

TÜRKİYE

İlaç Sektörü Analizi

Mehmet ATASEVER



TÜRKİYE İLAÇ SEKTÖRÜ ANALİZİ

Yazar

Mehmet ATASEVER

Mayıs 2015, Ankara

1. Baskı



Mehmet ATASEVER

Yazar Hakkında

Eğitim hayatına doğum yeri olan Erzurum'da başlayıp, yüksek lisans eğitimini; Atatürk Üniversitesi, üretim yönetim ve pazarlama alanında tamamladı. Doktora eğitimine ise muhasebe ve finansman bilim dalında devam etmektedir.

1994 yılında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesinde memuriyet hayatına başladı. 1998-2002 yılları arasında Türkiye Vakıflar Bankasında mali analist, 2002-2004 yılları arasında da Atatürk Üniversitesinde öğretim görevlisi olarak görev yaptı.

Sağlık Bakanlığında Strateji Geliştirme Başkanlığı görevini 9 yıldan aşkın bir sürede yürüten Atasever, Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde finansal yönetim sisteminin kurulması, Global Bütçe uygulaması, aile hekimliği sistemi, hava ambulans sistemi, kamu sağlık harcamalarının belirlemesi ve izlenmesi, Sağlık Bakanlığı teşkilat yasasının yenilenmesi, Kamu Hastane Birliklerinin kurulması gibi Türkiye sağlık sistemi açısından oldukça önemli projelerde yer aldı. Şubat 2015'ten itibaren Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu başkan yardımcısı olarak görevine devam etmektedir.

İşletme, pazarlama, bankacılık, mali analiz, finansal yönetim, hastane yönetimi, sağlık harcamaları vb. alanlarda çalışmalarda bulundu. Serbest muhasebeci mali müşavir ve bağımsız denetçi unvanlarına sahip Atasever, Türkiye'de Sağlık hizmetlerinin finansmanını ve sağlık harcamalarını analiz ettiği **“Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi”** adlı eseri bulunmaktadır. Ayrıca bu eser İngilizceye çevrilerek de yayımlanmıştır.

Evli ve dört çocuk babasıdır. Kendisine ait <http://www.mehmetatasever.com> adresli kişisel internet sitesi bulunmaktadır.

"Türkiye İlaç Sektörü Analizi" kitabında, Türkiye ilaç sektörünün, sektörü etkileyen gelişmelerin ve mali yapısının farklı perspektiflerden analiz edilerek kapsamlı bir çalışma yapılmıştır.

Analiz, 2003 yılından itibaren izlenen politikalar neticesinde Türkiye’de ilaç sektörünün nasıl geliştiği, finansmanı ve ilaca yapılan harcamaların detaylı analizi yapılarak, sektörün mevcut durumu, stratejisi ve hedefleri incelenmiştir.

İlaç harcamaları 2002 yılı ile Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK)’nun en son verisini yayınladığı yıl olan 2013 yılları ve arasındaki döneme ilişkin yapılmıştır.

Çalışma yedi temel bölümden oluşmaktadır:

Birinci bölümde: Türkiye Sağlık Sistemi ve 2003 yılı öncesinin değerlendirilmesi yapılmış, Türkiye sağlık sisteminde sağlanan gelişmelere ana hatlarıyla yer verilmiş ve 2002-2013 döneminde sağlık harcamalarının gelişimi ve sağlık hizmet menmuniyeti anlatılmıştır.

İkinci bölümde: Türkiye İlaç Sektörü, ilaç endüstrisi, ilaç sektöründe dış ticaret, ilaç firmaları, ilaç dağıtım kanalları ve eczacılık insan kaynakları incelenmiştir.

Üçüncü bölümde: 2002-2014 Döneminde Türkiye ilaç sektörünü etkileyen gelişmelere ana hatlarıyla yer verilmiştir.

Dördüncü bölümde: Türkiye’de ilaç finansmanı, kamu ilaç bütçesinin oluşturulması, fiyatlandırma ve geri ödeme sistemi anlatılmıştır.

Beşinci bölümde: Türkiye’deki ilaç harcamalarının gelişimi yıllar itibarıyla, finansmanı sağlayanlara, sağlık hizmet sunucularına ve fonksiyonlarına göre nominal ve reel rakamlarla mukayeseli olarak incelenmiş, grafiklerle desteklenmiştir. Ayrıca ilaç harcamalarının GSYH, sağlık harcamaları, faiz dışı kamu harcamaları ve vergi gelirleri ile mukayeseleri yapılmıştır.

Altıncı bölümde: Türkiye’deki ilaç tüketimi, fiyat ve pazar analizi yapılmış ve OECD ülkeleri ile mukayese edilmiştir.

Yedinci bölümde: Türkiye ilaç sektörünün stratejisi, yerli ilaç üretim çalışmaları, ilaç sektöründe Ar-Ge faaliyetleri ve ilaç sektör hedefleri anlatılmıştır.

Özet olarak bu çalışmada; 2003 yılından itibaren Türkiye sağlık sisteminin ve sağlık harcamalarının gelişimini (1.bölüm), Türkiye ilaç sektörünün değerlendirilmesini (2. bölüm), 2002-2014 Döneminde Türkiye ilaç sektörünü etkileyen gelişmeleri (3. bölüm), Türkiye’de ilaç finansmanı, fiyatlandırma ve geri ödemesi sistemini (4. bölüm), Türkiye ilaç harcamalarının gelişimini (5. bölüm), ilaç sektör analizini (6.bölüm) ve ilaç sektörünün stratejisi ve hedeflerini (7. bölüm) bulmak mümkündür.

“Türkiye İlaç Sektörü Analizi” kitabı ile Türkiye’deki ilaç sektörü ve finansmanı ile ilgili önemli bir boşluğun doldurulacağını, ilaç sektörünün mali boyutunun daha iyi anlaşılacağını, tüm ilgililerin daha sağlıklı analiz yapacağını ve karar alma noktasında olanlara da yardımcı olacağını düşünüyorum.

Bu vesile ile çalışmanın daha sonra yapılacak ileri araştırmalara rehberlik etmesini temenni ediyorum.

Mehmet ATASEVER

“Ömrünün büyük çoğunluğunu ilaç kullanarak geçiren
rahmetli annem **Saliha Atasever** hanımefendinin aziz ruhlarına
ithaf ediyorum...”

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
AİFD	Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği
Ar-Ge	Araştırma – Geliştirme
ATC	Anatomical Therapeutic and Chemical (Yapısal Tedavi Edici Kimyasallar)
a.g.e.	Adı Geçen Eser
CIF	Cost-insurance-freight (Mal Bedeli, Sigorta ve Navlun)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EIU	The Economist dergisi “Intelligence Unit” web sitesi http://www.eiu.com
EMA	European Medicines Agency (Avrupa İlaç Ajansı)
EPI	Expanded Program on Immunization (Genişletilmiş Bağışıklama Programı)
FOB	Free on Board (Gemide Masrafsız)
GMP	Good Manufacturing Practices (İyi Üretim Uygulamaları)
GSYH	Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
IMS	International Medical Statistics – IMS web sitesi http://www.imshealth.com
İEİS	İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası
İTS	İlaç Takip Sistemi
KDV	Katma Değer Vergisi
KETEM	Kanser Erken Teşhis ve Tarama Merkezi
KKTC	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
MKYS	Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi
OTC	Over The Counter (Tezgâh Üstü Ürünler)
OVP	Orta Vadeli Program
SGK	Sosyal Güvenlik Kurumu
SUT	Sağlık Uygulama Tebliği
TEB	Türk Eczacılar Birliği
TİTCK	Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TOBB	Türkiye Odalar ve Borsalar Birliği
TÜBA	Türkiye Bilimler Akademisi
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu

Yazar Hakkında	3
Ön Söz	4
İthaf	5
Kısaltmalar	9
Grafikler	14
Şekiller/Tablolar	17
1. Bölüm: Türkiye Sağlık Sistemi	20
A. Genel Demografik Bilgiler	20
B. Ekonomik Göstergeler	22
C. Sağlık Yönetimi	23
D. Sağlık Hizmet Sunumu	24
E. Sağlık Göstergeleri	26
F. Sağlık Hizmetleri Finansmanı	27
G. Sağlık Harcamaları	34
G.1. Yıllara Göre Sağlık Harcamaları	34
G.2. Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının GSYH ile Karşılaştırması	35
G.3. Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Harcamaları	37
H. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet	40
2. Bölüm: İlaç Sektörünün Değerlendirilmesi	44
A. İlaç Sektörünün Yapısı ve Özellikleri	44
B. İlaç Endüstrisi	45
C. İlaç Sektöründe Dış Ticaret	48
D. İlaç Firmaları	52
E. İlaç Dağıtım Kanalları	55
F. Eczacılık İnsan Kaynakları	57
3. Bölüm: İlaç Sektörünü Etkileyen Gelişmeler (2003-2014 Dönemi)	60
A. Fiyatlandırma ile İlgili Gelişmeler	60
B. Geri Ödemelerle İlgili Gelişmeler	64
C. Ruhsatlandırma ile İlgili Gelişmeler	70
D. Tanıtım ile İlgili Gelişmeler	71
E. Aşı ile İlgili Gelişmeler	72
F. Diğer Gelişmeler	73

4. Bölüm: İlacın Finansmanı	78
A. İlacın Finansmanı	78
A.1. Kamu İlaç Finansmanı	80
A.2. Özel Sektör İlaç Finansmanı	81
B. Kamu İlaç Bütçesinin Oluşturulması	82
C. İlacın Fiyatlandırılması	87
D. Geri Ödeme Sistemi	92
E. İlaçta Katılım Payı Uygulamaları	93
F. Reçete Hizmet Bedeli	94
5. Bölüm: İlaç Harcamalarının Değerlendirilmesi (2002 – 2013 Dönemi)	96
A. Yıllara Göre Toplam İlaç Harcamaları	96
B. Finansman Kaynağına Göre İlaç Harcamaları	97
B.1. Finansman Kaynağına Göre Toplam İlaç Harcamaları	97
B.2. Finansman Kaynağına Göre Perakende İlaç Harcamaları	99
C. Hizmet Sunucularına Göre İlaç Harcamaları	101
C.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Tesislerde Oluşan İlaç Harcamaları	102
C.2. Üniversite Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları	103
C.3. Özel Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları	104
C.4. Serbest Eczanelerde Oluşan İlaç Harcamaları	105
D. Fonksiyonlarına Göre İlaç Harcamaları	106
D.1. Yatan Hasta İlaçları	106
D.2. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaçlar	107
D.3. Aşı	108
E. İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı	110
F. İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı	111
G. Faiz Dışı Kamu Harcamaları ile Kamu İlaç Harcamalarının Karşılaştırması	113
H. Vergi Gelirleri ile Kamu İlaç Harcamalarının Karşılaştırması	114

6. Bölüm: İlaç Sektörü Analizi	118
A. İlaç Tüketim Analizi	118
A.1. Toplam İlaç Tüketim Analizi	118
A.2. Kişi Başı İlaç Tüketim Analizi	120
A.3. Reçete Başı İlaç Tüketim Analizi	122
B. İlaç Fiyat Analizi	124
B.1. Kutu Başı İlaç Fiyat Analizi	124
B.2. Kutu Satışları Bazında İlaç Fiyatları Dağılım Analizi	125
B.3. Satış Tutarı Bazında İlaç Fiyatları Dağılım Analizi	125
C. İlaç Pazar Analizi	126
C.1. Tedavi Gruplarına (ATC) Göre İlaç Pazar Analizi	126
C.2. Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Pazar Analizi	131
C.3. İmal ve İthal Durumu ve Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Pazar Analizi	132
C.4. Referans veya Eşdeğer Durumuna Göre İlaç Pazar Analizi	133
C.5. İmal veya İthal Durumuna Göre İlaç Pazar Analizi	137
D. İlaç Harcamalarının OECD Ülkeleriyle Mukayesesi	138
D.1. Kişi Başı İlaç Harcaması Mukayesesi	138
D.2. İlaç Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payının Mukayesesi	139
D.3. İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payının Mukayesesi	140
D.4. İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payının Mukayesesi	142
D.5. İlaç Pazarı İçinde Eşdeğer İlaç Payının Mukayesesi	142
7. Bölüm: İlaç Sektörü Stratejisi ve Hedefleri	146
A. Türkiye İlaç Sektörü Stratejisi	146
B. Türkiye’de Yerli İlaç Üretim Çalışmaları	149
B.1. Kapasite Kullanım Oranı	150
B.2. Türkiye İlaç Ticareti	150
B.3. Yerli İlaç Üretimini Artırma Çalışmaları	152
C. Türkiye İlaç Sektöründe Ar-Ge Faaliyetleri	154
D. Türkiye’de Klinik Araştırmalar	157
E. Türkiye İlaç Sektörü Hedefleri	160
Kaynaklar	164

Grafik 1.	Nüfus Piramidi, Türkiye, (2000, 2013)	20
Grafik 2.	Nüfus Piramidi, Türkiye, (2013)	21
Grafik 3.	Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL)	35
Grafik 4.	Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	36
Grafik 5.	Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (%)	37
Grafik 6.	Kişi Başı Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL)	38
Grafik 7.	Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL)	39
Grafik 8.	Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Değişimi, (2002, 2013), (TL/USD)	40
Grafik 9.	Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (2003-2013), (%)	40
Grafik 10.	Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP USD), (2003)	41
Grafik 11.	Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP USD), (2013)	41
Grafik 12.	TEB Kanalıyla Getirilen İlaç Harcamalarının Kamu İlaç Harcamaları İçindeki Payı, (%)	84
Grafik 13.	Toplam İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	96
Grafik 14.	Kamu ve Özel İlaç Harcamalarının Dağılımı, (2002-2013), (%)	98
Grafik 15.	Kamu Perakende İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	100
Grafik 16.	Özel Sektör Perakende İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	100
Grafik 17.	Perakende İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (Detay), (2002-2013), (%)	101
Grafik 18.	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)	102
Grafik 19.	Üniversite Hastanelerinde Oluşan İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)	104
Grafik 20.	Özel Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)	105
Grafik 21.	Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	106
Grafik 22.	Yatan Hastalarda Kullanılan İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)	107
Grafik 23.	Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)	108
Grafik 24.	İlaç Harcamaları ve GSYH Artışı Karşılaştırması, (2002-2013), (Milyon TL)	111
Grafik 25.	İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları Artışı Karşılaştırması, (2002-2013), (Milyon TL)	112
Grafik 26.	Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, (%)	112
Grafik 27.	Kamu İlaç Harcamaları ve Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)	113
Grafik 28.	Kamu İlaç Harcamaları ve Faiz Dışı Kamu Harcamaları Artışı Karşılaştırması, (2002-2013), (Milyon TL)	114
Grafik 29.	Kamu İlaç Harcamaları ve Vergi Gelirleri İçindeki Payı, (2002-2013)	115
Grafik 30.	Kamu İlaç Harcamaları ve Vergi Gelirleri Artışı Karşılaştırması, (2002-2013), (Milyon TL)	115
Grafik 31.	İlaç Harcamaları/Kutu Sayısı Değişimi, (2002, 2013)	118
Grafik 32.	İlaç Harcamaları (2013 Yılı Fiyatlarıyla) ve İlaç Kutu Sayısı Karşılaştırması, (2002- 2013)	119
Grafik 33.	İlaç Kutu Sayısı ve İlaç Harcamaları (2013 yılı fiyatlarıyla) Karşılaştırması, (2002- 2013)	120
Grafik 34.	Kişi Başı İlaç Harcamaları, (2002-2013)	121
Grafik 35.	Kişi Başı İlaç Kutu Tüketiminin Gelişimi, (2002-2013)	121
Grafik 36.	Reçete Başı İlaç Harcamaları, (2002-2013)	122

Grafik 37. Reçete Başı Kamu ve Özel İlaç Harcamaları Toplam Reçete Başı Harcamalar İçindeki Payı, (2002-2013), (%)	123
Grafik 38. Kutu Başı İlaç Fiyatları, (2002-2013)	124
Grafik 39. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Kutu Sayısı Fiyat Aralığı Dağılımı, (2014), (%)	125
Grafik 40. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaçların Satış Fiyat Aralığı Dağılımı, (2014), (%)	125
Grafik 41. Satış Tutarlarına Göre; Tedavi Grupları (ATC) Bazında En Çok Tüketilen, İlaçların Pazar Payının Değişimi, (2003-2014), (%)	128
Grafik 42. Satış Tutarlarına Göre; Tedavi Grupları (ATC) Bazında En Çok Tüketilen İlaçların Pazar Payının Değişimi, (2003, 2014), (%)	129
Grafik 43. Tedavi Grupları (ATC) Bazında Satılan Kutu Sayısına Göre İlaçların Pazar Payının Değişimi, (2003-2014), (%)	130
Grafik 44. Tedavi Grupları (ATC) Bazında Satılan Kutu Sayısına İlaçların Pazar Payının Değişimi, (2003, 2014), (%)	131
Grafik 45. Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Sektörü, (2013), (%)	132
Grafik 46. İthal veya İmal Durumuna ve Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Sektörü, (2013), (%)	133
Grafik 47. Referans veya Eşdeğer Olması Durumuna Göre İlaç Pazarının Satılan Kutu Sayısı Bazında Gelişimi, (2003-2014), (%)	134
Grafik 48. Referans İlaçların Satılan Kutu Sayılarının İthal veya İmal Durumuna Göre Dağılımı, (2003-2014), (%)	134
Grafik 49. Eşdeğer İlaçların Satılan Kutu Sayılarının İthal veya İmal Durumuna Göre Dağılımı, (2003-2014), (%)	135
Grafik 50. Referans veya Eşdeğer Durumuna Göre İlaç Satış Tutarlarının Dağılımı, (2003-2014), (%)	136
Grafik 51. Referans İlaçların Satış Tutarlarının İthal veya İmal Durumuna Göre Dağılımı, (2003-2014), (%)	136
Grafik 52. Eşdeğer İlaçların Satış Tutarlarının İthal veya İmal Durumuna Göre Dağılımı, (2003-2014), (%)	137
Grafik 53. İthal veya İmal Durumuna Göre Satılan İlaç Kutu Sayılarının Dağılımı, (2003-2014), (%)	137
Grafik 54. İthal veya İmal Durumuna Göre İlaçların Satış Tutarlarının Dağılımı, (2003-2014), (%)	138
Grafik 55. Kişi Başı İlaç Harcamaları, (2012), (SGP USD)	139
Grafik 56. İlaç Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2012), (%)	140
Grafik 57. İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2013 veya en yakın yıl), (%)	141
Grafik 58. İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2013 veya en yakın yıl), (%)	142
Grafik 59. İlaç Pazarında Eşdeğer İlaç Payı, (2011 veya en yakın yıl), (%)	143
Grafik 60. Yıllara Göre Kapasite Kullanım Oranı, (Ağırlıklı Ortalama %)	150
Grafik 61. İlaç Sektörünün İhracat Sepeti Ortalama Niteliğine Katkısı (%), 2012	151
Grafik 62. İlaç İhracatı Yapan Başlıca Ülkelerin Toplam Dünya İlaç Pazarı İçindeki Payı, (2013), (%)	152
Grafik 63. Dünya’da Toplam Ar-Ge Harcamalarının Sektörel Dağılımı, (2012), (%)	157
Grafik 64. Türkiye’de Klinik Araştırma Sayısı, (2000-2014)	157
Grafik 65. Dünyadaki Toplam Klinik Çalışmalardan Alınan Pay (%) , 2014	158
Grafik 66. Dünyadaki Toplam İlaç Patentlerinden Alınan Pay (%) , 2012	159

Şekil 1.	Türkiye Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2002)	29
Şekil 2.	Türk Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2015)	33
Şekil 3.	Türk Sağlık Sisteminde Eczacılık Ürünleri İçin Harcanan Fonların Akış Şeması, (2015)	79
Şekil 4.	İlaç Sektöründe Değer Zincirinin Oluşumu	154

