esaslarını belirlemek olan komisyonun başkanı olarak hazırladığı raporda, yoksulluğun sebepleri ve buna karşı alınacak tedbirler konusunda tespit ve teklifler ileri sürmektedir. Bu rapora göre amaç, sağlıklı bir hayat için gerekli yaşama araçlarına sahip olamamak demek olan yoksulluktan kurtulmak olmalıdır ve bunun çaresi de genel bir Sosyal Güvenlik Sistemi kurmaktır.

---

<sup>75</sup> Mariann Skar, “**Mobility in the European Health Sector: The Role of Transparency and Recognition of Vocational Qualification**”, Luxembourg, 2001, s.239

<sup>76</sup> Sargutan, s 421

Raporun teklifleri İngiliz Hükümetince kabul edilerek, mevcut sosyal güvenlik uygulamaları bu yönde yeniden yapılandırılmıştır. Böylece büyük oranda kamusal özellik gösteren İngiltere Sağlık Sistemi'nin temeli atılmıştır.

İngiltere'de sağlık hizmetleri Ulusal Sağlık Hizmetleri Kurumu (NHS) tarafından sağlanmaktadır. NHS, İkinci Dünya Savaşı'nı takiben 1948 yılında "tüm vatandaşlara ödeme gücüne bağlı olarak değil, ihtiyaca bağlı olarak sağlık hizmetleri sağlamak" amacıyla kurulmuştur. Tüm vatandaşlar NHS hizmetlerinden ücretsiz yararlanabildikleri gibi, isteyenler ayrıca özel sağlık sigortası da yaptırabilirler. Bu anlamda "İngiltere'de nüfusun %10'u özel sağlık sigortasına sahiptir. Özel sağlık sigortası çoğunlukla işveren tarafından ödenmektedir. Kendi cebinden özel sağlık sigortası yaptıran sayısının düşük olduğu tahmin edilmektedir." <sup>77</sup> Vatandaşlar NHS için ayrıca bir ödeme yapmamaktadırlar, NHS'in bütçesi toplanan vergilerden sağlanmaktadır.

NHS, devlet tarafından işletilen bir sistemdir ve İngiltere'nin en büyük ekonomik sektörlerinden biridir. NHS, İngiltere'de bireyselleşmeye karşı refah devleti anlayışının simgesidir. NHS içinde hemen tüm sağlık hizmetleri parasızdır. Bireyler yalnızca ayakta tedavi sırasında kullanılan ilaçların ve diş sağlığı hizmetlerinin maliyetine katkıda bulunurlar. Yazılan ilaçların da yaklaşık %80'inden hiçbir ödeme alınmaz. <sup>78</sup>

NHS, hiyerarşik bir düzende işleyen bir yapıya sahiptir. En tepede Sağlık Bakanlığı altında Bölge Sağlık Otoriteleri, Yerel Sağlık Otoriteleri ve Genel Pratisyenler yer almıştır. NHS üst yönetimi Sağlık Bakanlığı'na; Sağlık Bakanlığı da sağlık hizmetlerinin sağlanmasında parlamentoya karşı sorumludur.

---

<sup>77</sup> Health Care In The UK, www.inche.org (20.05.2013)

<sup>78</sup> Belek, **Sağlığın Politik Ekonomisi**, 2009, s.203



**Tablo 2-1: Büyük Britanya (İngiltere) Sağlık Sistemi**

NÜFUS	GÖREV	FONKSİYONEL SORUMLULUKLAR
Tüm Nüfus	<b>Sağlık Bakanlığı</b> ↓	Parlamento ulusal sağlık politikasını belirler. NHS bütçesi Bölge Sağlık İdaresine dağıtılır.
Ortalama <b>3,3 Milyon kişi</b>	<b>Bölge Sağlık İdaresi</b> ↓	Bölgesel Yönetim, stratejik planlama ve kaynak tahsisi
Ortalama <b>250,000 kişi</b>	<b>Alan Sağlık Otoriteleri</b> <b>Alt Bölge Sağlık İdaresi</b> ↓	Temel işveren ve yönetsel düzey. Toplum ve 1. Basamak sağlık hizmetleri, yerel planlama, genel hastaneler
Aile Pratisyeni Komitesi	<b>Alt Bölge Yönetim Ekibi</b> ↓	Toplum Sağlık Konseyi
	<b>Alt Bölge Yöneticisi</b> ↓	
Alt Bölge Genel Hastanesi (NHS Trusts)	<b>Yönetim Birimi</b>	Yerleşim Yeri

**Kaynak:** Erdal Sargutan, "Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı", **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8, Sayı 3, 2005, s.402

İngiltere’de temel olarak üç tür hastane vardır. Sayıları 200’den fazla olan Alt Bölge Hastaneleri, ikinci basamak sağlık kurumu olarak hizmet verirler. Bunların üstünde ise üçüncü basamak hizmetleri sunan bölge hastaneleri vardır. En altta ise 50 yataklı toplum hastaneleri bulunur. Genel pratisyenler hastalarını burada kendileri tedavi edebilirler. NHS bütçesinin %75’i bu birinci basamak sağlık hizmetlerine ayrılır.<sup>79</sup> Bu hizmetler yerel düzeyde sağlanır ve yerel bir pratisyen hekime erişilir. Pratisyen hekimin sevki halinde uzman doktor ve kapsamlı teşhis yöntemlerine erişim sağlanır. Acil durumlarda doğrudan hastanelere başvurulabilir. İngiltere’de birinci basamak sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşanmazken, ikinci basamak hizmetlerde uzun bekleme süreleri mevcuttur.<sup>80</sup>

İlaç ve tedavi yöntemlerinde kaynakların etkin kullanımının sağlanması amacıyla 1999 yılında kurulan Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmeliyetçilik Enstitüsü

<sup>79</sup> Sargutan, s.402

<sup>80</sup> Buharalı, s.12

(NICE-The National Institute For Health And Clinical Excellence) bağımsız bir kurumdur ve üç çerçevede hizmet sunmaktadır:

1. Kamu Sağlığı Mükemmeliyeti Merkezi: Amacı, sağlıklı yaşamın desteklenmesi ve kamu sağlığını korumak için tedbirler alınmasıdır.
2. Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Merkezi: Amacı, mevcut ve yeni ilaçlar ile tedavi yöntemlerini karşılaştırmak, güvenliği ve etkinliği anlamında değerlendirmelerde bulunmaktır.
3. Klinik Uygulamalar Merkezi: Eldeki veriler ışığında sağlık profesyonellerine tedavi yöntemlerinin ne şekilde en uygun sonuçları vereceğine yönelik tavsiyelerde bulunur. Örneğin tıbbi cihaz veya ilaçların klinik etkinliğine bakar, fiyatı değerlendirilir.

NHS'nin kurulmasının altında yatan temel niyet; sağlık hizmetini piyasada alınıp satılan bir mal olmaktan çıkararak, kamu yararına verilen ve kamusal kaynaklardan sağlanan temel bir sosyal hak haline dönüştürmektir. Bu nedenle İngiltere'de sağlık hizmetleri önemli oranda genel vergilerden finanse edilmektedir. NHS hizmetleri kullanım anında parasızdır ve harcamaların %93,7'si kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. Dolayısıyla başlangıçtaki niyetin gerçekleştirilmesi için gerekli kamusal kaynak, ihtiyaçların tümünü karşılamasa da, bu amaç önemli ölçüde gerçekleştirilebilmiştir. İngiltere'deki ulusal sigorta, klasik sigorta uygulamasından farklıdır. NHS hizmetlerinden yararlanmak sigorta ödemelerine bağlı değildir. İngiltere'de NHS harcamaları dışında özel harcamalar da vardır. Bunlar NHS dışındaki hizmetlere yapılan özel sigorta harcamalarından ve dış, göz vb. için yapılan özel harcamalardan oluşur.<sup>81</sup>

İngiliz sağlık sistemi diğer ülkelere göre daha ucuzdur. Kişi başı sağlık harcamaları açısından bakıldığında, İngiltere sağlık harcamaları ABD'dekinin %48,3'ü, Almanya'dakinin %84,5'i kadardır.<sup>82</sup> İngiltere'nin toplam sağlık harcaması GSMH'nin %8,7'i olup, kişi başına 3222 ABD dolarıdır.(OECD 2008). İlaç harcaması ise toplam 15,5 milyar Euro(2005), kişi başına 257 ABD dolarıdır.

---

<sup>81</sup> Belek, s.221

<sup>82</sup> Özdemir, s.28

NHS harcamalarının toplam hükümet harcamaları içindeki oranı 1981 yılında %11,4 iken, 1992 yılında %13,8'e, 2005'de ise %16,2'ye yükselmiştir. İngiltere'nin merkez kapitalist ülkeler içinde ulusal gelirinden sağlık için en az kaynak ayıran ve kişi başı sağlık harcaması en düşük ülke olmasına rağmen, bütün kapitalist ülkeler içinde gereksinime göre eşit sağlık hizmeti kullanımı ilkesini en fazla oranda yaşama geçirebilmiş sağlık sistemidir.<sup>83</sup>

NHS bütçesinin yaklaşık ¾'ü maaşlara harcanırken, 1/10'dan fazlası ilaçlara, %6'sı da binalara, büyük cihazlara vb. harcanır. NHS maliyetlerinin yarısından fazlası hastane giderlerine harcanır.

Gelinen noktada NHS'nin önemli finansal sorunlarla karşı karşıya olduğu da bilinmektedir. Örneğin 2006 yılında 700 milyon sterlin açık vermiştir. Bu açık, yıllık NHS bütçesinin 43 milyar sterlin olduğu son 15 yılda ortaya çıkmıştır. Hizmet düzeyindeki memnuniyetsizlik nedeniyle, 2008'de özel sigortalara kayıtlı vatandaşların oranının %10 olduğu, toplam sağlık harcamaları içinde özel sigortacılığın payının da %8'e yükseldiği görülmektedir.<sup>84</sup>

#### **2.2.2.4 Sosyalist Tipteki Sağlık Sistemleri: Küba Örneği**

Sosyalist tipteki sağlık sistemi, yurttaşların sağlığından devletin sorumlu olması ve sağlık bakımının, her yurttaşın hakkı olduğu felsefesine dayanır. Bu felsefeye göre önleyici ve iyileştirici sağlık hizmetleri herkese ücretsiz sunulmalıdır. Bu sistemde sağlık hizmetleri, belirli bir toplumsal sistem ve felsefenin gereksinimlerini karşılamak üzere örgütlenmiştir ve bütün topluma kapsamlı bir sağlık bakımı sağlamak için tasarlanmıştır. Temel sağlık felsefesi sağlığı korumaktır ve bu felsefe toplumun sağlığına ilişkin sorumluluğu devlete verir.

Bu sistem aşağıdaki ilkelere dayanır:<sup>85</sup>

- Ağırılığın, önleyici sağlık hizmetlerine verilmesi,
- Herkese yüksek standartta ücretsiz sağlık bakımı,
- Tıbbi araştırma ve uygulama arasında yakın ilişki,

---

<sup>83</sup> Belek, s.228

<sup>84</sup> Özdemir, s.28-29

<sup>85</sup> WHO, "Post Graduate Education For Medical Personnel InThe Ussr", Geneva, 1970, s.12

- Sağlık sisteminin geliştirilmesine halkın katılımı,
- Hijyen bilgisinin toplum için yaygınlaştırılması.

Sosyalist Sağlık Sistemi'nin ayırt edici özelliği, insanların gereksinimlerini karşılayacak şekilde ve farklı coğrafi, kültürel ve yerel özellikleri hesaba katarak planlanmış olmasıdır.<sup>86</sup> Sistemin amacı, tek tek hasta bireyleri iyileştirmekten çok sağlıklı bir toplum yaratmaktır. Örgütlenme bu amaca yönelik olarak gerçekleşmekte, "bu da kendisini sağlık hizmetinde önleyici hizmetlerle iyileştirici hizmetler arasındaki tarihsel ayrımın ortadan kaldırılmasıyla göstermektedir."<sup>87</sup>

Bu sistemde devlet, her şeyden önce sosyal devlettir. Halk Sağlığı ve sağlık bakım hizmetleri tek elden toplanarak merkezleştirilmiştir. Bütün tıbbi uygulamalar sosyalleştirilmiş olup, Sağlık Bakanlığı tarafından izlenir ve yönetilir. Klinik ve önleyici sağlık hizmetleri arasında bir ayrım yoktur.

Günümüzde sistemin yaşayan örneği Küba geliri düşük, sağlık düzeyi ise merkez kapitalist ülkeler kadar yüksek bir ülkedir. Bu olumlu ve örnek durumu yaratan 1959 devrimidir. Zira devrim, geniş çaplı sosyal, ekonomik değişiklikler sonucunda sağlık koşullarının geliştirilmesini sağlamıştır. Küba bugün, kıt kaynaklara göre sağlık düzeyi oldukça iyi olan bir ülkedir.

Küba Anayasası sağlığa bakış açısını açıkça ortaya koymaktadır:<sup>88</sup>

1. "Sağlık bakımı ekonomik kâr aracı değil, temel insan hakkıdır. Bu nedenle bütün sağlık hizmetleri parasızdır ve herkes için eşittir.
2. Topluma sağlık hizmetlerini sunmak devletin görevidir.
3. Koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri sosyal ve ekonomik gelişme ile entegredir.
4. Toplum sağlık sisteminin geliştirilmesine ve yönetimine katılır." (Md.49)

---

<sup>86</sup> M. Akif Akalın, **Toplumcu Tıp**, Yazılama Yayın, İstanbul, 2010, s.21

<sup>87</sup> Akalın, s.21

<sup>88</sup> Özdemir, s.29

Devrim öncesinde Küba Sağlık Sistemi birkaç bakımdan diğer Latin Amerika ülkelerinin durumuna benziyordu. Sağlık hizmetlerinin üretimi ve finansmanı çok başlıydı. Hizmet kalitesi değişik toplumsal sınıflar için değişiklik gösteriyordu. Küçük bir azınlık tamamen özel hastanelerden yararlanırken, büyük çoğunluk hükümete ait, şartları yetersiz klinikleri kullanmak zorundaydı.

2010'da 50. yılını tamamlayan Küba'da ulusal sağlık hizmetleri, bölgedeki bütün ülkelere daha iyi durumda bulunmaktadır. Küba, bütçesine oranla sağlık göstergelerinin gelişmiş kapitalist ülkeler kadar iyi olduğu bir sağlık sistemi kurmuştur. Bu ülkede sağlık hizmetleri devlet tarafından finanse edilir. Ülkeye uygulanan ambargoya rağmen sağlığa ayrılan pay azaltılmamıştır.<sup>89</sup>

Bu ülkede ulusal sağlık sistemi 3 düzeyde yapılanmıştır: Ulusal, il ve belediyeler. Birinci basamak hizmetleri aile hekimliği merkezlerinde, ikinci basamak uzmanlaşmış kliniklerde, üçüncü basamak hizmetleri ise hastaneler ve enstitülerde verilmektedir. 1983'de aile hekimliği sistemine geçen Küba'da, her mahalleye, okula ve fabrikaya bir aile hekimi verilmiştir. Her bir aile hekimi ve hemşiresi yaklaşık 120 aileye hizmet sunmaktadır. Sabahları kliniklerinde poliklinik hizmetleri yaptıktan sonra ev ziyaretleri gerçekleştirirler. Her 15–20 aile hekimi, hemşireleri ile birlikte bir çalışma grubu oluşturur.<sup>90</sup>

Küba'da sağlığa verilen öncelik sağlık harcamalarında yıllar içinde büyük artışlara neden olmuştur. 1958'de Sağlık Bakanlığı'nın harcamaları 22,7 milyon peso iken, 1968'de 220,7 milyon pesoya yükselmiştir. Böylece kişi başı sağlık harcaması 1958'de 3,5 peso iken, 1968'de 27,3, 1986'da 85,9, 1994'de 106,4 pesoya çıkmıştır. Bu duruma paralel olarak Küba'da beklenen yaşam süresi 1950–1955 döneminde 58,8 yıl iken, 1982'de 73,5 yıla yükselmiştir. Bugün bu rakam erkeklerde 74, kadınlarda 78,6'dır.

---

<sup>89</sup> Hülya Görgün, "Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi", Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi **Yüksek Lisans Tezi**, 2009, s.102

<sup>90</sup> Görgün, s.102

Gerek yaşam umudu, gerek nüfusun yaş yapısı, gerekse bulaşıcı hastalık görülme oranlarına bakıldığında, Küba'nın durumunun yüksek gelirli ülkelere benzediği görülmektedir: Çocuk Felci (1963'de), Sıtma (1967'de), Difteri (1971'de), verem sonrası gelişen Menenjit ve Yenidoğan Tetanozu(1970'lerde), Kızamık (1996'da) yok edilmiştir. "İki önemli komplikasyon (Kabakulak Menenjiti ve Konjenital Kızamıkçık Sendromu) artık görülmez olmuştur. 1992 yılında 4 tetanoz vakası saptanmış, kızamık ve kabakulağa rastlanmamıştır."<sup>91</sup>

Görüldüğü gibi bütün zor koşullara rağmen, Küba, sağlık hizmetlerine ve sağlık hizmetleri içinde de birinci basamak sağlık hizmetlerine verdiği önceliği değiştirmemiştir. Toplam sağlık harcamalarının %90'ı genel bütçeden karşılanmaktadır. "Planlama, yönetim, düzenleme ve denetleme çalışmaları merkezi ve yerel hükümet organlarının görevidir. Sağlık hizmetlerine toplum katılımı ileri düzeyde sağlanmıştır. Kişi başına düşen GSMH'si 3649 dolar olan Küba, yoksul ancak gelir dağılımı dünyada en eşitlikçi ülkedir."<sup>92</sup>

Kuşkusuz sağlık hizmetlerinin bir maliyeti vardır ve kaynakların verimli kullanımı sosyalist bir toplum için de önemlidir. Ancak sosyalist bir toplumda sağlık harcamaları kapitalist ülkelerde olduğu gibi toplum üzerinde bir yük olarak görülmez.

### **2.2.3 Türkiye'de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü**

Cumhuriyetin kuruluşu ile birlikte, sağlık hizmetlerinin organizasyon yapısı geliştirilmeye çalışılmış, hizmet politikalarının oluşmasında daha çok batıya dönük bir yol izlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı, 1920'de TBMM'nin açılışının hemen ardından kurulmuştur. 1920–1923 döneminde mevzuat geliştirme çalışmaları yapılmış, Cumhuriyetin ilk Sağlık Bakanı olan Dr. Refik Saydam döneminde (1923–1937) sağlık sektörüyle ilgili temel kanunlar çıkarılmıştır.

1923–1937 dönemi, çıkarılan kanunlarla bir yandan Sağlık Bakanlığı'nın yetki ve görevleri netleşirken, bir yandan da bu yetkiler çerçevesinde koruyucu sağlık

---

<sup>91</sup> İlker Belek, *Küba'da Sağlık ve Sağlık Sistemi, Toplum ve Hekim Dergisi*, Ocak-Şubat 2003, Cilt 18, Sayı 1, s.21

<sup>92</sup> Görgün, s.102

hizmetlerine önem verilmiş; bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları uygulanmış, yerel yönetimlerin hastane açmaları teşvik edilerek ilçelerde muayene ve tedavi merkezleri kurulmuştur. Bu dönem, koruyucu hekimliğin merkezi yönetim, tedavi edici hekimliğin ise yerel yönetimlerin hizmet alanı olarak belirlendiği, sağlık hizmetlerinde insan gücü ihtiyacını karşılamak üzere tıp fakülteleri için yatılı tıp talebe yurtlarının açıldığı ve mezunlarına zorunlu hizmet konduğu bir dönemdir. 1924’de 150 ve 1936’da 20 ilçe merkezinde muayene ve tedavi merkezleri açılmış, doktorların serbest çalışmaları yasaklanmıştır.<sup>93</sup>

1937’ye kadar olan dönemde, “illerde sağlık müdürlükleri ilçelerde hükümet tabiplikleri kurularak, sağlık örgütünün temel taşları oluşturulmuş, koruyucu hizmetler doğrudan merkezi hükümetçe üstlenilerek genel bütçe olanakları bu yöne kanalize edilmiştir.”<sup>94</sup>

1938–1960 döneminde sağlık merkezlerinin sayısı artırılmış, hastanelerin yönetimi yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Cumhuriyet dönemi ilk sağlık planı olan “Birinci 10 yıllık Milli Sağlık Planı” 1946’da açıklanmış, ancak kanunlaşp uygulanamamıştır. Bu plana göre ülke 7 sağlık bölgesine ayrılacak ve her bölgede her 40 köy için 10 yataklı bir sağlık merkezi kurulacak ve bu merkezlerde koruyucu ve tedavi edici hizmetler birlikte verilecekti. Bölgelerin kurulması tamamlanınca, her bölgede 1 tıp fakültesi açılması düşünülmüştü. Her ne kadar uygulanmadıysa da, içeriği ülkenin sağlık yapılanmasını etkilemiştir: Temel olarak, o güne kadar yerel yönetimlerin denetiminde olan yataklı tedavi kurumları merkezden yönetilmeye başlanmıştır. 1954 yılına kadar, UNICEF ve DSÖ’nün destekleriyle, çocuk ölümleri ve enfeksiyonlara bağlı ölümlerin çok yoğun olması nedeniyle doğumevleri, Ana Çocuk Sağlığı Merkezleri şubeleri ve enfeksiyon hastalıklarına yönelik sağlık tesisleri açılması, 1949’da Verem Savaş Derneklerinin kurulması ve sağlık personeli yetiştirilmesi konularında mesafe alınmaya çalışılmıştır: “1945 yılında 8 adet olan Sağlık Merkezi sayısı, 1950 yılında 22’ye, 1955’de 181’e, 1960 yılında 283’e yükseltilmiştir. Doğumda beklenen yaşam süresi ortalama olarak 1950–1955 yıllarında

---

<sup>93</sup> N. Özden, **Dr. Refik Saydam’ın Türk Sağlık Politikaları Üzerindeki Etkisi (1923-1937)**, 38. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara, 2005, s.1504-1505

<sup>94</sup> Recep Akdur, **Türkiye Cumhuriyeti’nin 75. Yılında Sağlık Politikaları**, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara, 1999, s.50

43,6 yıl, 1960–1965 yıllarında 52,1 yıl, 1970–1975 yıllarında 57,9 yıl olarak gerçekleşmiştir.”<sup>95</sup>

1946’da açıklanan Milli Sağlık Planında ülke 7 sağlık bölgesine ayrılıp, her bölgeye bir tıp fakültesi kurulması ve buna göre sağlık personelinin sayısının artırılması düşünüldükten, 1954 tarihli “Milli Sağlık Programı’nda ise 16 sağlık bölgesi yapılması öngörülmüş ve bu çerçevede planlama yapılmıştır.”<sup>96</sup>

1950–60 yılları arasındaki veriler incelendiğinde sağlanan gelişmeler net bir şekilde görülmektedir: 1950 yılında 3020 olan doktor sayısı 1960’da 8214’e, hemşire sayısı 721’den 1658’e, ebe sayısı da 1285’den 3219’a yükselmiştir. Hastane ve sağlık merkezlerinin sayısına bağlı olarak yatak sayıları da artmış, 1950’de 118 kurumda 14.581 yatak var iken, 1960’da bu sayı 442 kurumda 32.398 sayısına ulaşmıştır. Bebek ölüm hızı 1950’de binde 233 iken, 1960’da binde 176’ya düşmüştür.<sup>97</sup>

1961–1980 döneminde, halkın ihtiyaçları doğrultusunda il ve ilçelerde hastaneler ve sağlık ocaklarını kapsayan, sürekliliği olan, yaygın ve entegre bir sistem amaçlanmıştır. Ayrıca 1963’de ilk 5 yıllık kalkınma planında sağlık sektörüne ilişkin hedefler; koruyucu sağlık hizmetlerini geliştirmek, yaygınlaştırmak, sağlık personelinin dengeli bir şekilde dağılımını sağlamak, yerli ilaç endüstrisini güçlendirmek ve özel hastanelerin kurulmasını desteklemek olarak belirlenmiştir.<sup>98</sup>

Ayrıca 1965’de nüfus artırıcı politikadan nüfus artış hızını sınırlayıcı politikaya geçilmiştir. 1961’de kabul edilen ve 1963 yılında uygulamaya giren Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanunu” sağlık hizmeti verilmesinde temel ilkeler belirlemiştir. Bu ilkeler; eşit, sürekli, entegre, kademeli, incelikli, katılımlı, ekip, denetlenen, uygun ve nüfusa göre hizmet ilkeleri olmuştur.”<sup>99</sup> Bu kanunla koruyucu sağlık hizmetleri ve birinci basamak tedavi edici sağlık hizmetlerini nüfusa göre yaygınlaştırmayı amaçlayan projenin temel birimini sağlık ocakları oluşturmuştu. Sağlık ocaklarına bağlı köy ve mahallelerde oluşturulacak sağlık evleri, sağlık hizmetlerinin

<sup>95</sup> Recep Akdağ, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2010, s.17

<sup>96</sup> Akdağ, s.18

<sup>97</sup> Akdağ, s.18

<sup>98</sup> Seher Nur Sülkü, **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**, Maliye Bakanlığı Yayın No: 2011/414, Ankara, s.4

<sup>99</sup> Güler Akın, **Halk Sağlığı, Temel Bilgiler**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006, s.13



her yere ulaşmasını sağlayacaktı. Kurulacak bölge laboratuvarları ve bölge hastaneleri sistemi tamamlayacak ve bu organizasyonu Sağlık Grup Başkanlıkları yönetecekti. Yeni ve ileri bir yaklaşım ve örgütlenme yapısı olarak görülen proje, 1963 yılında pilot bölge seçilen Van ilinde uygulanmaya başlatılmıştır.<sup>100</sup>

Ancak 1963–1965 yıllarında başarı ile uygulanan sosyalleştirme, 1966 yılında başlayarak başarısız bir uygulama şekline dönüşmüştür. Başarısızlık nedenleri olarak; yeterli doktor ve sağlık personelinin olmaması, mevcut personelin hizmetin gerektirdiği şekilde eğitim almamış olması, birimler arası işbirliği eksikliği, yönetim yetersizliği ve ödeneklerin hiçbir zaman yeterli verilmemiş olması sıralanmaktadır.<sup>101</sup> 2008’de ancak yürürlüğe konabilen Genel Sağlık Sigortası (GSS)’da ilk kez bu dönemde gündeme gelmiş, 1967’de, 1969’da ve 1971’de kanun taslağı olarak meclise sunulmuş ancak kabul edilmemiştir. 1966 yılından sonra başarısızlığa uğrayan sağlık hizmetlerinin sosyalleşmesi çalışmaları, ilerleyen yıllarda devam etse de, 1982’de kabul edilen Anayasanın 56. Maddesi ile sağlık hizmetleri yeniden tanımlanmış, herkesin sağlığını korumanın devletin görevi olduğunu, fakat devletin bu görevini kamu ve özel sektör eliyle verilmesi anayasal bir meşruiyete kavuşmuştur. Ayrıca aynı madde de Genel Sağlık Sigortası kurulabileceğine dair hüküm de yer almaktadır.

1987 yılında “Temel Sağlık Hizmetleri Kanunu” ile genel bir sağlık sigortası oluşturmanın ilk adımları tanımlandıysa da, bu kanunla ilgili düzenlemeler uygulamaya konmamıştır. 1990 yılında ise DPT’nin hazırladığı “Sağlık Sektörü Master Planı” sağlık reformlarının değerlendirildiği bir süreci doğurmuş, 1992 yılında başlatılan “Yeşil Kart” uygulamasıyla, sağlık hizmetlerini karşılayacak gücü yeterli olmayan kesime, kamu tarafından ücretsiz hizmet sunumu getirilmiştir. 2001 yılı itibariyle 11 milyon kişi (nüfusun %17’si) yeşil kartlı olmuştur. 1998 ve 2000 yıllarında Genel Sağlık Sigortası Kanun tasarılarıyla Meclis’e sunulmuş ancak sonuçlanmamıştır.

1990’lı yıllarda yürütülen sağlık reformu çalışmalarının amaçları:<sup>102</sup>

---

<sup>100</sup> Sedat Bostan, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’ nın Hastane İşletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi”, **Doktora Tezi**, Trabzon,2009, s.21

<sup>101</sup> Bekir Metin, “**Türkiye’nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Dönemi Sağlık Reformları**”, Ankara, s.5, [www.undp.un.org.tr/who/bulten\(06.03.2009\)](http://www.undp.un.org.tr/who/bulten(06.03.2009))

<sup>102</sup> Akdağ, s.20

- Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortasının kurulması,
- Birinci basamak sağlık hizmetlerinin aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi,
- Hastanelerin özerk sağlık işletmelerine dönüştürülmesi,
- Sağlık Bakanlığı'nın koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulması olarak sıralanabilir. Ancak bu dönem, önemli teorik çalışmaların yapıldığı, uygulama alanı bulunamayan bir dönem olmuştur.

2003 yılına gelindiğinde, son 15 yılda yoğunluk kazanan ve sektörün yeniden yapılanmasına yönelik çalışmaların temel prensipleri belirlenerek bir takvime bağlanmış ve Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP)'ni uygulamaya başlamıştır.

### **2.2.3.1 Sağlıkta Dönüşüm Programının Amaçları, İlkeleri ve Bileşenleri**

Neo liberal politikaların etkisiyle 1980'lerden sonra, devletin sorumlu olduğu alanlarla ilgili tartışmalar başlamış, bu tartışmalar; devletin tüm yurttaşlarına sağlık hizmetini verecek kadar maddi kaynağının bulunmadığı ve devletin sunduğu hizmetlerin etkinlik ve etkililikten uzak olduğu argümanları ile desteklenmiştir.

Öte yandan Dünya Bankası ve IMF'nin, 1980'li yılların başından itibaren ülkelere yaptığı yardımlarda aşağıdaki koşulları içeren "Yapısal Uyum Politikaları"ni öne sürdüğü bilinmektedir:

- Piyasa ekonomisi mekanizmalarının ekonomiye egemen olması,
- Kamu sektörünün mal ve hizmet sunumuna son verilmesi,
- Kamunun düzenleyici müdahale olanaklarının sınırlandırılması

Türk Sağlık Sistemi, dünyada yaşanan bu tür küreselleşme ve liberalleşme akımlarının etkisiyle global ölçekte yaşanan sağlıkta reform girişimlerine paralel olarak 1990'ların başlarında sağlık reformlarına tanık olmuştur.<sup>103</sup> Ancak Dünya Bankası destekli Sağlıkta Projeler Dönemi devam ederken, yukarıda sayılan koşullar

<sup>103</sup> Hasan Hüseyin Yıldırım, "Türkiye'de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası", <http://absaglik.com/GSSkanun.pdf>(28.01.2009)

doğrultusunda uygulamalar, gerek siyasal istikrarsızlık dönemleri, gerekse Türk Tabipler Birliği gibi baskı gruplarının etkisiyle tam anlamıyla hayata geçirilememiştir.

2002 seçimlerinden tek başına iktidar olarak çıkmayı başaran AKP'nin 2003 yılında ortaya koyduğu Sağlıkta Dönüşüm Programı ile etkin, kaliteli, yurt düzeyine dengeli dağılımı olan bir sağlık sistemi oluşturma ve temel sağlık ihtiyacını özel sektörle işbirliği yaparak yerine getirme gibi hedefler belirlenmiştir.<sup>104</sup>

Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı diğer projelerden/reformlardan ayıran farklardan ilki, iktidar partisinin tek sesli ve yüksek çoğunluğa sahip bir parti olarak yapısal değişikliklere ilişkin yasaları çok kısa sürede çıkarabilmesi, ikincisi ise tüm hastaneleri tek çatı altında toplama hedefini kısa sürede gerçekleştirmiş olmasıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Projesi bütünüyle yeni bir yasal düzenleme getirmemiştir. Daha önceki mevzuatların ve yasaların bazı maddeleri değiştirilmiş veya yeni maddeler eklenerek bir takım değişiklikler yapılmıştır. Örneğin hasta hakları konusunda değişiklikler, çıkarılan yönerge ve genelgelerle oluşturulmuş, ya da özel hastanelerle ilgili yasal mevzuatta değişiklik yapılmıştır.

“Sağlıkta Dönüşüm Programı ile daha önceden yapılan bütün çalışmaları, yasa taslaklarını ve oluşan görüşleri bir atlama taşı kabul ederek, geçmişi reddederek değil, geçmişi değerlendirerek yeni bir gelecek inşa etmeye çalışılmıştır.”<sup>105</sup>

Diğer bir bakış açısı, SDP'nin Yeni Kamu Yönetimi anlayışı doğrultusunda değerlendirilebileceğidir. Yeni kamu yönetimi, “profesyonel yönetim oluşturma, standartları belirginleştirme, performansı ölçme, desantralizasyon, müşteri odaklılık, rekabete vurgu yapma, özel sektör yönetimine başvurma” gibi unsurları içermektedir.<sup>106</sup>

---

<sup>104</sup> Belgenet, “AKP İktidarının "Acil Eylem Planı". [http://www.belgenet.com/eko/acileylem\\_161102.html](http://www.belgenet.com/eko/acileylem_161102.html) (30.12.2009)

<sup>105</sup> Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara, 2003, s.5

<sup>106</sup> Asım Balcı, **Kamu Hizmetleri ve Yeniden Yönetim: Sağlık Hizmet Sunumunun Yeniden Yapılandırılması**, Atlas Yayın, İstanbul, 2005, s.59

Buradan hareketle, Yeni Kamu Yönetimi anlayışının Türk sağlık sektörüne yansımaları olarak değerlendirilebilecek SDP kapsamında öngörülen değişiklikler aynı zamanda SDP'nin bileşenleridir:<sup>107</sup>

- Planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı,
- Desantralizasyon,
- Özel sektörden hizmet satın alımı,
- Sözleşmeli personelin istihdamının sağlanması,
- SSK, Bağ kur, Emekli Sandığı ve Yeşil Kart programlarını tek çatı altında birleştirecek Genel Sağlık Sigortası'nın kurulması,
- Kamu hastanelerine özerklik tanımak,
- Aile hekimliği modeline dayalı güçlü bir koruyucu sağlık ve birinci basamak sağlık hizmetleri sistemi oluşturmak,
- Yeterli bilgi ve beceriye sahip motivasyonu yüksek sağlık personelinin olması,
- Sağlık sistemini destekleyecek eğitim ve bilim enstitülerinin güçlendirilmesi.
- Gönüllü sağlık sigortası hizmetleri sunan özel sigortacılığın teşviki,
- Etkili bir sevk sistemi kurmak ve sağlık kuruluşlarındaki hizmet kalitesini iyileştirmek,
- Akılcı ilaç ve malzeme yönetimi için Ulusal İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulması,
- Karar sürecinde etkin bilgiye erişim sağlayacak Sağlık Bilgi Sisteminin kurulması.

Sağlık Bakanlığı yayınlarına göre programın temel ilkeleri ise aşağıdaki gibidir:<sup>108</sup>

1. İnsan Merkezilik: Bireyin, aile sağlığı kavramı çerçevesinde, beklenti, talep ve ihtiyaçlarının esas alınması,
2. Sürdürülebilirlik: Ülke kaynaklarıyla uyumlu ve kendine yeten bir sistem kurulması,

---

<sup>107</sup> OECD-Dünya Bankası. **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye**, Ankara, Sağlık Bakanlığı, 2008, s. 36

<sup>108</sup> Sağlık Bakanlığı, 2003, s. 25-26

3. Sürekli Kalite Gelişimi: Sistemin hatalarından öğrenmeyi sağlayacak bir geri bildirim mekanizması ile çalışması,
4. Katılımcılık: İlgili tüm tarafların görüş ve önerilerinin alınması,
5. Uzlaşmacılık: Sektörün farklı kesimleri arasında çıkar birliğinin sağlanması,
6. Gönüllülük: Hizmeti üreten ve alan kesimlerin teşvik edici yöntemlerle sistemde gönüllü olarak yer almaları,
7. Güçler Ayrılığı: Sağlık hizmetlerini planlayan, denetleyen ve finanse eden ve hizmet üreten, güçlerin birbirinden ayrılması,
8. Hizmette Rekabet: Kaliteyi artıran, maliyeti azaltacak rekabetin teşvik edilmesi.

Özellikle hasta merkezilik, desantralizasyon, rekabet gibi sağlık hizmetlerinin verilmesinin temel ilke olarak benimsendiği, sürdürülebilirlik ilkesiyle gerçekçi olmaya çalışıldığı ve kalite iyileştirmesi vurgusuyla da toplam kalite anlayışının yaşama geçirilmeye çalışıldığı söylenebilmektedir.

Her sağlık kurumu için geçerli olan en yüksek kalitede hizmetin mümkün olan en düşük maliyetle sunulması amacının SDP'nin de temel amacı olduğu rahatlıkla söylenebilmektedir.

2003 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan “Sağlıkta Dönüşüm” raporunda SDP'nin amaçları; sağlık hizmetlerinin etkili, verimli ve hakkaniyete uygun bir şekilde organize edilmesi, finansmanının sağlanması ve sunulmasıdır. Bu amaçları gerçekleştirmek için izlenen yol, 1980 sonrası hükümetlerin taşıdığı eğilim olan, devletin sağlık hizmetlerinin sunumundan çekilmesini sağlamak ve özel sektörün bu alanı doldurması için teşvik etmektir.

### **2.2.3.2 Sağlıkta Dönüşüm Programının Getirdikleri**

2002 yılı Kasım seçimlerinin ardından hükümetin ilan ettiği Acil Eylem Planı'nda “Herkesin Sağlık” başlığıyla sağlık alanında uygulamaya konacak reformların temel ilkeleri belirlenmiş ve uygulama bir takvime bağlanmıştır. 2003 yılında Sağlık Bakanlığı, Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı uygulamaya başlamıştır. Bu programın amacının, kaliteli ve çağdaş sağlık hizmetlerinin adil ve hakkaniyetli bir şekilde halka sunulması, yüksek sağlık giderlerine karşın etkin mali koruma sağlanması ve finansal

olarak sürdürülebilir olması şeklinde ifade edilmiştir. SDP'nin temel hedefleri şöyle özetlenebilir:<sup>109</sup>

- Sağlık Bakanlığı'nın idari ve işlevsel bakımdan yeniden yapılandırılması ve sağlık sektöründe merkezi planlayıcı ve denetleyici otorite rolünü üstlenmesi,
- Yaygın, erişimi kolay, hasta memnuniyeti odaklı ve kaynakları daha etkili kullanabilen bir sağlık sisteminin oluşturulması,
- Bu sistemin kurulabilmesi için temel sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi,
- Aile Hekimliği Sistemi'ne geçilerek etkili ve kademeli bir sevk zinciri uygulamasına başlanması,
- Etkili bilgiye erişim için internet ve bilişim teknolojilerinin, sağlık bilgi sisteminde kullanılması (e-sağlık),
- SDP sürecinin hayata geçirilmesini destekleyecek, tüm nüfusu kapsayan genel bir sağlık sigortası sisteminin kurulması.

Türkiye'de 2003 yılı Sağlıkta Dönüşüm Programı'nı takiben, Tablo 2-2'de görüleceği gibi ilaç sektöründe özellikle fiyatlandırma ve sosyal güvenlik alanında çok önemli ve geçmişe göre çok daha yoğun mevzuat değişiklikleri meydana gelmiş ve bu değişiklikler sektörü önemli ölçüde etkilemiştir.<sup>110</sup>

---

<sup>109</sup> Sülkü, s.6

<sup>110</sup> Deloitte Raporu, "Türkiyede ve Dünyada İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri", s. 1

**Tablo 2-2: Türkiye’de İlaç Sektörü’nde SDP Sonrası Değişimler**

<b>Tarih</b>	<b>Yapılan Düzenlemeler</b>
<b>14 Şubat 2004</b>	2004/6781 sayılı 'Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar'ın yayımlanması ile beşeri tıbbi ürünlerin fiyatlandırılmasında maliyet bazlı fiyatlandırma sisteminden ilk defa "referans fiyat" uygulamasına geçilmiştir. Bu Kararname ile ayrıca "Geri Ödeme Komisyonu" oluşturulmuştur.
<b>1 Mart 2004</b>	Reçete ile satılmak üzere ruhsatlandırılan beşeri ve tıbbi ürünlerde KDV oranı %18'den %8'e indirilmiştir.
<b>14 Aralık 2004</b>	Maliye Bakanlığı, Çalışma Bakanlığı, İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası ve Türk Eczacılar Birliği arasında Kamu ilaç Alım Protokolü imzalanarak ilaç iskonto oranları belirlenmiştir.
<b>1 Ocak 2005</b>	a) Reçetesiz ilaçlarda da KDV oranı %18'den %8'e indirilmiştir. b) Yeşil Kartlara ayakta tedavi ile ilgili reçeteleri ödemeye başlanmıştır.
<b>10 Şubat 2005</b>	a) "Pozitif liste" uygulaması başlamıştır. b) Eşdeğer ilaç uygulamasında üst limit %30 olarak belirlenmiştir.
<b>19 Şubat 2005</b>	SSK'lılara da serbest eczanelerden ilaç alabilme imkanı getirilmiştir.
<b>25 Mayıs 2005</b>	Yeşil kartı olanlar %20 oranında katkı payı uygulaması başlamıştır.
<b>15 Temmuz 2005</b>	İlaç Kararnamesi hükümlerince ilaç fiyatlarında indirimler yapılmıştır.
<b>20 Aralık 2005</b>	Pozitif listeler birleştirilerek tüm geri ödeme kurumlarını kapsayan uygulamaya geçilmiştir.
<b>29 Nisan 2006</b>	Eşdeğer ilaç uygulamasında üst limit %22'ye düşürülmüştür.
<b>1 Ağustos 2007</b>	30 Haziran 2007 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan 2007/12325 Sayılı "Beşeri ilaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar" ile daha önceki 2004/6781 sayılı eski ilaç Kararnamesi yürürlükten kaldırılmıştır.
<b>13 Kasım 2007</b>	Sosyal Güvenlik Kurumu'nca Geri Ödeme Komisyonu'nun Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Yönerge 8 Ağustos 2008 ve 16 Mart 2009 tarihlerinde değişikliğe uğramıştır.
<b>17 Ocak 2009</b>	2009/14577 sayılı Karar ile 2007/12325 sayılı ilaç Kararnamesi'ndeki Geri Ödeme Komisyonu'nu düzenleyen madde yürürlükten kaldırılmıştır.
<b>18 Eylül 2009</b>	2009/15434 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile 2007/12325 sayılı İlaç Kararnamesinde değişiklikler yapılmıştır: Satılmakta olan veya satılacak olup da piyasada jeneriği bulunan orijinal ilacın depocuya satış fiyatı, referans fiyatın %60'ı kadar olacaktır. Jenerik ürünün depocuya satış fiyatı da orijinal ürünün referans fiyatının %60'ına kadar olacaktır.
<b>3 Aralık 2009</b>	2009/15631 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile 2007/12325 sayılı İlaç Kararnamesinde ilave değişiklikler yapılmıştır: a) Jeneriğine ruhsat verilen orijinal ürünün depocuya satış fiyatı, en fazla, referans fiyatın %66'sı olarak yeniden belirlenmiştir. b) Depocuya satış fiyatı 6,79 TL'nin üzerine olan 20 yıllık orijinal ürünlerin fiyatları 1 Ocak 2010 tarihinden itibaren referans fiyatın en fazla %100'ü kadar olabilecektir.
<b>1 Mart 2010</b>	Sağlık ve ödeme sistemlerinde dijital bir altyapı oluşturulmuş, MEDULA Eczane Takip Sistemi kullanıma geçmiştir. Hekim Takip Sistemi, Bireysel Geri Ödeme Sistemi ve İlaç Takip Sistemi (İTS) sırasıyla devreye alınan diğer sistemlere örnektir.

**Kaynak:** Deloitte, "Türkiye’de ve Dünya’da İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri", Aralık 2009, s.2

SDP sonrasında belki de en önemli yenilik, nüfusun değişik katmanlarının tabii olduğu kamu sağlık sigortaları uygulamasının yerini Genel Sağlık Sigortası'nın (GSS) almasıdır. Bu uygulama ile sağlık sigortası alanında yaşanan karmaşanın önüne geçilerek, belli bir standardın sağlandığı bir sistemin korunması amaçlanmıştır. GSS uygulamasına Ekim 2008'de geçilmiştir. 2003–2013 döneminde SDP çerçevesinde gerçekleştirilen reformlar ve önemli gelişmeler tablo halinde aşağıdaki gibi gösterilebilir:

**Tablo 2-3 : SDP Çerçevesinde Gerçekleştirilen Reformlar (2003-2013)**

<b>2003</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ambulans hizmetlerinin ücretsiz yapılması.</li> <li>• Hastaların hastanede rehin tutulması sisteminin ortadan kaldırılması</li> <li>• Toplam Kalite Yönetimi'nin (TKY) SB'nda uygulanması</li> <li>• Performansa dayalı ödemelerin 10 SB hastanesinde pilot olarak uygulanması</li> <li>• Kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası, aşılama günlerinin organize edilmesi</li> </ul>
<b>2004</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bireysel performansa dayalı ödeme sisteminin SB kuruluşlarında uygulamaya geçirilmesi</li> <li>• Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavi kapsamına alınması</li> <li>• Maliye Bakanlığı kararnameyi uyarınca geri ödeme kararlarından sorumlu Geri Ödeme Komisyonu'nun kurulması</li> <li>• Hekim seçme hakkının SB hastanelerinde uygulanması</li> <li>• Ülke çapında gebelere ücretsiz demir desteği sağlanması</li> </ul>
<b>2005</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yeşil Kart sahiplerinin ayakta tedavide verilen reçeteli ilaçlarının kapsama alınması</li> <li>• Kurumsal kriterlerin ve kalite kriterlerinin SB kuruluşlarındaki performansa dayalı ek ödeme sistemine eklenmesi</li> <li>• SSK eczanelerinin kapatılması ve üyelerin özel kuruluşlara erişimine izin verilmesi</li> <li>• SSK hastanelerinin SB'na devredilmesi</li> <li>• İlaçlar için Yeşil Kartlılara yönelik katkı payı koşulu getirilmesi</li> <li>• Aile hekimliğinin ilk olarak Düzce'de uygulamaya konulması</li> <li>• İlaçlar için ruhsatlandırma yönetmeliğinin kabul edilmesi</li> </ul>
<b>2006</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SB hastaneleri için global bütçenin uygulanmaya başlaması</li> <li>• 5502 sayılı kanunun (Sosyal Güvenlik Kurumlarının entegrasyonu) uygulanmasına başlanması</li> <li>• SGK'da ilaç harcaması takip sisteminin kurulması ve SGK için MEDULA'nın başlatılması</li> <li>• Sağlık için Kamu Özel Ortaklığı (KÖO) Kanunu'nun Meclis'te kabul edilmesi</li> <li>• Kızamık, kabakulak ve kızamıkçık aşılarının rutin aşılama programlarına alınması</li> </ul>
<b>2007</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosyal güvence kapsamında olmasa bile birinci basamak sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması</li> <li>• Yeni Sağlık Uygulama Tebliği'nin (SUT) kabulü,</li> <li>• Ambulans hizmetlerinin kırsal erişimi zor alanlarda daha erişilebilir hale getirilmesi</li> </ul>
<b>2008</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosyal Sigortalar ve GSS kanunu değişikliklerinin Meclis tarafından kabulü ve Cumhurbaşkanı tarafından imzalanması</li> <li>• GSS uygulamasının başlaması. Yeşil Kart programının GSS kapsamına alınması.</li> <li>• Açık ve kapalı kamu alanlarında sigara içilmesini yasaklayan Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkında Kanunun kabul edilmesi</li> </ul>
<b>2013</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• E-reçete uygulamasına geçiş</li> </ul>

**Kaynak:** OECD, **Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye**, 2008, s. 37. ve **SDP'nin 10. Yıl Değerlendirmesi**, elde edilen bilgilerden faydalanılarak hazırlanmıştır.



### 3 TÜRKİYE’DE İLAÇ SEKTÖRÜNÜN YAPISI

#### 3.1.Tanımlar

##### 3.1.1 İlaç Kavramı

İlaç, insanlık tarihi boyunca var olmuştur. Hastalıkların tedavisi yoluyla bozulan biyolojik sağlığın düzeltilmesi için bir çare arayışı tarihsel olarak hep sürdürülmüş bir insan etkinliğidir.<sup>111</sup>

İlkel toplumlarda insanları tedavi etmekle görevli kişiler hem din adamıydı, hem de aynı zamanda hekimlik görevi yapıyorlardı. Bu kişiler insanları tedavi etmek için büyü kullanırlarken, zaman içinde bitkilerin tedavi edici etkilerinin keşfedilmesi, ilaç kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır. Böylece ilk ilaçları bitkiler ve bitkisel kökenli maddeler oluşturmuştur.

Tarihsel olarak ilacın kökeni çok eski devirlere dayanmaktadır. Sümer ve Mısır uygarlıklarında, çeşitli bitkilerden sağlık amacıyla yararlanılmıştır. İlk ilacın M.Ö. 1500 yıllarında Mısır’da kullanılmaya başlandığı bilinmektedir. M.Ö. 1500’den M.S. 1930’lu yıllara kadar çok az sayıda ilaç mevcuttu ve bunlar, bazı hastalıkların iyileştirilmesinde, uykuyu kolaylaştırmada ve ağrı dindirmede kullanılan doğa kökenli ve sentetik olmayan ilaçlardı.<sup>112</sup>

Sentetik kökenli ilaçların bulunması 1930’lu yıllara rastlamaktadır. Sülfanilamidlerin keşfi, penisilinin büyük hacimlerde üretim tekniklerinin bulunması, tetracyclinelere keşfi gibi gelişmelerle ilaç sanayi büyümeye, gelişmeye ve uluslararası bir yapıya kavuşmaya başlamıştır. 1930’ların Avrupa’sındaki küçük laboratuvarlar, 1950’lere kadar gelişmiş ve firma şeklini almışlardır.<sup>113</sup>

1970’lerden sonra artan sanayileşme, ilacı havandan fabrikaya iten faktör olmuştur. Başlangıçta basit yöntemlerle yapılan etken madde üretimi daha sonra sentez yoluyla genişlemiş ve bu durum, sentez yöntemini ilk kullanan İsviçre, ABD, Almanya,

<sup>111</sup> Nurettin Abacıoğlu, **Türkiye İlaç Sanayi**, İTO, Yayın No:2009–41, İstanbul, 2010, s.23

<sup>112</sup> Bahri Şahin, “Türk İlaç Endüstrisi ve Avrupa Birliği’ne Uyumu”, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, **Yayınlanmamış Doktora Tezi**, Bolu, 2005, s.31

<sup>113</sup> Şahin, s.31

İngiltere ve Fransa gibi ülkelerde ilaç imalatında yenilik ve gelişmelere yol açmıştır. Araştırma faaliyetleri teknolojik gelişmenin artmasına ve ilaç sanayinin büyümesine yol açmıştır.

İnsanoğlunun bugün kullanılan modern ilaçlara erişecek gelişmişlik düzeyine ulaşması deneye yanıla ve çoğu kez hayatı pahasına gerçekleşmiştir. Bilimdeki genel gelişmelere paralel olarak biyoloji ve tıp alanlarındaki gelişmeler sonucunda, hastalıkların daha kolay teşhisine ve yeni tedavi usullerinin uygulanmasına başlanmıştır.<sup>114</sup>

Dünya Sağlık Örgütü ilacı; fizyolojik sistemleri veya patolojik durumları, kullanan yararına değiştirmek veya incelemek amacıyla kullanılan veya kullanılması öngörülen bir madde ya da ürün olarak tanımlamaktadır.<sup>115</sup> Diğer bir tanıma göre ilaç hastalıkların tanı ve tedavileri, hastaların yakınmalarını hafifletme, hastalıklardan koruma ya da fizyolojik olayları düzeltmek amacıyla insan ve hayvanlarda kullanılan her türlü kimyasal bileşimdir.

Benzer bir tanıma göre ilaç; 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.<sup>116</sup>

İlaç, tamamına yakın bedeli kamu tarafından ödenen, ancak üretim ve ithalatı tamamen özel sektörde olan tek üründür. “İlaç, hastalıkların önlenmesi, teşhisi, tedavisi ve tıbbi amaçlar için organizmada normal fizyolojik olayları kişinin yararına değiştirmek için kullanılan endüstriyel bir ürün” tanımına bakıldığında ilacın en önemli özelliklerinden biri olan *endüstriyel ürün* olma özelliği karşımıza çıkmaktadır. Ancak, endüstriyel ürünler içinde ilaç, diğerlerinden sosyal bir ürün olması nedeniyle ayrılır. Çünkü ilaç, insan sağlığı ve dolayısıyla toplum sağlığı ile doğrudan ilgilidir. Tam da bu nedenle, ilaç aynı zamanda *stratejik* öneme sahip bir üründür. Yerinde ve zamanında bulunmaması büyük acı ve yıkımlara sebep olabilir. Dolayısıyla, çoğu zaman zorunlu

<sup>114</sup> Nurettin Abacıoğlu, **Türkiye İlaç Sanayi**, İTO, Yayın No:2009-41, İstanbul, 2010, s.23

<sup>115</sup> Abacıoğlu, **Türkiye İlaç Sanayi**, 2010, s.24

<sup>116</sup> DPT (Devlet Planlama Teşkilatı), **İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu**, DPT Yayınları, Ankara, 2006, s.14

olarak satın alınması ve kullanılması gerektiğinden kalitesi, tesadüfe bırakılmayacak bir üründür. Bu nedenle sektörde Dünya Sağlık Örgütü'nün koyduğu, daha çok teknik anlamda kalitenin sağlanmasına yönelik kurallara uyulması gerekir.

İlaç, türleri açısından incelendiğinde bazı kavramlara rastlanmaktadır: Bu anlamda *Orijinal ilaç* ifadesi, uzun araştırmalar ve klinik çalışmaları sonucu belli bir hastalık üzerinde olumlu etki yaptığı kanıtlanmış ve daha önceden benzeri olmayan yeni ilaçlar için kullanılan uluslararası bir terimdir. Orijinal ilaçlar, dünyanın birçok ülkesinde güçlü yasalarla, patent ve veri koruma hakları ile belli bir süre boyunca korunurlar. Bu süre içinde, başka bir ilaç şirketinin, bu ilacın benzerini üretmesine izin verilmez. Böylece orijinal ilaç üreticilerinin Ar-Ge yatırımlarını karşılayabilmeleri ve yeni araştırmalar için kaynak yaratabilmeleri sağlanır. Orijinal ilacın yasal koruma süresinin dolması ile birlikte, ilaç şirketleri, orijinal ilacın benzerlerini piyasaya sürebilirler. Orijinal ilaçla aynı etken maddeyi, aynı miktarda içeren bu ilaçlar *jenerik ilaç* olarak adlandırılmaktadır.<sup>117</sup>

Bir jenerik ilacın üretiminden, satışa sunulmasına kadar geçen tüm evreler orijinal ilaçlarla aynı aşamalara sahiptir. Sadece daha önce orijinal ilaç üretilirken canlılar üzerinde yapılan klinik deneyler yapılmamaktadır. Jenerik ilaçlarda sağlık otoritelerinin gerekli gördüğü tüm inceleme ve araştırmalar yapılmakta; biyoeşdeğerlik adı verilen bilimsel çalışmalarla hasta üzerinde referans ürünle aynı tedaviyi sağladığı kanıtlanmaktadır. Bir ilacın biyoeşdeğerliği, yaklaşık 6 ay süren yüksek maliyetli araştırmalar sonucunda tespit edilmektedir. Araştırmalar, uluslararası alanda akredite olmuş kuruluşlar tarafından gerçekleştirilmektedir.<sup>118</sup>

*Sahte ilaç* ise, Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, etiketinden farklı miktarlarda etken madde içeren, farklı maddelerden oluşmuş veya aktif bileşenleri içermeyen veya sahte etiket yapıştırılmış ürünlerdir.

Yasal sınırların iyi belirlenemediği ve kontrollerin yeterli oranda yapılamadığı durumlarda e-eczaneler pazara sahte ilaç girişinde kullanılan bir yol olabilmekte; ilaç

---

<sup>117</sup> AİFD (Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği), <http://aifd.org.tr> (23.05.2012)

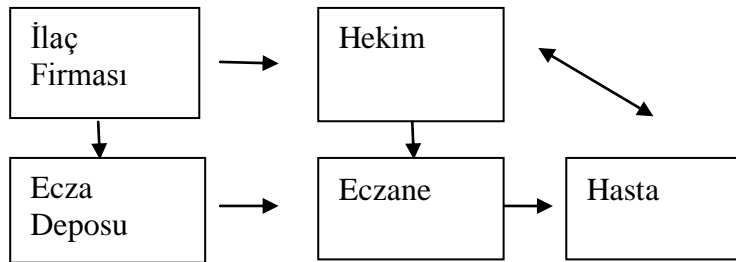
<sup>118</sup> IEIS (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası), "**Biyoeşdeğerlik nedir?**", [http://www.ieis.org.tr/asp\\_sayfalar/index.asp?menuk=13&sayfa=700](http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?menuk=13&sayfa=700) (20.04.2013)

sahteciliği tüketiciyi kandırmanın ötesinde hastaların yaşamlarını tehlikeye atan önemli bir suç olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyadaki ilaçların % 6'sı sahtedir; örneğin ABD'de kanser ilaçlarına kadar geniş bir yelpazede bu tür ilaçlar tespit edilmiştir. Sahte ilaçların çoğunun, yüzlerce jenerik ilaç üreticisinin olduğu ancak yeterli kontrollerin olmadığı Hindistan ve Çin'de üretildiği bilinmektedir.

“FDA’ya göre gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde kullanılan her 10 ilaçtan birisi sahtedir. Dünya Sağlık Örgütü’nün araştırmalarına göre 2010 yılında sahte reçeteli ilaçların global satışı, yasal ilaçların yıllık satışının büyüme hızını geride bırakarak ve günümüz satışlarını ikiye katlayarak 75 milyar dolar’a ulaşmıştır.”<sup>119</sup>

İlaçlar ayrıca, reçeteli ilaçlar ve reçetesiz ilaçlar olarak da tanımlanmaktadır. Doktor reçetesi olmaksızın satılmayan ilaçlar olduğu gibi doktor tavsiyesi olmaksızın eczacı önerisi ile alınabilen ilaçlar da vardır. Reçeteli ilaçların hedef kitlesi, belirli bir sosyal güvenceye sahip bir hastaya bakan hekim grubu iken; reçetesiz ilaçların hedef kitlesi, muayenehanesi olan hekimler ve kullanıcılarıdır.<sup>120</sup>

İlaç firmaları tarafından tanıtımı, satışı ve dağıtımını yapılan ilacın tüketiciye ulaşmasının aşamaları Şekil 3-1’de gösterilmiştir:



Şekil 3-1: İlacın Tüketiciye Ulaşım Aşamaları

**Kaynak:** Dilaver Tengilimoğlu, Oğuz Işık, Mahmut Akbolat, “Sağlık İşletmeleri Yönetimi”, 3. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2011, s.71 faydalanılarak hazırlanmıştır.

<sup>119</sup> Sibel Güneş, “Uzmanlardan Sahte İlaç Uyarısı”, NTVMSNBC Haber Sitesi, <http://www.ntvmsnbc.com> (27.12.2010)

<sup>120</sup> W. D Reekie, “The PPRS: Regulations Without a Cause?” IEA Health and Welfare Unit, London, 1997, s.10-47

İlaç, hem insan sağlığını doğrudan etkileyen ve ikamesi olmayan hem de karmaşık bir üründür. “Bazı istisnalar hariç tüketicilerin hangi ilacı, nerede, nasıl ve ne süreyle kullanacağına karar vermesi neredeyse imkansızdır.”<sup>121</sup> İlacın diğer ürünlerden farkları anlamında, bazı önemli noktalara değinilmelidir:

- “İlaçla zehir arasında sadece doz farkı vardır. Belirli dozların üstüne çıkıldığında ciddi yan etki ve ölüm tehlikesine sahiplerdir.
- Doktor kontrolünde kullanma zorunluluğu vardır.
- İlacı tüketici yerine doktor ve eczacı seçmektedir.”<sup>122</sup> Ayrıca ilaç, ikame edilmeyen ve stratejik, bir üründür. İlaç pazarının hedef kitlesini hekimler, eczaneler, ecza depoları ile nihai kullanıcılar oluşturmaktadır. Ancak doktor ve eczacılar birincil hedef kitle olarak tanımlanmaktadır.

Buraya kadar ilaç, tarihselliği içinde hastalıkların sağaltımında kullanılan kimyasal bir yapı ve tıbbi ürün olarak değerlendirilmektedir. Ancak ilaç, aynı zamanda değiş – tokuşu yapılabilen bir iktisadi metadır. Bu anlamda ilacın endüstriyel üretim süreçleri karşımıza çıkmaktadır. İktisadi açıdan meta, değişim için üretilen bir emek ürünüdür. Bu anlamda ilaç da, kullanım değerine sahip, değişim için üretilen herhangi diğer bir meta ya da maldan farklı değildir. Dolayısıyla, tüm metalarda olduğu gibi ilacın kullanım ve değişim olmak üzere iki değeri bulunmaktadır.<sup>123</sup>

İlacın kullanım değeri, ilacı bütün diğer metaldan ayıran özellikler içermektedir. İlaç, insanı ya hastalıklardan korumak veya hastalığın tedavisi amacıyla kullanılır. Ancak farklı hastalıkların teşhis ve tedavisinin farklı ilaçlarla yapılabilmesi ilacın kullanım değerindeki farklılığı ve onun farmakolojik etkisini gösterir. Örneğin, diyabet hastalığının tedavisinde, ancak insülin ve/veya oral antidiyabetikler kullanılabilir. Bu hastalık, daha ucuz bir ilaç olan aspirinle tedavi edilememektedir.

---

<sup>121</sup> Nayır, s.37

<sup>122</sup> Özlem Aydın, “**Dar Alanda Kısa Paslaşmalar**”, *Marketing Türkiye*, [http:// www.ieis.org.tr/yeni\\_site/ÖZELHABER/marketingturkey.asp](http://www.ieis.org.tr/yeni_site/ÖZELHABER/marketingturkey.asp), (10.03.2006)

<sup>123</sup> Abacıoğlu, **Türkiye İlaç Sanayi**, 2010, s.24-25

Çünkü endikasyona göre farmakolojik etkileri farklılaşan ilaçlarla ancak ilacın ilgili olduğu hastalık tedavi edilebilmektedir.<sup>124</sup>

Kullanım değeri, tüm ekonomik sistemlere kabul edildiği gibi, bireyin metaya olan gereksinimi oranıyla belirlenmektedir. Örneğin bir kalp hastası için Trinitrin'in veya bir diyabetli için İnsülin'in kullanım değeri; yaşayabilmek için, buna gereksinimi olduğu için çok yüksektir.

İktisat bilimi açısından ilaç, “gereksinimleri doğrudan gideren mal” olması anlamında tüketim malları kategorisine girmektedir. Diğer yandan ilacın kendisi olmasa da, yapımında kullanılan etkin ve yardımcı maddeler ise “gereksinimleri dolaylı gideren mallar” olması anlamında *üretim, sermaye ve yatırım malları* kategorisine girmektedir.<sup>125</sup>

Ayrıca ilaç, tüketim mallarının uzun ömürlü olup olmadığı konusunda, tıpkı yiyecek maddeleri gibi, “bir defada tüketilen *dayanaksız tüketim malları*” kapsamına girmektedir.

Diğer yandan ilaç, diğer mallar gibi bir değişim değeri içermekte ve bu değer, üzerindeki fiyat kupürüne parasal olarak yansımaktadır. Kapitalist ekonomik sistem içinde değişim değeri, metayı üretmek için kullanılan girdilerin hesaplanması ve saptanan maliyete kâr oranının eklenmesiyle bulunmaktadır. Ancak bu değer, diğer mallardan farklıdır: İlaça olan tüketici talebinde herhangi bir esneklik yoktur. Bu esneklik, iktisatta “talep elastikiyeti” ya da “istem esnekliği” olarak ifade edilmektedir.<sup>126</sup>

İktisadi olarak *talep* kavramıyla ilişkili olarak bakıldığında ilaç; insan sağlığı ile ilgili bir zorunlu mal olduğundan, bir lüks mal olarak düşünülüp talep edilemediğinden ve talep elastikiyetinin düşük olması nedeniyle ilaç fiyatlarındaki artış, bu malın talebini, lüks mallara oranla daha az etkileyecektir veya hiç etkilemeyecektir. Bu durumda da ilacın talep elastikliği sıfıra yakın ya da eşit olmaktadır. İlaç fiyatlarında meydana gelen artış, ilaç istemini azaltmaz. Yine örnek olarak, bir kalp hastasının

<sup>124</sup> Abacıoğlu, **Türkiye İlaç Sanayi**, 2010, s.26

<sup>125</sup> Abacıoğlu, **Türkiye İlaç Sanayi**, 2010, s.28

<sup>126</sup> Abacıoğlu, **Türkiye İlaç Sanayi**, 2010, s.27

kullandığı Trinitrin ya da bir diyabetlinin kullandığı İnsülin'in fiyatlarına yapılacak zammın miktarı önemsizdir. “Tüketici, ilaçların kullanım değerlerinin yaşamsal önemi nedeniyle, bunların değişim değeri olan fiyatını mutlak olarak ödemek zorundadır.”<sup>127</sup>

Son olarak ilacın fonksiyonları açısından bakıldığında aşağıdaki başlıklarla karşılaşılmaktadır:

1. Önleme: Bazı ilaçların, koruyuculuk özelliğiyle, hastalıkların önlenmesi için kullanımını ifade etmektedir.
2. Tedavi: Bir hastalığın tamamen ortadan kaldırılmasını ifade eden tedavi kavramı, ilacın temel kullanım şeklini de ifade etmektedir. Örneğin antibiyotiklerin belirli bakteriyel enfeksiyonların tedavisinde kullanımı şeklindedir.
3. Muamele: Hastalığı tedavi etmeyen ancak hastalık belirtilerini hafifleterek hastayı klinik iyileşmeye götüren ilaçlar bu gruba girmektedir.
4. Teşhis: Bazı ilaçlar, doktorlara, hastanın hastalığını tespit etme şansı tanımaktadır.

Birçok ilaç sadece bu gruplardan birine girerken, bazı ilaçlar birkaç fonksiyonu aynı anda görebilen ilaçlar olarak birden fazla gruba girebilmektedir.

### **3.1.2 İlaç Sanayinin Tanımı ve Önemi**

İlaç sanayi, beşeri ve veteriner hekimlikte tedavi edici ve koruyucu olarak kullanılan kimyevi ve biyolojik maddeleri, farmasötik teknolojiye uygun olarak bilimsel standartlara göre belirli dozlarda basit ve bileşik olarak farmasötik şekillere getiren ve seri halinde üreterek tedaviye sunan bir sanayi dalıdır.<sup>128</sup>

İlaç, ürün özelliği gereği, kimya sanayi ile yakından ilgili olduğundan ilaç sanayi; maddeleri fiziksel ve kimyasal değişikliklere uğratan imalat sanayinin alt dallarından biridir. Nitekim, imalat sanayi, uluslararası sınıflandırmada, kimya sanayinin bir alt kolu konumundadır.

<sup>127</sup> Abacıoğlu, **Türkiye İlaç Sanayi**, s.34

<sup>128</sup> TÜBİTAK, “**Vizyon 2023 Teknoloji Öngörüsü Projesi: Sağlık ve İlaç Paneli Ön Rapor**”, Ankara, 2003, s.3

İlaç sanayini, insanlar için ilaç keşfeden, geliştiren, üreten ve satan şirketlerin toplamı şeklinde tanımlamak mümkündür.<sup>129</sup> Ancak ilaç sanayini oluşturan ilaç şirketlerinden bazıları bu faaliyetlerin tümünü yerine getirirken, bazıları bir veya birkaçını yerine getirmektedir. Örneğin bir şirket, ilacı hem üreten hem de satan durumda olabileceği gibi, sadece satışı ile ilgilenen ilaç şirketleri de mevcuttur.

İlaç sektörü, know-how (teknik bilgi), Ar-Ge ve teknoloji altyapısına ihtiyaç duyan bir sektördür. Bu gereklilikler, vasıflı işgücü, eğitim ve düşük enerji maliyeti gibi dinamikleri beraberinde getirir. İlaç sektöründe yer alan şirketler gerek ekonomik işleyiş gerekse mülkiyet anlamında çeşitlilik gösterirler: Bazıları sadece ülke içinde satış faaliyetinde bulunurken, bazıları, merkezi başka bir ülkede olan fakat Ar-Ge ve satış faaliyetlerini ülke içinde sürdüren şirketlerdir. Bu iki şirket tipi, kesin mülkiyet açısından ulusal ilaç sanayi olarak nitelendirilebilir. Diğer bir şirket tipi ise; merkezi ve Ar-Ge birimi başka bir ülkede olan ancak büyük üretim tesisleri, teknik geliştirme laboratuvarları ve satış faaliyetleri ülke içinde olan şirket tipidir ki, tüm bu sayılan şirket tipleri ulusal ilaç sanayinin bir parçası olarak kabul edilmektedir. Zira, bu tür şirketler, buldukları ülkenin vergi gelirlerine ve istihdamına katkıda bulunmaktadır.

İlaç sektörünün temel amacı; uluslararası ölçüde rekabet gücüne sahip olmak, yaşam kalitesini artırıcı nitelikte üretim yapmak ve ülke ilaç ihtiyacının büyük kısmını karşılayabilmektedir. Ancak ilaç sanayi, ürünleri, ekonomisi ve gelişmesi bakımından diğer sanayi dallarından oldukça farklı bir yapıya sahiptir. Bir yandan ürün olarak hayati önem arz ederken, diğer yandan ekonominin temel ilkelerine bağımlı olmak zorundadır. Bilimsel ve teknolojik yeniliklere dayalı yapısı nedeniyle ilaç sanayinin gelişmesinde Ar-Ge faaliyetleri büyük öneme sahiptir.<sup>130</sup>

İlaç sektörü, sağlık sigortalarının varlığı nedeniyle de farklı bir talep yapısına sahiptir. Arz yönü kuvvetli bir pazar gücüne sahiptir ve patent uygulamalarının bu sektör için önemi büyüktür. Tüm bu nedenlerle de sektör, diğer sektörlerden ayrılmaktadır. Dolayısıyla ilaç sanayinin kendine özgü niteliklerinin varlığından söz edilmelidir: *Birincisi*; ilaç sanayi, organik veya sentetik olmak üzere bitkisel maddelere

---

<sup>129</sup> İbid, s.7

<sup>130</sup> Hasibe Çınar, **Türkiye’de İlaç Sanayinin Bugünü ve Avrupa Topluluğu ile İlişkiler Çerçevesinde Gelişimi** Ankara: DPT, Mayıs 1993, 140: 133–140



dayanan ilaçların imalatını yapan bir sanayi dalı olduğundan, üretim, çok çeşitli aşamalardan geçmektedir. *İkincisi*; ilacın satın alınması ve kullanımını belirleyen tüketici talebi ya da ürünün fiyatı olmadığından, fiyat esnekliği yok denecek düzeydedir. Üretilen malların talep esnekliğinin düşük olmasının nedeni, bu tür malların alınmasında tüketicilerin doğrudan karar vermesinin söz konusu olmamasıdır. Diğer bir deyişle, ilaçların tüketiciler tarafından özgür iradeleri ile talep edilmeleri söz konusu olmayıp, tüketiciler dışında başka kişilerce kararlar alınmaktadır. Örneğin doktor, hasta (tüketici) adına satın alma kararını veren kişidir. Aslında bu durum, ilaç firmaları arasındaki rekabetin esas olarak aynı pazar içinde oluştuğunu da göstermektedir. Çünkü sanayinin tüm önemli ilaç firmaları, gelirlerinin büyük kısmını reçeteli ilaçların satışından elde ederler ve bu ilaçlar, bir tıp doktorunun yazacağı reçete olmadan genellikle satın alınamazlar. *Üçüncüsü*, tıpkı üretimin çeşitli ve karmaşık aşamalardan geçmesi gibi, piyasada yerini alacak bir kuruluşun da birbirinden farklı bir dizi düzenleme gerçekleştirmek zorunluluğu vardır.

İlaç sanayini diğer sanayi dallarından ayıran yukarıda sayılan nitelikler, ürettiği ürünlerin, sağlığın ve yaşam kalitesinin sürdürülebilirliğinde vazgeçilmez oluşu ve stratejik öneme sahip olmalarından kaynaklanmaktadır. Bu nitelik, toplumların bugünü ve yarını için sektörü stratejik bir konuma taşımaktadır.<sup>131</sup> Nitekim son 10 yılda, ilaç sektörünün mortalite (ölüm) ve morbidite (hastalık) oranlarının azalmasında önemli bir yere sahip olduğunu ortaya koyan çok sayıda çalışma mevcuttur.<sup>132</sup>

İlaç sanayini diğer sanayi dallarından ayıran bir diğer önemli neden de, sanayi için belirleyici kurumlardan biri olan hükümettir. İlaç sektörü hem doğrudan insan sağlığı ile hem de toplum sağlığı ile yakından ilgili olduğundan her zaman devlet müdahalesine açık bir sektördür. Sağlık sistemlerinde genellikle ilaç harcamaları kamu tarafından finanse edildiğinden ve ilaç harcamalarının maliyetini toplum adına devlet üstlendiğinden, ilaç harcamalarındaki artış da devlet müdahalesi için neden teşkil etmektedir. Bu müdahaleler, fiyatlandırma, patent, ruhsatlandırma, dağıtım, tanıtım gibi çeşitli konularda olmaktadır. “İlaç sanayinin emniyetinin ve testinin önemli bir alanı hükümet kontrolleridir. Hükümet bu görevi üstlenir. Çünkü kamunun sağlığı ve

<sup>131</sup> Bilişim Yayıncılık, “İlaç Sektörünün Dünü, Bugünü, Yarını” [http://www.bilesim.com.tr].(15.07.2005)

<sup>132</sup> Stephane Jacobzone, “Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals”, OECD, Paris 2000, s. 201

korunması hükümetin sorumluluğundadır. Hükümetle ilaç sanayinin ilişkileri; marka adlarının kullanımı, patent korunması ve fiyat politikaları olarak belirlenir ve bu ilişkiler büyük önem arz eder.”<sup>133</sup>

İlaç sanayinin varlığının önemi, normal zamanların dışında; savaşlar, doğal afetler, ekonomik krizler, ambargolar vb. felaket durumlarında daha da artacaktır. Bu durumlarda artan ilaç gereksinimini karşılayacak bir ilaç sanayinin varlığı yaşamsal öneme sahip olacaktır.

İlaç sanayi en fazla rekabetin bulunduğu sektörlerdendir. Güçlü firmalar arasında kıyasıya rekabet bulunmaktadır. Tek bir firmanın üstün bir pozisyonu yoktur. İlk 10 ilaç firması dünya ilaç pazarının %20’sinden fazlasını elinde bulundurmaktadır. Son yıllarda yapılan firma evlilikleri ile dengeler önemli ölçüde değişmektedir.<sup>134</sup>

Avrupa İlaç Sanayi günümüzde en gelişmiş ilaç pazarını oluşturmaktadır. 2000’in üzerinde firma faaliyet göstermekte ve bu firmaların 8’i büyüklük açısından dünyadaki ilk 20 kuruluş arasında bulunmaktadır. 3507 tip ilaç bulunup, bu sayı değişik farmasötik şekillerle 5049’a ulaşmaktadır.<sup>135</sup>

Türkiye’de de ilaç sektörü, en fazla rekabetin bulunduğu sektörlerdendir. Dünyada ilaç sektöründe 13. büyük pazar olarak yerini almıştır. Nüfus artış oranındaki hız ve genç nüfus yoğunluğu nedeniyle bu pazarın daha da büyüyeceğini söylemek mümkündür. Türkiye’de ilaç maliyetlerinin çoğunu kamu üstlenmektedir. Bu nedenle Türkiye’de de devlet diğer ülkelerde olduğu gibi ilaç fiyatlarına müdahale etmektedir. Sağlık harcamalarında kamunun payı 2011 yılı itibariyle %75, cepten yapılan harcamaların oranı ise %16,2’dir.

Son olarak ilaç sanayinin karşı karşıya olduğu tehdit unsurlarından söz edilebilir: Yeni teknolojilerin çıkmasından kaynaklanan dünya düzeyinde rekabetin artması, sağlık harcamalarındaki artışı düşürmeyi hedefleyen hükümetlerden gelen fiyat ve karları aşağı çekme baskısı ve artan Ar-Ge harcamaları bu unsurlardan en önemlileridir.

<sup>133</sup> Çilingiroğlu, “**Transfer of Technology for Pharmaceutical Chemicals**”, OECD, 1975, s.16

<sup>134</sup> TÜBİTAK, “**Avrupa Birliği’nde İlaç Sektörünün Yapısal Analizi**”, <http://vizyon2023.tubitak.gov.tr> (20.04.2013)

<sup>135</sup> Menderes Tarcan ve Mehmet Top, “Türkiye İlaç Ekonomisi ve Harcamaları 1998–2003 Dönemi Değerlendirmesi”, **Liberal Düşünce Dergisi**, Cilt:9, Sayı 35, 2004, s. 7

Hızla artan dünya nüfusunun beslediği ilaç sektöründe verimlilik ve kalite piyasanın düzenlenmesinde iki önemli kriterdir.

### **3.2 Piyasa Çeşitliliği**

Piyasa kavramından anlaşılan, günlük aktivitemizin bir bölümünü içeren alışveriş etkinliklerinin ve bu anlamdaki mal ve hizmet değiş-tokuşunun yapıldığı satış mekânlarıdır.

İktisat için piyasa terimi ise; sadece bir mekan ya da bir görüntü alanı olmaktan çok, onları da kapsar bir biçimde, herhangi bir mal veya hizmetin alıcı ve satıcıları ile kolayca temasa geçebildikleri ve alım-satım işlemini gerçekleştirdikleri bir ortam anlamını taşımaktadır. Diğer yandan bazı iktisatçılara göre, günümüzde piyasanın fiziki bir konumda olması şart değildir. Dünya çapında bir haberleşme sisteminin mevcut olması piyasanın oluşması için yeterli olmaktadır.

Diğer bir tanımla, bir malın ya da faktörün (emek, sermaye, toprak, girişimci) alıcı ve satıcılarının karşı karşıya geldiği ortama piyasa adı verilir.

Malların ve hizmetlerin piyasaları farklı büyüklük ve çeşitlilikte oluşmaktadır. Piyasanın büyüklüğü, o mal veya hizmeti üreten firma sayısı, bu firmaların coğrafi ve sektöre dağılımı ve malın niteliği ile ilgilidir.

Piyasalar ekonomistlerce, genel olarak Tam rekabet piyasası, Monopol (Tekel) piyasası, Monopolcü rekabet (Tekelci) ve Oligopol piyasaları olmak üzere dört ana başlıkta sınıflandırılmaktadır. Son iki piyasa (Tekelci-Oligopol) şekli, aynı malın farklı fiyatlarda oluşabildiği piyasalardır ve bu piyasalara eksik rekabet piyasaları denir.

#### **3.2.1 Tam Rekabet Piyasası**

Bu piyasa, çok sayıda alıcı ve satıcının giriş-çıkış serbestliği bulunan, alıcı ve satıcıların tam bilgiye sahip oldukları, her iki kesimin de fiyatları etkileyemediği ve üretilen ürünlerin homojen olduğu piyasalardır. Bu piyasanın temel özelliği, fiyatın arz ve talebe bağlı olarak düzenlenmesi ve tek fiyatın bulunmasıdır.