Tablo 1.	Genel Demografik Göstergeler, Türkiye	21
Tablo 2.	Temel Ekonomik Göstergeler	22
Tablo 3.	Türkiye’de Hastane Verileri, (2014)	25
Tablo 4.	Türkiye Sağlık Göstergeleri, (2002, 2013)	27
Tablo 5.	Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)	34
Tablo 6.	Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)	36
Tablo 7.	Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (%)	36
Tablo 8.	Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (%)	37
Tablo 9.	Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)	38
Tablo 10.	Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)	39
Tablo 11.	Dünya İlaç Harcamalarının Değişimi, (2005-2014)	45
Tablo 12.	İlaç Pazarında Ülke Sıralaması, (2012-2013), (Milyon USD)	45
Tablo 13.	Dünyada En Çok Satan İlaç Şirketleri, (2012, 2013)	46
Tablo 14.	Dünyada En Çok Satan 20 İlaç, (2012, 2013)	47
Tablo 15.	Dünyada Başlıca İlaç ve Eczacılık Ürünleri İhracatçısı Ülkeler, (2011-2013)	48
Tablo 16.	Dünyada Başlıca İlaç ve Eczacılık Ürünleri İthalatçısı Ülkeler, (2011-2013)	49
Tablo 17.	Türkiye’nin Ülkelere Göre İlaç Sektörü İhracatı, (2012-2013), (USD)	50
Tablo 18.	Türkiye’nin Ülkelere Göre İlaç Sektörü İthalatı, (2012-2013), (USD)	51
Tablo 19.	Ciro Büyüklüğüne Göre Türkiye İlaç Sektöründe Faaliyet Gösteren İlk 20 Firma, (2012-2013)	53
Tablo 20.	Satılan Kutu Sayısına Göre Türkiye İlaç Sektöründe Faaliyet Gösteren İlk 20 Firma, (2012-2013)	55
Tablo 21.	Eczacı Sayısı, Türkiye, (2002-2014)	58
Tablo 22.	İlaç Global Bütçesi ve Gerçekleşmeler	83
Tablo 23.	TEB Kanalıyla Getirilen İlaçların Kamu İlaç Bütçesine Etkisi	84
Tablo 24.	Perakende Satış Fiyatına Göre Örnek İlaç Fiyatı Hesaplama	90
Tablo 25.	İmalatçı Satış Fiyatına Göre Örnek İlaç Fiyatı Hesaplama	91
Tablo 26.	Toplam İlaç Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)	96
Tablo 27.	Toplam İlaç Harcamalarının Finansman Kaynağı, (2002-2013), (Milyon TL)	97
Tablo 28.	Perakende İlaç Harcamalarının Finansman Kaynağı, (2002-2013), (Milyon TL)	99
Tablo 29.	İlaç Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (Milyon TL)	101
Tablo 30.	Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları (Milyon TL/USD)	102

Tablo 31.	Sağlık Bakanlığı İlaç ve Aşı Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL)	103
Tablo 32.	Üniversite Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları, (Milyon TL/USD)	103
Tablo 33.	Özel Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)	104
Tablo 34.	Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)	105
Tablo 35.	Yatan Hastalarda Kullanılan İlaçlara Ait Harcamalar, (2002-2013), (Milyon TL/USD)	106
Tablo 36.	Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)	107
Tablo 37.	Aşılama Hizmetleri, (2002, 2014)	109
Tablo 38.	Sağlık Bakanlığı Aşı Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)	110
Tablo 39.	İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (Milyon TL)	110
Tablo 40.	İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013), (Milyon TL)	111
Tablo 41.	Faiz Dışı Kamu Harcamaları ve Kamu İlaç Harcamaları Karşılaştırması, (2002-2013), (Milyon TL)	113
Tablo 42.	Vergi Gelirleri ve Kamu İlaç Harcamaları Karşılaştırması, (2002-2013)	114
Tablo 43.	Kişi Başı İlaç Harcamaları, (2002-2013)	120
Tablo 44.	Kişi Başı İlaç Kutu Tüketimi, (2002-2013)	121
Tablo 45.	Reçete Başı İlaç Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)	122
Tablo 46.	Reçete Başı Kamu ve Özel İlaç Harcamaları, (2002-2013), (TL)	123
Tablo 47.	Reçete ve Muayene Sayıları, (2002-2013), (Milyon Adet)	123
Tablo 48.	Kutu Başı İlaç Fiyatı, (2002-2013), (TL/USD)	124
Tablo 49.	İlaçların; Tedavi Grupları (ATC) Bazında, Satış Tutarlarına Göre Pazar Payı, (2003-2014), (%)	127
Tablo 50.	İlaçların; Tedavi Gruplarına (ATC) Göre, Tüketilen Satılan Kutu Sayısına Göre Pazar Payının Analizi, (2003-2014), (%)	129
Tablo 51.	Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Sektörü, (2013), (Milyon TL)	131
Tablo 52.	İthal veya İmal Durumuna ve Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Sektörü, (2013)	132
Tablo 53.	Referans veya Eşdeğer Durumuna Göre İlaç Pazarının Satılan Kutu Sayısı Bazında Gelişimi, (2003-2014), (%)	133
Tablo 54.	Referans veya Eşdeğer Durumuna Göre İlaç Satış Tutarlarının Gelişimi, (2003-2014), (%)	135
Tablo 55.	Kişi Başı İlaç Harcamaları, (2012), (SGP USD)	138
Tablo 56.	İlaç Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2012), (%)	139
Tablo 57.	İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2013 veya En Yakın Yıl), (%)	140
Tablo 58.	İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2013 veya En Yakın Yıl), (%)	142
Tablo 59.	Toplam İlaç Pazarında Eşdeğer İlaç Payı, (2011 veya en yakın yıl), (%)	143
Tablo 60.	Yıllara Göre Kapasite Kullanım Oranı, (Ağırlıklı Ortalama %)	150
Tablo 61.	İlaç İhracatının İthalatı Karşılama Oranı, (%)	150
Tablo 62.	Türkiye’de Klinik Araştırma Sayısı, (2000-2014)	157
Tablo 63.	Türkiye’de Eczacılık Ürünlerinin, Tıbbi Kimyasalların ve Botanik Ürünleri İmalatının Patent Verileri, (2000-2013)	159
Tablo 64.	Türkiye Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programının İlaç Sektörü Performans Göstergeleri, (2013-2018)	161

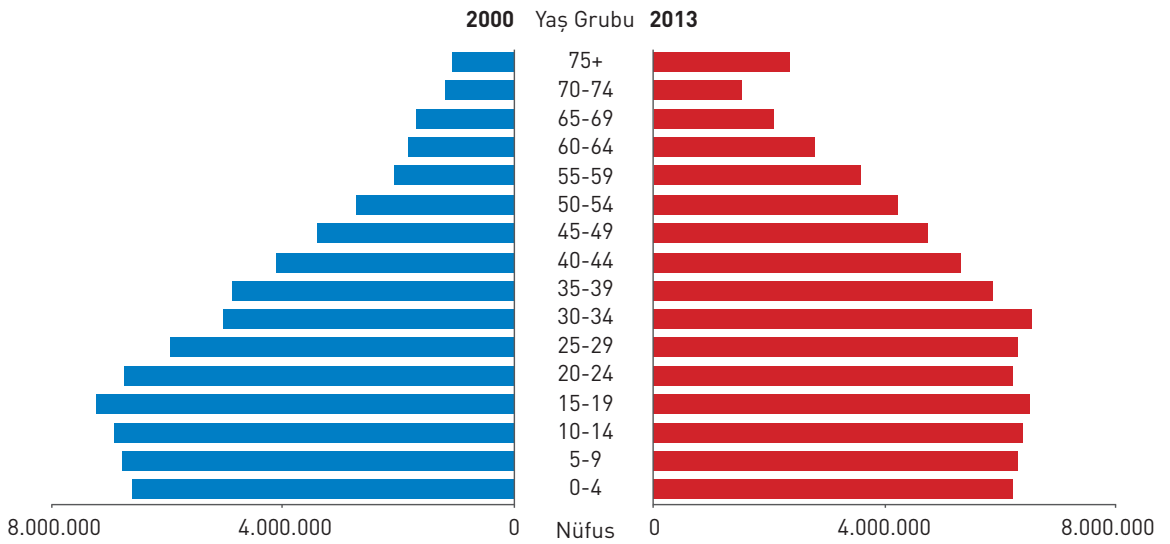
Birinci Bölüm

Türkiye Sağlık Sistemi

A. Genel Demografik Bilgiler

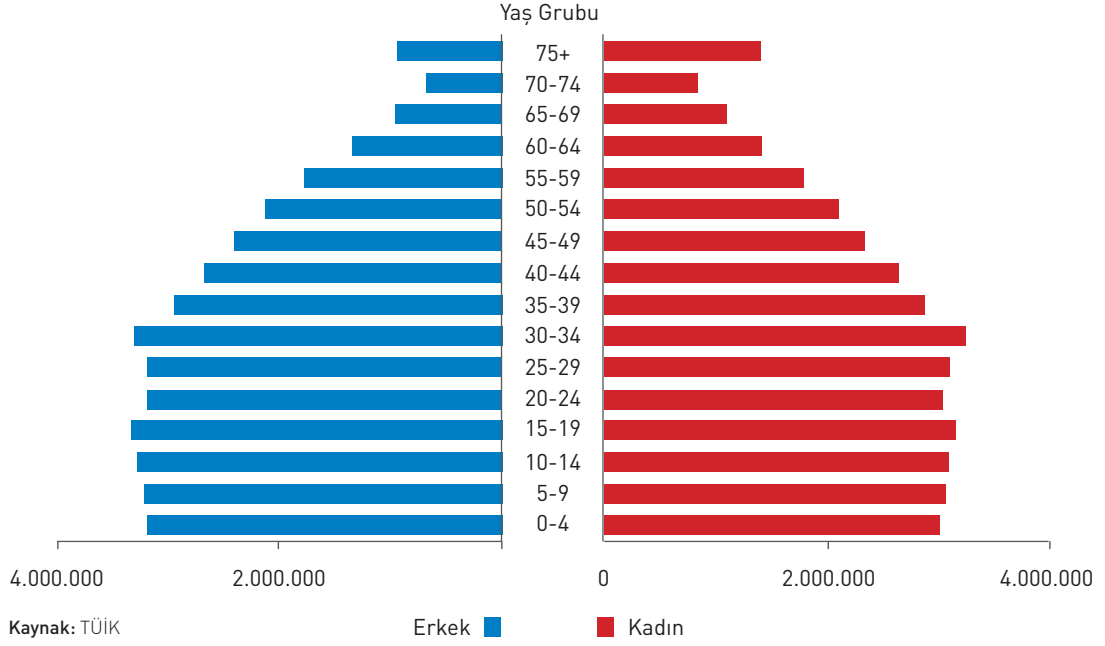
2013 yılı verilerine göre Türkiye'nin toplam nüfusu 76,7 milyondur. 2012 yılında Dünya nüfusunun yaklaşık %1,1'ini oluşturan Türkiye, nüfus bakımından dünyanın en büyük 18. ülkesidir. 2000 ile 2013 yılları arasında ülkenin nüfusu % 13 civarında artmıştır (TÜİK, 2013).

Grafik 1. Nüfus Piramidi, Türkiye, (2000, 2013)



Kaynak: TÜİK

Türkiye, OECD ülkelerine göre yüksek doğurganlık hızının sonucu genç bir nüfus yapısına sahiptir. 65 yaş üstü nüfus oranı %7,7 olup OECD ülkelerinin ortalamasının yarısı kadardır (TÜİK 2013, OECD 2013). Ancak son yıllarda doğurganlık hızlarında önemli düşüşler gerçekleşmiştir. 1990 yılında kadın başına toplam doğurganlık hızı 2,9 çocuk iken, 2000 yılında bu rakam 2,5'e, 2013 yılında ise 2,1'e düşmüştür (Tablo 1).

Grafik 2. Nüfus Piramidi, Türkiye, (2013)

Türkiye’de 2000 yılında %59,2 olan kentsel nüfus oranı yıllar içinde artarak, 2013’te %86,7’ye ulaşmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Genel Demografik Göstergeler, Türkiye

	1990	2000	2012	2013
Toplam Nüfus	56.473.035	67.803.927	75.627.384	76.667.864
Kırsal Nüfus Oranı (%)	48,7	40,8	27,7	13,3
Kentsel Nüfus Oranı (%)	51,3	59,2	72,3	86,7
0-14 Yaş Nüfus Oranı (%)	35,0	29,8	24,9	24,6
65 Yaş ve Üzeri Nüfus Oranı (%)	4,3	5,7	7,5	7,7
Genç Bağımlılık Oranı (0-14 Yaş)	57,6	46,3	36,9	36,3
Yaşlı Bağımlılık Oranı (65 + Yaş)	7,0	8,8	11,1	11,3
Toplam Yaş Bağımlılık Oranı	64,7	55,1	48,0	47,6
Yıllık Nüfus Artış Hızı (‰)	21,7	18,3	12,0	13,7
Kaba Doğum Hızı (‰)	24,1	21,6	17,1	16,9
Kaba Ölüm Hızı (‰)	7,1	7,3	5,0	4,9
Toplam Doğurganlık Hızı (Kadın Başına)	2,9	2,5	2,1	2,1

Kaynak: TÜİK

B. Ekonomik Göstergeler

2001 yılında yaşanan ekonomik krizden sonra alınan tedbirler ve uygulanan ekonomik istikrar programları sayesinde Türkiye ekonomisi 2002-2007 arası dönemde yaklaşık %7 oranında büyümüştür. 2008 yılında yaşanan küresel ekonomik krizden dolayı birçok gelişmiş ülkede daralma yaşanırken, Türkiye’de 2009 yılının son çeyreğinden itibaren pozitif yönlü büyümeye başlamış ve 2012 yılı üçüncü çeyreğine kadar büyümeye devam etmiştir. 2002-2012 döneminde gerçekleşen mali disiplin, harcama azaltıcı politikalar ve büyük çapta yapılan özelleştirmeler kamu maliyesindeki olumlu görünüme katkı sağlamıştır. Bu çabalar geleceğe yönelik beklentileri de olumlu etkilemiştir. Ayrıca, kamu maliyesinde gerçekleşen bu göstergeler sayesinde, Türkiye hem AB ülkelerinde devam eden borç krizinin olumsuz etkilerini bertaraf etmiş hem de ekonomi politikalarının uygulamasında geniş manevra alanı bulmuştur (Karagöl, 2013).

Tablo 2. Temel Ekonomik Göstergeler

	1990	2002	2012	2013
Büyüme				
GSYH (Cari Fiy. 1998 bazlı) (Milyon TL)	166.658	350.476	1.416.798	1.565.181
GSYH (Cari Fiy. 1998 bazlı) (Milyon \$)	265.384	230.494	786.283	821.937
GSYH (1998 Bazlı) (%)	6,8	6,2	2,1	4,1
Fiyat (Yüzde Değişme)				
GSYH Deflatörü	-	-	6,9	6,1
ÜFE Yıllık Ortalama	51,4	50,1	6,1	4,5
ÜFE Yılsonu	32,7	30,8	2,5	7,0
TÜFE Yıllık Ortalama	54,9	45,0	8,9	7,5
TÜFE Yılsonu	39,0	29,7	6,2	7,4
Ödemeler Dengesi (Milyon \$)				
İhracat (FOB) (Bavul Ticareti Hariç)	27.775	36.059	152.462	151.803
İthalat (CİF)	54.503	51.554	236.544	251.661
Dış Ticaret Dengesi	-26.728	-15.495	-84.082	-99.858
Cari İşlemler Dengesi	-9.920	-626	-48.497	-65.066
Cari İşlemler Dengesi / GSYH	-3,7	-0,3	-6,2	-7,9
Merkezi Yönetim Bütçesi (Milyon TL)*				
Bütçe Gideri	51.344	119.604	361.887	408.225
Bütçe Geliri	38.229	79.420	332.475	389.682
Bütçe Açığı	13.115	40.184	29.412	18.543
Faiz Dışı Denge	7.309	11.544	19.004	31.443
Bütçe Açığı / GSYH	7,87	11,47	2,08	1,18
Döviz Kurları				
Ortalama Dolar Kuru	0,624	1,506	1,793	1,901
Yılsonu Dolar Kuru	0,672	1,635	1,783	2,134
İşsizlik				
İşsizlik Oranı (%)			8,4	9,0

Kaynak: Maliye Bakanlığı

(*) 2006 yılından itibaren merkezi yönetim bütçesi rakamları kullanılmıştır. 2000-2005 yılları 5018 Sayılı Kanun gereği 2006 da yayınına başlanan Merkezi Yönetim Bütçe Performansı Tablolarının geçmiş yıllarla karşılaştırılabilirliğini sağlamak üzere oluşturulmuştur.

C. Sağlık Yönetimi

2003 yılı öncesinde sağlık sektörünün idaresinde birçok kuruluş söz sahibiydi. Üç büyük Sosyal Güvenlik Kurumu (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı) ve bunların birbirlerinden oldukça farklı uygulamaları vardı. Sağlık Bakanlığının Sosyal Sağlık Sigortası dâhil olmak üzere sağlık sigortası düzenlemeleri açısından rolü ve işlevi net değildi. SSK kendine bağlı hastane ve eczaneleri ile Türkiye'de ikinci büyük sağlık hizmet sunucusuydu. Bu durum hem vatandaşlar, hem sağlık hizmeti sunanlar, hem de sağlık hizmetlerinin ülke genelinde yönetilmesi açısından birçok zorluk oluşturmaktaydı (Akdağ ve Erkoç, 2012).

2003 yılında Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı yürürlüğe konulmuştur. Bu programın başarılı olabilmesi için bir yandan SSK'nın hizmet sunumundan çekilmesi diğer taraftan farklı sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında birleştirilmesi gerekiyordu. Bu doğrultuda hizmet sunumunun birleştirilmesi için yapılan çalışmalar iki yıl kadar sürmüştü, birleşmenin altyapısını oluşturmak amacıyla bir kısım adımlar atılmıştır. Bu adımlar neticesinde 19 Şubat 2005 tarihinde Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programının en önemli reformlarından biri gerçekleştirilmiştir. Üniversite hastaneleri, Savunma Bakanlığı ve belediye hastaneleri dışında, tüm kamu sağlık kuruluşları Sağlık Bakanlığına devredilmiştir. SSK eczaneleri kapatılarak, SSK'lıların serbest eczanelerden ilaç alabilmesinin önü açılmıştır. SSK hastanelerinin Sağlık Bakanlığına devri ve SSK eczanelerinin kapatılması ile sağlık hizmet sunumu ile finansmanı ayrılmıştır.

Mayıs 2006'da sağlık reformunun en önemli adımlarından biri atılmış, 5502 Sayılı Sosyal Güvenlik Kurumu Kanunu yürürlüğe girmiş ve mevcut sosyal güvenlik kurumları (SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı) birleştirilmiştir. 2006 yılı Haziran ayında vatandaşlara kapsayıcılıkları bakımından farklılık arzeden sağlık hizmetlerini ortak bir standarda kavuşturmak için Genel Sağlık Sigorta (GSS) sistemi kurulmuştur. Ancak GSS'nin tam olarak uygulanması ne yazık ki hedeflendiği gibi 2006 yılında gerçekleşmemiştir. İlk olarak sosyal güvenlik kurumlarının sağlık hizmet ödemeleri, 2007 yılı Ocak ayından itibaren birleştirilmiştir. Bu birleştirmeye beraber SGK, sağlık hizmetlerinin ödeme sistemi üzerinde en büyük söz sahibi ve belirleyici olmaya başlamıştır. Uygulamada çıkabilecek problemler göz önüne alınarak kanunun diğer hususları ile ilgili yürürlük tarihi, 2007 yılı Merkezi Yönetim Bütçe Kanunuyla 1 Temmuz 2007 yılına ertelenmiştir. 2008 yılı Ekim ayından itibaren GSS uygulaması başlamıştır. 2010 yılı Ocak ayında devlet memurları, 2012 yılı Ocak ayında ise yeşil kart programı, GSS kapsamına alınmıştır.