Tam rekabet piyasasında tek tek firmalar ön plana çıkmazlar. Bu piyasayı diğer piyasalardan ayıran en önemli özellik, alıcı ve satıcıların tek başlarına fiyatlar üzerinde hiçbir etkilerinin olmamasıdır. Tam rekabet piyasasında alıcılar ve satıcılar fiyatı veri olarak kabul etmek durumundadır. Fiyatın veri olması alıcı ve satıcıların ürün fiyatları üzerinde kontrol gücüne sahip olmamaları demektir. Örneğin; pirinç piyasasında çok sayıda alıcı ve satıcı vardır. Herhangi bir pirinç üreticisi veya pirinç alıcısı piyasada oluşan pirinç fiyatını tek başına etkileyemez. Böylece firma piyasada oluşan fiyatı veri kabul etmiş ve o fiyattan istediği miktarda mal satabilir. Firmanın piyasa payı çok küçük olduğu için, ne kadar üretilip satarsa satsın piyasa fiyatı bundan etkilenmez. Tam rekabet koşullarında çalışan bir firma bütün malını piyasada oluşmuş fiyattan satabilir. Eğer üretici daha fazla kâr etmek için fiyatını yükseltirse; tüketiciler aynı malı diğer bir firmadan satın alacaklarından; malını satamayacaktır. Görüldüğü gibi, tam rekabet piyasasında bir firmanın sattığı malın fiyatını kontrol etmesi ya da malına istediği fiyatı koyması gibi bir durum söz konusu değildir. Özetle, tam rekabetçi bir firma fiyatı belirleyemez.

Tam rekabet piyasasında çok sayıda alıcının ve satıcının bulunmasının yanında ikinci özellik olarak, alıcılar, malın homojen olması nedeniyle satıcılar arasında bir ayırım yapmazlar. Her firmanın ürünü aynı olduğundan alıcılar, satıcılar arasında bir ayırım yapmazlar. Satıcı yönünden piyasa fiyatından malını alacak çok sayıda alıcı; alıcı yönünden de piyasa fiyatından malını satacak çok sayıda satıcı bulunmaktadır. Tüketici için satın almak istediği malı, hangi satıcıdan alacağı konusu önemsizdir.

Bu piyasanın diğer bir özelliği, alıcı ve satıcıların piyasadaki fiyatlar ve miktarlarla ilgili tam bilgiye sahip olmalarıdır. Tüketiciler ve firmalar, kimin neyi hangi fiyata sattığını bilmektedir. “Tam bilgi varsayımı tam rekabet için öylesine önemlidir ki, tam bilginin eksik olması durumunu yansıtan asimetrik bilgi üzerine yaptıkları çalışmalardan dolayı W.Vickrey ve J.Mirlees’e 1995 yılında Nobel Ekonomi Ödülü verilmiştir.”<sup>136</sup>

---

<sup>136</sup> Tümay Ertek, **İktisada Giriş**, Beta Yayın, 2008, s.102

Son olarak, Tam rekabet piyasasında bir firmanın piyasaya girmesine veya piyasadan çıkmasına ekonomik, yasal veya teknolojik herhangi bir engel bulunmamaktadır.

### 3.2.2 Monopol Piyasası

Monopol, yalnızca bir tek firmanın olduğu piyasadır. Rekabetin hiç olmadığı piyasalar olarak, tam rekabet piyasasıyla taban tabana zıt bir piyasa şeklidir. Piyasada tek bir firma olduğundan, monopolcü firmanın ürettiği malı ikame edecek başka bir mal yoktur. Satıcı, alıcı veya dağıtıcı olarak tek kurum vardır. Monopol piyasası denildiğinde, tek satıcının bulunduğu, satılan malın yakın ikamesinin olmadığı ve başka firmaların piyasaya girişinin monopolcü firma tarafından engellendiği bir piyasa düşünülmelidir.

“Monopol ya da monopole çok yakın piyasa yapılarının oluşmasına neden olan etmenler arasında, bir firmanın bir malın üretiminde patenti bulunduğu bir monopol gücüne sahip olmasını, bir firmanın bir temel girdinin arzı üzerinde tam bir kontrole sahip olmasını hükümetin bazı malların satışı için bazı firmalara imtiyaz vermesini (telefon hizmeti), belli bir malın ortalama maliyetinin minimum düzeye ulaşması için gerekli üretimin genişliğini, bir diğer deyişle doğal monopollerini (elektrik üretimi) sayabiliriz”<sup>137</sup>

Tam rekabetin tersine monopolcü, piyasaya bağlı değildir ve monopolcü, fiyatı kendisi belirlediğinden, piyasa fiyatı bir veri değildir. Dolayısıyla monopolcü kendisine fiyat verilen değil, kendisi fiyat belirleyen bir firmadır. Bu tür piyasalara verilebilecek en iyi örnekler elektrik, su ve doğalgazı pazarlayan firmalardır.

Piyasada bir tek satıcı vardır, buna karşılık fiyatları tek başlarına etkileyemeyecek kadar çok sayıda alıcı vardır. Bu piyasada firma, malın tek satıcısı olduğundan malın talep eğrisi aynı zamanda endüstrinin de talep eğrisidir.

---

<sup>137</sup> İlker Parasız, **İktisadın ABC'si**, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2000, s.100

### 3.2.3 Monopollü (Tekelci) Rekabet Piyasası

Tam rekabet piyasasında homojen bir mal üreten çok sayıda firma bulunduğu, monopol piyasasında ise tek bir firma bulunduğu görülmektedir. Gerçek hayatta bu iki uç durum az görülmekte, daha çok bu iki uç arasında yer alan eksik rekabet piyasalarına rastlanmaktadır.<sup>138</sup>

Eksik rekabet piyasaları birden fazla firmanın bulunduğu, buna karşın tam rekabetin olmadığı piyasalardır. Eksik rekabet piyasaları, monopolcü rekabet ve oligopol piyasaları olmak üzere iki tür piyasa şeklini kapsamaktadır.

Monopolcü rekabet (tekelci rekabet) piyasasında tam rekabet piyasasına benzer şekilde birbiriyle rekabet eden çok sayıda firma bulunmaktadır. Yalnız bu firmalar tam rekabet piyasasında olduğu gibi homojen bir mal yerine birbirinin yerine kolayca ikame edilebilecek, reklam vb. ile farklıymış gibi gösterilen mallar üretirler. Her firmanın bir grup tüketiciye hitap etmesi söz konusudur. Bu tür rekabette, rekabet piyasasındaki homojenlik, yerini heterojenliğe bırakır. Tüketicinin zihninde tanıtım ve reklam ile oluşturulan bir farklılık söz konusudur. Farklılaştırılmış mallar üretilmesi, diğer bir deyişle, ürün farklılaştırması, monopollü rekabet piyasasının en önemli özelliğidir. Bu noktada, mal farklılaştırılması için yapılan masrafin, monopol piyasasından daha fazla olduğu açıktır. Böylece monopollü rekabet piyasasındaki firmanın ortalama maliyetine tanıtım giderleri eklenmekte, firma karı monopoldeki kadar yüksek olmamaktadır.

Ürün farklılaşması; tanıtım ve reklam dışında marka, ambalajlama, satış yeri, müşteriye hizmet vb. yöntemlerle de sağlanabilir. Önemli olan, malın, alıcının gözünde diğer satıcıların mallarına göre tercih edilir ve kolay vazgeçilemez olmasını sağlamaktır. “Örneğin, piyasada çok sayıda psikiyatrist olmasına karşın bunlar arasında iyi isim yapmış olanların muayene ücretleri diğerlerinininkine göre daha yüksektir. Başka bir örnek vermek gerekirse ayakkabı satan çok sayıda mağaza vardır. Bu mağazalarda ayakkabı fiyatları farklıdır.”<sup>139</sup>

---

<sup>138</sup> Ertek, s.125

<sup>139</sup> Ertek, s.126

Aynı hastalığı tedavi eden ilaçların değişik markaları, deterjanlar, sigaralar farklılaşmış mal örnekleridir. Ya da bir şehirdeki doktorlar, avukatlar, kuaförler farklılaştırılmış hizmetlere örnektir.<sup>140</sup>

İkinci bir farklılık ise, monopollü rekabet piyasasındaki talep eğrisinin, monopol piyasasındaki firma talep eğrisinden daha esnek olmasıdır. Her firma karını maksimum yapacak şekilde kendi fiyatını belirleyeceğinden piyasa için bir arz eğrisi söz konusu değildir.

Monopollü rekabet piyasasında piyasa giriş ve çıkışını engelleyen herhangi bir engel söz konusu değildir. Bu piyasada mal ve hizmetlerin birbirleri ile yakın ikame edilebilme özelliği, firmaların tekeli güçlerini sınırlandırır.

### 3.2.4 Oligopol Piyasası

Bu piyasa türünde nispeten az firma bulunmaktadır. Firmalar homojen (alüminyum, çimento, bakır vb.) ya da heterojen (otomobil, bilgisayar, televizyon vb.) gibi farklılaştırılmış bir mal üretiyor olabilirler. Az sayıda firmanın hakim olduğu bu piyasada firmaların her biri, fiyatı veri almayacak kadar yeterli güce sahiptir. Bu durumda piyasaya giriş ne çok kolay ne de tamamen imkansızdır. Bir endüstride 3 ile 12 arasında az sayıda firma endüstriye hakimdir ve yeni gelenler piyasada çok zor yer bulurlar.<sup>141</sup>

Bu piyasa türü, yeterli ölçüde büyük ve piyasa fiyatını etkileyebilecek birkaç satıcının hakim olduğu piyasadır. Oligopol piyasada firmalar birbirine bağlıdır. Oligopolün her bir üyesi, izlediği politikanın rakibini nasıl etkileyeceğini göz önünde tutmaktadır. Oligopol piyasada sadece birkaç firma olduğundan, her firmanın kendi fiyat ve üretiminde yapacağı değişiklik, rakibinin satış ve karını etkileyecektir. Hatta yapılan bir değişiklik, firma sayısının az olması nedeniyle, aynı zamanda rakiplerin politikalarında da değişiklik yapılması sonucunu beraberinde getirebilecektir. “Bu yönüyle oligopol satranç veya briç oyununa benzetilebilir. Hamle yaparken bir strateji belirlenmeli veya rakibin hamlesine, ne yapmak istediğini tahmin ederek karşı hamle

<sup>140</sup> Ersan Bocutoğlu, Metin Berber, Kenan Çelik, **İktisada Giriş**, Akademi Yayıncılık, 2000, Trabzon, s.159

<sup>141</sup> İ.Hakkı Düğür, **İktisada Giriş**, Üniversite Kitapevi, Kütahya, 1996, s.310

yapmak gerekmektedir. Bir firma fiyatları düşürdüğünde, rakipleri de fiyatları düşürebilir.”<sup>142</sup>

Oligopol piyasa gerçek hayatta monopollü piyasa gibi en fazla görülen piyasa şeklidir.

Piyasada az sayıda firmanın büyük ölçekte üretim yapması, birim maliyetleri düşürüp rekabet gücünü artıracaktır. Büyük ölçekte üretim yapılması, toplam talebin tamamının karşılanabilmesi anlamına da gelmektedir.

Tam rekabet ve monopollü rekabet piyasalarının aksine, oligopol piyasaya girmek, hem büyük bir sermaye ve teknoloji bilgisi gerektirdiğinden hem de patent hakkı alınması gibi kısıtlamalar nedeniyle oldukça zordur.

### **3.2.5 İlaç Piyasasının Özellikleri: Oligopol ve Monopollü (Tekelci)**

#### **Rekabet**

İlaç sanayi açısından, uluslararası ya da yerel düzeyde piyasada çok fazla firma olması ve bu firmalar arasında rekabetin varlığı nedeniyle bir tekelleşmeden bahsedilemeyeceği ifade edilmektedir.

Çeşitli firmaların aynı etkin maddeyi içeren ürünleri pazara sunabilmesi, diğer endüstri ürünleriyle karşılaştırıldığında firma sayısının çokluğu ve bu firmaların pazar payları açısından yoğun rekabetin bulunduğu sektörlerden biri olması gibi nedenlerle, ilaç endüstrisi tekeli bir yapıda olmasa da, yapısal nedenlerle tekeli eğilimleri yoğun biçimde içinde taşıyan ve sektör içi rekabet biçiminin “eksik/aksak” olarak sürdürüldüğü oligopol bir iktisadi etkinliği içerdiği ifade edilmelidir.

Bir piyasada aynı mal farklı fiyatlarda oluşabiliyorsa, bu piyasalara eksik veya aksak rekabet piyasaları denmektedir. Oligopol ve monopollü (tekeli) rekabet piyasaları bu gruba girmektedir. Oligopol piyasası, ikame malları üreten az sayıdaki firmanın birbirlerinin davranışlarını hesapladığı bir piyasa şekli olduğundan, farmasötik üretim yapan firmaların içinde yer aldığı piyasalar, bu piyasa tipine iyi bir örnek oluşturmaktadır.

---

<sup>142</sup> Bocutoğlu, Berber, ve Çelik, s.167



Monopollü (tekelci) rekabet piyasasının iktisat yazınına girmesi, diğer piyasalara oranla daha yenidir. Bu piyasada, satılan malın farklılaştırılmasından dolayı satıcıların kendi mallarının fiyatını belirlediği rekabet piyasaları anlaşılmaktadır. Bu anlamda ilaç sanayinin oligopolistik özelliğinin yanında, tekelci rekabet piyasası özelliği içeren çeşitli göstergeleri de bulunmaktadır.

İlaç piyasasında ana ürün ilaç olmakla beraber, ilacın üretiminden tüketimine uzanan süreçte çok farklı piyasalar devreye girmektedir. İlacın ambalaj içinde belli bir farmasötik şekil haline gelebilmesi için ilaç hammadde ve yardımcı maddelerinin üretilmesi gerekmektedir. İlacın dayalı olduğu bu hammadde ve yardımcı madde piyasası kimya sanayi ve petrokimya ürünleri ile ilgilidir. Piyasanın ilk şekillenmesini takip eden bu basamaktan sonra, ilaç piyasasındaki ikinci basamak, etken ve yardımcı maddelerin bir ilaç şekline sokulduğu “müstahzarat sanayi” etkinlikleri ile ilgilidir. Bu üretim etkinliği, piyasa olarak oligopol ve tekelci rekabetin yoğun yaşandığı piyasalardır.<sup>143</sup>

### **3.2.6 İlaç Piyasası Özelliklerinin Oluşma Koşulları**

İlaç sanayinde her ne kadar firma sayısındaki fazlalık ve bu firmalar arasındaki rekabetin varlığı gibi nedenlerle bir tekelleşmeden bahsedilemeyeceği ifade edilse de, bu durumun ekonomi bilimi açısından gerçeği yansıtmadığını, ilaç endüstrisinin aslında yapısal nedenlerle tekelci eğilimleri yoğun biçimde taşıdığını belirtmiştik.

“Bir sanayinin yapısal özelliklerine bakıldığında, değerlendirmeye temel oluşturacak ilk ölçüt, o sanayideki talep koşullarıdır.”<sup>144</sup> Talep, “satın alma gücüyle desteklenmiş satın alma arzusu” ya da “bir mal – hizmete karşı duyulan istekle, onu edinmek için gereken ödeme gücüne sahip olmak” olarak tanımlanabilir. Ancak bu tanımdan hareketle ilaç piyasasına bakıldığında, ilaca karşı satın alma gücü ile desteklenmiş bir satın alma arzusu görülmemektedir. Çünkü ilaca olan talep, onun değişim değerinden değil, bir zorunluluktan kaynaklanmaktadır. Buna karşın, kullanım değeri açısından bakıldığında ise, bozulan sağlığın geri kazanılması ve yeniden ikamesinde ilacın varlığı, dolayısıyla üretimi vazgeçilmez bir unsur olarak karşımıza

---

<sup>143</sup> Abacıoğlu, s.104

<sup>144</sup> Abacıoğlu, s.131

çıkılmaktadır. Bu anlamda ilaca olan talep azalmadığı gibi, sağlık harcamalarına genel bütçeden daha fazla pay ayrılmasıyla daha da artabilmektedir. “Yani ilacın kullanım değerine dayalı olarak, talep zorunlu olarak ve kendiliğinden yaratılmaktadır. Bu da, sektörün teknelci bir yapılanma göstermesi bakımından ilk basamağı oluşturmaktadır.”<sup>145</sup>

Ekonomi biliminde tekelleşmeyi belirleyen temel özellik, bir piyasada üretilen mala olan talebin, fiyat karşısındaki duyarsızlığıyla ölçülmesidir. Ekonomik varsayım olarak bu duyarsızlık ne kadar yüksekse, o piyasada tekelleşme koşulları da o kadar fazla olacaktır. Diğer bir deyişle, bir maldaki fiyat artışına rağmen, tüketiciler malı tüketmeye devam ediyorsa, malın fiyatına karşı tamamen duyarsız bir ortam bulunuyor demektir. İlaç piyasasında da ilacın kullanım değerinin oluşturduğu bir duyarsızlaşmaya bağlı olarak, fiyatı nedeniyle herhangi bir tüketicinin ilacı almaması söz konusu olmadığından ve bu anlamda ilaç fiyatının değiştirilmesi ya da aşağı çekilmesi gerekmediğinden, ilaç sanayinde tek el piyasa özelliği için ilk koşulun her zaman var olduğu söylenebilir.

İlaç sanayi bakımından teknelci piyasa özellikleri oluşmasının ikinci koşulu, toplulaşma (konsantrasyon, temerküz) oranıdır. Gerek uluslararası gerekse Türkiye ilaç sanayi bakımından var olan görüntü, tekelleşmede farklı bir kategorik sürecin söz konusu olduğunu göstermektedir. Bunun temel nedeni de ilaç piyasasında yoğun bir temerküzün (toplulaşma) yaşanması ve piyasanın yapısının bu eğilime açık olmasıdır. “Temerküz”, diğer adıyla birleşme hareketleri, her tür iktisadi toplanma, bir araya gelme ve iktisadi unsurlardaki yoğunlaşmayı ifade etmektedir. Bu farklı kategorik süreci tanımlamak ve hesaplamak için kullanılan araç “toplulaşma oranı (tekelleşme derecesi)”dir. Bu oran, bir piyasada satışların, üretimin, ya da istihdamın kaç firma elinde yoğunlaştığını veya birleştiğini gösteren bir orandır. Bu oran; ilk 4–5–10–20 firmanın toplam piyasa satışlarının yüzde kaçını elinde bulundurduğu temelinde hesaplanmaktadır. Eğer toplulaşma oranı 60 ve üstü bir değer olursa, bu, tekelleşmenin başka bir kategorisi olan oligopolcü piyasayı ifade etmektedir.<sup>146</sup>

---

<sup>145</sup> Abacıoğlu, s.131

<sup>146</sup> Abacıoğlu, s.134

Gerek dünya ilaç sanayi ve gerekse Türkiye'deki ilaç sektörü, toplulaşma oranı bakımından oligopolcü piyasa düzeninin tipik örnekleri arasındadır.

Piyasanın oligopolistik bir yapı taşımasının nedeni, sektörel etkinliklerde çok sayıda firma olmasına karşın çok az sayıda firmanın değer yaratma kapasitesi bakımından sektörü kontrol edebildiği ve bu anlamda piyasayı yönlendirebilme becerisine sahip olmasına dayanmaktadır.<sup>147</sup>

Tekelci piyasanın oluşmasındaki üçüncü koşul, malın fiyatının belirlenmesi ile ilişkilidir. İlaç sanayi oligopolcü özellik gösterdiğinden, ilaçların tek firma aracılığıyla arzı söz konusu değildir. Ancak her bir ilaç; üreticisi için özel bir uzmanlık ürünüdür ve genellikle belli bir endikasyon alanında baskın üretim yapan ve pazardaki satışları kontrol eden çok az sayıda firma olmaktadır. Bu da fiyatın oluşumunda etkin olmaktadır. İlaç fiyatına karşı var olan duyarsızlık ve ilacın sosyal niteliği gibi nedenlere rağmen, ilacın üretimi ve dağıtımı oligopolcü bir piyasa tarafından kontrol edilmektedir.<sup>148</sup>

### **3.3. İlaç Piyasası Temel Göstergeleri**

İlaç, kullanım ve değişim değeri oluşturma bakımından sosyal bir ürün olma özelliğini göstermesine karşın, üretimi bakımından bütün maddi malların üretiminin taşıdığı özellikleri içinde barındırır. Yani ilaç üretim ve tüketimi farklı zaman süreçlerinde gerçekleşir.

İlaç sektörü, üretilen ürünlerin sağlığın devam ettirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına yönelik etkileri olduğundan stratejik öneme sahip bir sektördür. Bu açıdan ilaç sektörü, Ar-Ge boyutu, pazar payı ve ekonomik gücü açısından dünyanın önde gelen sektörlerinden biri olmuştur.

İlaç piyasasında arz ve talep diğer piyasalarda olduğu gibi her zaman kendiliğinden oluşmamaktadır. İlaç sektörü en çok yatırımın yapıldığı, Ar-Ge maliyetlerinin en yüksek olduğu sektörlerden biridir. Sektörün, uluslararası rekabet

---

<sup>147</sup> Abacıoğlu, s.135

<sup>148</sup> Abacıoğlu, s.136

gücüne sahip olması, istihdamı, katma değeri, yatırımları ve ihracatı ile ekonomik açıdan ülkenin ilaç ihtiyacını karşılayacak yapıda olması önemlidir.

Bu anlamda ilaç piyasasının üretim, tüketim, istihdam, dış ticaret, yatırım ve fiyatlandırma gibi temel göstergelerinden bahsedilecektir.

### 3.3.1. İlaç Piyasasında Üretim

Dünyada ilaç üretimi ile uğraşan firmaların geçmişi 19.yüzyıla dayanmaktadır. Ancak bu sektörün endüstri içinde önem kazanması 1932–1940 yılları arasında sülfanilamid ve penisilin bulunuşu ve 2. Dünya Savaşı sonrası gelişmelere bağlı olmuştur. Öte yandan dünyada kişi başına ilaç tüketimi ortalaması ise gittikçe artmaktadır: 1975 yılında 17 ABD dolar'ı iken, 1990'da 29 dolar'a, 2002'de 80 dolar, 2011'de 426 dolar'a ulaşmıştır.<sup>149</sup>

İlaç pazarında araştırma ve geliştirmeye dayalı en gelişmiş ilaç endüstrisine sahip 8 ülke; ABD, Japonya, Almanya, İngiltere, İsviçre, Fransa, İsveç ve İtalya'dır. Bu ülkelerin çok uluslu firmaları arasında son 10 yılda birleşmeler yaşanmış, iki veya üç ülke şirketleri arasındaki birleşmeler sonunda çok uluslu dev şirketler doğmuştur. Dünya çapında birleşmeler sonucu ortaya çıkan bu dev global yapılanmalar, ulusal ilaç firmalarına üstünlük sağlamaktadırlar. Bu birleşmelerin nedenleri, giderek artan Ar-Ge harcamaları, yeni teknolojilerin ortaya çıkışı ya da daha fazla uzmanlaşmayı sağlamaktır.<sup>150</sup>

Dünya ilaç üretiminin ve Ar-Ge çalışmalarının büyük çoğunluğunun, yukarıda adı geçen ülkelerde, çok uluslu şirketler tarafından yapıldığı bilinmektedir. Gelişmekte olan ülkelerin toplam ilaç üretimi ise, dünya ilaç üretiminin yaklaşık 1/5'idir. Bu ülkelerde firmaların çoğunluğu küçük ölçekli olup, çoğunlukla patent süresi dolmuş markalı ürünler üretirler. Kendi etken maddesini üretebilen çok az sayıda gelişmekte olan ülke varken, sanayileşmiş ülkelerde firmaların birçoğu kendi etken maddelerini kendileri üretmektedir, bir kısmı da jenerik ilaç üretiminde uzmanlaşmıştır.

<sup>149</sup> Orhan Söğüt, "Türk İlaç Sanayi Ar-Ge Çalışmalarında Finans Sorunları", Uludağ Üniversitesi **Yüksek Lisans Tezi**, 2006, s.3

<sup>150</sup> Söğüt, s.3

Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen GMP (Good Manufacturing Practice) İyi Üretim Uygulamaları, GLP (Good Laboratory Practice) İyi Laboratuvar Uygulamaları ve GCP (Good Clinical Practice) İyi Klinik Uygulamaları, üretimin bütün aşamalarını kapsar. GMP, üretim tesislerinin kontrolü, kişisel hijyen gereksinimleri, ekipman ve ekipman temizliği gibi kriterlerle ürün kalite standartlarını belirleyen tüm süreçleri kontrol eden ve düzenleyen uluslararası düzeyde kabul edilmiş uygulamalardır. GLP ise, yüksek kalite ürünlerin elde edilmesi için, laboratuvar çalışmalarının planlanması, uygulanması, gözlemlenmesi, kaydedilmesi ve raporlanması gibi organizasyonel süreç ile ilgili uluslararası düzeyde kabul edilmiş uygulamalardır.<sup>151</sup>

GLP'nin amacı, insan sağlığı ve çevre bakımından veri sağlanmasına yönelik çalışmaların yapılacağı ve/veya özelliklerinin belirlenmesi gereken maddelerin inceleneceği laboratuvar çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, kaydı ve raporlanması ile ilgili esasların belirlenmesidir.<sup>152</sup>

Üreticiler aynı zamanda GCP İyi Klinik Uygulamaları'ndan da sorumludurlar. İyi Klinik Uygulamaları, insan deneklerin katıldığı araştırmaların tasarlanması, yürütülmesi, kaydedilmesi ve raporlanmasına ilişkin uluslararası etik ve bilimsel kalite standartlarıdır.<sup>153</sup>

İlaçta ikinci kalite söz konusu değildir. Bu nedenle üreticiler, kalite güvencesini sağlayabilmek için, belirlenen kalite standartlarına uymak ve İyi Üretim Uygulamaları'nı takip etmek zorundadırlar.

Türkiye'de ilaç sektörünün tarihsel gelişimine bakıldığında, "Cumhuriyet'ten önceki "Eczane Dönemi", Cumhuriyet'ten 2. Dünya Savaşı sonuna kadar "Laboratuvar Dönemi" ve 2. Dünya Savaşı'ndan sonraki "Fabrika Dönemi" olmak üzere üç dönem görülür.<sup>154</sup>

Cumhuriyet öncesi dönemde ilaç yapımı; eczanede gelişip, ihtiyaç duyulan ilaçlar, kalite ya da fiyat kontrolü yapılmadan satılmaktayken, Cumhuriyet'in ilanından sonra,

<sup>151</sup> <http://www.abdiibrahim.com.tr/hakimizda/glp.asp>Abdi İbrahim İlaç, GLP-GMP 2007, s.107

<sup>152</sup> Doğan Baran, "İyi Laboratuvar Uygulamaları Kılavuzu", Ankara: Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Yayını, Sayı:8863 1995, s.30

<sup>153</sup> AİFD, "İyi Klinik Uygulamaları", <http://aifd.org.tr>, 2007

<sup>154</sup> İEİS (İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası), "Türkiye'de İlaç: 2003", Ankara, [http://www.ieis.org.tr/yeni\\_site/asp\\_sayfalar/index.s.23](http://www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.s.23) (14.08.2010)

1928 yılında çıkarılan kanunla, ilaç ithal ve üretiminde devlet kontrolü sağlanmış, rekabet imkanlarının artmaya başlamasıyla sektör de gelişmeye başlamıştır. 1952–1957 yılları arasında hızlı sanayileşme ile Türkiye İlaç Sektörü ihtiyacının %60'nı karşılayacak duruma gelmiştir.<sup>155</sup>

Sağlık Bakanlığı'nın verilerine göre, Türkiye'de 258'i ilaç üreticisi, 12'si hammadde üreticisi ve 30'u ithalatçı olmak üzere 300 kuruluş faaliyet göstermektedir. Sektörde faaliyet gösteren 53 yabancı sermayeli firmadan 14'ünün Türkiye'de üretim tesisleri mevcuttur. Diğerleri fason üretimle ve/veya ithal ederek piyasaya vermektedirler.

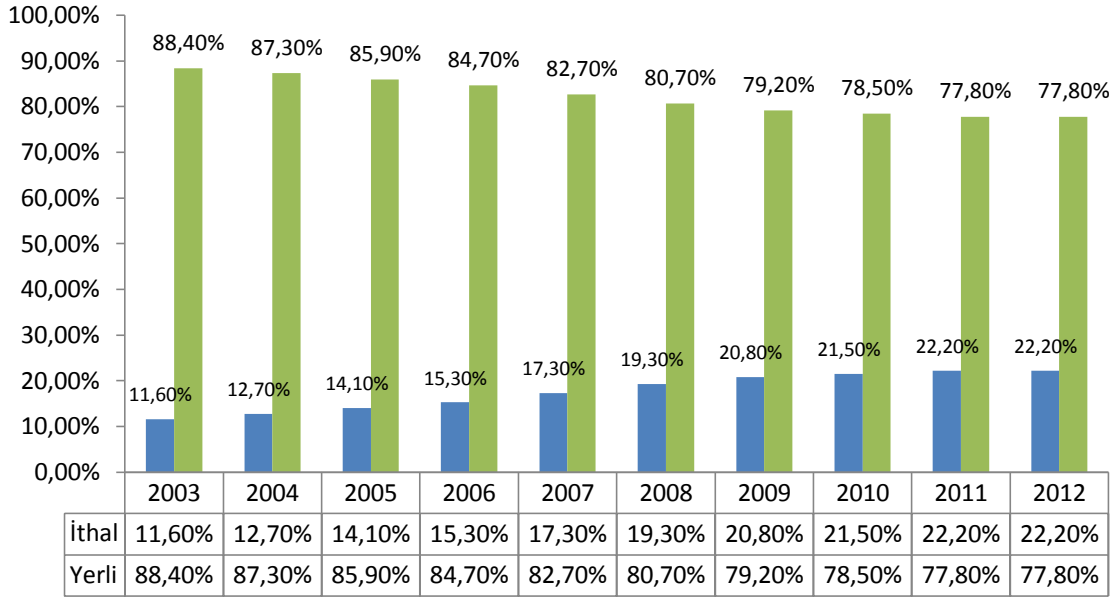
Bir ülkenin uluslararası standartlarda Ar-Ge yapabilmesi, o ülkenin hem ekonomik gücü ve ekonomik büyümenin sürekliliğini sağlayan politikaların varlığı ile hem de yeni ürün ve proses patenti alabilecek kapasitede Ar-Ge yatırımları yapan bir endüstriye sahip olması ile yakından ilgilidir. Her iki anlamda yeterlilik baz alındığında, dünyada buluş yapabilen (innovatör) ülke sayısı azdır. Bu az sayıdaki ülkede devletin Ar-Ge çalışmalarında rol oynadığı, örneğin ABD ve AB kaynaklı birçok buluşun devletin kurduğu enstitülerde ve kamu kaynaklı fonlarla geliştirildiği görülmektedir. Bu anlamda Türkiye'de ilaç araştırmaları, yeni bir molekül bulmak ya da yeni bir ilaç geliştirmekten çok, bulunmuş moleküllerin 2'li-3'lü kombinasyonlarını, farklı dozaj formlarını türetmek ya da eş değer ürün geliştirmek yoluyla yapıldığından, üreticilerin büyük bir kısmını jenerik üreticileri oluşturmaktadır.

“Türkiye reçeteli ilaç pazarında 2012 yılı itibariyle kutu bazında referans ilaçlar % 48, eşdeğer ilaçlar %52 oranında paya sahiptir. Şekil 3-2'de görüldüğü üzere pazardaki ilaç dağılımında kutu bazında %77,8 oranında yerli ilaç, % 22,2 oranında ithal ilaç bulunmaktadır.”<sup>156</sup>

---

<sup>155</sup> Turna, s.45

<sup>156</sup> İEİS(İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası), [http://www.ieis.org.tr/asp\\_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12](http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12) (23.02.2012)



**Şekil 3.1-2:** Türkiye Reçeteli İlaç Pazarı Dağılımı

**Kaynak:** [http://www.gifd.org.tr/sectorel\\_veriler.php?id=3](http://www.gifd.org.tr/sectorel_veriler.php?id=3) ve

[http://www.ieis.org.tr/asp\\_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12](http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12) (10.05.2013)'den elde edilen verilere dayalı olarak hazırlanmıştır.

Türkiye ilaç endüstrisinin temel amacı; uluslararası ölçekte rekabet edebilmek, yaşam kalitesini artırıcı üretim yapabilmek ve ülke ihtiyacının büyük kısmını yurtiçi üretimle karşılayabilmektir. Nitekim Türkiye'nin, üretim standartları, teknoloji ve kapasite anlamında gelişmiş bir ilaç endüstrisine sahip olduğu söylenebilir. Türkiye, dünyada ilaç üretiminde kendine yeterli az sayıda ülke arasında yer almaktadır. Ülkedeki üretim tesisleri bir yandan Sağlık Bakanlığı'nın denetimi altındadır, bir yandan da ihracat yapan firmaların tesisleri, uluslararası otoriteler tarafından denetlenmektedir.

Bugün Türkiye'de ilaç sanayinin, ülke içi gereksinimi karşılarken, ihracat gerçekleştirebilecek hacme ulaştığı ve teknolojik standartları dünya ve AB ile uyumlu hale getirdiği söylenebilir. Fakat üretim tarzı, Ar-Ge'ye ayırdığı kaynaklar göz önünde bulundurulduğunda, daha çok lisans altında üretim, fason üretim, jenerik ilaç ve hammadde üretimi şeklindedir.

### 3.3.2. İlaç Piyasasında Tüketim

İlaç tüketimini etkileyen faktörler; bilim ve teknolojiye bağlı olarak tıbbi tedavi yöntemlerindeki gelişmeler, nüfus artış oranı, yaş dağılımı, ortalama yaşam süresi, sosyo-ekonomik durum, gelir düzeyleri, sağlık hizmetlerinin düzeyi ve bu hizmetlerden yararlanan kişi sayısı, dağıtım sisteminin özellikleri<sup>157</sup> şeklinde sıralanabilir.

Ülkelerin ekonomik ve kültürel düzeyleri ilaç tüketimini etkilememekte, gelişmişlik düzeyi yükseldikçe kişiler sağlıklarına daha çok dikkat etmekte, bu durum ilaç tüketiminin artmasına neden olmaktadır: Gelişmiş ülkelerde kişi başına 200-680 dolarlık ilaç tüketimi gerçekleşirken, gelişmekte olan ülkelerde bu miktar dramatik olarak azalmaktadır. Örneğin, Dünya Bankası'nın verilerine göre, “düşük gelirli ülkelerde sağlık harcamalarının GSMH'ye oranı %4,5 iken, bu oran yüksek gelir grubuna giren ülkelerde %9,7'ye kadar yükselmektedir. Sağlık harcamaları ve ilaç tüketiminin gelir esnekliği birden büyüktür. Başka bir deyişle gelir arttıkça, sağlık harcamaları ve ilaç tüketimi, gelirden daha hızlı artmaktadır.”<sup>158</sup>

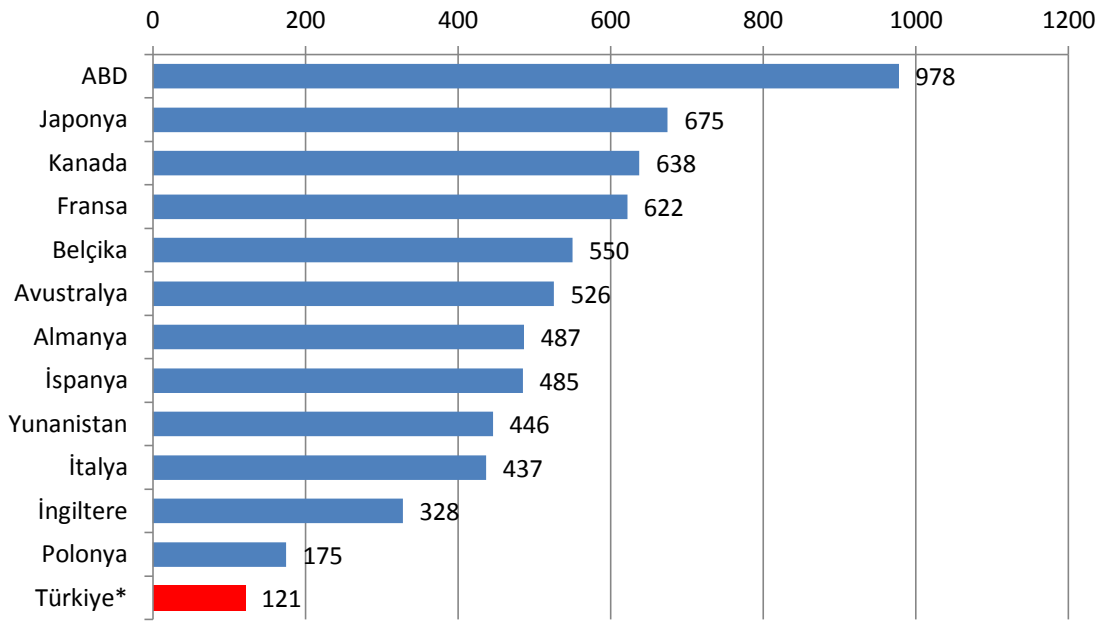
Avrupa ilaç pazarı, dünya pazarında yaklaşık 1/3'lik pazar payına sahiptir ve üye ülkeler arasında ilaç fiyatları ve kişi başına düşen ilaç tüketimi açısından farklılıklar gözlenmektedir. Dünya ölçeğinde, Almanya, Danimarka, Hollanda, Avusturya'da ilaç fiyatları yüksek, İtalya, İspanya ve Fransa'da düşüktür. Kişi başına tüketim ise Japonya, ABD, Fransa ve Kanada'da en yüksek orandadır.

---

<sup>157</sup> DPT, 2001, s.107

<sup>158</sup> TÜBİTAK , “Teknoloji Öngörü Projesi- Sağlık ve İlaç Paneli Sonuç Raporu”, Ankara, 2003, s.12, [http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/saglikveilac\\_son\\_surum.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/saglikveilac_son_surum.pdf) (10.05.2013)





\*2011 yılına ait değerlerdir.

**Şekil 3.1-3:** Kişi Başına İlaç Tüketimi - 2010 (Dolar bazında)

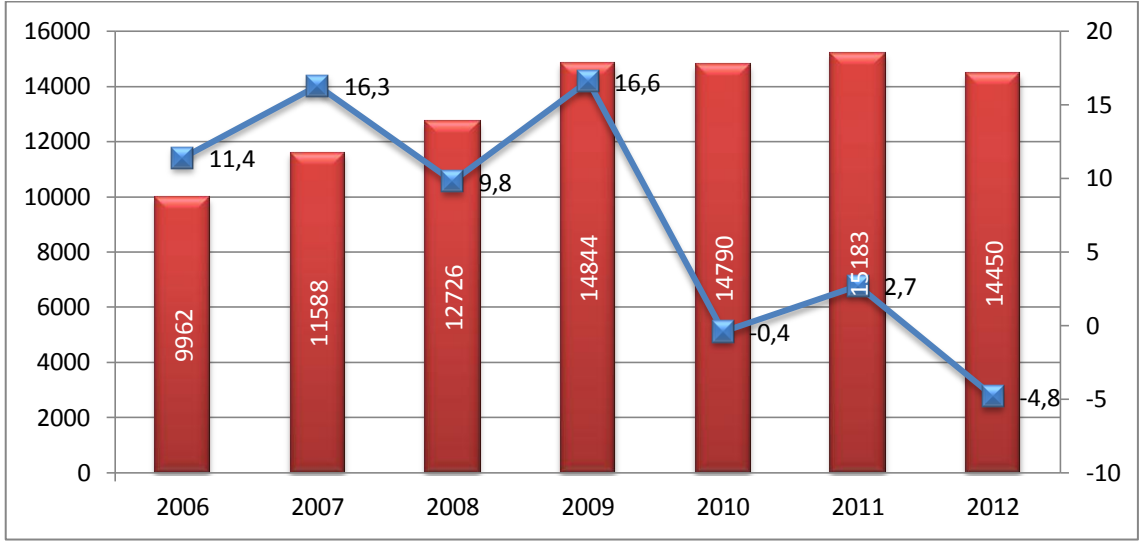
**Kaynak:** <http://www.tisd.org.tr/kisiBasiTuketim.asp>, (10.05.2013)'de elde edilen bilgilerle hazırlanmıştır.

Gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı, gelişmiş ülkelere göre daha fazladır. Bu durum, koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedavi edici hizmetlere öncelik verilmesi, ilaç sanayinde dışa bağımlılık, hızlı teknolojik gelişmelerin sonucunda piyasadaki ilaç çeşitliliğinin artması ve yoğun antibiyotik kullanımı, gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamalarının sağlık harcamalarının temel unsuru haline gelmesini sağlayan faktörlerdir.<sup>159</sup>

Türkiye, “dünyanın en önemli 15 ilaç pazarından biri haline gelmiştir. ABD, Japonya, Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya, İspanya, Kanada'nın aralarında bulunduğu 8 gelişmiş ülke ile birlikte anılan 7 gelişmekte olan Çin, Hindistan, Rusya, Brezilya, Meksika, Güney Kore ile aynı pazarda yer almaktadır.”<sup>160</sup> Türkiye reçeteli ilaç pazarı kutu ölçeğinde büyümesine rağmen, tutar ölçeğinde % -4,8 oranında küçülerek 2012 yılı itibarıyla 14.450 Milyon TL'ye gerilemiştir.

<sup>159</sup> Top ve Tarcan, s.7

<sup>160</sup> Buharalı, s.8



Şekil 3.1-4: Türkiye Reçeteli İlaç Pazarı Büyüklüğü (Milyon TL)

Kaynak: <http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Graphic.aspx?p=595> (10.05.2013)

İlaç tüketimini etkileyen en önemli faktör olan nüfus artışı ve ortalama yaşam süresi açısından bakıldığında, Türkiye’de her yıl ortalama %2 oranında artan nüfusa paralel olarak ilaç tüketiminde artış gözlenmektedir. Buna rağmen Türkiye, kişi başına ilaç tüketimi açısından düşük kategorideki ülkeler arasında yer almaktadır: 2002 yılında tüketim miktarı kişi başına 45 dolar iken, 2011 yılında 121 doları bulmaktadır. 2023 yılında DPT kişi başına tüketimin 250 doları bulacağını tahmin etmektedir. İlaç tüketim oranlarının yaş faktörüne bağlı olduğu da görülmektedir. yapılan araştırmalara göre Türkiye’de ilaç tüketimi en fazla 0-2 yaş arasında, en az 2-20 yaş arasında görülmektedir. Tüketim 20-40 yaş aralığında tekrar artmaya başlamakta, 40 yaş sonrasında bu artış devamlılık kazanmaktadır.

Türkiye ekonomisinin 2000-2023 döneminde yıllık ortalama %4.5 oranında büyüyeceği, sağlık harcamalarının gelir esnekliğinin yüksekliği (gelir arttıkça, sağlık harcamaları ve ilaç tüketimi gelirden daha hızlı artar) nedeniyle, “sağlık harcamalarının GSMH içindeki payının %6.5’den 2023’de %6.8’e yükseleceği ve ilaç giderlerinin sağlık harcamaları içindeki payının %25 dolayında olacağı varsayılmıştır.”<sup>161</sup>

<sup>161</sup> Hamdi Akan, “Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Türk Hematoloji Derneği”, *Ankem Dergisi*, 2006, Sayı 20(1), s. 65

### 3.3.3. İlaç Piyasasında İstihdam

1980’li yıllara kadar ilaç sanayinde mamul ilaç, kimyevi maddelerin kimyasal işlemlerden geçirilmesi ile elde edilirken, 1980’lerin ortalarından itibaren, bu ilaç üretim metodunun yanı sıra, biyolojik maddelerin genetik mühendisliğinin kullandığı bilimsel işlemlerden geçirilmesi yöntemine dayalı bir teknoloji olan biyoteknoloji uygulanmaya başlanmıştır.<sup>162</sup> Yeni ürünlerin laboratuvarında saptanmasında ve ilaçların moleküler yapılarının belirlenmesinde biyoteknolojiden yararlanılmaktadır. Örneğin insülin, biyoteknolojinin ilaç sanayine kazandırdığı bir üründür.

Böylece ilaç sektörü, yüksek teknolojiye ve otomasyona dönük bir üretim yapısına sahip olduğundan, diğer sektörlerle oranla ileri teknolojiye uyum sağlayacak yüksek öğrenim görmüş personel istihdamı önem kazanmaktadır ve aynı zamanda önemli bir paya sahiptir.

Sektörde ilaç üretiminin özel ekipman gerektirmesi ve ileri teknoloji kullanılması, hem üniversite mezunu oranının yüksek olmasını hem de daha vasıflı işçi çalıştırılmasını gerektirmekte, bu durum, işgücü sayısı düşük olmasına rağmen işgücü maliyetinin diğer sektörlerden daha yüksek olması sonucunu doğurmaktadır.

Üretimin her aşamasında ve her numunesinde denetim ve kontrol zorunlu olduğundan, bu aşamalarda nitelikli işgücüne ihtiyaç duyulur. Ayrıca ilacın satış ve pazarlama aşamasında da, doğrudan tüketiciye yönelmeyip doktor ve eczacılara yönelik bir tanıtım kampanyası gerektirdiğinden yine nitelikli işgücü ihtiyacı karşımıza çıkmaktadır. Nitekim “Türk ilaç piyasasının son 20 yılı ele alındığında, istihdamda %124, yüksek öğrenim görmüş personel sayısında ise %679 artış sağlanmıştır.”<sup>163</sup>

2000 yılı itibariyle üniversite mezunu personel oranı %46 iken, 2010 yılında bu oran %50’nin üstüne çıkmıştır. Bu durum, 1997’den itibaren ilaç üretiminde teknisyen ve laborantların yerini eğitim seviyeleri yüksek kalifiye elemanların almaya başlamasının sonucudur. Sektörde niteliksiz işgücünün kullanıldığı yerler ise daha çok ilacın son aşaması olan ambalajlama, paketleme gibi alanlardır.

<sup>162</sup> Panaroma of EU Industry 94, Section 6, s.45

<sup>163</sup> TIEGP,2004,s.20

İlaç endüstrisinde Ar-Ge faaliyetlerinin önemi de istihdamı artıran etkenlerden biridir. Türk ilaç endüstrisinde 2012 verilerine göre yaklaşık 30.000 kişi direkt olarak çalışmaktadır.

Türkiye’de, Avrupa ve dünyadaki gelişmelere paralel olarak ilaç sektöründe işçi ve vasıfsız işçi sayısı azalırken, kalifiye işçinin önemi ve istihdamı artmakta, tüm sektörler içinde en üst sıralarda yer almakta, sektörde deneyimli personel ihtiyacının önemi ve yeni elemanların eğitimlerinin uzun süreler alması nedeniyle kriz dönemlerinde bile çalışanların sayısı ve eğitim düzeyleri istikrarlı olarak yükselmektedir.

Sektörün yenilikçi ve dinamik yapısı ile sürekli değişim ve gelişim halinde olması, artan rekabet gibi nedenler, insan kaynağı kalitesinin de gelişime açık olması gereğini beraberinde getirmekte ve istihdam kalitesine verilen önemi artırmayı zorunlu hale getirmektedir.

#### **3.3.4. İlaç Piyasasında Dış Ticaret**

Türkiye’nin, Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği GMP kurallarına ve teknolojik anlamda dünya ve AB standartlarına uyumlu hale geldiği ve ilaç üretimi kendine yeten az sayıdaki ülkeden biri olduğu vurgulanmıştı. Nitekim Türkiye’de ilaç endüstrisi, halkın ilaç gereksiniminin yaklaşık %90’ını yurt içi üretimle karşılamaktadır. İlaç endüstrisi hemen hemen her ilacı üretebilecek teknolojik düzeye ulaşmışsa da, bütün gelişmiş ülkelerde olduğu gibi bazı ürünleri bitmiş halde ithal etmektedir. “Sadece biyoteknoloji ürünleri gibi belirli üretim merkezlerinde üretimi ekonomik olmayan kan ürünleri ve kanser ilaçları gibi ürünler Türkiye’de üretilmemektedir.”<sup>164</sup>Bunların dışında, aşılarda, kan faktörleri, bazı kontrollü sisteme tabi olan ilaçlar, insülin, bazı hormonlar da bitmiş halde ithal edilmektedir. Ayrıca ithalatın diğer bir kısmı ülkemizde üretilen ilaçlar için gerekli olan hammadde ithalatıdır.

“Ancak Gümrük Birliği sonrasında, Sağlık Bakanlığı’nın ilaç ithalatında daha liberal davranması ve Tarım Bakanlığı tarafından verilen ithal izinleri nedeniyle

---

<sup>164</sup> TOBB, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Türkiye İlaç Sanayi Meclisi, **Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu**, TOBB Yayın Sıra No:2008/76 ISBN:978-9944-60-383-6 <http://www.tobb.org.tr/yayinlar/sektörrapor/ilac%20rapor.pdf> (20.04.2013)

Türkiye’de 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 ileri teknoloji ürünlerinden de kaynaklanmaktadır.”<sup>165</sup>

Gümrük Birliği’ne 1 Ocak 1996 itibariyle geçilmesiyle, AB ilaç mevzuatına uyum amacıyla, Sağlık Bakanlığı, Dünya Sağlık Örgütü’nün belirlediği GMP kurallarını 1984 yılında yürürlüğe koyduktan sonra, AB ile tam uyum sağlayan halini 1 Ocak 1995’ten itibaren geçerli olmak üzere yürürlüğe koymuştur.

Gümrük Birliği öncesi Türkiye’de imal edilen ilaç hammaddeleri ya da hammadde yapımında kullanılan maddeler, gümrük vergisi ve fon ödemesinden muaf tutulmakta; yerli üretimi korumak amacıyla yurtiçinde üretilen bazı antibiyotik hammaddelerinin ithalatında %0,1-5 oranlarında gümrük vergisi uygulanmaktaydı. Gümrük Birliği sonrası ise, bu oran sıfırlandı. Böylece yurtiçi üretilen hammaddeler için uygulanan gümrük tarifeleri kaldırıldı. Sonuç olarak bu durum, ithalatın artmasına, ihracatın ise istenen oranda artmamasına neden olmuştur.

Genel olarak bakıldığında, ilaç üretim ve tüketiminin ülkede artışına paralel olarak, ilaç etkin ve yardımcı maddelerinin ve Türkiye’de üretilmeyen mamül ilaçların ithalatında artışlar yaşanmıştır.

Endüstriyel ürünlerin ithalatında en yüksek payı hammadde ithalatı almaktadır. Ayrıca bu noktada diğer bir konu, Sağlık Bakanlığı’nın belirlediği GMP kurallarına göre yatırım yapmış olan yerli hammadde üreticilerinin Çin ve Hindistan’dan gelen hammaddelerin dumping fiyatlarıyla rekabet edememesi sonucu giderek hammadde dışı bağımlılığın artmasıdır.

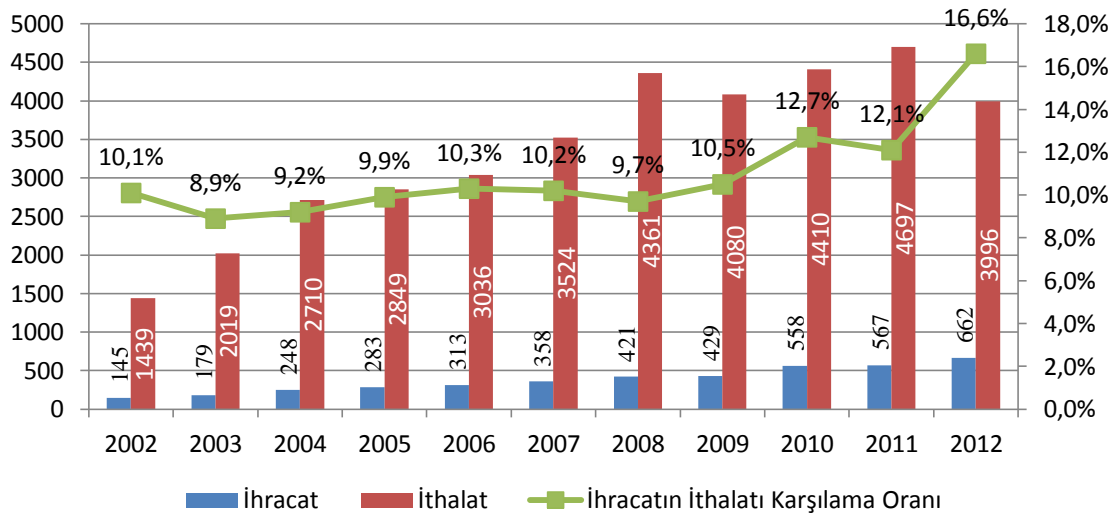
İthalat hacmine bakıldığında, örneğin “2009 yılı tüketimi 1.5 milyar kutudan oluşmuş, bunun 1.250 milyar kutusu yurtiçi üretim, 250 milyon kutusu bitmiş ürün ithalatı ile karşılanmıştır. Yurtiçi üretime 5.3 milyar dolar üretici fiyatları ile

---

<sup>165</sup> İlker Kanzık, **Bilim ve Teknoloji Stratejileri**, Vizyon 2023, Ek 6, s.1

ödenmişken, bitmiş ürün ithalatında 5.7 milyar dolar ödenmiştir. Başka bir deyişle, ithal edilen 1 kutu ilacın fiyatı ile yurtiçinde üretilen 5 kutu ilacın değeri yaklaşık aynıdır.”<sup>166</sup>

İhracat açısından bakıldığında ise, ilaç sanayinde tüm ülkeler ihracat yapmaktadır; önemli olan ithalat ve ihracatın dengeli olmasıdır. Dengenin ithalat lehine olması durumunda dış ticaret dengesi bozulmaktadır. Nitekim Türkiye’de ihracat miktarlarında yıllar içinde önemli gelişmeler yaşansa da ithalatın ihracatı karşılama oranı % 9-17 aralığında seyretmektedir.(Bkz. Şekil 3-5)



Şekil 3.1-5: İlaç İhracatının İthalatı Karşılama Oranları

**Kaynak:** [http://www.ieis.org.tr/asp\\_sayfalar/index.asp?sayfa=225&menuk=12](http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=225&menuk=12)(10.05.2013)

İlaç ihracatında; fiyat ve kalite dışında, ihracat yapılacak ülkelerin mamul ilaca ruhsat ve izin vermeleri gereği, özellikle ilaç mevzuatları ile uyumlu olmadığımız ülkelere ihracat şansını azaltmaktadır. Çünkü bir ilacın bir pazara girebilmesi ve o pazarda belli seviyelere ulaşan satışı yakalaması, yıllar süren ruhsatlandırma ve tanıtım çalışmalarını gerektirmektedir. Örneğin gümrük birliği bölgesine ilaç ihracatı çok kolay olmamakta, bu pazarın dışında kalan diğer ülkelerde de ilaç harcamaları önemli boyutlarda gerçekleşmemektedir.

1970’li yıllarda ihracat miktarı 1.3-4.6 milyon dolar aralığında iken, 1984’den sonra ilaç ihracatında ciddi artışlar gerçekleşmiş, 1989 yılında ihracatın ithalatı

<sup>166</sup> Cengiz Celayir, İlaç Sanayicileri Derneği Başkanı, 28.10.2010 tarihli röportaj,

karşılama oranı tüm yılların rekoru kırılarak %37.4 olmuştur. Ancak kazanılan ivme, 1990'larda ilaç hammaddelerinde teşviklerin kalkması ve devlet desteği sayesinde adeta damping yapan Hindistan, Çin ve Güney Kore ile rekabet şansının azalması sonucu sürdürülememiştir. 1988-1998 yılları arasında ihracat ortalama 39 Milyon dolar'dır. 2012 yılında ithalat % 14,9 oranında gerileyerek 4 milyar dolar, ihracat ise % 16,6 oranında büyüyerek 662 milyon dolara ulaşmıştır. Ancak 2011'de %12,1 olan ihracatın ithalatı karşılama oranı 2012'de %16.6'ya çıksa da, ihracat, sektör kapasitesinin gerisinde kalmakta ve dış ticaret dengesi ithalat lehine işlemektedir.(Bkz. Şekil 3-5)

Üretici firma açısından bakıldığında, ihracatın artırılması için, Türk ilaç endüstrisinin karlılığını engelleyen, fiyat sistemi ya da yüksek KDV oranları gibi problemlerin giderilerek, firmaların dış pazarlar için gerekli olan yatırım ve harcamalara fon ayırabilecek güçlü yapıya kavuşmaları sağlanmalıdır.

İlaç konusu Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Sanayi Bakanlığı gibi kamunun her türlü denetimine tabi olduğundan; ruhsat alma, fiyat alma, hangi fiyattan satılacağına, ne kadar iskonto ile satılacağına dair tüm kararlar kamuya aittir.

Bu noktada, Eximbank kredilerinin artırılmasının yanında, faizlerin düşürülmesi, kredi için istenen teminat ve ipoteklerin azaltılması, kredi prosedürlerinin sadeleştirilmesi de ihracatın artırılmasına yönelik diğer talepler arasındadır.

Diğer bir önlem, yüksek sübvansiyonlarla Çin, Hindistan, Güney Kore ve diğer ülkelerden ithal edilen ilaç hammaddelerine antidamping tedbirleri uygulanarak, üretimlerinin GMP kurallarına uygun olup olmadığının Sağlık Bakanlığınca denetlenmesidir.

Sonuç olarak, ülke ekonomisinin gelişimine katkısı anlamında ilaç sektörünün daha iyi bir yere gelebilmesi için, kamunun sektör jenerik ilaç üretiminin devlet desteği alması, Ar-Ge yatırımlarının teşvik edilmesi, tanıtım ve pazarlama yatırımları gibi karar ve politikalar oluşturması beklenmektedir.

### 3.3.5. İlaç Piyasasında Yatırım ve Ar-Ge Çalışmaları

İlaç sanayi teknolojisi, uzay, uçak, elektronik gibi hızlı gelişen sektörler içinde yer almaktadır.

Türkiye’de tarihsel süreç içinde, 1980’li yıllara kadar şirketlerin her türlü parasal işlemleri ticari sır anlayışı ile gizli tutmaları nedeniyle yatırım verileri net olmamakla birlikte, 1952-1962 arasında en azından yerli sermaye yatırımı olarak 3 fabrika için 4-5 milyon dolar, yabancı sermaye yatırımı olarak 11 fabrika için yaklaşık 25-30 milyon dolar yeni tesis yatırımı gerçekleştirildiği belirtilebilir.<sup>167</sup> 1954’de Yabancı Sermayeyi Teşvik Kanunu’nun kabulünden sonra 1970’lerin başına kadar hem yabancı sermayenin girişiyle hem de Sınai Kalkınma Bankası’nın yerli sermayeye verdiği kredilerle tesis yatırımlarında yoğunluk görülmektedir.

Yatırımların, daha çok teknolojinin yenilenmesi ve GMP gereklerini karşılaması amacıyla hızlandığı dönem ise 1984 ve sonrası olmuştur. 1984’de yürürlüğe giren yasal düzenlemeler ve getirilen teşvikler ile yatırım miktarı 2003 sonuna kadar toplam 1.121 milyon doları bulmuştur. Böylece pazarda faaliyet gösteren yabancı firma sayısında önemli artışlar olmuş, daha önce lisanslı fason üretim yaptıran yabancı firmaların önemli bir bölümü kendi şirketlerini kurmuşlardır. Ülke pazarına ilk kez giren yabancı firmalar ise belli bir sermaye girişi ve istihdama katkı sağlamışlardır.

Türkiye’nin ilaç alanında rekabet gücünü artırabilmesi için her yıl ortalama 100-150 milyon dolar yatırım yapması gerektiği hesaplanmıştır.

İlaç sektörünün rekabet gücünün yükselmesi ve dünya pazarında pay sahibi olabilmesi için en önemli gerekliliklerden biri, özellikle Ar-Ge ve yeni teknoloji (biyoteknoloji, nanoteknoloji vb.) alanlarında doğrudan yerli ve yabancı yatırımların gerçekleşmesidir. Yerli veya yabancı yatırımların beklentilere cevap verebilmesi ise, istikrarlı ve özendirici ulusal ilaç politikalarına bağlıdır. “Yerli firmalar kapasite artırımını, teknolojik yenilik veya gelişmeler için yatırımlar gerçekleştirmektedirler. Pazar

---

<sup>167</sup> Nurettin Turan, **Kuruluşundan Günümüze Türkiye İlaç Endüstrisi**, Scala Yayıncılık, 2007, s.158



payı yüksek firmalar ve geleceğe dönük büyüme hedefinde olan firmalar ise yeni ve ilave tesisler ile kendilerini geliştirme çabasındadırlar.”<sup>168</sup>

Yabancı yatırımlar ise doğrudan üretim tesisi kurarak ya da yerli firmaları satın alarak pazara girmektedirler. Yabancı yatırımların ülkeye girmesi, yurtdışındaki üretim ve Ar-Ge tecrübesinin de o ülkeye girmesi anlamına gelmektedir.

Ar-Ge faaliyetleri, “bilim ve teknolojinin gelişmesini sağlayacak yeni bilgileri elde etmek veya mevcut bilgilerle yeni malzeme, ürün ve araçlar üretmek, yazılım üretimi dahil olmak üzere yeni sistem, süreç ve hizmetler oluşturmak veya mevcut olanları geliştirmek amacıyla yapılan düzenli çalışmalar” olarak tanımlanmaktadır.”<sup>169</sup>

Ar-Ge terimi, temel araştırma, uygulamalı araştırma ve deneysel gelişim olmak üzere üç aktiviteyi ifade eder. Temel araştırma; bilgi edinme amaçlı teorik çalışmayı, uygulamalı araştırma; amaca yönelik pratik uygulamaları, deneysel gelişim ise mevcut bilgiye dayalı sistematik çalışmaları ifade eder.

İlaç endüstrisi bakımından Ar-Ge çalışmaları, bir büyüme, uluslararasılaşma ve rekabet stratejisi olarak karşımıza çıkmakta, Ar-Ge çalışması yürütebilen firmalara inovatör firma denmekte ve bu süreç rekabete yönelik buluş süreci olarak görülmektedir.

İlaç sektörü ileri teknolojik sınıflandırma içinde yer alan bir sektör olduğundan, Ar-Ge faaliyetleri verimliliğin ve karlılığın artırılması açısından oldukça önemlidir. Ancak Ar-Ge çalışmaları aynı zamanda “uzun vadeli, maliyeti yüksek, riskli çalışmalardır. Bir tıbbi ürünün etken maddesinin bulunup piyasaya verilmesine kadar geçen süre yaklaşık 10-15 yıldır. Bu uzun süre; ilaç üretiminin karmaşık ve katı kurallara bağlanmış olması, ileri teknoloji gerektirmesi ve çeşitli evrelerden geçmesinden kaynaklanmaktadır.”<sup>170</sup>

Tümüyle yeni bir tıbbi ürünün maliyeti yaklaşık 500 milyon dolar gibi oldukça yüksek bir rakam olduğundan, firmanın patent koruması dönemi sırasında gerekli nakit

---

<sup>168</sup> Kocatürk, s.115

<sup>169</sup> Ahu Yapıcı, “Türk İlaç Sektörünün Ekonomik Yapısı ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Geri Ödemeleri”, **Yüksek Lisans Tezi**, s.30

<sup>170</sup> Ali Rıza Üçer, “Sağlıkta Dönüşüm Sürecinin İlaç Sektörüne Etkileri”, [www.tipkurumu.org.tr](http://www.tipkurumu.org.tr) (20.04.2013)

akışını sağlayabilmesi gerekir. Bu durumda “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) karlılığına ve aynı zamanda yeni tıbbi ürünler üzerindeki patent portföylerinin düzenli yenilenmesine bağlıdır.”<sup>171</sup> Ar-Ge faaliyeti yapabilme kapasitesi; ülkelerin ekonomik durumları, GSMH düzeyi, teknolojik ve bilimsel altyapı, sosyal ve coğrafi koşullar gibi etkenlere bağlıdır. Dolayısıyla Ar-Ge çalışmalarına geçilebilmesi için belli bir ekonomik düzeye ulaşılması gerekir. 1975’den bu yana yeni ilaçların yaklaşık %95’inin ABD, Japonya ve Batı Avrupa ülkelerinde bulunmuş olması, ilaç araştırmalarının, ekonomik gelişmişlikle ilgisini açıklamaktadır. Ar-Ge harcamaları 1990-2003 yılları arasında ABD’de 6 kat, Avrupa’da 2.5 kat ve Japonya’da 2.5 kat artmıştır. 1990’ların başında kimyasal ve biyolojik buluşlarda Avrupa liderken, 2000’li yıllarda ABD lider konuma geçmiştir. İlaç araştırması rekabetinde AB’nin ABD’nin gerisinde kalmasının temel nedeni, ABD’deki yoğun devlet desteği ve üniversite-endüstri işbirliğidir. 2009 yılı itibariyle ise “ilaç sanayindeki Ar-Ge harcamalarının %45’inin ABD’de, %41’inin Avrupa’da, %13’ünün Japonya’da yapıldığı görülmektedir.”<sup>172</sup>

Türkiye’de araştırma faaliyetlerinin çok yüksek harcamalar gerektirmesi, kâr oranlarının düşüklüğü araştırmaya kaynak ayırlamaması sonucunu doğurmaktadır. Teknolojik donanımdaki yetersizlik, yüksek eğitilmiş personele rağmen koordinasyon eksikliği gibi nedenlerle Ar-Ge yok denecek kadar azdır. Sektörde ancak formül geliştirme ve adaptasyon çalışmalarına kaynak ayrılabilir. <sup>173</sup> Türkiye, bilimsel ve teknolojik altyapısı ve insan kaynakları bakımından uluslararası standartlarda, yüksek kapasiteyle üretim yapabilen bir endüstriye sahip olsa da, daha çok lisanslı veya fason olarak referans ilaç üretimi ya da ithalatı yapmakta, temel faaliyet alanını jenerik ilaçlar oluşturmaktadır.

Yeni ilaç keşfinin, dünyada çok az sayıda ülke tarafından yapılıyor olması, bu ülkelerdeki giderlerin büyük bir kısmının kamu fonlarından karşılanması, “Ar-Ge çalışmalarının maliyetli olduğu kadar, zaman alıcı ve kesin sonuç vermeyen çalışmalar

---

<sup>171</sup> TÜBİTAK, s.47

<sup>172</sup> Buharalı, s.5

<sup>173</sup> Kanzik, s.7

olması”<sup>174</sup> gibi nedenlerle, Türk ilaç endüstrisinin gerçek anlamda bir inovatör olması ve referans ilaç üretmesi uzak görünmektedir. Nitekim ABD Ulusal Sağlık Enstitüsü verilerine göre, Mayıs 2009 itibariyle dünyada 167 ülkede 72.615 adet klinik araştırma yürütülmektedir. Türkiye’de yapılan klinik araştırma sayısı ise aynı tarihte 521’dir. Türkiye’de her 1 milyon kişiye 4 klinik araştırma düşmekteyken, bu oranın Kuzey Amerika’da 191, Batı Avrupa’da 86, Doğu Avrupa’da 22 olduğu gözlemlenmektedir.<sup>175</sup>

Türkiye’de Ar-Ge harcamalarının GSYH’ya oranı 2010’da %8.4 dür, (9.268 milyon TL) bu rakamın 2023’de %10’un üzerine çıkarılması hedeflenmektedir. Bu hedefin tutarının 8.5-17 milyar dolar civarında olacağı hesaplanmıştır.

**Tablo 3.1-1: Türkiye’de Ar-Ge Harcamaları (1995-2011)**

Yıl	Toplam ARGE Harcamaları (Milyon TL)
1995	1.180
1996	1.488
1997	1.835
1998	1.916
1999	2.411
2000	2.791
2001	2.345
2002	2.349
2003	2.695
2004	3.337
2005	4.738
2006	5.216
2007	6.399
2008	6.893
2009	8.087
2010	9.268
2011	9.805

**Kaynak:** AİFD ve İEİS verilerinden faydalanılarak hazırlanmıştır.

Kısa vadede Türkiye’nin inovatör ülkeler arasında yer alması mümkün görünmemekle birlikte, İlaç Araştırmaları Hakkında Yönetmelik ile İyi Klinik Uygulamaları(GCP) ve İyi Laboratuvar Uygulamaları(GLP) Kılavuzlarının yayınlanmasıyla, ilaçların bilimsel ve etik kurallara uygun şekilde yapılması kurallara

<sup>174</sup> Eduardo S. Schwartz, Patents and R&D as Real Options, NBER Working Paper, No: 10114, 2003, s.1 <http://www.nber.org/papers/w10114> (28.01.2013)

<sup>175</sup> Buharalı, s.8–10

bağlanmış, çok merkezli uluslar arası klinik araştırmalarının yapılabildiği bir ülke konumuna gelmiştir.<sup>176</sup>

Ayrıca Türkiye'nin üretim standartları, teknolojisi ve kapasitesi ile gelişmiş bir eşdeğer ilaç endüstrisine sahip olması, bu yöndeki ihracat potansiyelini geliştirmesi açısından önem taşımaktadır.

Öte yandan Ar-Ge faaliyetlerinin üretim sürecine yaklaşık %8 oranında külfet getirirse de, getirisinin bunun iki katından fazla olduğu ve teknolojik olarak dışa bağımlılığın azaltılmasında, uluslar arası pazarda güçlü ve rekabet edilebilir konuma gelmesinde stratejik öneme sahip olduğu bilinmelidir.

### **3.3.6. İlaç Piyasasında Fiyatlandırma**

Herhangi bir ülkede ilaç fiyatlarını belirleyen temel faktörler arasında piyasanın serbest rekabete mi, merkezi planlamaya göre mi işlediği, devletin ilaç piyasasına ne ölçüde müdahale ettiği, ülkedeki sosyal güvenlik yapısının durumu gibi faktörler sayılabilir. Sağlık hizmetlerini karşılıksız olarak ya da zorunlu sağlık sigortaları kapsamında sunan devletler tarafından, bütçe hedeflerinin tutturulabilmesi ve harcamaların kontrol altına alınabilmesi için ilaç fiyatları doğrudan ya da dolaylı olarak belirlenmektedir. İlaç fiyatlarının doğrudan belirlenmesi; harcamaların ve fiyatların uygun ve kabul edilebilir seviyede tutulabilmesi amacıyla kamu otoritesi tarafından belirlenmesidir. Bu tür fiyat tespiti, Fransa ve İspanya'daki gibi firma ile yapılan karşılıklı görüşmeler neticesinde olabildiği gibi, fiyat otoritesinin tek taraflı kararı ile de gerçekleştirilebilmektedir.

Karşılıklı görüşme yöntemine göre fiyat tespit edilirken;

- Üreticinin maliyetleri,
- Ar-Ge harcamaları,
- Benzer ürünlerin fiyatları,
- Uluslararası fiyatlar,
- Satış miktarı,
- Reklam harcamaları gibi unsurlar baz alınır.

---

<sup>176</sup> İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, “101 soruda 101 Cevap”, <http://www.ieis.org.tr>, s.59

Bu kriterler içinde en sık kullanılanı, ülke içinde ya da diğer ülkelerde aynı kategoride yer alan ilaç fiyatları ile karşılaştırma yapılması anlamına gelen “benzer ürünlerin fiyatları” kriteridir. Diğer ülkelerin esas alındığı uygulamada bir ya da birden fazla ülkedeki fiyatların ortalaması alınmaktadır. Örneğin İtalya’da düzenleyici otorite bir ilacın fiyatını tespit ederken tüm AB ülkelerini referans almaktadır.

Fiyatların doğrudan tespit edilmesine ilişkin çeşitli yöntemlerin amacı, sağlık sisteminde ilaç fiyatlarını makul ve karşılanabilir bir seviyede sabitleştirmektir. Fiyatların tespiti, ülkelerin şartlarına göre farklılıklar gösterebilmektedir. Bu farklılıklar;

- Sağlık bütçelerinin büyüklüğü,
- İlaç tüketim alışkanlıkları,
- İlaç sektörünün ülke ekonomisi içindeki yeri gibi faktörlere bağlı olarak değişmektedir.

Doğrudan fiyat kontrolü uygulamaları; ilaç fiyatlarındaki artışı yavaşlatmak ya da bazı ilaçların fiyatını düşürmek yoluyla harcama denkleminin fiyat tarafını çözümlenmesi konusunda bir miktar yol alınmasını sağlamaktadır. Ancak bu uygulamanın yapıldığı ülkelerde ilaç fiyatlarının çoğunlukla artmaya devam ettiği görülmektedir. Örneğin Hollanda’da 1991-2002 döneminde, bazı yıllarda fiyatlar düşse de, kullanılan ilaç miktarındaki yıldan yıla artışın toplam harcamadan sorumlu esas unsur olduğu görülmektedir. Yine “İsveç’te ilaç harcamaları 1974-1993 arasında, reçete sayısındaki %22’lik artıştan dolayı %95 oranında artmış, buna karşılık bu dönemde nispi fiyatlar %35 oranında azalmıştır.”<sup>177</sup> Bu örnekler, doğrudan fiyat kontrollerinin ilaç fiyatını düşürmekte etkili olabileceğini ancak buna karşılık ilaç harcamalarının yine de artabileceğini göstermektedir. Burada önemli olan akılcı ilaç kullanımının sağlanmasıdır.

---

<sup>177</sup> Panos Kanavos, İsmail Üstel, Joan Font Costa, **Türkiye’de Sağlık-İlaç Harcamaları ve İlaçta Geri Ödeme Politikası**, Sağlıkta Umut Vakfı, 2005, s.54

**Tablo 3.1-2: Seçilmiş Avrupa Birliği Ülkelerinde Referans Fiyatın Kıyaslamalı Tanımları**

Ülke	Başlatıldığı Yıl	Referans Fiyatın Tanımı
Almanya	1989	Aynı etken maddeyi içeren ve kıyaslanabilir yarara sahip olan ilaçlar için istatistiksel olarak türetilen medyan fiyat
Hollanda	1991	Benzeri ilaç tedavi etkilerine sahip ilaçların ortalama fiyatı
Danimarka	1996	Piyasadan temin edilebilen en düşük fiyatlı jenerik eşdeğer
İspanya	2000	Formülasyon esasında gruplandırılarak günlük tanımlanmış doza göre hesaplanmış en düşük “günlük tedavi maliyeti” yelpazesinden aritmetik ortalaması
Belçika	2001	Jenerik eşdeğer ürünler için orijinal ürünün fiyatından % 26 düşük kabul edilen fiyat
İtalya	2001	Piyasada bulunan en düşük fiyatlı jenerik eşdeğer
Portekiz	2003	Piyasada bulunan en düşük fiyatlı jenerik eşdeğer

**Kaynak:** H. Deniz Karakoç, “İlaç Sektöründe Fiyat Rekabeti”, Rekabet Dergisi, 2006,s.36

İlaç fiyatlarının dolaylı belirlenmesi ise, fiyatların düzenleyici otorite tarafından doğrudan tespit edilmediği bir sistemdir. “Bu sistemde fiyattan çok ilaç üreten firmaların üretici ya da ürün bazındaki kâr seviyesi kontrol altına alınmaktadır.”<sup>178</sup> Ürün bazındaki kâr kontrolünde, ürünün üretimine ilişkin maliyetler göz önünde bulundurulur her ürün için ayrı ayrı ya da tüm ürünler için ortak bir kâr oranı tespit edilmekte ve bu çerçevede fiyatlar belirlenmektedir. Böylece maliyet artışları ilaç fiyatına yansıtılmaktadır. “Kâr marjlarının hedeflenenin üzerine çıkması durumunda bir sonraki dönem üreticiden fiyat indirimleri talep edilmekte, altında olması durumunda ise fiyat artışına izin verilmektedir. Ürünlerin fiyatlandırması hususunda önemli bir serbestlik sağlayan bu sistemde üreticiler, yenilikçi ve az sayıda rakibi bulunan ilaçlar için daha yüksek kâr marjı belirleyebilirken, rekabetin yoğun olduğu ve jenerik ilaçlarında bulunduğu ürün pazarlarında rekabet şartlarına göre daha düşük kâr marjları ile çalışabilmektedirler.”<sup>179</sup>

<sup>178</sup> Jacobzone, 2000, s. 201

<sup>179</sup> H. Deniz Karakoç, “İlaç Sektöründe Fiyat Rekabeti”, **Rekabet Dergisi**, 2006, s.20

Dolaylı olarak fiyatlara müdahaleye Almanya örnek gösterilebilir: Yılın başlangıcında belirlenen toplam ilaç tüketimi miktarındaki artışlar takip edilerek reçeteler kontrol edilir. Eğer toplam tüketim, kabul edilen tüketim rakamının üstünde gerçekleşiyorsa, bu, ya doktorların reçetelere gereğinden fazla ilaç yazdıkları ya da ilaç fiyatlarının arttığı anlamına gelmektedir. Böylece, hem doktorların fazla ilaç yazmaları önlenirken, hem de pahalı ilaçların yerine eşdeğer ve ucuz ilaçların ödenmesi ile piyasadaki fiyat mekanizması dolaylı olarak kontrol edilmiş olur.<sup>180</sup>

ABD gibi serbest piyasa ekonomisini uygulayan ülkelerde ise ilaç alanında serbest fiyatlandırma sistemi uygulanmakta, pazar güçleri bir şekilde ilaç fiyatlarını kontrol etmektedir. Fiyatlar ilaç piyasasındaki arz- talebe göre oluşmaktadır. İlacın etkinliği, güvenilirliği ve kalitesi dışında fiyata müdahale söz konusu değildir.

---

<sup>180</sup> Kurtulmus, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, 1998, s.272

## **4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ İLAÇ SEKTÖRÜ PAYDAŞLARI ÜZERİNDEKİ ETKİLERİ**

### **4.1. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ SAĞLIK VE İLAÇ HARCAMALARI ÜZERİNE ETKİLERİ**

Sağlık; her insanın anayasa ile garanti altına alınan temel hakkı olmasının yanı sıra verimli işgücünün üretimi ile ekonomik büyümeye katkıda bulunmasıyla gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin gündeminde ön sırayı almaktadır. Türkiye’de de sağlığın korunması ve iyileştirilmesini amaçlayan sağlık harcamaları ve bu harcamaların nasıl gerçekleşeceğine yön veren sağlık politikaları önem arz etmektedir. 2002 yılında ilan edilen “Acil Eylem Planı”nda “Herkesin Sağlık” başlığıyla temel ilkeleri belirlenen ve bir takvime bağlanan reformlar, 2003 yılında Sağlık Bakanlığı’nın “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile uygulanmaya başlamıştır.<sup>181</sup>

Bu bağlamda Türkiye’de, geride bırakılan son 10 yıllık süreçte, sağlık sistemine dair önemli politika değişiklikleri gerçekleşmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sosyal Güvenlik Reformu bünyesinde gerçekleştirilen yapısal değişikliklerin sağlığa erişimi kolaylaştırdığı ve sosyal sağlık hizmetlerinde artışa yol açtığı, bu kapsamda bireyler, ilaç firmaları, eczacı, depocu ve diğer sağlık sektörü paydaşları üzerinde birtakım etkiler yarattığı görülmektedir.

Bu bölümde amaçlanan, Türkiye’de sağlık ve ilaç harcamalarının gelişimi kapsamında, toplam sağlık harcamalarının, kamu ve özel sektör paylarının, kişi başı sağlık ve ilaç harcamalarının incelenmesi ve elde edilen verilerin OECD ve üst-orta gelir grubu ülkelerle kıyaslamasının yapılmasıdır.

Ancak tüm bu konulara geçmeden önce Sağlık Bakanlığı’nın kuruluşundan günümüze uygulanan Sağlık politikalarına, özellikle sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi amacından uzaklaştıkça ortaya çıkan aksaklıkların yeniden

---

<sup>181</sup> Sülkü, s.4



yapılandırılmasına ilişkin reform süreçlerine ve bu süreçlerin yaşanmasına neden olan gelişmelere kısaca bakmakta fayda görülmektedir.

Sağlık Bakanlığı, 1920’de TBMM’nin açılışının hemen ardından kurulmuş, 1923–1937 yıllarını kapsayan Cumhuriyetin ilk döneminde sağlık sektörüyle ilgili temel kanunlar çıkarılmış, koruyucu halk sağlığı hizmetlerine önem verilerek, bulaşıcı hastalıklarla mücadele programları uygulanmış ve sağlık hizmetlerinde “geniş bölgede tek amaçlı hizmet/dikey örgütlenme” modeli benimsenmiştir. 1938–1960 döneminde il ve ilçelerde sağlık merkezlerinin sayısı artırılmış ve hastanelerin yönetimi yerel yönetimlerden Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Bu dönemde ayrıca, Türk Tabipler Birliği Kanunu (1953), Eczacılar ve Eczaneler Kanunu (1953), Hemşirelik Kanunu (1954) gibi düzenlemelerle sivil toplum örgütleri ve bazı tıp mesleklerinin hukuki altyapıları oluşturulmuştur. Sosyal güvenlik alanında da 1946’da Sosyal Sigortalar Kurumu ve 1950 yılında da Emekli Sandığı Kanunu yürürlüğe girmiştir.

1961–1980 dönemi, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleşmesi Kanunu’nun (1961) hayata geçirildiği bir süreçtir. Bu yasa ile “halkın, temel bir insanlık hakkı olarak tanınan sağlık hizmetlerinden sosyal adalete uygun olarak yararlanmaları amaçlanmıştır.”<sup>182</sup> Bu süreçte sağlık hizmetlerinin yaygın, sürekli, entegre ve halkın ihtiyaçları doğrultusunda sunulması amaçlanmıştır. Ulusal sağlık hizmetlerinin sunumunda sağlık evleri, sağlık ocakları, ilçe ve il hastaneleri biçiminde bir yapılanma gerçekleşmiştir. “Önceleri başarıyla uygulanan yasanın yürütülmesinde zamanla yönetsel nedenlerden kaynaklanan çok ciddi sorunlarla karşılaşmış, bu sorunlar nedeniyle, yasanın ülkemize uygun olmadığı”<sup>183</sup> sonucuna varılmıştır. Oysa söz konusu 224 sayılı yasa,

- Herkese, her yerde ve her zaman sağlık hizmeti,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine ve halk sağlığı açısından önemli sağlık sorunlarına öncelik verilmesi,
- Başvurmayanlara da hizmet verilmesi,
- Sevk zinciri,

<sup>182</sup> Çağlar Keyder, Nazan Üstündağ, Tuba Ağartan, Çağrı Yoltar, *Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları*, İstanbul, İletişim Yayınları, 2007, s.15

<sup>183</sup> Z. Öztekin, “*Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu*”, 2007, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, www.hasuder.org/ (03.04.2008)

- Halkın, sağlık hizmetlerinin planlanması ve sunulması kararlarına katılımı,
- Ekip hizmeti,
- Planlı hizmet ve esnek model (hizmet kapsamındaki nüfusun özelliklerine göre uyarlanmış hizmet sunumu) ilkelerini benimsemiştir.

Halk Sağlığı Uzmanları Derneği'nin (HASUDER) 2007 yılındaki “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler” Raporu’nda bu ilkelerin eskimediği ve hâlâ çağdaş oldukları belirtilmektedir. Aynı raporda sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasının ilk 10–15 yıllık dönemde çok başarılı olduğu, özellikle Doğu ve Güney Doğu Anadolu illerinde başarılı sonuçlar elde edildiği belirtilmiştir. Raporda yer alan sağlık hizmetlerinin sosyalleştirilmesi uygulamasında karşılaşılan sorunlar çarpıcı biçimde bugün, sağlık alanında karşı karşıya olunan sorunlarla paralellik göstermektedir. Bu sorunlar:<sup>184</sup>

1. Yeterli ve sürekli politik kararlılığın olmaması
2. Tam süre çalışma ilkesinden vazgeçilmesi
3. İl içinde coğrafi bütünlük ilkesinin getirilmesi
4. Diğer kurumların bünyesindeki sağlık kuruluşlarının Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na devredilememesi: 224 sayılı Yasa’da sosyalleştirilen illerdeki bütün kamu kurumlarına ait hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı’na devredileceği kuralı vardır. Bu yasa çıktıktan 44 yıl sonra 2005’te SSK ve diğer kamu kurumlarına ait sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığı’na devredilmiştir. Bu devir işleminin 224 sayılı Yasa’da öngörülen mantık içinde olduğu söylenemese de, söz konusu devir işlemi tek elden yönetim ilkesi açısından olumlu yönler içermektedir.\*
5. Sevk zincirinin işletilememesi:
6. Sosyalleştirme terimine yüklenmek istenen politik anlam

<sup>184</sup> Öztekin, s.3

\* 10.10.2007 tarih ve 1/1327 esas sayılı hazırlanan “Kamu Hastane Birlikleri Pilot Uygulaması Hakkında Yasa” ile bu durum değişecektir. Yönetim Kurulu’nun görevlerinden biri; Birliğin her türlü araç, gereç, malzeme, taşınırları ve tapuda birlik adına kayıtlı taşınmazların üzerindeki yapı ve tesisler ile birlikte satmak, kiralamak, kiraya vermek, devir ve takas işlemlerini yürütmek, tahsis amacı doğrultusunda kiraya vermek, işletmek, işletmektir. (Md. 3/d)

7. Ülkeye yayılmasının gecikmesi
8. Kent tipi sağlık ocakları: Kentlerdeki sağlık ocaklarının tanı ve tedavi olanakları kentte yaşayanların beklentilerine yanıt verebilecek biçimde geliştirilememiştir.
9. Tedavi hizmetlerine verilen ağırlık
10. Sağlık çalışanlarının eğitiminin uygunsuzluğu ve yetersizliği
11. Sağlık çalışanı, bina ve donanım yetersizliği
12. Politik baskılar
13. Yönetim kapasitesinin yetersizliği: Özellikle il ve ilçe düzeyinde çoğunlukla yönetim bilgi ve becerilerinden yoksun olan yöneticilere görev verilmesi,
14. Toplum katılımının sağlanamaması şeklinde özetlenebilir.

1961 Anayasası'nda temel insan haklarından biri olarak "Sağlık Hakkı"nın korunup gözetilmesi devletin görevi iken, 1982 Anayasası, devletin değiştirilemez temel niteliklerinden biri olarak sosyal devlet ilkesini kabul etmiş ancak devletin sağlık alanındaki görevini sadece düzenleme ve denetleme düzeyine indirgemmiştir. Yine de tüm vatandaşların sosyal güvenlik hakkını tanımakta ve bu hakkın sağlanmasının devletin sorumluluğu altında olduğunu belirtmektedir.(Md. 60) Bu açıklamalar 1961 Anayasası'na paralel ifadelerdir. Ayrıca 1982 Anayasası'nda Genel Sağlık Sigortası kurulabileceği ifade edilmektedir. (Md. 56)

1990 yılından sonra hız kazanan sağlıkta reform çalışmaları doğrultusunda çıkarılan yasaların, Dünya Bankası'nın yayınladığı tartışma metinlerinin tarihleri ile ilginç zamanlamalar taşıdığı görülmektedir. Dünya Bankası reformlar için 1987 yılında "Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı" adlı bir belge yayınlamıştır. Bu belgede sağlık sorunlarının çözümü için reform olarak önerilenler;

- Kamu sağlık kurumlarından yararlananlardan katkı payı alınması,
- Kâr amacı gütmeyen kurumlar, özel hekim, eczacı gibi hükümet dışı kaynakların etkili kullanımı,
- Hükümetin sağlık hizmetlerini yerinden yönetime kaydırması,
- Yeni vergiler konulması,
- Özel sektörün teknik ve finansman açısından desteklenmesi şeklindedir.

İlginç bir zamanlama ile aynı yıl Mayıs 1987’de yayımlanan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası’nda, Milli Savunma Bakanlığı dışında kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kamu tüzel kişiliğine sahip sağlık işletmelerine dönüştürülmesine olanak tanınarak, hastanelerin kendi gelirleri ile giderlerini karşılaması, piyasa koşullarında rekabet eden kurumlar durumuna getirilmesi amaçlanmıştır.<sup>185</sup> Bu yasa, sağlığın ticarileştirilmesi niteliği taşıdığından, Anayasa Mahkemesi’nce birçok maddesi iptal edilmiş, bir bütünlük içinde yürürlüğe girmemiştir.

Dünya Bankası 1989’da yayınladığı, “Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığı ile Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” başlıklı metinde ise:<sup>186</sup>

- Gelişmekte olan ülkelerin ulusal gelirlerinin %5,5’ini sağlığa harcadıklarını; bu ülkelerde kişi başına ulusal gelirin artması ve yaşam süresinin uzamasıyla sağlık hizmetlerine talebin artacağı;
- Gelişmiş ülkelerde hükümetler toplam sağlık harcamalarının %70’ini karşılarken gelişmekte olan ülkelerde bu oranın %50’den az olduğu;
- Gelişmekte olan ülkelerde hükümetlerin yersiz olarak bütçelerinin çoğunu hastanelere harcadığı, hastane sayısı ve kullanımı açısından kent ve kırsal kesim arasında eşitsizlik olduğu;
- Hükümetler için bu sorunu gidermekte uygulanabilir çözümün, hastanelerin yönetsel ve finansal olarak hükümet vesayetinden ayrılarak özelleştirilmesi ile mümkün olduğu;
- Böylece kırsal kesime yönelik koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok kaynak aktarılabileceği belirtilmiştir.

Türkiye’de yaşanan sağlıkta reform çalışmaları 1990 yılından sonra ivme kazanmıştır. 1989 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından yaptırılan ve 1990 yılında tamamlanan “Sağlık Sektörü Master Planı” çerçevesinde Dünya Bankası yardımıyla 1. Sağlık Projesi gerçekleştirilmiş, bu çalışma sonucunda Türk Sağlık Sistemi’nde hizmeti sunanla hizmeti satın alanın birbirinden ayrıldığı bir reform önerisi getirilmiştir. Master Plan çalışması, daha sonra Sağlık Bakanlığı nezdinde hız kazanan

<sup>185</sup> TEB, “3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası”, s.213,

[http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/eczacilik\\_yasa/14.pdf](http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/eczacilik_yasa/14.pdf), (03.04.2008)

<sup>186</sup> Charles Griffin “**Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector**”, Washington: The World Bank Press, 1989, s. 8 – 14

reform çalışmalarının da temelini oluşturmuştur. Sağlık Bakanlığı'nca 1990 yılında ilk taslak Milli Sağlık Politikası dokümanı yayınlanmış, bu dokümanın amacının, “değişen hükümet ve bakanlarla değişmeyen bir sağlık politikası oluşturmak” olduğu ifade edilmiştir. Sağlık politikası belirleme sürecinde ilk kez katılımcı ve uzlaşmacı bir yaklaşımla sağlık sektörü ile ilgili tüm taraflar 1992 yılında düzenlenen 1. Ulusal Sağlık Kongresi'nde bir araya gelmiştir. İlgili sektör, kurum, üniversite, mesleki birlik ve basını da kapsayan 500 kişilik bir katılım sağlanarak sağlık sektörünün örgütlenmesine ilişkin kapsamlı bir çalışma yapılmıştır. 35 çalışma grubunca hazırlanan raporlardan yola çıkılarak, hem Dünya Sağlık Örgütü ile hem de 1993 yılında yapılan 2. Ulusal Sağlık Kongresi'nde tartışılarak son şeklini alan bu doküman daha sonraki dönemlerde reformlar ile ilgili tartışmaların odak noktasını oluşturmuştur.<sup>187</sup>

1990'larda yürütülen sağlık reformu çalışmalarının ana başlıkları;

- Genel Sağlık Sigortasının kurulması ve sosyal güvenlik kurumlarının tek şemsiye altında toplanması,
- Hizmet sunma ile finansman sağlama fonksiyonlarının birbirlerinden ayrılması,
- Sağlık hizmetleri planlama ve denetleme görevlerinin etkin bir şekilde gerçekleştirilmesi için Sağlık Bakanlığı'nda yeniden yapılanmaya gidilmesi,
- Hastanelere özerklik verilmesi,
- Koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik verilmesi,
- 1. Basamak hizmetlerinin Aile Hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi şeklinde sıralanabilir.

Bu dokümanların ve ilgili yasa taslaklarının hazırlanmasına karşın politik istikrarsızlık, somut adımlarla reformların uygulamaya geçirilmesini engellemiştir. Türkiye'de sağlık sektöründeki en hareketli dönem 2003 yılından sonra gerçekleşmiştir. 2003 yılından sonraki dönem, dünyada 1990'larda başlayan kamu sağlık harcamalarındaki yüksek artışa karşılık yapılmaya çalışılan reformların benzerlerinin SDP çerçevesinde uygulandığı dönem olmuştur.

---

<sup>187</sup> Fatih Budak, Özlem Özer, “İşçi ve İşveren Sigortalarının Genel Sağlık Sigortası Uygulamalarına Yönelik Bilgi ve Görüşleri: Türkiye Örneği”, **Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi**, Sayı: 5, 2012, s.49

SDP çerçevesinde gerçekleştirilen reformlara değinmeden önce 2003 yılı öncesinde sağlıkla ilgili temel problemleri ve bu problemler için Dünya Bankası tarafından önerilen reform yöntemleri göz önünde bulundurulmalıdır. Türkiye’de 2003 yılı öncesinde sağlıkla ilgili temel problemler aşağıdaki şekilde özetlenebilir.<sup>188</sup>

- Diğer Avrupa ülkeleri ile karşılaştırıldığında özellikle bebekler ve çocuklarla ilgili sağlık göstergeleri oldukça düşüktür.
- Bölgeler arasında sağlık göstergeleri açısından önemli eşitsizlikler söz konusudur. Bu eşitsizlikler kırsal-kentsel alanlar arasında ve sosyo-ekonomik düzeyler arasında da bulunmaktadır.
- Nüfusun önemli bir bölümünün sosyal güvenlik kapsamı dışında kalması ve kapsam dışında kalanların aynı zamanda sosyo-ekonomik düzeylerinin ve sağlık statülerinin düşük olması önemli bir problemdir.
- Hizmet sunumunun ve finansmanının parçalanmış yapısı verimsizliklere ve gereksiz tekrarlara neden olmaktadır.
- Hem makro hem de mikro düzeyde yönetim kapasitesindeki eksiklikler, hem Sağlık Bakanlığı’nda hem de sağlık kurumlarında yaşanan yönetsel verimsizlikler, hastane yönetimi, sağlık ekonomisi ve sağlık finansmanı gibi alanlarda yetişmiş eleman kapasitesinin artırılmasını gerekli kılmaktadır.
- Kamu ve özel sektör arasında kaynakların ve hastaların düzensiz akışı, kamu kaynaklarının özel sektör amaçları için harcanmasına neden olmaktadır.
- Sağlık hizmetlerine erişim ile ilgili önemli problemler bulunmaktadır. Nüfusun önemli bir bölümü sağlık güvencesinden yoksundur. Sağlık güvencesine sahip nüfus için bile sağlık hizmetlerinde tam bir kapsama sağlanamamakta, eksik sigortalılık olgusu ortaya çıkmaktadır.
- Kamu sağlık sistemi içerisinde sevk sisteminin iyi işlememesi özellikle hastane hizmetlerinin gereksiz kullanımına neden olmakta; hastane poliklinikleri, üniversite hastaneleri de dahil olmak üzere çok basit

---

<sup>188</sup> Mehtap Tatar, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Hasta Açısından Yeni Sistemin Getirdikleri”, **Hacettepe Üniversitesi TÜPADEM**, Tüketici Yazıları, 2007, s.159

hastalıklar için bile birinci basamak sağlık kurumu olarak hizmet vermektedir.

- Sağlık alanında insan kaynaklarının bölgeler arasında dengesiz dağılımı, özellikle hekimlerin kentsel alanlarda yoğunlaşması, hizmetlere erişimi olumsuz yönde etkilemektedir.

Yukarıda özetlenen sorunlar ve ekonomik göstergelerle uyumlu olmayan sağlık göstergeleri, hizmetleri sunanların ve alanların memnun olmaması, kamu harcamalarını kontrol altına alma yönünde yapılan baskılar ve global reform rüzgarları Türkiye’de de sağlık sektörünün yeniden yapılanması ile ilgili çalışmaların gündeme gelmesine neden olmuştur.

Dünya Bankası’nın 2003 yılında yayınladığı “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik için Sağlık Sektörü Reformu”nda önerilen sağlık reformu yöntemleri ise;

- Tercihe bağlı özel ek sigorta, zorunlu genel sağlık sigortası (GSS): Burada SSK, Bağ-Kur, ES, aktif memurlar ve Yeşil Kart’ın tek bir finansman kaynağıyla birleştirilmesi önerilmektedir.
- Temel hizmetler paketi geliştirilmesi ve kamu harcaması hedeflemesi: Koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik belli bir hizmet paketi geliştirilmesi önerilmektedir. Temel hizmetler paketini yoksullara ulaştırmak için, teşvik edilebilir yöntemler geliştirilerek, sağlık çalışanlarının yoksul kesimlerde çalışması sağlanmalıdır. Bu teşvikler ek ücret, daha kısa görev süresi, bir yoksunluk (mahrumiyet) bölgesinde hizmet verdikten sonra seçilen yere atanma ve uzmanlık programlarına avantajlı kabul edilme olabilir.
- Kamu hastanelerinin yeniden düzenlenmesi ve daha çok serbestlik tanınması: Hastane verimliliğinin artırılması için, tüm hastanelere, özellikle devlet ve SSK hastanelerine, idari ve mali özerklikle sağlık hizmetlerinin üretimi ve yönetimi için gerekli girdilerin alımında özerklik tanınması önerilmektedir.

- Kurumsal sorumlulukların birleştirilmesi ve yeniden tanımlanması: Sağlık Bakanlığı'nın öncelikli görev ve sorumluluğu politika belirleme, düzenleyici olma ve denetimi sağlama olmalıdır.
- Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri arzının güçlendirilmesi: Bunu gerçekleştirmek için "Aile Hekimliği" kavramının benimsenmesi ve yaşama geçirilmesi şeklindedir.

Bu öneriler, 1987'de 3359 sayılı yasada olduğu gibi ilginç bir zamanla örtüşmesi ile Dünya Bankası'nın da öngördüğü gibi; planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan ancak finansmanı belli ölçüde kullanıcıya yükleyen bir GSS, sağlık ocağı sistemi yerine Aile Hekimliği sistemi, idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri ve özel sektörün teşvik edilmesi anlayışı ile 2003 yılı ve sonrasında SDP'de ifadesini bulmuştur.

Bu durum, Türkiye'de sağlıkta reform hareketinin, global reform hareketine paralel olarak geliştiğini göstermektedir. Reformlar temelde sağlık hizmetlerini sunan ve finanse eden kurumları birbirinden ayırmayı öngörmüştür.<sup>189</sup>

2003 yılından itibaren SDP çerçevesinde gerçekleştirilen reform çalışmaları sonucunda:<sup>190</sup>

- SSK hastanelerinin ve diğer bazı kamu kurum hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi,
- Ölçülebilir Performansa Dayalı Ek Ödeme Yöntemine geçişin sağlanması,
- Devlet memurları ve Emekli Sandığı mensuplarının özel sağlık kuruluşlarından yararlanmaya başlaması,
- Aile Hekimliği uygulamasının başlatılması,
- Yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi ve ilaç alımından yararlanmaya başlaması,
- Yeşil kart sahiplerinden katılım payı alınmaya başlanması,
- SGK'luların serbest eczanelerden yararlanmaya başlaması,

<sup>189</sup> Tatar, s.159

<sup>190</sup> Bülent Gümüsel, "Türkiye'de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi", Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi Toplantı Sunumları, 2006, s.22



- Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Yasa'nın kabulü,
- Eşdeğer ilaç uygulamasına geçişin sağlanması
- İlaçta KDV indiriminin sağlanması
- Beşeri ve Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar çıkarılması
- İlaç Alım Protokolü'nün hayata geçirilmesi
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmeliğin çıkarılması
- İlaç alım protokolünde revizyona gidilmesi
- Akıllı ilaç kullanımı ve e-reçete uygulamaları gerçekleştirilmiştir.

Sağlıkta dönüşüm projesi ile kamu sağlık programları dışında hizmet sunumundan sorumlu olmayan ve daha çok politika belirleme ve düzenleme ile ilgilenen bir Sağlık Bakanlığı beklenmektedir.

Sağlık sektöründe reform arayışının temel nedenleri şu şekilde sıralanabilir:

- Artan Maliyetler: Dünyanın her yerinde sağlık hizmeti sunmanın maliyeti hızla artmaktadır. Bunun nedenleri arasında nüfusun hızla yaşlanması, kronik hastalıkların artması, yaşam tarzı olumsuzlukları ve hızla gelişen yeni teknoloji sayılabilir.
- Artan Beklentiler: Sağlıkta teknolojinin hızla gelişmesi, daha yeni, ileri teknoloji gerektiren pahalı hizmetleri kullanma eğilimi her ülkenin deneyimleri arasında yer almıştır. Haberleşme olanakları, yeni ve pahalı teknolojinin tüm dünyaya hızla yayılmasını sağlamıştır. Demokrasinin değişen derecelerde birçok ülkede gelişmesi, daha aktif, talep eden vatandaşları da harekete geçirmiş ve bu teknolojinin dünyanın her ülkesinde çok kısa sürede kabulünü ve kullanımını zorunlu kılmıştır.
- Ekonomik Şartlar: Gelişmekte olan ülkelerde yaşanan ekonomik krizler sağlık harcaması kapasitesini sınırlamıştır.

Bu noktada küresel mali sistem içinde, projeler sunan ve mali boyutta kredi bulan kuruluşlar olarak "İkiz Kardeşler" olarak adlandırılan Dünya Bankası ve IMF'nin; sağlık ve sosyal güvenlik alanlarında dönüşüm yaşayan Arjantin, Şili, Dağılan SSCB ve Doğu Avrupa ülkeleri, Bulgaristan örneklerinde olduğu gibi, ülkelerin Dünya Bankası ve IMF ile mali boyutta var olan ilişkileri göz önünde bulundurulmalıdır.

Türkiye'nin Mayıs 2013 yılı itibariyle IMF'ye olan borcu sıfırlanmış, ancak sağlık sektörünün yeniden yapılandırılmasına yönelik olarak Şubat 2013 yılı itibariyle Dünya Bankası'na olan kredi borcu ise 75.1 milyon \$'dır.<sup>191</sup> Bu noktada 1980 sonrası izlenen yeni-liberal politikaların sağlık alanında genel bütçe ağırlıklı sistemler yerine:

- GSS Primi / Temel Güvence Paketi
- Aile Hekimliği, bireysel hizmet
- Tedavi ağırlıklı hizmet
- İşlem başına ücret
- İşletme / Ticarileştirme
- Aşırı teknoloji kullanımı
- Hizmetlerin pahalılaşması
- Başta ilaç, yüksek tıbbi teknolojide dış bağımlılığın artması şeklinde sonuçlar yarattığı görülmektedir.

Hükümetlerin artan sağlık harcamaları karşısında yapmak istedikleri reformların küresel nitelik taşıdığı ve benzer politikaları içerdiği söylenmelidir. Bu politikalar,

- Hizmet sunumu ile finansmanın birbirinden ayrılması,
- Kamu sektörü dışında kalan kurum ve kişilerin teşvik edilmesi,
- Piyasa mekanizmalarının daha çok kullanılmaya başlanması,
- Yerinden yönetime dayalı bir sistemin kurulması (desentralizasyon)

şeklinde sıralanabilir ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde 1990'ların başından beri süren "Reform" tartışmalarına bakıldığında bu politikalardan en az birkaçının önerildiği görülmektedir.

Türkiye'de SDP ile yaşanan reform çalışmaları bu çerçevede değerlendirilebilir. Bu aşamada çalışmanın sonraki başlıklarında SDP'nin sağlık ve ilaç harcamaları, kamu sağlık ve ilaç harcamaları, kişi başı sağlık ve ilaç harcamaları üzerindeki etkileri incelenecek ve elde edilen sonuçlar OECD ülkeleri bağlamında ele alınacaktır.

---

<sup>191</sup> WHO, "Dünya Bankası Grubu - Türkiye İşbirliği: Ülke Programının Görünümü", Nisan 2013, s.32  
<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/Turkey-Snapshot-tr.pdf> (17.06.2013)

#### 4.1.1. Devlet Yönünden Etkileri

2003 yılında Sağlık Bakanlığı'nın başlatmış olduğu SDP ile Sağlık Bakanlığı'nın yapısı, sağlık sigortası kapsamı, hastane ve ilaç politikaları farklılaşmıştır. Bu farklılaşma sonucunda, özel sağlık kurumlarının kullanılabilmesi ve serbest eczanelerden ilaç alınabilmesi gibi uygulamalarla halkın sağlık hizmetine ve ilaca erişimi kolaylaşmış; kamu, sektöre yön veren en önemli oyuncu haline gelmiştir. Sağlığa erişim ve sağlık hizmetlerinden faydalanmada sağlanan artışa bağlı olarak devletin sağlık harcamaları artış göstermiştir.

##### 4.1.1.1. Sağlık Harcamalarının Gelişimi

Kamu sağlığını doğrudan etkilemesi anlamında en çok düzenlemeye tabi sektörlerin başında sağlık sektörü gelmekte; bu nedenle hükümetlerin aldığı kararlar ve düzenlemeler, hastalar ve hizmet sağlayıcılar için ayrı bir önem kazanmaktadır.

DSÖ'nün 2000 Yılı Dünya Sağlık Raporu'nda; sağlık sistemlerinin ulaşılabilir, sürdürülebilir, hakça (hakkaniyetli) ve iyi nitelikte olmalarının gereği belirtilmektedir.<sup>192</sup>

Bununla birlikte sağlık sektöründe de, diğer sektörlerde olduğu gibi, ulusal amaçları gerçekleştirmek için gerekli kaynaklar genellikle sınırlıdır.

DSÖ ölçütlerine göre; bir ülkede sağlık hizmetlerinin varlığından söz edebilmek için, o ülkedeki toplam sağlık harcamalarının GSYH'nın en az % 5'i veya daha yüksek olması gerekmektedir.<sup>193</sup> Türkiye'de bu oran 2011 yılında % 6,7'dir ki; sağlığa ayrılan pay yetersiz değildir.

Sağlık hizmetlerinin harcama düzeyi hemen her ülkede genel büyüme oranından çok daha yüksek bir artış göstermektedir.<sup>194</sup> Dünyadaki çoğu ülke sağlık sektöründeki harcamaların gelir artışına göre daha hızlı yükselmesine yönelik ortak bir kaygıyı paylaşmaktadır.

---

<sup>192</sup> WHO, "How well do Health Systems Perform?", World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Geneva: The World Health Organization Publications, s.24

<sup>193</sup> Recep Akdağ, Sabahattin Aydın, Hüseyin Demirel, **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008, s.17

<sup>194</sup> Mehmet Hulki Uz, **Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Hastane Yöneticiliği**, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1997, s. 23

Türkiye’de de özellikle 2002 ve sonrasında toplam sağlık harcamaları (TSH) artış hızı GSYH artış hızını geçmiştir. 2000’li yıllardan itibaren OECD ülkeleri ortalamasının GSYH temelinde yıllık gerçek büyüme hızına bakıldığında, sürekli bir artış göze çarpmaktadır.

Genel olarak, son 20 yıldır neredeyse tüm OECD ülkelerinde gözlemlendiği üzere, sağlık harcamalarındaki artışın başlıca nedeni, dünya nüfusunun, özellikle de gelişmiş ülkelerde giderek yaşlanmasıdır. Örneğin OECD ülkelerinde 1990 yılında 60 yaş üstü nüfus toplam nüfusun %18’i iken, bu oranın 2030 yılında %30’lara ulaşacağı beklenmektedir. Türkiye’de ise bu oran 2011 yılında %7,3 olarak görülmekte, 2030’da %16’ya, 2050 yılında ise % 23’e yükseleceği tahmin edilmektedir. Böylece Türkiye’de mevcut nüfus giderek yaşlanacak ve sağlık ihtiyacı artacaktır. SGK Türkiye’de 65 yaş üstü nüfusun 65 yaş altı nüfusa oranının 2012–2037 yılları arasında ikiye katlanarak %7’den %14’e ulaşacağını öngörmektedir.<sup>195</sup> Doğumda beklenen yaşam süresi uzamaktadır. Türkiye’de 2012 yılına ait beklenen yaşam süresi 74,3 yıldır.

İkinci neden, tıp ve ilaç teknolojilerindeki ilerlemedir. Bugün çok sayıda hastalığa çare olabilecek, insan ömrünü uzatabilecek ya da yaşam kalitesini artırabilecek gelişmeler yaşanmaktadır. Eski, daha ucuz tedavilerin yerini alan veya şimdiye dek tedavi edilemeyen vakaları çözen yeni, etkili fakat pahalı ilaçlar ya da ileri teknoloji ürünü aygıtlarla yapılan işlemler maliyeti artırmaktadır. Ayrıca dünyanın herhangi bir ülkesinde gerçekleştirilen yeni bir buluş kısa sürede bütün ülkelere yayılmakta ve bununla ilgili talepler de maliyet konusu olmaktadır.

Üçüncü neden, kronik hastalıklar daha fazla harcama ve uzun süreli ilaç kullanımı gerektirdiğinden kalp, kanser gibi kronik kabul edilen hastalıklardaki artıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerine daha fazla erişim, ilaç tedavisi gerektiren diyabet ve yüksek tansiyon gibi mevcut sağlık sorunlarının daha fazla ortaya çıkarılmasını sağlamaktadır.

Türkiye’de de sağlık harcamalarının önümüzdeki yıllarda giderek artması kaçınılmaz olacaktır. Dünya Bankası’nın beklentisi yıllık ortalama %15’lik bir

---

<sup>195</sup> SGK, “Sosyal Güvenlik Reformu: Uygulama Öncesi Yeni Yaklaşım”, Mayıs 2007, [http://www.sguz.org/upload/mce/2011/yararli\\_olabilecek\\_mevzuat\\_sunum\\_ve\\_ders\\_notlari/sosyalguvenlikreformu\\_uygulamaoncesiyeniyaklasim\\_2007.pdf](http://www.sguz.org/upload/mce/2011/yararli_olabilecek_mevzuat_sunum_ve_ders_notlari/sosyalguvenlikreformu_uygulamaoncesiyeniyaklasim_2007.pdf) (10.04.2013)

artıştır.<sup>196</sup> Bu artıştaki en temel etken, sağlığa erişimin artmasıdır. Örneğin, Yeşil Kart uygulamasının yaygınlaştırılmasının bu yönde bir etkisi olmuştur. GSS'na geçiş ile birlikte 18 yaş altındakilerin sağlık sigortasına ücretsiz erişimi de bu yönde bir etki yaratmıştır. Türkiye'nin demografik yapısı da sağlık harcamalarındaki artışı destekler niteliktedir. Türkiye'de sağlık gereksinimli yaşlı nüfus görece az olmasına rağmen, mevcut nüfus giderek yaşlanacak ve sağlık ihtiyacı artacaktır.

Bu gerçekler, Türkiye'nin artacak sağlık harcamalarının nasıl karşılanacağı ve eldeki kısıtlı kaynakların insan sağlığına yararlı biçimde en etkin nasıl kullanılacağı sorununu gündeme getirmektedir.

Bir ülkenin toplam sağlık harcamasını etkileyen faktörler, milli gelir, nüfusun sosyo-ekonomik dinamikleri, sağlık hizmetlerinin göreceli fiyatı ve sağlık sisteminin kapasitesi (her 1000 hastaya düşen sağlık personeli ve yatak sayısı, sağlık hizmetinde kullanılan teknoloji vb.) şeklinde sıralanabilir. Bu faktörler arasında gelir, özel bir öneme sahiptir. Sağlık harcamaları ile milli gelir arasındaki ilişkiyi bilmek, sağlık hizmetlerinin milli gelirdeki değişmelere göreceli olarak nasıl tepki vereceğini tahmin etmeyi mümkün kılmaktadır.<sup>197</sup> Genel olarak gelir, sağlık hizmetlerini alabilme gücünü gösteren bir faktördür. Sağlık harcamaları ve GSMH arasında pozitif bir ilişki olduğundan, hem toplam sağlık harcamaları ve bu harcamaların GSMH içindeki payı, bir ülkenin sağlık sektörünün yeterliliğini ortaya koyan verilerden biridir, hem de bir ülkenin kişi başı milli geliri artarken, sağlık harcamalarının da artması beklenir. Sağlık harcamaları ve sağlık ekonomisi dünyada giderek önem kazanmaktadır. Sağlığa ayrılan harcamalarda önemli bir artış söz konusudur. Sağlık harcamaları 2010 yılı itibarıyla ABD GSMH'nin %17,6'sına, İngiltere GSMH'nin %9,6'sına, Fransa GSMH'nin %11,6'sına ulaşmıştır. Türkiye'de aynı yılda gerçekleşen sağlık harcamaları GSMH oranı %9,5'dur. Genel itibarıyla son yıllarda çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sağlık harcamalarındaki artış, milli gelir artışının üstündedir.

Türkiye'nin ekonomik gelişmelerine bakıldığında, 1998-2002 döneminde yaşanan krizin makro ekonomik dengeleri bozduğu, SDP'nin uygulamaya konduğu ilk

---

<sup>196</sup> World Bank Turkey Country Economic Memorandum, 2006, <http://www.worldbank.org/tr/country/turkey> (10.04.2013)

<sup>197</sup> Sülkü, s.34

yıllar olan 2003-2006 döneminde ise ekonomik olarak makro dengelerin yeniden kurulduğu, enflasyonun düşüş eğilimine girdiği ve ekonomik büyümenin kaydedildiği bir dönem olduğu görülmektedir.

Türkiye’de sağlık harcamaları ile ilgili verilere değinmeden önce, veri toplamada farklı zamanlarda kullanılan farklı yöntemler nedeniyle sağlık harcamalarının zaman içinde ve diğer ülkelerle karşılaştırılmasının kolay olmadığı vurgulanmalıdır. Bu çalışmada, Türkiye’deki sağlık harcamalarının ne olduğu ve farklı kaynaklardan elde edilen sonuçların karşılaştırılabilirliği konusundaki tartışmaları ortadan kaldırmak için, diğer OECD üyesi ülkeler tarafından da kullanılan Sağlık Hesapları Sistemi (SHS) metodolojisi kullanılmıştır. 2001 yılı ve sonrası sağlık harcamaları ise Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından toplanmakta ve raporlanmaktadır. Ayrıca DPT de veri toplamakta ve yayınlamaktadır. Farklı dönemlerde farklı kaynaklar ve veri toplama yöntemleri kullanılarak elde edilen veriler karşılaştırıldığında sonuçların farklı olduğu görülmekte; bu durum sağlık sektörü ve politikaları ile ilgili doğru ve yerinde karar vermeyi engellemektedir. Bu durumu ortadan kaldırmak ve sağlık harcamaları istatistikleri konusunda bir standardın oluşturulması için TÜİK tarafından raporlanan istatistiklerin diğer kurumlar tarafından kullanılmasına ve farklı uluslararası kuruluşlara da gönderilmesine karar verilmiştir. Böylece 2001–2003 yılları için OECD ile uyumlu SHS yöntemi kullanılarak veriler revize edilmiş, 2004 yılı için yeniden hesaplanmış, 2005–2007 yılları için ise ilk defa üretilmiştir. Bu noktada, SHS çerçevesi kullanılarak tahmin edilen sağlık harcamalarının resmi istatistiklerden daha yüksek olduğu, örneğin Ulusal Sağlık Hesapları (USH)\* çalışmasının, özel sektör, belediyeler, dernek ve vakıflar, cepten yapılan harcamalar gibi diğer çalışmalar tarafından ek alınmayan sağlık harcamalarını da kapsadığı ifade edilmelidir.

2003 öncesi dönemde sağlık sektörü hem hizmet sunumunda hem de finansmanında parçalanmış ve karmaşık bir yapıya sahipti. Hizmet sunumunda temel kurum Sağlık Bakanlığı olsa da, hem SSK’nın hem de diğer kamu kurumlarının kendi

---

\* OECD tarafından geliştirilen SHS’de sağlık amacı ile örtüşen tüm harcama ve faaliyetler ekonomik amaçlarına bakılmaksızın Ulusal Sağlık Hesapları içinde yer alır. Genel olarak, sağlığı geliştirme ve koruma amacını benimseyen tüm koruma, geliştirme, bakım, beslenme ve acil programlar için yapılan harcamalar “Sağlık Harcaması” olarak kabul edilmektedir.

sağlık kurumlarına sahip olması çok başlı bir yapıyı ifade ediyordu. Sağlık hizmetlerinin finansmanında en önemli problem ise sağlık güvencesine sahip olmayan nüfustu. Sağlık Bakanlığı'nın 2004 verilerine göre, 2003 yılında birbirinden bağımsız olarak yapılan iki araştırmada sağlık güvencesine sahip nüfusun oranının %67'lerde olduğu belirlenmiştir. SDP hem hizmet sunumunda hem de finansmanda önemli değişimler getirmiştir. Hizmet sunumundaki temel fark, koruyucu sağlık hizmetleri ile tedavi hizmetlerini bir arada sunan Aile Hekimliği uygulamasıdır. Hizmet finansmanında sunulan en önemli yenilik ise tüm toplumu kapsayacak Genel Sağlık Sigortası'nın kurulmasıdır.

**Tablo 4-1: Türkiye'de Sağlık Sigortasındaki SDP Öncesi ve Sonrası Durum**

SDP ÖNCESİ SİSTEM	SDP SONRASI SİSTEM
Nüfusun tamamı kapsamıyor	Nüfusun tamamı kapsıyor
Vatandaşlık esasına dayalı	İkamet esasına dayalı
İş statüsüne göre farklı kural ve haklar	Herkes eşit haklara sahip
Yoksulların sağlık harcamaları karşılanıyor	Yoksulların primleri ödeniyor
Sevk zinciri açık değil	Sevk zinciri yasa ile kurallara bağlı
Özel sağlık tesislerinde fark alınabiliyor	Özel sağlık tesislerinde fark alınabiliyor

**Kaynak:** İlker Belek, "Sağlıkta Dönüşüm", Yazılama Yayıncılık, s.167

Bu gelişmelerin uygulandığı Genel Sağlık Sigortası ve tüm kurumlara ait hastanelerin Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak halka açılması gibi uygulamalarla sağlığa erişimin artmasıyla birlikte, 1995 yılından beri sürmekte olan sağlık harcamalarındaki artış, SDP sonrası dönemde de devam etmiştir. 2000–2011 yılları arasında sağlık harcamaları % 84,1 oranında artmıştır.

SDP sonrası dönemde sağlık harcamaları ile GSYH arasındaki pozitif ilişkinin kurulduğu, SDP'nin ilk döneminden itibaren sağlık harcamalarındaki artışın kişi başı GSYH'da gerçekleşen artışa paralel olduğu görülmektedir. Tablo 4-2'de Türkiye'de GSYH içinde sağlığa ayrılan payın yıllara göre değişimine bakıldığında, 2002 yılında % 5.36 olan oranın 2003 yılı sonrasında da artışa devam ederek 2011 yılında % 6.70 oranına ulaştığı görülmektedir.

**Tablo 4-2: Türkiye’de Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (2002-2011) (Milyon TL)**

Yıl	TSH	GSYH	(%)
2002	18.774	350.476	%5.36
2003	24.279	454.781	%5.34
2004	30.021	559.033	%5.37
2005	35.359	648.932	%5.45
2006	44.069	758.391	%5.81
2007	50.904	843.178	%6.04
2008	57.740	950.534	%6.07
2009	64.268	952.558	%6.75
2010	74.397	1.098.799	% 6.74
2011	76.000	1.298.062	% 6.70

**Kaynak:** DPT ve TÜİK Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011:(Ek Tablo 1,2) den elde edilmiş verilere dayalı olarak hazırlanmıştır.

Türkiye’de sağlık harcamalarının GSYH içindeki oranının artışı, daha önce de ifade edildiği gibi, nüfus artışı, yaşlı nüfus oranının artışı, yeni teknoloji ve tedavilerin hayatımıza girişi gibi nedenlerle dünyadaki sağlık harcamaları trendinin sürekli yukarı doğru olması ile uyumlu görünmektedir. Ancak sağlık harcamalarındaki bu artışın özellikle son 10 yılda kazandığı ivmenin, Dünya Bankası tarafından, sağlık sisteminin finansmanı üzerinde orta vadede çok ciddi olumsuz etkiler yaratabileceği belirtilmektedir.

Sağlık harcamasının zaman içindeki değişimini 2002-2010 yılları arasında gösteren Tablo 4.3’de görüleceği gibi, 2002 yılında 12.3 milyon dolar olan toplam sağlık harcaması, SDP’nin hemen sonrasında, 2004 yılında 21 milyon dolar’a çıkmıştır. Daha sonraki yıllar sağlık harcamasının çok yüksek bir ivmeyle arttığı yıllardır.

**Tablo 4-3: Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Harcamaları (2002-2010)**

Yıllar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Toplam Tutar (Milyon \$)	12.389	16.159	20.975	26.205	30.599	38.864	44.364	38.000	v.y.
Kamu SH/ TSH	70.7	71.9	71.2	67.8	68.3	67.8	73.0	75.1	75.2

**Kaynak:** İlker Belek, “Sağlıkta Dönüşüm”, Yazılıma Yayıncılık, s.167



Dolar olarak kamu sağlık harcama artışı 2002 yılı öncesi yıllık ortalama yaklaşık %5.6 seviyelerinde iken, 2002–2010 arası yıllık ortalama % 28.4'tür. Aynı oranlar özel sağlık harcamaları için sırasıyla %8,3 küçülme ve %24,8 büyüme şeklindedir. SDP sonrası dönemde hem kamu hem de sağlık harcamasının bileşimine bakıldığında artışın esas olarak kamu harcaması ile ilişkili olduğu anlaşılmaktadır. Dünya Bankası'nın ciddi olumsuz etki uyarısında bulunmasının nedeni, Türkiye sağlık harcaması yıllık artışının ulusal gelirin yıllık büyüme hızının üzerinde olmasıdır. “Çünkü Türkiye cari ve dış ticaret açığı çok yüksek bir ülkedir ve bu açıklarını sürekli olarak dışarıdan borçlanarak kapatmaktadır. Borç yükü içinde kısa vadeli olanların oranı yüksektir. Bütün bunlar sağlık harcama artışındaki bu ivmeyi ekonominin geneli için risk durumuna getirmektedir.”<sup>198</sup>

İlk bakışta sağlık harcamasındaki artış eğiliminin olumlu olduğu belirtilebilir. Ancak burada önemli olan esas nokta sağlık harcamasının bileşimidir. Daha çok tedaviye, hastanelere, özel sektöre ve gereksiz işlemlere yönelik sağlık harcaması, sağlık sisteminin performansını olumsuz etkileyecektir. Sosyal Güvenlik harcamalarının fonksiyona göre dağılımı incelendiğinde, SDP reformlarının etkileri görülmektedir. SGK'nun, sağlık harcamalarının kompozisyonunda tedavi harcamalarının payı yükselmiş, ilaç harcamalarının payı ise gerilemiştir. 1999'da tedavi harcamaları, kamu sigortalarının (Yeşil Kartlılar ve aktif memurlar dahil) TSH'nin %37.3'ünü oluştururken, bu oran 2011'de % 62'ye çıkmıştır. Tedavi harcamalarının payı sağlık hizmetlerine ulaşımın yaygınlaştırılması ile yükselmiştir.

Bu durum yatan hasta sayısı ve ayakta hasta başvuru sayısı ile de doğrulanmaktadır: Türkiye'de 2002'den bu yana Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yatan hasta sayısı yaklaşık 1,5 kat, üniversite hastanelerinde yaklaşık iki kat artarken, özel hastanelerde yatan hasta sayısı 5,5 kat artmıştır. Kişi başına bir yıl içinde yapılan ayakta başvuru sayısı da benzer bir eğilim göstererek, 2002'de ayakta hasta başvuru sayısı kişi başına 1,9 iken 2011 yılında bu sayı 4.5'e yükselmiştir.

---

<sup>198</sup> İlker Belek, **Sağlıkta Dönüşüm**, Yazılama Yayıncılık, 2011, s.166

“2012 yılına gelindiğinde; sağlık harcamalarındaki artışın kaynakları incelendiğinde artışın %95’inin tedavi, % 3’ünün ilaç, %2’sinin ise diğer harcamalar kaynaklı olduğu görülmüştür.”<sup>199</sup> “2008–2011 döneminde yıllık ortalama %13 artış gösteren sağlık harcamalarının 2011–2012 döneminde artış hızındaki yükselme dikkat çekicidir.”<sup>200</sup>

Sonuç olarak, gelecek dönemde nüfus yaşlanması ve nüfus dışındaki diğer faktörler nedeniyle sağlık ve ilaç harcamalarındaki artışın devam edeceği öngörülebilir. “Bu durum, sağlığa ilişkin kaynakların etkin kullanımını açısından önemli bir konu olarak görülmektedir. Kaynakların kısıtlı olduğu bir ortamda kaynakların etkin ve ekonomik kullanımdan uzaklaşması gelecek dönem açısından önemli bir risk alanı olarak görülmelidir.”<sup>201</sup> Ayrıca “sadece sağlık harcamalarına yüksek pay ayırmanın yeterli olmadığı, harcamaların etkin kullanıldığının, temel sağlık göstergeleri üzerindeki olumlu etki ile anlaşılacağı”<sup>202</sup> ifade edilmelidir.

#### **4.1.1.1.1. Kamu Sağlık Harcamaları**

Kamu sağlık harcamalarının TSH’sı içindeki payı, sosyal devlet anlayışı içinde devletin sorumluluklarını ne kadar yerine getirmekte olduğunun anlaşılmasında önemli bir göstergedir.

Türkiye’de sağlık harcaması yapan kamu kurumları; Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Bakanlıklar, KİT’ler, Üniversiteler, Belediyeler, İl Özel İdareleri ve Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışmayı Teşvik Fonu gibi çeşitli fon kuruluşlarıdır.

Kamu ve özel sektör sağlık harcamaları toplamı TSH’nı oluşturduğundan, tezimizin bu bölümünde Kamu sağlık harcamaları kendi içinde “Merkezi Yönetim” ve “Sosyal Güvenlik Kurumu” harcamaları olarak ele alınacak; ayrıca “Özel Sektör” harcamaları da cepten yapılan harcamalar bağlamında incelenecektir.

<sup>199</sup> Selin Arslanhan Memiş, “Son dönemdeki Sağlık Harcamalarının Analizi”, **TEPAV**, Kasım 2012, s.2

<sup>200</sup> Memiş, s.2

<sup>201</sup> Hakan Yılmaz, “2010 yılının Sağlık Bütçesi Açısından Görünümü ve Kamu Sağlık Harcamalarına Karşılaştırmalı Bir Bakış”, **Sağ-Sen Dergisi**, Cilt 2, 2010, s.10

<sup>202</sup> Selin Arslanhan, “Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?” **Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı**, Temmuz 2010, s.6

Genel Yönetim Bütçesi, Merkezi Yönetim, Yerel Yönetimler ve SGK tarafından yapılan sağlık harcamalarını kapsadığı; Merkezi Yönetim Bütçesi'nin ise Genel Bütçeli, Özel Bütçeli, Denetleyici ve Düzenleyici kurumların bütçelerinden oluştuğu vurgulanmalıdır. Sağlık Bakanlığı Genel Bütçeli kurum, Üniversiteler ise Özel Bütçeli kurum kapsamındadır.

Türkiye'de sağlık harcamalarının 2011 yılı itibariyle %75'i devlet tarafından yapılmaktadır. Bu nedenle, Türkiye'de sağlık ekonomisinde başat kurumlar kamu kurumlarıdır.

Yakın zamana kadar Emekli Sandığı, SSK ve Bağ-Kur olarak ayrı örgütlenme ve düzenlemelerle hareket eden üç kurum, Mayıs 2006'da 5502 sayılı kanunla Sosyal Güvenlik Kurumu çatısı altında bir araya getirilmiştir.\* Tüm vatandaşları güvence altına almış olmak amacıyla Yeşil Kart sağlık sigortasından faydalanan kişiler de yeni sosyal güvenlik kurumuna bağlanmıştır.

SGK yeni yapısıyla idari ve mali bakımlardan özerk bir konumda bulunmakla beraber, ilgili kurum olarak Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlıdır. Sistemin daha etkili ve verimli olmasını sağlamak amacıyla sağlık hizmetlerinde sadece tek bir ödeme kurumu olması öngörülmüştür. Türkiye'nin devam eden sağlık reformlarının bir parçası olan bu yeni sistem, sigortalı kişi sayısının az olması, cepten yapılan ödemelere bağımlılık ve eşit olmayan sağlık tesis ve personel dağılımı da dahil olmak üzere, yıllar içinde Türkiye sağlık sisteminde ortaya çıkan birçok sorunu çözmeyi hedeflemektedir.

Öte yandan, Sağlık Bakanlığı halk sağlığını gözetmekle ve iyileştirmekle yükümlü Bakanlıktır. Sağlık ekonomisinin temel yapı taşları olan hastaneler, ilaç ve tıbbi malzeme ile teçhizata yönelik düzenlemeler Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmaktadır.

---

\* Kanun No: 5502 Kabul Tarihi: 16.05.2006, 20 Mayıs 2006 Tarih ve 26173 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Maliye Bakanlığı, SGK yönetiminde yer almanın dışında yapılan harcamalara kaynak aktaran kurumdur. Hastanelere vaka başına ödenecek ücret ve ilaçların geri ödeme koşulları, Sağlık Uygulama Tebliği (SUT) ile belirlenmektedir.\*

Devlet Kurumları dışında özel sağlık sigortası şirketlerinin sağlık ekonomisinde nispeten kısıtlı bir rolü mevcuttur. Türkiye’de 2012 yılı itibariyle özel sağlık sigortası sahibi 2.28 milyon kişi bulunmaktadır. Bu sayı toplam 17.3 milyon sigortalının % 7,5’una tekabül etmektedir. Genel nüfusa oranı ise %2’ninde altındadır. Bu oran bu hizmetten küçük bir kesimin yararlandığını göstermektedir. Özel sağlık sigortaları, talep etmiş olmalarına karşın GSS reform paketi içinde yer alamadıklarını ifade etmektedirler. Özel sağlık sigortası sahiplerinin hemen hemen tümü GSS’na da dahildirler. Böylece özel sağlık sigortaları, GSS’nı tamamlayıcı bir işlev üstlenmektedirler. Örneğin GSS’nın yetersiz görüldüğü durumlarda özel sağlık sigortası sahipleri hizmetlerini özel sigortaları vasıtasıyla almayı tercih edebilmektedirler. Bu durum kamunun yükünü kısmi de olsa azaltmaktadır.

Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanında ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri sunumunda önemli rol üstlenen üniversiteler, özel bütçeli idareler olmaları itibari ile hem merkezi yönetim bütçesinden pay almakta hem de hizmet üretimi karşılığında elde ettikleri gelirleri döner sermayelerinde değerlendirmektedir. Üniversite hastanelerinin hizmet sunumu yanında en önemli özelliği uygulama ve araştırma merkezleri olarak tıp eğitimi de vermeleridir. Üniversite hastaneleri, yatırım harcamalarında Kalkınma Bakanlığı’nın, döner sermaye kaynaklı harcamalarda ise Maliye Bakanlığı’nın gözetim ve denetimi altındadır.

Türkiye’deki önemli sağlık hizmeti sağlayıcıları Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Savunma Bakanlığı, üniversiteler ve özel sağlık kurumlarıdır. Hastanın sağlık sigortasının kapsamına bağlı olarak, önemli tıbbi tedavilerin çoğu Sağlık Bakanlığı ya da diğer devlet kurumları tarafından yönetilen kuruluşlarda yapılmaktadır. Özel hastaneler ve kliniklerde muayene ve tedavi olma eğilimi, özellikle gelişmiş ve büyük şehirlerde artmaktadır.

---

\* Daha önceki senelerde bu koşullara Bütçe Uygulama Talimatı-BUT denilmektedir. SUT ilk kez 25.05.2007 tarih ve 26532 sayılı Mükerrer Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

**Tablo 4-4: Türkiye’de Sağlık Hizmeti Veren Kurumların Altyapıları (2002-2011)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Toplam Hastane Sayısı</b>	1.156	1.174	1.217	1.196	1.203	1.317	1.350	1.389	1.439	1.453
<b>Kamu</b>	824	839	881	846	823	904	904	893	905	905
<b>Özel</b>	271	274	278	293	331	365	400	450	489	503
<b>Diğer</b>	61	61	58	57	49	48	46	46	45	45
<b>Toplam Hastane Yatak Sayısı</b>	164.471	165.465	166.707	170.972	174.342	178.000	183.183	188.638	200.239	194.504

**Kaynak:** TÜİK Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011: (Ek Tablo 3,4) den elde edilen verilerden faydalanılarak hazırlanmıştır.

Ocak 2005 tarihinde yürürlüğe giren ve SSK sağlık fonunun yönetimi altında olan hastanelerin sağlık sektörünün levazım ve finansmanını ayırma amacıyla Sağlık Bakanlığı’na devredilmesini gerektiren kanun uyarınca, sektörde büyük bir reform yapılmıştır.\*

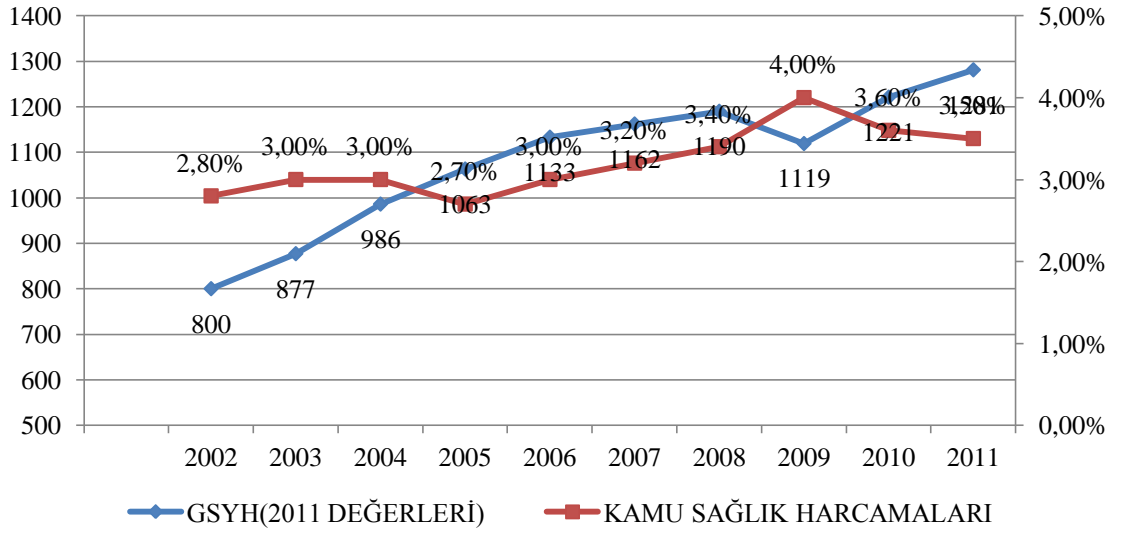
Hem devlet hastanelerinin hem de özel hastanelerin sayısı son yıllarda hızla artmaktadır. 2011 yılı itibariyle, 1.453 hastanenin % 62,2’si kamu sektörü tarafından işletilmektedir ve bu hastanelerin büyük bir bölümü Sağlık Bakanlığı’na bağlıdır.

2002 yılı itibariyle bin kişiye düşen yatak sayısı 2.49 olarak hesaplanmıştır. 2013 yılında ise sayının 2.67 olması beklenmektedir.

Son 10 yıllık dönemde milli gelirle birlikte sağlık harcamalarının da arttığı görülmektedir. Şekil 4.1’de görüldüğü üzere, kamu sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2002 yılında % 2.8 iken, 2011 yılında % 3.5 olmuştur. 2009 yılında kamu harcamalarının GSYH içindeki payı en yüksek değerine, % 4’e yükselmiştir. Bu durum, 2008 krizi ile birlikte GSYH’daki düşüşle açıklanabilir. Küresel ekonomik kriz sonucu milli gelirden 2009 yılında daralma yaşanmış, buna karşılık kamu sağlık harcamalarının

\* Kanun No. 5283 Kabul Tarihi : 6.1.2005, 19 Ocak 2005 Tarih ve 25705 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

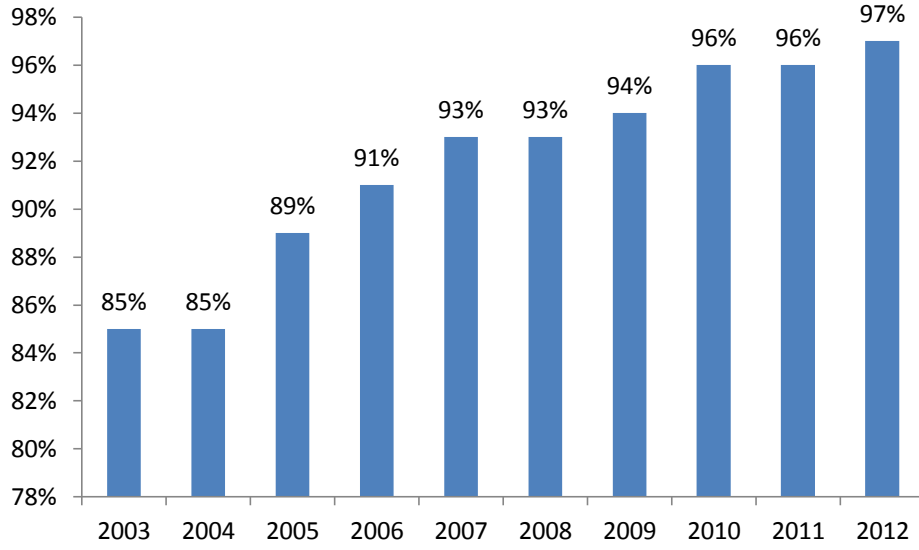
artmaya devam etmesi, ani bir ivme ile GSYH'nın % 4'üne ulaşmasına neden olmuştur. Bir başka deyişle, 2009 yılında küresel ekonomik kriz nedeniyle GSYH'daki daralma, sağlık harcamalarının yükselmiş gibi görülmesine neden olmuştur. “Bu açıdan son 10 yıllık döneme bakıldığında, hızlı artışını sürdüren milli gelirin yanı sıra, kamu sağlık hizmetlerindeki hızlı artışa karşılık, kamu sağlık harcamalarının GSYH'ya oranının % 3-4'lük sabit bir bandın içerisinde tutulduğu görülmektedir.”<sup>203</sup>



**Şekil 4-1:** Kamu Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki Payına Göre Gelişimi ve GSYH Payı  
**Kaynak:** Deloitte, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli için Yol Haritası ve Süreç Yönetimi”, Haziran 2012, s.3

2009 yılından itibaren 2010–2011 yıllarında kamu sağlık harcamalarında düşüş yaşandığı da görülmektedir. 2003 yılında başlayan “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile 2012 yılına gelindiğinde halkın % 97’si sosyal güvenlik kapsamına alınmıştır.

<sup>203</sup> Deloitte Raporu, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli için Yol Haritası ve Süreç Yönetimi”, Haziran 2012, s.3



**Şekil 4-2 : Yıllara Göre Sigortalılık Kapsamı**  
**Kaynak:** TÜİK, DPT, SGK verilerinden elde edilen bilgilerle hazırlanmıştır.

Kamu sağlık harcamaları son yıllarda bütçe hedeflerini aşma eğilimi göstermektedir. Devletin genel bütçe sağlık harcamalarındaki payı, 2002 yılında % 70.7 iken, 2011 yılında ise % 75'e ulaşmıştır. (Bkz. Tablo 4-3) Toplam devlet harcamalarının bir parçası olarak, sağlık harcamalarında, hükümetin Genel Sağlık Sigortası sistemini hayata geçirme kararına uygun olarak yukarı yönlü bir eğilim izlenmiştir.

Sosyal Güvenlik kurumlarının (SSK, BAĞ-KUR, ES) sağlık harcamaları 1999 yılında toplam kamu sağlık harcamalarının % 50'sini oluştururken, 2008'de SGK olarak % 59'a yükselmiştir. Yeşil Kart harcamaları 1999'da kamu sağlık harcamalarının sadece % 4,2'sini oluştururken, 2008'de payı 2 kattan fazla artarak % 9,4 düzeyine çıkmıştır. Bu durum, SDP öncesi Yeşil Kart uygulamasının kapsamının genişletilmesiyle açıklanabilir: Hiçbir sosyal güvenlik kurumunun güvencesi altında olmayan ve sağlık hizmetlerini karşılama gücü bulunmayan Yeşil Kartlıların yatarak tedavi harcamalarının tamamı, ayakta tedavi harcamalarının bir kısmı karşılanmakta, ilaç giderleri ise karşılanmazken, Ocak 2005'ten itibaren ayakta tedavi masrafları ve ilaç giderleri ödeme kapsamına alınmıştır.\* Nitekim Sağlık Bakanlığı bütçesi içinde yeşil kart harcamalarının 2000'lerin başından itibaren bakanlık bütçesine paralel olarak arttığı

\* 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun'da değişiklik yapan 5222 sayılı Kanun 21.07.2004 tarihli ve 25529 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanarak 01.01.2005 itibarıyla yürürlüğe girmiştir.

görülmektedir. 2000 yılında toplam bakanlık bütçesinin % 14,5'i yeşil kart harcamalarına ayrılırken, 2010 yılında bu oran % 33'e yükselmiştir. (Bkz. Ek Tablo 5)

SDP sonrası kamu sağlık harcamalarının artışı Tablo 4-5 verilerinde de görülmektedir: 2002–2012 yılları arasında kamu sağlık harcamasının yıllık değişim hızı ortalama % 17,3'tür. Bu oranın büyüklüğü, Dünya Bankası'nın Türkiye ile imzaladığı her sözleşmede büyümenin olası olumsuz etkilerini gündeme getirmesinin nedenidir.

**Tablo 4-5: Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamaları (Milyon TL) (%)**

	<b>Kamu Sağlık Harcamaları</b>	<b>Yıllık Değişimi</b>
<b>2002</b>	13.115	-
<b>2003</b>	17.462	% 33,1
<b>2004</b>	21.389	% 22,4
<b>2005</b>	23.987	% 12,1
<b>2006</b>	30.116	% 25,5
<b>2007</b>	34.530	% 14,6
<b>2008</b>	42.159	% 22,0
<b>2009</b>	47.904	% 13,6
<b>2010</b>	50.060	% 4,5
<b>2011</b>	57.797	% 15,4
<b>2012</b>	63.250	% 9,4

**Kaynak:** <http://www.aifd.org.tr/sektorel-bilgiler/Veri-Merkezi.aspx> ve Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, “Sağlık Faaliyet Raporu 2012”, s.67'den faydalanılarak hazırlanmıştır.

Dünya Bankası'na göre aynı dönem için sağlık harcamalarındaki artışın ana nedeni hizmet kullanımındaki niceliksel artıştır. Bu artışın nedenleri 2003–2010 döneminde SDP çerçevesinde gerçekleştirilen ve doğrudan hastaların sağlık hizmetlerine erişimini artıran reform ve gelişmelerde aranmalıdır:

- Eylül 2003'te (pilot uygulama olarak başlatılan) sevksiz özel hastanelere başvuru imkanının getirilmesi,
- Ocak 2005'te Yeşil Kartlıların ayakta tedavi masraflarının karşılanmaya başlaması ve serbest eczanelerden hizmet alabilmeye başlamaları,



- Şubat 2005'te SSK'lıların tüm Sağlık Bakanlığı hastanelerine başvurabilmeleri ve serbest eczanelere erişim hakkının tanınması,
- Temmuz 2007'de sigortasızlar da dahil olmak üzere tüm vatandaşlara 1. Basamak hizmetlerin ücretsiz olması,
- Temmuz 2008'den itibaren kanser tedavisi, acil ve yoğun bakım hizmetlerinin ücretsiz olması gibi yenilikler sağlık harcamalarındaki artışı açıklayan nedenler olmakla birlikte, Dünya Bankası'nın 2003-2010 döneminde artan ilaç ve hastanecilik hizmetleri tespitinin de gerekçelerini oluşturmaktadır. Örneğin Tablo 4.6'da görüldüğü üzere 2002–2010 yılları arasında hastanelere toplam müracaat sayısı yıllık ortalama % 12 artarak 124 milyon TL'den 318 milyon TL'ye ve kişi başı müracaat sayısı da 1.9'dan 4.11'e çıkmıştır.

**Tablo 4-6: Türkiye'de Tedaviye Erişim Göstergeleri (2002/2010)**

Gösterge	2002	2010
Birinci basamak kuruluşlara kişi başı müracaat sayısı	0,9	2,7
Kişi başı hastane müracaat sayısı	1,9	4,1
Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ortalama kalma süresi (gün)	5,7	4,4
Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yatak devir hızı (bir yatağın yıl içinde kullanıldığı vaka sayısı)	40,6	53,1

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, "Sağlık İstatistikleri Yılı 2010", Yayın No:832, s.97,106,107'den elde edilen bilgilerle hazırlanmıştır.

Ancak rakamlardaki bu yükseliş olumlu gibi görünse de, kaliteden ödün verme riskini de beraberinde getirebilmektedir.

Sağlık hizmetlerindeki niceliksel artışın diğer bir nedeni Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hekimlere performansa dayalı ücretlendirmeye geçilmesidir. 2003 yılında 10 kurumda pilot olarak başlamış, 2004 yılından itibaren Sağlık Bakanlığı'na bağlı tüm kurumlarda uygulamaya başlamıştır.\*

Diğer bir neden, bu dönemde bütün Sağlık Bakanlığı hastanelerinin tanıtım testleri özel sektörden satın almaya başlamasıdır. Bu uygulama birim fiyatları

\* 10.07.2003 tarihli ve 4924 sayılı kanun ve Sağlık Bakanlığı'nın 09.02.2004 tarih ve 417 sayılı genelgesi ile yürürlüğe girmiştir.

düşürmüş, ancak sayısal artışa neden olmuştur. Hastanelerin SGK faturalarını şişirmeye başlamaları konusunu verilebilirlik zor da olsa, nadir olmayan bir durum olduğunu kabul etmek gerekir. Bu durum Dünya Bankası'na da ifade edilmiştir.

Kamu sağlık harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payının, yukarıda anlatılan nedenlere bağlı olarak, Tablo 4.7'de görüleceği üzere, 2005-2008 yılları arasında düşme eğilimi gösterse de, 2002-2011 döneminde sürekli artış eğiliminde olduğu izlenmektedir.

**Tablo 4-7: Türkiye'de Kamu Sağlık Harcamalarının TSH İçindeki Payı (2002-2011) (%)**

Yıl	Kamunun Payı
2002	70,7
2003	71,9
2004	71,2
2005	67,8
2006	68,3
2007	67,8
2008	73,0
2009	75,1
2010	75,2
2011	75,0

**Kaynak:** İlker Belek, "Sağlıkta Dönüşüm", s.188 ve TÜİK Haber Bülteni Sayı 29, 2010'den elde edilen bilgilerden faydalanılarak hazırlanmıştır.

2002 yılında % 70,7 olan kamu sağlık harcamaları 2011 yılı sonunda % 75,0 olmuştur. 2002 ile 2011 yılları arasındaki bu veri, kamu kesiminin toplam sağlık harcamalarının yaklaşık olarak 2/3'ünü gerçekleştirdiğini göstermektedir.

Tablo 4.8 verilerine daha yakından bakıldığında, TSH'da artış eğilimi gösteren verilerin, aynı dönemde artış gösteren genel devlet sağlık harcamaları ile paralellik gösterdiği görülecektir: Türkiye'de genel devlet sağlık harcamaları 2002'de 13.270 milyon TL iken, 2011'de 57 milyon TL olmuştur.

**Tablo 4-8: Türkiye’de Genel Yönetim Sağlık Harcamaları ve TSH’ya Oranı (Milyon TL) (%)**

Yıl	Genel Devlet Sağlık Harcamaları	Toplam Sağlık Harcamaları	%
2002	13.115	18.774	70,7
2003	17.462	24.279	71,9
2004	21.389	30.121	71,2
2005	23.987	35.359	67,8
2006	30.116	44.069	68,3
2007	34.530	50.904	67,8
2008	42.159	57.740	73,0
2009	46.989	64.268	75,1
2010	55.949	74.397	75,2
2011	57.000	76.000	75,0

**Kaynak:** AİFD , <http://www.aifd.org.tr/sektorel-bilgiler/Veri-Merkezi.aspx>(20.04.2013)

Tablo 4.8’de görüldüğü üzere bu artışa paralel olarak, 2002 yılında toplam sağlık harcamaları 18.774 milyon TL iken, 2011 yılında 76 milyon TL’ye çıkmıştır. Böylece sağlık harcamalarının 2002–2011 dönemi yıllık ortalama artışı % 30,4 olarak gerçekleşmiştir. Milyon TL cinsinden ifade edilen bu veriler, Tablo 4.8’de kamunun sağlık sektörüne ayırdığı payda 2002–2004 döneminde artış görülmesine rağmen, 2005-2008 yılları arası bu payın gerilediğini göstermektedir. Kamu harcamalarının toplam sağlık harcamalarındaki payı 2002’de % 70,7 düzeyinden, 2004’te % 71,2 düzeyine çıkmış, 2005-2008 yılları arası gerileme kaydeden pay, 2011’de % 75,0 olmuştur.

Kamu sağlık harcamasında öngörülenin üzerindeki artış Sağlık Bakanlığı ve SGK’nun harcamalarına da yansımaktadır. Bu noktada öncelikle konunun başında da değinildiği üzere Sağlık Bakanlığı ele alınacaktır. Sağlık politikalarını yürütmekle görevli olan Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetleri yanında ikinci basamak sağlık hizmetlerini de sunan en önemli kuruluştur. Bakanlığın harcamaları genel bütçe ödemeleri, döner sermaye gelirleri ve fon gelirlerinden karşılanmakta; harcamaların temel kaynağını genel bütçe gelirleri oluşturmaktadır.

Bu noktada kısaca Global Bütçe ve döner sermaye uygulamalarından bahsetmekte yarar görülmektedir: Global Bütçe uygulaması, Sağlık Bakanlığı'na bağlı birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmaktadır. Son yıllarda Sağlık Bakanlığı hastanelerinin, özellikle yönetim ve hizmet üretim giderleri olmak üzere, döner sermaye harcamaları arttığundan, yükselen sağlık harcamalarına karşı tedbir olarak 2009 yılında Maliye Bakanlığı, SGK ve Sağlık Bakanlığı arasında Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastaneler için sınırlı bir yıllık bütçe olması konusunda protokol düzenlenmiştir. “Bu düzenlemeyle fonların tamamı SGK'dan Sağlık Bakanlığı'na ve SB üzerinden hastanelere aktarılmaktadır. SGK fonlarının aylık tahsisinde, hastanelerin hizmet karşılığında çıkardıkları faturaların yanı sıra SB'nin Global Bütçeye dayalı kararları da etkilidir. Sağlık Bakanlığı, hastanelerinin aylık ödemelerine, Global Bütçe üst limiti yıl içinde aşılmayacak şekilde düzenler.”<sup>204</sup>

Döner sermaye konusunda dikkat çekici husus; 209 sayılı Döner Sermaye Kanunu ile mali sorun yaşayan hastanelerin, mali durumu iyi olan hastaneden borç alabilmesi, daha sonra geri ödeyebilmesi, ancak mali durumu düzelmezse, yılsonunda Sağlık Bakanlığı tarafından borçların makam onayıyla silinebilmesidir. Bu durum, toplam döner sermaye harcamalarının ve kamu hastane harcamalarının sürdürülebilirliği açısından önem arz etmektedir. Sağlık Bakanlığı'nın finansman kaynaklarının çok önemli bir bölümünü oluşturan Konsolide Bütçeden tahsis edilen kaynak, 1994–2003 yılları arasında oransal olarak azalmalar gösterse de, 2004 yılında SDP'nin başlamasıyla birlikte artmaya başlamıştır. Bu durum Tablo 4.9'da 2002 yılı sonrasında SB bütçesinin GSYH oranlarına bakıldığında, 2002 yılında %1,5 iken 2012 yılında %2,2'ye yükselmiştir.

---

<sup>204</sup> Sülkü, s.33

**Tablo 4-9: Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Bütçesinin GSYH’ ye Oranı (2002-2012)**

	SB Bütçesi / GSYH
2002	1,5
2003	1,5
2004	1,5
2005	1,5
2006	1,7
2007	1,9
2008	1,9
2009	2,2
2010	2,1
2011	2,1
2012	2,2

\*Yeşil Kart rakamları dahil değildir.

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, “Sağlık Faaliyet Raporu 2012”, s.65’den faydalanılarak hazırlanmıştır.

Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık harcaması açısından en fazla harcamaya sahip ikinci kurumdur. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin sunumundan ve yönlendirilmesinden temel sorumlu kuruluş olarak, Sağlık Bakanlığı’na ayrılan bütçenin çok önemli bir bölümü sağlık hizmeti sunumunda rol alan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında çalışmakta olan sağlık personeli giderlerinden oluşmaktadır. 2003 yılı öncesi döneminde SB bütçesindeki en büyük payı cari giderler içindeki personel giderleri oluşturmaktadır. Ayrıca Yeşil Kart Harcamaları; 2004’te analitik bütçe sınıflamasına geçilmesi ile mal ve hizmet alımları altında yer almaya başlamıştır.\* Yeşil Kart payındaki artışa paralel olarak, mal ve hizmet alımlarının SB bütçesindeki payı, 2004–2009 döneminde sürekli artmış ve % 27’den % 45,3 seviyesine yükselmiştir. Yeşil Kart uygulamasında SB bütçesini etkileyen diğer bir durum, Yeşil Kartlılara sunulan sağlık hizmetleri kapsamının genişlemesi ile Yeşil Kartlıların sağlık harcamalarının, 2004–2009 döneminde yükselerek, toplam SB bütçesindeki payının % 23,8’den % 34,3’e çıkmasıdır.

\* 1998 yılından itibaren Yeşil Kart harcamaları Sağlık Bakanlığı bütçesinde ayrı bir kalem olarak yer almaktadır. Yeşil Kart harcamaları 1998–2003 dönemlerinde transfer harcamaları altında yer almaktadır. Konsolide bütçe kapsamındaki kurum ve kuruluşlar bütçelerini 2004 yılından itibaren “Analitik Bütçe Sınıflandırması”na göre hazırlamaktadır.

**Tablo 4-10: Türkiye’de Yıllar İtibariyle Sağlık Harcamaları (Milyon TL)  
(2002-2008)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
<b>SGK</b>	7.132	9.978	12.244	12.627	16.861	19.125	24.896
<b>Tedavi</b>	2.831	4.363	5.905	5.626	8.489	10.267	14.496
<b>İlaç</b>	4.301	5.615	6.339	7.001	8.372	8.858	10.402
<b>Bütçe</b>	1.654	2.035	2.460	2.195	2.426	2.697	2.891
<b>Tedavi</b>	837	1.063	1.240	1.232	1.625	1.730	1.806
<b>İlaç</b>	817	972	1.220	923	804	967	1.085
<b>YeşilKart</b>	650	917	1.206	1.809	2.910	3.900	3.950
<b>Tedavi</b>	537	665	926	1.047	1.984	2.595	2.666
<b>İlaç</b>	113	252	280	762	926	1.305	1.284
<b>Toplam</b>	9.436	12.930	15.910	16.631	22.197	25.722	31.739
<b>Tedavi</b>	4.205	6.091	8.071	7.905	12.098	14.592	18.968
<b>İlaç</b>	5.231	6.839	7.839	8.686	10.102	11.130	12.771

**Kaynak:** İlker Belek, “Sağlıkta Dönüşüm”, s.180

2002–2008 döneminde SGK harcama artışı 3.49 kat, bütçeden yapılan harcama artışı 1.75 kat, Yeşil Kart’taki harcama artışı 6.08 kattır. Toplamdaki artış ise 2.01 kat olmuştur. En büyük artış 10,4 kat ile Yeşil Kart ilaç harcamasındadır.

Kamu sağlık harcamaları kapsamında son olarak devlet kurum ve kuruluşlarının dışında kalan birimlerden oluşan özel sektördeki değişim ele alındığında, kamu kaynaklarının dağılımında SDP sonrası dönemde hizmetlere erişimde kolaylık sağlanması ve özel hastanelerdeki tedavi hizmetlerinin kamu sigortalarınca ödenmesi nedeniyle özel sektör payının giderek büyüdüğü görülmektedir.

SDP sonrasında ayrıca, özel sektöre uygulanan teşvikler (özel sektörün ekstra faturalandırmasına izin verilmesi, kamu hastanelerinin teşhis/tanı hizmetlerini özel sektörden satın alması, özel sektör sağlık hizmetlerine erişimin artması), özel hastane sayısının ve bu kurumlara yapılan ödemelerin artmasına neden olmuştur. Diğer taraftan, SGK’nin, ayakta ve yatan hasta hizmetlerinin sunumu için özel kurumlarla sözleşmeler yapmasıyla, özel hastane sayısı artış göstererek, hastane sektörünün dinamikleri değişmiştir. Özel sektörün sağlık hizmet sunumundaki ve SGK’nun sağlık harcamalarındaki payı yükselmiştir. Bu durumla baş edebilmek için özel sektöre

kısıtlamalar getirilmiştir. SGK ile anlaşılan özel hastanelere SUT fiyatı üzerine fark alabilme sınırı koyulmuştur.

SDP sürecinde özel sektörün rolü artmıştır. Kamu hastaneleri, verimliliklerini artırmak, tıbbi hizmetler üzerine yoğunlaşabilmek için altyapı hizmetlerini (bilgi teknolojileri, güvenlik, temizlik, lojistik, yemek gibi) özel firmalardan hizmet alımı yoluyla temin yoluna gitmişlerdir.

**Tablo 4-11: Türkiye’de Özel Sektör Sağlık Harcamaları ve TSH’ya Oranı (Milyon TL) (%)**

Yıl	Özel Sektör Sağlık Harcamaları	Toplam Sağlık Harcamaları	%
2002	5.504	18.774	%29,32
2003	6.817	24.279	%28,08
2004	8.632	30.121	%28,75
2005	11.372	35.359	%32,16
2006	13.953	44.069	%31,66
2007	16.374	50.904	%32,17
2008	15.580	57.740	%26,98
2009	15.982	64.268	%24,87
2010	18.448	74.397	%24,80
2011	19.000	76.000	% 25,0

**Kaynak:** AİFD, [http://www.aifd.org.tr/Sektorel-Bilgiler/Veri-Merkezi.aspx\(10.05.2013](http://www.aifd.org.tr/Sektorel-Bilgiler/Veri-Merkezi.aspx(10.05.2013) elde edilen bilgilerden faydalanılarak hazırlanmıştır.

Özel sektör sağlık harcamaları 2002’de 5.504 milyon TL’den 2011’de 19 milyon TL ile %245 kat artışa ulaşmıştır.

Bu modele göre, tek alıcı olma gücünü elinde bulunduran SGK, sağlık hizmetlerini birbirleri ile rekabet eden kurumlardan sözleşmeler aracılığı ile satın alacaktır. Sözleşmeler, alınacak hizmetin kalitesini ve fiyatını tanımlayacak ve hizmeti finanse eden kurumdan hizmeti sunan kuruma nakit akışının temelini oluşturacaktır. Burada temel vurgu, özel sektörün itici gücü olan rekabet unsurunun sistem içine entegre edilmesi ve hizmet sunucuları arasında rekabetçi bir ortam yaratılmasıdır.