2003 öncesi Sağlık Bakanlığı, hizmet sunum işlevi de dâhil olmak üzere birçok görev ve sorumluluk nedeniyle taşıyabileceğinden fazla yük altına girmiş ve bu durum idari fonksiyonunu etkili bir şekilde yerine getirme becerisini azaltmıştı. 2003 yılı öncesinde sağlık sektöründe insan gücündeki sayısal yetersizliğinin yanı sıra, personelin ülke geneline dağılımında da dengesizlikler oluşmuştu. İnsan kaynaklarının planlaması, eğitimi ve kullanımı farklı kuruluşlar tarafından yapılmakta (Planlama; Sağlık Bakanlığı - DPT - YÖK, Eğitim; Üniversiteler - Sağlık Bakanlığı - SSK, İstihdam; Sağlık Bakanlığı - Üniversiteler - SSK) ancak bunlar arasında etkili bir koordinasyon sağlanamamaktaydı.

Kamu hastanelerinde finansal yönetim çok zayıftı. Verimliliğe gereken önem verilmiyordu. Yöneticilerin büyük bir kısmı kaynakların uygun şekilde kullanılmasından, maliyet kavramından, işletme bilgisinden ve yönetim eğitiminden yoksundu. Yöneticiler açısından personelinin motive edecek yeterli imkân yoktu. Merkez ve taşra yöneticileri sağlık hizmet ağının yönetiminde çok yetersizdi. Merkez ve taşra birimlerinde koordinasyon eksikliği mevcuttu. Sağlık sektöründe stratejik yönetim anlayışı yoktu (Akdağ ve Erkoç, 2012).

2003 yılından itibaren yapılan uygulamalarla; Sağlık Bakanlığı hastanelerinde yöneticilerin yetkileri ve imkânları artırılmış, yönetim hizmetlerine gereken önem vermeye çalışılmıştır. Devlet hizmet yükümlülüğü düzenlemesi ile sağlık personelinin ülke genelinde dengeli dağılımı sağlanmıştır. Personel istihdam ve nakillerine şeffaflık ve hakkaniyet getirilmiştir. Sağlık Bakanlığı birçok alanda taşra teşkilatlarına yetki devri yapmıştır. 2010 yılı Mart ayında Sağlık Bakanlığı hastanelerinde hastane yöneticileri için “Yönetici Performansı” uygulaması başlatılmıştır. 2012 yılı Kasım ayında 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile öngörüldüğü şekilde Sağlık Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı yeniden yapılandırılmış, 2 Kasım 2012 tarihi itibarıyla Türkiye genelinde Kamu Hastane Birlikleri hayata geçirilmiştir. Bu uygulama ile hastaneler ve bunların bağlı olduğu birliklerdeki yöneticiler sözleşmeli hale getirilmiştir.

D. Sağlık Hizmet Sunumu

Türkiye’de sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak kamu sağlık hizmet sunucuları tarafından sağlanmaktadır. Özellikle halk sağlığı ve 112 acil sağlık hizmetleri büyük ölçüde kamu tarafından sunulan ücretsiz sağlık hizmetleridir. 2003 yılından itibaren Türkiye’de sağlık hizmet sunumunda beş temel sağlık hizmet fonksiyonu açısından yaşanan gelişmeler ana hatlarıyla şu şekildedir.

Halk Sağlığı Hizmetleri; Türkiye’de kamu tarafından ücretsiz olarak sunulan halk sağlığı hizmetlerinde, 2003 yılından itibaren önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde halk sağlığı hizmetlerine ayrılan kaynaklar artırılmıştır. Aile hekimliğine sistemine geçilerek, halk sağlığı hizmetleri güçlendirilmiştir. Ücretsiz gezici sağlık hizmetleri tüm kırsala yaygınlaştırılmıştır. Türkiye’nin bütün illerinde ücretsiz kanser taraması yapan merkezler (KETEM) kurulmuştur. Aşılama programına dünyanın en gelişmiş aşıları dâhil edilmiştir. Halk sağlığı hizmetleri tamamen ücretsiz hale getirilmiştir. Sigara ve tütün ürünleri kullanımına ilişkin yeni düzenlemeler yapılmıştır. “Dumansız Hava Sahası” uygulaması başlatılmıştır. Çocuk sağlığını ilgilendiren çağdaş tarama programları, misafir anne projesi ve şartlı nakit yardımı başlatılmıştır. Ağır ruhsal bozukluğu olan hastaların takip ve tedavilerini gerektiğinde yaşadıkları ortamda yapacak “toplum temelli” ruh sağlığı modeline geçilmiştir. Kronik hastalıklara bağlı olarak sağlığın bozulmasını ve erken ölümleri önlemek için kapsamlı programlar hayata geçirilmiştir. Sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılması, hareket alışkanlığının artırılması ve daha aktif hayat tarzına uygun çevrenin hazırlanmasına yönelik programlar başlatılmıştır. Çok paydaşlı sağlık sorumluluğunu geliştirme programları başlatılmıştır. Anne ve bebek sağlığı hizmetleri yaygınlaştırılmış ve güçlendirilmiştir. “Evde Sağlık Hizmeti” uygulamasına başlanılmıştır.

112 Acil Sağlık Hizmetleri; Halk sağlığı hizmetleri gibi kamu tarafından ücretsiz olarak sunulan 112 acil sağlık hizmetlerinde, 2003 yılından itibaren Türkiye’de önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde 112 acil hizmetleri ücretsiz hale getirilmiştir. 112 acil hizmetleri kara, hava, deniz ambulansları ile donatılmış ve Türkiye’nin her köşesinde hizmet verebilir hale getirilmiştir. Avrupa’nın en büyük Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi (UMKE) kurulmuştur.

Hastane Hizmetleri; Türkiye’de hastanecilik hizmetleri ağırlıklı olarak kamu tarafından verilmektedir. Özel sektörün hizmet sunumunda %25 civarında payı vardır (Atasever,2014).

Tablo 3. Türkiye’de Hastane Verileri, (2014)

Sektör	Hastane		Yatak		Müracaat		Yatan Hasta		Ameliyat	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Sağlık Bakanlığı	866	57	123.690	60	292.100.331	74	7.396.239	57	2.445.424	51
Üniversite	69	5	36.670	18	32.143.930	8	1.737.627	13	765.549	16
Özel	556	36	40.509	20	67.856.106	17	3.818.789	29	1.585.586	33
Diğer*	37	2	5.967	3	4.477.277	1	81.618	1	2.387	0
Toplam	1.528	100	206.836	100	396.577.644	100	13.034.273	100	4.798.946	100

* Rakamlara MSB’ye ait hastaneler dâhildir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

2003 yılından itibaren hastanecilik hizmetlerinde de diğer sağlık hizmetlerinde olduğu gibi önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu dönemde ödeme gücü olmayan vatandaşların hastanelerde rehin kalmasına son verilmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde her hekime bir muayene odası prensibi getirilmiş vatandaşa hekim seçme imkânı sağlanmıştır. Hastanelerde koğu sisteminden içinde banyosu, tuvaleti, televizyonu, buzdolabı, telefonu ve refakatçi koltuğu olan oda sistemine yani nitelikli oda sistemine geçilmiştir. Modern tıbbın hizmetine giren son teknolojik cihazlar birçok gelişmiş ülkeyle aynı zamanda vatandaşların hizmetine sunulmuştur. Hastanelerde yoğun bakım, yanık ve yenidoğan kapasiteleri artırılmıştır. Sağlık Bakanlığı ve SSK hastaneleri tek çatı altında birleştirilmiştir. Hastanelere, yatan hastaların ilaç ve tıbbî malzemelerini temin etme zorunluluğu getirilmiştir. Güvenli kan ve kan ürünlerine erişim kolaylaştırılmıştır. Acil ve yoğun bakım tedavileri kamu ve özel tüm hastanelerde ücretsiz vermeye başlanmıştır. Özel hastanelerde yanık, kanser, yenidoğan, organ nakilleri, doğumsal anomaliler, diyaliz ve kalp damar cerrahisi işlemlerinden, belirlenmiş resmi fiyat dışında, ilave ücret alınması yasaklanmıştır. “Ulusal Organ Nakli Bekleme Sistemi” kurulmuştur. Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastanelerde “Hasta Hakları Birimi” kurulmuştur. Performansa bağlı ek ödeme uygulaması ile sağlık tesislerinin verimliliği artırılmıştır. Hizmet alımı yoluyla sağlık hizmet sunum kalitesi artırılmıştır. Ülke genelinde yenidoğan tarama programları yaygınlaştırılmıştır. “Tam Gün Kanunu” ile hekimlerin hastanelerde tam gün çalışması sağlanarak vatandaşların özel muayenehanelere gitme mecburiyeti büyük ölçüde azaltılmıştır. Sağlık Bakanlığının tüm hastanelerinde tam otomasyona geçilmiştir. Merkezi Hastane Randevu Sistemi (MHRS) uygulaması başlatılmıştır.

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri; 2002-2014 döneminde her ile en az bir ağız ve diş sağlığı merkezi (ADSM) açılmıştır. 2002 yılında 14 olan ağız ve diş sağlığı merkezi sayısını 2014 yılında 127'ye; 1 olan diş hastanesi sayısını ise 6'ya çıkarılmıştır. Diş hekimi istihdamı %100'den fazla artırılmıştır. Uygulanan vatandaş odaklı politikalarla hizmet sunum kapasitesi artırılmış, hizmete erişim kolaylaştırılmıştır. Türkiye genelinde diş fırçalama kampanyası başlatılmış bu kapsamda diş fırçası ve diş macunu dağıtımı yapılmıştır (Atasever, 2014).

İlaç ve Tıbbî Malzemeye Erişim; 2003 yılından itibaren uygulanan politikalar SSK'lı ve yeşil kartlı vatandaşların diğer vatandaşlar gibi serbest eczanelerden ilaç alabilmeleri sağlanmıştır. İlaç fiyatları kutu başı ortalama %60 oranında ucuzlatılarak, Avrupa'da en düşük düzeylere çekilmiştir. Bine yakın üründe %1 ile %80 arasında değişen fiyat düşüşleri gerçekleştirilmiştir. İlaçta SGK'nın kontrolünde tek geri ödeme komisyonu oluşturulmuştur. Mobil eczane uygulaması başlatılmıştır. İlacı geçtiği her aşamada izleyen İlaç Takip Sistemi (İTS) kurulmuştur. Akılcı ilaç kullanımı stratejileri uygulamaya koyulmuştur. İlaç prospektüsleri sade ve anlaşılabilir hale getirilmiştir. İlaçta KDV oranı %8'e düşürülmüştür. SGK'nın ilaç alımları için ilave iskontolar sağlanmıştır. İlaç ruhsatlandırma süreçleri AB ile uyumlu hale getirilmiştir. Referans bir ürünün jeneriği piyasaya çıktığında, ürünün fiyatı mevcut fiyatın %66'sını geçemez (hem referans hem de eşdeğer ürün için) kuralı getirilmiştir. Reçete edilen ilaçlar için en ucuz eşdeğer ilacın %15 fazlasına kadar olan ürünlerin karşılığının ödenmesi kuralı getirilmiştir. İlaç hammaddelerinin KDV oranı %8'e düşürülmüştür (Atasever, 2014).

E. Sağlık Göstergeleri

2003 yılında uygulamaya konan "Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile Türkiye sağlık göstergelerinde çok önemli gelişmeler sağlanmıştır (Atasever, 2014).

- Sağlık hizmetlerine erişim kolaylaştırılmış, 2002 yılında kişi başı hekime müracaat sayısı 3,2 iken 2013 yılında 8,2'ye çıkmıştır.
- DSÖ en önemli sağlık göstergesi olarak doğumda beklenen yaşam süresini almaktadır. DSÖ, 1998 yılı raporunda Türkiye için doğumda beklenen yaşam süresinin 2025 yılında 75 yıl olacağını tahmin etmişti. Bu rakama 2009 yılında ulaşılmıştır.
- DSÖ 1998 yılı raporunda Türkiye'de bebek ölüm hızı 2025 yılı için binde 16 tahmin edilmişti. 2002 yılında binde 31,5 olan bebek ölüm hızı, 2013 yılında binde 7,8 olarak gerçekleşmiştir.
- 2002 yılında yüz binde 64,0 olan anne ölüm oranı 2013 yılında yüz binde 15,9'e düşürülmüştür. Orta-üst gelir grubu ülkelerde anne ölüm oranı yüz binde 53'tür.
- Aşılama programına dünyanın en gelişmiş aşıları ilave edilmiştir. Aşılama oranları artırılmıştır. 2002 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi aşılama oranı %93 iken Türkiye'nin bu oranı %78 idi. 2013 yılında DSÖ Avrupa Bölgesi bu oranı %95'e çıkarırken Türkiye'de bu oran %98'e ulaşmıştır.

Tablo 4. Türkiye Sağlık Göstergeleri, (2002, 2013)

Gösterge	2002	2013
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi	72,5	76,9
Bebek Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	31,5	7,8
Beş Yaş Altı Ölüm Hızı (bin canlı doğumda)	40,0	10,3
Anne Ölüm Oranı (yüz bin canlı doğumda)	64,0	15,9
Cepten Yapılan Sağlık Harcamasının Toplam Sağlık Harcamasına Oranı (%)	19,8	16,8
Katastrofik Sağlık Harcaması Yapan Hane Oranı (%)	0,81	0,22
Sağlık Hizmetlerinden Genel Memnuniyet Düzeyi (%)	39,5*	74,7
10 Bin Kişiye Düşen Yatak Sayısı	24,8	26,4
100 Bin Kişiye Düşen Hekim Sayısı	138	174
100 Bin Kişiye Düşen Ebe-Hemşire Sayısı	171	252
Hekim Başına Düşen Hemşire Sayısı	2,44	1,44

* 2003 yılı verisidir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, TÜİK, OECD Health Data

F. Sağlık Hizmetleri Finansmanı

Sağlık hizmetlerinin finansmanı, her ülkede çözümü oldukça zor ve önemli bir konu olmuştur. Sağlık hizmetlerinin finansmanının önemli ve birbiriyle ilişkili 3 ayağı bulunmaktadır. Bunların birincisi; sağlık hizmetlerinin finansmanı için yeterli fonun toplanması, ikincisi; ödeyiciler arasında risk paylaşımı esasına dayalı olarak fonların havuzlanması ve üçüncüsü; fonların gerekli sağlık hizmetinin satın alınması veya sağlanması için uygun biçimde kullanılmasıdır (Ateş, 2011).

Ülkelerin, sağlık hizmetleri için harcama yapması gerektiği konusunda hemen herkes hemfikirdir. Ancak bu konuda sorulan ve sürekli olarak tartışmalara konu olan temel sorulardan birisi, “bu harcama düzeyinin ne olması gerektiği” ile ilgilidir. Sağlık harcamalarının temel belirleyicileri arasında hem yapısal hem de durumsal/dönemsel faktörler yer alabilmektedir. Bu faktörler; sağlık sistemlerinin nasıl organize edildiği ve yönetildiği, nüfusun sağlık ihtiyaçları, ekonomik gelişme ve kişi başı gelir düzeyi, sosyo-kültürel faktörler, sağlık güvencesinin varlığı, sağlık hizmetini sunanların davranışı, hizmet sunumu ve hekim ödeme modelleri, nüfusun ve hastaların artan beklentileri, teknolojik gelişmeler, kullanım biçimlerinin değişmesi, hastalık dokusundaki değişimler, politik değişimler, çocuk nüfus oranı ve nüfusun yaşlanması ile birlikte sağlık hizmetleri gereksiniminin artması olarak belirtilebilir. Sağlık harcamalarında bu belirleyicilerin payı, etkisi ve önemi ülkeden ülkeye farklılıklar göstermektedir (Yıldırım, 2013).

Ülkelerin genelinde, sağlık politikası üreten kişiler için asıl önemli konu; insanların ihtiyaç duydukları anda ihtiyaç duydukları sağlık hizmetine ulaşmalarının nasıl garanti edileceği ve kişilerin sağlık harcamalarının finansal riskine karşı nasıl korunacağıdır.

Sağlık finansmanı konusunda 3 farklı yöntem bulunmaktadır (Sur ve Palteki, 2013; Özsarı, 2013:439):

Kamusal Finansman Modeli: Bu modelin temeli vergi ve prim esasına dayanır. Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanı toplanan genel veya özel vergiler yoluyla (Beveridge Modeli) ya da toplanan primler yoluyla (Bismark Modeli) sağlanmaktadır. Finansmanın bir kısmının vergiler bir kısmının da primler yoluyla sağlandığı örnekler de vardır.

Özel Finansman Modeli: Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanı özel sağlık sigortacılığı, tıbbî tasarruf hesapları ve cepten yapılan sağlık harcamaları ile karşılanır.

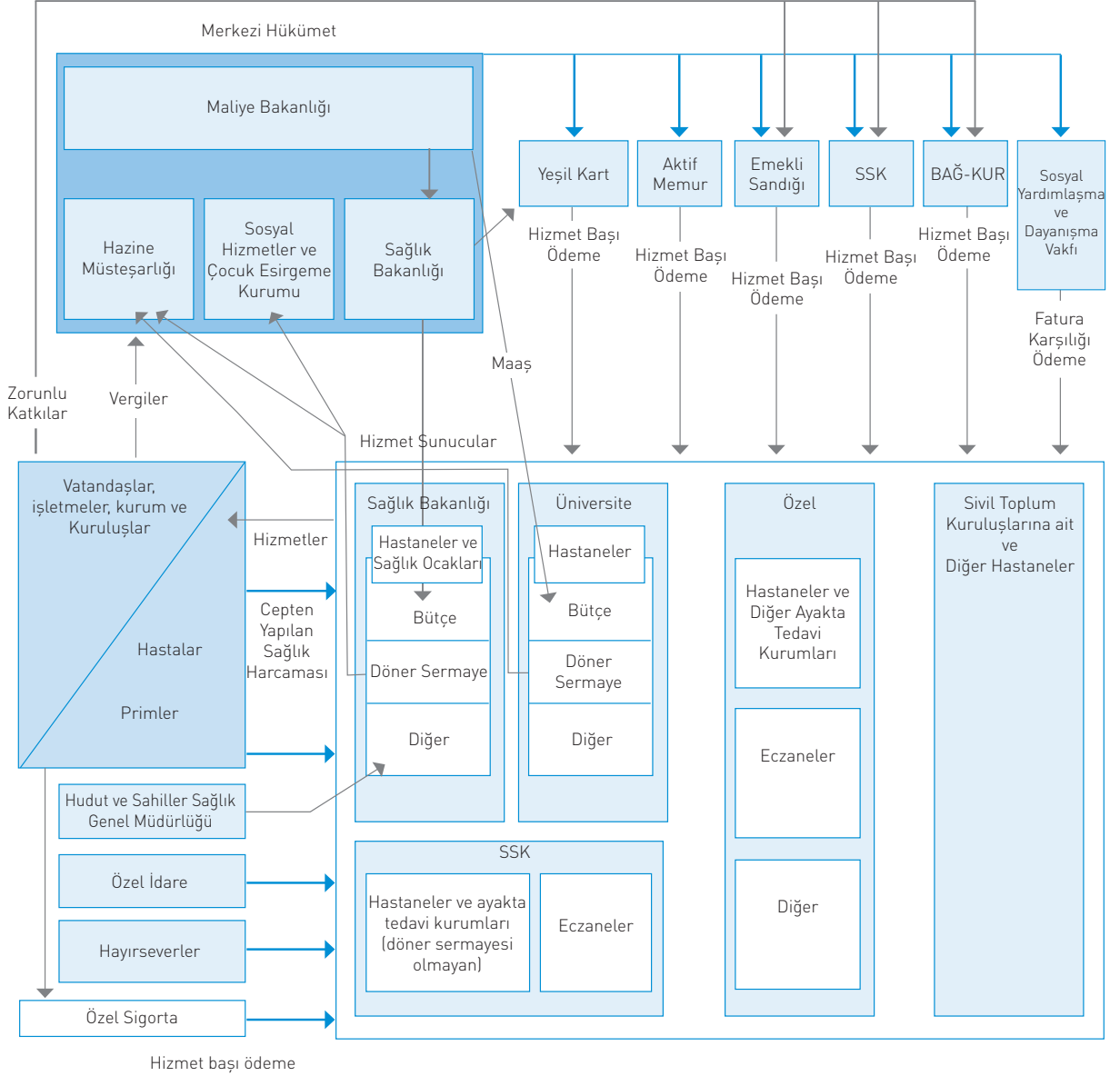
Karma Finansman Modeli: Bu modelde sağlık hizmetlerinin finansmanında kamusal finansman modeli ile özel finansman modeli birlikte kullanılmaktadır. Yani sağlık hizmetlerinin finansmanı Türkiye’de olduğu gibi vergiler, primler, özel sağlık sigortaları, tıbbî tasarruflar ve cepten yapılan harcamalarla karşılanmaktadır.