Özel sektör özellikle ayakta teşhis ve tedavi hizmetleri bakımından önemli bir paya sahiptir. Son yıllarda sosyal güvenlik fonlarınca kapsanan sigortalıların özel sektöre ait sağlık hizmet birimlerinden yararlandırılması uygulaması özel sağlık hizmetlerinin gelişmesini olumlu etkilemiştir.

Yataklı tedavi kurumlarında verilen çeşitli hizmetler yıllar itibariyle karşılaştırılıp incelendiğinde; hem özel sektörde hem de ülke genelinde sağlık hizmeti sunumunda bir artış gözlenmektedir. Ancak özel sektör hizmet sunumundaki artış, ülke genelindeki artıştan oldukça yüksektir. Bu aynı zamanda, özel sağlık kuruluşlarının, gün geçtikçe pastadan daha çok pay alması anlamına gelmektedir. Elde edilebilecek bir başka sonuç, ülke genelindeki sağlık hizmetlerindeki artışın yıllara göre dengeli dağılımına karşın, özel sektördeki genişlemede son birkaç yılın rolü daha belirgindir.

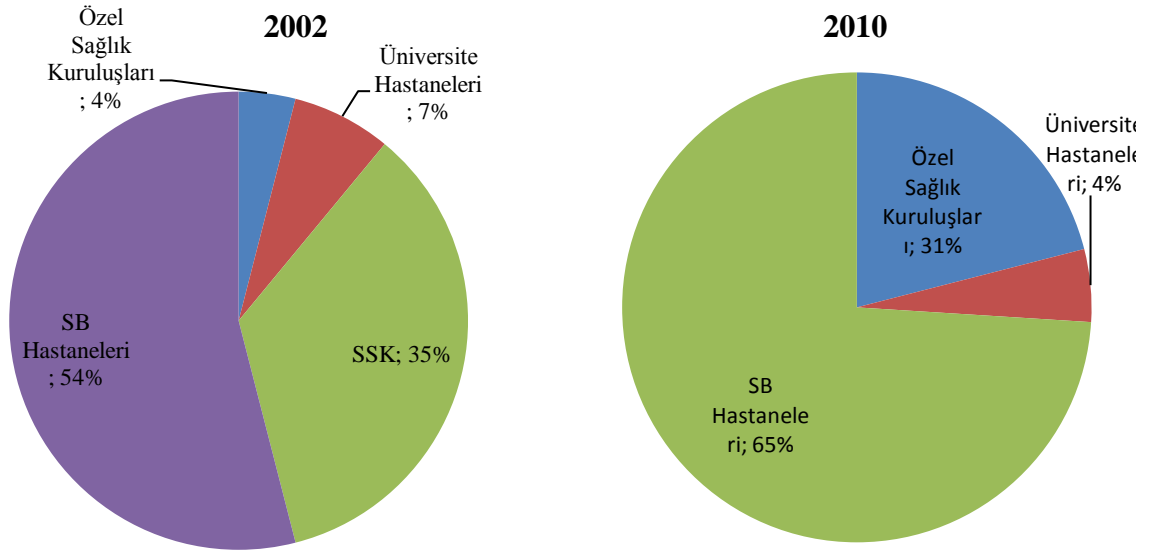
**Tablo 4-12: Türkiye’de Hastane ve Yatak Sayıları Değişimi: (2002/2011) (%)**

	Hastane Sayıları		Değişim (%)	Yatak Sayıları		Değişim (%)
	2002	2011	2002-2011	2002	2010	2002-2010
<b>Kamu</b>	824	905	% 9,8	129.035	154.892	% 20
<b>Özel</b>	271	503	% 85	12.387	28.063	% 126
<b>Diğer</b>	61	45	% -26	18.349	16.995	% - 7,3
<b>Toplam</b>	1.156	1.453	% 25,6	159.771	199.950	% 25,1

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2008” ve TÜİK Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011: (Ek Tablo 3,4) den elde edilen verilerden faydalanılarak hazırlanmıştır.

Özel hastanelerde yapılan muayenelerin sayısı, 2002-2010 döneminde çok büyük bir artış göstermiştir. 2002 yılında ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında yapılan muayenelerin sadece % 4’ü özel kurumlarda yapılırken, 2010’da bu oran, 7,7 kat yükselerek % 31’e ulaşmıştır.





**Şekil 4-3:** Muayene Sayılarının İkinci ve Üçüncü Basamak Sağlık Kurumlarına Göre Yüzdelerle Dağılımı: 2002 ile 2010

**Kaynak:** Seher Nur Sülkü, “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık Hizmet Sunumu Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları”, Maliye Bakanlığı Yayın No:2011-414, s.18

2010 yılında sağlık harcaması pastasından hizmet üreticilerinin aldıkları paylara bakıldığında, oranların Sağlık Bakanlığı % 65, özel hastane ve tıp merkezleri % 31, üniversite hastaneleri % 4, SGK’nın 1000 özel sağlık kuruluşuyla anlaşma yaptığı ve bunların 350’sinin özel hastane olduğu, bu haliyle özel sektörün SDP sonrası dönemde 80 yıldır esas sağlık hizmeti üreticisi olan devlet yapısının yarısı büyüklüğüne ulaştığı görülmektedir.

Benzer şekilde 2009 yılı için sağlık kurumlarından gönderilen GSS faturaları karşılığında SGK’nun yaptığı ödemelerin kurumlara göre durumuna bakıldığında 2. basamak devlet hastanelerinin payı % 34,2, 3. basamak devlet hastanelerinin payı % 18,1, özel kurumların payı % 29, üniversitelerin payı % 18,7 olup, buna göre özel kurumlar GSS’li nüfusa hizmet sunumunda ikinci sıraya yerleşmiştir.

Aynı şekilde, 2004-2008 arasında kamunun tedavi hizmetleri karşılığı hizmet sunucularına yaptığı ödemelerde özel hastanecilik sektörü giderek daha yüksek pay almaktadır. Bu dönemde “toplam ödemeler 1.74, devlet hastanelerine yapılan

ödemelerde 1.28 kat artış gerçekleşirken, özel hastane ödemeleri tam 4.79 katına çıkmıştır.”<sup>205</sup>

**Tablo 4-13: Kamu Tedavi Ödemelerinin Kurumlara Göre Durumu (2004-2008)**

	<b>Toplam</b>	<b>Devlet Hastanesi</b>	<b>Üniversite Hastanesi</b>	<b>Özel Hastaneler</b>
<b>2004</b>	10.887	7.112	2.374	4.400
<b>2005</b>	10.313	6.314	2.323	4.667
<b>2006</b>	14.247	9.059	2.356	2.474
<b>2007</b>	15.877	10.047	2.863	2.967
<b>2008</b>	18.968	10.214	3.048	6.705

**Kaynak:** İlker Belek, “Sağlıkta Dönüşüm”, s.182

Kamu kaynaklarından özel sektöre aktarılan paydaki artışa işaret eden bir diğer veri de, “SSK harcamaları içinde dışarıdan satın alınan hizmetlerin payının 1995’te % 22.4, 1998’de % 27.4, 2000’de %31.8 ve 2002’de %29.6 iken 2005’te % 80.4”<sup>206</sup> olması ve SSK (sonradan SGK’nin) özel hizmet sunucularına aktardığı payın artışının yüksekliği dikkat çekmektedir. “1999-2007 arasında, özellikle sosyal güvenlik kurumlarıyla Haziran 2004’te imzalanan, özel sağlık kuruluşlarından yararlanabilmeyi getiren protokol sonrası, 2005’ten başlayarak özel hastane polikliniğine başvuru ve yatan hasta sayılarında artış belirgindir.”<sup>207</sup> GSS’li nüfusun 2009 yılında toplam ikinci basamak kurum kullanımı içinde ayakta tedavi hizmetleri için özel kurumları kullanma oranı % 41, yataklı tedavi hizmetleri % 40.4’tür.<sup>208</sup>

Sağlık hizmetleri içinde özel sektörün ağırlığındaki artışı gösteren diğer bazı veriler aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- 2002 yılında hastanelerin % 23.4’ü, hastane yataklarının %8.2’si özel sektörün elindeyken, oranlar 2009 yılında sırasıyla % 32.4 ve % 12.9’a yükselmiştir,
- 2002 yılı sonrası özel hastane sayısı toplam 180 adet artarken, toplam hastane sayısındaki artış 234 olmuştur,
- Özel hastanelerde muayene edilen hastaların oranı 2002 yılında toplamın % 4.6’sı iken, oran 2009 yılında % 21.0’e yükselmiştir,

<sup>205</sup> Belek, “Sağlıkta Dönüşüm” s. 182

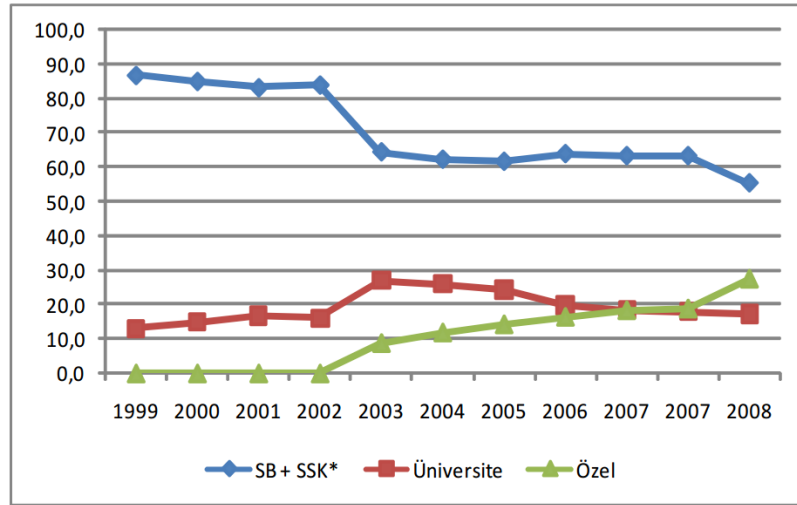
<sup>206</sup> Akın, s.53

<sup>207</sup> Baran, s. 159

<sup>208</sup> SGK, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2009, s.143

- 2002 yılında hastaların % 10.1'i özel hastanelerde yatarak tedavi alıyordu, bu oran 2009'da % 25.3'ü bulmuştur,
- 2002 yılında ameliyatların % 13.7'si özel hastanelerde yapılırken, oran 2009'da % 23.3'e çıkmıştır.<sup>209</sup>
- “2002-2008 döneminde özel hastane sayısı % 48.1 artarak 400'e ulaşmış, yatak sayısı ise bu dönemde % 40 artarak 21 bine çıkmıştır. Böylece özel sektör 2008'de toplam hastane sayısının % 30'unu ve toplam yatak sayısının % 11'ini oluşturmuştur.”<sup>210</sup>

Şekil 4.4'te görüldüğü gibi, özel hastanelerin kamunun tedavi harcamaları içindeki payı 2002'de % 8.8 seviyesinden 2008'de % 27.5 seviyesine çıkmıştır.



Şekil 4-4: Kamu Tedavi Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Dağılımı

**Kaynak:** Seher Nur Sülkü, “Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi Ve Sonrasında Sağlık Hizmet Sunumu Finansmanı Ve Sağlık Harcamaları”, Maliye Bakanlığı Yayın No:2011-414, s.53

Özel sektör; özel sağlık sigortası, hane halkı, cepten yapılan ödemeler, kâr amacı gütmeyen kurumlardan oluşmaktadır ve son olarak değineceğimiz konu olan cepten yapılan ödemeler, özel finansman kaynaklarının en büyük bölümünü oluşturmaktadır. Cepten yapılan ödemeler, hane halkı tarafından sağlık hizmeti almak amacıyla doğrudan yapılan ödemelerdir; özel hekim ve kurumlara yapılan ödemeler, gönüllü sağlık

<sup>209</sup> Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, s. 50, 94, 97,98

<sup>210</sup> Sülkü, s.16

sigortasına ödenen primler ile ilaç ve hizmetlere ödenen katkı paylarını kapsar. Türkiye’de yapılan düzenlemelerle, genel sağlık sigortalısı ve bakmakla yükümlü olduğu kişilerden ve Yeşil Kart sahiplerinden 1 Ocak 2008’den itibaren katkı payı alınmaya başlanmıştır. Ayrıca 1 Ocak 2009 tarihinden itibaren 2. ve 3. Basamak sağlık hizmeti sunan kurumlarda ayakta tedavide hekim ve diş hekimi muayenesinde katılım payı alınmaya başlanmıştır.<sup>211</sup> Katkı paylarının alınması konusunda dikkat çekici nokta, “Dünya Bankası’nın 2006’da yayınladığı ‘Türkiye Kamu Harcamaları Gözden Geçirme’ raporunda maliyetleri denetleme ve sağlık hizmetlerinin gelişigüzel kullanılmasını önlemek için temel ölçünün ayakta muayene ve ilaçlar için katkı payı alınması”<sup>212</sup> vurgusu ve ayrıca “IMF’nin Ağustos 2008 Türkiye Raporu’nda sağlık sistemlerini iyileştirmek, zamanla etkililiğini artırmak ve sistemin yeterince finansmanını sağlamak için kişilerden 1. Basamak için 0-2 YTL, 2. Basamak için 8-10 YTL ve 3. Basamak muayeneleri için 8-10 YTL alınması sözü” nün verilmiş olmasıdır.<sup>213</sup>

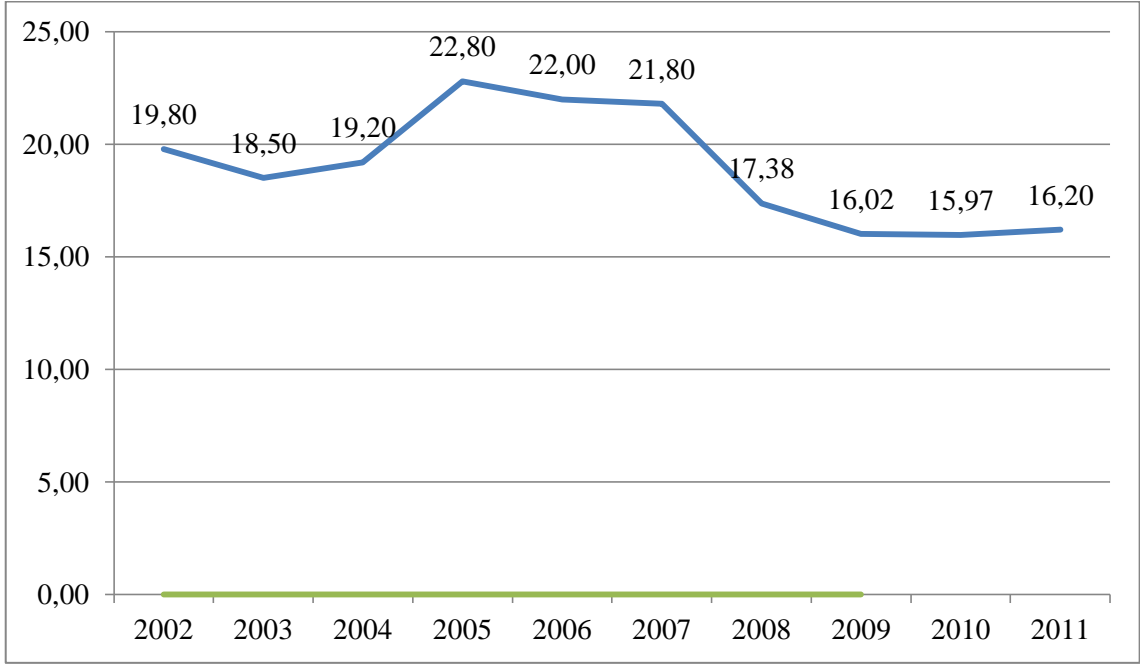
Şekil 4-5’te cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamalarına oranı gösterilmektedir. 2002 yılından 2011 yılına kadarki süreçte, cepten yapılan sağlık harcamalarının TSH içindeki oranı 8.3’lük bir düşüş göstererek % 16.20 olarak hesaplanmıştır.

---

<sup>211</sup> T.C. Başbakanlık, “**Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ (Sıra No: 7)**”  
<http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm&main> (01.01.2009)

<sup>212</sup> Aristomene Varoudakis, “**Turkey Public Expenditure Review**” Report No. 36764-TR, 2006,  
[http://siteresources.worldbank.org/INTTURKEY/Resources/361616-1173282369589/tr\\_per\\_cr.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTTURKEY/Resources/361616-1173282369589/tr_per_cr.pdf) (10.05.2013)

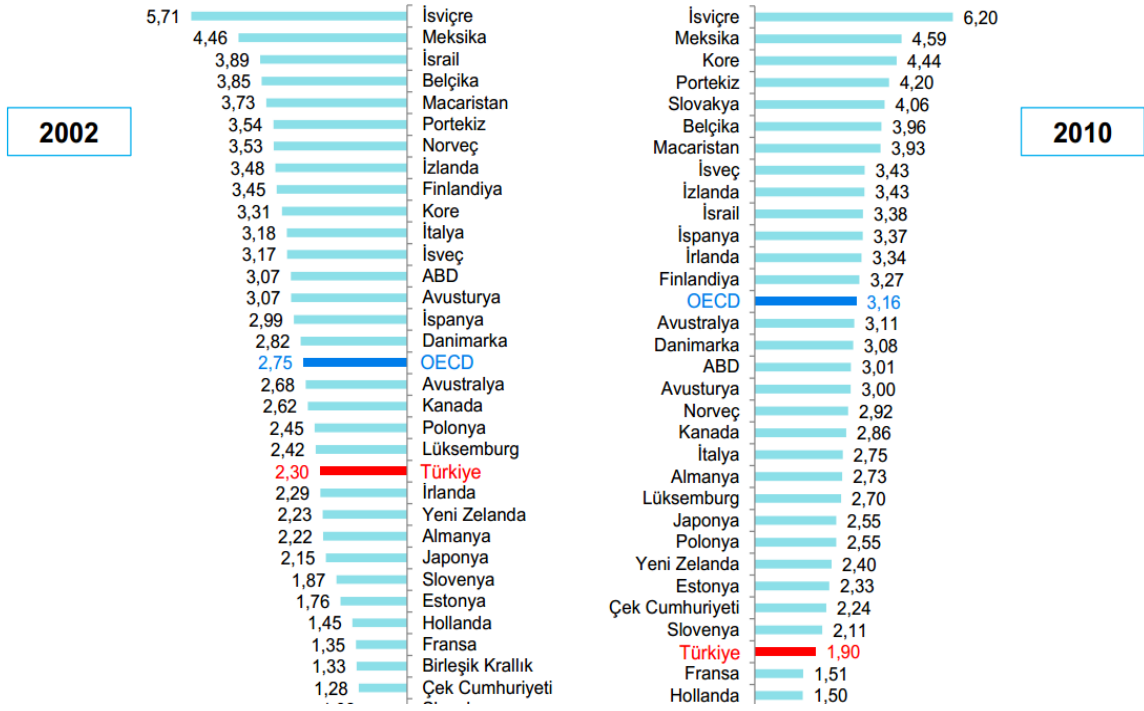
<sup>213</sup> IMF, “**Turkey: Seventh Review and Inflation Consultation Under the Stand-By Arrangement and Request for Waiver of Nonobservance of Performance Criteria—Staff Report; Staff Supplement; Press Release on the Executive Board Discussion; and Statement by the Executive Director for Turkey**”. Country Report No. 08/272 ,August 2008, s.65 - 66



**Şekil 4-5:** Türkiye’de Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının TSH’na Oranı

**Kaynak:** Yusuf Çelik, “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Haziran 2011, Cilt 1, Sayı 1,s.66 ve <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/saglik-bak/tr-saglik-harcamalari-71-milyar-artti-2-13-46501.html> (10.05.2013) elde edinilen bilgilerle hazırlanmıştır.

Türkiye’de hane tüketimi içinde cepten yapılan sağlık harcamasının oranı OECD ülkelerine göre oldukça düşüktür. Şekil 4.6’da OECD ülkeleri arasında Türkiye’nin hane halkı tüketimi içinde cepten yapılan sağlık harcaması oranı açısından sondan üçüncü ülke olduğunu göstermektedir. Hane halkı tüketimi içinde cepten sağlık harcamasının payı Türkiye’de %1.9 iken, OECD ortalaması % 3.16’dır. Norveç, İsviçre, Belçika, İsveç, İspanya, Avusturya gibi ülkelerin tümünde oran Türkiye’nin üzerindedir.



Not: Türkiye verisi 2011 yılına aittir.

**Şekil 4-6:** Hane Halkı Tüketimi İçinde Cepten Sağlık Harcamasının Payı(%)  
(2002/2010)

**Kaynak:** OECD Health Data 2012, <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm> (10.05.2013)

Tablo 4-14’de yukarıdaki bulguyu destekleyen bir durumu ortaya koymaktadır. Türkiye’de hane halkı harcamaları içinde cepten sağlık harcamasının payı giderek azalmaktadır. Ancak, eğer 2008 verisi bir istisna ise, SDP sonrasında % 21-22 bandına oturmuş bulunuyor. Sonuçta Türkiye’de cepten harcamanın hane halkı toplam harcaması içindeki oranı OECD’den düşük ve yıllar içinde de azalma eğilimindedir. Cepten harcamanın düşüklüğü, ilk bakışta, sağlıkta kamunun ağırlığının büyüklüğü olarak yorumlanabilir. Ancak bu doğru bir yorum olmaz. Çünkü cepten sağlık harcaması özel sağlık harcamasının yalnızca bir bileşenidir. Cepten harcama dışında vakıflar ve özel sağlık sigortacılığı üzerinden gerçekleşen özel sağlık harcamaları da vardır.

**Tablo 4-14: Türkiye’de Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması (1995-2007) (Dolar)**

	Kişi Başı Sağlık Harcaması			Değişim (%)	
	1995	2002	2007	1995-2002	2002-2007
<b>Kamu</b>	60	133	375	122	182
<b>Özel</b>	25	55	178	120	224
<b>Toplam</b>	85	188	553	121	194

**Kaynak:** İlker Belek, “Sağlıkta Dönüşüm”, s.190

2002 yılı öncesinde 7 yıllık sürede özel sağlık harcaması artışı % 120 iken, 2002-2007’yi kapsayan 5 yıllık dönemde değişim % 224’tür.

Sonuçta, “2000 yılından başlayarak sosyal güvenlik kurumlarının tedavi harcamaları içinde özel hastanelerin payına baktığımızda 2002-2004 arasında düşüş olmakla birlikte, 2004’ten sonra sürekli bir artış görülmektedir. Bu artış Haziran 2003’te devlet memurlarından başlayarak ve Haziran 2004’te sosyal güvenlik kurumlarına bağlı sigortalı ve hak sahiplerinin özel sağlık kurum ve kuruluşlarında muayene ve tedavi edilmelerini sağlayan protokol sonrasına denk gelmektedir.”\*

Öte yandan sonuç olarak, Türkiye’de kamu sağlık harcamalarının gelişimi içinde ortaya konmaya çalışılan SDP sonrası artış tek başına olumlu bir göstergeyken, harcamaların bileşimi açısından bakıldığında harcamanın esas olarak ilaç ve hastanecilik harcamalarındaki artışla ve kamu finansman kurumlarının dışarıdan hizmet satın almasıyla ilişkili olduğu görülmektedir. Bu bağlamda tedavi amaçlı sağlık harcamalarının kamu sağlık harcamalarında görülen artışta en önemli yere sahip olduğu görülmektedir. 2005-2012 yılları arasında kamu sağlık harcamalarının dağılımını gösteren Tablo 4-15’te tedavi giderleri (ayakta ve yatarak sunulan tedavi hizmetleri) en yüksek paya sahiptir ve 2005’te 8.925 Milyon TL’den her yıl artarak 2012 yılında 28.740 Milyon TL’ye ulaşmıştır.

\* -4905 Sayılı Devlet Memurları Yasası ile Türkiye Cumhuriyeti Emekli Sandığı Yasasında Değişiklik Yapılmasına Dair Yasa  
-5018 Sayılı Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Yasası  
-Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, T.C. Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı ve Bağ-Kur Genel Müdürlüğü ile Özel Sağlık Kurum ve Kuruluşlarını Temsil Eden Dernekler Arasında İmzalanan 1 Haziran 2004 Tarihli Protokol

**Tablo 4-15: Türkiye’de Kamu Sağlık Harcamalarının Ayrışımı (2005-2012)  
(Milyon TL)**

Yıl	Diğer Harcamalar	İlaç Harcamaları	Tedavi Harcamaları	Kamu Harcamaları Toplamı
2005	-	8.685	8.925	17.610
2006	-	10.101	12.916	23.016
2007	-	11.140	15.469	26.609
2008	-	12.964	19.147	32.111
2009	792	16.068	21.541	38.401
2010	1.388	15.347	22.913	39.648
2011	3.138	15.868	26.074	45.080
2012	3.458	15.524	28.740	47.723

**Kaynak:** Maliye Bakanlığı 2013 Bütçe Gerekçesi, s.237 [http://www.tbmm.gov.tr/butce/2013/butce\\_gerekcesi.pdf](http://www.tbmm.gov.tr/butce/2013/butce_gerekcesi.pdf) (10.05.2013)

SGK verilerine göre kurumun örneğin 2011 yılındaki toplam sağlık harcaması 36.6 milyar TL’dir. Bunun % 38’i ilaca, % 62’si tedaviye yapılmıştır. Bu oranlar, Türkiye’de sağlık harcamalarının koruyucu hizmetler ve tedavi hizmetleri arasındaki dağılımın çarpıklığını göstermektedir. (Bkz. Tablo 4-17 ve Tablo 4-18)

**Tablo 4-16: Türkiye’de Sosyal Güvenlik, Sağlık Hizmetlerine Yönelik Harcamaların GSYH’ya Oranı (2006-2013) (%)**

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 Bütçe Öngörüsü
<b>Sağlık Harcamaları</b>	3,87	4,05	4,33	5,02	4,43	4,28	4,14	3,98
SGK Sağlık Harcamaları	2,65	2,71	2,97	3,37	2,97	2,77	2,68	2,57
Merkezi Yönetim Sağlık	1,22	1,34	1,36	1,65	1,45	1,52	1,46	1,41
Yeşil Kart Harcamaları	0,38	0,46	0,42	0,58	0,41	0,39	0,37	0,35
<b>Sigorta ve Emeklilik Ödemeleri</b>	6,62	6,91	6,74	7,69	7,78	8,18	8,20	8,13
<b>Sosyal Hizmet ve Sosyal Yardım</b>	0,50	0,52	0,56	0,76	0,78	0,78	0,79	0,78
<b>TOPLAM</b>	10,99	11,48	11,63	13,47	12,99	13,24	13,13	12,89

**Kaynak:** [http://www.kahip.org/site\\_media/docs/milletvekili\\_mektup\\_2011.pdf](http://www.kahip.org/site_media/docs/milletvekili_mektup_2011.pdf) (erişim:02.04.2013)

Tablo 4-16’da görüldüğü gibi 2010 yılında sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı % 4.43’tür ve bunun % 2.97’si SGK tarafından yapılan ilaç ve tedavi harcamalarıdır. Geri kalan % 1.45 ise Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan sağlık



harcamasıdır. “Sağlık Bakanlığı’nın harcamalarının % 60’ının Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne, % 40’ının ise Temel Sağlık Hizmetleri (Aile Hekimliği hizmetleri dahil) ve diğer genel müdürlüklere ayrılmış olduğu ödenek cetvellerinden görülebilmektedir. Sağlık Bakanlığı harcamasının % 40’ının tümünü koruyucu hizmet saydığımızda dahi 2011 yılında GSYH’ya oranı % 4.43 olan sağlık harcamasının içinden sadece % 0.58’in koruyucu hizmetlere ayrıldığını hesaplayabiliriz. % 3.86’sı ise ilaç ve tedavi hizmetlerine gitmektedir.”<sup>214</sup> Oysa koruyucu sağlık hizmetlerinin ihmal edilmesi ve harcamalarının kısılması, daha yüksek maliyetli olan tedavi hizmetlerine yönelik harcamaları artırmaktadır. Tedavi giderlerindeki artışın nedenleri arasında özellikle özel sektörde yoğunlaşan ağır tıbbi teknoloji, kamunun tanısız ve girişimsel işlemleri daha çok özel sektörden satın almak zorunda kalması ve gereksiz olarak nitelenebilecek girişimlerin artışı sıralanabilir. Bu anlamıyla Türkiye sağlık sistemi “OECD ülkelerine göre daha fazla oranda hastane yatağı bağımlısıdır. OECD ülkelerinde son yıllarda, ayakta ve gününbirlik bakıma verilen öneme bağlı olarak, hastane yatak sayısı azaltılırken, Türkiye’de yıllık % 1.4 hızıyla artmayı sürdürmektedir.”<sup>215</sup>

Sonuç olarak, daha çok tedaviye, hastanelere, özel sektöre yönelik sağlık harcaması kamu sağlık harcamalarının verimliliği açısından olumsuz göstergelerdir.

Bu gelişmelere paralel olarak Sosyal Güvenlik Kurumu’nun harcamaları da yıllar itibariyle artmıştır. Geçtiğimiz 7 yılda yıllık ortalama artış en fazla % 23 ile tedavi masraflarında yaşanmıştır. 2005-2011 arasında yıllık ortalama % 12 büyüyen ilaç harcamaları Global Bütçe uygulama esasları ile ilaca erişimin arttığı oranda artmamıştır. İlaç harcamalarının toplam SGK sağlık bütçesi içerisindeki payı 2005 yılında % 51 iken 2011 yılında % 38’e inmiştir.

**Tablo 4-17: Türkiye’de SGK Harcamaları (Milyon TL) (2005-2011)**

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<b>Toplam SGK Harcamaları</b>	<b>13,6</b>	<b>17,7</b>	<b>20,0</b>	<b>25,3</b>	<b>28,8</b>	<b>32,5</b>	<b>36,6</b>

**Kaynak:** AİFD, “Türkiye’de İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, 2012, s.45

<sup>214</sup> Belek, s.195

<sup>215</sup> C. Özcan, Sare Mihçioğur, **Aile Hekimliği Sisteminde Performans Değerlendirme Ölçütleri**, HASUDER, Temel Sağlık Hizmetleri Çalıştay Kitabı, 2009, s. 78

**Tablo 4-18: Türkiye’de SGK Harcamalarının Değişimi,(2005/2011) (%)**

	<b>2005-2011 YBBO</b>	<b>2005 Toplamdaki Payı</b>	<b>2011 Toplamdaki Payı</b>
<b>Toplam</b>	% 18	% 100	% 100
<b>İlaç</b>	% 12	% 51	% 38
<b>Tedavi ve Diğer</b>	% 23	% 49	% 62

\* YBBO: Yıllık Bileşik Büyüme Oranı

**Kaynak:** AİFD, “Türkiye’de İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, 2012, s.45

2012 yılında nüfusun % 97’sini kapsayan Sosyal Güvenlik Kurumu, 2009 yılı kamu sağlık harcamalarının yarısından fazlasını gerçekleştirmektedir. Nüfusun önemli bir bölümünü sosyal güvence olarak kapsayan Sosyal Güvenlik Kurumunun kamu sağlık harcamalarının % 50’sini ödemesi şartıdır. Sosyal güvence ve sağlık güvencesi kavramları birbirinden farklı olup Türkiye’de sağlık güvencesine sahip olan nüfus oranı % 68 civarındadır. Sağlık Bakanlığı, kamu sağlık harcaması açısından en fazla harcamaya sahip ikinci kurumdur.

#### **4.1.1.1.2. Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları**

Ülkelerin gelirlerinde meydana gelen artışlar ve bireylerin yaşam standartlarının yükselmesi, sağlık için yapılacak harcamaların sonuçlarının kişinin geri kalan tüm ömrünü etkilemesi anlamında, bireylerin daha rahat yaşam sürmelerini sağlayacak hizmetlerin talebinde artışı beraberinde getirmektedir.

Bir ülkenin gelir seviyesi ile hem kişi başına sağlık harcaması hem de GSYH yüzdesi olarak sağlık harcaması arasında önemli bir ilişki vardır. Gelir düzeyi yüksek olan ülkeler sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapma eğilimine sahiptirler. Nitekim gelişmiş ülkelerde kişi başına düşen gelir miktarı ve kişi başına düşen sağlık harcamaları gelişmekte olan ülkelere göre daha yüksektir.

Bu bölümde öncelikle Türkiye’nin kişi başı sağlık harcaması düzeyine, gelişmekte olan pazarlar, aynı gelir grubundaki ülkeler, OECD ülkeleri ve AB-15 ortalaması bağlamında kısaca değinilecek, daha sonra Türkiye’de kişi başı sağlık harcaması değerlerinin SDP öncesi ve sonrasındaki değişimi ele alınacaktır.

Türkiye, kişi başına sağlık harcamaları açısından 2009 yılında 60 ülke içinde 35. sıradadır ve aralarında Güney Kore, Brezilya, Rusya, Meksika, Çin ve Hindistan'ın yer aldığı gelişmekte olan önemli pazarlar arasında 3. sırada yer almaktadır. Tablo 4-19'da 2008-2013 yılları arasında Türkiye'nin de yer aldığı gelişmekte olan pazarlardan bazılarının yıllık bileşik büyüme oranları görülmektedir; 2004-2009 yılları arasında olduğu gibi, Türkiye dahil olmak üzere birçok gelişmekte olan pazarın yıllık bileşik büyüme oranı iki basamaklı iken Amerika ve İngiltere gibi gelişmiş pazarlarda aynı dönemde tek basamaklı büyüme oranları görülmüştür.

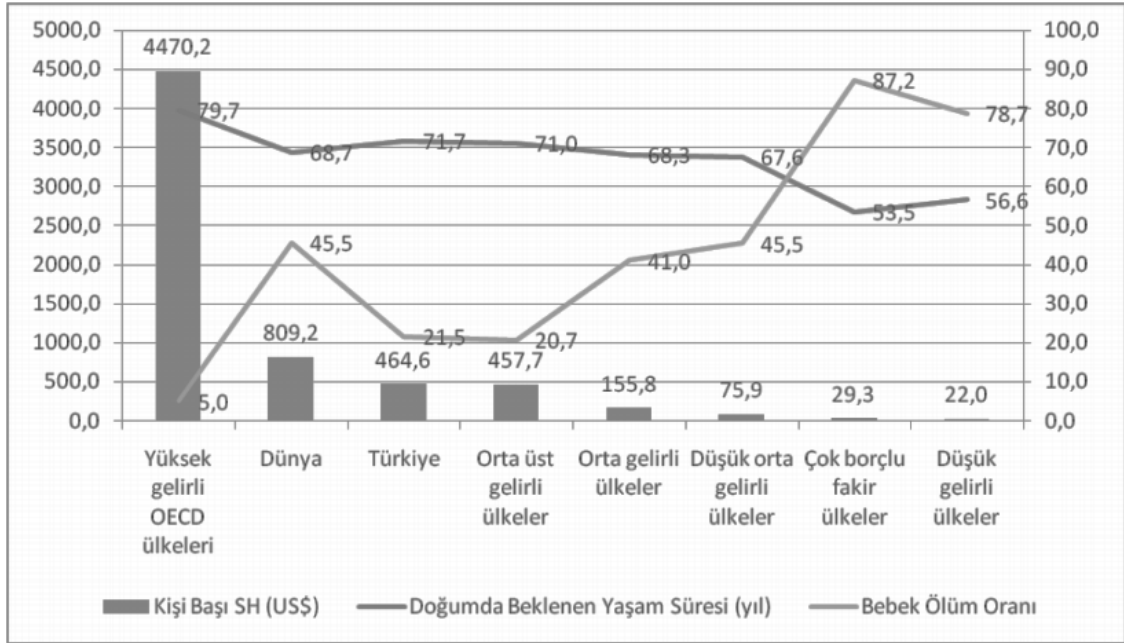
**Tablo 4-19: Gelişmiş ve Gelişmekte Olan Ülkelerde Kişi Başı Sağlık Harcamaları Yıllık Bileşik Büyüme Oranı (2008-2013) (%)**

Gelişmiş Ülkeler		Gelişmekte Olan Ülkeler	
<b>ABD</b>	%2-%1	<b>Çin</b>	%20-%23
<b>Japonya</b>	%1-%4	<b>Brezilya</b>	%7- %10
<b>Fransa</b>	%0-%3	<b>Meksika</b>	%4- %7
<b>Almanya</b>	%3-%6	<b>Türkiye</b>	%11-%14
<b>İtalya</b>	%0-%3	<b>Hindistan</b>	%11-%14
<b>İngiltere</b>	%0-%3	<b>G. Kore</b>	%7- %10
<b>İspanya</b>	%6-%9	<b>Rusya</b>	%14-%17
<b>Kanada</b>	%3-%6	<b>İlaç sektöründe gelişmekte olan ülkeler</b>	%13-%16
<b>Gelişmiş Ülkeler</b>	%0-%3	<b>Dünya</b>	%4- %7

**Kaynak:** Deloitte, "Türkiye'de Sağlık Sektörü Raporu", 2010, s.7

Türkiye'nin GSYH'nın % 5-6'sı şeklinde bir sağlık harcama düzeyine sahip olduğu göz önünde bulundurulduğunda, orta-üst gelirli ülkeler grubunda yer aldığı söylenebilir. Doğumda beklenen yaşam süresi, bebek ölüm oranı gibi sağlık statüsü göstergeleri açısından da orta üst ve orta gelirli ülkelerle aynı seviyede olduğu görülmektedir. Ayrıca Türkiye Dünya Bankası gruplandırmasına göre de üst-orta gelir düzeyinde bir ülkedir.\*

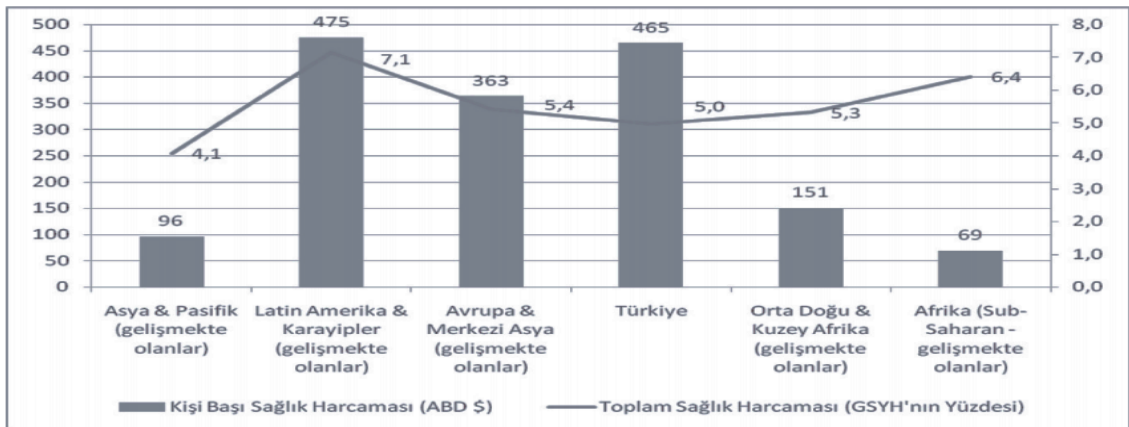
\* Dünya Bankası ülkeleri 2008 yılı GSMH değerlerine göre gruplandırılmıştır. Buna göre gelirleri 3856-11.905\$ arasında olanlar üst orta gelir ülkesi olarak tanımlanmıştır.



Şekil 4-7: Gelir Gruplarına Göre Ülkelerin Kişi Başına Sağlık Harcama Düzeyleri Ve Sağlık Statüsü Göstergeleri

**Kaynak:** Yusuf Çelik, “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Haziran 2011, Cilt 1, Sayı 1, Sayfa 70

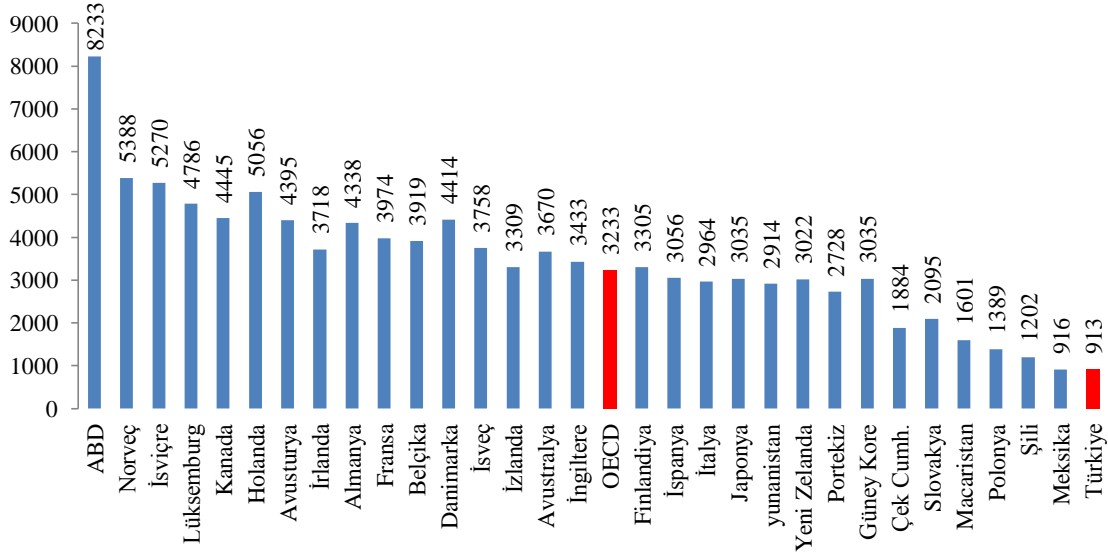
Sadece gelişmekte olan ülkeler ve buldukları bölge grupları dikkate alınarak bir karşılaştırma yapıldığında ise, Türkiye'nin Latin Amerika'da bulunan ve gelişmekte olan ülkelerle benzer bir kişi başına harcama düzeyi ve sağlık statüsü göstergelerine sahip olduğu görülmektedir.



Şekil 4-8: Bölge Gruplarına Göre Ülkelerin Kişi Başına Ve GSYH Yüzdesi Olarak Sağlık Harcama Düzeyleri

**Kaynak:** Yusuf Çelik, “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, s.68

Kişi başına yapılan sağlık harcamaları ve sağlık statüsü göstergeleri açısından Türkiye'nin OECD ülkeleri içindeki durumuna bakıldığında, kişi başına sağlık harcama düzeyinin en düşük; sağlık statüsü göstergelerinden bebek ölüm oranının en yüksek (binde 20.7) ve doğumda beklenen yaşam süresinin en kötü ikinci sırada (Estonya 72.9 yıl, Türkiye 73.4 yıl) olduğu görülmektedir.



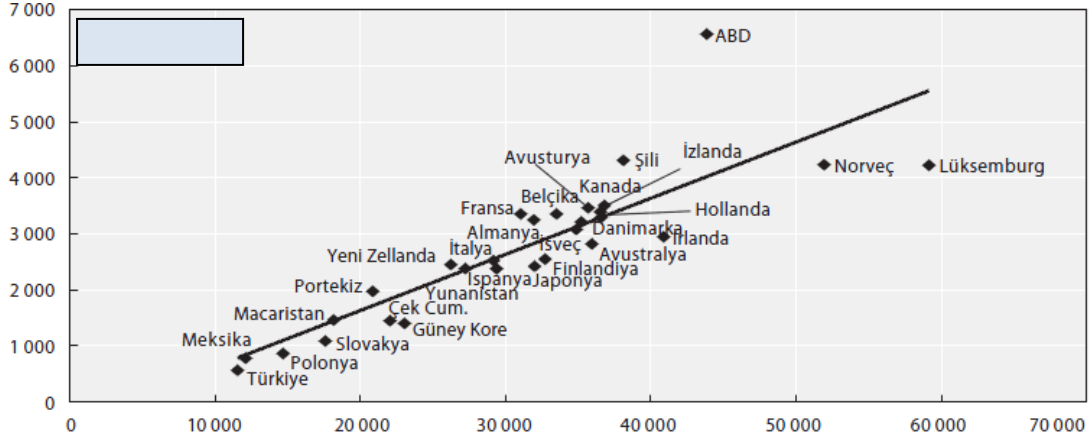
**Şekil 4-9:** OECD Ülkelerinde Kişi Başı Sağlık Harcamaları 2010 (SGP Dolar olarak)

**Kaynak:** OECD Health Data 2012 bilgilerinden derlenmiştir. <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-per-capita-2012-> (10.05.2013)

Kişi başı sağlık harcamasında Türkiye OECD sonucusudur. OECD ortalaması 3233 \$'dır. Türkiye'ye en yakın ülke Meksika yılda kişi başına 916 \$ sağlık harcaması yapmaktadır. Öte yandan toplam sağlık harcaması içinde kamunun payı 2010 yılı itibariyle % 75.2 ile OECD ortalaması % 72.2'yi geçerek SDP sonrası sağlık harcamasındaki artış Türkiye ile OECD arasındaki farkı belli derecede kapatmıştır.

Öte yandan Türkiye'de kişi başı sağlık harcaması kişi başı gelire göre beklenenin altındadır. Bu durum Şekil 4-10'da görüldüğü üzere eğimli düz çizgi gelire göre beklenen kişi başı sağlık harcaması miktarını gösteriyor. Türkiye'nin ülkeler kümesinin en altında yer aldığı (bu hem kişi başı sağlık harcaması hem de kişi başı gelir

için geçerli), aynı zamanda da ülkelerin ortalama durumunu yansıtan eğimli eksenin altına düştüğü<sup>216</sup> görülmektedir.



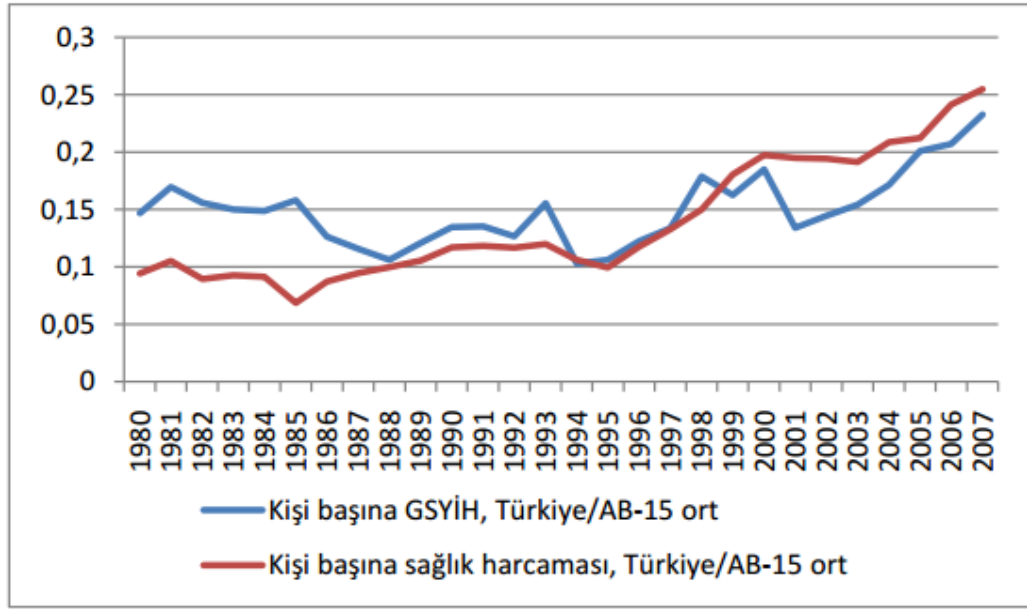
Şekil 4-10: OECD Bölgesi İçin GSYH ile Kişi Başı Sağlık Harcaması Arasındaki İlişki

**Kaynak:** OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri, s.56

Türkiye, gelire göre beklenen kişi başı sağlık harcaması beklenenin altında olmasına rağmen, kişi başı sağlık harcamasındaki artış açısından 1997-2007 arası % 8.5 büyüme ile OECD ülkeleri arasında Kore'den sonra ikinci sırada yer almakta, bu büyüme esas olarak SDP uygulaması sonrasında denk düşmektedir. Türkiye kişi başı sağlık harcaması açısından tüm OECD ülkelerini geride bırakırken, ulusal gelirdeki yıllık artışta sekiz ülkenin gerisinde kalmaktadır.

Özetle SDP sonrası Türkiye'nin kişi başı sağlık harcamasında AB-15 ortalamasına yaklaştığı görülmekte; sağlık harcamasındaki bu artış esas olarak kamu harcamasından kaynaklanmaktadır. 1980 yılında Türkiye kişi başı sağlık harcaması AB-15 ortalamasının % 9'u iken, kişi başı GSYH AB-15 ortalamasının % 15'i kadardır. Sağlık harcamalarının en hızlı arttığı dönem 1995-2000 olmakla birlikte, Şekil 4-11'de görüldüğü gibi 2000-2003 arası artış hızı yavaşlamış, SDP sonrası döneme denk gelen 2003'ten sonra ise tekrar hızlanmıştır.

<sup>216</sup> Belek, s. 174



Şekil 4-11: Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması ve GSYH, Türkiye/ AB-15 Ortalama (1980-2007)

**Kaynak:** Selin Arslanhan, “Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?”, Tepav, s.2

Tablo 4-20’de 1999’daki sağlık harcamalarındaki artış Marmara Depremi ile ilişkilendirilebilir. Ayrıca 2001 yılında Türkiye, tarihinin en büyük finansal krizlerinden birini yaşamış; kişi başı reel GSYH’sı yaklaşık % 7 oranında küçülürken, kişi başı sağlık harcamalarında % 5’lik reel bir artış gözlenmiştir.

Türkiye’de SDP öncesi ve sonrasında kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığında aşağıdaki tabloda görülen manzara ile karşılaşılmaktadır: SDP öncesinde örneğin 2000 yılında Türkiye genelinde kişi başı ortalama kamu sağlık harcaması 129 \$ olarak bildirilmiştir. Sigorta grubuna göre kişi başı sağlık harcamasının, SSK’da 106 \$, Bağ-kur’da 143 \$, Emekli Sandığı’nda 276 \$, aktif devlet memurları için 190 \$ ve Yeşil Kartlılar için 47 \$ olarak gerçekleştiği görülür. SDP’nin uygulamaya konduğu 2003 yılını takiben toplam kişi başı sağlık harcamasının (kamu+özel) ise her yıl artarak 242 \$’dan 2010 yılında 678 \$’a ulaştığı görülür.

**Tablo 4-20: Türkiye’de Kişi Başına Kamu Sağlık Harcaması (1980-2010)**

<b>Yıllar</b>	<b>(Dolar)</b>	<b>Yıllar</b>	<b>(Dolar)</b>
<b>1980</b>	55.5	<b>1996</b>	107.8
<b>1981</b>	50.1	<b>1997</b>	107.3
<b>1982</b>	43.3	<b>1998</b>	129.8
<b>1983</b>	41.3	<b>1999</b>	115.9
<b>1984</b>	38.2	<b>2000</b>	129.6
<b>1985</b>	39.2	<b>2001</b>	105.6
<b>1986</b>	42.5	<b>2002</b>	133
<b>1987</b>	49.8	<b>2003</b>	174
<b>1988</b>	51.0	<b>2004</b>	221
<b>1989</b>	66.5	<b>2005</b>	259
<b>1990</b>	95.1	<b>2006</b>	301
<b>1991</b>	97.9	<b>2007</b>	375
<b>1992</b>	107.4	<b>2008</b>	456
<b>1993</b>	130.1	<b>2009</b>	432
<b>1994</b>	88.9	<b>2010</b>	510
<b>1995</b>	106.4	<b>2011</b>	v.y.

**Kaynak:** Gülay Akgül Yılmaz, “OECD Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Devlet ve Sosyal Harcamalar”, Arıkan Basım Yayın,2006, s.79 ve İlker Belek, “Sağlıkta Dönüşüm”, s.169’dan elde edilen bilgilerden faydalanılarak hazırlanmıştır.

SDP uygulaması sonrası kişi başı sağlık harcamasındaki artış Tablo 4-21’de daha net görülmektedir.



**Tablo 4-21: Türkiye’de Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcaması (Dolar)**

	Kişi Başı Sağlık Harcaması			Değişim (%)	
	1995	2002	2010	1995-2002	2002-2010
<b>Kamu</b>	60	133	510	% 122	% 283
<b>Özel</b>	25	55	448	% 120	% 714
<b>Toplam</b>	85	188	958	% 121	% 410

**Kaynak:** Recep Akdağ, s. 81, Gülay Akgül Yılmaz, “OECD Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Devlet ve Sosyal Harcamalar”, Arıkan Basım Yayın,2006, s.79 ve Tablo 4-24’den elde edilen bilgilerden faydalanılarak hazırlanmıştır.

1995-2002 yılları arasında kişi başına düşen toplam sağlık harcamasındaki değişim % 121 iken, 2002-2010 yılları arasında % 410 olmuştur. Bu artış, SDP uygulamasını içeren 2002-2007 döneminde, GSYH ve sağlık harcamalarında sırasıyla % 6.8 ve % 5.1 olan yıllık ortalama büyüme oranlarıyla örtüşmektedir. Bu oranlar SDP öncesinde 1998-2002 döneminde aşağıdaki tabloda da görüldüğü üzere -0.7 ve 12.2 idi. Böylece SDP döneminde kişi başına sağlık harcamasındaki büyümenin kişi başı GSYH’da gerçekleşen artışa paralel olduğu görülmektedir.

**Tablo 4-22: Türkiye’de Reel Kişi Başı GSYH ve Sağlık Ortalama Yıllık Büyüme Oranı (1998-2006)**

Dönem Harcamaları	Reel Kişi Başı GSYH	Reel Kişi Başı Sağlık
<b>1998-2002</b>	-0,7	12,2
<b>2003-2006</b>	6,8	5,1

**Kaynak:** OECD Sağlık Veri Tabanı 2008

Nitekim Türkiye 1999 yılında 3753\$ lık kişi başı GSYH ile düşük-orta gelirli bir ülke iken, 2006 yılında 7268 \$ ile üst-orta gelirli ülke statüsüne yükselmiştir. Kişi başına yapılan sağlık harcamasındaki 2004 yılını takiben artışın en önemli nedeni, SSK’lılara ve Yeşil Kartlılara sağlanan sağlık hizmetleri kapsamının genişletilmesi ve hizmete erişimin kolaylaştırılmasıdır.

2004-2007 döneminde SSK'lı ve Yeşil Kartlılar için yapılan kişi başı sağlık harcamaları sırasıyla % 20 ve % 40 büyümüş, 2007'de aktif memurlar için yapılan harcama seviyesinin üstüne çıkmıştır.

Son olarak SDP sonrası kişi başı cepten sağlık harcamalarına bakıldığında, Tablo 4-23'de görüldüğü gibi, kişi başı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı 2003-2006 döneminde artsa da bu artışın, aynı dönemdeki kamu ve özel sağlık harcamalarındaki artış kadar yüksek oranda olmadığı, 2006-2011 döneminde düşüş eğiliminde olduğu görülmektedir. Bu bulgu, TÜİK Yaşam Memnuniyet Araştırması sonuçlarına göre; ilaç ve tedavi masraflarını cepten harcamalarla karşılayanların oranının 2003'de % 32.1 iken, 2007'de % 16.5'e gerilemesi ile uyumludur. Benzer şekilde, 1999 yılında hane halkı sağlık harcamalarının GSYH'daki payının % 1.4 olarak gerçekleşirken, 2006 yılında % 1.1 seviyesine gerilemesi bilgisi de, cepten yapılan sağlık harcamalarındaki artışın SDP sonrası dönemde toplam sağlık harcamalarındaki yüksek oranlı artışa paralel olmadığını açıklayan verilerden biridir.

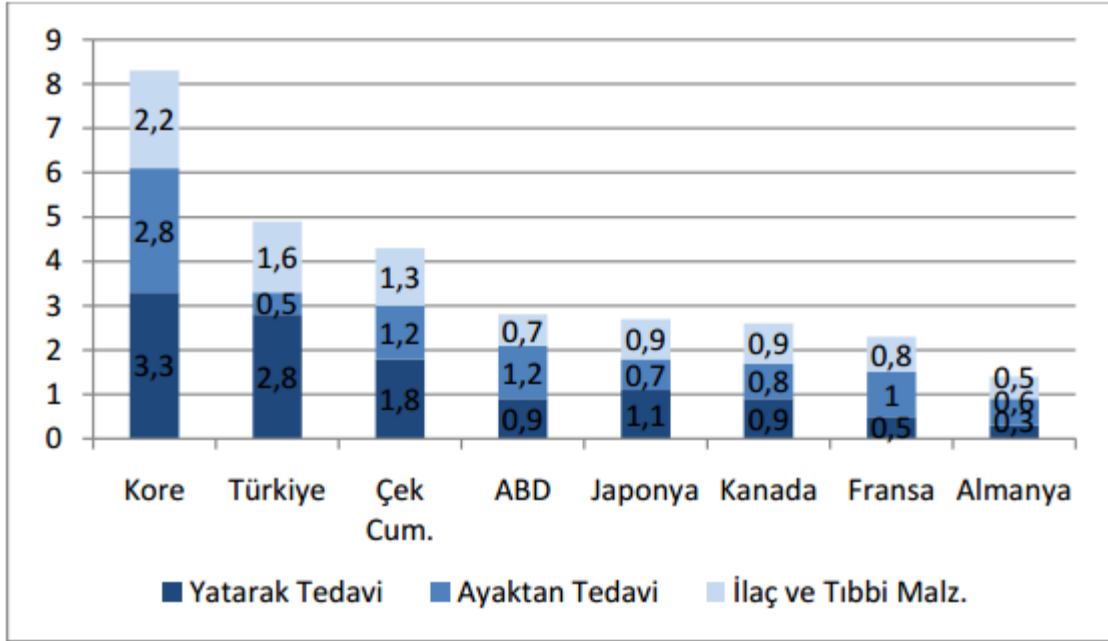
**Tablo 4-23: Türkiye'de Yıllara Göre Kişi Başı Cepten Sağlık Harcaması TL ve Toplamdaki Oranı**

Yıllar	TL	Değişim (%)
2002	56	19,8
2003	67	18,5
2004	85	19,2
2005	117	22,8
2006	139	22,0
2007	158	21,8
2008	141	17,4
2011	v.y.	16,2

**Kaynak:** İlker Belek, Sağlıkta Dönüşüm, s. 190

Sonuç olarak, Türkiye'de sağlık harcamalarının artışına son yıllarda ilaç harcamaları artan bir katkı sağlamasına rağmen hala harcamaları oluşturan asıl bileşen tedavidir. Son yıllarda birçok ülkede yataklı tedavi harcamalarının yerini ayakta tedavi almakta iken, Türkiye'de bu durumun aksine, hastaneye başvuru sayısı hala hızlı bir şekilde artmaktadır. OECD ülkelerinde 1980'li yıllardan itibaren hastaneye başvuru sayıları durağan bir seyir izlemekte hatta son on yıldır azalmakta iken Türkiye'de artış

devam etmektedir. 1995-2006 döneminde kişi başı sağlık harcamalarının ortalama yıllık artış hızına en fazla etki eden faktör yatarak tedavi olmuştur.<sup>217</sup> Bu durum Şekil 4-12’de net bir şekilde görülmektedir.



Şekil 4-12: Kişi Başına Sağlık Harcamalarının Yıllık Ortalama Artış Oranına Etki Eden Faktörlerin Dağılımı

**Kaynak:** OECD Health Data, 2008

2011 yılında da, kişi başına sağlık harcamalarının büyük kısmının tedavi hizmetlerine ayrıldığı gerçeğiyle karşılaşılmaktadır. 2011 yılında sağlık harcamalarının GSYH’ya oranı % 4.4’tür; bu rakamın sadece 0.58’i koruyucu hizmetlere gitmekte, %3.86’sı ilaç ve tedavi hizmetlerine gitmektedir.

Diğer bir gerçek, Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre Türkiye’nin kişi başına sağlık harcamasının Avrupa’da en son sırada olmasıdır. “2009 yılında satın alma gücü paritesine bağlı hesaplanan kişi başı kamu sağlık harcaması Fransa’da 3013, Almanya’da 3124, Yunanistan’da 1735, Çek Cumhuriyeti’nde 1426, Rusya’da 669,

<sup>217</sup> Arslanhan, “Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor” s. 3

Romanya’da 539, Türkiye’de 726 \$’dır.”<sup>218</sup> Bu veriler Türkiye’de sağlık harcamalarının değil kısılması hızla artırılması gereğine işaret etmektedir.

#### **4.1.1.1.3. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları ve Türkiye ile Karşılaştırılması**

Dünyada sağlık harcamalarında OECD ülkeleri önemli bir yer tutmaktadır. OECD ülkeleri dünya nüfusunun % 18’ini teşkil etmekten, 2004 yılında dünyadaki 4.1 trilyon \$ tutarındaki toplam sağlık harcamasının % 80’ini gerçekleştirmiştir.

“20. yy. son çeyreğinde dünya genelinde ve özellikle Avrupa’da sağlık harcamaları önemli artış eğilimleri göstermiştir.”<sup>219</sup> “Dünya Bankası tarafından 2003 yılında gerçekleştirilen ülkelerin sağlık hesapları çalışması verilerine göre dünya genelinde kişi başına ortalama sağlık harcaması 483 \$’dır. Sanayileşmiş ve yüksek gelirli ülkelerde ortalama kişi başına 2500 \$’ın üzerinde sağlık harcaması gerçekleşirken, az ve orta gelirli ülkelerde ortalama kişi başına 200 \$’ın altında bir sağlık harcaması gerçekleşmiştir”<sup>220</sup>

Dünya ülkelerinin çoğunda sağlık hizmetlerinin finansmanında en büyük rolü kamu üstlenmekte, dünya genelinde toplam sağlık harcamalarının % 58’i devlet tarafından finanse edilmektedir.<sup>221</sup>

Bir ülkenin sağlık harcaması düzeyini belirleyen en önemli unsurlar ülkenin gelir seviyesi ve çözüm bekleyen sağlık sorunlarıdır. Bu anlamda bir ülkenin sağlık harcaması seviyesinin uygunluğunu belirlemede aynı gelir grubunda yer alan ülkelerle karşılaştırmak önemlidir.

Ülkelerin gelire bağlı olarak gelişmişlik seviyesi ve endüstrileşmesi arttıkça GSYH’den sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak aktarmakta, sağlık harcamaları düşük gelirli ülkelere göre yüksek miktarda seyretmektedir. Gelişmiş OECD ülkelerinin son on yılına baktığımızda sağlık harcamalarının ortalama %4.4 arttığı, diğer dünya

<sup>218</sup> Selin Ertürk Atabey, **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, Gazi Kitabevi, Ankara, 2012, s.208

<sup>219</sup> Ramesh Govindaraj, R. Micheal, Jilliam Cohen, World Bank Pharmaceuticals, Washington, 2000, s.8

<sup>220</sup> WHO, European Health for All Database, 2003, <http://www.euro.who.int/hfad>

<sup>221</sup> Health At a Glance, OECD Indicators 2005, s.22

ülkelerinin sağlık harcamalarından çok daha yüksek harcamaların gerçekleştiği görülmektedir.

2010 yılında OECD ülkeleri kişi başına ortalama 3233 \$ sağlık harcaması gerçekleştirirken, Amerika 8233 \$ ile en yüksek kişi başı sağlık harcamasını gerçekleştirmiş, 5388 \$ ile Norveç, 5270 \$ ile İsviçre ABD'yi takip eden ülkeler olmuştur. OECD ülkeleri içinde daha az gelişmiş olarak kabul edilen Kore 3035 \$, Polonya 1389 \$, Meksika 916 \$ kişi başı sağlık harcaması gerçekleştirmiştir. Aynı yıl Türkiye gerçekleştirdiği 913 \$'lık sağlık harcamasıyla OECD ülkeleri içinde en düşük kişi başı sağlık harcaması gerçekleştiren –Meksika'dan sonra- ikinci ülke olmuştur. (Bkz. Şekil 4-9) Türkiye'yi OECD ülkelerinin 1975-2009 yılları arasında kişi başı toplam sağlık harcaması düzeyleri ile karşılaştıran Tablo 4-24'de durum daha net bir şekilde görülmektedir.

**Tablo 4-24: OECD Ülkeleri Ortalaması Ve Türkiye'de Satın Alma Gücü Paritesine Göre Kişi Başına Toplam Sağlık Harcaması, (1985-2010) (\$)**

YILLAR	KİŞİ BAŞINA TOPLAM SAĞLIK HARCAMASI	
	OECD ORTALAMASI	TÜRKİYE
1985	922	68
1986	978	90
1987	1034	103
1988	1111	116
1989	1184	129
1990	1188	156
1991	1226	168
1992	1323	176
1993	1379	187
1994	1441	173
1995	1526	173
1996	1600	215
1997	1633	250
1998	1727	295
1999	1828	372
2000	1950	432
2001	2097	456
2002	2261	483
2003	2413	502
2004	2572	576
2005	2701	591
2010	2868	958

**Kaynak:** Emine Baran, s.138

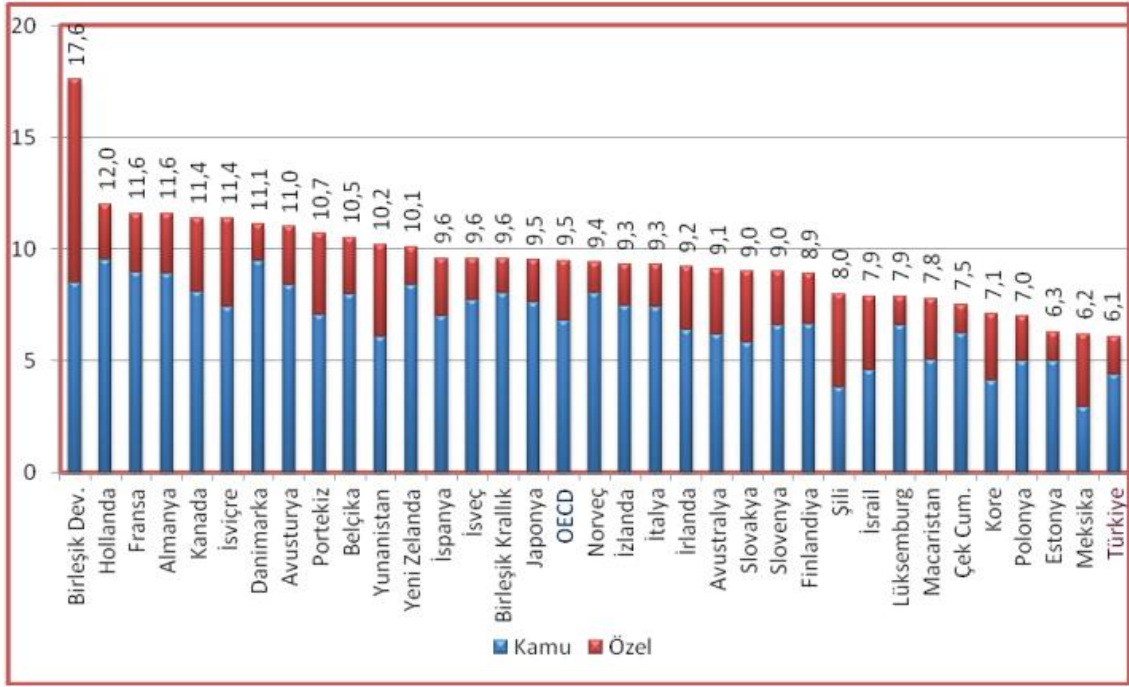
Türkiye 2009 yılı itibariyle en düşük kişi başı sağlık harcaması gerçekleştiren iki ülkeden biri olsa da, OECD ülkelerinde 1995-2005 yılları arasında kişi başı reel sağlık harcamalarında (2000 yılı SGP-Satın alma gücü paritesi ile) artış oranı % 3.9 iken, bu oran Türkiye için % 11'dir ve OECD ülkeleri içinde reel olarak kişi başına harcaması en hızlı artan ülke Türkiye'dir; bu durum SDP sonrası sağlık harcamalarındaki artış ile uyumludur.

Bu durumu doğrulayan bir başka veri, 1994-2004 yılları arasında hem en yüksek GSYH artışı, hem de en yüksek kişi başı sağlık harcama artışı sağlayan ilk 5 ülkenin sırasıyla İrlanda, Kore, Lüksemburg, Türkiye ve Polonya olmasıdır. Böylece OECD ülkelerinin büyüme oranları ile yapılan kişi başı sağlık harcamaları arasında doğrudan bir ilişkiden söz edilebilir.

Sağlık harcamaları Türkiye'de olduğu gibi dünyada da reel olarak artmaktadır. Örneğin OECD ülkelerinde 2000 yılında GSYH'ya oran olarak %7.8 düzeyinde olan toplam sağlık harcamaları 2004'te %7.7, 2006 yılında % 8.9'a çıkmış,<sup>222</sup> Şekil 4-14'te görüldüğü gibi Türkiye'de % 5-6'lar düzeyinde seyreden toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı 2010 yılında % 6.7'ye çıkmış, OECD ortalaması %9.5'a ulaşmıştır. Aynı oranlar 2008'de Türkiye için % 6 ve OECD için % 9' idi. Türkiye 2008'de de % 6 oranı ile OECD ülkeleri içinde sondan ikinci sıradadır.

---

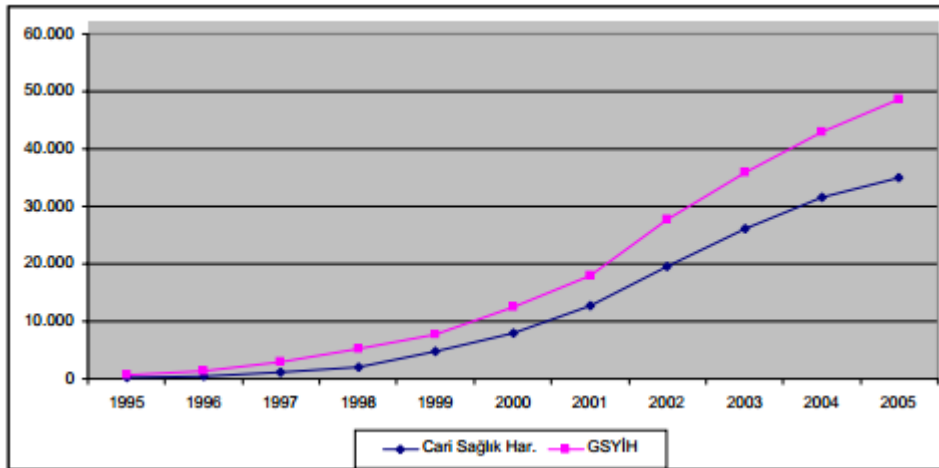
<sup>222</sup> Yılmaz, s.9



Şekil 4-13:OECD Ülkelerinde Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%) 2010

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, s.146

Türkiye özelinde GSYH ve toplam sağlık harcamaları arasındaki ilişki Şekil 4-13'te net bir şekilde ortaya çıkmaktadır.



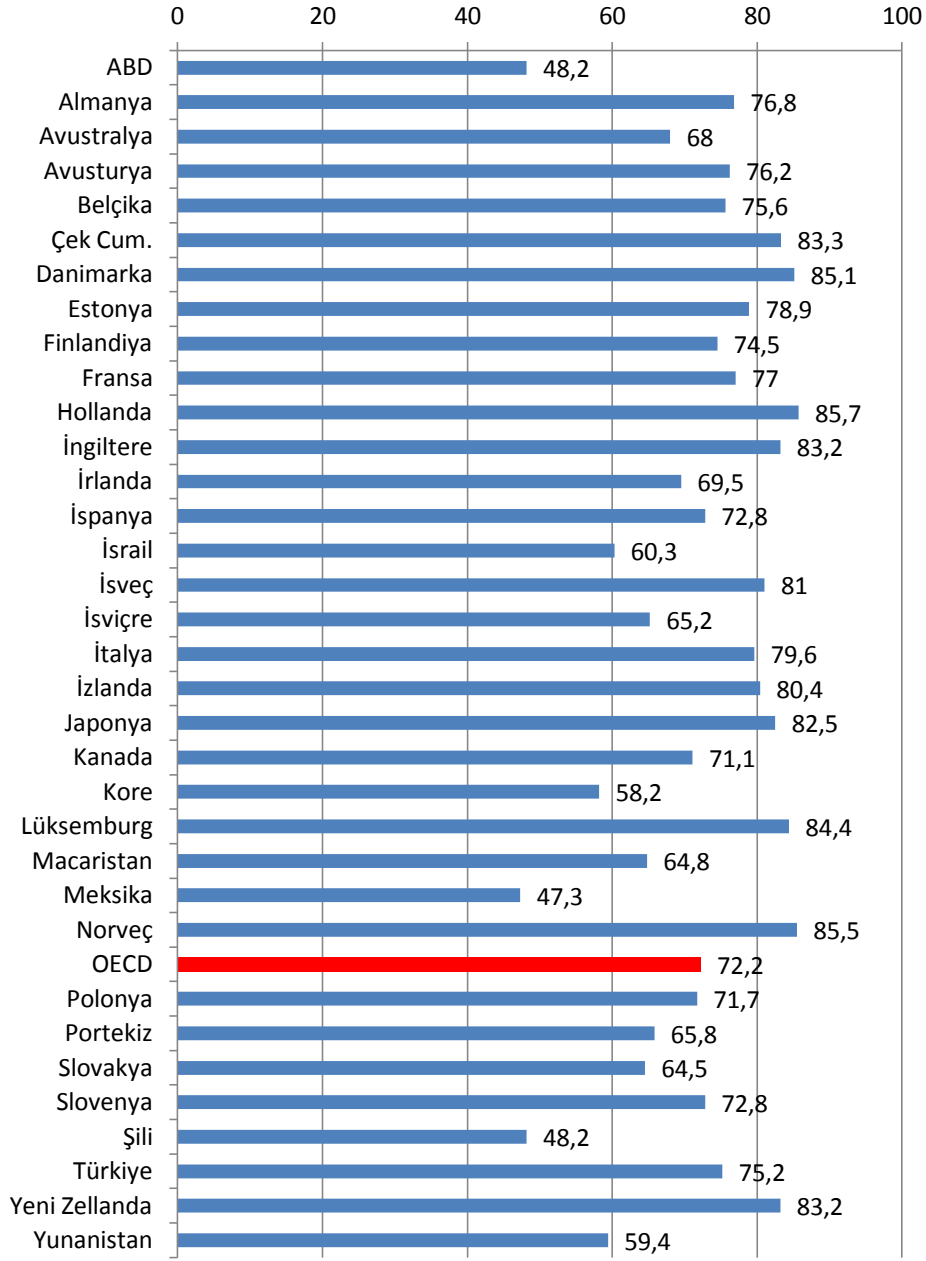
Şekil 4-14: Türkiye GSYH Artışları İle Sağlık Harcamalarında Meydana Gelen Değişim (1995-2005)

**Kaynak:** Cemil Serhat Akın, "Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları", Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2007,s.65

Türkiye, 1994-2004 yılları arasında en yüksek GSYH artışı ortalaması yakalayan 4. ülke olmuştur. Türkiye'nin aynı dönemde toplam sağlık harcamaları artışı ortalaması ise % 10.7 ile OECD ülkeleri arasında en yüksek değerdir.

Öte yandan OECD ülkelerinde kamunun sağlık harcamaları incelendiğinde, verilerin dünya geneliyle paralellik gösterdiği görülmektedir. OECD ülkelerinde de kamu, sağlık harcamalarının finansmanında en büyük rolü üstlenmekte, 2004 yılı itibariyle % 71.6 olan kamu sağlık harcamaları 2007 yılında % 73 olarak gerçekleşmektedir. Aynı yıl Türkiye için bu oran benzer şekilde % 71,4'tür. Türkiye bu haliyle her ne kadar OECD ortalamasının altında bir kamu payına sahipse de, Kanada, Avustralya, Yunanistan gibi ülkeleri geride bırakmayı başarmıştır. Şekil 4-15'da görüldüğü gibi kamu sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamasına oranı 2010'da Türkiye'de % 75.2 iken OECD ortalaması % 72.2 de kalmıştır.





**Şekil 4-15:** OECD Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı %, 2010

Kaynak: **OECD Health Data 2012**, <http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/total-expenditure-on-health-per-capita-2012-> (10.05.2013)

Türkiye OECD ülkeleriyle sağlığa ilişkin veriler anlamında karşılaştırıldığında, Türkiye'nin her bin kişiye düşen doktor (1.5 doktor) ve hemşire (1.8 hemşire) sayılarıyla OECD ülkeleri arasında en alt sıralarda yer aldığı da görülmektedir.

**Tablo 4-25: Sağlıkta İnsan Kaynakları Türkiye ve Uluslar arası Karşılaştırması**

	Türkiye		OECD	
	2002	2011	2002	2010
100.000 Kişiyeye Düşen Doktor Sayısı	139	169	198	326
100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Sayısı	173	237	381	571
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	71,8	74,3	77,8	79,5

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011, s.122-128 ve OECD Health Data 2012'den edinilen bilgilerle hazırlanmıştır.

Türkiye'de 2011 yılı itibariyle 100 bin kişiyeye düşen hekim (169) ve hemşire (237) sayıları, OECD ülkelerinin hekim (326) ve hemşire (571) sayıları ortalamalarının altından kalmaktadır. (Bkz. Ek Tablo 6) Üstelik diğer OECD ülkelerindeki hemşire sayısı hekim sayısının 2.3 katı üstündeyken, Türkiye'de hemşire sayısı hekim sayısının 0.9 katı altındadır. Bu durum Türkiye'deki hekim açığının yanı sıra hemşire açığına işaret etmektedir.

Öte yandan, 1960-2005 yılları arasında ortalama yaşam beklentisi bakımından Türkiye OECD ülkeleri arasında en fazla ilerleme kaydeden ülke olmuştur. 1960 yılında Türkiye'deki yaşam beklentisi OECD ortalamasının 20 yıl altındayken, bu oran 2011 yılında 5 yıla inmiştir.

Benzer şekilde, bebek ölüm oranlarında da Türkiye 1960-2005 yılları arasında önemli ilerleme kaydetmiştir. 1960 yılında bin bebek başına ölüm oranı 190 iken, 2005 yılında bu oran 24'e düşmüştür. Yine de Türkiye'de bebek ölüm oranları bin bebek başına 5.4 olan OECD ortalamasının yaklaşık 4 katıdır.

Sonuç olarak, Türkiye'nin sağlık harcamaları OECD'nin 2012 verilerine göre, 2010 yılı itibariyle GSYH'nin % 6.7'si düzeyindedir ve % 9,5 olan OECD ortalamasının altındadır. Kişi başı harcama bakımından ise 2010 yılında 958 \$ ile OECD içinde Meksika ile birlikte en düşük harcama gerçekleştiren iki ülkeden biridir. Yukarıda ifade edilen Türkiye'nin sağlık harcamalarının GSYH'ya oranı % 6.7 (2010), IMF tarafından tespit edilen benzer gelir grubundaki Brezilya, Bulgaristan, Macaristan, Endonezya, Meksika, Filipinler, Polonya, Rusya gibi ülkelerin ortalamasından ise

yüksektir<sup>223</sup> (%6.1). Dolayısıyla Türkiye'nin sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerin gerisinde dahi olsa, aslında kendi gelirine oranla makul düzeydedir.

Ayrıca Türkiye'de sağlığın finansmanı tıpkı diğer OECD ülkelerinde olduğu gibi büyük ölçüde; %75.2 (2010 yılı) oranında kamu tarafından sağlanmaktadır.

#### **4.1.1.2. İlaç Harcamalarının Gelişimi**

Dünyada yaşlanan nüfus, uzayan insan ömrü, sosyo-ekonomik ve ekolojik değişimler önümüzdeki dönemde sağlık hizmetlerine olan ihtiyacı artıracaktır.

Dünya nüfusu her geçen gün artmakta, refah düzeyinin yükselmesine paralel olarak dünya nüfusunun ortalama yaşam süresi uzamakta ve nüfus yaşlanmaktadır. Artan dünya nüfusu ve toplam içerisindeki yaşlı nüfus oranı ile birlikte sağlık hizmetlerine olan talep artmakta ve yeni ihtiyaçlar ortaya çıkmaktadır.

2002'de 6,3 milyar olan dünya nüfusunun 2020'de 7,6 milyara çıkması, 65 yaş ve üzeri insanların sayısının ise 242 milyon artarak toplam nüfus içerisindeki payının %9,4'e çıkması beklenmektedir. Yapılan araştırmalar yaşlı insanların genç insanlara göre daha çok ilaç kullandığını göstermektedir. 75 yaş üstü insanların %80'i en az 1 reçeteli, %36'sı en az 4 reçeteli ilaç kullanmaktadır. Bu doğrultuda artan hastalık çeşitleri ve oranları karşısında reçeteli ilaç satışı 2002 yılından itibaren 2010 yılına kadar sürekli artmıştır. 2016 yılında toplam reçeteli ilaç satışlarının 853 milyar \$'a ulaşacağı tahmin edilmektedir.<sup>224</sup>

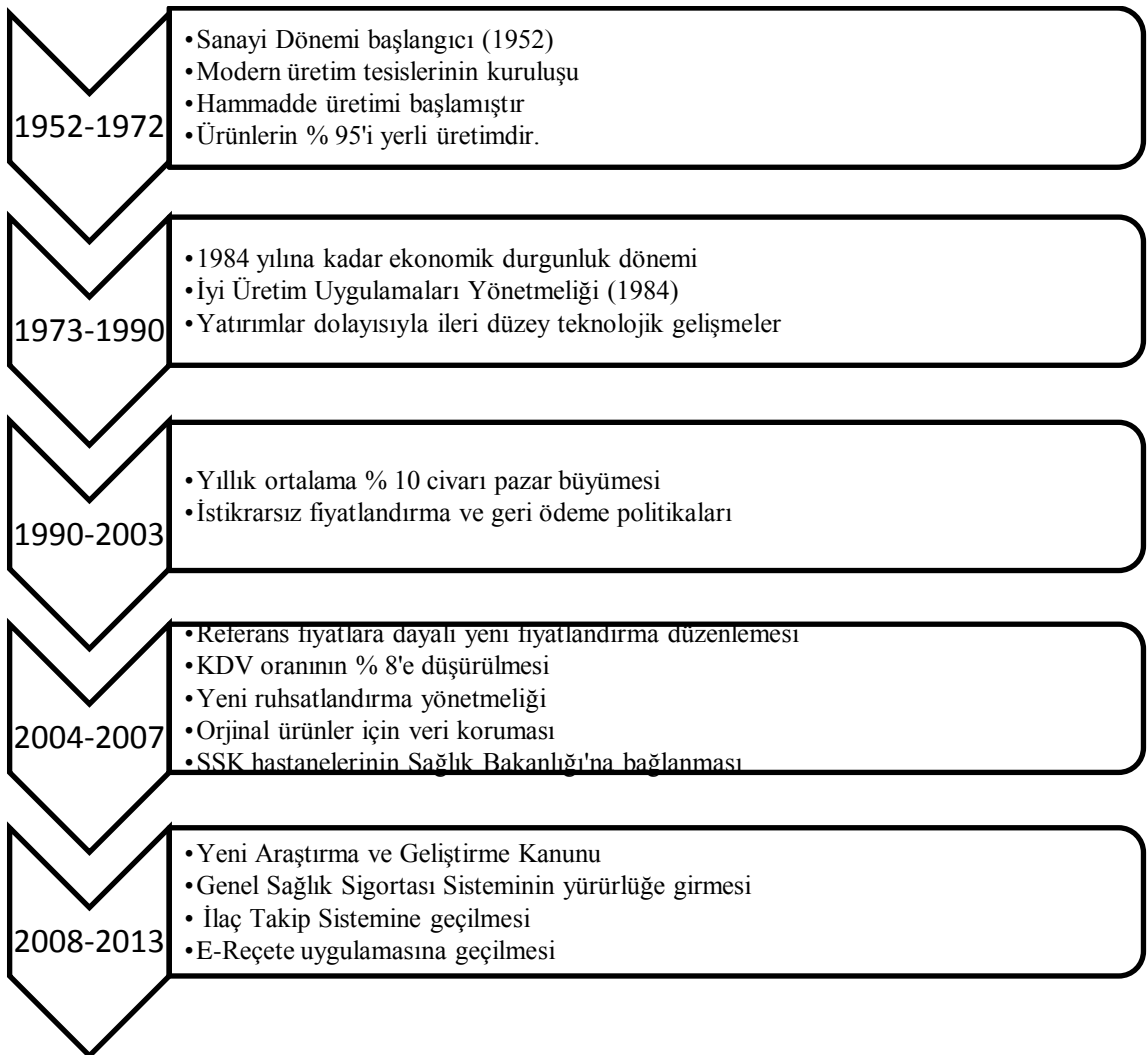
İlaç harcamalarının dünya çapında artmasına neden olan gerekçeler ve beklenen sonuçlar ışığında, bu bölümde, Türkiye'de ilaç harcamalarının gelişimi incelenirken, öncelikle Türkiye'de ilaç sektörünün tarihsel gelişimi ve mevcut durumuna kısaca değinilecek, SDP sonrası ilaç alanında yapılan mevzuat düzenlemeleri sıralanacak, Türkiye ilaç pazarının kapsamı ve niteliği ile birlikte ilaç harcamalarındaki artışın dünya ölçeğindeki artışa paralellğine vurgu yapılacaktır. SDP sonrası ilaç sektöründe izlenen politika değişikliklerinin ilaç harcamaları üzerindeki etkileri ise esas olarak bir sonraki başlıkta analiz edilecektir.

<sup>223</sup> IMF, "Turkey Country Report-2006", <http://www.imf.org/external/country/tur/index.htm?type=42>(10.04.2013)

<sup>224</sup> AİFD, "Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu", 2012, s.23  
[http://www.aifd.org.tr/PDF/2023\\_Rapor/2023\\_strat.pdf](http://www.aifd.org.tr/PDF/2023_Rapor/2023_strat.pdf) (10.05.2013)

1950'li yıllara kadar, Türkiye'de ilaç üretimi sadece ilaç laboratuvarlarında gerçekleştirilmiştir. Türkiye ilaç sektörünün “sanayi döneminin” başladığı 1952 yılında üretimin başlamasının ardından, yerli ve uluslar arası şirketlerin sahibi olduğu tesislerin sayısı giderek artmıştır. İyi Üretim Uygulamaları'nın –gıda maddeleri, ilaçlar ve tıbbi cihazlar için kalite kontrol talimatlarının- hayata geçirildiği 1984 yılından itibaren, Türkiye ilaç pazarı sürekli olarak büyümüş ve modern teknoloji düzeylerine ulaşmıştır.

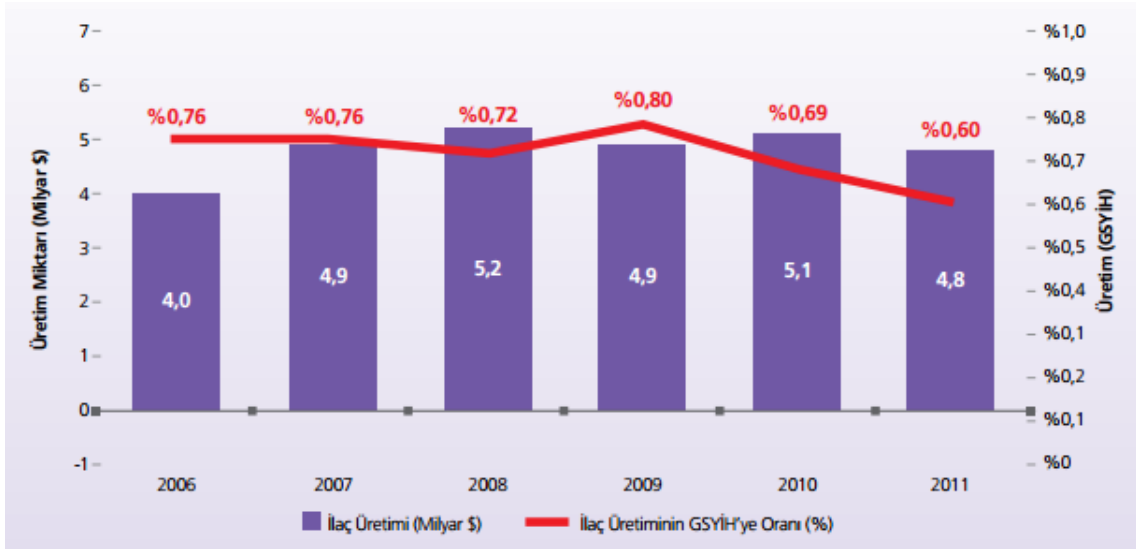
Türkiye'de ilaç sektörünün tarihsel gelişimi kısaca aşağıda gösterilmektedir:



Şekil 4-16: Türkiye Sağlık ve İlaç Sektörünün Gelişim Tarihi

**Kaynak:** Deloitte , “Türkiye Sağlık Sektörü Raporu”, 2010, s.10 ve AİFD “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, s. 50 elde edinilen bilgilerle hazırlanmıştır.

Türkiye ilaç sektörüne üretim ve ihracat anlamında daha yakından bakıldığında, ilaç sektörünün 60 yılı aşkın bir süredir Türk sanayisinde yer edinmiş köklü bir sektör olduğu, 2011 yılında GSYH'nın % 0.6'sı oranında, yaklaşık 4.8 milyar \$ değerinde üretim gerçekleştirdiği görülmektedir. “Türkiye ilaç sektörü 2006-2011 yılları arasında yıllık ortalama % 6 büyüyerek 9.1 milyar \$'a ulaşırken, üretim aynı yıllar arasında yıllık ortalama % 3.7 büyüyerek 4 milyar \$'dan 4.8 milyar \$'a ulaşmıştır.”<sup>225</sup>



Şekil 4-17: Türkiye’de İlaç Üretimi 2005-2011

**Kaynak:** AİFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, 2012, s.53

Sektör sahip olduğu ölçek ile 30.000 kişilik istihdam yaratmaktadır. Mevcut üretim kapasitesi çoğunlukla Türkiye’deki talebi karşılamaktadır. 2005 yılında Türkiye’de tüketilen yaklaşık 500 milyon kutu orijinal ilacın % 74’ü Türkiye’de üretilmişken, 2005 yılında tüketilen yaklaşık 700 milyon kutu jenerik ilacın yaklaşık % 92’si ve 2011 yılında tüketilen yaklaşık 900 milyon kutu jenerik ilacın yaklaşık % 92’si Türkiye’de üretilmiştir.

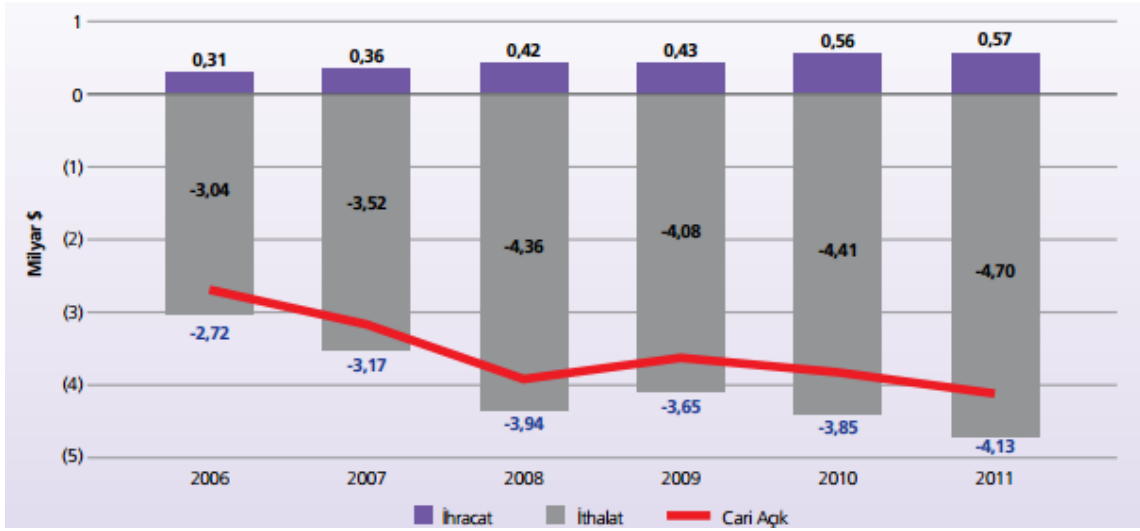
Türkiye’de tüketilen ilaçların kutu bazında % 76’sı, değer bazında % 49’u yerel üretimden sağlanmaktadır.<sup>226</sup> Değer bazında üretim oranının düşüklüğü, mevcut üretim kapasitesinin katma değeri yüksek üretimde kullanılmamasından kaynaklanmaktadır. Bu tür ürünler daha çok ithal edilmekte, bu durum ilaç sektöründe dış ticaret açığının artmasına yol açmaktadır. Böylece kutu bazında satışların çoğu yerel üretimden yapılırsa

<sup>225</sup> AİFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, s. 50

<sup>226</sup> AİFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, s. 50

da, ithal edilen ürünlerin satış değerinin yüksek olması nedeniyle, değer bazında ithalat ağır basmaktadır.

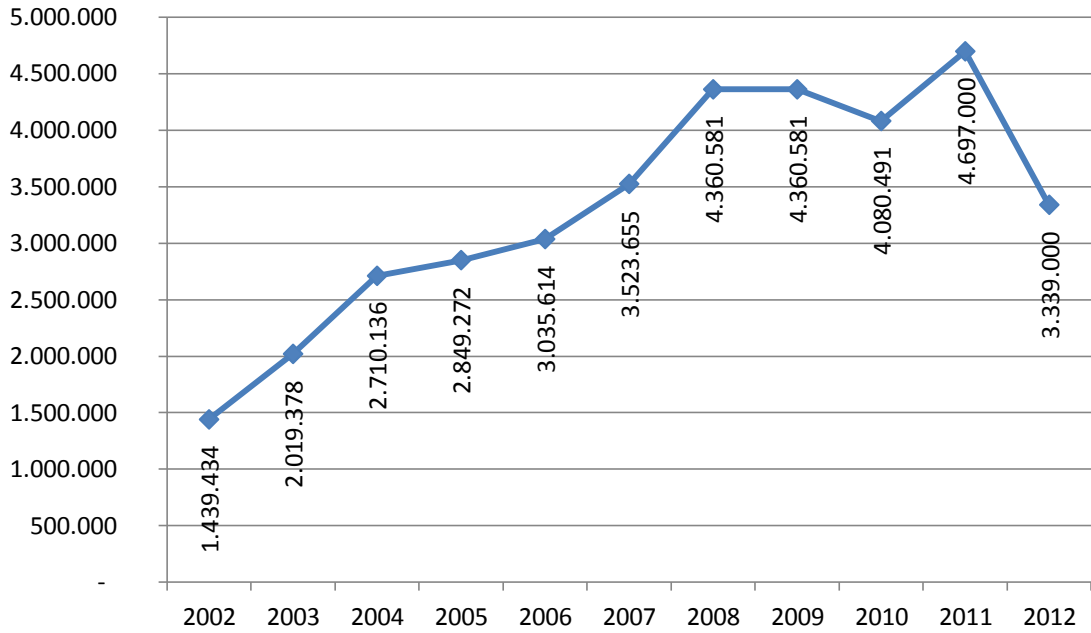
Türkiye'nin net ithalatçı konumunda olması ve 2006 yılından bugüne ilaç ihracatı artmasına rağmen katma değerli ilaçların ithalatının, ilaç sektöründe cari açığın büyümesine sebep olması Şekil 4-18'de gösterilen cari açık değerlerinden de izlenmektedir:



Şekil 4-18: Türkiye'nin Yıllara Göre İlaç Sektörü Cari Açık Değerleri, 2006 – 2011

**Kaynak:** AİFD, "Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu", 2012, s.52

Şekil 4-18'de görüldüğü gibi, artan ithalattan dolayı, 2006 yılında 2.72 milyar \$ olan cari açık 2011 yılında 4.13 milyar \$'a ulaşmıştır. Bu noktada ilaç ithalatındaki artışa yakından bakıldığında, Türkiye'nin ilaç ihtiyacının karşılanmasında Şekil 4-19'da görüldüğü üzere 2002 yılından bu yana daha fazla ithal ilaç tüketmekte olduğu görülür:



Şekil 4-19: Türkiye’de İlaç İthalatı (2002-2012)

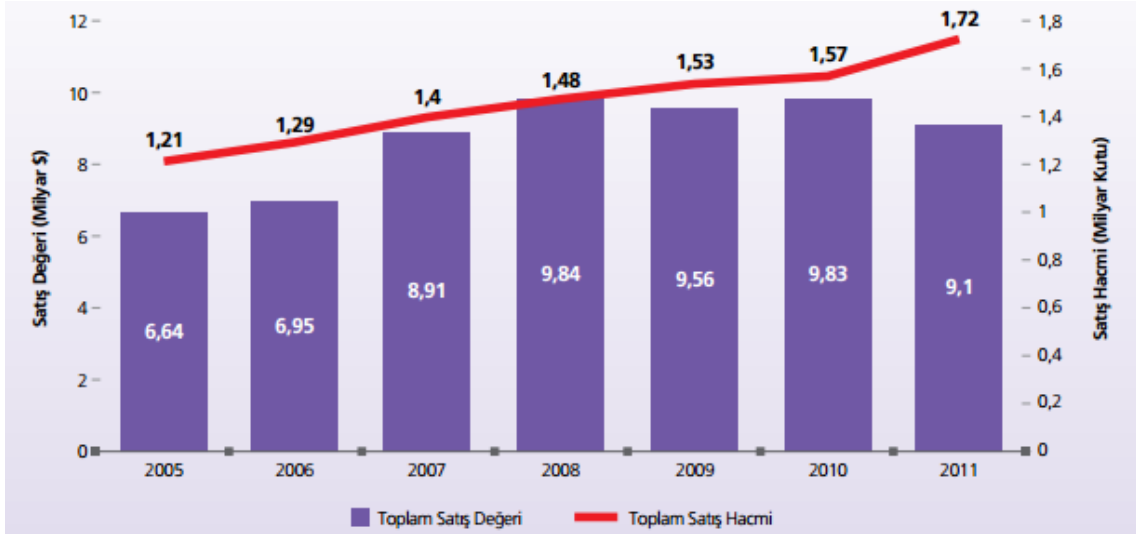
**Kaynak:** AİFD, <http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Graphic.aspx?p=732>(22.05.2013)

İlaç ithalatı 2006 yılında 3.04 milyar \$’dan yıllık ortalama % 9.1 artarak 2010 yılında 4.4 milyar \$ düzeyine çıkmıştır. 2012 yılı için bu rakam % 14,9 gerileyerek 3.9 milyar \$ ile artışını sürdürmüştür. “Türkiye çeşitli ilaçların üretilmesine olanak sağlayan teknik altyapıya sahip olmasına rağmen, çeşitli tedavi gruplarına ait ilaçların, yeni ve ileri teknoloji ürünü preparatların, aşıların, kan faktörlerinin, kanser ilaçlarının, hormonların ve ilaç etken maddelerin ithalatına bağımlıdır. Toplam ilaç ithalatının yaklaşık % 25’i ham ve yarı işlenmiş ürünlerden ve geriye kalan kısım ise mamul madde ithalatından oluşmaktadır.”<sup>227</sup>

SDP çerçevesinde ilaç sektörünü ve harcamalarını etkileyen çeşitli düzenlemelere geçmeden önce mevcut durumu tespit etmek amacıyla toplam ilaç sektörü büyüklüğü ve yıllık büyüme oranlarına özetle bakılacak olursa; Türkiye ilaç sektörünün artan sağlık ihtiyacına paralel olarak hızla büyümekte olduğu görülür. İlaç sektörü, Şekil 4-20’de görüldüğü gibi “2005 yılında 6.64 milyar \$ değerindeyken, 2011 yılında gelindiğinde yıllık % 5.4 büyüme ile 9.1 milyar \$’a ulaşmıştır. Kutu bazında ilaç sektörüne bakıldığında 2005’te 1.21 milyar kutu hacmine sahip olan sektör, yıllık % 6

<sup>227</sup> Economic Intelligence Unit, 2009, [http://www.eiu.com/\(08.07.2010\)](http://www.eiu.com/(08.07.2010))

büyüme ile 2011’de 1.72 milyar kutuya ulaşmıştır. Sektör 2005-2009 yılları arasında, kutu bazında % 22 ve değer bazında % 48 büyümüşken, 2009 sonrası Global Bütçe uygulaması ile 2009-2011 yılları arasında kutu bazında % 16 büyüme yaşanmışken, sektör değer olarak toplam % 8 küçülmüştür.”<sup>228</sup>



Şekil 4-20: Türkiye İlaç Sektörünün Toplam Değeri ve Hacmi, 2005 - 2011

**Kaynak:** AİFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, 2012, s. 50

Sağlık harcamalarının en önemli payını ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Bütün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki gibi Türkiye’de de üretilen ve satışa sunulan ilaçların en büyük alıcısı devlettir. Bu nedenle devletin ilaç piyasası ve harcamaları ile ilgili mevzuat uygulamaları önem kazanmaktadır. Türkiye’de bu anlamda SDP çerçevesinde 14 Şubat 2004 tarihinde 2004/6781 sayılı “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar”ın yayınlanması ile başlayan ve bir dizi yeniliği getiren uygulamalar mevcuttur. İlaç harcamalarının kısıtlanması amacıyla getirilen bazı politikalar sonucunda, 1995-2002 döneminde ilaç kutu sayısında 1.24 kat, 2002-2010 döneminde ise 2.22 kat artış gerçekleşmesine rağmen, ilaç harcamalarında 1995-2010 döneminde 1.21 kat artış olmuştur. İlaç harcamalarındaki artışı yavaşlatmaya yarayan bu uygulamalardan en önemlileri;

1. Referans fiyat uygulamasıyla (2004) ilaç fiyatlarında % 80’e varan düşüşlerin sağlanması,

<sup>228</sup> AİFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, s.47



2. İlaçta KDV oranının % 8'e indirilmesi (2005),
3. Orijinal ilacın jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatının mevcut fiyatın % 66'sını geçemeyeceği kuralının getirilmesi (2009),
4. Reçetelenen ilaçlar için, en ucuz eşdeğer ilacın % 15 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralının getirilmesi (2009)<sup>229</sup> şeklinde sıralanabilir.

SDP ile hayata geçirilen, 2005 yılından itibaren Yeşil Kartlı hastaların ilaçlarının kamu fonları tarafından ödenmeye başlaması (10 milyon kişinin bu uygulamadan faydalanmaya başlaması) ve SSK'lıların ilaçlarını serbest eczanelerden temin etmeleri (35 milyon SSK'lı ilaca daha kolay ve hızlı erişme imkanına sahip olmuştur) gibi hastaların ilaca erişimini kolaylaştıran uygulamalar sonucu Tablo 4-26'da görüldüğü üzere ilaç kutu tüketiminde ciddi artış olmuştur.

**Tablo 4-26: Türkiye'de Kamu İlaç Tüketimi ve Harcamasındaki Değişim (1995-2010) (%)**

	<b>İlaç Kutu Sayısı Milyon Adet</b>	<b>Kamu İlaç Harcaması 2010 Fiyatlarıyla Milyon TL</b>
<b>1995</b>	565	4.717
<b>2002</b>	699	12.720
<b>2010</b>	1548	15.400
<b>1995-2002 değişim %</b>	24	170
<b>2002-2010 değişim %</b>	122	21

**Kaynak:** Belek, s. 199

Türkiye'de ilaç harcamaları son yıllarda –OECD ülkeleriyle paralellik göstererek- artmakla birlikte, ilaç kutu tüketimindeki artışın gerisinde bir oranda artmaktadır. Bu durum yukarıdaki tabloda da saptanabilmektedir:

Türkiye'de ilaç pazarının, büyümeye devam etmesi dünyadaki gelişmelere de paraleldir. Türkiye'de 2003 yılında 6.2 milyar TL olan reçeteli ilaç pazarı, 2008'de 12.1 milyar TL olmuştur. Böylece 2003-2008 yılları arasında Türkiye ilaç pazarı tıpkı dünya ilaç pazarı gibi iki kat artmıştır: Aynı dönemde dünya ilaç pazarı 365 milyar \$'dan 773 milyar \$'a çıkarak iki katı aşkın büyümüştür. Türkiye'de ilaç pazarının gelişmesinde ilaca erişimin kolaylaşması kadar nüfus artışı ve demografik yapı da rol oynamaktadır.

<sup>229</sup> Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı 2010 Mali Yılı Bütçesinin TBMM Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunumu, 23.11.2010, s.72

Türkiye “Avrupa’da 2007 yılında ilaç pazarında % 17.2 büyüme hızıyla Rusya’dan sonra 2. en çok büyüyen pazardır. İlaç pazarının boyutuyla karşılaştırılacak gerçek ölçüt GSYH’ya oranıdır. Dünyanın en büyük ilaç pazarına sahip ABD’de ilaç tüketiminin GSYH’ya oranı % 1.3 iken bu oran Türkiye’de % 2.1’dir.”<sup>230</sup> (Bkz. Ek Tablo 7) Pazardaki bu hızlı büyüme, sağlık hizmetlerinin gelişmesiyle ilaca erişimin artması, bunun kırsal alanlarda daha çok geçerli olması ve özel sağlık sigortasının kapsamının genişlemesiyle açıklanmaktadır. Tabii bir de, sağlık mal ve hizmetlerinin klasik iktisadın istem esnekliği yasası dışında kalışı akılda tutulmalıdır.<sup>231</sup>

Dünyada 2020 yılında ilaç piyasasının 1.3 trilyon \$ olacağı ve Türkiye’nin bu piyasanın en büyük 10 aktörü içinde yer alacağı beklenmektedir. Türkiye’de ilaç piyasasının her yıl % 10-15 büyüyeceği tahmin edilmektedir. Benzer tahminler reçeteli ve reçetesiz ilaç pazarları için de yapılmaktadır: Eşdeğer ilaç pazarının değerinin 2013 yılının sonuna kadar 8.2 milyar \$’a ulaşması ve 2008-2013 yılları arasında % 14 oranında yıllık bileşik büyüme sergilemesi; referans ilaç pazarının 2009 yılındaki değerinin 6 milyar \$ olduğu ve 2008-2013 yılları arasında % 14.5’lik bir yıllık bileşik büyüme oranına ulaşılması; reçetesiz ilaç satışlarının ise 2013 yılının sonuna kadar 2.3 milyar \$’a ulaşacağı, 2008-2013 yılları arasında ise %14.7’lik yıllık bileşik büyüme oranını yakalayacağı tahmin edilmektedir.<sup>232</sup> Nitekim yabancı şirketler Türkiye’de 2006-2008 arasında 1 milyar \$’lık yerli şirket alımı (toplam 35 adet) gerçekleştirmiştir.”<sup>233</sup> Dünyadaki birleşme ve satın almalara paralel olarak Türkiye’deki jenerik ilaç firmalarında da satın alma ve birleşmeler son birkaç yılda artarak yaşanmıştır. Gelişmekte olan bir ekonomi olan Türkiye’de bu küresel birleşme ve satın alma eğiliminden etkilenmekte ve birçok ilaç şirketinin yatırım ve büyüme hedeflediği bir pazar haline gelmektedir. Tablo 4-27’de 2003-2012 yılları arasında Türkiye’de yapılan satın almalar görülmektedir:

---

<sup>230</sup> Baran, s.224

<sup>231</sup> IMS, Health Predicts 5 to 6 Percent Growth for Global Pharmaceutical Market in 2008, [www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem](http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem)

<sup>232</sup> Business Monitor International, 2009

<sup>233</sup> Belek, s.204

**Tablo 4-27: 2003 – 2012 Yılları arasında Türkiye’de Gerçekleşen Satın Almalar**

Şirket	Satın Alan Kurum	Tarih	Hisse Payı
Mustafa Nevzat İlaç	Amgen	2012	% 95,6
Cenovapharma	Polpharma SA	2011	-
Dr. F. Frik İlaç A.Ş.	Recordati	2011	% 100
Çınay Kimya	Santa Farma	2011	% 100
Diasis Diagnostic Systems	ERBA Diagnostics Mannheim	2011	% 100
Avimedica Veteriner Ürünleri	Lohmann Animal Health	2010	-
Yeni İlaç	Recordati	2008	% 100
EBV Limited	Liba Labarotuarlar	2008	% 99,5
Eczacıbaşı İlaç	Zentiva	2007	% 75
Med İlaçlar	TEVA	2007	% 100
Deva Grup	Eastpharma	2006	% 52
Münir Şahin İlaç Sanayi	Partners in Life Science	2006	% 100
Biofarma	Partners in Life Science- Citigroup Venture Cap.	2006	% 100
Fako İlaç	Actavis	2003	% 100

**Kaynak:** AİFD, Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu, 2012, s. 29 elde edilen bilgilerle hazırlanmıştır.

Ar-Ge etkinliklerinin yetersiz olmasına ve fikri mülkiyet hakları konusundaki zayıflıklara rağmen Türkiye 2004 yılından beri tanınmış, çokuluslu şirketleri piyasaya çekmektedir.

#### **4.1.1.2.1. Kamu İlaç Harcamaları**

İlaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranına bakıldığında gelişmiş ülkelerde payın düşüklüğü, gelişmekte olan ülkelerde ise bu oranın yüksekliği göze çarpmaktadır. Örneğin, Türkiye’de 2002 yılında % 27.8 olan bu rakam % 17.2 olan OECD ortalamasının üzerindedir.

Türkiye’de kamu sağlık harcamasının yaklaşık  $\frac{1}{4}$ ’ünü ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi 2002’li yılların başında SGK’nun ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının % 27,8’i kadar olmuş, 2004 yılından itibaren düşme eğilimine girmişse de, 2011’de oran halen % 20,8 düzeyindedir.

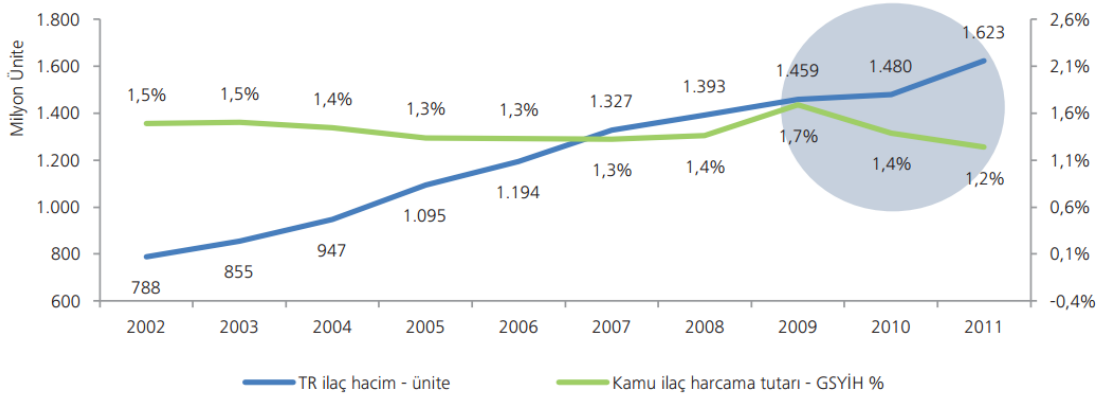
**Tablo 4-28: Kamu İçin İlaç Harcamasının Toplam Sağlık Harcaması İçindeki Oranı (%)**

Yıl	Yüzde (%)
2002	27,8
2003	28,0
2004	26,3
2005	24,5
2006	22,9
2007	21,8
2008	22,4
2009	25,0
2010	20,6
2011	20,8

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011 ve AİFD elde edinilen bilgilerle hesaplanmıştır.

Çoğu AB ülkesinde geri ödeme kapsamında olmayan reçetesiz ilaçların Türkiye’de önemli oranlarda geri ödenmesi de kamu ilaç harcamalarını yüksek tutmaktadır.<sup>234</sup> Ayrıca, hastanelerde yatarak tedavi gören hastalara sağlanan ilaçlar, rneğin OECD’de ilaç harcaması içinde yer almazken, Türkiye’de hastalar bu ilaçları önemli oranlarda kendileri serbest eczanelerden temin etmek durumunda kaldıklarından dolayı ilaç harcamalarının yüksek görünmesine yol açmaktadır. Böylece ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranı olduğundan yüksek görünmektedir. Ayrıca sosyal güvenlik kurumlarına bağlı hastalar reetelendirilmiş ilaçlara % 10 veya % 20 oranında katkı payı ödemektedirler.

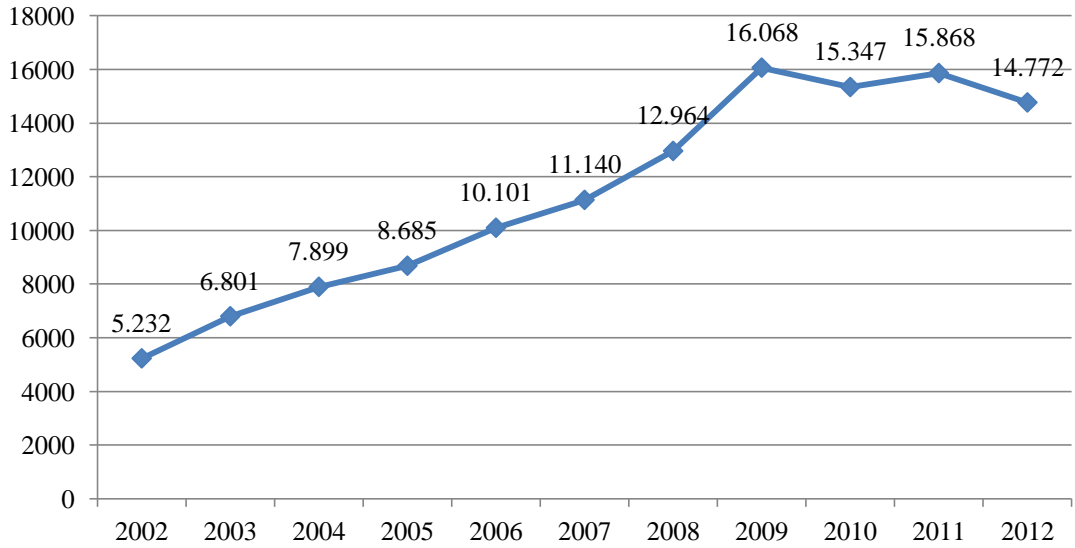
<sup>234</sup> İstanbul Ekonomi Danışmanlık, “**ABD, Avrupa Birliği ve Türkiye’de Reçetesiz İlaç Politikaları ve Pazar Yapıları**”, Nisan 2007, s.22 [www.istanbul-ekonomi.com](http://www.istanbul-ekonomi.com) (10.05.2013)



Şekil 4-21: Kamu İlaç Harcamaları ve İlaç Sayısı (2002-2011)

**Kaynak:** Deloitte Raporu, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi”, Haziran 2012, s 7

Tedavi harcamalarına kıyasla kontrol edilmesi daha kolay olan ilaç harcamalarında Şekil 4-21’de görüldüğü üzere hem milli gelire kıyasla hem de nominal olarak bir düşüş sağlanmıştır. 2009 yılından sonra kamunun karşıladığı ilaç miktarında yaşanan artışa rağmen kamu ilaç harcama tutarında meydana gelen azalma, birim fiyatta oluşan düşüşe işaret etmektedir.

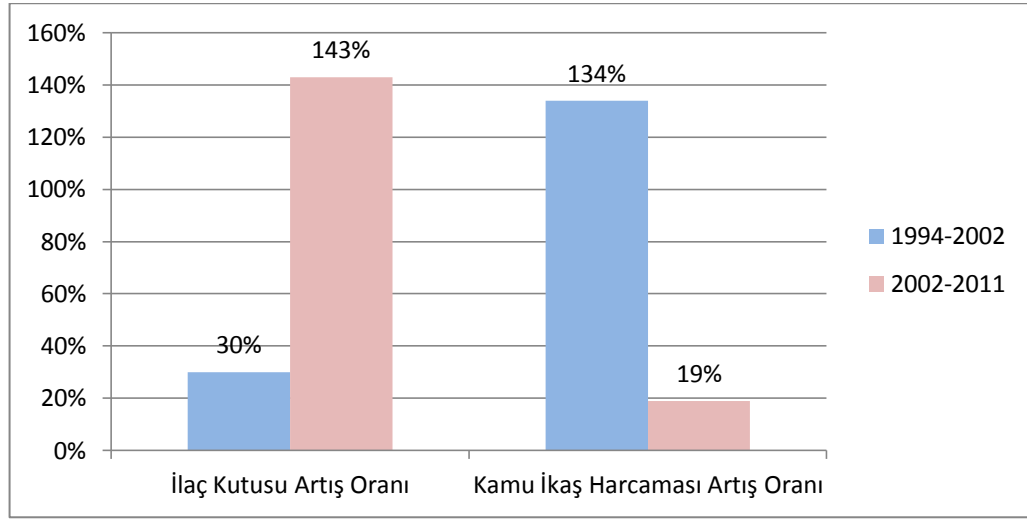


Şekil 4-22: Türkiye’de Kamu İlaç Harcamaları (Milyon TL)

**Kaynak:** AİFD, <http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Graphic.aspx?p=740>(22.06.2013)

Kamunun Genel Sağlık Sigortası kapsamındaki çalışan ve emekliler ile sağlık primi devlet tarafından ödenenler için yaptığı ilaç harcamasının 2009'dan sonra azalmaya başladığı, 2012'de 13.865 milyon 304 bin liralık harcamayla son 4 yılda yapılan en düşük ilaç harcamasının gerçekleştiği görülmektedir.

İlaç harcamasının, ilaç kutu tüketimindeki artışın gerisinde bir oranla artması Şekil 4-23'de daha net bir şekilde görülmektedir:



Şekil 4-23: Kamu İlaç Harcamalarındaki Değişim 2002-2011

**Kaynak:** Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı 2012 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan Ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu, 2011, s.66

Şekil 4-23'deki kamu ilaç harcamalarındaki değişim 2002 – 2011 yıllarını kapsamaktadır. Bu değişim göstergeleri aşağıdaki tablo ile birlikte yorumlanacak olursa,

**Tablo 4-29: Kamu İlaç Harcaması ve Kullanılan Kutu Sayısı**

	İlaç Kutusu Sayısı (Milyon)	Kamu İlaç Harcaması (2011 Fiyatları İle Milyon TL)
1994	539	5734
2002	699	13430
2011	1700	15253

**Kaynak:** Recep Akdağ, Sağlık Bakanlığı 2012 Mali Yılı Bütçesi'nin T.B.M.M. Plan Ve Bütçe Komisyonu'na Sunumu, 2011, s.66

SDP uygulamasını takip eden yıllar (2002-2011) ilaç tüketiminde % 143 artışın kaydedildiği yıllardır; buna karşılık kamu ilaç harcamasındaki değişim % 19'da kalmıştır. İlaç tüketimindeki ciddi artış konusunda sorgulanması gereken, reçetelenen milyonlarca kutu ilacın gerçek bir gereksinimden mi kaynaklandığı, ya da ilaç şirketlerinin hekim ve eczaneler üzerindeki manipülasyonuna mı dayandığı sorusudur. Ayrıca sorgulanması gereken diğer bir nokta, reçete fatura tutarındaki artışın reçete sayısındaki artış yüzdesinin çok daha üstünde olması ve reçete başına maliyetin yükselmekte olmasıdır:

**Tablo 4-30: 2007-2009 Arasında SGK'na Fatura Edilen Reçetelerin Durumu**

	Reçete Sayısı	Reçete Fatura Tutarı (Milyon TL)	Reçete Başına Ortalama TL
2007	211.402	9.462	44,76
2008	240.453	10.974	45,64
2009	267.400	13.583	50,80

**Kaynak:** Belek s. 199

2007–2009 arasında reçete sayısı % 26.4 artarken, bu reçetelerin fatura tutarındaki artış % 43.6 oranında gerçekleşmiştir. İlaç kutu fiyatlarını düşürmeye yönelik müdahalelere rağmen reçete başına maliyet yükselmektedir.

2009 yılından sonra ise reçete başına ödenen tutarda istikrarlı bir düşüş söz konusudur. Tablo 4-31'de görüldüğü üzere 2009-2012 yılları arasında reçete sayısı ile kamunun ödediği ilaç tutarlarının birbiriyle örtüştüğü, 2009 sonrası ilaç harcamalarındaki artış hızının azalmasının reçete başına düşen tutara da yansıtıldığı görülmektedir.

**Tablo 4-31: Kamu İlaç Harcamaları İle Reçete Maliyetleri Değişim Oranları (2009-2012)**

	2009	2010	2011	2012	2011-2012 Değişimi
<b>Reçete Sayısı (bin adet)</b>	327.001	306.461	339.995	336.023	1,17
<b>Fatura Tutarı (bin lira)</b>	16.005.392	14.897.455	15.253.807	13.865.304	-9,1
<b>Reçete Başına Düşen Tutar (lira)</b>	48,95	48,61	44,86	41,26	-8,03

**Kaynak:** <http://www.medimagazin.com.tr/ilac-sanayi/saglik-bak/-8-61-50560.html> (Erişim: 09.04.2013)

Kamu 2009 yılında ilaç için 16.5 milyar , 2010'da 14.9 milyar, 2011'de 15.3 milyar lira harcama yapmıştır. Reçete sayısı 2011-2012 bir yıllık sürede 1.17, ilaç harcamaları ise % 9.1 gerilemiştir. İlaç harcamalarındaki bu gerilemeyle devlet 1 milyar 338 milyon 503 bin TL tasarruf sağlamıştır. Aynı dönemde (2009-2011) ilaç dışı sağlık harcamaları ise % 24 artmıştır.

İlaç harcamalarında gerçekleşen düşüşün 2009 yılı sonrasına rastlaması, ilaç harcamalarının kontrol altında tutulması amacıyla 2009 Aralık ayından itibaren ilaçta Global Bütçe uygulamasına geçilmesine bağlanabilir. Kamu ilaç harcamalarının düzeyi konusunda öngörülebilirliği artırmak üzere, Global Bütçe uygulaması ve Orta Vadeli Program (OVP) çerçevesinde, 2008 yılı değerleri üzerinden hesaplanan sanal bir 2009 kamu ilaç harcaması baz alınarak 2010-2012 dönemindeki kamu ilaç harcamalarına ilişkin bütçe tavanı 3 yıl için belirlenmiştir. Harcamaların belirlenen bütçe tavanlarını aşması durumunda, aşan kısmın telafisi amacıyla fiyat ve iskonto ağırlıklı ek tedbirler alınabileceği öngörülmüştür. 2012 yılı itibariyle Global Bütçe döneminin son yılına girilmiş bulunmaktadır. Bu çerçevede 2010 Kasım ayında kümülatif etkisi - % 8.8 olan ve 2011 Kasım ayında kümülatif etkisi - %13.8 olan ilave tedbirler (ilave iskonto ve fiyat indirimi) Global Bütçe rakamlarında öngörülen aşımın telafisi için hayata geçirilmiştir. İlave tedbirler içinde Avro kuru seviyesi de sıralanabilir. (Bkz. Tablo 4-37) Avro kuru seviyesi sabitlenmiş dönemsel Avro değerinin üst sınırını geçtiği halde, ilaçların satış fiyatını etkileyen bu değer, Temmuz 2011 yılından bu yana güncellenmesi



gerekirken, Global Bütçe aşımının telafisi için % 15.5'lik bu artış gerçekleştirilmemektedir.

SDP ile ilaç harcamalarının kontrol altına alınması hedeflenmiş, bir dizi yenilik hayata geçirilmiştir:

1. “Referans Fiyat uygulamasına geçilmiş,<sup>\*</sup>

2. Reçeteli ve reçetesiz ilaçlarda KDV % 18'den % 8'e indirilmiş,

3. Kamu sigortalarının geri ödeme prosedürlerinde ortak normlar getirilerek tüm geri ödeme kurumlarının ilaç ödemelerinde uygulayacağı tek pozitif liste uygulaması başlatılmıştır.”<sup>235</sup> Referans ilaca göre ekonomik olan eşdeğer ilaç kullanımı artırılarak tasarruf amaçlanmıştır; 2002'de kutu ölçeğinde % 48.5 olan eşdeğer ilaç payı 2008'de % 51.4'e yükselerek 885 milyon TL tasarruf yapılmıştır. 2004-2008 yılları arasında ise toplamda 3 milyar 879 milyon TL tasarruf sağlanmıştır.

Kamu sigortaları (SSK, Bağ-Kur, ES) tek çatı altında toplanmış ve ilaç piyasasındaki tek alıcı haline gelmiş, reel ilaç kutu maliyeti 2002 yılında 15.2 TL iken 2008'de 8.8 TL'ye kadar gerilemiştir.<sup>236</sup>

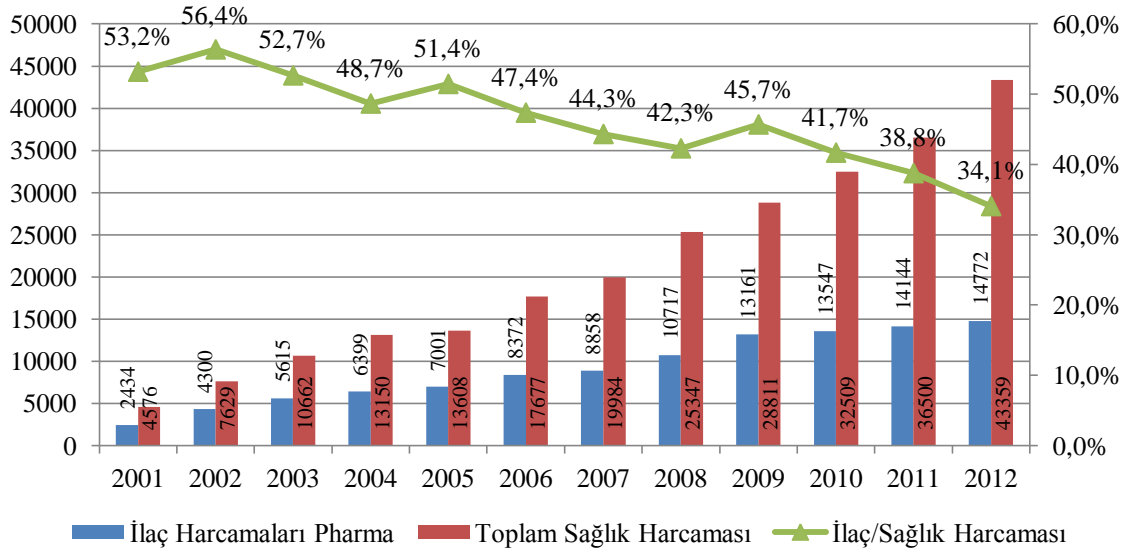
Özellikle 2005 yılında Yeşil Kartlıların ayakta tedavide ilaç masraflarının da karşılanması ve SSK mensuplarına serbest eczanelerden ilaç alma hakkı tanınması gibi ilaca erişimi kolaylaştırıcı uygulamalarla, tüketilen toplam ilaç kutu miktarı % 41.6 oranında artmasına rağmen kamu ilaç harcamalarındaki artış Şekil 4-24 de görüldüğü üzere aynı hızda artmamıştır.

---

\* Sistem ile en az 5, en fazla 10 AB üyesi ülke takip edilmekte, en ucuz fiyat Türkiye'deki ilaç fiyatları için referans alınmaktadır.

<sup>235</sup> Sülkü, s. 50

<sup>236</sup> Sülkü, s.51

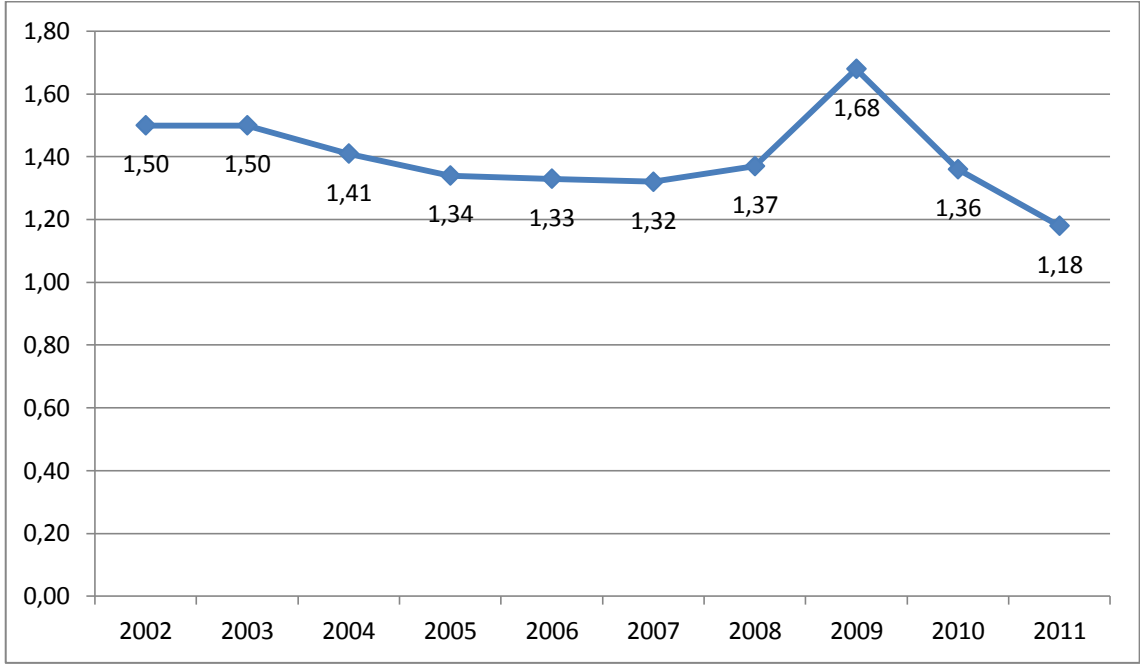


Şekil 4-24: Türkiye'de SGK İlaç Harcaması (Milyon, TL)

**Kaynak:** AİFD, <http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Graphic.aspx?p=261> (22.06.2013)

2001 yılında 2.4 milyar TL olan, toplam ilaç harcaması 2011 yılına kadar sürekli artarak 2011'de 13.7 milyar TL'ye ulaşmıştır. 2012'de bu rakam 14.8 milyar'a yükselmiş, 2013'te ise 15.6 milyar TL öngörülmüştür. Global bütçe uygulaması ile son üç yılda ilaç için öngörülen 46.8 milyar liralık genel bütçenin 2012 yılı sonu itibariyle 46 milyarda kalması hedefin tutturulduğu anlamına gelmektedir. Bütçe aşılmadığı için her sene Ekim-Kasım aylarında SGK tarafından gerçekleştirilen ilaçtaki mecburi indirimler de 2012'de yapılmamıştır.

Son olarak kamu ilaç harcamalarının GSYH'daki payına bakıldığında Şekil 4-25'de görüldüğü üzere 2002-2009 döneminde % 1.50- 1.68 arasında değişen oranlar 2009'dan sonra düşmeye başlayarak 2011'de % 1.18'e gerilemiştir. Bu durum daha önce açıklanan 2009 sonrası ilaç harcamalarındaki düşüşe paraleldir.



Şekil 4-25: Türkiye’de Kamu İlaç Harcamasının GSYH İçindeki Payı (2004-2011)

**Kaynak:** AİFD, <http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Graphic.aspx?p=741> (22.06.2013)

#### 4.1.1.2.2. Kişi Başına Düşen İlaç Harcamaları

Türkiye’nin ilaç ihtiyacının arttığı yaşlanan ülkelere göre nüfusunun oldukça genç olması, ilaç harcamalarının daha ölçülü artabileceği fırsatından istifade edebileceğini göstermektedir. Nitekim Türkiye’de kişi başına düşen ilaç harcaması 2010 yılında OECD ülkeleri içinde 154 \$ ile oldukça düşüktür. “Aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi bu rakam örneğin ABD’de 1054 \$, İngiltere’de 469 \$, Fransa’da 634 \$, Almanya’da 623 \$’dir.”<sup>237</sup> Bu durum esas olarak Türkiye’nin göreceli olarak düşük gelir düzeyi ile ilişkilidir; ayrıca bir ölçüde fiyat düzeylerindeki farklılıklardan, kısmen de pahalı ilaçlardaki düşük satış hacimlerinden kaynaklanmaktadır ve gelecek yıllarda kişi başına düşen ilaç harcamalarında artış beklenmektedir. “Türkiye ilaç harcamalarındaki temel sorun yıllardır tartışıldığı üzere ilaç harcamalarının ve en fazla tüketilen ilaçların Türkiye’nin hastalık yükü ile paralellik arz etmemesidir.”<sup>238</sup>

<sup>237</sup> AİFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, s.34

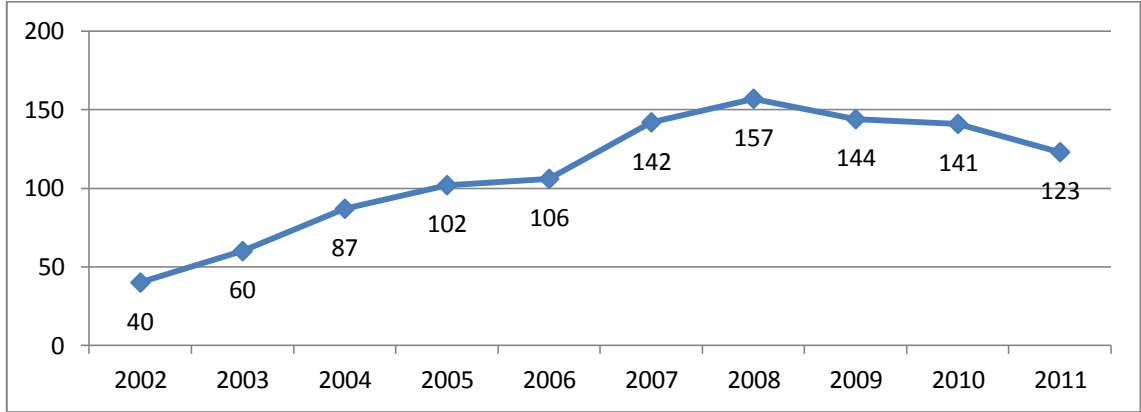
<sup>238</sup> Yuanli Liu, Yusuf Çelik, Bayram Şahin, Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları Suvak Yayınları, 2005, s.65

**Tablo 4-32: Ülkelerin Sağlık ve İlaç Harcamaları, 2010 – (ABD \$)**

Ülkeler	Kişi Başına Düşen İlaç Harcaması	Kişi Başına Düşen GSYH	Kişi Başına Düşen Sağlık Harcaması	Sağlık Harcamalarında Devlet Harcamalarının Payı (%)
<b>ABD</b>	1.054	47.184	7.557	% 48
<b>Japonya</b>	858	43.137	3.550	% 80
<b>Fransa</b>	634	39.460	4.836	% 80
<b>Almanya</b>	623	40.509	4.387	% 77
<b>İngiltere</b>	469	36.100	3.633	% 78
<b>İspanya</b>	463	30.542	2.970	% 71
<b>Güney Kore</b>	234	20.757	1.387	% 56
<b>Türkiye*</b>	123	9.732	659	% 76
<b>Singapur</b>	122	43.867	1.417	% 37
<b>Brezilya</b>	108	10.710	918	% 46
<b>Çin</b>	39	4.393	186	% 48
<b>Hindistan</b>	11	1.477	48	%30

\* 2011 yılına ait verilerdir.

**Kaynak:** AİFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, 2012, s.34



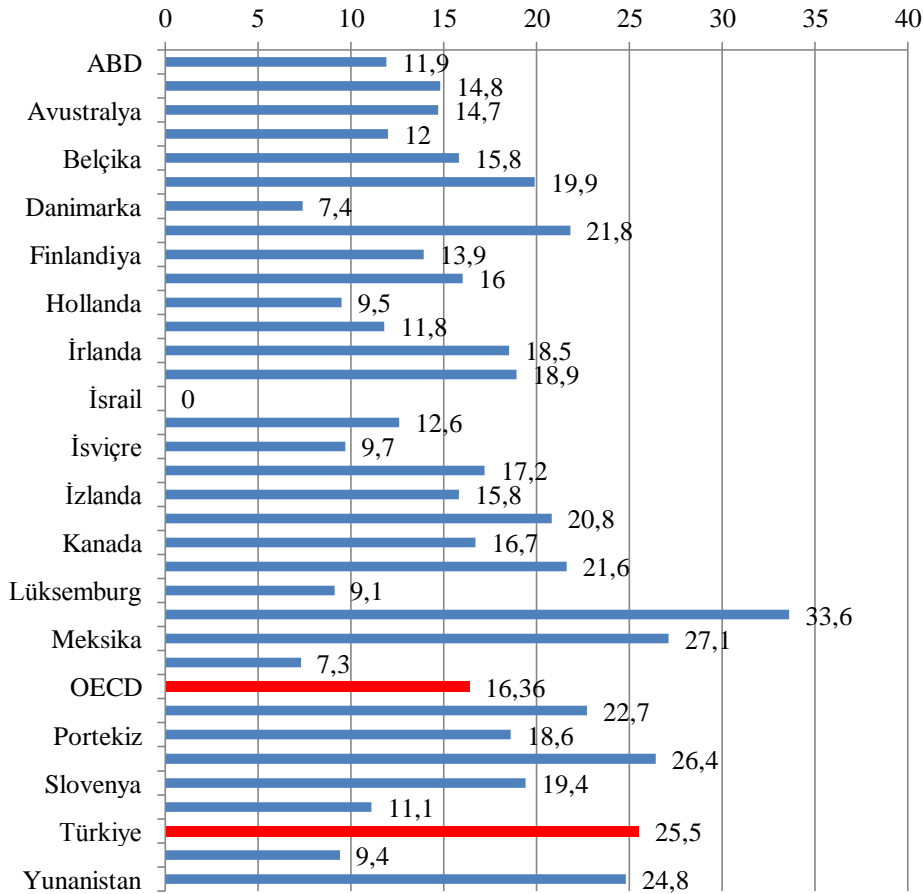
**Şekil 4-26: Türkiye’de Kişi Başı İlaç Harcaması**

**Kaynak:** AİFD, [http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Graphic.aspx?p=264\(22.06.2013\)](http://www.aifd.org.tr/DataCenter/Graphic.aspx?p=264(22.06.2013))

Kişi başı ilaç harcaması değerlerinin 2002-2008 döneminde artarak devam ettiği görülmektedir. 2009-2011 yılları arasında ise düşüşe geçmiştir. Bu harcama miktarları diğer Avrupa ülkelerine oranla düşük olmasına rağmen, Türkiye Avrupa’daki en hızlı

büyüyen ilaç pazarlarından biridir ve dünyadaki en büyük 16. ilaç üreticisi; Almanya, Fransa, İngiltere, İtalya ve İspanya'nın ardından Avrupa'daki en büyük ilaç pazarıdır.<sup>239</sup>

2008 ile 2013 yılları arasında % 14.3 olarak gerçekleşen yıllık bileşik büyüme oranı ve toplam sağlık harcaması içinde ilaç harcamalarının oranı ile diğer gelişmiş ülkelerle kıyaslandığında, kişi başı harcamadan farklı olarak Şekil 4-27'de görüldüğü gibi birçok ülkeden daha iyi durumdadır.



Şekil 4-27: OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı %

Kaynak: OECD 2012, BCG, "Türkiye İlaç Finansman Modeli Önerisi Raporu", Ekim 2010

Türkiye, OECD ülkeleri içinde, ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranının yüksekliği bakımından, Slovakya, Meksika ve Macaristan dışındaki tüm ülkeleri geride bırakmaktadır. Bu durum bölümün başında sorgulanan ilaç

<sup>239</sup> Economic Intelligence Unit, Aralık 2009, [http://www.eiu.com/\(08.07.2010\)](http://www.eiu.com/(08.07.2010))

harcamalarının hastalık yükü ile ne derecede örtüştüğü sorusunu gündeme getirmektedir. Nitekim, “İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası verilerine göre, tutar ölçeğinde, en çok tüketilen ilaçlar arasında antibiyotikler, pazar payları son 5 yılda % 16’dan % 12.5’e gerilerken pazardaki liderliklerini korumaya devam ettiler. 2011 yılında kardiyovasküler, sinir sistemi ve onkoloji ilaçlarında da pazar payı kayıpları oldu. Diğer yandan solunum ve antiromatizmal ilaçların ise pazar paylarını artırdıkları görüldü.”<sup>240</sup>

1990 – 2009 döneminde OECD üyesi AB ülkelerinde kişi başı ilaç harcamalarında hissedilir artışlar yaşanmaktadır:

**Tablo 4-33: Kişi Başına Düşen İlaç ve Tıbbi Malzemeler (1990-2009) (Dolar)**

OECD Üyesi AB Ülkeleri	1990	1995	2000	2005	2009
ABD	251	324	533	790	956
Polonya	-	-	207	240	313
Macaristan	159	165	277	439	493
Slovakya	-	203	205	363	554
Çek Cumh.	117	225	230	365	408
Portekiz	156	239	338	454	518
İtalya	275	317	454	507	572
İspanya	155	229	327	507	578
Finlandiya	128	187	273	402	462
İngiltere	130	205	260	345	381
İsveç	128	215	316	406	465
Danimarka	115	170	210	270	319
Fransa	244	314	421	553	640
Almanya	251	291	362	505	628
İrlanda	96	136	249	482	662
Avusturya	161	210	351	452	537
Lüksemburg	-	229	299	380	407
Hollanda	135	197	273	-	472
Belçika	210	309	560	603	638
Türkiye	32	55	115	102	144
Ortalama	169	232	304	386	451

**Kaynak:** WHO 2011, <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18767en/> (05.04.2013)

<sup>240</sup> Medikal Akademi, [www.medikalakademi.com.tr/saglikta-rekor-harcama-ilac-giderleri/](http://www.medikalakademi.com.tr/saglikta-rekor-harcama-ilac-giderleri/) (10.05.2013)

Türkiye’de de 1990-2009 döneminde kişi başı ilaç harcamasında süreklilik arz eden bir artış görülmekle birlikte OECD/ AB üye ülkeler ortalamasının altında harcama yapılmaktadır. 2009’da 144 \$ olan kişi başı ilaç harcaması, 2010’da 154 \$’a yükselmiştir.

İlaç tüketim farklılıklarına katkıda bulunabilecek bazı faktörler vardır. Bunlar; reçeteli ilaçlar, doktor davranışı, ilaç, fiyatlandırma ve geri ödemede uygulanan düzenleyici politikalar, sağlık sigortası kapsamı şeklinde sıralanabilir.<sup>241</sup>

OECD üyesi AB ülkelerinde 1990-2009 döneminde kişi başı kamu sağlık harcamalarına bakıldığında rakamın 880 \$ düzeyinden 2.376 \$ düzeyine çıktığı görülmektedir:

**Tablo 4-34: Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları (1990-2009) (Dolar)**

OECD Üyesi AB Ülkeleri	1990	1995	2000	2005	2009
ABD	1102	1683	2032	2916	3795
Polonya	265	299	409	594	1006
Macaristan	513	553	603	1020	1053
Slovakya	-	517	540	848	1369
Çek Cumh.	544	815	887	1288	1769
Portekiz	411	635	1097	1507	1633
İtalya	1078	1084	1497	1917	2443
İspanya	685	859	1101	1601	2259
Finlandiya	1103	1065	1318	1903	2410
İngiltere	803	1129	1456	2212	2935
İsveç	1431	1509	1941	2415	3033
Danimarka	1274	1542	1964	2639	3698
Fransa	1107	1674	2027	2620	3100
Almanya	1344	1852	2130	2577	3242
İrlanda	566	863	1328	2241	2836
Avusturya	1191	1655	2199	2644	3331
Lüksemburg	-	1762	2781	3526	3741
Hollanda	947	1275	1476	1769	-
Belçika	-	1452	1675	2454	2964
Türkiye	95	122	272	401	659
Ortalama	880	1129	1370	1874	2376

**Kaynak:** WHO 2011, <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18767en/> (05.04.2013)

<sup>241</sup> Zerrin Dürrü, “OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması”, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, 2012, s.74

Türkiye Tablo 4-35’te de görüldüğü üzere kişi başı kamu sağlık harcamasında OECD/AB üye ülkeler ortalamasının altında kalmakta, diğer yandan “ister toplam sağlık harcaması içindeki payı, ister GSYH’nın payı, isterse de kişi başına düşen ya da genel devlet harcamasının payı olarak ölçülsün, Türkiye, diğer üst orta gelir grubundaki ülkeler kadar veya bunlardan daha fazla harcama yapmaktadır.”<sup>242</sup>

Son olarak kişi başı cepten yapılan sağlık harcamalarına bakıldığında Türkiye OECD/ AB üye ülkeler içinde 1995-2009 döneminde ortalamanın altında kalmaktadır.

**Tablo 4-35: Kişi Başı Cepten Yapılan Harcamalar (1995-2009) (Dolar)**

OECD Üyesi AB Ülkeleri	1995	2000	2005	2009
ABD	549	716	892	976
Polonya	111	175	224	310
Macaristan	106	224	336	358
Slovakya	-	64	257	533
Çek Cumh.	82	95	158	304
Portekiz	-	412	548	681
İtalya	407	506	515	616
İspanya	280	362	247	334
Finlandiya	334	413	479	614
İngiltere	147	246	322	364
İsveç	-	415	494	620
Danimarka	305	381	465	573
Fransa	160	181	219	291
Almanya	218	295	452	552
İrlanda	182	270	453	464
Avusturya	340	438	546	585
Lüksemburg	118	386	481	559
Hollanda	173	210	246	208
Belçika	-	601	596	787
Türkiye	51,3	120	134	167
Ortalama	214	280	385	481

**Kaynak:** WHO 2011, <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18767en/> (05.04.2013)

<sup>242</sup> OECD ve Dünya Bankası, “OECD Reviews of Health Systems -Turkey: The Performance of the Turkish Health System and its Determinants”. 2008, [http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en\\_2649\\_33929\\_42235452\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html), (16.06.2011)



Cepten yapılan sağlık harcamaları OECD ülkelerinin birçoğunda özel tüketimin en dinamik bileşenleri arasında yer almaktadır. Cepten ödenen mal ve hizmetler sepet fiyatının ülkeler arasında önemli farklılıkları vardır.<sup>243</sup>

#### 4.1.1.2.3. OECD Ülkelerinde İlaç Harcamalarının Gelişimi

Dünyadaki sağlık harcamaları eğiliminin sürekli yukarı yönlü olması durumu ilaç harcamalarının artışında da görülmektedir. “İlaç giderleri son 20 yıldır neredeyse tüm OECD ülkelerinde gözlemlendiği üzere genel sağlık giderlerinden daha hızlı artmaktadır.”<sup>244</sup>

Bu durum dünya ilaç pazarının büyümeye devam etmesiyle ilişkilendirilebilir. Türkiye’de de ilaç pazarı büyümeye devam etmektedir. 2008 yılı itibariyle Türkiye reçeteli ilaç pazarı 12.1 milyar TL olmuştur. Bu rakam 2003 yılında ise 6.2 milyar TL idi. Dolayısıyla 2003-2008 yılları arasında Türkiye ilaç pazarı, TL bazında yaklaşık iki kat artmış bulunmaktadır.<sup>245</sup>

Dünyanın küresel ilaç harcamalarının % 78’i yüksek gelirli ülkelerde yapılmaktadır. Ayrıca ilaçlar için yapılan harcamaların oranı kişi başına düşük gelirli ülkelerde daha yüksektir.<sup>246</sup> “Gelişmekte olan ülkelerin endüstrileşmiş ülkelere göre ilaç harcamalarına daha çok pay aktarmaları çeşitli görüşlerle açıklanmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde kaynak yetersizliği sebebiyle koruyucu sağlık hizmetlerine yeterince kaynak ayrılamamaktadır. Bunun sonucu olarak, tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok öncelik verilmektedir. İlaç sanayinde dışa bağımlılık, hızlı teknolojik gelişmelerin sonucunda piyasadaki ilaç çeşitliliğinin artması ve yoğun antibiyotik\* kullanımı, gelişmekte olan ülkelerde ilaç harcamalarının sağlık harcamalarının temel unsurunu oluşturmasında başlıca faktörlerdir.”<sup>247</sup>

<sup>243</sup> Manfred Huber, Eva Orosz, “Health Expenditure Trend in OECD Countries 1990-2001, Health Care Financing Review”, 2003, s.14

<sup>244</sup> Deloitte “Türkiyede ve Dünyada İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri”, s.10

<sup>245</sup> İEİS Verileri, www.ieis.org.tr

<sup>246</sup> WHO,2011, <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18767en/>, (05.04.2011)

\* Genellikle koruyucu sağlık hizmetleri yeterli olmayan ülkelerde antibiyotikler birinci sıradadır; Türkiye’de de antibiyotikler % 19 ile birinci, ağrı kesiciler % 12 ile ikinci sıradadır.

<sup>247</sup> Jacobzone, s.4

Gelişmiş ülkelerde ise hastalıkların ortaya çıkmasının ardından tedavi edilmesi hem daha masraflı olması, hem de iş gücü kaybına neden olması sebebiyle koruyucu sağlık hizmetlerine daha çok ödenek ayrılmaktadır. “Gelişmiş ülkelerde gerçekleşen sağlık yatırımları da, az gelişmiş ülkelere oranla daha yüksek miktarlarda gerçekleşmektedir. Koruyucu sağlık hizmetlerine daha fazla harcama yapan ve sağlık yatırımlarına öncelik veren ülkelerde, tıbbi malzeme, ilaç harcamaları ve ayakta tedavi harcamaları daha düşük miktarlarda gerçekleşmektedir.” Başka bir deyişle, gelişmiş ülkelerde sağlığa yapılan harcamalar bir yatırım olarak görülmektedir; hastalıkların tedavi maliyetlerinin yüksek olmasından dolayı yatırımlar tedavi hizmetlerinden çok koruyucu sağlık hizmetlerine kaydırılmıştır.

İlaç harcamalarına ayrılan payın yüksekliğinin gelişmiş ülkeler için gerekçeleri, gelişmekte olan ülkelere göre daha farklıdır: Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfus oldukça fazladır ve 0-3 yaş grubu çocuklar sağlıkta riskli grubuna girmektedir.

İlaç piyasasındaki ürünlere yapılan toplam harcama OECD ülkelerinde GSMH'nin % 7'si ile % 22'sini oluşturmaktadır. Bu ürünler içinde yer alan ilaçlara yapılan harcama ise, 2010 yılında toplam sağlık harcamasının % 7.3 (Norveç) ile % 33.6'u (Macaristan) oranında değişmektedir. Dünyada birçok ülkede ilaç harcamalarının yarısından fazlası kamu finansman kaynaklarından karşılandığından, bu oranlar kamu harcamaları açısından büyük önem arz etmektedir. (Bkz. Şekil 4-28)

Görüldüğü üzere OECD ülkelerinde, toplam sağlık harcaması içinde ilaç harcamalarının payı homojen bir dağılım sergilemez; bazı ülkelerde bu artış oldukça fazladır. “Genel olarak şunu ifade edebiliriz ki 1970 yılından bu yana ilaç harcamalarındaki artış sağlık harcamaları ile paralellik göstermektedir.”<sup>248</sup>

OECD ülkelerinde kişi başı ilaç harcamalarında 1960'lı ve 1970'li yıllarda fazla bir artış gözlenmemiştir. Ancak 1980'lerden sonra ilaç endüstrisinde yaşanan gelişmeler dünya genelinde kişi başına ilaç harcamalarının yükselmesinde önemli bir etken olmuştur. 1990'da OECD ülkelerinde kişi başına ortalama 178 \$ ilaç harcaması düşerken, 2000 yılında bu oran 257 \$'a yükselmiştir.<sup>249</sup> Türkiye'nin kişi başına

---

<sup>248</sup> Jacobzone, s.10

<sup>249</sup> Belek, “Sağlıkta Dönüşüm” s. 201

ortalaması ise 1990 yılında 20 \$, 2000 yılında 40 \$'ı göstermektedir. Bu durum ilaç sanayindeki gelişimi ve tüketimdeki artışı açıkça göstermektedir. 2010 yılına ait veriler ise Tablo 4-36'da gösterilmektedir:

**Tablo 4-36: OECD Ülkelerinde Kişi Başı İlaç Harcaması, 2010 (SGP, \$)**

Ülkeler	ABD \$	Yıl
ABD	983	2010
Norveç	395	2010
Meksika	250	2009
Şili	136	2009
Polonya	315	2010
Macaristan	538	2010
Slovakya	554	2010
Çek Cumh.	375	2010
Güney Kore	240	2009
Portekiz	508	2010
Yeni Zelanda	285	2010
Yunanistan	677	2009
Japonya	850	2010
İtalya	511	2010
İspanya	561	2010
Finlandiya	452	2010
İsviçre	510	2010
İngiltere	469	2010
Avustralya	541	2009
İzlanda	523	2010
İsveç	474	2010
Danimarka	331	2010
Fransa	635	2010
Almanya	640	2010
İrlanda	656	2010
Avusturya	525	2010
Kanada	741	2010
Lüksemburg	406	2009
Hollanda	451	2010
Belçika	623	2010
OECD	495	2010
Türkiye	141	2010

**Kaynak:** OECD Health Data 2012 <http://www.oecd.org/els/health-systems/oecdhealthdata2012-frequentlyrequesteddata.htm> elde edilen verilerden faydalanılarak hazırlanmıştır.

ABD, 2000'li yıllarda olduğu gibi (2000'de 541 \$, 2001'de 605 \$, 2003'de 727 \$, 2007'de 878 \$) 2010'da da kişi başına 983 \$ ilaç harcaması ile OECD ülkeleri içinde

ilaç harcaması en yüksek ülkedir. OECD Sağlık Veri Seti'ne göre Türkiye kişi başı ilaç harcaması en düşük olan ülkelerin başında gelmektedir. 2010'da Türkiye'de kişi başına ilaç harcaması ise 141 \$'dır.

OECD ülkelerinin çoğunda ilaç harcamalarındaki artış toplam sağlık harcamalarındaki artışı geçmiştir. OECD ülkelerinde ilaç faturalarının ortalama % 60'ı kamu fonlarından, geri kalan bölümü ise esas olarak cepten yapılan ödemelerle, daha az bir kısmı da özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır.

OECD ülkeleri içinde ilaç harcaması en fazla artan ülkelerin başında Türkiye gelmektedir. 2000-2005 döneminde OECD ülkeleri içinde ilaç harcaması en fazla artan ülke Türkiye olmuştur. Örneğin 2000'lerin başında 600 milyon kutu civarındayken 2010'da bu sayı yaklaşık 1.5 milyar kutuya ulaşmıştır. İlaç tüketiminin bu düzeyde artması, etkinlik ve etkililik sorununu gündeme getirmektedir.

#### **4.1.2. İlaç Firmaları ve Eczacılar Üzerindeki Etkileri**

İlaç sanayi hem yarattığı katma değer nedeniyle hem de insan sağlığına yönelik bir sanayi olmasından ötürü stratejik öneme sahip olan, dünyada gözde sanayilerden biridir. Türkiye'de Cumhuriyet öncesi müstakil eczanelerde başlayan ilaç sanayi süreci, Cumhuriyetle birlikte 1928 yılında yasal çerçeveye sahip olmuş, 1940'lardan itibaren kurumsal sanayileşme sürecine girmiş, ilk yabancı yatırım 1950'li yıllarda gerçekleşmiştir.

Bu bölümde Türkiye'de ilaç firmalarının durumuna kısaca değindikten sonra kamunun ilaç sektörüne yönelik düzenleme ve müdahaleleri kapsamında SDP'nin ilaç alanında getirdiği yenilikler ve bu yeniliklerin firma ve eczacılar üzerindeki etkileri incelenecek, son olarak ülkemizin Ar-Ge potansiyeli ve sektörde meydana gelen satın alma-birleşmelere yer verilecektir.

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.<sup>250</sup>

Türkiye’de ilaç sektöründe yaklaşık 300 firma faaliyet göstermektedir; bu firmalar özel üretim teknolojisi gerektiren ürünler dışında her tür ürünü Dünya Sağlık Örgütü’nün “İyi İmalat Uygulamaları” kurallarına uygun teknolojik düzeyde üretebilmektedir. Ürünler piyasaya hali hazırda 23000 eczane ve 500’e yakın ecza deposu aracılığıyla sunulmakta, reçeteli ve reçetesiz ilaçların eczaneler dışında satılmasına mevzuat izin vermemektedir.

Kamu müdahalesinin düzeyi ve şiddeti ülkelere göre değişse de son yıllarda kamu otoritesinin ilaç sektörüne yönelik düzenlemeleri bütün ülkelerde en çok tartışılan konuların başında gelmektedir.<sup>251</sup> Kamunun ilaç sektörüne başka sektörlerde olmadığı kadar müdahil olmasının nedenleri;

- İlaç sektöründe doktor, finansman kurumu ve hastalardan oluşan üçlü yapıda kamu otoritesinin düzenleyici role sahip olması,
- İlaçların güvenilir ve kaliteli olmaları ile ilgili sistemin kurulmasındaki rolü,
- Kurulan sistemin işleyişindeki izleme ve denetleme rolü,
- Birçok ülkede ilaç harcamalarının finansmanını sağlayan taraf ve en büyük alıcı olması

şeklinde sıralanabilir. “Kamunun ilaç sektörüne müdahalede bulunmasının bir diğer gerekçesi ise ilaç firmalarının büyük bir kısmının uluslararası nitelikte olması nedeniyle kamu otoritesinin; ilaç fiyatlarının belirlenmesi, kâr marjlarının kontrol edilmesi ve sınırlandırılması, ilaç dağıtım kanallarının düzenlenmesi yönündeki zorunluluklardır.”<sup>252</sup> Devletin ayrıca, sosyal refahın artırılması amacıyla herkesin sağlık alanındaki mal ve hizmetlere en düşük maliyetle ulaşabilmesi alanında taşıdığı sorumluluk da ilaç sektörüne yönelik düzenlemeler yapmasının bir diğer nedenidir. Nihai olarak düzenlemelerin amacı sınırlı kaynakların verimli kullanılması amacıyla harcama ve maliyetlerin en aza indirilmesidir.

<sup>250</sup> Deloitte “Türkiyede ve Dünyada İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri”, s.4

<sup>251</sup> Zafer Çalışkan, “Referans Fiyat ve İlaç Piyasası”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi, Cilt 11, Sayı:1, 2008, s.51

<sup>252</sup> Çalışkan, s.51

Türkiye’de yukarıda sıralanan nedenlerle 2003-2013 yılları arasında SDP çerçevesinde ilaç alanında birtakım düzenlemeler yapılmıştır. Bu düzenlemeler;

- Mart 2004’te reçeteli ilaçlarda KDV’nin % 18’den % 8’e indirilmesi,
- Nisan 2004’te İlaç Fiyat Kararnamesi ile sosyal güvenlik kuruluşlarının farklı geri ödeme sistemlerini ortadan kaldıracak referans fiyat sisteminin getirilmesi,
- Ocak 2005’te Yeşil Kartlıların serbest eczanelerden hizmet almaya başlamaları,
- Ocak 2005’te reçetesiz ilaçlarda KDV’nin % 18’den % 8’e indirilmesi,
- Şubat 2005’te kamu ilaç ödemelerinde pozitif listeye geçilmesi,
- Mayıs 2005’te ayakta tedavi gören Yeşil Kartlı hastaların ilaçlarını katkı payı ödeyerek almalarına imkan sağlanması,
- Ocak 2006’da tüm geri ödeme kurumlarının, ilaç ödemelerinde uygulayacağı tek pozitif liste uygulamasının başlatılması,
- Ocak 2008’de yatarak tedavilerde ilaçların ve diğer tıbbi malzemelerin hastane tarafından temininin zorunlu hale getirilmesi şeklinde sıralanabilir.