Türkiye’de sağlık sisteminin finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Bir taraftan belirli bir kesim için sağlık sigortacılığı (Bismark Modeli) uygulanırken diğer taraftan kamu yardımı (Beveridge Modeli) modeli uygulanmakta ve sistemin finansmanında özel harcamalar da pay almaktadır. (Ateş, 2011)

Türkiye’de 2002 yılında sağlık hizmetlerinin finansmanında, toplanan primler yeterli olmadığı için vergiler yoluyla toplanan fonlar bu açığı finanse etmekteydi. Bu finansmanların yanında Türkiye’de düşük ölçekte olsa da özel sağlık sigortacılığı, sigorta sandıkları, vakıf üniversiteleri gibi kaynaklar (%9,5) ve hane halkının sağlık harcamaları (%19,8) olmak üzere toplam sağlık harcamasının %29,3 tutarında özel sektör sağlık harcaması vardı (Atasever, 2014).

2002 yılında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı kamu finansmanıydı. Özellikle koruyucu hizmetlerin tamamına yakını devlet tarafından karşılanmaktaydı. Türkiye’de 2002 yılında yapılan her 100 TL’ lik sağlık harcamasının 71 TL’ si kamu tarafından karşılanmıştır. 2003-2013 döneminde sağlık alanında yapılan reformlarla kamunun sağlık harcaması içindeki payı 78,5 TL’ye yükselmiştir (Atasever, 2014).

2003 yılı öncesi Türkiye sağlık sisteminde oldukça karışık bir ödeme sistemi mevcuttu. Sağlık ödemeleri sayıları onbinlerle ifade edilebilecek kadar fazla olan ödeme birimleri tarafından yürütülüyordu. Bu ödeme birimlerini ve yapılan ödemeleri kontrol etmek oldukça zordu. Bu kadar fazla ödeme birimi hem ödeyiciler hem de hizmet sağlayıcılar açısından birçok soruna yol açıyordu. Bu birimlerde sağlık ödemesini yapanların nitelikli elaman çalıştıramıyor, hizmet sunucular ise tahsilatlarını takip edemiyordu. 2003 yılında sağlık hizmetlerindeki ödeme sistemi birçok açıdan oldukça bürokratik, maliyetli ve yönetimi zor bir sistemdi (Atasever, 2014) .

Şekil 1. Türkiye Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2002)

Kaynak: Atasever M. (a.g .e)

2003 yılından itibaren sağlığın finansmanı açısından da önemli reformlar yapılmıştır. Bu dönemde geri ödeme sisteminin daha sağlıklı çalışabilmesi için 2004 yılında "Geri Ödeme Komisyonu" kurulmuştur. Bu komisyon; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşturulmuştur. Bu komisyon 2007 yılı Ağustos ayında SGK'ya devredilmiştir. Tüm sağlık sigorta fonları için tek bir geri ödeme komisyonu'nun kurulmasıyla birlikte, önceden var olan parçalı sistemin yerini alan ve tüm fonları etkileyecek ödeme stratejilerinin ele alınmasına yönelik bir mekanizma oluşturulmuştur. Parçalı bir yapıya sahip sosyal güvenlik kurumları için norm birliğinin sağlanması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve BAĞ-KUR Genel Müdürlüğünü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 5502 Sayılı Kanunla 2006 yılı Mayıs ayında kurulmuştur. Bu reformla sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması öngörülmüştür (Atasever, 2014).

Reform ile birlikte nüfusun tamamına eşit, kolay, ulaşılabilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumunu amaçlayan genel sağlık sigortası sisteminin oluşturulması hedeflenmiştir. Bu itibarla, 2006 yılı Mayıs ayında 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu kabul edilmiş, 01.01.2007 tarihinde de yürürlüğe girmesi öngörülmüştür. Ancak 5510 Sayılı Kanununun bazı maddelerinin Anayasa Mahkemesince iptal edilmesi, kanuna ek ve değişiklik getiren mevzuatın çıkarılması gibi nedenlerle yürürlük tarihi; önce 01.07.2007 tarihine, sonra 01.01.2008 tarihine ertelenmiş ve nihayet 5510 Sayılı Kanun 01.10.2008 tarihinde tüm hükümleri ile yürürlüğe girmiştir. 5510 Sayılı Kanun ile sosyal sigortalar alanında birçok konuda norm ve standart birliği sağlanmış ve uygulamaya geçirilmiştir (Atasever, 2014).

2007 yılından itibaren SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı ödemelerinin SGK bünyesine alınmasını, 2010 yılından itibaren kamu görevlilerinin ödemeleri, 2012 yılından itibaren ise yeşil kart ödemeleri takip etmiştir. Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu'nun tam anlamıyla işler hale getirilmesi 2012 yılı Ocak ayında yeşil kart ödemelerinin SGK bünyesine alınması ile tamamlanmıştır. SSK, BAĞ-KUR, Emekli Sandığı (2007 yılında) ve son olarak ödemeleri SGK bünyesine alınan kamu görevlileri (2010 yılı Ocak ayı) için teminat paketleri uyumlu hale getirilmiştir. Ancak 2013 yılı itibarıyla sadece yeşil kart sahipleri için teminat paketi farklıdır. Yeşil kartlı vatandaşlar sadece aile hekimliğine ve Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelere serbest olarak başvuru yapabildikleri halde, üniversite hastanelerinden bazı istisnalar dışında yalnızca sevkli olarak hizmet alabilmektedirler. Özel hastanelerden ise ancak bazı istisnai durumlarda hizmet alabilmektedirler (acil haller, kamu hastanelerinde yoğun bakım için yer olmaması gibi) (Atasever, 2014).

Sosyal Sigortalar ve GSS Kanunu kapsamında, GSS'nın primli ve primsiz iki sistemi mevcuttur. Primli sistem kapsamında, kamu sektörü ve özel sektördeki işçiler, çalışan devlet memurları, sözleşmeli personel ve serbest çalışanların ücretlerinden %12,5 ve ayrıca işverenin katkısı %7,5 oranında prim toplanmaktadır (OECD Sağlık Sistem İncelemeleri Türkiye, 2008).

2012 yılından itibaren primsiz sistemden yararlanacakların tespiti Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından yapılmaya başlanmıştır. Primsiz sistemden yararlananların neredeyse tamamına yakını daha önce yeşil kart sistemi aracılığıyla sağlık hizmetinden yararlanan vatandaşlardan oluşmaktadır.

Türkiye’de ödeme gücü olmayan vatandaşların sağlık hizmetlerinden yararlanabilmesi için 1992 yılında çıkarılan 3816 Sayılı Kanun ile yeşil kart uygulaması başlatılmıştır. 2006 yılı Haziran ayında yürürlüğe giren 5510 Sayılı “Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu” ile Sosyal Sigorta Kurumlarının tek çatı altında toplanmış ve uygulamanın tekleştirilerek sistemi basitleştirmek, sosyal güvence sistemini daha etkin hale getirmek ve tüm vatandaşlara kaliteli sağlık hizmeti sunmak hedeflenmiştir. GSS reformu ile tasarlanmak istenen sağlık sisteminde, her vatandaşın, gelir durumuna göre belirlenecek prim tutarları karşılığında ve ödediği prim tutarlarından bağımsız olarak kaliteli bir sağlık hizmetine ulaşabilmesi planlanmıştır.

Bu dönem yapılan önemli reformlardan biri olarak 2007 yılında SGK bünyesinde bir GSS fonu oluşturulmuştur. GSS’nin oluşturulmasına paralel SGK bünyesinde yeşil kart dâhil olmak üzere tüm sağlık sigorta fonlarının taleplerini işleme almak üzere MEDULA üzerinde sanal bir kontrol ve ödeme yönetim sistemi kurulmuştur. Buna göre SGK ile sözleşmesi olan tüm kamu ve özel sağlık kuruluşlarının MEDULA sistemini kullanımı zorunlu hale gelmiştir.

MEDULA’nın kurulması, tüm sağlık sigorta fonlarının talep sunma işlemlerini standart hale getirmiş; bu birleşik sistem ile GSS’ de sanal bir tek ödeyici sisteminin kurulması sağlanmıştır. Bu sistemle Türkiye sağlık sisteminde yapılan reformlarla satın alma ve hizmet sunumu işlevlerinin önceki parçalı ve çoklu yapıdan kurtarılması; satın alıcılar ve hizmet sunucular arasında düzgün, kurumsal ve hesap verebilir ilişkilerin oluşturulması sağlamıştır (Akdağ ve Erkoç, 2012).

Bu yöndeki ilk önemli değişiklik, 2005 yılında SSK’nın sağlık sunum hizmeti işlevini Sağlık Bakanlığına bırakması ile yapılmıştır. SSK sağlık tesislerinin 2005 yılı Şubat ayında Sağlık Bakanlığına devri ile birlikte sosyal güvenlik kurumları hizmet sunumundan çekilmiştir.

Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı ile sağlık finansmanı alanında yaşanan önemli reformlardan biri de sağlık alanında ekonomik bir etki doğurabilecek bütün kararların alındığı sağlıkla ilgili Ekonomik Koordinasyon Kurulunun çalışmalarıdır. Hükümet adına sağlık alanında kararların alındığı bu kurulun başkanlığını Hazine ve Maliye Bakanlığı Sorumlu Başbakan Yardımcısı yapmaktadır. Kurulun üyeleri Sağlık, Maliye, Çalışma ve Sosyal Güvenlik ve Kalkınma Bakanlarıdır. Kurul, düzenli olarak toplanarak sağlıkla ilgili özellikle finansal nitelikteki gelişmeleri tartışmakta, gerekiyorsa tedbir almaktadır. Bu kurula ilgili bürokratlar da katılmakta ve gerekli bilgilendirmeyi yapmaktadırlar.

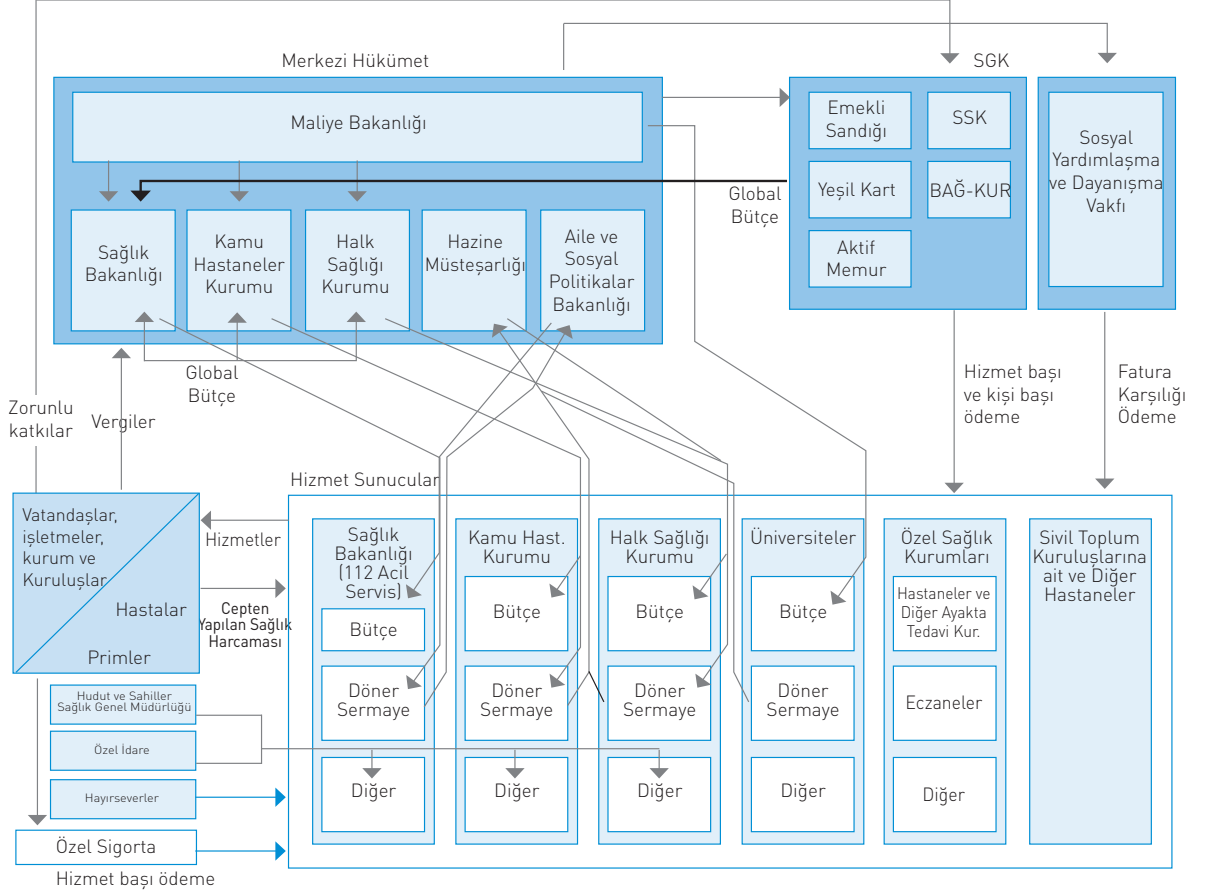
Ekonomik koordinasyon kurulu, sağlık harcamalarının sistematik bir şekilde izlenmesi, değerlendirilmesi ve oluşabilecek finansal risklerin hızlı bir şekilde tespit edilebilmesini sağlamaya yönelik olarak "Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu"nu kurmuştur. Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonunda Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı (DPT)*, Hazine Müsteşarlığı, Maliye Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, SGK ve Türkiye İstatistik Kurumunun (TÜİK) 2 asil ve 2 yedek temsilcisi bulunmaktadır.

Komisyonun faaliyet alanı; sağlık harcamalarına ilişkin verileri derleyip düzenli bir şekilde sunulmasını sağlamak, doğru ve sağlıklı bilgiler ile objektif analizler içeren raporlar hazırlayarak sağlık politikalarıyla ilgili karar alıcıları bilgilendirmek ve gerekli stratejilerin oluşturulabilmesini sağlamaya yönelik önerilerde bulunmak şeklinde belirlenmiştir. Bu komisyon tarafından sağlık harcamalarının gelişimine ilişkin analizler yapılmakta ve bu analizler sonucunda ihtiyaç duyulması hâlinde yeni politikalar belirlenmektedir (Atasever, 2014).

Sağlık finansmanı alanında yapılan reformlardan bir diğeri de Sağlık Bakanlığının kamu sağlık harcamalarından aldığı payın 2006 yılından itibaren global bütçe adı verilen yöntemle tespit edilmesidir (Atasever, 2014).

SSK, Emekli sandığı ve Bağ-Kur'un sağlık ödemelerinin SGK bünyesinde birleşmesiyle 2007 yılından itibaren sistematik olarak düzelmeye başlayan Türkiye sağlık sistemindeki sağlık ödemeleri 2010 yılında devlet memurlarının 2012 yılında ise yeşil kart ödemelerinin SGK'ya devri ile oldukça düzenli bir şekle dönüşmüştür.

*Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı 2011 yılında Kalkınma Bakanlığı'na dönüştürülmüştür.

Şekil 2. Türk Sağlık Sistemindeki Fonların Akış Şeması, (2015)

Kaynak: Atasever M. (a.g.e.)

2003 yılından itibaren sağlığın finansmanı ile ilgili sağlanan diğer gelişmelerin en önemli olanlarını şöyle sıralayabiliriz.

- Vatandaşların sağlık sigortalarıyla özel hastanelerden hizmet alması sağlanmıştır.
- Acil ve yoğun bakım tedavileri tüm hastanelerde ücretsiz hale getirilmiştir.
- Yoksul vatandaşların, kamu sağlık hizmetlerinden bütünüyle faydalanabilmesi sağlanmıştır.
- İlaçta "Referans Fiyat Sistemi" uygulamasına geçilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı hastaneleri işletmecilik ilkeleri doğrultusunda yönetilmeye başlanmıştır.
- Ekonomi koordinasyon kurulu ile sağlık finansmanı ile ilgili birimler arasında uyum ve koordinasyon tesis edilmiştir.

- Sağlık hizmetlerinin finansmanında “Global Bütçe Modeli” geliştirilmiştir.
- 18 yaşın altındaki tüm nüfusun ve eğitim görenlerin GSS kapsamına alınması sağlanmıştır.
- SSK’lı ve BAĞ-KUR’ luların sağlık hizmeti alabilmesi için prim ödeme süresi 30 güne indirilmiştir.

G. Sağlık Harcamaları

G.1. Yıllara Göre Sağlık Harcamaları

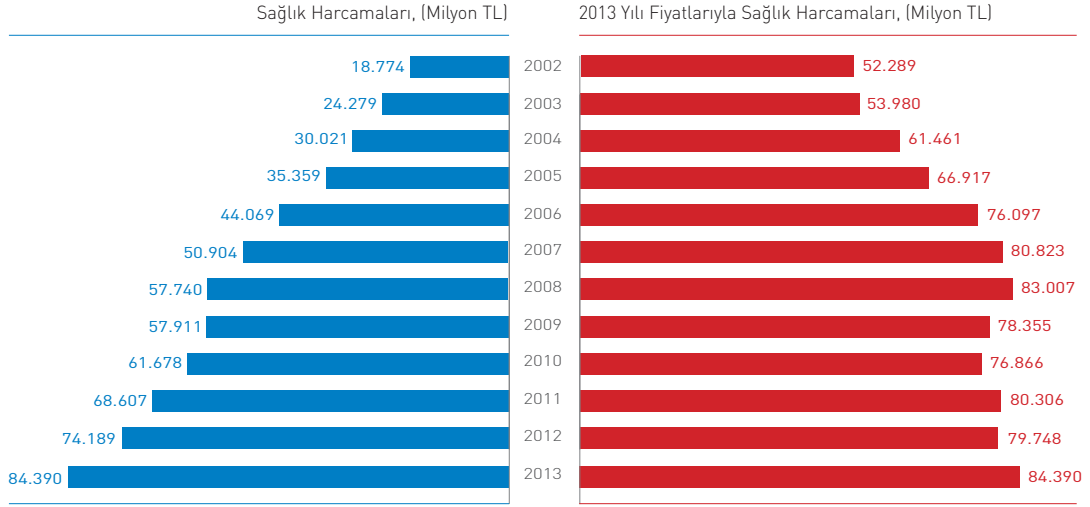
Türkiye’de 2002-2013 dönemi gerçekleşen toplam sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 5. Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)

Yıllar	TL	2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	18.774	52.289	12.467	30.760
2003	24.279	53.980	16.261	31.497
2004	30.021	61.461	21.107	37.050
2005	35.359	66.917	26.372	42.568
2006	44.069	76.097	30.793	52.062
2007	50.904	80.823	39.112	58.854
2008	57.740	83.007	44.659	64.872
2009	57.911	78.355	37.434	63.733
2010	61.678	76.866	41.108	65.578
2011	68.607	80.306	41.082	69.516
2012	74.189	79.748	41.388	70.466
2013	84.390	84.390	44.385	76.844
2002-2013 Artış (%)	350	61,3	256	150

Kaynak: TÜİK

2002-2013 yılları arası sağlık harcamaları nominal (güncel) olarak %350 reel (enflasyon etkisinden arındırılmış) olarak ise %61,3 artmıştır (Tablo 5).