Yukarıda SDP özelinde örneklerini gördüğümüz mevzuat değişimleri ya da devletin fiyat ve pazara müdahaleleri ilaç firmalarını olumsuz etkileyen faktörlerin başında gelebilmektedir. Diğer faktörler ise, “ülke genelinde yaşanan olumsuz ekonomik koşullar, döviz kurlarında meydana gelen aşırı dalgalanmalar, ihracatta düşüşler ve ithalatta yaşanan artışlar, kamu ilaç alımı ve sonrasında yaşanan ödeme sıkıntıları”<sup>253</sup> şeklinde sıralanabilir.

İlaç sektörü finans, bankacılık ve reel ekonomiyi temsil eden bütün diğer sektörlerden farklı bir yapıdadır. “İnsan sağlığına hizmet vermesi, yasalarla bağlı olduğu Sağlık Bakanlığı normlarına uyma mecburiyeti sebebiyle ekonomik krizlerden daha ciddi boyutta etkilenmiştir.”<sup>254</sup> Örneğin maliyeti etkileyen hammadde ithalatı ya da hayati önem taşıyan bir kısım ilaçların ithal edilmesinde, döviz kurlarındaki artışlardan doğrudan etkilenmektedir.

---

<sup>253</sup> Akın, s.87

<sup>254</sup> AİFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, s.51

İthalat artışı -referans fiyat- kur farkı üçgeninde konuyu ele aldığımızda, Türkiye'nin 2000 yılından bu yana daha fazla ithal ilaç tüketmekte olduğu görülmekte, bu bağlamda 2004'te uygulamaya başlanan referans fiyatlandırma sistemi,\* ilaç firmaları üzerinde kur baskısı oluşturmaktadır. Referans fiyat uygulaması kapsamında, orijinal ilaçların AB üyesi 5 ülkede geçerli olan en düşük fiyatı alması kuralı getirilmiş, fiyatlar sabit Avro kuruna bağlanmıştır. Kur değerinde otomatik olarak yapılması gereken güncelleme ise, Temmuz 2011'den beri dönemsel avro kuru güncel avro değerinin % 15 üzerinde olmasına rağmen, geciktirilmektedir. Bu durum ilaç firmaları açısından, en düşük fiyat esasına dayanan referans fiyatın üzerine kur farkından kaynaklanan % 15'in üzerinde dolaylı indirim anlamına gelmekte, yatırım ve öngörülebilirlik anlamında sorun oluşturmaktadır.<sup>255</sup>

İlaç firmalarını etkileyen diğer bir konu, fiyat düşüşleri ve kamu iskontolarıdır. 2009 yılında yayımlanan 2010-2012 OVP'nin bir parçası olarak gerçekleştirilen ilaç fiyatlandırma ve iskonto değişiklikleri ile kamu ilaç maliyetleri kontrol altında tutulmaya çalışılmıştır. 2009 yılında küresel ekonomik krizin etkisiyle yaşanan sosyal güvenlik finansmanındaki bütçe açığı, Global Bütçe Uygulaması\*\* ile frenlenmiş, sektör paydaşları da bu zorunlu yapısal değişikliklere uyum sağlamak zorunda kalmıştır.<sup>256</sup>

Önceleri sistem maliyete dayalı bir fiyatlandırma yöntemine göre işlemekteydi. 30 Haziran 2007 tarihli 2007/12325 sayılı Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar ile orijinal ürünün fiyatının belirlenmesinde 5 AB üyesi ülkenin esas alınması öngörüldü.

Ancak Global Bütçe tavanının her yıl gerçekleşen ve yenilenen büyüme ve deflatör varsayımları ile güncellenmemesi nedeniyle harcama değerlerinin 2010-2012

---

\* Uygulamada terapötik olarak eşdeğer ilaçlar arasındaki karşılaştırmaların yurtiçi fiyatlara göre yapıldığı dahili referans fiyatlandırma ve ilaç fiyatlarının bir grup ülkeye göre belirlendiği harici/uluslararası referans fiyatlandırma olmak üzere iki farklı türde referans fiyat sistemi söz konusudur. Örneğin Türkiye'de ilaçların fiyatlandırılması harici/uluslararası referans fiyatlandırma biçiminde olup, fiyatlar ilacın referans ülkeler ile imal ya da ithal edildiği ülkelerde ruhsatlı ve piyasada satışı olan orijinalinin, fiyat beyan formunda beyan edilen iskonto hariç en düşük depocuya satış fiyatı olarak alınmaktadır. Türkiye'de 2008 yılı için Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz, Yunanistan referans ülke olarak belirlenmiştir.

<sup>255</sup> Deloitte, "Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi", s.11

\*\* Global Bütçe protokolü uyarınca, 2009 yılı kamu ilaç harcama tavanları 2009 yılı varsayımları kullanılarak 3 yıllık dönemi (2010-2012) kapsayan Orta Vadeli Program çerçevesinde, harcamaların belirlenen bütçe tavanlarını aşması durumunda aşan kısmın telafisi için fiyat ve iskonto ağırlıklı ek tedbirler alınabileceği öngörülmüştür.

<sup>256</sup> Deloitte, "Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi", s.9

yıllarındaki aşımaları sektör üzerinde her sene uygulanan yeni fiyat düşüşleri ve kamu iskontosu artışlarına sebep olmuştur.<sup>257</sup> 2009-2012 dönemi için iskonto ve fiyatlandırma değişimleri aşağıdaki tabloda görülmektedir.

**Tablo 4-37: İskonto ve Fiyatlandırmalara Dair Düzenleme Değişiklikleri (2009-2012)**

Düzenleme Değişiklikleri	2009 Aralık Öncesi (Global Bütçe Öncesi)		2009 Aralık		2010 Aralık		2011 Kasım		2013 Mayıs		Pazar Payları (TL)	
	İskonto	Fiyat	İlave iskonto	Fiyat indirimi	İlave iskonto	Fiyat indirimi	İlave iskonto	Fiyat indirimi	İskonto	Fiyat		
<b>Orijinal</b>	% 11	% 100	% 12	-	+%9,5	-	+%8,5	-	%41	% 100	%28	
<b>jenerikli</b>	<b>Orijinal</b>	% 11	%80	-	-% 14	+%9,5	-	+%7,5	-%6	%28	%60	%11
	<b>jenerik</b>	% 11	%80	-	-% 14	+%9,5	-	+%7,5	-%6	%28	%60	%16
<b>20 Yıllık</b>	<b>10 TL üstü</b>	% 11	-	-	Referans Fiyatla ma	+%9,5	-	+%7,5	-%20	%28	%80	%19
	<b>5,23-10 TL</b>	% 11	-	-	-	-	-	-		%11	-	%14
<b>5,23 TL altı</b>	% 4	-	-	-	-	-	-	-	%4	-	%14	
<b>Toplam Etki (%)</b>	-		-		-%8,8		-13,8					

**Kaynak:** Deloitte, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası Ve Süreç Yönetimi”, s.9

Kümülatif olarak 2010’da – 8.8, 2011’de – 13.8 oranında fiyat indirim ve iskonto uygulanmıştır.

“3 Aralık 2009 tarihinde hükümet, orijinal ve eşdeğer ilaçların fiyatlarının gözden geçirilmesini gerektiren bir kanunu onaylamıştır. Bu kanuna göre, piyasada eşdeğeri olan orijinal ilaçların toptancıya satış fiyatı, referans fiyatın sadece % 66 üzerinde olabilmektedir. Eşdeğer bir ilacın toptancıya satış fiyatı ise, orijinal ilacın referans fiyatının % 60’ına kadar ( bu oran daha önce % 80 idi.) olabilmektedir.”<sup>258</sup>

2005-2010 yılları arasında, jenerik ilaçların\* orijinal ilaçlardan daha hızlı büyüdüğü, orijinal ilaçların yerel üretimden ithale kaydığı görülmektedir.

<sup>257</sup> Deloitte, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi”, s.9

<sup>258</sup> Deloitte “Türkiyede ve Dünyada İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri”, s.17

\* Jenerik ilaç orijinal ilaçla bioeşdeğer özelliktedir ve patent süresi sona eren ürünlerin, patent sahibi firma haricinde üretilmesiyle ortaya çıkan ürünlerdir. Orijinal ürünlerin patent süreleri sona erdikçe jenerikler ön plana çıkmayı sürdürecektir. IMS, önümüzdeki yıllarda jenerik endüstrinin yılda ortalama % 7,8 büyüyeceğini öngörmektedir ki, bu oran, ilaç sanayinin geneli için öngörülen büyüme hızının iki katıdır.



Türkiye’de jenerik ürünlerin kutu bazında payı % 80, ciro bazında ise % 50’dir.<sup>259</sup>

Global Bütçe Uygulaması’na bağlı olarak oluşan ilave kurum iskontosu ve fiyat indirimleri,\* referans fiyat uygulaması ve bu uygulama ile sabitlenen Avro kurunda otomatik olarak yapılması gereken güncellenmenin ertelenmesi gibi nedenler, ilaç firmaları ve diğer sektör paydaşları açısından bakıldığında, son yıllarda daha fazla miktarda ilaç arz edilmesine rağmen, cironun kısıtlı olması sonucunu doğurmaktadır. Bu durum ilaç tedarikçileri açısından ortalama birim fiyatta sürekli bir düşüş yaşandığına işaret etmekte; sektörde sürdürülebilirlik problemi ortaya çıkmaktadır.

Sürdürülebilirliğin sağlanması, sadece kamu finansmanı ve ilaç firmaları için değil, aynı zamanda eczacı ve ödeyici vatandaş içinde önemlidir. Türkiye’de 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.

SDP sonrası ilaç firmalarını olduğu kadar eczacıları da etkileyen fiyatlandırma politikası değişiklikleri ile:

- Jeneriği olmayan orijinal ilaçlarda, en düşük fiyata sahip referans ülke fiyatının % 100’ü alınmaktadır;
- Jeneriği olan orijinal ilaçlar ve jeneriklerde referans fiyatın % 60’ı uygulanmaktadır;
- Depocuya satış fiyatı 6.79 TL’den pahalı olan 20 yıllık ilaçlarda bu oran % 80’dir;
- Depocuya satış fiyatları referans fiyatlandırma ve referans oranları üzerinden belirlenen ilaçlara, geri ödeme listesine eklendiklerinde ilave olarak SGK indirimleri uygulanmaktadır;

<sup>259</sup> Deloitte “Türkiyede ve Dünyada İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri”, s. 17

\* 2010–2013 dönemini kapsayan Global Bütçe uygulaması kapsamında 2012 yılsonu itibariyle devlet, ilaç için öngörülen bütçe (46 milyar 800 milyon TL’lik) aşılmadığı için her sene SGK tarafından gerçekleştirilen ve ilaç firmaları ile eczaneleri karşı karşıya getiren ve eczacıları milyonlarca lira stok zararına uğratan ilaçtaki mecburi indirimler 2012’de yapılmamıştır.

- 2009 yılında jeneriği olmayan orijinal ilaçlar için indirim oranı % 11 iken, 2012 yılında bu oran % 41'e çıkarılmıştır;
- Jeneriği olan orijinal ilaçlar, jenerikler ve fiyatı 6.79 TL'den yüksek 20 yıllık ilaçlar için indirim oranı % 28'dir.

2009-2012 yılları arasında indirim oranlarının giderek artması nedeniyle ilaç fiyatlarının daha da düştüğü gözlemlenmektedir. İlaçlarda oluşan fiyat düşüşleri ve uygulanan iskontolar eczacıların karını etkileyen uygulamaların başında gelmektedir. Örneğin 1 Mart 2004 tarihinde ithal ilaçlarda kur güncellemesi sonucu % 13 oranında, 14 Haziran 2004'te de % 8.3 oranında fiyat düşüşü gerçekleşmiştir. “Bu birinci dilim ucuzlamadan doğan farkları firmaların bir kısmı hiç karşılamamış, bir kısmı ise sadece belli tarihler arasında eczane faturalarında olan ilaçları karşılayarak süreci geçiştirme yolunu tercih etmiştir.”<sup>260</sup>

Aynı durum 18 Eylül 2009 tarihinde 2008 yılı Sağlık Uygulama Tebliği'nde yapılan değişiklik ile 4 Aralık 2009'dan geçerli olmak üzere Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair İlaç Fiyat Kararnamesi'nde yapılan değişiklikte de görülmektedir. Bu değişikliklerle;

- “20 yıllık olarak belirlenmiş ilaçlardan eşdeğer grubu olanların perakende satış fiyatı 10 TL üzerinde olan ilaçlara; referans fiyat alana kadar %23 iskonto uygulanmış,
- Sağlık Bakanlığı'na belirlenen jeneriği olmayan orijinal ilaçlar için iskonto %23 olarak uygulanmaya başlanmış,
- Orijinali Türkiye'de bulunmayan ürünlerin depocuya satış fiyatı Sağlık Bakanlığı veri tabanında kayıtlı referans fiyatında %66'sı olarak belirlenmiştir.”<sup>261</sup>

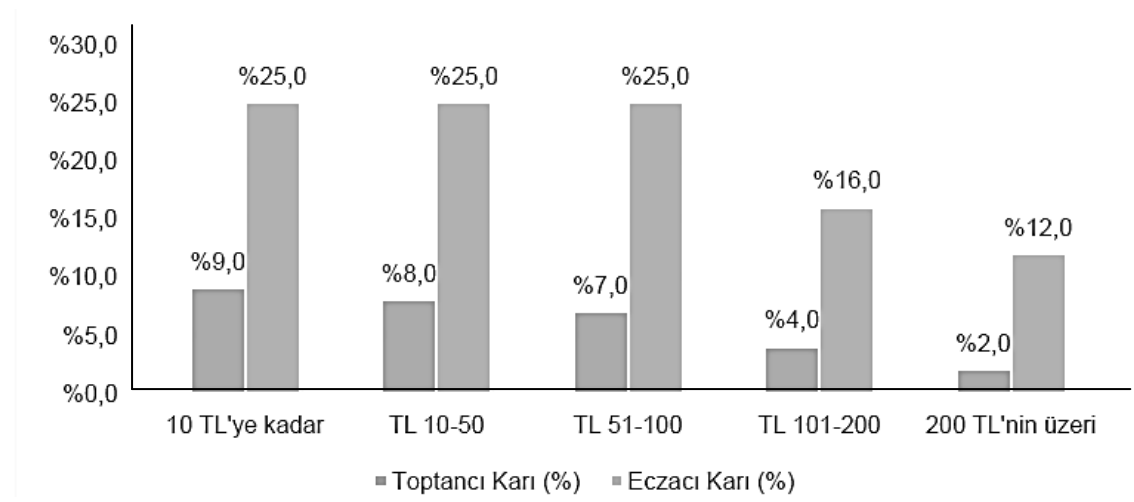
2009/77 sayılı genelge ile, yürürlüğe giren yeni fiyatlar sonrası eczane stoklarında yer alan ürünlerde oluşacak fiyat farklarının üreticiler- ithalatçılar tarafından giderilmesi istenmiştir, ancak fiili süreçte oluşan mağduriyetin giderilmediği ya da ilaç fiyat indirimlerinden ve kamu kurum iskontolarından (ilaç firmalarının kamuya yaptığı

<sup>260</sup> İstanbul Eczacılar Odası, “İlaç Fiyat Düşüşlerinde Son Durum” , Temmuz 2010, s.1

<sup>261</sup> İstanbul Eczacılar Odası, s.1

özel iskонтolar) doğan zararların, bir kısım ilaçta ve sadece sınırlı sayıda firma tarafından karşılandığı görülmektedir.

17 Ocak 2009 tarihli Resmi Gazete’de yayınlanan İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar’da Değişiklik Yapılması Kararı doğrultusunda Türkiye’deki eczanelerin kâr marjları Şekil 4-28’de gösterildiği gibidir:



Şekil 4-28: Türkiye’deki Eczaneler Ve Toptancıların Kâr Marjları  
Kaynak: Deloitte, “Türkiye’de Sağlık Sektörü”, s.18

Fiyatı devlet tarafından belirlenen, geri ödeme kapsamındaki ilaçların fiyatlarının belirlenmesinde “kademeli karlılık” denilen bir sistem söz konusudur. Bu sistem, ilacın fiyatını imalatçı fiyatından başlayarak 1 TL ile 200 TL arasını farklı kâr marjlarıyla hesaplayan bir sistemdir. Yukarıdaki oranlar aşağıdaki tabloda kademeli sistem olarak ifade edilmiştir:

Tablo 4-38: Eczanelerde Kademeli Karlılık ve İlaç Fiyatlandırma

KADEME	BAREM	DEPOCU KARI	ECZACI KARI	İmalatçı Satış Fiyatı	Depocu Satış Fiyatı	Perakende Satış Fiyatı
1. Kademe	10	9	25	10.00 TL	10.90 TL	13.63 TL
2. Kademe	50	8	25	5.00 TL	5.40 TL	6.75 TL
3. Kademe	100	7	25	0.00 TL	0.00 TL	0.00 TL
4. Kademe	200	4	16	0.00 TL	0.00 TL	0.00 TL
5. Kademe	200 üstü	2	12	0.00 TL	0.00 TL	0.00 TL
				<b>15.00 TL</b>	<b>16.30 TL</b>	<b>20.38 TL</b>

Kaynak: Eczanelerde Kademeli Karlılık ve İlaç Fiyatlandırma, <http://www.saglikaktuel.com/yazi/eczanelerde-kademeli-karlilik-ve-ilac-fiyatlandirma-6722.htm> (08.04.2013)

Bu sistemde imalatçı fiyatına göre belirlenmiş yasal depocu ve eczacı kâr oranları bulunmaktadır. Bu kâr oranları ilacın imalatçı fiyatından perakende satış fiyatının hesaplanmasında kullanılacak oranlardır. Diğer bir deyişle, perakende satış fiyatından imalatçı fiyatın hesaplanması istendiğinde, imalatçı fiyatı 10 TL üzerinde olan ilaçlar için tablodaki oranlar kullanılamaz. İstanbul Eczacılar Odası tarafından basamaklı kâr oranı uygulamasının eczaneler arasında yoğunlaşmalara yol açtığı, satış portföylerine göre eczanelerin gruplara ayrıştığı; bu uygulamanın yerine, Türk Eczacılar Birliği'nin onayı alınmış bir kâr oranı belirlenmesi gerektiği ileri sürülmektedir.<sup>262</sup>

SDP sonrası ilaç uygulamalarında eczacılar için diğer önemli bir konu hasılatlarına göre kademelendirilen ve iskonto oranları belirlenen eczaneler arasındaki gelir dağılımı sorunudur. Eczacılar her yıl SGK ile protokol yenilemekte, kurumla sözleşme yenileyen eczaneler hasılatlarına göre sınıflandırılmakta, eczanelere uygulanan iskonto oranları bu sınıflandırmaya göre değişmektedir. Bu kademelendirme Tablo 4-39'da gösterildiği gibidir:

**Tablo 4-39: Türkiye'deki Kademeli Eczanelerin Hasılat Durumlarına Göre İskonto Dağılımı**

Kademe	İskonto Oranları	Hasılat
1. Kademe	% 0	0-600.000 TL
2. Kademe	% 1	600.001-900.000 TL
3. Kademe	% 2.5	900.001-1.500.000 TL
4. Kademe	% 3	1.500.001 -

**Kaynak:** İstanbul Eczacılar Odası, "Eczanelerde Gelir Dağılımının Düzenlenmesi", Mart 2010, s.3,6 elde edilen verilerden faydalanılarak hazırlanmıştır.

İstanbul Eczacılar Odası'na kayıtlı toplam 4615 eczanenin 2008-2009 yıllarına ait hasılatları incelendiğinde;

- % 1.5 iskonto oranına sahip 3. Kademe eczanelerin % 21.71 oranında büyüdüğü,
- % 2.5 iskonto yapan İstanbul genelindeki 735 eczanenin yıllık hasılatlarının % 51 oranında arttığı görülmektedir.

<sup>262</sup> İstanbul Eczacılar Odası, "Eczacılık Alanında Yaşanan Sorunlar Raporu", 2010, s.8

% 22 büyüyen pazarda % 51 artış gerçekleştirerek reel % 29'luk büyüme gerçekleştiren 4. Kademe eczanelerin durumu, gelir dağılımındaki adaletsizlik örnek teşkil etmektedir.<sup>263</sup> (Bkz. Ek Tablo 8)

Tüm Eczacı İşverenler Sendikası'nın (İEİS) yayımladığı araştırma sonucuna göre 2010-2013 döneminde SGK'nin eczacılara ödediği para değişmemiş, hastanelere ödediği para % 24 artmış, eczacılar aynı süre içinde enflasyon karşısında % 24 gelir kaybı yaşamıştır.

Türk Eczacılar Birliği tarafından, Global Bütçe'nin, artan sağlık harcamaları doğrultusunda ve katılımcı biçimde revize edilmesi gerektiği, ilaç firmalarının SGK'ya yaptığı iskontoda dönemsel olarak SGK'ya direkt olarak ödenmesi gerektiği, iskontonun ise ilacın pazardaki payı ve büyüme oranına göre belirlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır.

Son olarak, ilaç dünyasına dinamizm kazandıran unsurlardan biri olarak Türkiye'nin Ar-Ge potansiyeli ve bu potansiyel doğrultusunda dikkat çeken şirket birleşmeleri ve satın almalar konusundaki gelişmelere bakılacak olursa, Türkiye'nin coğrafi konumu, üretim ve yönetimde yüksek nitelikli insan kaynakları ve yüksek büyüme potansiyeline sahip doymamış yurtiçi pazarının yabancı sermayeyi çekmekte olduğu görülmektedir.

Hem insanların yeni tedavi yöntemleri konusunda bilgilendirme ve erişim hızları hem de Ar-Ge yatırımlarının uzun süren ve pahalı yatırımlar olmaları, ilaç firmalarının küreselleşmesi gereğini beraberinde getirmekte; bu durum şirket birleşmeleri ve satın almalara yol açmaktadır. Nitekim "1990'lardan bu yana çok sayıda dev firma birleşerek yollarına devam etmişler ve böylece hem ölçek ekonomisini yakalamada hem de sınırlı Ar-Ge kaynaklarına erişimde avantaj sağlamaya çalışmışlardır. Bu dev birleşmelerden bazıları şunlardır:"<sup>264</sup>

1995: Glaxo Holdings ve Wellcome (Glaxo Wellcome) 14,2 milyar dolar

1999: Astra ve Zeneca (AstraZeneca) 36 milyar dolar

<sup>263</sup> İstanbul Eczacılar Odası, "Eczanelerde Gelir Dağılımının Düzenlenmesi", Mart 2010, s.3

<sup>264</sup> Deloitte "Türkiyede ve Dünyada İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri", s.16

2000: Glaxo Welcome ve Smith Kline Beecham (GlaxoSmithKline) 74 milyar dolar

2003: Pfizer ve Pharmacia (Pfizer) 60 milyar dolar

2004: Sanofi ve Aventis (Sanofi-Aventis) 65,5 milyar dolar

2009: Pfizer ve Wyeth (Pfizer) 68 milyar dolar

2009: Merck ve Scherring Plough (Merck) 41 milyar dolar

Dünyadaki satın alma ve birleşmelere paralel olarak Türkiye’de son yıllarda gerçekleşen satın alma ve birleşmelerin bazıları ise;

- Eczacıbaşı’nın eşdeğer ilaç bölümünün Çek Zentiva tarafından satın alınması (2007)
- İbrahim Ethem Ulugay İlaç Sanayi’nin İtalyan Menarini tarafından satın alınması (2000)
- İlsan İtaş İlaç ve Hammaddeleri İlaç Sanayi’nin Alman Hexal tarafından satın alınması (1999)
- Fako İlaç’ın İzlandalı Actavis tarafından satın alınması (2003)
- Yeni İlaç’ın İtalyan Recordati tarafından satın alınması (2008)
- Biofarma İlaç’ın Citi Venture Capital tarafından satın alınması (2006) şeklindedir.

Ağırlıklı yerli sanayicilerin yönetiminden uluslar arası firmaların yönetimine doğru bir geçiş gözlenmektedir. Böylece tamamı yerli sermayeye sahip ilaç firması sayısı oldukça azalmıştır.

Türkiye sağlık sektörü çok sayıda üreticiden oluşan sanayi tabanına ve nitelikli insan gücüne sahipse de, Ar-Ge çalışmaları minimum düzeydedir. Bu anlamda Nisan 2008’de, küresel ilaç şirketleri ve diğer yatırımlar için aşağıdaki teşvikleri içeren Araştırma ve Geliştirme Faaliyetlerinin Desteklenmesi Hakkındaki 5746 sayılı kanun yürürlüğe girmiştir.<sup>265</sup>

- Teşvikler 2024 yılına kadar sektörler arasında ayırım gözetilmeksizin verilecektir.

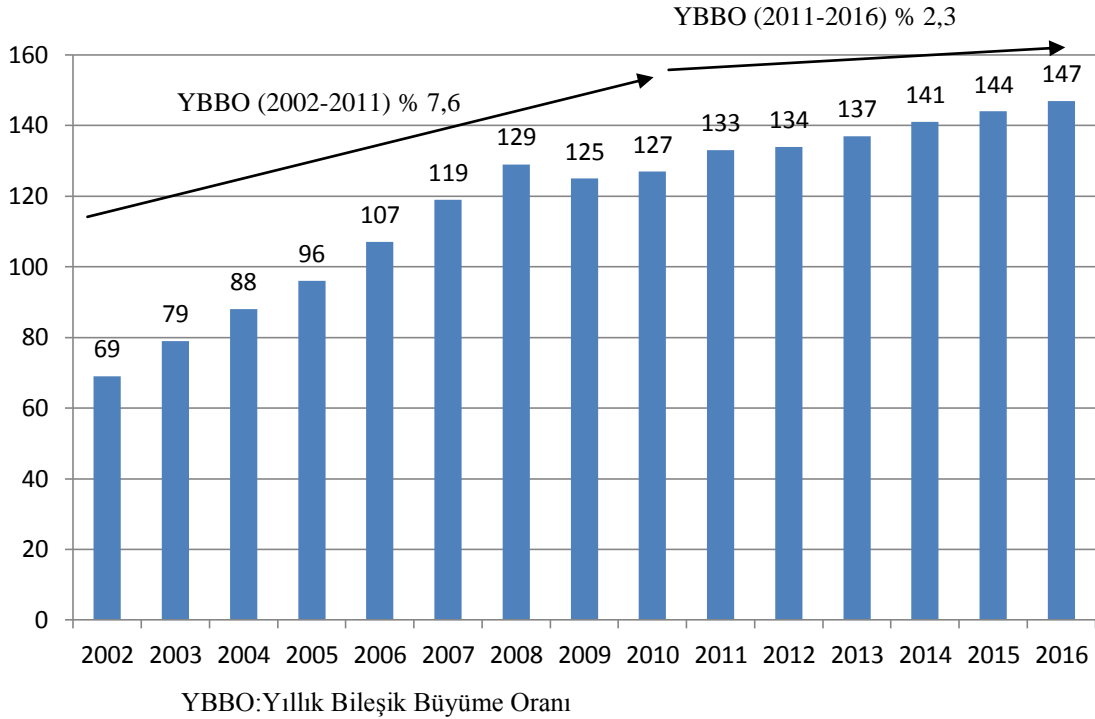
---

<sup>265</sup> Deloitte, “Türkiye’de Sağlık Sektörü Raporu”, s.20

- Ar-Ge harcamalarının tamamı vergi matrahında indirim konusu yapılır
- Ar-Ge personeli maaşlarının üzerinden hesaplanan gelir vergilerinin % 80'i alınmayacaktır. (Doktora seviyesinde diploması olan çalışanlar için % 90'ı)
- Personelin sigorta primlerinin yarısı 5 yıl süresince hükümet bütçesinden karşılanacaktır.

Ancak bu avantaj paketinden yararlanmaya hak kazanmak için en az 50 araştırmacıdan oluşan bir ekibin bulunması zorunlu olduğundan, yeni Ar-Ge kanunu küçük ya da orta ölçekli ilaç/biyoteknoloji şirketlerine teşvik sunmamaktadır.

Diğer teşviklerin yanı sıra, yabancı yatırımcılar elde ettikleri karları Türkiye dışına çıkarma ve Türkiye'de gayrimenkul ya da taşınmaz haklar edinme konusunda da özgürdürler.



**Şekil 4-29:** Küresel İlaç Sektörü Toplam Ar-Ge Harcaması, (2002-2016)

**Kaynak:** AİFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, 2012, s.36

Küresel olarak ilaç sektöründe yapılan Ar-Ge harcamalarına bakıldığında, 2002-2011 yılları arasında yıllık ortalama artış % 7.6 iken, 2011-2016 döneminde yıllık ortalama % 2.3 artış beklenmektedir. Dünyada 2010 yılında 127 milyar \$'ı bulan ilaç

Ar-Ge harcamasına karşın, Türkiye 60 milyon \$'lık harcama ile % 0.05'lik bir paya sahiptir.

İlaç Ar-Ge harcamalarının oranı Avrupa Birliği'nde % 16, ABD'de % 24 ve Japonya'da % 11 iken Türkiye'de sadece % 1'dir. Türkiye Ar-Ge harcamalarının GSYH'ya oranına bakıldığında da % 0.01 ile, OECD ülkeleri içinde en sonda yer almaktadır. (Bkz. Ek Tablo 9)

Bu durum gelişim potansiyelini göstermekte; aynı zamanda özel sektör, kamu ve üniversiteler tarafından gerçekleştirilmesi gereken Ar-Ge faaliyetlerinde bu üç paydaşın katılımının yeterli seviyede sağlanamadığına işaret etmektedir.

#### **4.1.3. Nihai Kullanıcılar Üzerindeki Etkileri**

Toplum açısından sağlık sisteminin en önemli özellikleri,<sup>266</sup>

- Sağlık hizmetlerinin erişilebilir olması ve sürekliliğinin sağlanması,
- Sağlık hizmetlerinin finansal açıdan da ulaşılabilir olması, sosyal güvencenin varlığı,
- İhtiyaç duyduğu takdirde kapsam ve nitelik olarak yenilikçi teknolojileri içeren sağlık hizmetlerine ulaşılabilmesi şeklinde sıralanabilir.

Mevzuat belirleme gücüne sahip kamu açısından sistemin finansal olarak sürdürülebilirliği ve adil işleyişi önemli iken, vatandaşlar için, yukarıda sayılan kriterler açısından toplum sağlığının korunması önemlidir. Kamu tarafından politikalar belirlenirken, karar verilen “hukuki ve idari düzenlemelerin kamu sağlığı, kamu otoritesi ve ilaç sektörü arasında dengeyi gözetecek şekilde düzenlenmesi önemlidir.”<sup>267</sup>

SDP sonrasında hastaların tedavi hizmetlerine ve ilaca erişimi kolaylaşmış, sağlık güvencesi altındaki nüfus oranı artmıştır. Sağlığa erişim istatistikleri yanında halk sağlığı ile ilgili de önemli gelişmeler olmuştur. Bebek ölüm hızı 2002 yılında binde 28,5'ten 2012 yılında 7,7'e inmiştir. Türkiye hariç diğer OECD ülkelerinin 1960'tan 1992'ye kadar 30 yılda elde ettiği bu sonuca Türkiye 10 yıl içerisinde ulaşmıştır.

<sup>266</sup> Deloitte, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi” s. 16

<sup>267</sup> AIFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, s.17



Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre 2002 yılında aşılama oranı Avrupa’da % 94 iken Türkiye’de % 78,5 olmuştur. 2012 yılına gelindiğinde Avrupa aynı aşılama oranına sahipken Türkiye bu ortalamayı geçerek % 97’ye ulaşmıştır.<sup>268</sup>

2002-2012 dönemine ilişkin bazı sağlık göstergelerindeki değişim aşağıdaki tabloda görülmektedir:

**Tablo 4-40: Türkiye’de Sağlık Göstergeleri (2002/2012)**

Gösterge	2002	2012
Doğumda beklenen yaşam süresi (yıl)	71,8	74,3
Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda)	28,5	7,7
Aşılama oranları (%)	78,5	97
Hastanede doğum oranı	78	98

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, “Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2010”, s.11-13 ve Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, “2012 Yılı Faaliyet Raporu”, s. 74-77’den elde edilen bilgilerle hazırlanmıştır.

Halkın sağlık hizmetlerine erişiminin artması ve bunun sonucunda halk sağlığı göstergelerindeki iyileşmeler, SDP’nin başarılı sonuçlarıdır. Sağlık Bakanlığı’nın 1. Basamak sağlık merkezi sayısı 2002 yılında 5043 iken, Aile Hekimliği uygulaması ile hızlı bir artış göstererek 2012 yılında 6717’ye yükselmiştir. (Bkz. Ek Tablo 10)

2002-2011 yılları arasında hastanelere toplam müracaat sayısı yıllık ortalama % 12 artarak 124 milyondan 318 milyona ve 2012 yılı itibariyle kişi başı müracaat sayısı 1.88’den 4.5’a çıkmıştır. ( Bkz. Ek Tablo 11)

2002 yılında yaklaşık 18 bin uzman hekimin % 11’i tam zamanlı iken, 2011’de 31 bin uzman hekimin tamamının tam zamanlı çalışan haline gelmesi, hastaların doktora erişimini artıran nedenlerden biridir. Nitekim 2003-2004 yılı sonrasında kişi başı muayene ortalamasının hızla arttığı görülmektedir. Hekim başına düşen muayene sayısı açısından Türkiye OECD ortalamasının çok üzerindedir. Hekim başına düşen yıllık muayene sayısı 2002 yılında 3,2 iken, 2012 yılında 8,3’e çıkmıştır. OECD

<sup>268</sup> AİFD, “Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu”, s.49

ortalaması ise 6,4'tür. Hastanelerde çalışan hekim sayısı ise 2002 yılında 17.781 iken, % 57,2'lik artışla 2010 yılında 27.950'ye yükselmiştir.

Bu artışın nedenleri, hekimlerde performansa göre ücretlendirmeye geçiş ve performansın muayene edilen hasta sayısına bağlanması ile SSK'lı hastaların tüm sağlık kurumlarını kullanabilir hale gelmesi şeklinde sıralanabilir. Örneğin hekimlerde performansa dayalı ödeme, hekimlerin bu ödeme sistemi içinde puan toplamak amacıyla hastaların her istedikleri ilacı yazmaları, her istedikleri tetkiki yerine getirmeleri sonucunu doğurmuştur. Bu ortam, hastaların memnun olmalarını beraberinde getirmiştir. TÜİK tarafından yapılan yaşam memnuniyet araştırmasına göre sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı 2003 yılında % 39,5, 2005 yılında % 55,2, 2007'de % 66,5, 2010 yılında ise % 73'e çıkmıştır. Ancak tek başına memnuniyet, uygulanan politikaların başarılı ve doğru olduklarını göstermekte yetersiz bir veri olup, hasta memnuniyetinin sağlık hizmetlerinin niteliği açısından her zaman doğru fikir verdiği söylenemez. Hastayı memnun eden uygulamalarla bilimsel ve etik açıdan gerekli uygulamalar her zaman örtüşmediğinden hasta memnuniyetinin sağlık sisteminden çok hekimin hastası ile ilişkisi açısından fikir verdiği söylenebilir. Örneğin tıbbi gereklilik olmadığı halde ya da tıbbi gerekliliklerle ters yönde istekler olmasına rağmen hekimin hastanın isteklerini karşılaması hastayı memnun etse de, sağlık bilinci düşük, talebi tamamen tedavi almaya yönelmiş bu durum, sağlık hizmetlerinin niteliği açısından iyi bir gösterge değildir. Öte yandan, sağlık hizmetlerinin tedavi amaçlı yoğunlaşması, sağlık harcamalarını azaltmak için maliyet yararı kanıtlanmış koruyucu sağlık hizmetlerine yeterli önceliğin verilmediği gerçeğini de ortaya çıkarmaktadır.

## **4.2. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ GERİ ÖDEME SİSTEMİ ÜZERİNE ETKİLERİ**

Geri ödeme, “tıbbi ürün ya da sağlık hizmet bedelinin tamamının veya belirli oranının kişiye/hastaya veya hizmeti/ürünü sunan kuruluşa sigorta kurumu tarafından ödenmesidir.”<sup>269</sup>

<sup>269</sup> Ayşen Şentürk, “Sosyal Güvenlik Sisteminde İlaç Geri Ödeme Politikalarının İlaç Harcamasına Etkisi”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, Ankara, 2009, s.93- 95

İlaç fiyatlarının, hem halk sağlığını hem de sosyal güvenlik kurumlarının bütçelerini yakından ilgilendirmesi nedeniyle, geri ödeme koşulları ve ilaç fiyatlarının tespiti her ülkede bir sisteme bağlanmıştır ve devletin geri ödeme işlemini gerçekleştirdiği tüm bu sistemlerde paydaşlar arasında maliyet paylaşımı söz konusudur.

Örneğin, Türkiye’de aktif çalışanlar ve Yeşil Kartlılar ilaç fiyatının %20’si, emekliler ise yaşlarına bakılmaksızın %10’u oranında katkı payı ödemekte, sosyal güvenlik kurumları ise fiyatın geri kalan %80-90’ını karşılamaktadır. Yeşil Kartlılar daha önce sadece yatan hasta hizmetleri bakımından kapsam altında iken, bu politika Şubat 2005’te değiştirilerek ayakta sağlık hizmeti ve ilacı da kapsayacak biçimde genişletilmiştir.\*

Geri ödeme sisteminin genel ilkeleri açısından bakıldığında, Geri ödeme politikası, bir geri ödeme komitesinin sorumluluğunda olmalıdır. Bu komite genellikle Sağlık Bakanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumları veya Türkiye örneğinde olduğu gibi SGK’nun temsilcilerinin yanı sıra farmakoloji, eczacılık, tıp ve ekonomi uzmanlarından oluşmalıdır. Komitenin gündeminde bir ürünün geri ödenip ödenmeyeceği, ödenecekse tamamen mi, kısmen mi geri ödeneceği konularında esas alınacak bir kriter listesi bulunmalıdır. Geri ödeme daha önceden belirlenmiş bir takvim uyarınca yürütülen şeffaf bir süreç olmalıdır.<sup>270</sup>

Nitekim bir kriter listesinin varlığı konusunda, geri ödeme için uygun ilaçları gösteren liste pozitif, geri ödeme yapılmayacak ilaçları gösteren liste ise negatif liste olarak adlandırılır. Türkiye’de tedavi yardımına ilişkin 2005 Mali yılı Bütçe Uygulama Talimatı\*\* ile daha önceki yıllarda uygulanan “negatif liste” uygulaması yerini, bedeli devlet tarafından ödenen ilaçların yer aldığı “pozitif liste”ye bırakmıştır. Pozitif listede ilaçlar ticari isimleri ve barkod numaraları ile birlikte yer almaktadır.

---

\* 3816 sayılı Ödeme Gücü Olmayan Vatandaşların Tedavi Giderlerinin Yeşil Kart Verilerek Devlet Tarafından Karşılanması Hakkında Kanun’un bazı maddelerini değiştiren 5222 sayılı Kanun 21.07.2004 tarih ve 25529 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

<sup>270</sup> Kavanos, Üstel, Costa-Font, s.120

\*\* 09.02.2005 tarih 25722 sayılı Mükerrer Resmi Gazete’de yayımlanan 2005 Mali Yılı Bütçe Uygulama Talimatı hükümlerine açıklık getirmek amacıyla 2005 yılı içerisinde Tebliğler yayımlanmış, 15.12.2005 tarih 26024 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 18 Nolu Tedavi Yardımı Tebliği ile belirlenen esaslar, 20.12.2005 tarihi itibarıyla konsolide bütçeye tabi kurum ve kuruluşlar ile tüm sosyal güvenlik kurumları tarafından uygulanmaya başlamıştır.

Geri ödeme politikasının yürütülmesinde bir kriter liste (pozitif liste) bulunması gerektiği dışında, yukarıda vurgulanan diğer bir konu olan geri ödeme komitesinin oluşturulmasında, Türkiye’de, önce Şubat 2004 tarihli “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına Dair Karar” gereği, Maliye Bakanlığı’nın koordinatörlüğünde, Sağlık Bakanlığı, DPT ve Hazine Müsteşarlıkları, SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur temsilcilerinin katılımıyla “Geri Ödeme Komisyonu” oluşturulmuş, bu komisyon daha sonra 2007 tarihli Bakanlar Kurulu Kararı \* gereğince SGK koordinatörlüğünde Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı temsilcilerinin katılımıyla yeniden oluşturulmuştur. Geri Ödeme Komisyonu’nda “Ödeme Komisyonu ile Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu olmak üzere iki ayrı komisyon yer almaktadır. Komisyonunda SGK, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Sektör Temsilcileri yer almaktadır. Komisyonunda pozitif ilaç listesine ilişkin ilaç başvuruları değerlendirilerek, ürünlerin geri ödemesine karar verilmektedir.”<sup>271</sup>

Geri ödeme politikalarının en önemli unsurlarından biri olan şeffaflık ise, geri ödeme kriterlerinin bilindiğini, başvuruda bulunan herkese açık olduğunu ve başvuranlara ilişkin gereklilikler hakkındaki açıklayıcı notlarla birlikte duyurulması gerektiğini ifade etmektedir. Bu anlamda Türkiye’de “İlaçta geri ödeme, Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumlarıyla Türk Eczacılar Birliği arasında yapılan anlaşmalarla düzenlenmekteydi. Maliye Bakanlığı her yıl ilaç alımında uygulayacağı esasları Bütçe Uygulama Talimatı ile düzenlemekte, her kurumla ayrı anlaşma yapılmakta ve anlaşmalar her yıl yenilenmekteydi.”<sup>272</sup> Ancak 01 Temmuz 2007 itibariyle ilaç alım protokolü, Türk Eczacıları Birliği ile SGK Başkanlığı arasında yapılmaktadır. İlaçların geri ödenmesine ilişkin usul ve esaslar 2007 yılı itibariyle SGK bünyesinde Geri Ödeme Komisyonu tarafından yürütülmektedir.

---

\* Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar’ın yürürlüğe konulması; Sağlık Bakanlığının 1/6/2007 tarihli ve 31014 sayılı yazısı üzerine, Bakanlar Kurulu'nca 12/6/2007 tarihi ve 12325 sayısında kararlaştırılmıştır.

<sup>271</sup> SGK (Sosyal Güvenlik Kurumu). [http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/7aac985d26f43549a57ef5ccb616f63/yonerge\\_tibbi\\_malzeme\\_03.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=7aac985d-426f-43549a57-ef5ccb616f63](http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/7aac985d26f43549a57ef5ccb616f63/yonerge_tibbi_malzeme_03.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=7aac985d-426f-43549a57-ef5ccb616f63) (20.04.2013)

<sup>272</sup> TEB (Türk Eczacılar Birliği), “AB Ülkelerinde Geri Ödeme Sitemleri”, TEB Haberler Dergisi, Ankara, Temmuz-Ağustos 2004, s. 12-15

Geri Ödeme Komisyonu'nun kararları doğrultusunda, Maliye Bakanlığı tarafından yayınlanan Tedavi Yardımına İlişkin Uygulama Tebliği, ilaç alımlarının usul ve esaslarını düzenlemektedir. 15 Aralık 2005 tarihinde yapılan düzenlemeyle de tüm sosyal güvenlik kurumlarına ortak reçeteleme ve geri ödeme kuralları getirilmiştir.<sup>273</sup> Yine kamu kurumlarının serbest eczanelerden ilaç alımı konusunda protokol, Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Türk Eczacılar Birliği arasında 14 Aralık 2004'te imzalanarak yürürlüğe girmiştir ve ilaç geri ödeme politikalarının esasını oluşturmaktadır.

İlaçta geri ödeme sistemi 2004 yılı SDP sonrasında Maliye Bakanlığı, Türk Eczacılar Birliği ve SGK tarafından yapılan anlaşmalarla sağlanmaktadır.

#### **4.2.1. Devlet Yönünden Etkileri**

Geri ödeme sistemi, sağlık hizmetleri ile ilgili ürünlerin bedelinin hastaya veya hizmeti sunan kuruluşa sigorta kurumu tarafından ödenmesini kapsadığından, ilaç şirketleri karlarını maksimize etmek için ilaç fiyatlarını yüksek tutmak isterken, sosyal güvenlik kurumları, bir yandan sosyal güvenlik şemsiyesi altında bulunan kişilere ilaç sağlamakta, diğer yandan halkın alım gücünün üstüne çıkmasını engellemeye, hem de SGK bütçelerini aşmaması için önlemler almaya çalışmaktadır.

SDP çerçevesinde SGK adıyla tek çatı altında toplanana kadar Türkiye'de kamu geri ödeme sistemi esas olarak SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur'un yanı sıra; gelir seviyesi yoksulluk sınırı altında olan bireylerin üyesi olduğu Yeşil Kart sisteminden oluşmaktadır. İlaç katılım payı açısından her üç kurumda da aktif sigortalılar tarafından ilaç bedelinin %20'si, emeklilerce ise %10'u ödenmekteyse de, bu üç ayrı sosyal güvenlik kurumunun geri ödeme uygulamaları farklılıklar göstermektedir. SSK, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlı olup, özel sektör çalışanlarına ve kamu sektöründeki işçilere hizmet vermektedir. 2004 yılında toplam nüfusun %34'ü SSK sağlık sigortası kapsamındadır ve SSK, 19 Şubat 2005'e kadar kendi hizmetlerini ve bu hastanelerde faaliyet gösteren eczaneleri işletmektedir. Bu tarihe kadar ilaç ihtiyacının büyük bölümünü depoculardan ihale yoluyla doğrudan temin ederek hastalarına büyük oranda kendi hastanelerindeki eczanelerden sunmaktadır. "SSK'nin 1993'te başlattığı

---

<sup>273</sup> Şentürk, s.85

ve Şubat 2005'e kadar sürdürdüğü geri ödeme politikasına göre, aynı aktif maddeye veya aynı tedavi sınıfına sahip olan ürünlerden en ucuz alternatifi (jenerik veya orijinal) SSK eczanelerinde hastalara sunulmaktadır. SSK eczanesinin olmadığı durumlarda, hasta reçete edilen ilacı sözleşmeli serbest eczanelerden "en ucuz + %30 formülüne göre temin edebilmektedir."<sup>274</sup>

19 Şubat 2005 tarihi sonrası en önemli değişiklik, SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devri ile artık ilaçların serbest eczanelerden sağlanabilmesidir. Diğer önemli bir konu, SSK'da ilaç geri ödeme kararlarının alınmasıdır. Hangi ilaçların hangi koşullarla geri ödeme listesine dahil edilecekleri, farklı uzmanlık dallarına mensup doktorlardan ve Kurum eczacılarından oluşan SSK İlaç Komitesi tarafından belirlenmekteydi. Bu komite yılda en az iki kere toplanmaktaydı.

Kendi işyerine sahip kişilere hizmet veren değer bazında ilaç piyasasının %20'sini temsil eden Bağ-Kur hastaları 2002 yılına kadar ilaçlarını serbest eczanelerden alabilmekteydiler. Şubat 2002'de Bağ-Kur, belli sayıda molekül için eşdeğer ilaç uygulaması başlatarak, sadece aynı eşdeğer ilaç grubuna dahil ilaçlardan en ucuzunun %30 fazlasına kadar olanlar için geri ödeme yapma uygulamasına geçmiştir. Bununla birlikte Bağ-Kur ilaç fiyatları için Türk Eczacılar Birliği ile her yıl yenilenen anlaşmalar yapar, ayrıca ayakta yapılan tedavilerde reçete başına ücreti ödenecek kutu sayısını tespit ederdi. Kanseri, tüberküloz, kronik böbrek vb. uzun süreli ayakta tedavi gerektiren hastalık tedavilerinde katkı payı alınmamaktaydı. Bağ-Kur'la sözleşmesi olmayan kamu kurumlarınınca tedavisi yapılan sigortalılar hizmet alımı için cepten ödeme yapmakta, belli bir süre sonra Bağ-Kur tarafından belirlenen fiyat ve miktar ölçüsünde geri ödenmekteydi.

Emekli Sandığı ise devlet memurluğundan emekli olan kişilere ve bakmakla yükümlü olduklarına hizmet vermektedir. Emekli Sandığı'nın geri ödeme sistemi Bağ-Kur'un 2002 yılında değişiklik yapılmadan önceki geri ödeme sistemiyle tamamen aynı olup, hekimin reçetelemesi kaydıyla, jenerik ve orijinal ürünlerin tümü geri ödenmesini kapsamaktaydı. Ancak Mart 2013 tarihinde Emekli Sandığı'nda ruhsatlı tüm jenerik ürünlerin fiyatları ve orijinal ürünün aritmetik ortalamasına dayalı bir jenerik geri

---

<sup>274</sup> Şentürk, s.84

ödeme politikası (Orijinal ürün+ Jenerik A ürünü+ Jenerik B ürünü/ 3) uygulamaya başlamıştır. Bu sistem “ortalama referans fiyat” olarak adlandırılmaktadır.<sup>275</sup> Ancak Emekli Sandığı'nın referans fiyat uygulaması, mahkeme kararı ile Mart 2004'te durdurulsa da, aynı yıl kabul edilen “İlaç Fiyat Kararnamesi ile referans fiyat sistemine geçilmiş ve bu sistemle, geri ödeme kurumlarına en ucuz eşdeğer ilacın %30 fazlasına kadar geri ödeme yapma zorunluluğu getirilmiştir.”<sup>276</sup>

Sosyal güvence kapsamındaki diğer bir kesim ise Yeşil Kartlılardır. “Yeşil Kartlılar ise ayakta tedavi gördüklerinde ilaç ücretlerinin tamamı ya da yeterli fon olmaması durumunda belli bir miktarı Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Fonu tarafından karşılanmaktaydı.”<sup>277</sup> Bir başka deyişle, Yeşil Kartlılar sadece yatan hasta hizmetleri bakımından kapsam altında idiler. Bu politika Şubat 2005'te değiştirilerek ayakta sağlık hizmeti ve ilacı da kapsayacak şekilde genişletilmiştir.

2007 yılında ise Geri Ödeme Komitesi'nin çalışmaya başlamasıyla “Tek Geri Ödeme Sistemi” hayata geçirilmiştir. Aynı yıl SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı adı altında tek çatıda birleştirildikten sonra, ilaçta geri ödeme sistemine ilişkin olarak yapılan anlaşmalar, her kurumun kendi adına yaptığı anlaşmalar olmaktan çıkmış, Türk Eczacılar Birliği ile SGK Başkanlığı arasında yapılar hale gelmiştir. 2004 yılı itibariyle SDP kapsamında geri ödeme sisteminde getirilen değişiklikler aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Türkiye'de ilaç şirketleri fiyatlandırma konusunda SGK'nın geri ödeme sistemine tabidir.

- SGK'da, sosyal güvenlik kapsamında bulunan bireylerin, hekimler tarafından düzenlenen reçeteler kapsamında eczanelerden satın aldıkları ilaçların bedelleri geri ödenmektedir.
- Geri ödeme sistemi her ilacı kapsamamaktadır. Eczanelerde satışı gerçekleştirilen her ilacı SGK karşılamamaktadır.

---

<sup>275</sup> Şentürk, s.82

<sup>276</sup> Ülkü, s.7

<sup>277</sup> Ülkü, s.7

- SGK tarafından geri ödenecek ilaçların listesi periyodik olarak açıklanmaktadır. Bu liste “geri ödeme listesi” olarak tanımlanmaktadır.
- Bir ilaca ilişkin Geri Ödeme Komisyonu tarafından en ucuz eşdeğer ilaç olarak tespit edilebilmesi için söz konusu ilacın en az 5 ay piyasada bulunması gerekmektedir. Ayrıca ilgili eşdeğer ilaç grubuna dahil olan ilaçlar arasında en az %1 pazar payına sahip olması gerekmektedir.
- SGK tarafından 20.06.2009 tarih ve 27264 sayılı Resmi Gazete’de, 2008 yılı Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ yayınlanmıştır. Bu tebliğ ile eşdeğer ilaçlar için uygulanan %22 bandı %15’e çekilmiştir.
- Tebliğ ile yapılan değişiklikle SGK tarafından bir ilacın eşdeğer ilaçların en ucuzunun fiyatından en fazla %15 fazlasına kadar olan miktar geri ödenmektedir.<sup>278</sup>

Ayrıca devletin ilaçta geri ödeme politikalarındaki değişiklikler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

- 1 Mart 2004 tarihinde KDV oranı % 18' den % 8'e, kan ve kan ürünleri ve serumlarda da % 18'den % 1'e indirilmiştir.
- 14 Şubat 2004 tarihinde İlaç Kararnamesi ile beşeri tıbbi ürünlerin fiyatlandırılmasında ilk defa referans fiyat uygulamasına geçilmiştir.
- 14 Şubat 2004 tarihli Kararname ile döviz kurlarındaki değişiklik ilaç fiyatlarına yansıtılmıştır. (ortalama % 20 indirim)
- 14 Şubat 2004 tarihli Kararname ile ilaç politikalarını belirlemek üzere Geri Ödeme Komisyonu oluşturulmuştur.
- 2 Ağustos 2004 tarihinde ilaç fiyatları döviz kurundaki artışa paralel olarak % 8,7 oranında artırılmıştır.

<sup>278</sup> Deloitte Raporu, “Dünya’da ve Türkiye’de İlaç Sektörü”,s.3



- 14 Aralık 2004 tarihinde Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti arasında kamu ilaç alım protokolü imzalanmıştır.
- 1 Ocak 2005 tarihinde reçetesiz ilaçlarda KDV oranı % 8'e indirilmiştir.
- 1 Ocak 2005 tarihinden itibaren yeşil kartlı hastaların ilaçlarını eczanelerden bedelsiz olarak temin edebilmesine olanak sağlanmıştır.
- 10 Şubat 2005 tarihinden itibaren SSK'lıların serbest eczanelerden ilaç alabilmeleri sağlanmıştır.
- 10 Şubat 2005 tarihinde SSK ve Bağ-Kur'da uygulanan eşdeğer ilaç uygulamasına Emekli Sandığı da dahil edilerek 77 etken maddede eşdeğer ilaç uygulamasına başlanmıştır.
- 19 Şubat 2005 tarihinde SSK sağlık tesisleri Sağlık Bakanlığı'na devredilmiş ve SSK eczaneleri kapatılmıştır. Ayrıca ilaçlarda ortalama %10 oranında iskonto yapılmıştır.
- 1 Mayıs 2005 tarihinde eşdeğer grubunda en ucuz ilacın % 30'una kadar ödeme yapılmasını içeren eşdeğer ilaç uygulamasına geçilmiştir.
- 25 Mayıs 2005 tarihinde Yeşil Kartlı hastalardan % 20 oranında ilaç katılım payı alınmaya başlanmıştır.
- 1 Temmuz 2005 tarihinde eşdeğer ilaç uygulaması genişletilmiş, 77 yerine 333 eşdeğer grubu oluşturulmuştur.
- 15 Temmuz 2005 tarihinde ilaç fiyatları döviz kurundaki düşüğe paralel olarak % 8,8 oranında düşürülmüştür.
- 1 Ocak 2006 tarihinde tüm sosyal güvenlik kurumlarının kullanacağı ortak bir pozitif liste oluşturulmuştur.

- 2 Ocak 2006 tarihinde Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Türk Eczacıları Birliği arasında imzalanan protokolün 2006 yılında da devam etmesi yönünde yeni protokol imzalanmıştır.
- 10 Şubat 2006 tarihinde Geri Ödeme Komisyonu'nun çalışma usul ve esasları yürürlüğe girmiştir.
- 15 Mayıs 2006 tarihinde eşdeğer gruptaki en ucuz ilacın % 30' una kadar ödeme yapılmasını içeren muadil ilaç oranı % 22'ye düşürülmüştür.
- 1 Temmuz 2006 tarihinde pozitif listedeki ilaç sayısı azaltılmıştır.
- 15 Temmuz 2006 tarihinde ilaç fiyatlarında döviz kurundaki artışa paralel olarak % 5 oranında artış yapılmıştır.
- 1 Ağustos 2006 tarihinde ilaç fiyatlarında döviz kurundaki artışa paralel olarak % 5 oranında artış yapılmıştır.
- Ağustos 2006 tarihinde ilaç geri ödemesinde yönetim, karar, provizyon, kontrol ve ödeme süreçlerinin tümü birleştirilmiştir.
- 1 Eylül 2006 tarihinde ilaç fiyatlarında döviz kurundaki artışa paralel olarak % 5 oranında artış yapılmıştır.
- 3 Ekim 2006 tarihinde aynı eşdeğer gruptaki ilaçların piyasadaki en küçük ambalaj formlarından bir tanesinin bir kutu uygulamasına 1 Ocak 2007 tarihinde geçileceği açıklanmıştır.
- 14 Kasım 2006 tarihinde en küçük ambalaj uygulamasının sadece analjezik ve antienflamatuvar grubunda yer alan ilaçları kapsadığı açıklanarak bununla ilgili liste yayımlanmıştır.
- 30 Haziran 2007 tarihinde Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Bakanlar Kurulu Kararı ile geri ödeme komisyonu yeniden tanımlanmış ve komisyonun koordinatörlüğü görevi Sosyal Güvenlik Kurumuna verilmiştir.

- 9 Eylül 2008 tarihinde orijinal ve jenerik ilaç ayrımı yapılmaksızın tüm ilaçlarda imalatçı ithalatçı indirimi % 11 oranında uygulanmaya başlanmıştır.
- 15 Eylül 2008 tarihinde eczacı indiriminin kademeli olarak %0,5 ile %2 oranı arasında uygulanması hakkında genelge yayımlanmıştır.<sup>279</sup>

2004 yılından sonra SDP çerçevesinde sağlık harcamaları ve geri ödeme sistemine yönelik yapılan değişiklikler ile sağlık harcamalarının devlet bütçesinin zorlanmayacak sınırlarda kontrol altına alınması hedeflenmiştir. Bu hedef doğrultusunda 2006 yılında Global Bütçe Sistemine geçilmiştir. Global bütçe uygulaması ile birlikte Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve SGK arasında protokol imzalanmış; ilaç bedellerinin hangi geri ödeme kurumunca, hangi tarihte ve ne miktarda ödeneceği tespit edilmiştir. Bu mutabakat gereği, tespit edilen ödeme tutarını aşan miktarın her yıl terkin edilmesini sağlamak üzere Bakanlar Kurulu Kararı çıkarılmaktadır.<sup>280</sup>

**Tablo 4-40: Türkiye’de Sağlık Bakanlığı Global Bütçe Tahakkuk, Global Bütçe ve Terkin Rakamları (2004-2012) (Milyon TL)**

Yıl	Tahakkuk	Tahsilat	Terkin
2004	5.451	4.760	691
2005	6.088	4.472	1.616
2006	8.292	7.000	1.292
2007	10.498	9.350	1.148
2008	11.707	10.200	1.507
2009	14.474	11.150	2.203
2010	15.670	12.257	2.217
2011	15.670	14.170	1.500
2012	17.252	16.890	362
<b>Toplam</b>	<b>102.784</b>	<b>90.249</b>	<b>12.535</b>

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2012 Yılı Faaliyet Raporu, s. 64

2004-2012 yılları arasında Sağlık Bakanlığı’nın SGK’na verdiği hizmet bedelinin son dokuz yılda yaklaşık %13,8’i terkin edilmiştir.

<sup>279</sup> Şentürk, s.93- 95

<sup>280</sup> Akdağ, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2010, s.270

Devletin geri ödeme politikalarını belirlerken son olarak vurgulanması gereken nokta, yeni gelişen bir bilim dalı olan Farmakoekonomi'nin dikkate alınması gereğidir. Amacı, ilaçla tedavi yöntemlerinin maliyet etkinliğini değerlendirmek olan bu bilim dalının “dünyada gelişmesinde temelde dört faktör öne çıkmaktadır. Birincisi, insanların ortalama ömür süresinin artmasıyla birlikte kronik hastalıklarından şikâyetçi olan nüfusun da artması, ikinci neden, tüm bireylerin benzer kalitede sağlık hizmeti talep etmesidir. Üçüncü neden teknolojinin ilerlemesi ile birlikte yeni ve daha gelişmiş tedavi seçeneklerinin hem hastaların hem hekimlerin kullanımına sunulmasıdır. Son olarak da ilaçla tedavi için paylaşabileceğimiz kaynakların sınırlı olmasıdır.”<sup>281</sup>

Nitekim farmakoekonomik çalışmaları, fiyatlandırma ve geri ödeme aşamalarında kullanılan birçok ülke bulunmaktadır. Farmakoekonomi, karar verme sürecinde yer alan yöneticilere, kısıtlı kaynakların daha verimli dağıtılabilmesi ve harcamaların ayrıntılı olarak kontrol edilebilmesinde yardımcı olacak verileri sağlamaktadır. Bu noktada amaç, sadece ilaç kullanımı ile ilgili tasarruf yaparak maliyeti azaltmak değildir. Sağlık için harcanan kaynakların belirli bir değeri elde etmesini amaçlamaktadır. Bunun içinde genellikle üç tip değer göz önüne alınır. Klinik (etki ve emniyet gibi), ekonomik (tedavi için harcanan total tutar gibi), psikolojik (hastanın fonksiyon kazanımı, kendini iyi hissetmesi gibi).<sup>282</sup>

Türkiye’de de ilaçların geri ödemesine ilişkin kararlar alan Geri Ödeme Komisyonu, ilaçların pozitif listeye alınması talebi ile gelen firmalardan farmakoekonomik analizlerin başvuru dosyasına eklenmesi şartını getirerek farmakoeconomünün önemini vurgulamıştır.

#### **4.2.2. İlaç Firmaları ve Eczacılar Üzerindeki Etkileri**

Geri ödeme sistemi, toplum üzerindeki mali yükü azaltmak için, hastayı; masrafların bir kısmını karşılamaya zorlamak, koruyucu sağlık uygulamaları hakkında bilinçli hale getirmek ve çok fazla ilaç ya da aşırı pahalı ilaçlar kullanmaktan vazgeçirmek amacı taşımaktadır. “Bir kısmı ödeme sisteminde, ödemedenden muaf

---

<sup>281</sup> TEB (Türk Eczacılar Birliği), **Geri Ödeme Sistemleri, Avrupa Birliği ve İlaç**, Türk Eczacıları Birliği Yayını, Ankara, Nisan 2004, s.51

<sup>282</sup> F.Cankat Tulunay., “**Pharmacoconomy and Reimbursement Systems in Europe**”, Çırağan Sarayı, İstanbul, 17-23 Kasım 2005,

tutulmanın haklı olduğu bazı iyi tanımlanmış durumlardaki istisnalar dışında, ödemeler evrenseldir ve genellikle kaçınılmazdır.<sup>283</sup>

SDP öncesinde geri ödeme kurumları tarafından ilaç harcamaları iki türlü ödemektedir: Eczacının hastadan ilaç bedeli istemeden Geri Ödeme Kurumu'na fatura göndermesi ya da hastanın ilaç bedelini kendisinin ödeyip ilacı alması, eczacının faturasını kuruma ibraz ederek ilaç bedelinin kendisine ödenmesini istemesi şeklindedir. İlaç küpürlerinin faturaya eklenmiş olan reçeteye eklenmesinin yerini; SDP sonrası İlaç Takip Sistemi ile Karekod adı verilen tanımlayıcının ilaç ambalajlarına konulmasıyla, karekodlu ilaçların Sağlık Bakanlığı'nca işletilen bu sistemden sorgulanmadan ödemenin gerçekleşmemesi sistemi almıştır. Böylece geri ödeme kurumlarınca sorgulanan reçeteler iptal edilmeyecek ve bu reçetelerdeki ilaçlar tekrar satılmayacaktır. Ayrıca 2005 yılında uygulanmaya başlanan "pozitif liste" ile pozitif listede bulunmayan ilaçların geri ödenmeyeceği, ilaçların Geri Ödeme Komitesi'nin onayı ile ödenebileceği ve bu komitenin en az 3 ayda bir toplanılacağı kararlaştırılmıştır.

2004 yılı sonrası, ilaçta geri ödeme kapsamında uygulanan politikaların ilaç sanayisine etkisine bakıldığında, Türkiye'de İlaç Fiyatlandırma Sistemi'nin 2004 yılına kadar maliyet-kâr temeline dayanırken 2004 yılı Fiyat Kararnamesi ile birlikte referans fiyat uygulamasına geçilmiştir. Bu uygulama çerçevesinde yapılan düzenlemelere göre;

- Jeneriği olmayan orijinal ilaçlar, en düşük fiyata sahip referans ülke fiyatı kadar fiyat alabilmektedir.
- Jeneriği olan orijinal ilaçlar ve jenerik ilaçlar, referans fiyatın %60'ı kadar fiyat almaktadır.
- 20 yıllık ilaçlardan depocuya satış fiyatı 6.79TL üzerinde olanlarda bu oran %8 dir. Fiyat kararnameleri ile yapılan bu düzenlemelerin yanı sıra, ilaçlara ek kamu iskonto oranları uygulanmaktadır. 2011 yılında yapılan son düzenleme ile;
- Jeneriği olmayan orijinal ilaçlara uygulanan iskonto %41'e yükseltilmiştir.
- Jeneriği olan orjinaller, jenerikler ve 6.79 TL'nin üzerindeki 20 yıllık ürünlerin iskonto oranı ise %28'e çıkarılmıştır.

<sup>283</sup> TEB (Türk Eczacılar Birliği), **İlaç ve Para: Fiyatlar, Karşılabilirlik ve Maliyet-Etkililik**, Ankara, 2004, s.40-42

Sektörün genel yapısı üzerinde etkili olan Geri Ödeme Politikaları kapsamında uygulanan fiyat düzenlemeleri ve iskontoların dört farklı ürün grubunun (orijinal jeneriksiz, orijinal jenerikli, jenerik, 20 yıllık) fiyatlarına yansımaları aşağıdaki tablolarda görülmektedir.

**Tablo 4-41: Fiyat Kararnamelerindeki Değişimlerin Farklı Ürün Grupları Fiyatları Üzerine Etkisi (TL)**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Orijinal Jeneriksiz</b>	26	26	26	26	26	26	26	26	26
<b>Orijinal Jenerikli</b>	11	11	11	11	11	11	7,3	7,3	6,6
<b>Jenerik</b>	11	8,8	8,8	8,8	8,8	8,8	7,3	7,3	6,6
<b>20 Yıllık</b>	4	4	4	4	4	4	4	4	3,2

**Kaynak:** Selin Arslanhan Memiş, “Fiyat ve Geri Ödeme Politikalarının İlaç Sanayi Üzerine Etkisi”, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, Politika Notu, Ocak 2013,s.3

**Tablo 4-42: Kamu İskonto Oranlarındaki Değişimlerin Farklı Ürün Grupları Fiyatları Üzerine Etkisi (TL)**

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Orijinal Jeneriksiz</b>	23,1	23,1	23,1	23,1	23,1	23,1	20,0	17,6	15,3
<b>Orijinal Jenerikli</b>	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	9,8	6,5	5,8	4,8
<b>Jenerik</b>	9,8	7,8	7,8	7,8	7,8	7,8	6,5	5,8	4,8
<b>20 Yıllık</b>	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,6	3,2	3,2

**Kaynak:** Selin Arslanhan Memiş, “Fiyat ve Geri Ödeme Politikalarının İlaç Sanayi Üzerine Etkisi”, Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı, Politika Notu, Ocak 2013,s.3

Tablo 4-41 ve 4-42’de görüldüğü gibi fiyat ve geri ödeme politikalarındaki değişimler sonucu ilaç fiyatlarında önemli düşüşlerin olması ilaç firmalarını, firmanın ürün kompozisyonuna ve ürün gruplarında değişen maliyetlere bağlı olarak etkilemektedir. “Jeneriksiz orijinal ilaç fiyatlarında 2012 yılında, 2004 yılına göre %41’lik bir azalma gerçekleşirken, jenerikli orijinal ve jenerik ilaçlarda %57’lik, 20 yıllık gruba dahil olan ilaçlarda ise %42’lik bir düşüş olmuştur. Ürün grupları üzerinde gözlenen farklı etkiler fiyat regülasyonlarının farklı firma tipleri üzerindeki etkilerinin

de farklı olduğuna işaret etmektedir.<sup>284</sup> Orijinal ürün ağırlıklı bir firma ile jenerik ve 20 yıllık ürün ağırlıklı firmaların etkilenme düzeyi farklıdır.

2004 yılı sonrası uygulanan geri ödeme ve fiyatlandırma politikalarının, %52 oranında ithalat yapılan ve bu ithalatın %88'ini orijinal ilaçların oluşturduğu ilaç sektörü üzerinde yapısal değişikliklere neden olup olmadığına bakıldığında, yerli üretim orijinal ilaç payının 2004 de %15'ten 2012'de %7'ye, 20 yıllık ürün payının %63'ten %61'e düştüğü, jenerik payın %20'den %31'e yükseldiği görülmektedir. Bu durum, Türkiye İlaç Sanayinde jenerik üretime kaymanın olduğunu göstermektedir. Literatürde, sağlık harcamalarının kontrolü kapsamında ucuz ilaç politikasına katkı sağlayabileceği öngörülse de, FDA verilerine göre orijinal ilaç maliyetinin jenerik ilaçların %70 kadar üzerinde olduğu göz önünde bulundurulduğunda, Türkiye'nin yeni tedavileri her zaman satın almak zorunda kalacağı sonucuna varılmaktadır.

Diğer yandan referans fiyatlandırma sisteminin uygulanmasının, sektörün kurdan kaynaklanan kaybını azaltacağı, bazı segmentlerdeki fiyat düşüşleri nedeniyle gelir kaybı yaşamamasının verimlilik arayışlarını arttıracığı ve firma yatırımları açısından öngörülebilirliğin artacağı ileri sürülebilir.

Eczacılar açısından bakıldığında 17 Ocak 2009 tarihli ilaçların fiyatlandırılmasına dair kararda yapılan değişikliklerle eczacı kâr oranları aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

**Tablo 4-43: Türkiye'de Depocu ve Eczacı Kâr Oranları**

Depocuya Satış Fiyatı	Depocu Karı %	Eczacı Karı %
0-10 TL'ye kadar	9	25
10-50 TL	8	25
51-100 TL	7	25
101-200 TL	4	16
200 TL üzeri	2	12

**Kaynak:** Deloitte, "Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu" s.19'dan edinilen bilgilerle hazırlanmıştır.

<sup>284</sup> Selin Arslanhan Memiş, "Fiyat ve Geri Ödeme Politikalarının İlaç Sanayi Üzerine Etkisi", **Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı**, Politika Notu, Ocak 2013,s.3

SDP ile 2004 yılında uygulamaya konulan ilaç fiyat kararnameesi ile kademeli eczacı kâr oranı uygulamasına geçilmiştir. Basamaklı kâr oranı ve satış portföylerine göre eczacılar gruplarına ayırmakta, özellikle pahalı ilaçlarda kâr oranı düşmektedir. Ayrıca kararname sonrası oluşan ilaç fiyatlarındaki düşüşler ile eczacıların karlılıklarında da düşüşler olmuştur.

#### 4.2.3. Nihai Kullanıcılar Üzerindeki Etkileri

Fiyatlandırma ve geri ödeme mekanizmalarında yapılacak değişikliklerle, bu uygulamalardan kaynaklanan faydanın nihai tüketici ve ödeyiciye aktarımı önemli bir verimlilik alanı olarak ortaya çıkmaktadır.<sup>285</sup>

- Fiyat düşüşleri yaşanan segmentlerde hasta katkı payları ve cepten ödemeler azalacaktır.
- Bazı ilaçların geri ödeme kapsamından çıkarılması, cepten ödemeleri arttıracaktır.

Genel anlamıyla, SDP sonrası uygulanan geri ödeme sistemi içinde referans fiyatlandırmanın hastalar açısından etkinliği,

1. Hastaların ilaca ulaşabilirliği,
2. Cepten ödemeler ve sağlık harcamaları üzerindeki etkileri
3. Komplikasyon ya da reçete değişiklikleri nedeniyle hastane ya da doktor ziyaretlerindeki artış,
4. İlaç harcamaları üzerindeki etkisi

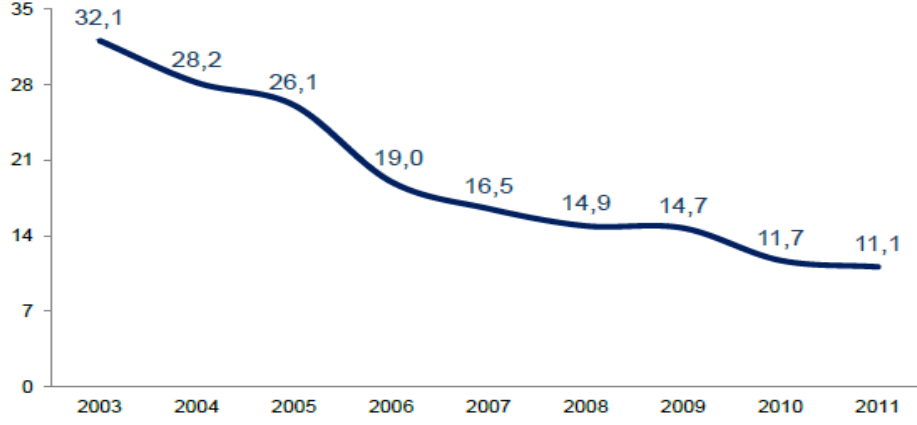
açısından değerlendirilir.

1. SDP ile hastaların tedavi hizmetlerine ve dolayısıyla ilaca erişimi kolaylaşırken, sağlık güvencesi altındaki nüfus oranı da artmıştır.
2. SDP kapsamında nihai tüketicilerin yani toplumun sağlık ve ilaç harcamaları azalmıştır. SDP, sağlık hizmetlerinden ve ilaç alımından faydalanmada toplumun her kesimini eşit tutmuş ve harcamaları üstlenmiştir. 2003 yılı sonrası ilaç ve

<sup>285</sup> Deloitte Raporu, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi”, s. 19



tedavi masraflarını kendi karşılayan nihai tüketicilerin oranı Şekil 4-30'daki gibidir.



Şekil 4-30: İlaç Tedavi Masraflarını Kendi Karşılayanların Oranı(%)

**Kaynak:** TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2011,  
[http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb\\_id=41&ust\\_id=11](http://www.tuik.gov.tr/VeriBilgi.do?tb_id=41&ust_id=11)(22.05.2013)

Geri ödeme sisteminde hastaları etkileyen diğer bir konu, hastaların geri ödeme listelerinde olmayan ilaçlar için cepten ödeme yapmak zorunda olmalarıdır. Geri Ödeme Komisyonu altında yer alan Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonun görevi, geri ödeme listesine alınmak için başvuruda bulunan orijinal ve jenerik ürünleri değerlendirerek sonuçlandırmaktır. Geri ödeme listesinde yer almayan ilaçlar ise hastalar için sorun olmaktadır.

Diğer bir konu ise, sağlık ekonomisine doğrudan etki eden düzenlemeler, daha çok hastaların bir ilaca erişimi üstünde etkisi olan düzenlemeler olduğundan, ruhsatlandırma ve geri ödeme ile ilgili düzenlemeler hastayı yakından ilgilendirmekte, Türkiye’de ruhsatlandırma ve geri ödeme kararları AB ve ABD ile karşılaştırıldığında uzun zaman alabilmekte, bu durumda hastaların özellikle yeni çıkmış ilaçlarda yapılan tedavi yöntemlerine erişimi gecikmektedir.

2. 2002-2010 yılları arasında hastanelere toplam müracaat sayısı yıllık ortalama %12 artarak 124 milyondan 303 milyona ve kişi başı müracaat sayısı 1.88’den 4.11’e çıkmıştır.

3. Gerçekleşen nominal artışa rağmen, 2009 yılından bu yana kamu ilaç harcamalarına ayrılan pay azalmış ve milli gelire oranı %1.11 seviyesine düşmüştür; bu rakam OECD ortalaması olan %1.50'nin oldukça altındadır.

#### **4.3. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ İLAÇ FİYATLANDIRMA POLİTİKALARI ÜZERİNE ETKİLERİ**

Ulusal ilaç politikası açısından bakıldığında, Sağlık Bakanlığı kamu adına, ilaç ve eczacılık hizmetlerinin standartlarını belirlemek ve bu doğrultuda denetim yapmak, ilgili kurumlarla işbirliğine giderek ilaçların akılcı kullanımını teşvik etmek sorumluluğuna sahiptir. Bu anlamda bakanlığın görevi, vatandaşlarca kullanılan ilaçların etkili, kaliteli, güvenilir ve uygun fiyatlı olmasını sağlamaktır. İlacın uygun fiyatlı olması konusu Türkiye’de referans fiyat sistemine dayanmaktadır. Bu sistem, geri ödemeyi yapan taraf için bir ilacın alternatifleri ile karşılaştırılmasını sağlayan bir geri ödeme yöntemidir. Referans fiyat sisteminde;

- Benzeri ilaçlar için alt gruplar oluşturulur,
- Bütün alt gruplar için maksimum geri ödeme düzeyi belirlenir,
- Bu düzey, en düşük fiyatlı bir ilacın fiyatına, pazar payına ya da ilaçların fiyat ortalamalarına dayandırılabilir,
- Üreticilerin arz fiyatı belirlenir,
- Eğer ilacın piyasa fiyatı referans fiyatın üzerinde ise aradaki fark tüketiciler tarafından karşılanmak zorundadır.<sup>286</sup>

Bu ödeme sisteminde bir grup içindeki belirli ilaçların klinik olarak birbirleri yerine ikame edilebildikleri varsayılır. Referans fiyat, geri ödemeye esas en yüksek fiyattır. Geri ödenebilecek en yüksek miktar belirlendikten sonra terapötik (tedavi edici) açıdan eşdeğer olan bir ilaç grubu içinde yalnızca daha ucuz olan ilaçların harcamaları tam olarak karşılanmaktadır.

Bu politikanın temel amacı, rekabetin artması, ilaç harcamalarının kontrol altına alınması, özellikle jenerik grup ilaç üreticilerinin ürünlerinin fiyatlarını düşürmelerini ve hastaların tümüyle ödeme kapsamında olan ilaçları tercih etmelerini sağlamaktır.<sup>287</sup>

---

<sup>286</sup> Patricia Danzon, “Reference Pricing: Theory and Evidence”, Health Policy, 2001, s.86-126

Uygulamada iki tür referans fiyat sistemi söz konusudur: Terapötik olarak eşdeğer ilaçlar arasındaki karşılaştırmaların yurtiçi fiyatlara göre yapıldığı dahili referans fiyatlama (domestic reference pricing) ve ilaç fiyatlarının bir grup ülkeye göre belirlendiği harici referans fiyatlama (external reference pricing). Örneğin Türkiye’de ilaçların fiyatlandırılması harici/uluslararası referans fiyatlandırma biçimindedir. Türkiye’de 2008 yılı için belirlenen referans ülkeler Fransa, İtalya, İspanya, Portekiz ve Yunanistan’dır.<sup>288</sup>

Türkiye’de 2003 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın amaçlarından biri de, vatandaşların herhangi bir ayrıma tabi tutulmadan ilaçlara erişebilmelerini ve bu erişimin sürekliliğini sağlamaktır. Bu amaçla bir dizi yeni uygulama getirilmiştir: Maliye Bakanlığı Başkanlığı’nda Geri Ödeme Komisyonu oluşturularak “Tek Geri Ödeme Sistemi” getirilmiş, reçetelenen ilaçlar için en ucuz eşdeğer ilacın %15 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir. Bu uygulama, sepetin dışında kalan bazı ilaçların firmalarının, kamu ödeme kapsamına girebilmek için fiyatlarını düşürmeleri sonucunu doğurmuştur. Ayrıca ilaçta %18 olan KDV oranı % 8’e düşürülerek ilaç fiyatlarında düşüş gerçekleşmiştir.

14 Nisan 2012 yılında “Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Kararname”de\* değişiklik yapılmış, “Orijinal bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %60’ını geçemez.” kuralı getirilmiştir.

Uygulamadaki diğer bir yenilik ise ilaçlarını sınırlı sayıdaki hastaneden almak zorunda olan SSK’lı hastaların serbest eczanelerden ilaç alabilmelerinin sağlanmasıdır.

Sağlıkta Dönüşüm Programı ile getirilen yeniliklerden biri de kısa adı ITS olan İlaç Takip Sistemi’dir.\*\* Literatürde “Track and Trace” (İşaretle ve Takip Et) olarak tanımlanan yapının ilaçlara uygulanmış halidir. Bu alt yapı sisteminde, ürünlerin tekilleştirilmesini sağlayan karekod ile ürünlerin işaretlenmesi sağlanırken, ürünün

---

<sup>287</sup> Sebastian Schneeweiss, “Reference Drug Programs: Effectiveness and Policy Implications”, Health Policy, 2007, 81 s.17-28

<sup>288</sup> Çalışkan, “Referans Fiyat ve İlaç Piyasası”, 2009, s.59

\* İlk kararname 04/12/1984 tarihli ve 84/8845 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanmıştır.

22/9/2007 tarihli ve 26651 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Kararname’dir.

\*\* 30/05/2009 tarihli 27243 sayılı ve 30/09/2009 tarihli 27362 sayılı Resmi Gazetelerde yayımlanan Beşeri Tıbbi Ürünler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği 01.01.2010 tarihinde yürürlüğe girmiştir.

geçtiği her noktadan merkezi veri tabanına yapılacak bildirimler ile takibi sağlanmaktadır. Böylece piyasada bulunan tüm ilaçlar, kutu bazında bir takip numarası ile kayıt altına alınmakta ve üretimden itibaren tüketilinceye kadar her aşamada takibi sağlanmaktadır. Bu uygulama ile ürünler İTS sistemine bildirilerek satılmaya başlanmış, tüm geri ödeme kurumları ilaç ödemelerini sistem üzerinden kontrol ederek yapmaya başlamış, hastanelere giren ürünler takip edilmeye başlanmıştır.<sup>289</sup>

İlaç alanında SDP'nin getirdiği en önemli yenilik ise referans fiyat uygulamasıdır. Referans fiyat takibi ile referans ülkelerdeki fiyat değişiklikleri üç aylık periyotlarla takip edilmekte ve varsa fiyat düşüşleri fiyatlara yansıtılmaktadır. Bu yöntemle 2004-2010 yılları arasında 200'den fazla fiyat düşüşü ilaç fiyatlarına yansıtılmasıyla ilaç fiyatları epeyce gerilemiştir.

**Tablo 4-44: Türkiye’de İlaç Fiyatlarının Oluşumu**

1984 Tarihli Fiyat Kararnamesi	Firmanın maliyet beyanına dayanan özellikle ithal ilaçlarda maliyetin soruşturulmasına pratik olarak imkan vermeyen, masraf ve kâr oranları eklenerek belirlenen piyasa fiyatları oluşmuştur.
6 Şubat 2004 Tarihli Kararname	Referans Fiyat Sistemi ile ilaç fiyatları, kamu yükünü azaltacak şekilde, nesnel ölçütlere dayalı, ölçülebilir ve şeffaf hale getirilmiştir. Geri ödeme kurumları ilaç fiyatlandırmasında karar verme sürecine dahil edilmiştir.
30 Haziran 2007 Tarihli Kararname Referans Fiyat Sistemi ile İlaç Fiyatlarının Düzenlenmesi	İlaç fiyatları en ucuz olan ve takip edilen AB üyesi 5 ülke referans alınarak belirlenmektedir. 2007 yılında yayınlanan kararname revizyonu ile referans ülke sayısı 5-10 ülke şeklinde değiştirilerek daha fazla ülkenin referans alınmasının önü açılmıştır. Herhangi bir ilacın ülkemizdeki azami fiyatı bu 5 ülkedeki en ucuz rakam esas alınarak belirlenmektedir.

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Temel Sağlık Hizmetleri”, Kasım 2002-2008, s.163

#### 4.3.1. Devlet Yönünden Etkileri

Sosyal refahın korunması ve artırılması amacıyla devletlerin sağlık sektörüne ve özellikle ilaç sektörüne yönelik yoğun düzenlemeler getirdiği görülmektedir. Amaç, herkesin ulaşabildiği ve en düşük maliyetli sağlık mal ve hizmetlerinin sağlanmasıdır. Sağlık alanına ayrılan kaynakların sınırlı olduğu göz önüne alınırsa, harcamaları ve

<sup>289</sup> Akdağ, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu, s.173

maliyetleri en aza indirecek müdahalelerin, kaynakların verimli kullanılması amacıyla giderek arttığı görülmektedir.

Kamu müdahalesinin düzeyi ülkelere göre değişse de son yıllarda kamu otoritesinin ilaç sektörüne yönelik düzenlemeleri bütün ülkelerde en çok tartışılan konuların başında gelmektedir. Kamunun ilaç sektöründe başka sektörlerde olmadığı kadar yer almasının birçok nedeni bulunmaktadır: İlaçların güvenilir, kaliteli ve etkili olmalarını sağlayacak bir sistemin oluşturulması, sorumluluğu, bu şartların yerine getirilmesi konusunda denetleyicilik rolü, kamunun, birçok ülkede ilaç harcamalarının finansmanını sağlayan taraf ve en büyük ilaç alıcısı olması başlıca nedenlerdir.

Bu nedenler, ilaç fiyatlarının belirlenmesi ve ilaç firmalarının kâr marjlarının kontrol edilmesi ve sınırlandırılması amacıyla kamu otoritesinin ilaç sektörüne müdahalesini beraberinde getirmektedir.

Genel olarak bakıldığında toplam sağlık harcamaları içinde ilaç harcamalarının düşük gelirli OECD ülkelerinde daha yüksek bir paya sahip olduğu görülmektedir.

Türkiye’de son 10 yılda uygulanan SDP ile birlikte sağlık hizmetlerinin kullanım düzeyindeki artışlar ve ilaca erişimdeki kolaylıklar nedeniyle kamu ilaç harcamalarının payının tekrar yükseldiği görülmektedir.(Bkz. Tablo 4-6) Sosyal güvenlik adına atılan adımlar sonucunda, sigortalı kişi sayısında önemli artış kaydedilmiş ve 2011 itibari ile nüfusun neredeyse tamamı (%98’i) sağlık güvencesi kapsamına dahil edilmiştir.<sup>290</sup>

Türkiye’de tedaviye erişim konusundaki artış, SDP ile başlayan reform sürecinde kamu sağlık hizmetlerinden yararlanmadaki artışı göstermektedir. Bu artışa karşılık, sağlık harcamaları GSMH içinde %3-4’lük sabit bir bantta tutulmakta, ilaç kalemine bakıldığında ise birim fiyatı azaltma yaklaşımı reçete tutarlarında gözlenebilmektedir:

---

<sup>290</sup> Deloitte, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi”, s.2

**Tablo 4-45: Türkiye’de Kamu Reçete Analizi (2010-2012)**

	2010	2011	2012	Değişim Analizi (2010-2011)	Değişim Analizi (2011-2012)
<b>Reçete Sayısı (Bin Adet)</b>	306.461	339.617	336.023	% 10,8	% 1,17
<b>Fatura Tutarı</b>	14.897.455	15.288.061	13.865.304	% 2,6	% -9,1
<b>Reçete Başına Düşen Tutar (TL)</b>	48,61	45,02	41,26	% -7,4	% -8,03

**Kaynak:** Deloitte, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi”, Haziran 2012, s 5 elde edilen bilgilerle hazırlanmıştır.

2010-2011 döneminde reçete sayılarında artış yaşanırken, reçete başına ödenen tutarda %7.4’lük düşüş, birim maliyeti azaltma yaklaşımını göstermektedir. 2011-2012 dönemi değişim oranları incelendiğinde reçete başına ödenen tutarda % 8,03’lük düşüşle birlikte reçete sayısında da düşüş kaydedilmiştir.

İlaç harcamaları hem arz (ilaç endüstrisi) hem de talep yönlü (demografik, ekonomik vb.) olarak hızla artmaktadır. Bu nedenle hemen hemen bütün ülkeler maliyetleri düşürmeye yönelik politikalarla ilaç harcamalarındaki artışı kontrol altına almaya çalışmaktadır. Bu çaba, esas olarak fiyat kontrolleri yoluyla kendini göstermektedir. Türkiye’de bu politika, daha önce açıklandığı gibi, kamu otoritesinin sıklıkla kullandığı fiyat kontrol mekanizmalarından referans fiyat (RF) ile uygulanmaktadır.

Referans fiyatın ilaç sektörü açısından beklenen en büyük etkisi jenerik ve terapötik (tedavi edici) grup içinde yer alan ilaçlar arasındaki fiyat rekabetinin artmasıdır. Buna göre artan fiyat rekabeti, jenerik ilaç üreticilerinin pazar paylarını artırmak ve rekabet edebilir konuma gelebilmek için fiyatlarını marjinal maliyet düzeyine düşürmelerine neden olmakta, böylece toplam kamu ilaç harcamaları azalmaktadır.

SDP sonrası Türkiye’ye baktığımızda 2004’ten itibaren uygulanmaya başlayan referans fiyatlandırma sistemi ile ilaçlar orijinal, jenerik ve 20 yıllık olmak üzere 3 farklı kategoride değerlendirilmiş, orijinal ilaçların AB üyesi 5 ülkedeki (Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz, Yunanistan) en düşük fiyatı alması kuralı getirilmiş, fiyatlar sabit avro kuruna bağlanmıştır.

2011 yılında tüketilen ilaç kutu sayısı 1 milyar 700 milyon kutu ile 2002 yılına göre %143 artmasına rağmen, aynı dönemde kamunun ilaç harcaması 2011 yılı fiyatıyla 15 milyar 400 milyon TL'den 15 milyar 958 milyon TL'ye çıkmış ve sadece %19 artmıştır. Bu durum, ilaca erişimin kolaylaşması sonucunda tüketimin artışı ve referans fiyat uygulaması sonucu ilaç harcamalarında görece sağlanan tasarrufu göstermektedir. (Bkz.Şekil 4-24)

İlaç tüketimindeki artış, 2002-2012 yılları arasında kişi başına düşen ilaç harcaması verilerinde de görülmektedir:

**Tablo 4-46: Türkiye’de Kişi Başı İlaç Harcaması (2004-2012)**

Yıl	Dolar
2002	40
2003	60
2004	87
2005	102
2006	106
2007	142
2008	157
2009	144
2010	141
2011	123
2012	106

**Kaynak:** WHO Health Data 2011 ve OECD Health Data 2012’den elde edilen bilgilerle hazırlanmıştır.

2012 yılında kişi başına düşen ilaç harcaması 106 dolara ulaşmasına rağmen, bu rakam OECD ülkeleri içinde Türkiye’nin, kişi başına en az ilaç harcaması yapan ülke olduğunu göstermektedir.

Kamunun karşıladığı ilaç miktarında yaşanan artışa rağmen ilaç harcama tutarında azalma gerçekleşmiştir. (Bkz. Şekil 4-21) Ayrıca Orta Vadeli Program (OVP) gereğince, 2010-2012 dönemindeki kamu ilaç harcamalarına ilişkin bütçe tavanı, 2009 yılı varsayımları kullanılarak 3 yıl için belirlenmiştir. “Harcamaların belirlenen bütçe tavanlarını aşması durumunda aşan kısmın telafisi amacıyla fiyat ve iskonto ağırlıklı ek tedbirler öngörülmüştür.”<sup>291</sup> Nitekim 2010 ve 2011 yıllarında getirilen ilave iskontolar ve fiyat düşüşleri ile kamu ilaç harcamaları üzerinde toplam %23,2’lik daralma

<sup>291</sup> Deloitte Raporu, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi”, s.7

sağlanmış, özellikle 2009 yılında yaşanan sosyal güvenlik finansmanındaki bütçe açığı, ilaç fiyatlandırma ve iskonto politikalarındaki değişikliklerle frenlenmiş, sektör paydaşları da bu zorunlu yapısal değişikliklere uyum sağlamak zorunda kalmıştır.

Kamu ilaç harcamalarının 2012 yıl sonu itibariyle 14.7 milyar TL olarak gerçekleşmiştir. 2009-2012 yıllarını kapsayan artış trendi baz alındığında bu rakamın 2013 yılı için fiyatlandırma ve iskonto düzenlemelerinin varlığına bağlı olarak 16.2 milyar TL'lik büyüklüğe ulaşması tahmin edilmektedir. Oysa avro kuru seviyesi sabitlenmiş dönemsel avro değerinin üst sınırını geçmiştir. İlaçların satış fiyatını etkileyen bu değer Temmuz 2011'den bu yana güncellenmediği, ayrıca yeni dönemde yeni önlemler alınmadığı, fiyatlandırma ve iskonto düzenlemelerinin dönemsel işlevlerini tamamladıklarından kaldırılacakları öngörüsü ile bakıldığında kamu ilaç harcaması tutarının 23 milyar TL'ye ulaşması tahmin edilmektedir.

Bu durum kamu finansmanı açısından, kaynakların kullanımı ve mevcut ihtiyaçların karşılanmasının günümüz kadar geleceği de dikkate alarak oluşturulması anlamındaki sürdürülebilirlik sorununu öne çıkarmaktadır.

#### **4.3.1. İlaç Firmaları ve Eczacılar Üzerindeki Etkileri**

SDP öncesinde ilaç fiyatlandırma sistemi, maliyete dayalı bir yonteme göre işlemekte, üretici ve ithalatçılar yeni ürün fiyatları ile fiyat artışları ve indirimler için Sağlık Bakanlığı'ndan onay almak üzere başvuruda bulunmak zorundaydılar. Şubat 2004'te Referans Fiyat Sistemi\* adında yeni bir sistem uygulanmaya konmuştur.

2004 yılından beri uygulanan 30.06.2007 tarih ve 26568 sayılı Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar hükümleri gereğince referans fiyatlandırma sistemine göre, orijinal ilaçların AB üyesi 5 ülkedeki avro cinsinden alınan en düşük, fabrika çıkış fiyatları (referans fiyatlar) dönemsel avro kuru ile TL'ye dönüştürülmektedir. Söz konusu fabrika satış fiyatına depocu ve eczacı kâr oranları ile %8 KDV eklenerek perakende satış fiyatları bulunmaktadır ve nihai fiyat bu şekilde belirlenmektedir. Ancak referans ülkeler değişebilir ve referans ülke sayısı 10'a kadar çıkabilir.

---

\* Beşeri Tıbbi Ürünlerin Fiyatlandırılmasına dair Bakanlar Kurulu Kararı (2004/6781) 14.02.2004 tarih ve 25373 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.



Uygulamada, kur değerindeki otomatik güncelleme, kamunun bütçe kaygısı nedeniyle, kararnamedeki takdir yetkisi kullanılarak yapılmayabilmektedir. Bu durum referans fiyatlandırma mekanizmasını etkisiz hale getirmektedir. İlaç fiyat kararnamesi, devlet, ilaç firmaları, eczacı ve toplumdan oluşan tarafları etkileyen en önemli düzenlemelerden biri olduğundan, kur örneğinde olduğu gibi benzeri düzenlemelerdeki değişiklikler ilaç firmalarının finansal öngörülebilirliğini engelleyen unsurlardan biridir.

**Tablo 4-47: İlaç Fiyat Kararnemeleri ve Yapılan Değişiklikler**

	2004 Yılı Fiyat Kararnemesi		2007 Yılı Fiyat Kararnemesi	2009 Yılı Fiyat Kararnemesi	2011 Yılı Fiyat Kararnemesi
	Şubat 2004	Nisan 2004 (Değişiklik)			
<b>Orijinal İlaçlar</b>	Referans fiyatın en fazla %90'ı kadar fiyat alabilmektedirler.	Referans fiyatın %100'üne kadar fiyat alabilmektedirler.	Referans fiyatın %100'üne kadar fiyat alabilmektedirler.	Jeneriği olan orijinal ilaçlar referans fiyatın %66'sına kadar fiyat alabilirken jeneriği olmayan orijinal ilaçlar ise referans fiyata kadar fiyat alabilmektedir.	Jeneriği olan orijinal ilaçlar referans fiyatın %60'ına kadar fiyat alabilirken jeneriği olmayan orijinal ilaçlar ise referans fiyata kadar fiyat alabilmektedir.
<b>Jenerik İlaçlar</b>	Jenerik ilaçların fiyat orijinallerinin fiyatının en fazla %70'i kadar alabilmektedir.	Jenerik ilaçlar orijinalinin fiyatının %80'ine kadar fiyat alabilmektedir.	Jenerik ilaçlar orijinalinin fiyatının %80'ine kadar fiyat alabilmektedir.	Jenerik ilaçlar orijinalinin %66'sı kadar fiyat alabilmektedir.	Jenerik ilaçlar orijinalinin %60'ına kadar fiyat alabilmektedir.
<b>"Yirmi Yıllık" İlaçlar<sup>5</sup></b>	"Yirmi Yıllık" ürünler referans fiyat uygulaması kapsamında değildir. (Dünyada ilk defa 1/8/1984 tarihinden önce pazara giren ürünlerdir.)	"Yirmi Yıllık" ürünler referans fiyat uygulaması kapsamında değildir. (Dünyada ilk defa 1/8/1984 tarihinden önce pazara giren ürünlerdir.)	"Yirmi Yıllık" ürünler referans fiyat uygulaması kapsamında değildir. ("Yirmi Yıllık" ürün tanımı dünyada ilk defa 1/8/1987 tarihinden önce pazara giren ürünler olarak değiştirilmiştir.)	"Yirmi Yıllık" ürünler referans fiyat uygulaması kapsamına alınmıştır. Depocuya satış fiyatı 6,79 TL'nin üzerinde olan yirmi yıllık orijinal ürünlerin fiyatları referans fiyatın en fazla %100'ü kadar olabilecektir.	Depocuya satış fiyatı 6,79 TL'nin üzerinde olan yirmi yıllık orijinal ürünlerin fiyatları referans fiyatın en fazla % 80'i kadar olabilecektir.

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı İlaç Fiyat Kararnemeleri \*

Bütçe hedeflerinin aşılması nedeniyle kamu tarafından getirilen fiyat indirimlerinin kalıcı olması; ilaç firmalarının gelir kaybı yaşaması ve verimlilik arayışlarını artırması sonucunu doğurmaktadır. Aynı durum fiyatlandırma ve geri ödemede yer alan bazı korumalı segmentlerde de görülmektedir. Bu segmentler, 10 TL'nin üzerindeki 20 yıllık ilaçlar, 10 TL altındaki 20 yıllık ilaçlar ve 6.79 TL'nin altındaki tüm ilaçlardır. Amaç, bazı ilaçların fiyat ve geri ödeme açısından korunarak

\* 14.02.2004 tarih ve 25373 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.  
12 Haziran 2007 tarihli ve 2007/12325 sayılı Bakanlar Kurulu kararı ile yürürlüğe girmiştir.  
14 Ocak 2009 Tarihli ve 2009/14577 Sayılı Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Kararda Değişiklik Yapılması Hakkında Karar yayımlanmıştır.  
10 Kasım 2011 tarihli ve 28108 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete de yayımlanmıştır.

arz güvenliğinin sağlanmasıdır. İlaç firmaları ise, koruma düzenlemelerinin belirlenecek bir sınırın altındaki bütün ilaçları kapsayacak şekilde yeniden ele alınmasını talep etmektedirler.

Diğer bir konu, 2007 tarihli “Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar” ile 2008 yılından sonrası için referans fiyatların belirlenmesinde karşılaştırma amacıyla kullanılan ülke sayısının artırılmasının, verilere ulaşılabilirlik ve bu verilerin denetlenmeleri açısından ilaç firmalarına ekstra iş gücü ve maliyet getirmesidir.

**Tablo 4-48: Türkiye’de İlaç Fiyatlandırması**

Referans İlaçlar	Eşdeğer İlaçlar
Referans Fiyat	Referans Fiyatın %60’ı
+	+
Toptancı ve Eczacı Kâr Marjları	Toptancı ve Eczacı Kâr Marjları
+	+
%8 KDV	%8 KDV

**Kaynak:** Deloitte, “Türkiye Sağlık Sektörü Raporu”, s.18

3 Aralık 2009 tarihinde, hükümet, orijinal ve eşdeğer ilaçların fiyatlarının gözden geçirilmesini gerektiren bir kanunu onaylamıştır. Bu kanuna göre, piyasada eşdeğeri olan orijinal ilaçların toptancıya satış fiyatı, referans fiyatın sadece %66 üzerinde olabilmektedir. Eşdeğer bir ilacın toptancıya satış fiyatı ise, orijinal ilacın referans fiyatının %60’ına kadar (bu oran daha önce %80 idi) olabilmektedir.<sup>292</sup>

“İlaç fiyatlarındaki değişiklik, kur ve referans fiyat değişikliğine bağlı olarak yapılabilmektedir. Kararnameye göre öngörülen fiyat değişimlerinde bir şeffaflık yoktur. Kur değişimlerine göre ilaç fiyatlarındaki indirimler derhal uygulanmaktayken, kur değişikliklerine bağlı olarak gerçekleştirilecek fiyat artışlarında uygulamada belirsizlik ve gecikmeler süregelmektedir.”<sup>293</sup> İlaç fiyat artışı yalnızca kur değişikliği halinde söz konusu olabilmekte, ancak uygulamada kura bağlı fiyat artış kararı alınmasında mevzuatta belirtilen sürelerle ve artış oranı hesaplamalarına uyulmaması, ilaç firmalarının aleyhine işleyen bir başka durumdur. Örneğin fiyat listesinde yapılan

<sup>292</sup> Deloitte, “Türkiye’de ve Dünya’da İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri”, Aralık 2009, s.18

<sup>293</sup> TOBB, “Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu”, Ekim 2008, s.19

değişiklikler için öngörülen 45 günlük geçiş süresinin uygulanmasına ilişkin olarak fiyat düşüşlerinde bu süre beklenmeksizin uygulamaya geçilirken, sadece fiyat artışlarında süreye uyulması ilaç üretici ve ithalatçıların mağduriyetine neden olmaktadır.

Referans ilaç üreten firmalar özellikle ulusal fiyatlandırma prosedürlerinin yarattığı gecikmelerden ve belirsizliklerden şikayet etmektedirler. Bu gecikmelerin pazara sundukları ürünlere daha az koruma süresi sağladığı ve bekledikleri kazancı azalttığı yönünde eleştirilmektedir.

Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde çıkarılan yasa ve mevzuat değişiklikleri ile sağlık ve ilaç ile ilgili yasaların büyük bölümü değişerek, ilaçta yaşanan dönüşüm tüketimin artmasına neden olmuştur. Nitekim kamunun karşıladığı yıllık ilaç tüketimi 2004'te 4.5 milyar dolar iken 2009 sonu itibariyle yıllık 12 milyar dolara ulaşmıştır. Pazar ciddi biçimde büyümesine rağmen, eczacıların karlılıkları azalmıştır. (Bkz. Şekil 4-22 ve 4-23)

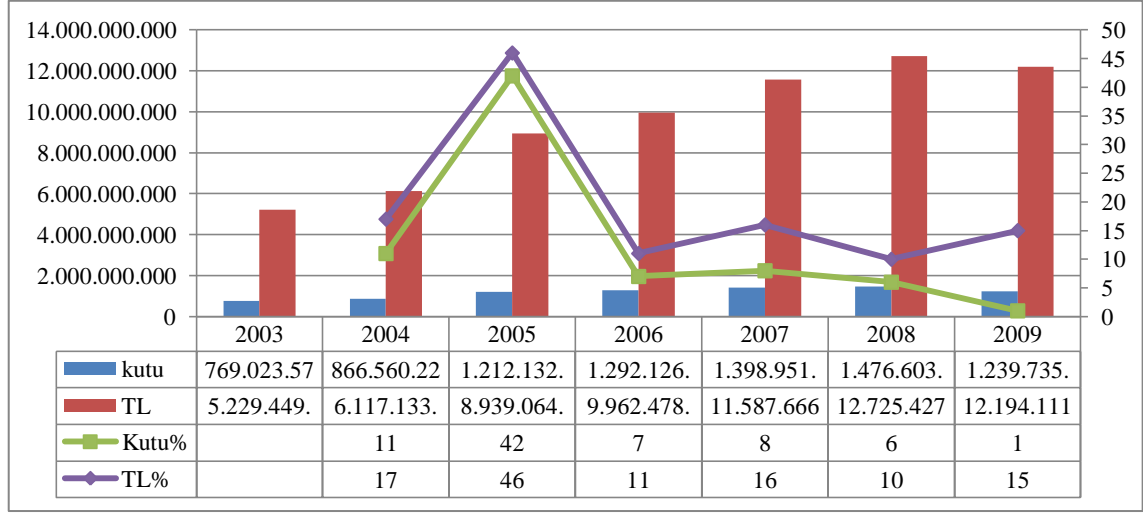
Değişim özellikle 2004 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında SSK Hastanelerinin Sağlık Bakanlığı'na devredilmesi ile daha hızlı ve hissedilir şekilde olmuştur. Devir, SSK'nın ilaç pazarının da serbest eczanelere açılmasını sağlamıştır. SSK ilaç fabrikası ve hastane içi eczaneler kapatılmıştır. O tarihe kadar ihale yoluyla firmalardan doğrudan alım yapan SSK, serbest eczane kanalından ilaç almaya başladığında ilaç harcaması 3 katına çıkmış ve bütçe hiç beklenmedik ölçüde açık vermiştir.

**Tablo 4-49: Eczanelerin 2008- 2009 Yılı Karşılaştırmalı Hasılat Tablosu**

İskonto Oranı	2008		2009		% (Hasılat)
	Eczane Sayısı	Toplam Hasılat	Eczane Sayısı	Toplam Hasılat	
0	1.504	319.199.716	1.058	224.233.936	-29,75
1	1.457	676.685.961	1.382	653.332.392	-3,45
1,5	919	669.024.900	1.110	814.280.537	21,71
2,5	735	1.232.731.992	1.110	1.870.244.365	51,72
<b>Toplam</b>	<b>4.615</b>	<b>2.897.642.570</b>	<b>4.660</b>	<b>3.562.091.233</b>	<b>22,93</b>

**Kaynak:** İstanbul Eczacı Odası, "Eczanelerde Gelir Dağılımının Düzenlenmesi", Mart 2010, s.3

Öte yandan ilaç tüketiminin artmasına rağmen, Tablo 4-49’da sadece 1 yıllık verilerde bile görüldüğü üzere eczacılar arasında paylaşım adaletsizliği derinleşmiş, bunun yarattığı farklılaşma sonucu yaklaşık 10 bin eczane darboğaza girmiştir.

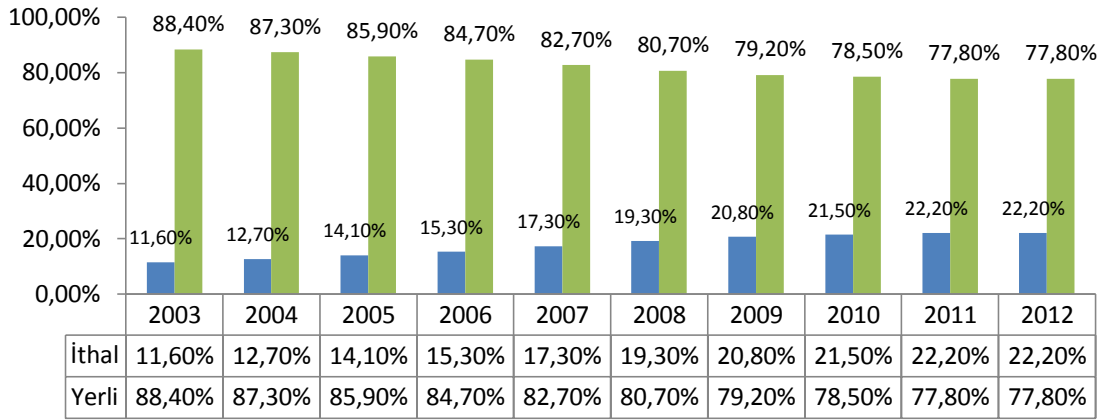


**Şekil 4-31:** Türkiye İlaç Pazarının Yıllara Göre Değişimi

**Kaynak:** İstanbul Eczacılar Odası, “Eczacılık Alanında Yaşanan Sorunlar Raporu”, Mart 2010, s.3

Şekil 4-32’te görüldüğü üzere 2003-2009 tarihleri arasında kutu bazında ilaç pazarındaki değişim yaklaşık % 62 civarında iken, aynı dönemde pazar TL bazında yaklaşık %130 oranında artmıştır.<sup>294</sup> Dolayısıyla ilaç giderlerindeki bu artış, sadece SSK’lıların serbest eczaneleri kullanabilmesi ile açıklanamaz. Kaldı ki aynı zaman dilimi içinde Türkiye ilaç pazarında yerli ve ithal ilaçların pazardaki payına bakıldığında yerli ilaçların pazar payının ithal ilaçları geçtiği görülmektedir.

<sup>294</sup> İstanbul Eczacılar Odası, “Eczacılık Alanında Yaşanan Sorunlar Raporu”, Mart 2010, s.3



**Şekil 4-32:** Türkiye İlaç Pazarında Yerli ve İthal İlaçların Dağılımı

**Kaynak:** [http://www.gifd.org.tr/sektorel\\_veriler.php?id=3](http://www.gifd.org.tr/sektorel_veriler.php?id=3) ve

[http://www.ieis.org.tr/asp\\_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12](http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12) (10.05.2013)'den elde edilen verilere dayalı olarak hazırlanmıştır.

Türkiye reçeteli ilaç pazarında 2012 yılı itibarıyla kutu bazında referans ilaçlar % 48, eşdeğer ilaçlar %52 oranında paya sahiptir. Pazardaki ilaç dağılımında kutu bazında %77,8 oranında yerli ilaç, % 22,2 oranında ithal ilaç bulunmaktadır

SDP ile 2004 yılında uygulamaya konulan ilaç fiyat kararname ile kademeli eczacı kâr oranı uygulamasına geçilmiştir. Basamaklı kâr oranı ve satış portföylerine göre eczacılar gruplarına ayrışmakta, özellikle pahalı ilaçlarda kâr oranı düşmektedir. Ayrıca kararname sonrası oluşan ilaç fiyatlarındaki düşüşler ile eczacıların karlılıklarında da düşüşler olmuştur.

Eczacılar açısından diğer bir konu, ilaç firmaları tarafından dönemsel stokları eritmek için, ticari rekabet aracı olarak kullanılan mal fazlası ve ticari iskontolardır. “Genellikle eşdeğeri olan ürünlerde, eczacının ürün değiştirme davranışını etkilemek üzere ticari iskonto ve mal fazlası uygulaması yaygın olarak kullanılmaktadır.”<sup>295</sup> İstanbul Eczacı Odası’na göre birçok firmanın bazı ürünlerinde eczacıya verdiği mal fazlası kaldırılmalı ve eczacı kâr oranına yansıtılmalıdır.

Son olarak İlaç Takip Sistemi ile piyasada bulunan tüm ilaçlar kutu bazında bir takip numarası ile kayıt altına alınmakta ve üretimden itibaren tüketilinceye kadar her aşamada takibi sağlanmaktadır. Bu sayede kupür yolsuzluğu diye bilinen sahtecilik

<sup>295</sup> Deloitte, “Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi”, s.19

önlenmekte, ayrıca piyasaya sürülmüş olan ilaçlarda, sonradan oluşabilecek ve toplum sağlığını tehdit edecek durumlarda hangi ilacın nerede bulunduğu noktasal olarak bilinerek kolayca toplanması sağlanmaktadır. Bu anlamda İTS, hem eczacıları hem de ilaç firmalarını yakından ilgilendiren bir yeniliktir.

#### **4.3.2. Nihai Kullanıcılar Üzerindeki Etkileri**

Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de ilaç sektörünün üretim boyutunda özel sektör, ilaçların kullanımı ve satın alınmasını içeren tüketim boyutunda ise, sağlığa bir mal ya da hizmet gibi değil de bir vatandaşlık hakkı olarak ulaşmak isteyen hastalar yer almaktadır. Türkiye’de uygulanan ilaç politikaları kapsamında bakıldığında, “devlet üretim sürecinde etkin bir şekilde yer almadığı halde başta fiyatlandırma olmak üzere, ruhsatlandırma, patent gibi birçok konuda sektöre müdahale etmektedir. Türkiye’de fiyatı devlet tarafından tespit edilen özel sektöre ait tek endüstriyel ürün ilaçtır.”<sup>296</sup>

Türkiye’de 2003-2013 yıllarını kapsayan, sağlık hizmetlerinin daha etkin ve verimli kılınması ve finansmanın kontrol altında tutulması amacını taşıyan Sağlıkta Dönüşüm Programı’nda bakanlığın dikkatini ilk çeken, ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payının yüksekliği olmuş ve bu konu ile ilgili en önemli karar, 14 Şubat 2004 tarihinde referans fiyat uygulanmasına geçiş ile verilmiştir.

Referans fiyatlamanın nihai kullanıcı üzerindeki etkinliği, hastaların ilaca ulaşılabilirliği, cepten yapılan ödemeler, hastane ve doktor ziyaretlerindeki artış ve ilaç harcamaları üzerindeki etkisi açılarından değerlendirilebilir.

Hastaların ilaca ulaşılabilirliği konusunda, sağlık ekonomisine doğrudan etki eden düzenlemelerin, daha ziyade hastaların bir ilaca erişimi üstünde etkili olan düzenlemeler olduğu, bu anlamda, SDP ile daha önce ilaçlarını sınırlı sayıdaki hastaneden alabilen SSK ve Yeşil Kart’lı hastaların artık serbest eczanelerden alabilmeleri uygulaması ile hastalar için ilaca ulaşılabilirliğin kolaylaştığı görülmektedir.

Kamunun ilaç sektöründe başka sektörlerde olmadığı kadar yer almasının en önemli nedeni, ilaç sektöründe doktor, finansman kurumu ve hastalardan oluşan üçlü yapı içinde ilaçların güvenilirliği ile ilgili düzenleme ve denetleme rolünün olmasıdır.

---

<sup>296</sup> Top ve Tarcan, s.35

Türkiye’de ilaç sektöründe fiyatlar oluşurken, bu sektörün kendine has bazı özellikleri önemli roller üstlenmiştir. Sektörde fiyat esnekliğinin olmaması, ilacı diğer mamul gruplarından ayırmaktadır. Fiyat esnekliği olmadığından, ilaç tüketimine doğrudan tüketici karar vermemekte, ilaç fiyatlarının kontrol altında tutulması gerekmektedir.

İlaç sanayinde fiyatlandırma politikaları; ekonomik olduğu kadar siyasal ve toplumsal bir olgudur. Çünkü bu sektörün en belirgin özelliği insanın sağlığı ile ilgili olmasıdır. Bu, sektörün insanı ne kadar yakından ilgilendirdiğinin bir göstergesidir.

Hastaların ilaca ulaşmasındaki konfor artırılırken, dikkat edilmesi gereken bir nokta, tüketicilerin ilaç fiyatlarına olan duyarlılıklarının artırılmasıdır. “Harcamalara karşı herhangi bir duyarlılığın bulunmadığı ya da fiyat duyarlılığının düşük olduğu durumlarda ahlaki tehlike 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.”<sup>297</sup> “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 seviyededir ve ilaç tüketimindeki artışın başlıca nedenlerinden birisidir.”<sup>298</sup>

“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.”<sup>299</sup>

Hastanın katılımını sağlayan bu tür düzenlemeler kadar hastanın cepten yaptığı sağlık harcamaları da sağlık sisteminin nihai kullanıcıyı etkileyen diğer bir yönüdür. Nitekim SDP’nin cepten yapılan sağlık harcamalarına etkisine bakıldığında, 2011

---

<sup>297</sup> Rekie, s .11

<sup>298</sup> Danzon, s.110

<sup>299</sup> Danzon, s.111

yılında cepten yapılan sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı % 16.2'dir. (Bkz. Şekil 4-5)

1999 yılından 2011 yılına kadar olan süreç değerlendirildiğinde, cepten yapılan sağlık harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki oranının % 8,3'lük bir düşüş göstererek % 16,2 rakamına ulaşıldığı görülmektedir. Bu durum ilaç fiyatlarının ve hasta katkı paylarının düşüşünün nihai kullanıcıya olumlu yansıması olarak değerlendirilebilir. Benzer durum fiyat düşüşleri yaşanan koruma segmentlerde hasta katkı payları ve cepten ödemelerin azalmasında da görülmektedir. Diğer bir yandan hasta katılım paylarının gereksiz talebi önlediği ve hastaların kendi sağlıkları üzerinde daha fazla sorumluluk almasını sağlayacağı da vurgulanabilir.

#### 4.4. SAĞLIKTA DÖNÜŞÜM PROGRAMININ AKILCI İLAÇ KULLANIMI ÜZERİNE ETKİLERİ

İçinde yaşadığımız yüzyılda ilaç kullanımı, sağlık hizmetleri sunumunun vazgeçilmez bir parçası haline gelmiştir. Tıbbi tedavi yöntemlerindeki gelişmeler ve ilaç devrimi sayesinde geniş halk kitlelerinin sağlık hizmetlerinden yararlanması, ilaçlara olan talebi ve dolayısıyla ilaç tüketimini hızla arttırmıştır. Ayrıca çevre kirliliği, sigara, alkol, sağlığa zararlı gıda maddesi tüketiminin artması ve stres gibi birçok olumsuz faktör, yeni hastalıkların ortaya çıkmasını kolaylaştırmış, bu durum da tüketim artışını tetiklemiştir.<sup>300</sup>

Akılcı ilaç kullanımı doğru tedavi yöntemi seçildikten sonra kullanılan ilacın, hastanın bireysel ihtiyacına uygun dozda, yeterli süre içinde ve en düşük maliyetle verilmesidir. Bu tanım DSÖ'nün 1985 yılında Nairobi'de yaptığı toplantıda "kişilerin klinik bulgularına ve bireysel özelliklerine göre uygun ilacı, uygun süre ve dozda, en düşük fiyata ve kolayca sağlayabilmeleri"<sup>301</sup> olarak tanımlanmıştır. Böylece hastaya uygulanan tedavinin başarısı için doğru teşhis yanında doğru tedavi ve uygun dozda ilaç kullanımı gerektiği görülmektedir. Bir başka deyişle, akılcı ilaç kullanımı süreci,

<sup>300</sup> Musa Özata, Şebnem Aslan, Mustafa Mete, "Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkileri: Hekimlerin Rasyonel İlaç Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi", II. International Patient Safety Congress, 25-29 Mart 2008, s.530

<sup>301</sup> WHO 2001, "How to Develop and Implement a National Drug Policy", Geneva, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2283e/s2283e.pdf> (10.05.2013)



öncelikle hastanın probleminin dikkatlice tanımlanmasını, etkinliği kanıtlanmış ve güvenilir bir tedavinin seçilmesini, bu seçime uygun ilaçların kullanımının ardından sonuçların izlenmesi ve değerlendirilmesini kapsamaktadır. Tüm bu süreçte, ilaç dışı tedavi seçeneklerinin dikkate alınması, ilaçların etkinliği, uygunluğu, güvenilirliği ve hem hasta hem toplum için düşük maliyetli olmasının yanı sıra, hastanın doğru bilgilendirilmesi ve katılımının sağlanması esastır.

İlaçların akılcı olmayan kullanımı hem gelişmiş, hem de gelişmekte olan ülkelerde ciddi tıbbi ve ekonomik sorun oluşturmaktadır.<sup>302</sup> İlacın ekonomik açıdan dikkat edilmesi gereken bir husus olması, hem ilacın kendisinin hem de hammaddelerinin çoğunun ithal yoluyla temin edilmesinden kaynaklanmaktadır. Nitekim “akılcı ilaç kullanımının teşvik edilmesi konusunda DSÖ önderliğinde çalışmalar yürütülmektedir.”<sup>303</sup> Birçok ülkede, DSÖ’nün önderliğinde, “Akılcı İlaç Kullanımı Programı” başlatılmıştır. 1994 yılında Dünya Sağlık Örgütü tarafından “Guide to Good Prescribing” adı altında yayınlanan kaynak, Ocak 2000 tarihinde Türkiye’de de T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından “İyi Reçete Yazma Kılavuzu” adıyla Türkçeye çevrilmiştir. Kılavuz, genel akılcı farmakoterapi ilkeleri doğrultusunda akılcı ilaç kullanımını da kapsamaktadır.

**Tablo 4-50: Akılcı Farmakoterapi Adımları**

	<b>Tedavi Basamağı</b>	<b>Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar</b>
<b>1. Adım</b>	Hastanın sorununu tanımlama	Belirtiler değil hastalık tedavi edilmelidir, belirtiler bir ilacın yan etkisine ya da anksiyeteye bağlı olabilir
<b>2. Adım</b>	Tedavi hedeflerini belirleme	Tedavi ile neyi amaçlıyorsunuz?
<b>3. Adım</b>	Tedavinin hasta için uygun olup olmadığını sorgula	İlaç dışı tedavi seçenekleri gözden geçirilmelidir.
<b>4. Adım</b>	Tedaviye başla	Tedavinin etkinlik ve güvenliğini değerlendir.
<b>5. Adım</b>	Gerekli bilgi, uyarı ve talimatları ver	Hastanın tedaviye uyumunu artırması açısından önemlidir.
<b>6. Adım</b>	Tedaviyi izle	Tedavi gerektiğinde gecikmeden sonlandırılmalıdır.

**Kaynak:** Alper İskit, “Akılcı İlaç Kullanımı”, Hacettepe Üniversitesi Sted Dergisi, Cilt:15, Sayı:7, 2006.s.4

<sup>302</sup> R.O. Laing, “Rational Drug Use: An Unsolved Problem”, Tropical Doctor 1990, 20: 101–103

<sup>303</sup> WHO 1987, “Rational Use of Drugs” World Health Organization Report of the Conference of Experts, Nairobi

DSÖ tahminlerine göre tüm ilaçların yarısından fazlası uygunsuz şekilde reçete edilmekte, dağıtılmakta ya da satılmaktadır.<sup>304</sup> Bu konuda dünyada ve Türkiye’de belli bir yol alınsa da ilaçların kullanım sorunları devam etmektedir. Örneğin; OECD ülkelerinde “sağlık giderleri içinde ilaca ayrılan pay, gereksiz yere giderek artmaktadır. 2000 yılında ilaç harcamaları toplam sağlık harcamalarının %25’ini oluştururken, günümüzde bu oran daha da artmıştır.”<sup>305</sup> Türkiye’de de “Sağlık Bakanlığı verileri dikkate alındığında, sağlık giderlerindeki ilaç harcamalarının oranının %60 ve bu oranın gelişmiş ülkelerinkinden 4 kat fazla olması, akılcı olmayan ilaç kullanımının mali boyutunu gözler önüne sermektedir.”<sup>306</sup>

İlaç tüketimini artıran en önemli faktör ilacın çeşitli nedenlerle israf edilmesidir: Doktorların teşhislerindeki yanlışlık, ilaç firmalarının pazarlama stratejilerindeki hatalı uygulamalar, etik olmayan ilişkiler, yapılan reklamların gereksiz kullanıma yol açması, ilaçların hastalar tarafından reçetesiz, bilinçsiz tüketilmesi ya da bitinceye kadar kullanılmaması gibi faktörler ilaç israfındaki en önemli belirleyicilerdir. Dolayısıyla akılcı ilaç kullanımının gerçekleşmesi, insanların, örgün ve yaygın olanaklar kullanılarak bilinçlendirilmeleri yanı sıra yasal önlemlerin alınması ve düzenlemelerin yapılmasına da bağlıdır. Devletçe belirlenen ilaç politikaları, akılcı kullanımı sağlama yönünde şekillendirilmelidir.

Akılcı ilaç kullanımında amaç, yanlış ilaç kullanımından kaynaklanan ekonomik yükün azaltılması ve hastalar üzerinde oluşabilecek biyolojik, fizyolojik ya da psikolojik zararların önlenilmesidir. Birçok hastaya uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi, hem daha pahalı ilaç kullanımını yaratmakta, hem tedavilerin etkinliğinin azalmasına yol açmakta hem de çeşitli ilaç etkileşimlerinin oluşması gibi hastaların ilaçların zararlı etkilerine maruz kalmalarına neden olmaktadır.

Sonuç olarak pek çok ülkede ilaç maliyetleri toplam sağlık bütçesinin büyük kısmını oluşturduğundan ve farmasötik ürünlerin dünya pazarındaki artışı, ilaç tüketimi ve ilaç harcamalarındaki artışı da beraberinde getirdiğinden, “ilaç tedavisinin etkili,

---

<sup>304</sup> Burç Aydın, Ayşe Gelal, “Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü” **DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt 26, Nisan 2012, s.57

<sup>305</sup> Hasan Basri Ulusoy, Tuncay Sumak, “Kayseri’de Pratisyen Hekimlere Verilen Groningen Modeli Akılcı İlaç Kullanımı Eğitiminin Değerlendirilmesi”, **Erciyes Tıp Dergisi**, 2011, 33(4), s.310

<sup>306</sup> Mustafa Şenol, “Koruyucu Hekimlik Açısından Dermatolojide Akılcı İlaç Kullanımı”, **Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics**, 2010, s.145

güvenli ve ekonomik biçimde uygulanmasına olanak tanıyan planlama, yürütme ve izleme süreci” olarak tanımlanan akılcı ilaç kullanımının önemi giderek artmaktadır. “İlaç yönetimi ve akılcı ilaç kullanımı ulusal ilaç politikası çerçevesinde ele alınmalıdır. Hükümetler, her şeyden önce, tüm nüfusun gereksinimlerini karşılayacak yeterli ve temel bir sağlık sisteminin varlığını sağlamak ve buna bağlı olarak belirli bir ulusal sağlık ve ilaç politikası oluşturmak zorundadır.”<sup>307</sup> Ancak bu süreç devletin olduğu kadar, ilaç endüstrisinin, başta hekim ve eczacılar olmak üzere sağlık personelinin ve toplumun akılcı davranmasını gerektirmektedir.

### 3.4.1. Devlet Yönünden Etkileri

Özellikle son 50 yıl içinde olmak üzere, eskiden tedavisi mümkün olmayan pek çok hastalığın tedavi edilebilir hale gelmesi, daha etkili ve güvenli olan yeni ilaç türlerinin geliştirilmesi, ilaç tüketiminde doğal bir artış beraberinde getirmiştir. Bu durum ilacın akılcı ve doğru seçiminin önemini artırmış ve akılcı ilaç kullanımı kavramı ortaya çıkmıştır.

Akılcı ilaç kullanımı kavramından; deney ve gözleme dayalı bilgi birikimi ile oluşturulmuş bir deneyimlilik durumu ve bunun, tıbbi tanı ve tedavi edici hekimlik süreçlerinde verimli ve etkili kullanımı anlaşılmaktadır.<sup>308</sup> Akılcı olmayan ilaç kullanımı denildiğinde ise, ihtiyaç yokken ilaç kullanımı, yanlış ilaç ve tedavi seçimi, etkisi şüpheli ilaçların kullanımı, ulaşılabilir, güvenli ve etkili ilaç sağlanmasında yetersizlik, doğru ilacı yanlış doz, süre ve formda kullanma konuları akla gelmektedir.<sup>309</sup>

Akılcı olmayan ilaç kullanımı sonucunda, “etkin ve güvenilir olmayan tedaviler; hastalıkların tekrarlaması ya da uzaması, ilaçların hastalara çeşitli zararlar verme riskinin artması, hastaların ilaç bağımlısı olması gibi psiko-sosyal etkilerinin”<sup>310</sup> yanı sıra yüksek ilaç harcamalarının sosyal güvenlik kurumlarına getirdiği ağır yük, konunun

<sup>307</sup> Aylin Acar, Selen Yeğenoğlu, “Akılcı İlaç Kullanımı Penceresinden Farmakoekonomi ve Hastane Formüllerleri”, **Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi**, 2005, s.207

<sup>308</sup> Nurettin Abacıoğlu, “Akılcı İlaç Kullanımı” **Üniversite ve Toplum Dergisi**, Aralık 2005, Cilt 5, Sayı 4, s. 251

<sup>309</sup> Özata, s.531

<sup>310</sup> WHO 2002, “**Promoting Rational Use of Medicines: Core Components**”, <http://apps.who.int/medicinedoes/pdf> (08.12.2012)

ekonomik boyutunu oluşturmakta, bu durum devleti çeşitli önlemler almaya yönlendirmektedir.

Bu noktada “akılcı ilaç kullanımı, hükümetlerin, çeşitli ulusal ve uluslararası örgütlerin son zamanlarda en çok üzerinde durdukları konulardan biridir. Bununla ilgili olarak çeşitli ülkelerde birçok çalışma ve araştırma yapılmaktadır. Yanlış, gereksiz, etkisiz ve yüksek maliyetli ilaç kullanımı bütün dünyada, özellikle de gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörünün en temel sorunlarından birisidir.”<sup>311</sup> Örneğin OECD ülkelerine bakıldığında, ilaç harcamasının toplam sağlık harcaması içindeki payı 2010 yılı itibarıyla “Norveç’te %7,3, Danimarka’da %7,4, Hollanda’da %9,5, Amerika’da %12,9, Almanya’da %14,8, Fransa’da %16,0, İtalya’da %17,2, Meksika’da %27,1, Yunanistan’da %24,8 ve Macaristan’da %33,6’dır. OECD ortalaması ise %16,3 civarındadır.”<sup>312</sup> Türkiye’de de sosyal güvenlik kurumlarının yaptığı harcamaların en büyük kısmını ilaç harcamaları oluşturmaktadır. Sağlık harcamasından ilaç harcaması için ayrılan pay, 2002 yılında %56,4 iken 2012 yılında ise %34,1’dir. Türkiye, ilaç üretiminden çok ilaç tüketiminin olduğu, hane başına ortalama 4,3 kutu ilacın düştüğü bir ülkedir. Türkiye’de her yıl akılcı olmayan ilaç kullanımına bağlı olarak büyük miktarda ilaç israf edilmektedir. 2006 yılında Ankara Ticaret Odası (ATO) tarafından hazırlanan “İlaçta İsraf” konulu rapora göre, ülkemizde eczanelerdeki ilaçların ortalama %7’si kullanım süresi dolduğu için çöpe atılmakta, evlerde ise ilaçların %60’ının kutusu dahi açılmadan kullanım tarihi sona ermektedir. Tüm bu çöpe giden ilacın maliyeti ise yaklaşık 500 milyon doları bulmaktadır.<sup>313</sup>

Dünya ölçeğinde bakıldığında ise 2006 yılında tüm dünyada ilaç harcamalarına ayrılan kaynak yaklaşık 850–900 milyar dolar’dır. 2010 yılı OECD ülkelerinde ise ilaç harcamalarının toplam sağlık harcamaları içindeki payının ortalama %16,3 olduğu görülmektedir. Bu rakamlar akılcı olmayan ilaç kullanımının yarattığı ekonomik sorun boyutunu göstermektedir: Yüksek ilaç harcamaları sosyal güvenlik kurumlarına ağır bir yük getirmektedir.

<sup>311</sup> Akıcı, Uğurlu, Gönüllü, Oktay, Kalaca, s.104

<sup>312</sup> OECD, “**OECD Health Data 2012**”, <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm> (20.04.2013)

<sup>313</sup> ATO (Ankara Ticaret Odası), “**İlaçta İsraf Raporu**”, 2006, <http://www.atonet.org.tr/turkce/bulten/=438> (20.04.2013)

Görüldüğü gibi ilaç harcamaları ülkelere göre değişiklik gösterse de, sağlık harcamalarının önemli bir bölümünü oluşturmaktadır. Bu anlamda son yıllarda kamu sektöründe tasarruf girişimleri gözlenmekte, devletler sağlık sigortası kurumları ve eczaneler yoluyla maliyeti düşürmeye yönelik çalışmalara yönelmektedirler. Bu önlemler arasında, “tedavi dozlarının süresinin kısaltılması, pahalı ve uzun süre kullanılan ilaçların kurum eczanelerinden verilmesi, katkı paylarının artırılması, fiyat ayarlamaları, referans ilaç kullanımı uygulaması, jenerik ilaç kullanımı ve akılcı ilaç kullanımı gibi uygulamalar yer almaktadır. Bu uygulamalardan en önemlisi ise akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılmasıdır.”<sup>314</sup>

Hastaya daha akılcı tedavi seçeneklerini sunmasının ötesinde, daha ucuz tedavi sağlamak gibi bir misyonu bulunan akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılmasında, “ucuz ilaç ile ucuz tedaviyi birbirinden ayırmak gerekir: Sadece ilaçların ucuzluğu göz önüne alınarak planlanan bir tedavi, kullanılan ilacın tedavide olası başarısızlığı nedeniyle tedavinin tekrarlanmasına ve sonuçta, daha pahalı bir tedavi yapılmasına neden olabilir.”<sup>315</sup> Buna karşın etkin ve güvenilir ilaçların kullanılması yoluyla “Ambalaj fiyatı” yerine “maliyet fiyatı”na dikkate almak, sağlık harcamalarında tasarruf sağlanması sonucunu doğuracaktır.

Akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılmasında diğer önemli bir uygulama Aile Hekimliği uygulamasıdır. “Sağlık alanında etkili gelişimin sağlanabilmesi, ancak iyi işleyen birinci basamak sağlık birimleri ile mümkün olacaktır.”<sup>316</sup>

Sonuç olarak ilaç giderlerinin gittikçe artması, temel sağlık hizmetleri, sağlık eğitimi, sağlık yatırımları ve rehabilitasyon gibi diğer sağlık kalemlerine ayrılan payın giderek düşmesi sonucunu beraberinde getirmekte, bu durum toplum ve ülke ekonomisini zarara uğratmaktadır.

### **3.4.2. İlaç Firmaları ve Eczacılar Üzerindeki Etkileri**

Akılcı ilaç kullanımı süreci, devletin, ilaç endüstrisinin başta hekim ve eczacılar olmak üzere sağlık personelinin ve toplumun akılcı davranmasını gerektirmektedir.<sup>317</sup>

---

<sup>314</sup> Özata, s.530

<sup>315</sup> Mehmet Melli, “Akılcı Antibiyotik Kullanımı”, T Klin J MedScience, **Farmakoloji Özel Dergisi**, 2(2), 2004

<sup>316</sup> Mehmet Baytemur, “Akılcı Antibiyotik Kullanımında Birinci Basamakta Sorunlar”, **ANKEM Dergisi**, 2005, 19 (Ek 2), s.182

Böylece ilaç kullanımına karar veren hekim, ilacı uygun şartlarda sağlayan eczacı ve tedavi uygulanan hasta akılcı ilaç kullanımında sorumluluk taşıyan taraflardır.

Tanı süreci ve uygun ilaç seçimi hekimin sorumluluğunda olduğundan, ilacın akılcı kullanımında ilk elden sorumlu olan da hekimdir: “Hastasının durumunu inceleyip tanı koyduktan sonra mevcut ilaçlar arasında en uygununu seçecek ve buna göre reçete yazacak olan sorumlu kişi hekim olduğundan, hekimin yükümlülüğü ve davranışı akılcı ilaç kullanımının birincil önemdeki ögesini oluşturur.”<sup>318</sup> Ancak hekim, eczacı ve hasta üçgeninde ilk basamağı hekim oluştururken, ikinci önemli basamakta eczacı yer almaktadır. Çünkü “ilacın yasal olarak temin edileceği tek mesleki-kamusal alan eczanedir. Eczanede ilaçlar, endikasyon alanlarına göre farklı farmakolojik sınıflamalar içerisinde hastaya sunulmaktadır. Bu sunum, sağlık otoritesinin onayı ile oluşturulmuş, temelde iki tür ilaç kategorisine dayalı olarak yapılmaktadır. Bunlar, hekim reçetesine bağlı olan ya da reçetesiz verilebilen ilaçlardır. Her iki kategoriye ait ilacın/ilaçların hastaya sunumu ve hastanın bilgilendirilmesi eczacıya ait bir sorumluluktur. Eczacı bu sorumluluğu ile akılcı ilaç kullanımında önemli bir görev üstlenmektedir.”<sup>319</sup> Bu anlamda eczacının rolünün en belirginleştiği nokta, reçetenin doğru okunması ve ilaçların zamanında verilmesi / hazırlanmasıdır. Bu adımı, hastanın yazılı-sözlü biçimde eğitilmesini kapsayan doğru iletişimin kurulması izlemektedir.

Akılcı ilaç kullanımında temel ilkeler, doğru endikasyon, doğru ilaç, doğru hasta, doğru bilgilendirme ve doğru takip olarak sıralanabilir. Bu sıralamada eczacı, genel anlamda ilacı hastaya sağlayan kişidir. Ancak hastaya ilaç sağlayan kişinin eğitilmiş veya eğitimsiz, çare dağıtan herhangi bir kişi olabileceği düşünüldüğünde bu tanımın yetersizliği karşımıza çıkmaktadır: “İlacı veren kişi eczacı, doktor, hemşire, veteriner, diğer sağlık personeli olabileceği gibi arkadaş, komşu, akraba, aktar, şifacı vs. olabilir. Kayıt dışı ilaç dağıtımının ayrıntısı maalesef bilinmemektedir.”<sup>320</sup> Dolayısıyla “akılcı ilaç kullanımı ilkeleri doğrultusunda eczacı, özel bir eğitim almış, ilacı hazırlama

---

<sup>317</sup> Gülbin Özçelikay, “Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma”, **Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi**, 30(2), 2001, s. 9

<sup>318</sup> Gülçin Yapıcı, Sezen Balıkçı, Özge Uğur, “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların İlaç Kullanımı Konusundaki Tutum ve Davranışları”, **Dicle Tıp Dergisi**, 2001, 38(4), s.459

<sup>319</sup> Abacıoğlu, “**Akılcı İlaç Kullanımı**”, s.4

<sup>320</sup> WHO 1987, “**World Health Organization Action Programme on Essential Drugs and International Network For the Rational Use of Drugs**”, Eğitim Programı, Nairobi, 1987

sanatını bilen ve ilaçları veren kişidir.”<sup>321</sup> Bu anlamda eczacı basit anlamıyla sadece ilacı temin eden kişi değil, ilaç sunumunu doğru şekilde yaparak ilacın güvenilir ve uygun kullanımının özendirilmesinden ve hastaya eğitim verilmesinden sorumlu kişidir.

Örneğin hasta ve ilaç takibinin yapılması aşamasında “ortaya çıkan etki, yan etki ve hastanın reçetesiz kullandığı ilaçlar konusunda eczacı sorumluluğu almalı; olabildiği kadar düzenli takip yapmalı; hatta gerektiğinde advers etki bildirimini yapmalıdır.”<sup>322</sup> Ayrıca hekimle işbirliği konusunda “bir reçetenin kontrolü veya bir sorunun çözümü için eczacı, hekimlerle iletişim ve işbirliği içinde olmalıdır.”<sup>323</sup> Son olarak hastalar genellikle eczacılarına inanıp güvendiklerinden, “eczacı, hastalara zaman zaman bireysel ya da gruplar halinde hasta eğitimi yaparak toplumu akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgilendirmelidir.”<sup>324</sup>

Tedaviye ilişkin etkilerin hasta üzerinde izlenmesi ve değerlendirilmesi hem hekim hem de eczacıya ait bir sorumluluktur. Ayrıca akılcı ilaç tedavisinde optimal koşulların gerçekleşmesini engelleyen bir diğer husus olarak ilaç endüstrisinin genel etkisi karşımıza çıkmaktadır. Bu etki özellikle ilaç promosyonu ile ilgili hususlarda öne çıkar. “İlacın hekim, eczacı ve diğer sağlık elemanlarına tanıtımı adına yapılacak taraflı, yetersiz ve yanlış bilgilendirme, bunu aşırı ve yasal olmayan promosyonla destekleme ve uygulamaya ilişkin sağlık ekibinden kaynaklanabilecek uygun olmayan talepler akılcı ilaç kullanım politikaları bakımından başlıca engeller olarak sayılmalıdır.”<sup>325</sup>

Akılcı ilaç kullanımında optimal koşulların sağlanmasını etkileyen rolün hekimden sonra eczacıya ait olduğu, diğer bir etkinin de ilaç endüstrisinin izlediği politikalardan kaynaklandığı vurgulanmaktadır. Bu optimizasyonun sağlanmasındaki diğer etkenler ise şöyle sıralanabilir:

- Temel ilaç listelerinin ve standart tanı ve tedavi kriterlerinin olmaması,
- İlaç ve eczacılık uygulamalarına ilişkin mevzuat yetersizliği,
- İlaç ruhsatlandırması,

<sup>321</sup> WHO 1987,

<sup>322</sup> Hale Zerrin Toklu, Meral Keyer Uysal, “**The Knowledge and Attitude of the Turkish Community Pharmacist Toward Pharmacovigilance in the Kadıköy District of İstanbul**”, Pharma World Science, 2008:30, s.556

<sup>323</sup> L. Z. Benet, “**Principles of Prescription Order Writing and Patient Compliance Instructions**”, Goodman&Gilman’s Pharmacological Basis of Therapeutics, 9.Baskı, 1996, s.1707

<sup>324</sup> WHO 1987, s.

<sup>325</sup> Abacıoğlu, “**Akılcı İlaç Kullanımı**”, s.4

- İlaçların etkili ve sürekli denetimi gibi düzenleme mekanizmalarında aksaklıklar,
- İlaç fiyatlandırma sistemi ve denetimindeki yetersizlik.

Sonuç olarak, akılcı olmayan ilaç kullanımı dünyada ve yurdumuzda ciddi bir tıbbi ve ekonomik sorundur. Tüm sağlık personeli içinde hasta ile iletişimin son basamağını oluşturan eczacılar, ilacın akılcı kullanımı açısından özel bir öneme sahiptir. İlaç firmaları ise özellikle ilacın hekim, eczacı ve diğer sağlık personeline tanıtımında etik davranma konusunda sorumluluk üstlenmelidir.

“Hekim tarafından bilinçli bir şekilde reçete edilen, eczacı tarafından uygun bir şekilde takdim edilen ve hasta tarafından da doğru bir şekilde kullanılan ilaçlar, minimum yan etki ile maksimum faydayı sağlamanın yanında, kişinin ve toplumun ekonomisini de olumlu yönde etkileyecektir.”<sup>326</sup>

### **3.4.3. Nihai Kullanıcılar Üzerindeki Etkileri**

Modern tıbbın esas hedefi sağlıklı insanların korunması olsa da, günümüzde sağlık hizmetlerinin çoğu hasta insanların ilaçlarla iyileştirilmesi şeklinde verilmektedir. Bu durum, ilaçların akılcı bir şekilde kullanımı sorununu beraberinde getirmekte, bu sorunun bir ayağını ilaçların doktorlarca yanlış seçilmesi, diğer ayağını ise hastalar tarafından doğru olarak kullanılmaması oluşturmaktadır. Her iki durumda da uygunsuz ilaç kullanımı, hem insan sağlığında ve ekolojik dengede bozulmalara, problemin önümüzdeki nesillere taşınmasına neden olmakta, hem de ekonomik kayıplara neden olmaktadır.

Akılcı ilaç kullanımının, hastaya doğru tanının konmasını, güvenilir tedavi seçeneğinin seçilmesini, uygun bir reçete yazılmasını ve hastaya açık bilgi ve talimatların verilmesini takip eden bir süreci ifade ettiği vurgulanmıştır. Akılcı olmayan ilaç kullanımının yaygın örnekleri ise şu şekilde sıralanabilir.<sup>327</sup>

- Hastalara gereksiz ilaç reçete edilmesi,
- Bir hasta için gereğinden fazla ilacın kullanılması (polifarmasi),
- Uygun olmayan antibiyotik kullanımı,

---

<sup>326</sup> Yapıcı, s.459

<sup>327</sup> Aydın ve Gelal, s.58



- Klinik kılavuzlara uygun olmayan ilaçların reçete edilmesi,
- Belirlenen ilaç tedavisine hastalar tarafından uyulmaması,
- Hastaların kendilerini reçetesiz satılan ilaçlarla tedavi etme çabaları.

Akılcı ilaç kullanımı sürecinde ilk elden sorumlu olan hekim ise de, hastanın davranış biçimi de tıbbi tedavi ve ilaç kullanımında önemli yer tutmaktadır. Bir tıbbi tedavinin başarılı olması için ilaçların düzenli bir şekilde kullanılması esastır. Akılcı ilaç kullanımında, ilacın hasta tarafından düzenli bir şekilde kullanılması kadar ilacın israf edilmemesi de bir başka boyutu oluşturmaktadır. “Türkiye’de ilaç kullanımında büyük israf yapıldığı günlük gözlemlerimizde izlenmektedir. Bu konuda hekimlerin gereksiz ilaç kullanımını yönlendirmelerinin yanı sıra hastaların ilaçlara hekim dışı yollarla kolayca ulaşmaları ve hastaların ilaçlarını düzenli kullanmamaları da rol oynamaktadır.”<sup>328</sup> Nitekim DSÖ’nün hazırladığı Doğru Reçeteleme Kılavuzu (Guide to Good Prescribing)’na göre tıbbi tedavinin başarısında önemli bir başka nokta ise alınmış olan ilaçların doğru ve düzenli olarak kullanılmalarıdır. Örneğin “hipertansiyon gibi sürekli tedavi gerektiren kronik bir hastalıkta hastaların ancak %30’u tedavilerinde ilaçlarını düzenli olarak kullandıklarını ifade etmişlerdir.”<sup>329</sup> Bu durum ilaçların doğru olarak kullanılmadığı gerçeğini ortaya koymaktadır. İlaçların düzenli kullanılmaması durumu, evlerde ilaç birikimine ve dolayısıyla israfına neden olmaktadır. Örneğin Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın 2006 yılında yapmış olduğu çalıştay sonrası yapılan açıklamada; Türkiye’de ilaç israfının büyük boyutlarda olduğu, ilacın sağlık harcamaları içinde büyük pay aldığı, sağlık sigorta sistemlerinin zaman zaman ilaç paralarını ödeyemeyecek durumlarda kaldığı, ilaçların reçete edilmesinde, kullanılmasında yaygın ve ciddi yanlışlıkların yapıldığı belirtilmiştir.<sup>330</sup>

Bu noktada doktorun reçete yazma alışkanlığı karşımıza çıkmaktadır. Bu alışkanlığı; “doktorun ve/veya hastanın yaşı, doktorun yaşadığı ülkenin ekonomik durumuna olan hassasiyeti, birçok ilacı aynı anda kullanarak sonuca gitme isteği, ilacı yazarken hastanın sağlık güvencesinin olup olmadığını göz önünde bulundurması”<sup>331</sup> gibi birçok faktör belirlemektedir. Doktorun reçete yazmasında belirleyici olan bir

<sup>328</sup> Osman Gökalp, Hakan Mollaoğlu, “Uygunsuz İlaç Kullanımı”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2003, 10 (2), s.17

<sup>329</sup> Gökalp, s.18

<sup>330</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı Sonuç Raporu**, 22–23 Aralık 2006, s.

<sup>331</sup> Turna, s.19

başka nokta ise hastaların muayeneden sonra ilaç yazılması beklentisidir. Bu durum, doktoru istemese de ilaç yazmaya zorlamaktadır.<sup>332</sup>

Diğer taraftan hekimlerin reçeteleme davranışını etkileyen başka faktörler de vardır. Bunlar, ilaç firmalarının tanıtım faaliyetleri, bu faaliyetlerde promosyon yoluyla hekim üzerinde baskı oluşması, hastaların belirli ilaçların yazılması için hekimden talepte bulunması, yetkili otoritelerce getirilen maliyet sınırlamaları, hekimin genel tıp bilgi ve deneyimine ek olarak, o ilaçla ilgili yeterli ve güncel bilgiye sahip olması gibi faktörlerdir. Bu faktörlerin bir kısmı hekimler üzerinde olumlu etkiye sahipken, bir kısmı ise akılcı olmayan reçetelemeye ve sonuçta akılcı olmayan ilaç kullanımına neden olmaktadır.

Tüm bu faktörler değerlendirildiğinde hekimin, etkinlik, güvenilirlik, maliyet açısından en uygun ilaç seçimini yapmasının ardından hastanın da hastalığı ve tedavisi hakkında bilgilendirilmesi, kullanacağı ilacın etkisi, yan etkisi, kullanım talimatı ile ilgili uyarılması ve anlatılanların anlaşıldığından emin olunmasının akılcı ilaç kullanımının basamaklarından biri olduğu görülmektedir. “Hekimin hastaya ayırdığı sınırlı süre içinde, anlattıklarının hasta tarafından doğru ve eksiksiz anlaşıldığından emin olması gerekir. Özellikle yaşlı hastalarda işitme, görme, algılama ve hafıza eksikliklerine bağlı uyum problemi nedeniyle bu konu üzerinde hekimlerin titizlikle durmaları gerekmektedir.”<sup>333</sup> Hastaların kendilerine anlatılan tedaviyi doğru anlamaları, akılcı ilaç kullanımı ilkelerine göre son derece önemlidir. Aksi halde tedavinin başarılı olma olasılığı azalacaktır. Bir başka konu, hastalar tarafından doktor kontrolünde olmadan yanlış ilaç kullanımınıdır. Örneğin, “isabetsiz antibiyotik kullanımı, hastanın tedavi edilememesine ve hastanın antibiyotiğin yan etkisine maruz kalmasına neden olmaktadır. Yanlış ilaç kullanımının getireceği ekonomik yükün büyüklüğünden daha önemli tehlike dirençli mikroorganizmaların artmasıdır.”<sup>334</sup>

---

<sup>332</sup>Mustafa Demirkıran, Bayram Şahin, “Hekimlerin Reçete Yazma Davranışlarının İncelenmesi: Viral Tonsillofarenjit Hastalığına İlişkin Yazılı Hasta Olgusu Örneği”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Sayı 4, s.22

<sup>333</sup>Pınar Akan, Deniz Erdinçler, Vecdet Tezcan, Tanju Değer, “Yaşlılarda İlaç Kullanımı”, **Geriatric Dergisi**, 1999, 2(1), s.33

<sup>334</sup>Oğuz Kayaalp, **Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Antibiyotikler ve Diğer Kemoterapötikler**, 9.Baskı, Hacettepe TAŞ, Ankara, 2000, s. 175

İlaç kullanımında son belirleyicinin hasta kararı ve uygulamaları olduğu görülmekte; hekimin reçeteye yazdığı ilaçları alıp almamaya, ilaçların ne dozda ve ne zaman alınacağına uyup uymamaya, ne zaman bırakılacağına hasta karar vermektedir. Oysa ilaç tedavisinde başarının birinci koşulu, önerilen ilacın doğru olarak kullanılmasıdır. “Hastaların yaklaşık yarısı ilaçları doğru kullanmamakta, dünya nüfusunun üçte biri ise temel ilaçlara erişememektedir.”<sup>335</sup> Oysa akılcı ilaç tüketiminde topluma düşen sorumluluk ilaçların akılcı tüketimidir. Hasta, ilacın herhangi bir tüketim maddesi olmaktan çok sağlık açısından özel öneme sahip bir ürün olduğunu bilmelidir.

Akıllı İlaç Kullanımı için yapılması gerekenler genel olarak şu şekilde sıralanabilir:

1. Hekim için doğru tanının oluşacağı koşulların sağlanması,
2. İlaç sınıflamalarının yapılması,
3. Eczacıların hastaya yeterli – uygun bilgiler verebilmesi için meslek içi eğitimler düzenlenmesi,
4. Yeni mezun bir hekimin reçete yazım sürecinde sahip olması gereken bilgi ve beceriler doğrultusunda eğitim alması,
5. Eczanelerden kontrolsüz-reçetesiz ilaç alımının önlenmesi,
6. Sağlık personeli için mesleki gelişim- hizmet içi eğitim programlarının uygulanması.

Nitekim akılcı ilaç kullanımının yaygınlaştırılması için DSÖ tarafından çeşitli önerilerde bulunulmuştur. Bunlar; ilaç kullanım politikalarının koordinasyonu için farklı disiplinlerden oluşan bir kurumun kurulması, klinik kılavuzların hazırlanması, temel ilaç listesinin oluşturulması, hastanelerde ilaç komitelerinin kurulması, mezuniyet öncesi tıp fakültesi müfredatında probleme dayalı farmakoterapi eğitimine yer verilmesi, idare, denetim ve geri bildirim sisteminin kurulması, ilaçlara dair tarafsız bilginin temin edilmesi, halkın ilaçlar hakkında eğitilmesi, uygun olmayan finansal

---

<sup>335</sup> WHO 2005, “Antimicrobial Resistance: A threat to Global Health Security. Rational Use of Medicines by Prescribers and Patients”,

teşviklerin önlenmesi, ilaçların ve personelin sürekli mevcudiyeti için gerekli harcamaların hükümetçe yapılması şeklinde sıralanabilir.<sup>336</sup>

Akılcı ilaç kullanımına dair benzer öneriler 2006 yılında gerçekleştirilen Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı'nda da dile getirilmiştir. Buna göre AİK eğitiminin, doğru tutum ve davranışların gelişmesinde özel bir yeri vardır. İlacın hastaya ve topluma ulaştırılmasında görev alan tüm sağlık çalışanları ile hastalar ve toplum akılcı ilaç kullanımı konusunda bilgilendirilmelidir. Bilgilendirme ve eğitim, kişinin konumuna uygun, yaygın ve sürekli olmalıdır.<sup>337</sup>

Bu doğrultuda SDP çerçevesinde Türkiye'de akılcı ilaç kullanımı ile ilgili olarak yapılanlar şu şekilde sıralanabilir:

1. Düzenleyici kurum olarak “Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu”nun kurulması önerilmiş ve 2011 yılı Kasım ayında kurulmuştur.
2. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü bünyesinde 2010 yılında Akılcı İlaç Kullanımı Şube Müdürlüğü kurulmuş ve çalışmalarına başlamıştır.
3. “Uzaktan Eğitim Yöntemiyle Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi”ne yönelik bir Avrupa Birliği Hayat Boyu Öğrenme Programı Projesi gerçekleştirilmiş ve pilot çalışmaları tamamlanmıştır.<sup>338</sup>
4. Reçeteye tabi ilaçların sadece reçete ile temin edilebileceği, “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik” ile açıkça belirtilmiştir.<sup>339</sup>
5. Sağlık Bakanlığı tarafından “İlaç Takip Sistemi”ne ve kare kod uygulamasına 2010 yılı başı itibariyle geçilmiştir. Sistemin amaçları, “sahte ilaçlardan ve sahte ambalajlardan korunma, politika oluşturmaya esas olarak veri oluşturma” olarak ifade edilmiştir.
6. Sağlık Bakanlığı tarafından “Hastane Hizmet Kalite Standartları; Akılcı İlaç Kullanımı ile ilgili Kılavuz” yayınlanmıştır.

---

<sup>336</sup> Aydın ve Gelal, s. 59

<sup>337</sup> T.C. Sağlık Bakanlığı, “Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı Sonuç Raporu”, 2007

<sup>338</sup> Ayşegül Gençoğlu, *Uzaktan Eğitim Yöntemiyle Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi*, 21. Ulusal Farmakoloji Kongresi, Kongre Kitabı, 2011, s.24

<sup>339</sup> 17 Şubat 2005 tarihli ve 25.730 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanmıştır.

7. 2011 yılı Ekim ayında yayınlanan yönetmelik ile ilaçların tanıtımına yönelik faaliyetler ve tanıtım faaliyetlerinde uyulması gereken kurallar belirlenmiştir.
8. Sağlık Bakanlığı-Türk Farmakoloji Derneği (TFD) işbirliğiyle desteklenen süreç sonunda, TFD tarafından 2007 yılında yapılan anket sonucuna göre, Türkiye'deki tıp fakültesi farmakoloji anabilim dallarının % 70,3'ünde akılcı ilaç kullanımı eğitiminin verildiği görülmektedir.<sup>340</sup>
9. 2012 yılında SGK çok sık hastaneye giden aileleri belirleyerek, 8 milyon kişiye MR çektirmenin zararları ve ilaçların yan etkileri anlatılmaktadır.<sup>341</sup> Ayrıca Kurum, aşırı ilaç kullanımının zararlarını anlatmak için broşürler, afişler hazırlamıştır. Bilinçli ilaç kullanımını teşvik için özel ve kamu hastanelerinde kullanılmak üzere ilaç ve tedavi rehberi hazırlanmıştır. Doktorlar güncel ilaçların yer aldığı bu rehberlerin dışında ilaç yazamayacak. Böylece sürekli aynı firmanın ilacının yazılması engellenmesi sağlanmaya çalışılmaktadır.

Sonuç olarak “akılcı ilaç kullanımı konusunda dünyada ve ona paralel olarak Türkiye’de belli bir yol alınsa da ilaçların kullanım sorunları devam etmektedir. Akılcı ilaç kullanımı bilincinin aşılması için örgün ve yaygın eğitim olanakları kullanılmaya ve geliştirilmeye devam edilmelidir. Eğitim sürekli ve gerçek hayata uygun olmalıdır. Eğitim yanında, gerekli idari düzenlemeler yapılmalıdır. İlaç politikaları bu yönde şekillendirilmelidir.”<sup>342</sup>

---

<sup>340</sup> Ahmet Akıcı, Ayşe Gelal, Aydın Erenmemişoğlu, Mehmet Melli, Melih Babaoğlu, Sule Oktay, “Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Uygulama Sürecinde Türkiye’deki Tıp Fakültelerinde Farmakoloji Anabilim Dallarının Durumunun İncelenmesi” **Tıp Eğitimi Dünyası**, 2011; 29: 11-20.

<sup>341</sup> <http://ekonomi.haber7.com/sosyal-guvenlik/haber/928022-sgkdan-8-milyon-kisiye-ilac-dersi> (12.07.2013)

<sup>342</sup> Aydın ve Gelal, s.62

#### 4. SONUÇ

Sağlıkta sürdürülebilirlik kavramı, kamu sağlık harcamalarının mali açıdan başarılı bir şekilde yönetilmesi ve sağlıkta toplumsal ilerleme sağlanırken sektörün tüm paydaşlarının lehine, bütünsel bir bakış açısıyla dengenin sağlanmasını ifade etmektedir. Politika belirleyicilerin bu uğurda göz önünde bulundurmaları gereken kritik unsur, mevcut kısıtlı kaynaklarla toplumun tabanına yayılmış bir sağlık talebinin belirli kalite standartları çerçevesinde karşılanmasıdır. Kalite standardının belirli bir düzeyde sağlanması ise finansal kaynakların verimli kullanılmasını ve gereksiz talebin kontrolünün sağlanmasını gerektirmektedir. Bu gereklilik, Türkiye gibi sağlık harcamalarının önemli ölçüde zorunlu genel sağlık sigortası tarafından yapıldığı sistemlerde kamuyu sağlık alanında çeşitli düzenlemeler yapmaya itmektedir. Bu düzenlemeler zaman zaman reform niteliği taşımaktadır.

Türkiye’de sağlıkta reform, 1990 yılından itibaren gündeme gelmiştir. Bu reform çalışmaları Dünya Bankası reform önerileri ile benzerlik göstermektedir. Mayıs 1987’de çıkarılan 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası’nın içeriğinin, aynı yıl Dünya Bankası tarafından yayınlanan “Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı” belgesinde sağlık sektörünün sorunlarına çözüm olarak gösterilen öneriler ile uyumlu olduğu görülmektedir. 3359 sayılı yasada yer alan “gerektiğinde hizmet satın alınarak nitelikli hizmet sunumu” ya da “kamu kurum ve kuruluşlarına ait tüm sağlık kuruluşlarının kendi gelirleri ile giderlerini karşılayan sağlık işletmeleri olmaları” gibi yenilikler, Dünya Bankası’nın “hükümetin sağlık hizmetlerini yerinden yönetime kaydırması” ya da “özel sektörün teknik ve finansman açıdan desteklenmesi” gibi önerileri ile örtüşmektedir.