Grafik 3. Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL)

Kaynak: TÜİK

G.2. Yıllara Göre Sağlık Harcamalarının GSYH ile Karşılaştırması

Türkiye’de 2002-2013 dönemi gerçekleşen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

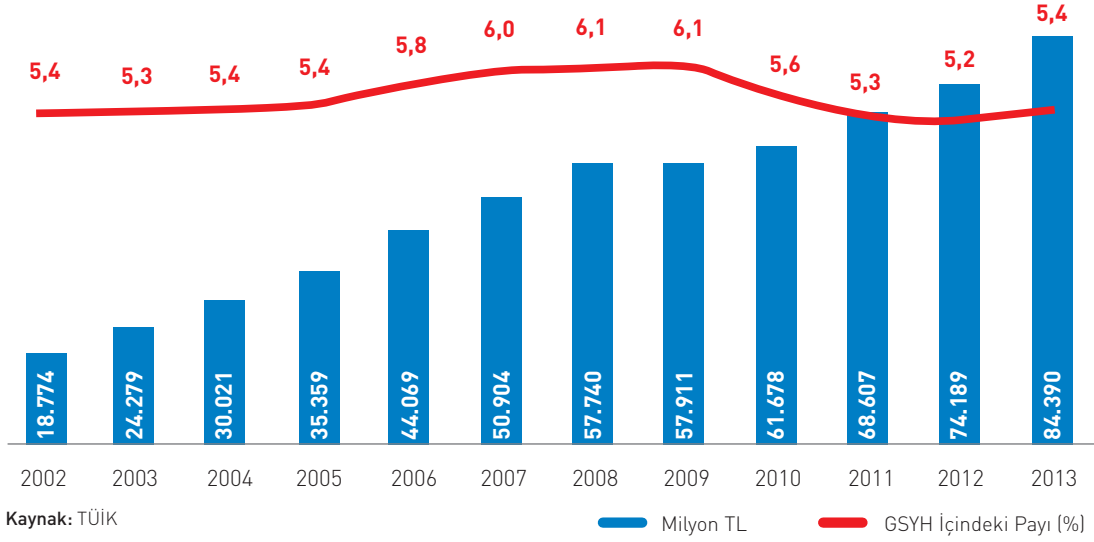
Tablo 6. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Yıllar	Sağlık Harcamaları, Milyon TL	GSYH, Milyon TL	Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)	OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)
2002	18.774	350.476	5,4	8,3
2003	24.279	454.781	5,3	8,5
2004	30.021	559.033	5,4	8,6
2005	35.359	648.932	5,4	8,7
2006	44.069	758.391	5,8	8,6
2007	50.904	843.178	6,0	8,6
2008	57.740	950.534	6,1	8,9
2009	57.911	952.559	6,1	9,6
2010	61.678	1.098.799	5,6	9,4
2011	68.607	1.297.713	5,3	9,3
2012	74.189	1.416.798	5,2	9,2
2013	84.390	1.565.181	5,4	-

Kaynak: TÜİK, OECD Health Data

2002 yılından itibaren sağlık hizmetlerinde sağlanan gelişmelere rağmen sağlık harcamalarının GSYH içindeki payı değişmemiştir (%5,4). OECD 2012 yılı ortalaması olan %9,2'ye kıyasla oldukça düşük olan bu oranın, Türkiye'deki yaşlı/çocuk nüfus oranı ve sağlık personel sayısı gibi faktörler dikkate alınarak değerlendirilmesi gerekmektedir (Tablo 6).

Grafik 4. Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

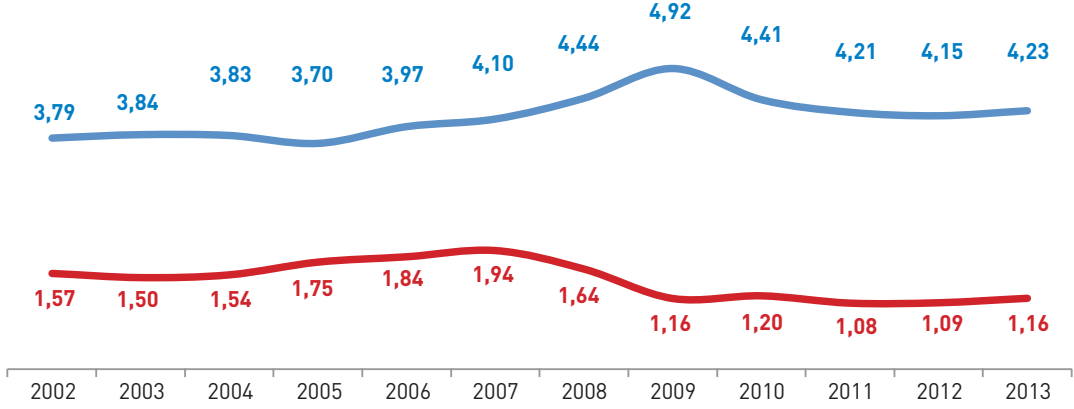


Tablo 7. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (%)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Kamu Sağlık Harcamaları	3,79	3,84	3,83	3,70	3,97	4,10	4,44	4,92	4,41	4,21	4,15	4,23
Özel Sağlık Harcamaları	1,57	1,50	1,54	1,75	1,84	1,94	1,64	1,16	1,20	1,08	1,09	1,16
Toplam Sağlık Harcamaları	5,36	5,34	5,37	5,45	5,81	6,04	6,07	6,08	5,61	5,29	5,24	5,39

Kaynak: TÜİK

2002 ile 2013 yılları karşılaştırıldığında Türkiye'de sağlık harcamalarının GSYH oranı (%5,4) değişmemiştir. Fakat finansman yapısı değişmiştir. 2002 yılında sağlık harcamalarının GSYH'ya oranının %3,79'unu kamu finanse ediyor iken bu oran 2013'de %4,23'e yükselmiştir (Tablo 7).

Grafik 5. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (%)

Kaynak: TÜİK

Kamu Sağlık Harcamaları

Özel Sağlık Harcamaları

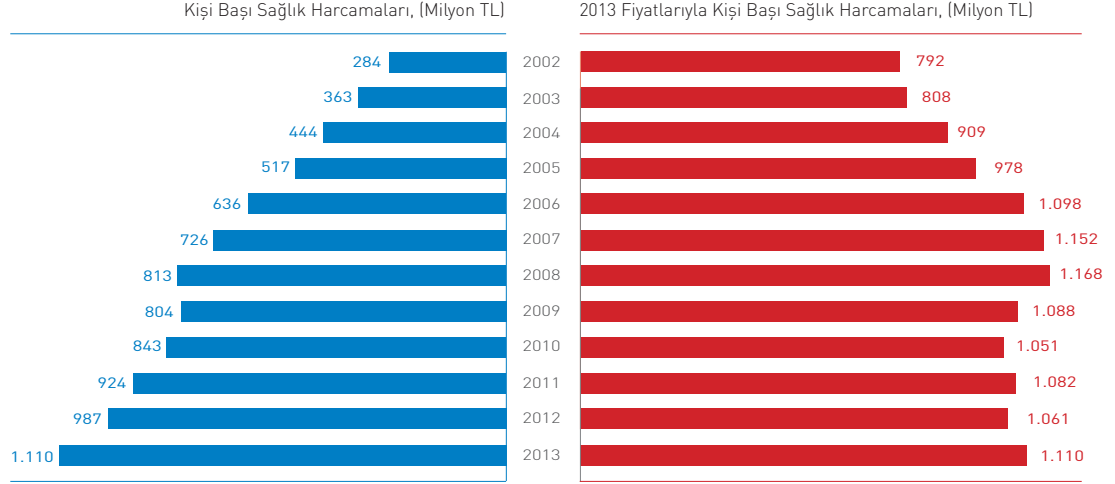
G.3. Yıllara Göre Kişi Başı Sağlık Harcamaları

Türkiye’de 2002-2013 döneminde yıllara göre kişi başı sağlık harcamaları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 8. Kamu ve Özel Sağlık Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (%)

Yıllar	TL	2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	284	792	189	466
2003	363	808	243	472
2004	444	909	312	548
2005	517	978	385	622
2006	636	1.098	444	751
2007	726	1.152	557	839
2008	813	1.168	629	913
2009	804	1.088	520	885
2010	843	1.051	562	897
2011	924	1.082	553	937
2012	987	1.061	551	937
2013	1.110	1.110	584	1.010
2002-2013 Artış (%)	290	40	209	117

Kaynak: TÜİK

Grafik 6. Kişi Başı Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL)

Kaynak: TÜİK

Tablo 9. Kişi Başı Kamu Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)

Yıllar	TL	2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	201	560	134	329
2003	261	581	175	339
2004	316	648	222	391
2005	351	663	261	422
2006	435	750	304	513
2007	492	781	378	569
2008	593	853	459	667
2009	651	881	421	716
2010	663	826	442	705
2011	735	861	440	745
2012	782	841	436	743
2013	871	871	458	793
2002-2013 Artış (%)	333	55,5	241,7	141

Kaynak: TÜİK

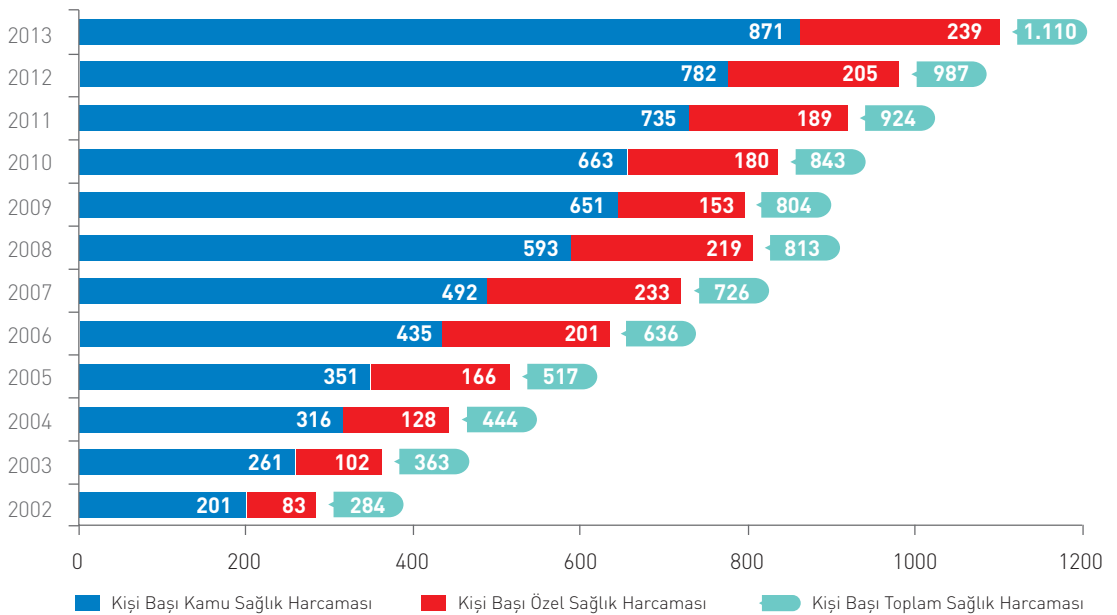
2002-2013 döneminde kişi başı kamu sağlık harcamaları nominal olarak %333, reel olarak %55,5 artmıştır (Tablo 9).

Tablo 10. Kişi Başı Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)

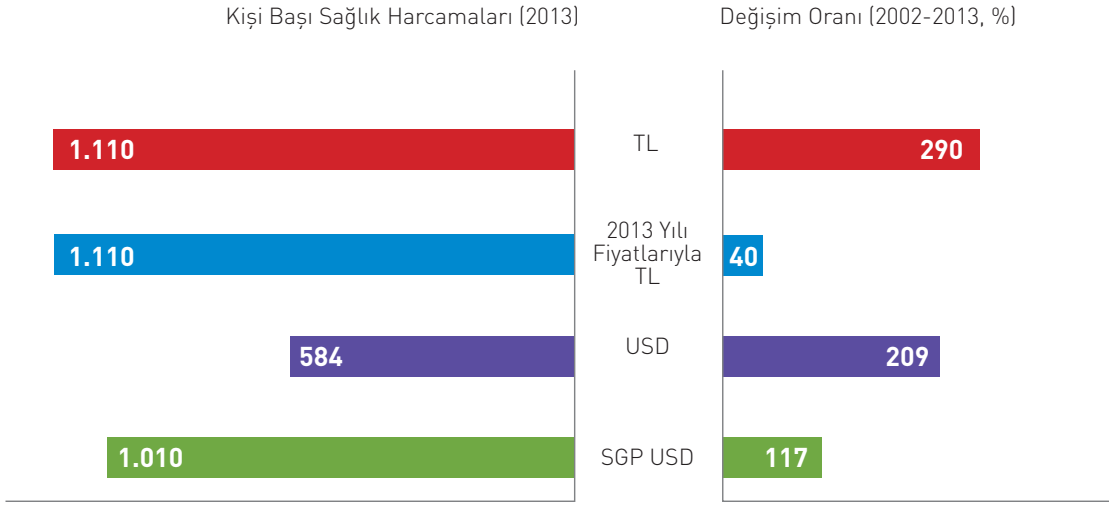
Yıllar	TL	2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	USD	SGP USD
2002	83	232	55	137
2003	102	227	68	132
2004	128	261	90	158
2005	166	314	124	200
2006	201	348	141	238
2007	233	371	179	270
2008	219	315	170	246
2009	153	207	99	168
2010	180	225	120	192
2011	189	221	113	191
2012	205	220	114	195
2013	239	239	126	217
2002-2013 Artış (%)	187,9	3,0	129	58,3

Kaynak: TÜİK

Kişi başı özel sağlık harcamaları nominal olarak %187,9 reel olarak %3 artmıştır (Tablo 10).

Grafik 7. Kişi Başı Kamu ve Özel Sağlık Harcamaları, (2002-2013), (TL)

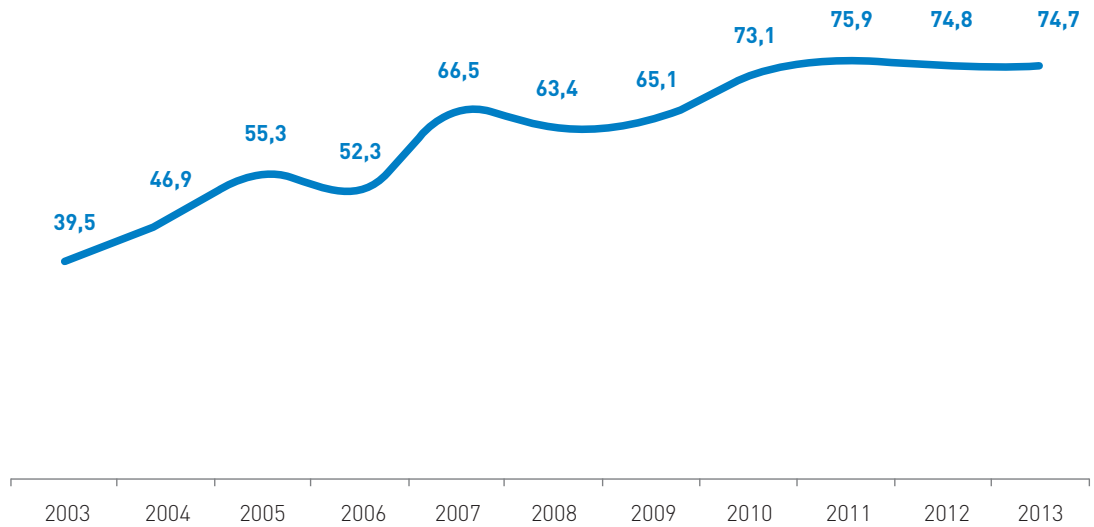
Kaynak: TÜİK

Grafik 8. Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Değişimi, (2002, 2013), (TL/USD)

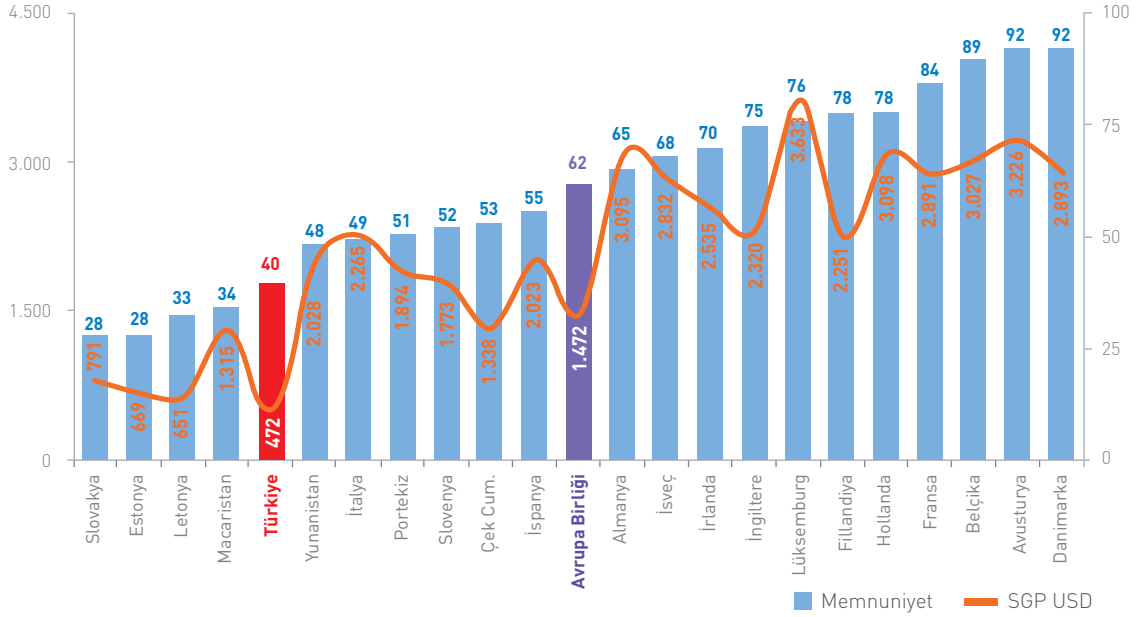
Kaynak: TÜİK

H. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet

2002-2013 döneminde uygulanan vatandaş odaklı politikalarla sağlık hizmetlerinden memnuniyet önemli ölçüde artmıştır.

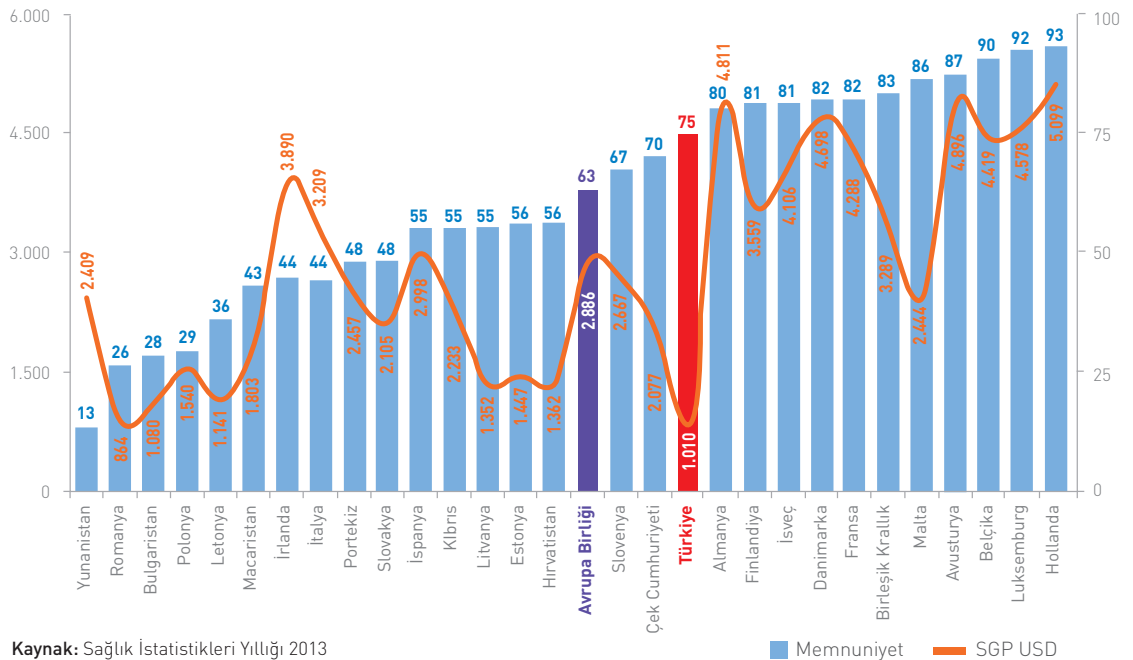
Grafik 9. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet Oranı, (2003-2013), (%)

Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması

Grafik 10. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP USD), (2003)

Kaynak: OECD Health Data, Bulletin of the World Health Organization 2009, TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması

2003 yılında Türkiye’de satın alma gücü paritesi cinsinden kişi başı 472 ABD doları harcama yapılmaktayken sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı %40 olarak belirlenmiştir (Grafik 10). 2013 yılına gelindiğinde bu tutar 1.010 ABD dolarına çıkarılmış ve memnuniyet oranı %75’e yükselmiştir (Grafik 11).

Grafik 11. Sağlık Hizmetlerinden Memnuniyet (%) ve Kişi Başı Sağlık Harcaması (SGP USD), (2013)

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013

2003 yılında Avrupa Birliği'nde sağlık hizmetlerinden memnuniyet %62 iken Türkiye'de bu oran %39,5 idi. 2013 yılında sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı Türkiye'de %75'e çıkmış, Avrupa Birliği'nde ise %63'te kalmıştır (Grafik 11).

Sağlık harcaması Türkiye'ye benzeyen Bulgaristan'da (1.080 SGP ABD \$) sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı Türkiye'nin 1/3'ü (%28) iken sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı Türkiye'ye yakın olan Çek Cumhuriyeti'nin (%70) sağlık harcaması (2.077 SGP ABD \$) Türkiye'nin 2 katının üzerindedir (Grafik 11).

İkinci Bölüm

İlaç Sektörünün Değerlendirilmesi

A. İlaç Sektörünün Yapısı ve Özellikleri

İlaca olan talep sağlık talebinin bir sonucudur. Sağlık sektörü, aşağıda sayılan nedenlerle diğer mal ve hizmet piyasalarından ayrılmaktadır (Rekabet Kurumu, 2013).

- Devletin sektörün içindeki ağırlığı,
- Hastalıkların çıkış zamanlarının bilinmemesi
- Hizmet sunumunun kalitesinden kaynaklanan belirsizlik,
- Doktorlar ile hastalar ve diğer piyasa aktörleri arasındaki bilgi asimetrisi,
- Sektörün sağlık sektörüne bağımlılığı

Sözü edilen farklılıkların tamamının ilaç sektörü için de geçerli olduğu değerlendirilmektedir. Ancak fikri mülkiyet hukukunun belirleyici olması ve ilacın özellikleri gibi başka unsurların varlığı nedeniyle, ilaç sektörü iktisadi analizlerde sağlık sektöründen farklı bir şekilde ele alınmaktadır. Arz tarafından ele alındığında ilaç sektörü, Ar-Ge ve tanıtım faaliyetlerinin yoğun olduğu bir yapıdadır.

İlaç sektöründe tüketiciler (hastalar) ürünlerin nitelikleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmadığından, kullanılacak reçeteli ilaçlar konusundaki nihai karar mercii doktorlardır. Ancak harcamaların hastalar ya da doktorlar tarafından değil, önemli ölçüde sağlık sigortası veya devlet bütçesi tarafından karşılanıyor olması, talebin yapısını daha farklı hale getirmektedir. Dolayısıyla talep cephesinde; hasta, doktor ve geri ödeme kurumundan oluşan üçlü bir yapı bulunmaktadır. Hatta son dönemdeki gelişmeler (eşdeğer ikamesi ve OTC ilaç pazarı) göz önüne alındığında bu yapıya eczacıları da eklemek yanlış olmayacaktır. Hastalar, farklı ilaç kategorileri bakımından farklı özellikler gösterebilmektedir. Belirli bir ilacı sürekli kullanan kronik hastalar, bilgi düzeyi ve marka bağımlılığı yüksek olarak nitelendirilmektedir. Bunlar, doktorun reçeteleme kararları üzerinde etkili olabilmektedir. Akut hastalığı bulunan kişiler bakımından, doktorlar büyük ölçüde belirleyicidir. Bunların, marka bağımlılığı da düşüktür. OTC kategorisindeki ilaçlarda ise, geçmiş deneyimler ve eczacı görüşleri öne çıkmaktadır. Sonuç olarak, sözü edilen farklı tüketim kalıplarının varlığı, hasta gruplarına yönelik düzenlemelerin farklılaşmasına neden olmaktadır.

Doktorların fiyata duyarsız olması, ilaç harcamalarını artırabilmektedir. Bu nedenle, söz konusu harcamaların önemli bir kısmını karşılamak durumunda olan geri ödeme kuruluşları, ilaç seçimine yönelik sınırlama getirilmesi amacıyla çeşitli tedbirlere başvurmaktadır. Bunların başında, doktorlara belirli bir ilaç bütçesi getirilmesi ve reçeteye ilaç adı yerine etkin madde ismi yazılması gelmektedir. Bu uygulamalar, bazı ülkelerde (İngiltere, Hollanda) teşvik yöntemleriyle desteklenirken, bazılarında ise zorunlu tutulmaktadır (Portekiz, Romanya). Son olarak, talep cephesinde en önemli oyuncu olan doktorların, ilaç firmalarının tanıtım faaliyetlerinin esas hedefi olduğu belirtilmelidir (Rekabet Kurumu, 2013).

B. İlaç Endüstrisi

İlaç sektörü, “hastalığı tedavi etmek ve/veya önlemek, bir teşhis yapmak veya bir fizyolojik fonksiyonu düzeltmek, düzenlemek veya değiştirmek amacıyla, insana uygulanan doğal ve/veya sentetik kaynaklı etkin madde veya maddeler kombinasyonu” olarak ifade bulan beşeri tıbbi ürünleri seri olarak üreterek tedaviye sunan bir endüstri dalıdır (Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ, 2007).

Tablo 11. Dünya İlaç Harcamalarının Değişimi, (2005-2014)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014*
İlaç Harcamaları (Milyar USD)	691,9	740,1	796,3	879,6	823,3	870,0	920,4	974,1	1.039,1	1.103,2
İlaç Harcamalarının Değişimi (%)	7,0%	7,0%	7,6%	10,5%	-6,4%	5,7%	5,8%	5,8%	6,7%	6,2%

Kaynak: EIU 2014

*EIU Tahminleri

Ortalama yaşam süresinin artışı ve sosyal devlet olgusunun gelişmesi son yıllarda ilaç sektörünün büyümesinde önemli bir rol oynamış ve sektör son on yıllık dönemde ortalama yıllık % 5,5 büyüme göstererek 2013 yılı sonunda 1 milyar dolar ciroyu geçmiştir (Tablo 11: EIU 2014). İlaç sektörü, uluslararası öneme ve uluslararası ticarete konu bir sektördür. Dünyanın en büyük 5 ilaç pazarı sırasıyla ABD, Japonya, Çin, Almanya ve Fransa’dır. Türkiye ise IMS verilerine göre 16. Sıradadır (Tablo 12).

Tablo 12. İlaç Pazarında Ülke Sıralaması, (2012-2013), (Milyon USD)

Ülke	2012	2013	Artış/Azalış (%)
1 Amerika Birleşik Devletleri	321.036	332.560	4
2 Japonya	100.524	84.341	-16
3 Çin	53.729	62.304	16
4 Almanya	39.925	43.467	9
5 Fransa	36.674	37.156	1
6 İtalya	25.998	27.651	6
7 Brezilya	21.625	22.880	6
8 İngiltere	21.140	22.062	4
9 Kanada	21.965	21.353	-3
10 İspanya	19.768	20.534	4
11 Rusya Federasyonu	16.227	17.036	5
12 Avustralya	13.826	12.827	-7
13 Hindistan	12.189	12.304	1
14 Kore	11.249	11.458	2
15 Meksika	8.364	8.913	7
16 Türkiye	8.701	8.821	1
17 Polonya	6.217	6.999	13
18 Venezuela	7.081	6.282	-11
19 Belçika	5.778	5.939	3
20 Arjantin	5.630	5.763	2

Kaynak: IMS Health

Dünya nüfusunun artışı, nüfusun yaşlanması, hastalık yüklerindeki değişimler, yeni tedavi yöntemlerinin oluşturulması, artan farkındalık ile kalite beklentilerinin yükselmesi; sağlık hizmetlerine ve ilaca olan ihtiyaç ve talebi artırmıştır. Bu durum sağlık harcamalarını yükseltirken kamu bütçe kısıtlarının da etkisiyle birçok ülkede sağlık ve ilaç harcamaları üzerindeki baskı artmaktadır. 2005'te 6,5 milyar olan dünya nüfusunun 2020'de 7,6 milyara yükselmesi, 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 bir reçeteli, %36'sı en az 4 reçeteli ilaç kullanmaktadır. Bu doğrultuda artan hastalık çeşitleri ve oranları karşısında reçeteli ilaç satışı 2002 yılından itibaren sürekli artmaktadır. 2016 yılında Dünyada toplam reçeteli ilaç satışlarının 853 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014) .

Tablo 13. Dünyada En Çok Satan İlaç Şirketleri, (2012, 2013)

Şirket	Menşei	2012 (Milyon USD)	2013 (Milyon USD)	2012-2013 Büyümesi (%)	2013 Pazar Payı (%)
Toplam Denetlenmiş Pazar		858.017	874.842	1,92%	100
1 Novartis	İsviçre	50.568	50.687	0,23%	5,84
2 Pfizer	A.B.D.	46.721	44.386	-5,26%	5,11
3 Sanofi	Fransa	38.499	38.143	-0,93%	4,39
4 Merck & CO	A.B.D.	39.967	36.425	-9,72%	4,19
5 Roche	İsviçre	34.685	35.796	3,10%	4,12
6 GlaxoSmithKline	İngiltere	32.747	32.546	-0,62%	3,75
7 Johnson & Johnson	A.B.D.	27.680	30.733	9,93%	3,54
8 Astrazeneca	İngiltere	31.713	30.268	-4,77%	3,49
9 Teva	İsrail	24.737	24.241	-2,05%	2,79
10 Lilly	A.B.D.	21.545	22.999	6,32%	2,65
11 Amgen	A.B.D.	17.104	18.608	8,08%	2,14
12 Abbvie	A.B.D.	17.935	18.211	1,52%	2,1
13 Boehringer Ingel	Almanya	16.879	17.369	2,82%	2
14 Bayer	Almanya	16.423	17.279	4,95%	1,99
15 Novo Nordisk	Danimarka	12.579	14.300	12,03%	1,65
16 Takeda	Japonya	15.896	13.385	-18,76%	1,54
17 Actavis	A.B.D.	12.338	12.683	2,72%	1,46
18 Mylan	A.B.D.	10.324	11.087	6,88%	1,28
19 Gilead Sciences	A.B.D.	9.631	11.054	12,87%	1,27
20 Bristol-Myers SQB.	A.B.D.	12.789	11.042	-15,82%	1,27

Kaynak: IMS Health Data

Ürünlerinin büyük çoğunluğu referans nitelikte olan global ilaç firmaları dünya piyasasını domine etmişlerdir. Bu firmaların bazılarının yıllık cirosu 50 milyar doları geçmektedir (Tablo 13).

İlaç sektöründeki ürünler, referans ve eşdeğer olarak ayrılır. “Referans ilaç, uzun araştırmalar, laboratuvar ve klinik çalışmalar sonucu belli bir hastalık üzerinde olumlu etki yaptığı kanıtlanmış, temeli patentli bir moleküle dayanan ve daha önceden benzeri olmayan yeni ilaçlardır (Kanzık ve Hıncal, 2011). Referans ilacın yasal koruma süresinin dolması ile birlikte, ilaç şirketleri, referans ilacın benzerlerini piyasaya sürebilirler. Bu ilaçlara, ‘eşdeğer ilaç’ denir. Eşdeğer ilaç, referans ilaçla aynı etken maddeyi, aynı miktarda içermelidir. Aynı formülasyonda ve farmasötik şekilde olmalıdır. Referans ilaçla biyoeşdeğer olduğunun kanıtlanmış olması gerekmektedir (Yased, Türkiye Sağlık Sektörü Raporu, 2012).

Tablo 14. Dünyada En Çok Satan 20 İlaç, (2012, 2013)

	İlaç Adı	ATC3	Ana Pazarlama Şirketi	Menşei	2012 (Milyon USD)	2012 Pazar Payı (%)	2013 (Milyon USD)	2013 Pazar Payı (%)
1	Humira	L4B	Abbvie	A.B.D.	8.355	0,97	9.904	1,13
2	Seretide	R3F	GlaxoSmithKline	İngiltere	8.918	1,04	9.221	1,05
3	Crestor	C10A	Astrazeneca	İngiltere	8.215	0,96	8.149	0,93
4	Enbrel	L4B	Amgen	A.B.D.	7.413	0,86	8.001	0,91
5	Lantus	A10C	Sanofi	Fransa	6.469	0,75	7.933	0,91
6	Nexium	A2B	Astrazeneca	İngiltere	7.409	0,86	7.864	0,90
7	Abilify	N5A	Otsuka	Japonya	6.879	0,80	7.834	0,90
8	Remicade	L4B	Johnson & Johnson	A.B.D.	7.279	0,85	7.696	0,88
9	Cymbalta	N6A	Lilly	A.B.D.	5.733	0,67	6.462	0,74
10	Mabthera	L1X	Roche	İsviçre	5.884	0,69	6.164	0,70
11	Avastin	L1X	Roche	İsviçre	5.236	0,61	5.528	0,63
12	Spiriva	R3G	Boehringer Ingel	Almanya	4.997	0,58	5.317	0,61
13	Lyrice	N3A	Pfizer	A.B.D.	4.529	0,53	5.124	0,59
14	Herceptin	L1X	Roche	İsviçre	4.921	0,57	5.082	0,58
15	Copaxone	L3A	Teva	İsrail	4.443	0,52	4.699	0,54
16	Lucentis	S1P	Novartis	İsviçre	4.211	0,49	4.483	0,51
17	Januvia	A10N	Merck & CO	A.B.D.	4.180	0,49	4.462	0,51
18	Neulasta	L3A	Amgen	A.B.D.	4.250	0,50	4.405	0,50
19	Glivec	L1X	Novartis	İsviçre	4.181	0,49	4.172	0,48
20	Atripla	J5C	Gilead Sciences	A.B.D.	3.954	0,46	4.031	0,46

Kaynak: IMS Health Data

Dünyanın en büyük endüstrilerinden biri olan ilaç endüstrisinde tek bir ürünün yıllık cirosu bile 10 milyar ABD Doları ulaşabilmektedir (Tablo 14).

C. İlaç Sektöründe Dış Ticaret

Tablo 15. Dünyada Başlıca İlaç ve Eczacılık Ürünleri İhracatçısı Ülkeler, (2011-2013)

		Tutar (1.000 USD)			Değişim (%)	Pay (%)
İhracatçı Ülkeler		2011	2012	2013	2012-2013	2013
1	Almanya	69.984.301	69.036.077	75.453.544	9,3	14,5
2	İsviçre	57.731.107	58.872.956	62.386.386	6,0	11,9
3	Belçika	49.449.666	46.979.412	53.474.813	13,8	10,3
4	ABD	43.154.146	44.794.221	43.931.698	-1,9	8,4
5	Fransa	33.897.338	35.665.883	37.776.712	5,9	7,3
6	İngiltere	36.098.722	36.551.212	33.007.392	-9,7	6,3
7	İrlanda	36.746.503	31.529.857	28.690.938	-9,0	5,5
8	İtalya	20.437.340	21.310.139	24.930.925	17,0	4,8
9	Hollanda	17.577.398	24.162.997	24.196.883	0,1	4,6
10	İspanya	12.256.368	12.731.044	13.794.569	8,4	2,7
11	Hindistan	9.516.333	10.892.560	13.250.153	21,6	2,6
12	Danimarka	10.501.445	11.501.879	12.725.025	10,6	2,5
13	Çin	11.832.505	11.936.101	12.338.183	3,4	2,4
14	Avusturya	8.947.433	9.200.781	9.783.318	6,3	1,9
15	İsveç	8.878.571	8.462.617	8.618.485	1,9	1,7
34	Türkiye	620.384	720.107	818.471	13,7	0,16
	Dünya Toplamı	496.602.327	501.346.832	520.380.406	3,8	100

Kaynak: T.C. Ekonomi Bakanlığı

Dünya ilaç ihracatı, 2013 yılında bir önceki yıla oranla % 3,8 artış kaydederek 520 Milyar ABD Doları (Tablo 15), ithalatı ise, 2013 yılında bir önceki yıla oranla %3,7 artışla 536,4 Milyar ABD Doları (Tablo 16) değerinde gerçekleşmiştir.

Tablo 16. Dünyada Başlıca İlaç ve Eczacılık Ürünleri İthalatçısı Ülkeler, (2011-2013)

		Tutar (1.000 USD)			Değişim (%)	Pay (%)
İhracatçı Ülkeler		2011	2012	2013	2012-13	2013
1	ABD	70.007.090	68.755.759	67.436.235	-1,9	12,6
2	Almanya	51.731.028	46.106.445	46.883.379	1,7	8,7
3	Belçika	37.235.958	38.015.110	44.937.720	18,2	8,4
4	Fransa	29.854.362	29.959.660	29.788.659	-0,6	5,6
5	İngiltere	26.949.838	28.144.988	28.924.279	2,8	5,4
6	İtalya	25.189.723	24.014.087	24.725.832	3,0	4,6
7	İsviçre	22.357.168	21.808.393	23.892.752	9,6	4,5
8	Japonya	21.665.469	24.312.182	21.881.607	-10,0	4,1
9	Hollanda	15.046.494	16.090.713	17.055.612	6,0	3,2
10	Çin	11.308.759	13.886.101	16.218.030	16,8	3,0
11	İspanya	15.705.643	14.937.493	15.083.958	1,0	2,8
12	Rusya	13.483.620	13.646.201	14.982.443	9,8	2,8
13	Kanada	13.131.857	12.921.126	12.777.026	-1,1	2,4
14	Avustralya	10.902.902	10.774.417	9.858.083	-8,5	1,8
15	Avusturya	8.393.654	7.811.472	8.677.668	11,1	1,6
24	Türkiye	5.092.961	4.353.518	4.497.957	3,3	0,84
	Dünya Toplamı	519.901.968	517.317.169	536.387.417	3,7	100

Kaynak: T.C. Ekonomi Bakanlığı

Dünya ilaç üretiminde olduğu gibi ihracat ve ithalatında da önde gelen ülkeler; AB ülkeleri ve ABD'dir. 2013 yılında Dünya ilaç ihracatında önde gelen ülkeler; Almanya, İsviçre, Belçika, ABD, Fransa ve İngiltere'dir. Türkiye, bu sıralamada toplam ihracattan aldığı %0,16 oranındaki pay ile 34. Sırada gelmektedir. Gelişmekte olan ülkeler arasında bulunan ve 2013 yılı sıralamasında 11. sırada gelen Hindistan, 2013 yılında bir önceki yıla göre %22 artış göstererek, ilaç üretim ve ihracatında önemli bir küresel aktör konumuna gelmiştir (Ekonomi Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü, 2014).