Benzer öneriler Dünya Bankası’nın 1989’da yayınladığı “Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” metninde de görülmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde hükümetlerin bütçelerinin çoğunu hastanelere harcadığı, bu sorunun, hastane hizmetlerinde kullanıcı ücretinin yükseltilecek azaltılabileceği, daha kalıcı çözümün ise hastanelerin yönetsel ve finansal olarak hükümet vesayetinden ayrılması olduğu belirtilmiştir.

Türkiye’de yaşanan sağlıkta reform çalışmaları 1990 yılından sonra ivme kazanmıştır. 1990 yılında Dünya Bankası yardımıyla 1. Sağlık projesi gerçekleştirilmiş, 1992 yılında 1. Ulusal Sağlık Kongresi, 1993’te 2. Ulusal Sağlık Kongresi toplanmış, 1994 yılında ise 2. Sağlık Projesi gerçekleştirilmiştir.

Son reform programı olarak tezimizin konusunu oluşturan ilaç sektörü paydaşları üzerindeki etkilerini incelediğimiz Sağlıkta Dönüşüm Programı ise yine Dünya Bankası’nın 2003 yılında yayınladığı “Türkiye: Daha İyi Erişim ve Etkinlik İçin Sağlık Sektörü Raporu” ile hem zamanlama hem içerik olarak örtüşmektedir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın bileşenlerinden; planlayıcı ve denetleyici bir Sağlık Bakanlığı, herkesi tek çatı altında toplayan bir Genel Sağlık Sigortası, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve Aile Hekimliği ile idari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri, Dünya Bankası’nın da önerdiği sağlık reformu yöntemleri arasında yer almaktadır.

Bu anlamda SDP, neo-liberal piyasa dinamikleri ekseninde sağlık alanının yeniden yapılandırılması olarak görülebilir. Bu yapılandırmanın temel adımları, Türkiye gibi diğer birçok ülkede Dünya Bankası ve IMF gibi kurumların reform talepleri doğrultusunda hazırlanan eylem planları ile ortaklık göstermektedir. Hantal ve verimsiz kamu tarafından üretilen mal ve hizmetlere karşı serbest piyasa mekanizmasının daha etkin ve verimli olduğu savına dayanan neo-liberalizm yaklaşımına göre, ekonomik aktörler ve işletmeler arasında artan rekabet sonucunda, mal ve hizmetler daha kaliteli ve daha ucuza mal edilecektir. Bu politikanın temel bileşenleri, devletin hizmet sunumunun kısıtlanması ve devletin, özel sektörün piyasaya girişini teşvik edecek uygulamaları hayata geçirmesidir.

Sağlık alanını yeniden düzenleme amacıyla uygulamaya konan programların temel gerekçesi, bir yandan kamu sağlık harcamalarının karşılanması mümkün olmayan bir düzeye ulaştığı, diğer yandan sağlık hizmetlerinin kalitesinin düşük ve verimsiz olduğudur. Bu gerekçeler Türkiye’de uygulanmaya konulan SDP’nin de temel gerekçeleridir. Gerçekten de, 1960’larda yürürlüğe giren sosyalizasyon projesinin kamusal otoritenin de etkisiyle başarısız olduğu, kamu sağlık birimlerinin teknik donanım açısından fakirleştiği, kamu sağlık çalışanlarının – özellikle yarı zamanlı

çalışmanın da etkisiyle- düşük motivasyonla çalıştığı, kamu sağlık birimlerinde “bıçak parası” vb. adı altında enformel ödemelerin olduğu bir sağlık ortamından söz edilebilir.

Kamu sağlık sektörünün verimsiz ve niteliksiz olması tespitine karşı SDP ile önerilen çözümler, hizmet sunumu ile finansmanın ayrıştırılarak hizmet satın alma ve hastanelerin özerkleştirilmesi ve devletin, sağlık alanında düzenleyici ve denetleyici görev üstlenmesi şeklindedir. Bu anlayış dünyadaki küresel dönüşüm ile uyumludur.

Böylece Dünya Bankası desteğiyle 2003 yılında uygulanmaya başlanan Sağlıkta Dönüşüm Programı ile amaçlanan; sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir şekilde sunulması, sağlık giderlerine karşı etkin mali koruma sağlayarak finansal olarak sürdürülebilir bir sistemin kurulmasıdır. Bu amaçla yola çıkan programın temel bileşenleri, Sağlık Bakanlığı'nın planlayıcı ve denetleyici nitelik kazanması, genel sağlık sigortasının oluşturulması, sağlık hizmetinin yaygın ve erişilebilir olması, güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri, sağlık işletmelerinin idari ve mali özerkliğe sahip olması, akılcı ilaç kullanımının sağlanması ve sağlık bilgi sistemi/veri tabanı oluşturulmasıdır.

Sağlık Bakanlığı'nın SDP ile temel hedefi, halkın sağlık düzeyini yükseltecek, maliyetleri düşürecek ve ihtiyaçları ölçüsünde sağlık hizmetlerine ulaşan insanların güçleri oranında sağlık finansmanına katkı yapacakları bir sistemi oluşturmaktır. Programa göre Sağlık Bakanlığı sadece organizasyon, koordinasyon, yol gösterici, takip edici ve politika üretici bir rol üstlenecektir.

SDP uygulamaları sonucunda Türkiye'de sağlık hizmetlerine erişimin kolaylaşması ile sağlık harcamalarında ciddi artış görülmüştür. Bu artış kişi başı GSYH'daki artışa paralel gerçekleşse de uluslararası finans kurumlarının Türkiye sağlık harcamalarının seyrinden duydukları rahatsızlık bu artışın ivmesi ile ilişkilidir. SDP sonrasında sağlık harcamalarının kompozisyonunda, kişi başı kamu sağlık harcamalarının payı artarken, aynı dönemde kişi başı özel sağlık harcamaların payı ise kamu harcamalarındaki bu artışın üzerinde gerçekleşmiştir. (Bkz. Tablo 4-21)

Uluslararası bağlamda, Türkiye, toplam sağlık harcamalarının GSYH'daki payı açısından bakıldığında üst-orta gelirli ülkeler arasında yer almakta; bu pay 2010 yılında



% 6,7 ile OECD ülkeleri ortalamasının altında bulunmaktadır. Toplam sağlık harcamalarının dağılımı değerlendirildiğinde, Türkiye'deki sağlık harcamalarında kamunun payının %75,2 (2010) ile OECD ortalamasının (%72,2) üstünde olduğu görülmektedir.

Türkiye'de GSYH'nın yaklaşık % 6'sı sağlık harcamalarına ayrılmaktadır. Bu harcama düzeyi, benzer kişi başı GSYH'ya sahip ülkelerle uyumlu ise de, sağlık harcaması içeriğinde bazı problemlerin varlığından söz edilmelidir. Halkın SDP sonrası sağlık hizmetlerinden memnuniyetinin artışındaki temel neden, koruyucu sağlık hizmetlerinden çok tedaviye ve ilaca yönelik hizmete önem verilmesidir. Bu durum, aynı zamanda hizmetlerde ve bu hizmetlerin finansmanında verimlilik tartışmasını da beraberinde getirmektedir. Hastane harcamalarının büyük bir bölümünün yatan hastalar yerine ayakta hastalar için yapılması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi ve etkili bir sevk sistemi kurulması ihtiyacını göstermektedir. Harcamaların esas olarak tedaviye ve ilaca yönelmesi, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine verilen önem sorununu karşımıza çıkarmaktadır. Sağlık göstergeleri üzerinde asıl olumlu etki yaratan ve uzun vadede temel sağlık göstergelerinde iyileşmenin sürdürülebilirliğini sağlayan, koruyucu ve temel sağlık hizmetlerine verilen önem ve bu doğrultuda bütçeden ayrılan paydır. Bu hizmetlere verilen önem, ekonomik yükü daha fazla olan yataklı tedaviye ihtiyacı azaltarak, temel sağlık göstergelerinin iyileşmesine katkı sağlayacaktır. Türkiye, bebek ölüm oranı, anne ölüm oranı, ortalama yaşam süresi, hastanede gerçekleşen doğum oranı gibi temel sağlık göstergeleri açısından büyük ilerlemeler kaydetmiş, OECD ortalamasına yakınlaşmış, hatta aşılama alanında bu ortalamayı geçmiştir. Ancak aşılama dışındaki göstergelerdeki iyileşmeler toplam sağlık harcamalarındaki artış ve kişi başı ulusal gelir düzeyi ile karşılaştırıldığında yetersiz kalmaktadır. Nitekim Aile Hekimliği sisteminde koruyucu sağlık hizmetlerinin sadece sağlık kurumuna gelenlerle sınırlı olması ve sağlık çalışanları açısından performans ücreti sağlamayan tıbbi uygulamaların sorumluluk alanında görülmemesi algısı gibi sorunlar koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin sunumunu zorlaştıran sebepler olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık alanını daha çok verimlilik, maliyet, performans ücretlendirmesi vb. iktisadi kavramlar ekseninde biçimlendiren ve önceliği tıbbi müdahale olarak kavrayan

bu yaklaşım, sağlığın sosyo-ekonomik ve kültürel bileşenlerini göz ardı etmektedir. Sağlık, toplumdaki gelir dağılımlı, yoksulluk, işsizlik gibi yapısal sorunlarla birlikte ele alınması gereken çok boyutlu bir kavramdır.

Türkiye'deki sağlık hizmeti sunumundaki en büyük problemlerden biri OECD ortalamasının çok gerisinde olan hekim ve hemşire sayısıdır. SDP ile bu açığın giderilmesi için doktorların tam süreli çalışmaya geçmeleri sağlanmıştır. Hastanedeki uzman hekimler içinde tam süreli çalışmaya geçenlerin oranında ciddi artış olmuş, 1995 yılında % 7 olan tam süreli hekim oranı, 2010'da % 92'ye yükselmiştir. Ancak halk sağlığı adına olumlu olan bu geleişme, performans creti üzerinden gerçekleşmiştir. Performansa Dayalı deme Sistemi, zel sektörün doktorlara uyguladığı yüksek ücret politikasına karşılık kamu sektöründeki yetersiz sağlık personeli sorununu gidermek amacıyla getirilmiştir. Bu sistemde doktorların özel muayenehane işletmelerinin azaltılması amaçlanmaktadır.

Kamunun zel sağlık sektöründen hizmet satın alması sağlık harcamalarının artışının bir nedeni olarak görülmektedir. SDP sonrasında 500'e yakın özel hastane açılmıştır. Hasta muayene ve tedavisinde özel hastanelerin payı kamu karşısında belirgin bir biçimde büyümüştür. Özel hastanelerin toplam hastaneler içindeki payı üçte bir olmasına rağmen, ağır tıp teknolojisinin yarısı özel hastanelerde-dir. Bu durum teknolojinin ve tıbbi işlemlerin gereksiz kullanılması sorusunu gündeme getirmektedir. Teknoloji yatırımı ve kullanımı açısından hiçbir sınırlama mevcut değildir.

SDP ile daha önceki sistemde var olan sosyal güvenlik kurumları SGK olarak tek çatı altında toplanarak toplumun tümünü sosyal güvenlik kapsamına alması amaçlanan GSS (Genel Sağlık Sigortası) sistemi getirilmiştir. Ancak GSS çerçevesinde sağlık hakkından yararlanmak için prim ödenmesi gerekmektedir. Geçici istihdam, düşük ücret, mevsimlik ve düzensiz gelir, tarımda kendi hesabına çalışma nedeniyle prim ödeyemeyen ya da geliri olmamasına rağmen gayrimenkul sahibi olma nedeniyle primi devlet tarafından karşılanmayan kesimin sağlık hizmetlerinden yararlanmaması bir sosyal sorun olacaktır.

SDP sonrası SGK sağlık harcamaları bileşenlerinde tedavi harcamalarının payı yükselirken, ilaç harcamalarının payı gerilemiştir. Kamu sigortalarının tek çatı altında

toplanması ve ilaç piyasasındaki tek alıcı haline gelmesiyle, ilaç harcamalarında verimlilik sağlanmış, reel ilaç kutu maliyeti azalmıştır. Ancak ilaç harcamalarının payındaki gerileme, ilaca erişimin artmasına rağmen birim maliyetteki azalmadan kaynaklanmaktadır. SDP sonrasında sağlık hizmetlerine ve dolayısıyla ilaca erişimin artmasıyla, ilaç kutu sayısında ciddi artışa rağmen (1995'ten 2002'ye 1.24 katlık artışa karşılık, 2002'den 2010'a 2,22 katlık artış) ilaç harcaması, referans fiyat uygulaması, ilaç fiyatlarında % 80'e varan düşüşler, KDV oranında indirim, en ucuz eşdeğer ilacın % 15 fazlasına kadar olanların ödenmesi kuralı gibi alınan bazı önlemlerle baskılanabilmiştir. (İlaç harcamasında 1995'ten 2002'ye 2.70 katlık artışa karşılık, 2002'den 2010'a 1.21 katlık artış).

Öte yandan sağlık harcamalarının büyük bir kısmını ayakta tedavi harcamalarının oluşturması, bu tedavinin temel unsurunun da ilaç olması, Türkiye'nin sağlık harcamalarının yarısından fazlasını (% 56,2) ilaca ayırması sonucunu yaratmaktadır. Yıllardır süre gelen bu durum aynı zamanda sağlık harcamaları için ayrılan kaynakların etkin kullanılıp kullanılmadığı sorusunu beraberinde getirmektedir. Türkiye'nin sağlık harcamalarının büyük bir kısmını oluşturan ilaç harcamalarının incelenmesi, her yıl yüksek miktarlarda gerçekleşen ilaç harcamalarının altında yatan nedenlerin araştırılması gerekmektedir. Bu noktada Türkiye'nin sağlık ekonomisinde yararlanabileceği bir veri tabanının oluşturulması ihtiyacı gündeme gelmektedir. Bu veri tabanı yoluyla hastalığın yaygınlığı, tedavi yöntemleri, alınan sonuçlar, uygulanan tedavilerin yararlılık oranlarının ölçümü gibi istatistiki bilgilere güncel ve sağlıklı bir şekilde ulaşılmasına ihtiyaç vardır. Bu veri tabanı sistematik ve herkes tarafından erişilebilir olmalıdır. Günümüzde, çoğu veriye erişim mümkün olmamakla birlikte, bir kısım bilgi güncelliğini yitirmiştir ya da hiç bulunmamaktadır. Örneğin OECD Sağlık Hesapları Sistemi'ne göre hazırlanan Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları çalışması 1999-2000 yıllarını kapsamaktadır. Buna karşılık 2000 yılından bu yana DPT, TÜİK, Sağlık Bakanlığı, SGK gibi farklı kurumlar tarafından farklı sağlık parametreleri dikkate alınmıştır. Dolayısıyla bugün için 2000 yılı verileri ile yapılan bir değerlendirme gerçeği yansıtmayacaktır; oysa sağlık risklerin asgariye indirilmesi gereken bir alandır.

Öte yandan Türkiye, konumu itibariyle ilaç üretiminde önemli bir ihracat üssü olma potansiyeline sahiptir ancak ilaç ihracatındaki artışa ve ihracatın ithalatı karşılama oranına bakıldığında (2012’de %6,2) birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeden geride bulunduğu görülmektedir. Dış ticaret dengesi için önemli bir etken, üretime girdi teşkil eden hammadde ve etken madde tedarikiğidir. Türkiye’nin hammadde ve etken madde ithalatı toplam ilaç ithalatının % 25’ini oluşturduğundan, hammaddede yerel üretimle ithalata bağımlılık azaltılabilecektir. Ayrıca ilaç sektörü açısından eşdeğer ilaçların ruhsatlandırma sürecinin hızlandırılması ve bu ilaçların geri ödeme listesine alınması; hem temel formüller için ithalata bağımlılığın azaltılmasına yardımcı olacak, hem de eşdeğer ilaç kullanımının teşvik edilmesi ilaç harcamalarını azaltacaktır. Akılcı ilaç kullanımının artırılması da ilaç harcamalarının azaltılmasında en önemli konuların başında gelmektedir.

Yukarıda bahsedilen olumsuz seyreden dış ticaret dengesinin düzeltilmesinde, ilaç sektörünün hammadde üretimine yatırım yapması ve Ar-Ge faaliyetleri önem kazanmaktadır. Türkiye’de orta ve düşük teknoloji üretim yapılması ve yüksek teknoloji ilaçların ithal edilmesi ilaç sektöründe dış ticaret açığına neden olmaktadır. Ar-Ge faaliyetleri kapsamında Türkiye’de klinik araştırmalar yapılmakta ancak temel araştırmalar sınırlı kalmaktadır.

SDP’nin ilaç firmaları ve eczacılar üzerindeki etkileri incelendiğinde, programın uygulanmaya başlandığı 2004 yılından bu yana yaşanan mevzuat değişimleri ya da devletin fiyat ve pazara müdahalelerinin ilaç sektörü üzerinde olumsuz etkileri olduğu görülmektedir: İthalat artışı- referans fiyat- kur farkı üçgeninde konu ele alındığında; ilaç ithalatında yaşanan artış yerli üretimin sürdürülebilirliği için tehdit oluşturmakta, Türkiye, 2000 yılından bu yana daha fazla ithal ilaç tüketmekte olduğundan, 2004’te uygulanmaya başlanan referans fiyatlandırma sistemi ilaç firmaları üzerinde kur baskısı oluşturmaktadır.

İlaç firmalarını etkileyen diğer bir konu, kamu ilaç maliyetlerini kontrol altına almak amacıyla gerçekleştirilen fiyat düşüşleri ve kamu ıskontolarıdır. Bu durum, ilaç firmaları ve diğer sektör paydaşları açısından bakıldığında, son yıllarda daha fazla miktarda ilaç arzedilmesine rağmen, cironun kısıtlı olması sonucunu doğurmaktadır.

İlaçlarda oluşan fiyat düşüşleri ve uygulanan iskontolar eczacıların karını etkileyen uygulamaların başında gelmektedir. Tüm Eczacı İşverenler Sendikasının (TEİS) yayınladığı araştırma sonucuna göre, 2010-2013 döneminde eczacılar enflasyon karşısında % 24 gelir kaybı yaşamıştır. Gelir kaybı yaşanmasının diğer bir nedeni, eczanelerin hasılatlarına göre kademelendirilmesi ve iskonto oranlarının bu sınıflandırmaya göre belirlenmesidir. SDP ile 2004 yılında uygulamaya konulan ilaç fiyat kararname ile kademeli eczacı kar oranı uygulamasına geçilmiştir. Kararname sonrası oluşan ilaç fiyatlarındaki düşüşler ile eczacıların karlılıklarında da düşüşler olmuştur.

Türkiye’de sağlık alanındaki reform süreci 1990’dan bu yana gündemde olup 2003 yılında SDP uygulanmaya başlanmıştır. Öngörülen reformlar gerçekleştirildikçe ortaya çıkan yeni şartlara göre revize edilmeye devam edilecektir. Sağlık reformu ile ortaya çıkacak değişimlerin, sağlık hizmetlerine erişimi, hizmetlerde kaliteyi, finansal risklerden korunmayı, etkinlik ve verimliliği geliştirmesi beklenir. Ancak sağlık bir mal ve hizmet alanı olarak kamu malı olma ve sosyal boyutuyla, piyasadaki diğer mal ve hizmet alanlarından farklı özellikler taşımaktadır. Türkiye’de bugüne kadar gerçekleştirilen reform sürecinde en önemli eksiklik bu değişimlerin etkilerini ortaya koyan ampirik çalışmaların olmaması olarak ifade edilebilir. Mevcut çalışmalar, bugüne kadar yapılan değişimlerin sağlık hizmetlerinin kullanımını ve sağlık harcamalarını arttırdığını göstermektedir. Ancak bu artışın ne kadarının bugüne kadar karşılanmamış sağlık ihtiyaçlarının ortaya çıkmasından kaynaklandığı ne kadarının gereksiz kullanımdan kaynaklandığı konusunda veri bulunmamaktadır. Sağlık reformunun başarılı olması, yapılan reformların etkilerinin analizi ve bu analiz sonucunda yapılacak olan değişikliklere bağlıdır.

Sonuç olarak, Türkiye’de uygulamaya konan SDP, ilk planda sağlık birimlerinin tek çatı altında toplanarak sağlığa erişimde eşitsizliğin ortadan kaldırılması, hekimlerin tam zamanlı çalışmalarının sağlanması, özel sağlık kurumlarına ve eczanelere başvuru hakkının tanınması, yeşil kartlı hastaların ayakta tedavi masraflarının karşılanmaya başlanması ve 18 yaş altı nüfusun hiçbir ayırım gözetmeden devlet güvencesinde sigorta kapsamına alınması gibi toplumun geniş kesimlerinin tıbbi bakım ihtiyaçlarına yanıt veren olumlu uygulamalarıyla toplumsal destek bulmuştur.

Ancak bütün sağlık kuruluşlarını sigorta kapsamında olan herkese aarak hiyerarşik yapılanmayı ozen bu olumlu politikanın sürdürülebilirliği tartişma konusudur. Sistem, katkı payı ve prim ödemeye dayandığından, sağlık hizmetlerine erişimde katkı payları ve oranlarını artıran bir yönelim içinde olunacağı, ileri sürülmektedir. Geçiş döneminde politik kabul edilebilirlik ve anlamsız muhalefet oluşturmamak adına cömert davranılması gerçeklikten uzak değildir. Programın birey ve toplum sağlığı açısından neden olacağı olumsuz sonuçları zaman içinde Őekillenecektir.

Sağlık hizmeti ertelenemez acil bir ihtiyaç olduğundan, en önemli lt ücretsiz, ulaşılabilir ve nitelikli olmasıdır. SDP ile artan oranda özel sağlık birimlerine kaynak aktarım rekabete açılan bir sektörün verim ve kalitesinin otomatik olarak yükseleceği öngörüsüne dayansa da, özel sektörün gereksiz işlemlere yöneldiği ve ayrılan bu maliyetle, her yıl her ilde bir hastane aılabileceği Şeklinde değerlendirmelere yol açmaktadır.

SDP, yurttaşların tümüne asgari de olsa bir sağlık güvencesi tanımlamayı hedeflemiş ancak topluma yönelik koruyucu ve sağlığı geliştirici sağlık hizmetleri yerine tıbbi tedaviyi öncelemiştir. Türkiye, nüfus özellikleri ve kaynaklarıyla iyi bir pazar ve uygulama alanı olsa da, sağlık bir sermaye birikim alanı olarak görülmemelidir. Devlet sorumluluğu, sadece hastalıkların tedavisi için bir sistem kurmak ve denetlemek değil, hizmet sunumunun ücretsiz, nitelikli ve eşit bir Şekilde koruyucu sağlık hizmetleri ile birlikte sunulmasını sağlamak olmalıdır.

## EKLER

**Ek Tablo 1**

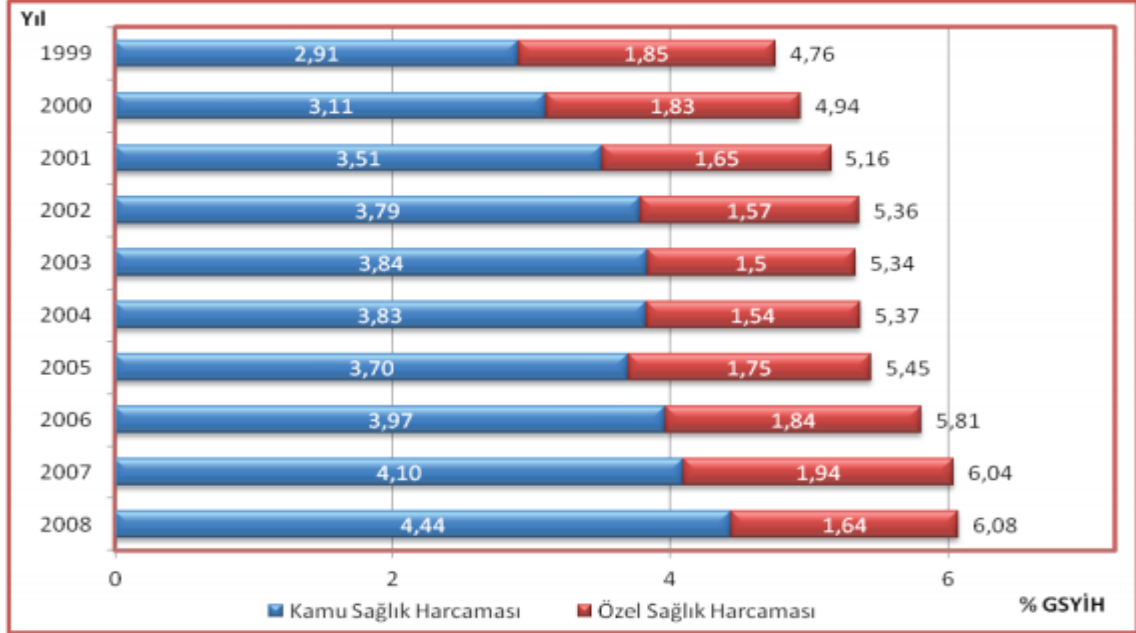
Yıllara Göre Cari, Yatırım ve Toplam Sağlık Harcaması, Türkiye

Yıllar	GSYİH	GSYİH	Cari Sağlık Harcaması	Cari Sağlık Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)	Yatırım Harcaması	Yatırım Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)	Toplam Sağlık Harcaması (Cari+ Yatırım)	Toplam Sağlık Harcamasının GSYİH'a Oranı (%)
1999	Milyon TL	104.596	4.786	4,6	199	0,2	4.985	4,8
	Milyon ABD \$	261.489	11.965		497,5		12.463	
	Milyon SGP ABD \$	522.980	23.930		995		24.925	
2000	Milyon TL	166.658	7.888	4,7	360	0,2	8.248	4,9
	Milyon ABD \$	277.763	13.147		600		13.747	
	Milyon SGP ABD \$	555.527	26.293		1.200		27.493	
2001	Milyon TL	240.224	12.086	5	310	0,1	12.396	5,2
	Milyon ABD \$	200.187	10.072		258		10.330	
	Milyon SGP ABD \$	600.560	30.215		775		30.990	
2002	Milyon TL	350.476	18.331	5,2	443	0,1	18.774	5,4
	Milyon ABD \$	233.651	12.221		295		12.516	
	Milyon SGP ABD \$	584.127	30.552		738		31.290	
2003	Milyon TL	454.781	23.676	5,2	603	0,1	24.279	5,3
	Milyon ABD \$	303.187	15.784		402		16.186	
	Milyon SGP ABD \$	568.476	29.595		754		30.349	
2004	Milyon TL	559.033	28.616	5,1	1.405	0,3	30.021	5,4
	Milyon ABD \$	399.309	20.440		1.004		21.444	
	Milyon SGP ABD \$	698.791	35.770		1.756		37.526	
2005	Milyon TL	648.932	33.292	5,1	2.067	0,3	35.359	5,4
	Milyon ABD \$	499.178	25.609		1.590		27.199	
	Milyon SGP ABD \$	811.165	41.615		2.584		44.199	
2006	Milyon TL	758.391	40.949	5,4	3.120	0,4	44.069	5,8
	Milyon ABD \$	541.708	29.249		2.229		31.478	
	Milyon SGP ABD \$	947.988	51.186		3.900		55.086	
2007	Milyon TL	843.178	46.495	5,5	4.409	0,5	50.904	6
	Milyon ABD \$	648.599	35.765		3.392		39.157	
	Milyon SGP ABD \$	936.865	51.661		4.899		56.560	
2008	Milyon TL	950.534	52.320	5,5	5.420	0,6	57.740	6,1
	Milyon ABD \$	731.180	40.246		4.169		44.415	
	Milyon SGP ABD \$	1.056.149	58.133		6.022		64.156	

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011", Yayın No:885, 2012, s.145

**Ek Tablo 2**

Yıllara Göre Kamu ve Özel Sağlık Harcamasının GSYİH İçindeki Payı, (%), Türkiye

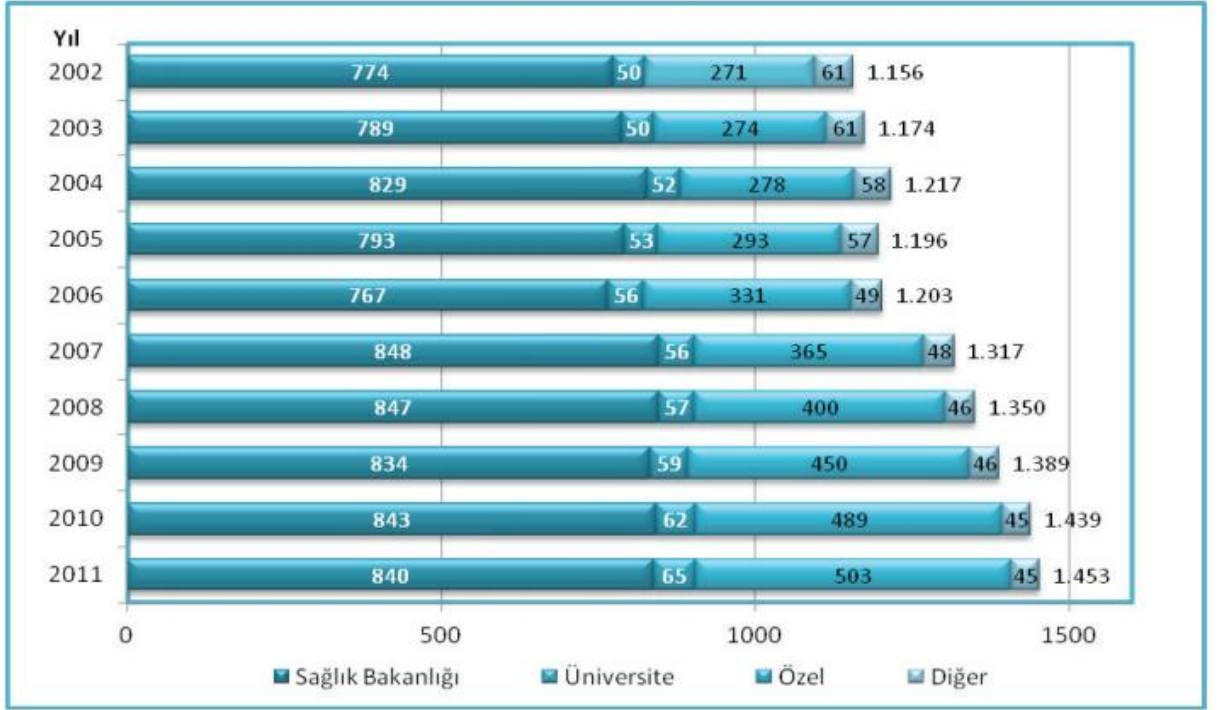


**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, "Sağlık İstatistikleri Yılı 2011", Yayın No:885, 2012, s.145



### Ek Tablo 3

Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, Türkiye



Yıllara ve Dallara Göre Hastane Sayıları, Türkiye

Dallar	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Genel Hastane	987	1.001	1.050	1.025	1.032	1.140	1.171	1.219	1.266	1.304
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	64	65	62	70	71	73	74	63	63	50
Göz Hastalıkları Hastanesi	8	8	8	9	10	15	18	24	26	25
Göğüs Hastalıkları Hastanesi	28	27	27	24	23	22	22	19	18	17
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri	15	16	15	14	14	13	12	12	14	14
Psikiyatri Hastanesi	9	9	9	9	10	10	11	12	12	11
Diş Hastanesi	1	3	3	3	3	4	3	5	5	8
Çocuk Hastalıkları Hastanesi	9	9	10	10	10	10	8	6	7	6
Kalp Damar Cerrahisi Merkezleri	6	6	6	6	6	6	7	11	11	6
Onkoloji Hastanesi	5	6	6	6	4	4	4	5	5	4
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Meslek Hastalıkları Hastanesi	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	7	6	5	5	5	5	5	3	2	1
Lepra Hastanesi	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1
Zührevi Hastalıklar Hastanesi	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1
Diyabet Hastanesi	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0
Kardiyoloji Hastanesi	5	6	5	4	5	5	5	1	1	0
<b>Toplam</b>	<b>1.156</b>	<b>1.174</b>	<b>1.217</b>	<b>1.196</b>	<b>1.203</b>	<b>1.317</b>	<b>1.350</b>	<b>1.389</b>	<b>1.439</b>	<b>1.453</b>

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, "Sağlık İstatistikleri Yılı 2011", Yayın No:885, 2012, s.63

#### Ek Tablo 4

Yıllara ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı, Türkiye



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011", Yayın No:885, 2012, s.64

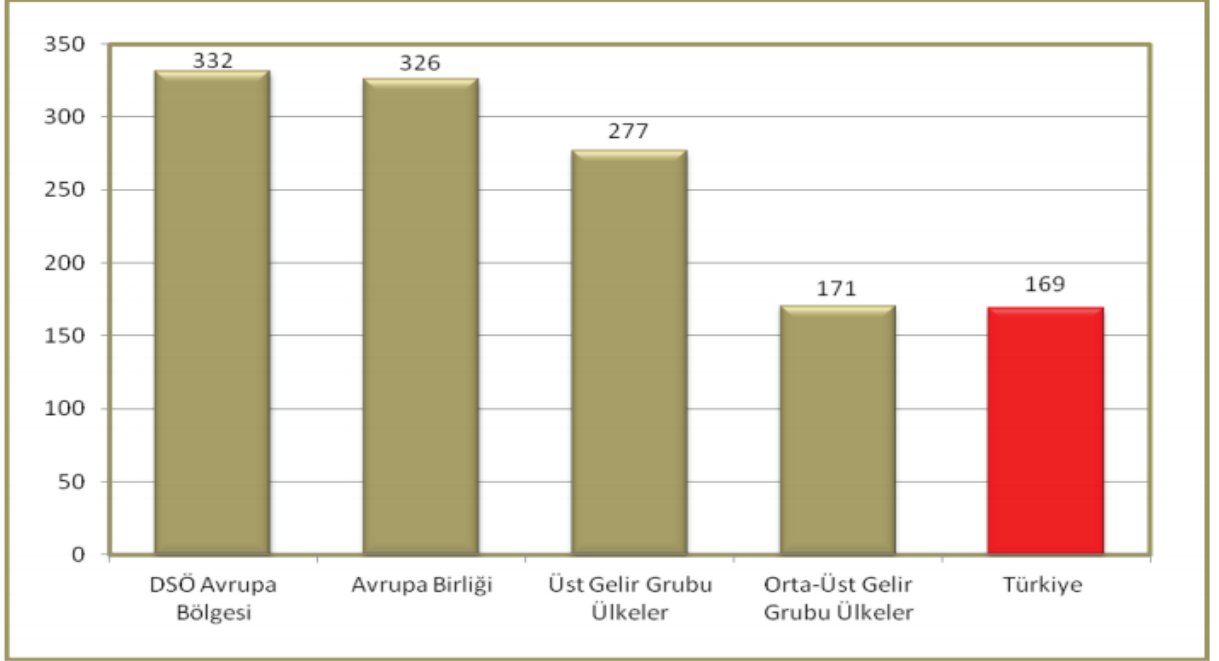
**Ek Tablo 5**

	Milyon TL		%	% Artış		GSYH'ya Oranları (%)	
	Toplam Bütçe Giderleri	Yeşil Kart Hariç Bütçe	Yeşil Kart/SB Bütçesi	Toplam Bütçe Giderleri	Yeşil Kart Hariç Bütçe	Toplam Bütçe Giderleri	Yeşil Kart Hariç Bütçe
<b>2000</b>	1.140	973	14,5	-	-	0,68	0,56
<b>2001</b>	1.822	1.572	13,7	59,9	61,5	0,76	0,65
<b>2002</b>	3.039	2.502	17,7	66,8	59,2	0,87	0,71
<b>2003</b>	3.674	3.042	17,2	20,9	21,6	0,81	0,67
<b>2004</b>	4.461	3.703	17,0	21,4	21,7	0,80	0,56
<b>2005</b>	5.769	4.961	26,7	51,7	34,0	1,04	0,76
<b>2006</b>	8.536	5.525	34,1	26,1	13,4	1,13	0,74
<b>2007</b>	10.390	6.476	37,7	21,7	15,1	1,23	0,77
<b>2008</b>	11.995	7.964	33,6	15,4	23,0	1,26	0,84
<b>2009</b>	14.596	9.090	37,7	21,7	14,1	1,54	0,96
<b>2010</b>	13.942	9.339	33,0	-4,5	2,7	1,36	0,91

**Kaynak:** Hakan Yılmaz, “2010 yılının Sağlık Bütçesi Açısından Görünümü ve Kamu Sağlık Harcamalarına Karşılaştırmalı Bir Bakış”, Sağ-Sen Dergisi, 2: 4–11, 2010, s.7

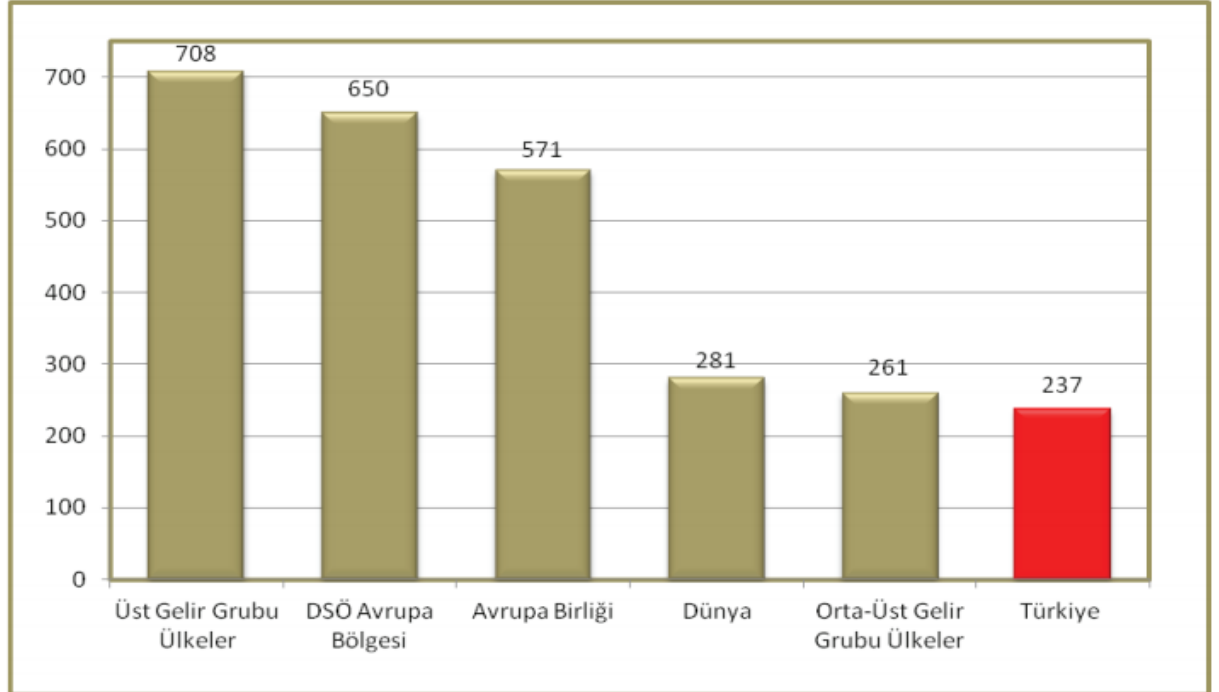
**Ek Tablo 6**

**100.000 Kişiyeye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslar arası Karşılaştırması, 2010**



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011", Yayın No:885, 2012, s.123

**100.000 Kişiyeye Düşen Hemşire ve Ebe Sayısının Uluslar arası Karşılaştırması, 2010**



**Not:** Türkiye verileri 2011 yılına aittir.

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı, "Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2011", Yayın No:885, 2012, s.123,128

**Ek Tablo 7**

<b>Ülkeler</b>	<b>İlaç Tüketimi Milyon ABD Doları</b>	<b>GSYH Milyon ABD Doları</b>	<b>İlaç Tüketiminin GSYH'ya Oranı</b>
<b>Türkiye</b>	14.035	657.091	2,1
<b>Japonya</b>	65.200	4.376.705	1,5
<b>ABD</b>	181.560	13.811.200	1,3
<b>Rusya</b>	16.483	1.291.011	1,2
<b>Brezilya</b>	15.700	1.314.170	1,2
<b>Meksika</b>	11.100	893.364	1,2

**Kaynak:** Emine Baran, “Türkiye’de Sosyalleştirme’den “Sağlıkta Dönüşüm”e Sağlık Harcamaları Ve Mevzuatı”, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Doktora Tezi, 2009, s.179

## Ek Tablo 8

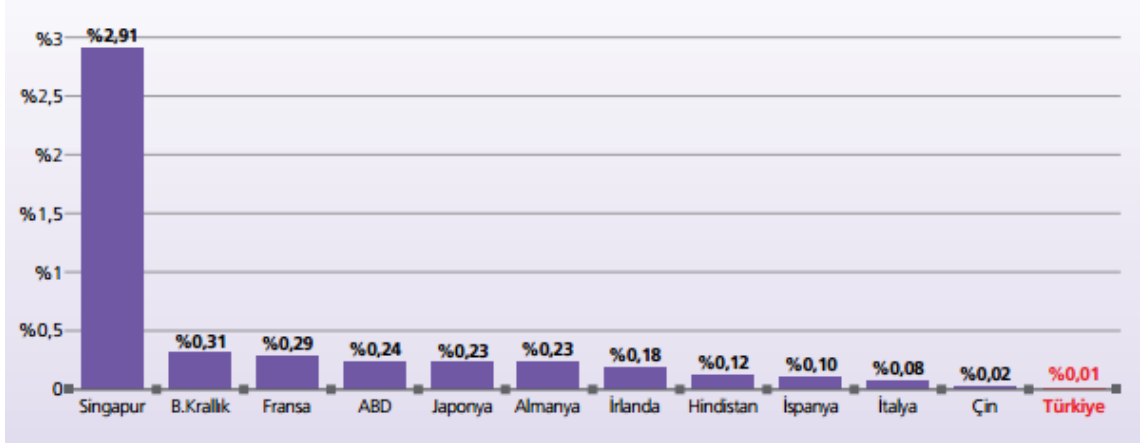
### Eczanelerin 2008- 2009 Yılı Karşılaştırmalı Hasılat Tablosu

İskonto Oranı	2008		2009		% (Hasılat)
	Eczane Sayısı	Toplam Hasılat	Eczane Sayısı	Toplam Hasılat	
0	1.504	319.199.716	1.058	224.233.936	-29,75
1	1.457	676.685.961	1.382	653.332.392	-3,45
1,5	919	669.024.900	1.110	814.280.537	21,71
2,5	735	1.232.731.992	1.110	1.870.244.365	51,72
<b>Toplam</b>	<b>4.615</b>	<b>2.897.642.570</b>	<b>4.660</b>	<b>3.562.091.233</b>	<b>22,93</b>

**Kaynak:** İstanbul Eczacı Odası, "Eczanelerde Gelir Dağılımının Düzenlenmesi", Mart 2010, s.3

## Ek Tablo 9

### İlaç Ar-Ge Harcamasının GSYİH İçindeki Payı , 2010



**Kaynak:** AİFD, “Türkiye’de İlaç Vizyon 2023 Raporu”, 2012, s.37

## Ek Tablo 10

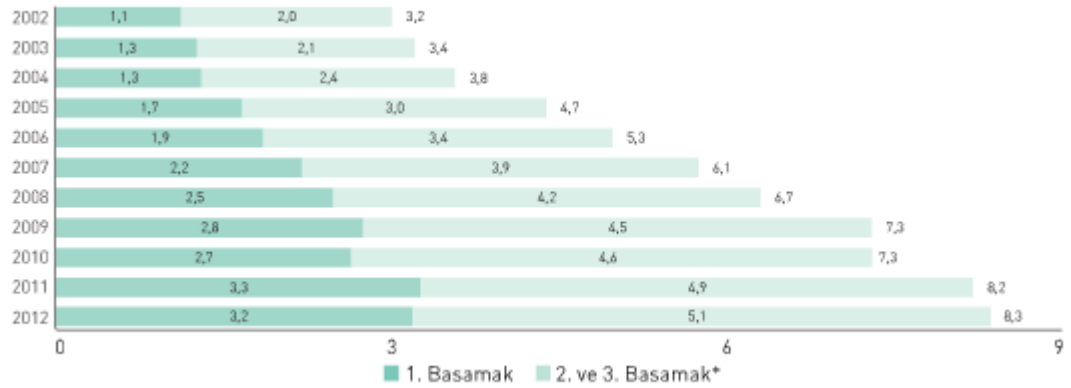
### Sağlık Hizmet Kuruluşları Sayısı (2012)

HİZMET VEREN SAĞLIK KURULUŞLARI	2012
Hastane Sayısı	844
Ağız Diş Sağlığı Merkezi/Hastanesi	129
Semt Polikliniği	148
Aile Sağlığı Merkezi	6.717
Toplum Sağlığı Merkezi	957
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi	189
Verem Savaş Dispanseri	179
Sağlık Evi (Aktif Çalışan)	5.695
112 Acil Yardım İstasyonu	1.863
Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	124
Sıtma Savaş Birimi	39
Halk Sağlığı Laboratuvarı	83
Hava Limanı Sağlık Denetleme Merkezi	10
Sahil Sağlık Denetleme Merkezi (Aktif Çalışan)	350

**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2012 Yılı Faaliyet Raporu,s.19

## Ek Tablo 11

### Türkiye’de Yıllara Göre Sağlık Kuruluşunda Kişi Başı Hekime Müracaat Sayısı



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, 2012 Yılı Faaliyet Raporu,s.96



## KAYNAKÇA

- Abacıoğlu Nurettin, “Akılcı İlaç Kullanımı” **Üniversite ve Toplum Dergisi**, Aralık 2005,Cilt 5, Sayı 4, s.531
- Abacıoğlu Nurettin, **Türkiye İlaç Sanayi**, İTO, Yayın No:2009–41, İstanbul,2010
- Acar Aylin, Yeğenoğlu Selen, “Akılcı İlaç Kullanımı Penceresinden Farmakoekonomi ve Hastane Formüllerleri”, **Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi**, 2005, s.207
- AİFD, “**İyi Klinik Uygulamaları**”, [http:// aifd.org.tr](http://aifd.org.tr), 2007
- AİFD, “**Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu**”, 2012, [http://www.aifd.org.tr/PDF/2023\\_Rapor/2023\\_strat.pdf](http://www.aifd.org.tr/PDF/2023_Rapor/2023_strat.pdf) (10.05.2013)
- Akalın M. Akif, **Toplumcu Tıp**, 1.Basım, Yazılama Yayıncılık, İstanbul, 2010
- Akan Hamdi, “Akılcı Antibiyotik Kullanımı ve Türk Hematoloji Derneği”, **Ankem Dergisi**, 2006, Sayı 20(1)
- Akan Pınar, Erdinçler Deniz, Tezcan Vecdet, Beğer Tanju, “Yaşlılarda İlaç Kullanımı”, **Geriatri Dergisi**, 1999, 2(1)
- Akar Çetin, Özalp Hüseyin, **Sağlık Hizmetlerinde Yönetim**, Songür Eğitim Hizmetleri Yayını, Ankara, Eylül 2002
- Akdağ Recep, **Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2010
- Akdağ Recep, Aydın Sabahattin, Demirel Hüseyin, **İlerleme Raporu Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, 2008
- Akdağ Recep, Sağlık Bakanlığı 2010 Mali Yılı Bütçesinin TBMM Plan ve Bütçe Komisyonuna Sunumu, 23.11.2010
- Akdur Recep, **Halk Sağlığı**, Antip Aş Tıp Kitapları ve Bilimsel Yayınları, No:26, Ankara, 1998

Akdur Recep, **Türkiye Cumhuriyeti'nin 75. Yılında Sağlık Politikaları**, Türkiye Bilimler Akademisi, Ankara, 1999

Akıcı Ahmet, Gelal Ayşe, Erenmemişoğlu Aydın, Melli Mehmet, Babaoğlu Melih, Oktay Şule. "Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi Uygulama Sürecinde Türkiye'deki Tıp Fakültelerinde Farmakoloji Anabilim Dallarının Durumunun İncelenmesi" **Tıp Eğitimi Dünyası**, 2011; 29: 11-20.

Akın Cemil Serhat, "Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları", Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, 2007

Akın Güler, **Halk Sağlığı, Temel Bilgiler**, Hacettepe Üniversitesi Yayınları, Ankara, 2006

Aktan Can, Saran Ulvi, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi**, İstanbul: Aura Yayınları, 2007

Altay A., "Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", **Sayıştay Dergisi**, 2007, Sayı 64

Arslanhan Selin, "Artan Sağlık Harcamaları Temel Sağlık Göstergelerini Nasıl Etkiliyor?" **Türkiye Ekonomi Politikaları Araştırma Vakfı**, Temmuz 2010, s.6

Atabey Selin Ertürk, **Sağlık Sistemleri ve Sağlık Politikası**, Gazi Kitabevi, Ankara, 2012,

Ateş Metin, **Sağlık Sistemleri**, Beta Yayın, 1.Baskı, 2011

ATO, "**İlaçta İsrar Raporu**", 2006, <http://www.atonet.org.tr/turkce/bulten/=438> (20.04.2013)

Aydın Burç, Gelal Ayşe, "Akılcı İlaç Kullanımı: Yaygınlaştırılması ve Tıp Eğitiminin Rolü" **DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi**, Cilt 26, Nisan 2012, s.57

Aydın Özlem, "**Dar Alanda Kısa Paslaşmalar**", *Marketing Türkiye*, [http://www.ieis.org.tr/yeni\\_site/ÖZELHABER/marketingturkey.asp](http://www.ieis.org.tr/yeni_site/ÖZELHABER/marketingturkey.asp), (10.03.2006)

Balcı Asım, **Kamu Hizmetleri ve Yeniden Yönetim: Sağlık Hizmet Sunumunun Yeniden Yapılandırılması**, Atlas Yayın, İstanbul, 2005

Baran Doğan, **İyi Laboratuvar Uygulamaları Kılavuzu**, Ankara: Sağlık Bakanlığı İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Yayını, Sayı:8863, 1995

Baran Emine, Türkiye’de Sosyalleştirme’den “Sağlıkta Dönüşüm’e Sağlık Harcamaları Ve Mevzuatı, Ankara Üniversitesi, **Doktora Tezi**, 2009

Batirel Ömer Faruk, “Sağlık Hizmetleri ve Politikası”, **Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt:3, Sayı:3, İstanbul, 1986, s.171

Baytemur Mehmet, “Akılcı Antibiyotik Kullanımında Birinci Basamakta Sorunlar”, **ANKEM Dergisi**, 2005, 19 (Ek 2)

Belek İlker, “Hastane Mülkiyet Durumu İle Kaba Ölüm Hızının İlişkisi: Hangisi Daha Başarılı? Kamu Hastaneleri mi? Özel Hastaneler mi?”, **Toplum ve Hekim**, Cilt:13, Sayı:1, Ocak-Şubat 1998, s.23

Belek İlker, “Küba’da Sağlık ve Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Ocak-Şubat 2003, Cilt 18, Sayı 1, s.21

Belek İlker, **Sağlığın Politik Ekonomisi**, Yazılama Yayıncılık, İstanbul,2009

Belek İlker, **Sağlıkta Dönüşüm**, Yazılama Yayıncılık, İstanbul,2011

Belgenet, “**AKP İktidarının "Acil Eylem Planı"**”.  
[http://www.belgenet.com/eko/acileylem\\_161102.html](http://www.belgenet.com/eko/acileylem_161102.html) (30.12.2009)

Benet L. Z., “**Principles of Prescription Order Writing and Patient Compliance Instructions**”, Goodman&Gilman’s Pharmacological Basis of Therapeutics, 9.Baskı, 1996

Bilişim Yayıncılık, “**İlaç Sektörünün Dünü, Bugünü, Yarını**”  
[<http://www.bilesim.com.tr>].(15.07.2005)

Bocutoğlu Ersan, Berber Metin, Çelik Kenan, **İktisada Giriş**, Akademi Yayıncılık, Trabzon, 2000

Bostan Sedat, “Sağlıkta Dönüşüm Programı’ nın Hastane işletmeleri Üzerindeki Değişim Etkisi”, **Doktora Tezi**, Trabzon,2009

Budak Fatih, Özer Özlem, “İşçi ve İşveren Sigortalarının Genel Sağlık Sigortası Uygulamalarına Yönelik Bilgi ve Görüşleri: Türkiye Örneği”, **Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi**, Sayı: 5, 2012, s.49

Buharalı Can, “**Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Ekonomisi**”, Deloitte Raporu, 2008

Celayir Cengiz, İlaç Sanayicileri Derneği Başkanı, 28.10.2010 tarihli röportaj,

Çalışkan Zafer, “Referans Fiyat ve İlaç Piyasası”, **Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 11, Sayı 1, 2008, s.51

Çalışkan Zafer, “Sağlık Ekonomisi; Kavramsal Bir Yaklaşım”, **H.U. İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, Cilt: 26, Sayı: 2, 2008, s.34

Çelik Yusuf, “Türkiye Sağlık Harcamalarının Analizi ve Sağlık Harcama Düzeyinin Uygunluğunun Değerlendirilmesi”, **Sosyal Güvenlik Dergisi**, Haziran 2011, Cilt 1, Sayı 1,s.66

ÇINAR Hasibe, **Türkiye’de İlaç Sanayinin Bugünü ve Avrupa Topluluğu ile İlişkiler Çerçevesinde Gelişimi**, Ankara: DPT, Mayıs 1993, 140

Çilingiroğlu Ayhan, “**Transfer of Technology for Pharmaceutical Shemicals**”, OECD, 1975

Danzon Patricia, “**Reference Pricing: Theory and Evidence**”, Health Policy, 2001

Deloitte Raporu, “**Dünya’da ve Türkiye’de İlaç Sektörü**”, 2009

Deloitte Raporu, “**Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli İçin Yol Haritası ve Süreç Yönetimi**”, 2012

Deloitte, “**Türkiye’de Sağlık Sektörü Raporu**”, 2010

Deloitte, “**Türkiye’de ve Dünya’da İlaç Sanayi Gelişme Potansiyelleri**”, 2009

Demir Müslim, “Toplumun Vergiye Karşı Tutum ve Davranışlarını Etkileyen Faktörler”, **Akademik Bakış Dergisi**, Ekim-Kasım-Aralık, 2009, Sayı:18, s.2

Demirkıran Mustafa, Şahin Bayram, “Hekimlerin Reçete Yazma Davranışlarının İncelenmesi: Viral Tonsillofarenjit Hastalığına İlişkin Yazılı Hasta Olgusu Örneği”, **Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi**, Sayı 4, s.22

Dever Alan, “**Community Health Analysis: A Holistic Approach**”, Marlyland: Aspen Systems Corporation, 1980

DPT, “**İlaç Sanayi Özel İhtisas Komisyonu Raporu**”, DPT Yayın, Ankara Nu.2540, 2001

Düğer İsmail Hakkı, **İktisada Giriş**, Üniversite Kitapevi, Kütahya, 1996

Dürrü Zerrin, “OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması”, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, 2012

Economic Intelligence Unit, 2009, <http://www.eiu.com/>(08.07.2010)

Erkmen Timur, **Sağlık Hizmetlerinde Verimlilik Kavramı Üzerine Deneme**, DPT Yayınları, Ankara, 1973

Ertek Tümay, **İktisada Giriş**, Beta Yayın, 2008

Facts on Health Insurance Coverage, [www.inche.org-](http://www.inche.org/)(08.09.2011)

Fişek Nusret, **Halk Sağlığına Giriş**, Hacettepe Üniversitesi – DSÖ Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2, Ankara,1985

Gençoğlu Ayşegül, **Uzaktan Eğitim Yöntemiyle Akılcı İlaç Kullanımı Eğitimi**, 21. Ulusal Farmakoloji Kongresi, Kongre Kitabı, 2011

Govindaraj Ramesh, Micheal R., Cohen Jilliam, World Bank Pharmaceuticals, Washington, 2000

Gökalp Osman, Mollaoğlu Hakan, “Uygunsuz İlaç Kullanımı”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, 2003, 10 (2), s.17

Görgün Hülya, “Örgütlerdeki Değişimin Hizmet Yapısı Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi”, Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi **Yüksek Lisans Tezi**, 2009

Gözübüyük Şeref, **Yönetim Hukuku**, 3. Baskı, Siyasal Yayınevi, Ankara, 1989

Greenwald H.P., “**Healthcare in United States: Organization, Management and Policy**”. San Fransisco: Jossey Bass, 2010

Griffin Charles, “**Strengthening Health Services in Developing Countries Through the Private Sector**”, Washington: The World Bank Press, 1989

Gümüşel Bülent, “**Türkiye’de Sağlık Reformu: Sağlıkta Dönüşüm Projesi**”, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Politikası Araştırma ve Uygulama Merkezi Toplantı Sunumları, 2006

Güneş Sibel, “**Uzmanlardan Sahte İlaç Uyarısı**”, NTVMSNBC Haber Sitesi, <http://www.ntvmsnbc.com> (27.12.2009)

[http://ec.europa.eu/employment\\_social/social\\_protection/missoc\\_info\\_en.htm](http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_info_en.htm)-(20.04.2013)

<http://www.abdiibrahim.com.tr/hakkimizda/glp.asp>Abdi İbrahim İlaç, GLP-GMP 2007

[http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/eczacilik\\_yasa/14.pdf](http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/eczacilik_yasa/14.pdf), (03.04.2008)

Huber Manfred, Orosz Eva, “**Health Expenditure Trend in OECD Countries 1990-2001, Health Care Financing Review**”, 2003

Health Care In The UK, [www.inche.org](http://www.inche.org) (20.05.2013)

IMF, “**Turkey Country Report-2006**”, <http://www.imf.org/external/country/tur/index.htm?type=42> (10.04.2013)

IMF, “**Turkey: Seventh Review and Inflation Consultation Under the Stand-By Arrangement and Request for Waiver of Nonobservance of Performance Criteria— Staff Report; Staff Supplement; Press Release on the Executive Board Discussion; and Statement by the Executive Director for Turkey**”. Country Report No. 08/272 ,August 2008

IMS, Health Predicts 5 to 6 Percent Growth for Global Pharmaceutical Market in 2008, [www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem](http://www.imshealth.com/portal/site/imshealth/menuitem)

İEİS, “**Türkiye’de İlaç: 2003**”, Ankara, [http://www.ieis.org.tr/yeni\\_site/asp\\_sayfalar/index.s.23](http://www.ieis.org.tr/yeni_site/asp_sayfalar/index.s.23) (14.08.2010)

İEİS, [http://www.ieis.org.tr/asp\\_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12](http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?sayfa=220&menuk=12)

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası “**Biyoeşdeğerlik nedir?**”, [http://www.ieis.org.tr/asp\\_sayfalar/index.asp?menuk=13&sayfa=700](http://www.ieis.org.tr/asp_sayfalar/index.asp?menuk=13&sayfa=700) (20.04.2013)

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, “**101 soruda 101 Cevap**”, <http://www.ieis.org.tr>

- İstanbul Eczacılar Odası, “**Eczacılık Alanında Yaşanan Sorunlar Raporu**”, Mart 2010, s.8
- İstanbul Eczacılar Odası, “**Eczanelerde Gelir Dağılımının Düzenlenmesi**”, Mart 2010, s.3
- İstanbul Eczacılar Odası, “**İlaç Fiyat Düşüşlerinde Son Durum**”, Temmuz 2010, s.1
- İstanbul Ekonomi Danışmanlık, “**ABD, Avrupa Birliği ve Türkiye’de Reçetesiz İlaç Politikaları ve Pazar Yapıları**”, Nisan 2007, s.22 www.istanbul-ekonomi.com (10.05.2013)
- Jacobzone Stephane, “**Pharmaceutical Policies in OECD Countries: Reconciling Social and Industrial Goals**”, OECD, Paris 2000
- Kanavos Panos, Üstel İsmail, Font Joan Costa, **Türkiye’de Sağlık-İlaç Harcamaları ve İlaçta Geri Ödeme Politikası**, Sağlıkta Umut Vakfı, 2005
- Kanzık İlker, **Bilim ve Teknoloji Stratejileri**, Vizyon 2023 Tübitak Yayını, 2002
- Karakoç Hakan Deniz, “İlaç Sektöründe Fiyat Rekabeti”, **Rekabet Dergisi**, 2006, s.20
- Kavaklı Aysel, **Çocukluk Yaşlarında Büyüme ve Gelişme**, İstanbul: Hilal Matbaacılık, 1992
- Kavuncubaşı Şahin, Yıldırım Selami, **Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi**, 2. Basım, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2010
- Kayaalp Oğuz, **Rasyonel Tedavi Yönünden Tıbbi Farmakoloji. Antibiyotikler ve Diğer Kemoterapotikler**, 9.Baskı, Hacettepe TAŞ, Ankara, 2000
- Keçe F., **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri**, Sağlık Bakanlığı Koruyucu Hekimlik Sistemi, Ankara, 2009
- Keyder Çağlar, Üstündağ Nazan, Ağartan Tuba, Yoltar Çağrı, **Avrupa’da ve Türkiye’de Sağlık Politikaları**, İstanbul, İletişim Yayınları, 2007
- KISA Adnan, **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Anadolu Üniversitesi Yayınları, Eskişehir, 2002
- Kurtulmus Sevgi, **Sağlık Ekonomisi ve Hastane Yönetimi**, Timas Yayınları, İstanbul, 1998

- Laing R.O., “**Rational Drug Use: An Unsolved Problem**”, Tropical Doctor 1990
- Lister John, **Sağlık Politikası Reformu, Yanlış Yolda mı Gidiyoruz?** İnsev Yayın, 1. Basım, İstanbul, 2008
- Liu Yuanli, Çelik Yusuf, Şahin Bayram, **Türkiye’de Sağlık ve İlaç Harcamaları**, Suvak Yayınları, 2005
- Makas Recep, “Türk Sosyal Güvenlik Sisteminde Norm ve Standart Birliği”, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Doktora Tezi**, İstanbul, 2003
- Medikal Akademi, [www.medikalakademi.com.tr/saglikta-rekor-harcama-ilac-giderleri/](http://www.medikalakademi.com.tr/saglikta-rekor-harcama-ilac-giderleri/) (10.05.2013)
- Melli Mehmet, “Akılcı Antibiyotik Kullanımı”, T Klin J MedScience, **Farmakoloji Özel Dergisi**, 2(2), 2004
- Memiş Selin Arslanhan, “Son dönemdeki Sağlık Harcamalarının Analizi”, **Tepav**, Kasım 2012,
- Metin Bekir, “**Türkiye’nin Sağlık Sorunları-Cumhuriyet Dönemi Sağlık Reformları**”, Ankara, [www.undp.un.org.tr/who/bulten\(06.03.2009\)](http://www.undp.un.org.tr/who/bulten(06.03.2009))
- Mısırlı Nilüfer, “Türk Sağlık Sisteminde Sağlık Hizmet Sunumunun Finansmanı ve Genel Sağlık Sigortasının Sürdürülebilirliği”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü **Doktora Tezi**,
- Mutlu Ayşegül, Işık Abdülkadir, **Sağlık Ekonomisi ve Politikaları**, Marmara Üniversitesi Maliye Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayın No:14, İstanbul, 2002
- Odabaşı Yavuz, **Sağlık Hizmetleri Pazarlaması**, A.Ü. AÖF Yayın No: 799/40, Eskişehir, 1998
- OECD ve Dünya Bankası, “**OECD Reviews of Health Systems -Turkey: The Performance of the Turkish Health System and its Determinants**”. 2008, [http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en\\_2649\\_33929\\_42235452\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_33929_42235452_1_1_1_1,00.html), (16.06.2011)
- OECD, “**OECD Health Data 2012**”, <http://www.oecd.org/health/health-systems/oecdhealthdata2012.htm> (20.04.2013)
- OECD-Dünya Bankası. **OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye**, Ankara, Sağlık Bakanlığı,2008



Öcek Zeliha, “Alman Sağlık Sistemi”, **Toplum ve Hekim Dergisi**, Ocak-Nisan 2007, Cilt.22, Sayı.1–2, s.85

Öcek Zeliha, Soyer Ata, **Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri Birikimimiz, 2000 – 2004 Fotoğrafi**, Türk Tabipleri Birliği Yayınları, 1.Baskı, Ankara, 2007

Öz Fatma, **Sağlık Alanında Temel Kavramlar**, 2. Baskı, İmaj İç ve Dış Ticaret A.Ş., Ankara, 2010

Özata Musa, Aslan Şebnem, Mete Mustafa, “**Rasyonel İlaç Kullanımının Hasta Güvenliğine Etkileri: Hekimlerin Rasyonel İlaç Kullanımına Etki Eden Faktörlerin Belirlenmesi**”, II. International Patient Safety Congress, 25–29 Mart 2008

Özcan C., Mihçioğur Sare, **Aile Hekimliği Sisteminde Performans Değerlendirme Ölçütleri**, HASUDER, Temel Sağlık Hizmetleri Çalıştayı Kitabı, 2009

Özçelikay Gülbin, “Akılcı İlaç Kullanımı Üzerinde Bir Pilot Çalışma”, **Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi**, 30(2), 2001, s.9

Özden, N. **Dr. Refik Saydam’ın Türk Sağlık Politikaları Üzerindeki Etkisi ( 1923- 1937)**, 38. Uluslararası Tıp Tarihi Kongresi Bildiri Kitabı, Ankara 2005, s.1504- 1505

Özkara Yasemin, “Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetinin Sağlık Ekonomisindeki Yeri ve Önemi: Bir Uygulama”, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, Antalya, 2006

Özsoy Süheyla, “Kronik Hastalıklarda Genetiğin Rolü”, **Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi**, Yıl:7, Sayı:2, 1997, s.21

Öztek Z., “**Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Sunumuna İlişkin Görüş ve Öneriler Raporu**”, 2007, Halk Sağlığı Uzmanları Derneği, [www.hasuder.org/](http://www.hasuder.org/) (03.04.2008)

Pala Kayıhan, **Sağlık Hizmetleri içinde İşyeri Hekimliğinin Yeri**, İşyeri Hekimliği Ders Notları, Uludağ Üniversitesi, Tıp fakültesi, Bursa, 2008

Panaroma of EU Industry 94, Section 6

Parasız İlker, **İktisadın ABC’si**, Ezgi Kitabevi, Bursa, 2000

- Polatcan İsmet, **Türkiye Cumhuriyeti Anayasası, Gerekçeler, Anayasa Mahkemesi Kararları, Bilimsel Görüşler**, 1. Baskı, Nadir Kitap, İstanbul, 1989
- Rockwell Schultz, Alton C. Johnson, **Management of Hospitals and Health Services**, Beard Books, Washington, D.C., 2003
- Reekie W., “**The PPRS: Regulations Without a Cause?**” IEA Health and Welfare Unit, London, 1997
- Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, “**OECD Sağlık Hesapları Sistemine Göre Türkiye Ulusal Sağlık Hesapları 1999-2000**” Raporu, Ankara 2004
- Sağlık Bakanlığı, **Sağlıkta Dönüşüm**, Ankara, 2003
- Sargutan Erdal, “Sağlık Sektörü ve Sağlık Sistemlerinin Yapısı”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt:8, Sayı 3, 2005, s.402
- Schneeweiss Sebastian, “**Reference Drug Programs: Effectiveness and Policy Implications**”, Health Policy, 2007, 81
- Schwartz Eduardo, Patents and R&D as Real Options, NBER Working Paper, No: 10114, 2003, <http://www.nber.org/papers/w10114> (28.01.2013)
- SGK, “**Sosyal Güvenlik Reformu: Uygulama Öncesi Yeni Yaklaşım**”, Mayıs 2007, [http://www.sguz.org/upload/mce/2011/yararli\\_olabilecek\\_mevzuat\\_sunum\\_ve\\_ders\\_notlari/sosyalguvenlikreformu\\_uygulamaoncesiyeniyaklasim\\_2007.pdf](http://www.sguz.org/upload/mce/2011/yararli_olabilecek_mevzuat_sunum_ve_ders_notlari/sosyalguvenlikreformu_uygulamaoncesiyeniyaklasim_2007.pdf) (10.04.2013)
- SGK, [http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/7aac985d26f43549a57ef5ccb616f63/yonerge\\_tib\\_bi\\_malzeme\\_03.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=7aac985d-426f-43549a57-ef5ccb616f63](http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/7aac985d26f43549a57ef5ccb616f63/yonerge_tib_bi_malzeme_03.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=7aac985d-426f-43549a57-ef5ccb616f63) (20.04.2013)
- Sigerist Henry Ernest, “**Socialized Medicine in the Soviet Union**”, London: Victor Gollancz Ltd., 1937
- Skar Mariann, “**Mobility in the European Health Sector: The Role of Transparency and Recognition of Vocational Qualification**”, Luxembourg, 2001
- Söğüt Orhan, “Türk İlaç Sanayi Ar-Ge Çalışmalarında Finans Sorunları”, Uludağ Üniversitesi **Yüksek Lisans Tezi**, 2006

Sülkü Seher Nur, **Türkiye’de Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesi ve Sonrasında Sağlık hizmetlerinin Sunumu, Finansmanı ve Sağlık Harcamaları**, Maliye Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı, Yayın No:2011-414, Kasım 2011, Ankara

Şahin Bahri, “Türk İlaç Endüstrisi ve Avrupa Birliği’ne Uyumu”, Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Doktora Tezi**, Bolu, 2005,

Şener Orhan, **Kamu Ekonomisi**, 5.Baskı, Beta Basımevi, İstanbul, 1996

Şenol Mustafa, “**Koruyucu Hekimlik Açısından Dermatolojide Akılcı İlaç Kullanımı**”, Türkiye Klinikleri J Dermatol-Special Topics, 2010

Şentürk Ayşen, “Sosyal Güvenlik Sisteminde İlaç Geri Ödeme Politikalarının İlaç Harcamasına Etkisi”, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, Ankara, 2009

T.C. Başbakanlık, “**Tedavi Katılım Payının Uygulanması Hakkında Tebliğ(Sıra No: 7)**” <http://rega.basbakanlik.gov.tr/mukerrer/mukerrer.htm&main> (01.01.2009)

T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü, **Akılcı İlaç Kullanımı Çalıştayı Sonuç Raporu**, 22-23 Aralık 2006

Tatar Mehtap, “Türkiye’de Sağlık Reformları ve Hasta Açısından Yeni Sistemin Getirdikleri”, **Hacettepe Üniversitesi TÜPADEM**, Tüketici Yazıları, 2007, s.159

TEB, “**3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Yasası**”, [http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/eczacilik\\_yasa/14.pdf](http://www.ekutuphane.teb.org.tr/pdf/raporlar/eczacilik_yasa/14.pdf), (03.04.2008)

Tengilimoğlu Dilaver, Işık Oğuz, Akbolat Mahmut, **Sağlık İşletmeleri Yönetimi**, 3. Basım, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2011

TOBB, “**Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu**”, Ekim 2008

TOBB, Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği Türkiye İlaç Sanayi Meclisi, “**Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu**”, TOBB Yayın Sıra No:2008/76 ISBN:978-9944-60-383-6 <http://www.tobb.org.tr/yayinlar/sektörrapor/ilac%20rapor.pdf> (20.04.2013)

Tokgöz Erdinç, **Sosyal Gelişmede Sağlık**, Türkiye İkinci İktisat Kongresi Sosyal Gelişme ve İstihdam Komisyonu Tebliğleri, DPT yayınları, Yayın No: 1783, Ankara, 1981.

Toklu Hale Zerrin, Dulger Gül Ayanoğlu, “**Akılcı İlaç Kullanımı ve Eczacının Rolü**”, **Marmara Eczacılık Dergisi**, Cilt 15, Sayı 3, 2011

Toklu Hale Zerrin, Uysal Meral Keyer, “**The Knowledge and Attitude of the Turkish Community Pharmacist Toward Pharmacovigilance in the Kadıköy District of İstanbul**”, Pharma World Science, 2008:30

Top Mehmet, Tarcan Menderes, “Türkiye İlaç Ekonomisi ve İlaç Harcamaları: 1998–2003 Dönemi Değerlendirmesi”, **Liberal Düşünce Dergisi**, Cilt 9, Sayı 35, 2004, s.7

Tulunay, Cankat F., “**Pharmacoconomy and Reimbursement Systems in Europe**”, Çırağan Sarayı, İstanbul

Turan Nurcan, **Türkiye’de Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektöründe Temel Sorunlar: Çözüm İçin Sağlık Kooperatifçiliğinden Yararlanma Gereği ve Olanakları**, Anadolu Üniversitesi Yayınları Yayın No: 1555, Eskişehir, 2004

Turan Nurettin, **Kuruluşundan Günümüze Türkiye İlaç Endüstrisi**, Scala Yayıncılık, 2007

TÜBİTAK , “**Teknoloji Öngörü Projesi- Sağlık ve İlaç Paneli Sonuç Raporu**”, Ankara, 2003,[http://www.tubitak.gov.tr/tubitak\\_content\\_files/vizyon2023/si/saglikveilac\\_son\\_surum.pdf](http://www.tubitak.gov.tr/tubitak_content_files/vizyon2023/si/saglikveilac_son_surum.pdf) (10.05.2013)

TÜBİTAK, “**Avrupa Birliği’nde İlaç Sektörünün Yapısal Analizi**”, <http://vizyon2023.tubitak.gov.tr> (20.04.2013)

TÜBİTAK, “**Vizyon 2023 Teknoloji Öngörüsü Projesi: Sağlık ve İlaç Paneli Ön Rapor**”, Ankara, 2003,

Türk Eczacıları Birliği, “**AB Ülkelerinde Geri Ödeme Sistemleri**”, **TEB Haberler Dergisi**, Ankara, Temmuz-Ağustos 2004

Türk Eczacıları Birliği, **Geri Ödeme Sistemleri, Avrupa Birliği ve İlaç**, Türk Eczacıları Birliği Yayını, Ankara, Nisan 2004

Türk Eczacıları Birliği, “**İlaç ve Para: Fiyatlar, Karşılabilirlik ve Maliyet-Etkililik**”, Ankara, 2004

Uğurluoğlu Özgür, “**Sağlık Sistemleri Performans Ölçümü, Önemi ve Dünya Sağlık Örgütü Yaklaşımı**”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Cilt 8, Sayı 1, 2005, s.12

Ulusoy Hasan Basri, Sumak Tuncay, “Kayseri’de Pratisyen Hekimlere Verilen Groningen Modeli Akılcı İlaç Kullanımı Eğitiminin Değerlendirilmesi”, **Erciyes Tıp Dergisi**, 2011, 33(4), s.310

Uz Mehmet Hulki, **Sağlık Hizmeti Sunanlara Ödeme Modelleri, Hastane Yöneticiliği**, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, 1997

Üçer Ali Rıza, “**Sağlıkta Dönüşüm Sürecinin İlaç Sektörüne Etkileri**”, [www.tipkurumu.org.tr](http://www.tipkurumu.org.tr) (20.04.2013)

Varoudakis Aristomene, “**Turkey Public Expenditure Review**” Report No. 36764-TR, 2006, [http://siteresources.worldbank.org/INTTURKEY/Resources/361616-1173282369589/tr\\_per\\_cr.pdf](http://siteresources.worldbank.org/INTTURKEY/Resources/361616-1173282369589/tr_per_cr.pdf) (10.05.2013)

WHO 1970, “**Post Graduate Education For Medical Personnel InThe Ussr**”, Geneva

WHO 1987, “**Rational Use of Drugs**” World Health Organization Report of the Conference of Experts, Nairobi

WHO 1987, “**World Health Organization Action Programme on Essential Drugs and International Network For the Rational Use of Drugs**”, Eğitim Programı, Nairobi

WHO 2000, “**How well do Health Systems Perform?**”, World Health Report 2000 - Health Systems: Improving Performance. Geneva: The World Health Organization Publications,

WHO, “**World Health Report 2000: Health Systems Improving Performance**”, Geneva, <http://www.who.int/whr/2000/en/>(20.04.2013)

WHO 2001, “**How to Developand Implement a National Drug Policy**”, Geneva, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s2283e/s2283e.pdf> (10.05.2013)

WHO 2002, “**Promoting Rational Use of Medicines: Core Components**”, <http://apps.who.int/medicinedoes/pdf> (08.12.2012)

WHO, European Health for All Database, 2003, <http://www.euro.who.int/hfad>

WHO 2005, “**Antimicrobial Resistance: A threatto Global Health Security. Rational Use of Medicines by Prescribers and Patients**”,

World Bank Turkey Country Economic Memorandum, 2006, <http://www.worldbank.org/tr/country/turkey> (10.04.2013)

WHO 2011, <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js18767en/>, (05.04.2011)

WHO 2011, Word Health Statistic 2011, [http://www.who.int/whosis/whostat/EN\\_WHS2011\\_Full.pdf](http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS2011_Full.pdf)-(20.04.2013)

WHO 2013, “**Dünya Bankası Grubu - Türkiye İşbirliği: Ülke Programının Görünümü**”  
<http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/Turkey-Snapshot-tr.pdf>  
(17.06.2013)

Yapıcı Ahu, “Türk İlaç Sektörünün Ekonomik Yapısı ve Sosyal Güvenlik Kurumlarının Geri Ödemeleri”, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Yüksek Lisans Tezi**, 2005

Yapıcı Gülçin, Balıkcı Sezen, Uğur Özge, “Birinci Basamak Sağlık Kuruluşuna Başvuranların İlaç Kullanımı Konusundaki Tutum ve Davranışları”, **Dicle Tıp Dergisi**, 2001, 38(4), s.459

Yenimahalleli Gülbiye, “Sağlığın Finansmanı ve T.C. İçin Sağlık Finansman Modeli Önerisi”, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, **Doktora Tezi**, 2007

Yıldırım Hasan Hüseyin, “**Türkiye’de Sağlık Reformları: Sağlık Finansmanı Reformu ve Genel Sağlık Sigortası**”, <http://absaglık.com/GSSkanun.pdf>(28.01.2009)

Yıldırım Hasan Hüseyin, Yıldırım Türkan, **Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Türkiye**, İmaj Yayınları, 2011

Yıldırım Ramazan , “**Sağlık Hizmetlerinden Adil Yararlanma Hakkı**”, Selçuk Üniversitesi **Hukuk Fakültesi Dergisi**, Kasım 2005, s.122

Yıldırım Savaş, **Sağlık Hizmetlerinde Harcama ve Maliyet Analizi**, Uzmanlık Tezi, DPT Yayınları, Ankara, Temmuz 1994

Yılmaz Hakan, “2010 yılının Sağlık Bütçesi Açısından Görünümü ve Kamu Sağlık Harcamalarına Karşılaştırmalı Bir Bakış” , **Sağ-Sen Dergisi**, Cilt 2, 2010, s.10

Yılmaz Gülay Akgül, **OECD Ülkeleri ve Türkiye’de Sosyal Devlet ve Sosyal Harcamaları**, Arıkan Basım Yayın,2006

## **ÖZGEÇMİŞ**

1981 doğumluyum. 2001 yılında Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Maliye Bölümünü üç yılda tamamlamış bulunmaktayım. 2004 yılında Anadolu Üniversitesi Maliye Anabilim Dalı Mali Hukuk alanında yüksek lisansımı tamamladım. 2004 yılından itibaren Balıkesir Üniversitesi Sındırgı Meslek Yüksekokulu'nda Öğretim Görevlisi olarak çalışmaktayım.

Adres : Balıkesir Üniversitesi Sındırgı Meslek Yüksekokulu/ Sındırgı BALIKESİR

Telefon : 0 266 516 17 03

e-mail : aysunyilmazturk@gmail.com