2013 yılında Dünya ilaç ithalatında önde gelen ülkeler ise; ABD, Almanya, Belçika, Fransa, İngiltere ve İtalya olmuştur. Bu ülkeler büyük ölçüde birbirlerinden ithalat yapmaktadır ve gelişmekte olan ülkelere yaptıkları ithalat düşük miktarlarda olmaktadır. Ayrıca, ilaç sektörünün gelişmiş olduğu ülkelerde de ilaç ve ilaç hammaddesi ithalatı yapılmaktadır. Türkiye, dünya ilaç ithalatçısı ülkeler sıralamasında, %0,84 oranındaki payı ile 24. Sırada gelmektedir. İlaç sanayi, önemli miktar ve çeşitlilikle üretim ve ihracat imkânına sahip, katma değeri yüksek olan sektörlerdendir. Türkiye'de ilaç sektörü, sahip olduğu potansiyele rağmen rekabet parametreleri değerlendirmesine göre dünya pazarlarında istenen rekabet gücüne henüz ulaşamamıştır. Sektörün dünya pazarı içinde payı % 0,2 dolayındadır (Ekonomi Bakanlığı, 2014)

Türkiye ilaç sanayi, çok özel üretim teknolojisi gerektiren ürünler (biyoteknoloji vb.) dışında her türlü ürünü üretebilecek teknolojik düzeye ulaşmıştır. Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen ve 1984 yılından itibaren yürürlüğe giren “İyi Üretim Uygulamaları” (Good Manufacturing practices-GMP) çerçevesinde gerekli yatırımları yaparak teknolojik alt yapısını güçlendirmiş, AB ülkeleri ile kıyaslanabilir bir teknolojik düzeye ulaşmıştır. Diğer Avrupa ülkelerinde olduğu gibi Türkiye’de de uluslararası norm ve standartlar uygulanmaktadır. Türkiye, ilaç sektöründe önemli ve büyüyen bir Pazar konumundadır. Türkiye; IMS (Intercontinental Marketing Services) Health tarafından Çin, Brezilya, Meksika, G. Kore, Hindistan ve Rusya ile birlikte gelişmekte olan 7 pazardan biri olarak değerlendirilmektedir (Ekonomi Bakanlığı, 2014).

Türkiye’nin ilaç ve eczacılık ürünleri 2013 yılı ihracatı önceki yıla göre %13,7 oranında artarak yaklaşık 818 Milyon \$ olarak gerçekleşmiştir. 2013 yılı ilaç ihracatında ilk sırayı İran almaktadır. Irak, Almanya, İsviçre, ABD, G. Kore, Azerbaycan ve KKTC diğer kayda değer ihracat pazarlarıdır. Irak’a yönelik önemli miktarda gerçekleştirilen kayıtsız ilaç ihracatı da göz önüne alındığında, Türkiye’nin potansiyeli en yüksek pazarlarından birisinin Irak olduğu düşünülmektedir (Ekonomi Bakanlığı, 2014).

Tablo 17. Türkiye’nin Ülkelere Göre İlaç Sektörü İhracatı, (2012-2013), (USD)

	Ülkeler	2012	2013	Değişim (2012/13) (%)
1	İran	44.680.835	87.334.339	95,5
2	Irak	54.752.787	74.653.667	36,3
3	Almanya	68.873.461	64.191.414	-6,8
4	İsviçre	43.979.919	63.346.200	44
5	A.B.D.	40.705.075	32.810.627	-19,4
6	Güney Kore	48.262.901	30.609.999	-36,6
7	Azerbaycan	23.435.363	30.400.511	29,7
8	K.K.T.C.	37.929.815	30.013.986	-20,9
9	Slovenya	19.907.982	19.029.427	-4,4
10	İngiltere	17.142.086	18.225.855	6,3
11	Rusya Federasyonu	16.094.161	17.895.792	11,2
12	Cezayir	8.338.871	14.841.412	78
13	Libya	17.382.449	14.220.804	-18,2
14	Romanya	7.507.410	13.038.145	73,7
15	Singapur	11.793.529	12.880.848	9,2
16	İstanbul Trakya Serbest Bölgesi	5.217.708	12.863.857	146,5
17	Moldova	7.953.605	12.166.196	53
18	Ukrayna	9.163.530	11.222.212	22,5
19	İstanbul Anadolu Serbest Bölgesi	10.133.352	11.124.725	9,8
20	Özbekistan	6.560.438	11.002.233	67,7
Liste Toplamı		499.815.277	581.872.249	16,4
Genel Toplam		720.089.656	818.471.504	13,7

Kaynak: T.C. Ekonomi Bakanlığı

Türkiye'nin ilaç ve diğer eczacılık ürünleri ithalatı 2013 yılında önceki yıla oranla %3 oranında artış göstermiş ve 4,5 milyar dolar seviyesine yükselmiştir. Söz konusu sektör ihracatında olduğu gibi ithalatın önemli bir kısmını perakende haline getirilmiş ilaçlar oluşturmaktadır. İlaç sektörü 2013 yılı ithalatında ilk sıralarda Almanya, ABD, İsviçre, Fransa ve İtalya yer almaktadır (Ekonomi Bakanlığı, 2014).

Tablo 18. Türkiye'nin Ülkelere Göre İlaç Sektörü İthalatı,(2012-2013), (USD)

	Ülkeler	2012	2013	Değişim (2012/13) (%)
1	Almanya	758.108.954	861.844.570	13,7
2	A.B.D.	572.756.250	508.661.290	-11,2
3	Fransa	376.234.439	438.992.901	16,7
4	İsviçre	434.024.381	433.798.726	-0,1
5	İtalya	313.763.458	401.203.780	27,9
6	İrlanda	248.506.590	246.214.262	-0,9
7	İngiltere	295.284.613	228.613.179	-22,6
8	Belçika	155.242.396	219.869.710	41,6
9	İspanya	144.496.864	140.589.137	-2,7
10	Hindistan	156.969.298	137.694.082	-12,3
11	Çin	135.524.461	134.251.500	-0,9
12	Danimarka	124.711.434	127.517.994	2,3
13	İsveç	134.967.347	120.778.966	-10,5
14	Avusturya	86.830.946	77.740.628	-10,5
15	Hollanda	68.592.538	73.717.089	7,5
16	Güney Kore	55.135.218	51.823.819	-6,0
17	İsrail	40.230.018	37.068.274	-7,9
18	Kanada	25.096.184	34.563.135	37,7
19	Avustralya	33.941.923	31.758.793	-6,4
20	Japonya	37.040.409	30.821.117	-16,8
	Liste Toplamı	4.197.457.721	4.337.522.952	3,3
	Genel Toplam	4.353.517.412	4.497.955.007	3,2

Kaynak: T.C. Ekonomi Bakanlığı

İlaç Sektöründe Paralel Ticaret; Paralel ticaret, fiyat farklılığı olan iki pazar arasında düşük fiyatlı pazarda alınan malın üçüncü kişiler tarafından yüksek fiyatlı pazarda tekrar satışa sunulmasıdır. Türkiye'deki ithal ilaç fiyatlarının komşu ülkelere göre daha düşük olması paralel ilaç ticaretini cazip kılmaktadır. Bu durum hem ilaç üreten firmaların karını düşürmekte hem de Türkiye'nin uygun fiyattan ilaç ithal edebilmesini zorlaştırmaktadır (TOBB, 2008).

Sahte ve Kaçak İlaç Sektörü; İlaç piyasasının büyüklüğü sahte ve kaçak ilaç gibi konularda yasa dışı örgütlerin ilgisini çekmektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre bu piyasanın büyüklüğünün 32 milyar dolar olduğu belirtilmektedir. Sahte ilaç, etkin madde içermeyen ürünler olduğu gibi, yeterli miktarda etkin madde içermeyen veya yanlış bir etkin madde içeren veya sahtesi yapılmış bir ambalajlamaya tabi tutulmuş ürünlerdir. Son yıllarda sayıları hızla artan ilaç sahteciliği, genelde tüketicinin sağlığına zararlı olmakta ve hatta bazen tüketicinin ölümüne yol açarak hastaların yaşam hakkını ihlal etmektedir. İlaçların vatandaşa güvenilir bir biçimde ulaştırılması, vatandaşların ilaca erişiminin sağlanması kadar önemli bir konudur. Türkiye’de ilaç sahteciliğini önlemeye yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır. Hastaların ilaca güvenle erişiminin sağlanması için her ilacın konumunu takip etmek üzerine tasarlanmış olan İlaç Takip Sistemi (İTS), dünyada ilk defa Türkiye’de başarıyla uygulanan ve benzeri olmayan yenilikçi bir sistemdir. İTS ile piyasadaki tüm ilaçların üretimden tüketime tüm aşamalarda bildirimlerle izlenmesi sağlanmaktadır. Bu sayede sahte, kaçak ve yasa dışı ilaç satışının engellenmesi, ambalaj ve kupür sahteciliğinin engellenmesi, akılcı ilaç kullanımı süreçlerinin desteklenmesi ve piyasa kontrolü için ilaçlar hakkında veri sağlanması amaçlanmaktadır. İTS, ilaçların her bir birimine güvenle erişimin sağlanması ve bunun garanti altına alınması için kurulan bir altyapıdır. Literatürde “Takip ve İzleme” olarak tanımlanan yapının ilaç sektörüne uygulanmış hali olup, İTS’de karekod kullanımı ile ilaç birimleri tekil hâle getirilmiş, birimlerin geçtiği her noktadan yapılan bildirimler ile elde edilen hareket bilgisi kullanılarak ilaç birimlerinin takibi ve bu bilgilerin oluşturduğu şecere kayıtları kullanılarak ilaç birimlerinin izlenebilirliği sağlanmıştır. Stok durumları izlenebildiğinden ilaçların gerektiğinde kolaylıkla piyasadan toplanması sağlanabilmektedir (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Türkiye İlaç Pazarı Gözlem Raporu-1, 2014:19).

D. İlaç Firmaları

İlaç sektörünün sağlayıcı seviyesinde faaliyet gösteren teşebbüsleri referans ve eşdeğer ilaç firmaları olarak sınıflandırılmaktadır. Ancak bu sınıflama kesin çizgilerle yapılmamaktadır, çünkü bazı durumlarda referans ilaç firmaları pazara eşdeğer ürünler de sunmaktadır. İlaç firmalarının arasında lisans, ortak pazarlama ve ortak tanıtım anlaşmaları şeklinde ortaya çıkan işbirlikleri, farklı profildeki firmaların konumlarını ve ilişkilerini karmaşık hale getirmiştir. Ayrıca son dönemde global referans ilaç firmalarının pek çok eşdeğer ilaç firmasını devralması, firmaların tasnifinin net bir şekilde yapılmasını zorlaştırmaktadır (Rekabet Kurumu, 2013). Türkiye’de 263 yerli 37’si çok uluslu toplam 300 civarında firma faaliyet göstermektedir (Ernst&Young, 2011).

Referans ilaç firmalarının iş modeli, Ar-Ge esaslı olup, Ar-Ge faaliyetlerini kesintisiz ve aktif olarak yürütmekte, bunun sonucunda geliştirdiği patentli ilaçların üretimini ve pazarlamasını yapmaktadır. AB Komisyonu Raporuna göre, referans ilaç firmalarının %60’ı aynı zamanda biyoteknoloji ürünlerinin araştırmasını ve üretimini de yapmaktadır (Rekabet Kurumu, 2013).

İlaç sektöründe patent ve benzer korumaların sona ermesiyle, eşdeğerlerin pazara girişi mümkün hale gelmektedir. Eşdeğer girişi, fiyat rekabetini doğrudan, Ar-Ge rekabetini ise dolaylı olarak tetiklemektedir. Bu nedenle, birçok ülkede eşdeğer ilaçların pazara giriş kolaylaştırılmıştır. Örneğin, ABD’de eşdeğer ürünler kolaylaştırılmış ruhsatlandırmaya tabi tutulmaktadır. Buna göre, referans ilaçların ruhsatlandırması için gerçekleştirilmesi zorunlu olan masraflı ve zaman alıcı olan klinik öncesi ve klinik testleri eşdeğer başvurularında istenmemektedir. AB ve Türkiye’de de, eşdeğer ilaçlar için kısaltılmış ruhsat başvurusu söz konusudur. Eşdeğer ilaç; dozaj, güvenlik, güç, tedavi uygulaması, kalite ve performans olarak referans ürüne benzer ve biyoeşdeğerdir. Eşdeğer ilaç, isimsiz/markasız ya da markalı olarak pazara arz edilebilmektedir. Eşdeğer ilaç firmaları, referans ilaç firmalarına göre daha küçük ölçeklidir. Bunların içinde global pazarda faaliyet gösterenler bulunmakla birlikte, çoğunluğu yerel firmalardır (Rekabet Kurumu, 2013).

Tablo 19. Ciro Büyüklüğüne Göre Türkiye İlaç Sektöründe Faaliyet Gösteren İlk 20 Firma, (2012-2013)

	Firmalar	2012 Satışı (TL)	2013 Satışı (TL)	Değişim 2012/13 (%)
1	Abdi İbrahim	1.154.228.010	920.113.607	-20%
2	Novartis	797.534.568	801.840.686	1%
3	Bilim	700.983.283	763.813.369	9%
4	Pfizer	622.090.782	646.306.351	4%
5	Bayer	607.967.048	614.509.281	1%
6	Eastpharma	551.250.578	583.550.811	6%
7	GlaxoSmithKline	528.137.656	552.555.621	5%
8	Sanofi	529.677.342	551.514.195	4%
9	Roche	446.236.720	479.481.501	7%
10	Astrazeneca	440.368.566	470.827.666	7%
11	Sanovel	408.650.284	462.477.388	13%
12	Neutec İlaç	358.350.062	427.369.873	19%
13	Merck Sharp & Dohme (MSD)	326.824.535	362.777.040	11%
14	Ulagay	337.967.045	325.480.391	-4%
15	Nobel	249.398.978	307.704.505	23%
16	Novo Nordisk	233.597.902	293.116.921	25%
17	Santa Farma	266.215.226	268.280.001	1%
18	Johnson & Johnson	182.605.109	261.899.243	43%
19	Boehringer Ing.	234.595.613	260.041.343	11%
20	Ali Raif	238.699.269	253.605.116	6%

Kaynak: IMS Health

Türkiye ilaç endüstrisi uzun yıllara dayanan uluslararası kalite standartlarında üretim deneyimine sahiptir. İlaç üreticilerinin çok sıkı düzenlemeler ve kalite standartları ile uyumlu üretim yapabilme yeteneği ve donanımı vardır. 100’den fazla ülkeye ihracat yapılmaktadır. Bu ülkeler arasında ABD ve AB gibi gelişmiş ülkeler bulunmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Türkiye, İyi Üretim Uygulamaları (GMP) kurallarını, 1984 yılında yayımlanan “İspençiyari ve Tıbbi Müstahzar İmalathaneleri Yönetmeliği” ile Sağlık Bakanlığı denetiminde uygulamaya koymuş olup, bu yöndeki mevzuat kapsamında denetimler AB normları ile uyumlu hale getirilmiştir. Türkiye ilaç sektöründe üst düzey kalifiye eleman niteliğinde yaklaşık 115.000* kişi çalışmaktadır. Sektörde 300 civarında faaliyet gösteren firma bulunmaktadır (İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası (İEİS) tarafından derlenen Sağlık Bakanlığı verilerine göre bunlardan 65 adedi üretici konumunda olup 13 tanesi yabancı sermayelidir. Üretim tesisi bazında bakıldığında, 68 tane üretim tesisi olduğu ve bunların 15’inin yabancı sermayeli firmalara ait olduğu görülmektedir. Ek olarak 4’ü yabancı sermayeli olmak üzere toplam 10 hammadde üreticisi firma bulunmaktadır. Tesis bazında ise 6’sı yabancı sermayeli olmak üzere toplam 12 tesis vardır. İlaç firmalarının büyük kısmı İstanbul, Kocaeli ve Tekirdağ civarında toplanmıştır (Çalışma Grubu Raporu, 2014: 22). Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2014 sonu itibarıyla Türkiye’de 150 civarında ilaç deposu ve 24.356 serbest eczane vardır. Ayrıca Türkiye’deki hastane sayısını dikkate alarak yaptığımız hesaplamalara göre 1.500 civarında hastane eczanesi veya ilaç birimi bulunmaktadır.

Buna karşın Türkiye ilaç endüstrisinde kapasite kullanımı düşük, üretimde dışa bağımlılık yüksektir. Ekonomi Bakanlığı tarafından yapılan araştırmaya göre ilaç endüstrisi üretiminde ithalat bağımlılığı 2011 yılı itibarıyla %37 gibi oldukça yüksek bir seviyededir (Çalışma Grubu Raporu, 2014: 22). IMS verilerine göre Türkiye’de tüketilen ilaçların 2014 yılında kutu bazında %78,7’si, değer bazında %44,9’u yurt içi üretimden sağlanmıştır .

2012 yılı itibarıyla Türkiye’de biyoteknolojik ürünlerin toplam pazar büyüklüğü 1,7 milyar TL’ye (930 milyon dolar) ulaşmış olup, bu rakam toplam ilaç pazarının yaklaşık %13’ünü oluşturmaktadır. Biyobenzer ilaçların bu pazar içindeki payı %1,5 seviyeleri gibi düşük bir rakam olsa da hızlı büyüme kaydettiği görülmektedir. Türkiye biyoteknolojik ilaçların tamamına yakını ithal etmektedir. Sağlık Bakanlığının çabaları ile 2011 yılında bir ilaç firması biyobenzer bir ürünün steril dolumunu yurt içinde kendisi yaparak satışa sunmuş, bir diğer firma, pnömokok aşı üretiminin formülasyondan itibaren üretim aşamalarını yerel bir firma ile kurduğu üretim ortaklığı ile Türkiye’de gerçekleştirmiştir. 2011 yılında başlatılan bu yatırım sonrasında Türkiye, Amerika ve İrlanda’dan sonra bu ileri teknoloji üretime sahip olan 3’üncü ülke olmuştur. Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de biyoteknolojik ve biyobenzer ilaçların pazar paylarının giderek artması beklenmektedir. Üretim teknolojileri son derece karmaşık ve kimyasal ilaçlardan çok farklı olan bu ürünlerin ruhsatlandırma kriterleri hasta sağlığı açısından büyük önem taşımaktadır (Çalışma Grubu Raporu, 2014: 33).

*Bu rakamlar tahmin niteliğinde olup dağılımı şu şekildedir. Serbest Eczanelerde 73.500 kişi (TEB Eczacı ve Eczane Profili Araştırması, 2014), ilaç firmalarında 30.000 kişi (Ekonomi Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü, 2014) ve İlaç Depolarında 11.500 kişi (Sektör Tahmini).

Tablo 20. Satılan Kutu Sayısına Göre Türkiye İlaç Sektöründe Faaliyet Gösteren İlk 20 Firma, (2012-2013)

	Firmalar	2012 Satılan Kutu Sayısı	2013 Satılan Kutu Sayısı	Değişim 2012/13 (%)
1	Abdi İbrahim	176.462.459	133.750.863	-24%
2	Bilim	109.972.071	118.723.668	8%
3	Bayer	124.669.116	114.368.306	-8%
4	Eastpharma	90.971.445	93.466.082	3%
5	Sanofi	83.124.962	82.000.942	-1%
6	Ulagay	84.643.329	77.462.564	-8%
7	GlaxoSmithKline	64.383.070	69.049.134	7%
8	Novartis	61.538.464	62.525.550	2%
9	Santa Farma	55.398.163	54.463.832	-2%
10	Sanovel	46.644.212	52.981.855	14%
11	Pfizer	53.113.624	52.964.078	0%
12	Astrazeneca	44.263.212	48.967.078	11%
13	Sandoz. Recip AB.	39.845.518	46.806.462	17%
14	Nevzat	45.827.048	43.612.353	-5%
15	Atabay	37.146.335	43.278.708	17%
16	Abbott	41.181.230	42.816.449	4%
17	Nobel	32.625.724	36.767.930	13%
18	Numil	26.010.948	33.154.076	27%
19	Ali Raif	30.337.797	30.784.003	1%
20	Neutec İlaç	25.092.276	30.009.141	20%

Kaynak: IMS Health

E. İlaç Dağıtım Kanalları

İlaç sektöründe dağıtım faaliyetleri ilaç depoları, serbest eczaneler, hastaneler, Türk Eczacıları Birliği (TEB) ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (aşı) ile gerçekleştirilmektedir.

İlaç tüketiminin toplum sağlığı bakımından önemi ve nihai tüketicilerin bu hususta yeterli bilgiye sahip olmaması nedeniyle, eczanelerin, satışını gerçekleştirdiği ürünlerin özellikleri ve kullanım koşulları hakkında tüketicileri bilgilendirmesi zorunluluğu vardır. OTC ilaçların tüketiminde, bu durum daha fazla önem kazanmakta ve hatta eczacılar ürünün belirlenmesinde doktorların yerini almaktadır.

İlaç Depoları ilaç sektöründe faaliyet gösteren toptancılar olarak imalatçı/ithalatçılar ve bağımsız perakendeciler ile ilaç dağıtım yetkisi bulunan doktorlar⁽¹⁾ ve hastaneler arasında ürün akışını sağlamaktadır. İlaç depoları, dağıtımın yanında, ilaçların stoklanması işlevini de yerine getirmektedir. İlaçlar genellikle korunması zor ve masraflı ürünler olduğundan, perakendeciler tarafından genellikle kısa süreli ihtiyaçlar çerçevesinde satış yerinde bulundurulmaktadır. Toptan satıcıların stoklama işlevi, perakendecilerin bu tür masraflara katlanma zorunluluğunu ortadan kaldırmaktadır [Rekabet Kurumu, 2013].

[1] Japonya ve Güney Kore'de doktorların ilaç dağıtımına yetkisi bulunmaktadır. (OECD, 2001:10)

İlaç depoları iki farklı satış kolunda faaliyet göstermektedir. Bunlardan ilki imalatçı/ithalatçılardan alınan ilaçların serbest eczanelere iletilmesidir. Bu depolar eczanelere yönelik vade, indirim ve mal fazlası ile diğer hizmet alanlarında rekabet etmektedir. İkincisi ise ihaleci ilaç depoları olarak, hastanelerin açtığı ihalelere katılmakta ve kazandıkları ihalelerdeki ürünleri şartnamede belirlenmiş olan şart ve sürelerde temin etmektedir. Serbest eczane ve hastane pazarlarına yönelik faaliyet gösteren depoların genellikle birbirinden ayrıştığı görülse de, her iki alanda faaliyet gösteren depolar da bulunmaktadır (Rekabet Kurumu, 2013: 37).

Toptan ilaç pazarının eczanelere satış yapılan kesiminde gözlemlenen en önemli özelliklerden birisi, yoğunlaşmanın yüksekliğidir. Büyük ölçekte faaliyet gösteren toptancıların alım gücü, bunların küçük ölçekli toptancılara göre daha uygun şartlarda ilaç alımı gerçekleştirebilmesine imkân sağlamaktadır. Bu şartlarda alım yapabilen büyük ölçekli toptancılar, elde ettiği indirimleri büyük ölçüde perakende seviyesine aktarabildiği ve daha uygun şartlarda satış yapabildiği için yüksek pazar paylarına ulaşmaktadır. Bu kesimde yaşanan rekabetin yoğunluğunun ardında, perakende seviyesindeki alıcıların yüksek fiyat duyarlılığı bulunmaktadır (Rekabet Kurumu, 2013: 37).

Türk Eczacılar Birliği (TEB) hastaların tedavisi için hekim tarafından gerekli görülerek reçeteye yazılan, ancak Türkiye’de ruhsatlı olmayan veya ruhsatlı olduğu halde çeşitli nedenlerle üretimi veya ithalatı yapılamayan ve Sağlık Bakanlığınca ithalat izni verilen reçete muhteviyatı ilaçları ithal edip iyi dağıtım kurallarına uygun olarak hasta/hasta yakınına teslim etmektedir.

TEB, Sağlık Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu ile protokoller imzalayarak yurt dışından ilaç tedarik hizmetlerini sürdürmektedir. Yurt dışından ilaç temini için öncelikli şart Sağlık Bakanlığına bağlı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun ithalat için onay vermesidir. Tüm reçetelerin Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yayınlanan Yurt Dışı Aktif İlaç Listesi’ndeki şartları yerine getirmesi gerekmektedir.

TİTCK’nın yayınlamış olduğu "Yurt Dışından İlaç Temini ve Kullanımı Klavuzu"na göre ayrıca yurt dışından ilaç tedarikçileri de TEB dışında ilaç getirebilmektedir. 06.05.2015 tarihi itibarıyla 22 tane firma bu konuda yetkilendirilmiştir (TİTCK).

Hastaneler ilaç tüketiminde nihai dağıtım kanallarından biri olarak görev yapmaktadır. Bu gruptaki en önemli birimleri şüphesiz hastaneler oluşturmaktadır. Hastaneler yatan hastalar için kullanılan ilaçların dağıtımı görevini de yerine getirmektedir. Türkiye’de kamu sektörü ağırlıklı hastanecilik hizmeti mevcuttur. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu hastaneleri, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu hastaneleri ile üniversitelere bağlı hastanelerin yanı sıra özel sektöre ait vakıf üniversite hastaneleri ve diğer özel sektör hastaneleri hizmet vermektedir.

Türkiye’de hastanelerin yanı sıra ağırlıklı olarak özel sektöre ait tıp merkezi, dal merkezi veya poliklinik şeklinde yapılanmış özel sağlık tesisleri de vardır. Ayrıca Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı ağız ve diş sağlığı merkezleri, kamu veya vakıf üniversitelerine ait diş hekimliği fakülteleri ve özel sektöre ait ağız ve diş hizmeti sunan sağlık hizmet birimleri vardır. Bu sağlık hizmet sunucularının yanı sıra Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bağlı aile hekimliği birimleri, toplum sağlığı merkezleri ve diğer hizmet birimleri de sağlık hizmeti sunumu yapmaktadır. Sağlık Bakanlığına bağlı 112 acil sağlık hizmet birimleri de bu bölümde sayacağımız diğer sağlık hizmet sunucularıdır. Sağlık hizmet sunucularında oluşan ilaç harcamalarının çok büyük bir bölümü (%98) hastanelerde olduğundan bu birimlerdeki ilaç harcamaları hastane harcaması olarak kabul edilmiştir (Atasever, 2014).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Türkiye’de halk sağlığı hizmetlerinden sorumlu kurum olarak koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aşı hizmeti sunmaktadır.

F. Eczacılık İnsan Kaynakları

Türkiye’de ilaç üretim ve pazarlamasında yaklaşık 30.000 kişi istihdam edilmektedir. Sektörde çalışanların önemli bölümü yükseköğrenim görmüş olup bu oran %50 seviyelerindedir (Ekonomi Bakanlığı, 2014: 5).

2003-2004 öğretim yılında 11 olan eczacılık fakültesi sayısı 2012-2013 öğretim yılında 17’ye ulaşmıştır (YÖK, 2014: 78). 2014 yıl sonu itibarıyla Sağlık Bakanlığı verilerinde göre Türkiye’de 27.036 eczacı aktif olarak çalışmakta, TEB verilerine göre ise 649 adet ecza deposu mesul müdürü bulunmaktadır.

2014 yıl sonu itibarıyla Türkiye’de sayıları 24.811 olan serbest eczaneler ilaç sektöründe perakende satışların çoğunlukla gerçekleştirildiği işletmelerdir. Bazı ülkelerde eczanelerin yanı sıra büyük perakende mağazalarda da bu alanda faaliyet gösterilmektedir. İlaçların perakende satışına yönelik pek çok düzenleme yapılmıştır. Bunlardan bazıları; satış fiyatı ve kâr marjının tespiti, reklam kısıtlaması, eczacı olmayanların ilaç satışı yapmasını yasaklayan sahiplik sınırlaması ve nüfusa ve/veya mesafeye göre eczane açılışının düzenlenmesidir. Sistemlerin serbestlik derecesine bağlı olarak bazı ülkelerde bu düzenlemelerin bir kısmı, diğerlerinde ise tamamına yakını yürürlüktedir. Bu durum aynı zamanda ülkelerdeki eczane faaliyetlerinin özelliğini de belirlemektedir. Örneğin ABD gibi serbest pazar koşullarını benimsemiş olan ülkelerde ilaçlar bağımsız eczanelerin yanında marketlerde, zincir eczanelerde ve internet eczanelerinde satılabilirken; Türkiye gibi daha az serbest olan ülkelerde son satış noktaları yalnızca serbest eczanelerdir (Rekabet Kurumu, 2013: 37).

Eczacılık günümüzde "serbest meslek" faaliyeti olarak değerlendirilmektedir. Bu nedenle, diğer serbest meslek faaliyetlerinde olduğu gibi, ilgili mevzuatın belirlediği kuralların oluşturulması ve izlenmesine ilişkin meslek birlikleri oluşturulmuştur. Bu birlikler, mevzuattan kaynaklanan yetkileri ve ayrıca idari organlarının aldığı kararlar doğrultusunda üyelerinin faaliyetlerine müdahale edebilmekte ve hâlihazırda kısıtlı olan serbest faaliyet alanlarını daha da fazla sınırlandırabilmektedir. Bu nedenle, birçok ülkenin rekabet otoritesinin sektöre yönelik mesaisinin önemli bir kısmı, meslek birliklerinin böyle tasarruflarına yönelik incelemelere ayrılmaktadır (Rekabet Kurumu, 2013: 38).

Tablo 21. Eczacı Sayısı, Türkiye, (2002-2014)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sağlık Bakanlığı	1.596	1.449	1.393	1.237	1.190	1.210	1.192	1.535	1.854	1.891	1.920	2.067	1.915
Üniversiteler	134	135	138	142	145	162	181	200	218	245	271	291	310
Özel Sağlık	20.559	20.787	21.077	21.377	21.805	22.605	23.405	23.466	23.499	23.953	24.298	24.589	24.811
Diğer	0	0	0	0	0	0	0	0	935	0	82	65	0
Toplam	22.289	22.371	22.608	22.756	23.140	23.977	24.778	25.201	26.506	26.089	26.571	27.012	27.036

Kaynak: Sağlık Bakanlığı

Üçüncü Bölüm

İlaç Sektörünü Etkileyen Gelişmeler (2003-2014 Dönemi)

A. Fiyatlandırma İle İlgili Gelişmeler

2003 Yılı Gelişmeleri;

- Nisan ayında 2003/5557 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile insan ve hayvan sağlığı için kullanılan kan ve kan komponentleri KDV oranı %18 den %1'e, insan gıdası olarak kullanılan mamalar, insan ve hayvan sağlığı için kullanılan antiserumlar, immunglobulinler ve aşılarda KDV oranı %18'den % 8'e düşürülmüştür.
- Haziran ayında Kan ürünleri KDV oranı %1'den %8'e çıkarılmıştır.

2004 Yılı Gelişmeleri;

- 14 Şubat 2004 tarih ve 25373 sayılı resmi gazetede beşeri tıbbi ürünlerin fiyatlandırılmasına dair karar yayımlanmıştır.
- 2004/8301 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile 1 Mart 2004 tarihinden itibaren ilaçlarda KDV oranı %18'den %8'e düşürülmüştür.
- 14 Nisan 2004 tarihinden itibaren ilaç fiyatlandırma kararnamesi ile ürün bazında en ucuz AB ülkesini baz alan referans fiyatlı sisteme geçilerek, 950 ilacın fiyatında %1 ile %80 arasında değişen oranlarda indirim sağlanmıştır.
- 14 Nisan 2004 tarihinden itibaren ilaç fiyat kararnamesi ile döviz kurlarındaki değişiklik ilaç fiyatlarına yansıtılarak, ilaç fiyatları %20 ucuzlatılmıştır.
- 2 Ağustos 2004 tarihinden itibaren de ilaç fiyatları döviz kurundaki artışa paralel olarak %8,7 oranında artırılmıştır.

2005 Yılı Gelişmeleri;

- 10 Şubat 2005 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ve Türk Eczacıları Birliği (TEB) arasında imzalanan protokol gereği ilaç fiyatlarında ortalama %10 civarında indirim sağlanmıştır.
- 2005 yılı Temmuz ayından itibaren geçerli olmak üzere ilaç fiyatları döviz kurundaki düşüşe paralel olarak %8,8 oranında indirilmiştir. Eşdeğer ilaç uygulamasının kapsamı genişletilerek, eşdeğer grup sayısı 77'den 333'e çıkarılmıştır.
- 13 Haziran 2005 tarihinden itibaren yerli hammadde kullanan eşdeğer ilaçların fiyatlarının referans ürünün %80'ine kadar olabileceği hükmü %70'e çekilmiştir.

2006 Yılı Gelişmeleri;

- 1 Ocak 2006 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere bir önceki yıl Maliye Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile Türk Eczacılar Birliği arasında imzalanan ve ilaç fiyatlarında ortalamada %10 civarında indirim sağlayan protokolün süresi bir yıl uzatılmıştır.
- Temmuz, Ağustos ve Eylül Aylarında Döviz kurlarındaki gelişmelere bağlı olarak ilaç fiyatları her ay %5 artırılmıştır.

2007 Yılı Gelişmeleri;

- Sosyal Güvenlik Kurumu ve Türk Eczacılar Birliği arasında bir yıl süreli yeni bir protokol imzalanarak ilaçta fiyat indirim uygulamasına aynı şekilde devam edilmiştir.
- 22 Eylül 2007 tarihli Resmî Gazete'de yayımlanan Beşeri İlaçların Fiyatlandırılması Hakkında Tebliğ uyarınca fiyat değerlendirme komisyonu toplanarak yeni dönemde ilaç fiyatlarının tespitine esas teşkil edecek baz döviz kurunun belirlenmesiyle ilaç fiyatlarında %7,77 oranında düşüş sağlanmıştır.

2008 Yılı Gelişmeleri;

- 28 Temmuz 2008 tarihinde ilaç fiyatları %8 artırılmıştır.

2009 Yılı Gelişmeleri;

- 3 Aralık 2009 tarih ve 27421 mükerrer Sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan “Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Kararda Değişiklik Yapılması Hakkında Karar” ile; ilaç global bütçe hedeflerinin tutturulmasına ilişkin olarak, 4 Aralık 2009 tarihinden itibaren;
- Referans ilaç olup jeneriği piyasada olan ilaçların imalatçı fiyatı referans fiyatın %100 iken %66 ya çekilmiştir.
- Referans olup jeneriği olmayan veya jeneriği piyasada olmayan ilaçlarda, %100 imalatçı fiyatın alınmasına devam edilmiş ancak SGK tarafından uygulanan kamu iskontosu baz oranı %11’den %23’e çıkarılmıştır.
- Eşdeğer ilaçların fiyatının tespitinde imalatçı referans fiyatın %80’i fiyat alırken, yapılan düzenleme ile bu oran %66’ya çekilmiştir.
- Daha önce 20 yıllık statüsünde olan ilaçlarda referans fiyat dikkate alınarak fiyat tespiti yapılmazken, yapılan düzenleme ile referans fiyat alması sağlanmış ve referans imalatçı fiyatın %100’ü alınması kararlaştırılmıştır.
- Uygulama ile hem ilaç fiyatları hem de depocu ve eczacıların kâr marjları düşürülmüştür.

2010 Yılı Gelişmeleri;

- İlaç global bütçe hedeflerinin tutturulmasına ilişkin olarak, 18 Aralık 2010 tarihinde ilaç firmaları ile yapılan protokolde, beşeri ilaç fiyat kararnamesinde muaf olan gruplar hariç olmak üzere ve referans olup jeneriği olmayan veya jeneriği piyasada olmayan ilaçlarda mahsuplaşma uygulanarak tüm gruplara ilave %9,5 iskonto uygulanmasına karar verilmiştir.

2011 Yılı Gelişmeleri;

- Referans ilaç olup jeneriği piyasada olan ilaçların imalatçı fiyatı referans fiyatın %66 iken %60'ya çekilmiştir.
- Tüm ilaçlarda %32,5 olan kamu iskontosu 7,5 puan artırılarak %40'a çıkarılmıştır.
- Referans olup jeneriği olmayan veya jeneriği piyasada olmayan ilaçlarda uygulanan kamu iskontosu baz oranı %41'e çıkarılmıştır.
- Eşdeğer ilaçların fiyatının tespitinde imalatçı referans fiyatın %66'sı fiyat alırken, yapılan düzenleme ile bu oran %60'a çekilmiştir.
- Daha önce 20 yıllık statüsünde olan ilaçlarda referans fiyatın %100'ünü alırken yapılan düzenleme ile referans imalatçı fiyatın %80'ni alınması kararlaştırılmıştır.
- 5 Kasım 2011 tarihinden itibaren, raporlu hastanın ilaç bitimine 7 gün kala ilaç yazdırabilmesi kuralındaki gün sayısı 15'e çıkarılmıştır.
- 10 Kasım 2011 tarihinden itibaren aynı eşdeğer grubu içindeki ilaçlarda uygulanan %15 bandının (en ucuz birimli ilacın %15 fazlasına kadar ödenmesi) %10'a düşürülmesine karar verilmiştir.

2012 Yılı Gelişmeleri;

- 24 Mart 2012 tarihinden itibaren ilaç üretiminde kullanılan ithal ilaç hammaddelerinden alınan KDV oranı %8'e düşürülmüştür.

B. Geri Ödemelerle İlgili Gelişmeler

2004 Yılı Gelişmeleri;

- Maliye Bakanlığının yayımladığı bir genelge ile geri ödeme kararları için bir geri ödeme komisyonu oluşturulmuştur.
- 22 Aralık 2004 tarihinde yapılan yönetmelik değişikliği ile yeşil kart sahiplerinin ayakta tedavi ve ayakta tedavi kapsamında görecekları muayene, tetkik, tahlil, pansuman, diş çekimi ile diş protez ve gözlük hizmetleri ile ilaç bedelleri, devlet tarafından karşılanmaya başlanmıştır.

2005 Yılı Gelişmeleri;

- SSK eczaneleri kapatılarak, SSK'lıların özel eczanelerden ilaç alabilmesinin önü açılmıştır.
- 27 Nisan 2005 tarihli Resmî Gazete yayımlanan 5335 Sayılı kanunla yeşil kartlı hastalardan %20 oranında ilaç katılım payı alınmaya başlanmıştır.
- 1 Mart 2005 tarihinden itibaren Emekli Sandığı'nda eşdeğer grubunda en ucuz ilacın %30'una kadar ödeme yapılmasını içeren muadil ilaç uygulamasına geçilmiştir.

2006 Yılı Gelişmeleri;

- 15 Mayıs 2006 tarihinden itibaren, eşdeğer ilaç gruplarında en ucuz ilacın %30 fazlasına kadar ödeme yapılmakta iken bu oran %22'ye düşürülmüştür.
- 1 Temmuz 2006 tarihinden geçerli olmak üzere ise pozitif listedeki ilaç sayısı azaltılmış ve ayaktan tedavide vaka başı ödeme sistemine geçilmiştir.
- SGK'da ilaç harcaması takip sistemi kurulmuş ve MEDULA sistemi başlatılmıştır.
- 16 Haziran 2006 tarihli Resmî Gazete 'de yayımlanan 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu ile vatandaşa farklı standartlarda sunulan sağlık hizmetleri ortak bir standarda kavuşturularak tüm toplumu içine alan zorunlu GSS sistemi kurulmuştur.
- 1 Ocak 2006 tarihinden itibaren geçerli olmak üzere, ilaçlar için tüm kurumların ortak olarak kullanacağı pozitif liste oluşturulmuştur.

2008 Yılı Gelişmeleri;

- 8 Ağustos 2008 tarihinde 5510 Sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanununun 63 üncü maddesinin (f) bendinin değişik 2. alt bendi ve 72. maddesi gereği oluşturulan ödeme komisyonunun çalışma usul ve esaslarını belirleyen yönerge yayımlandı. Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığınca, 16 Nisan 2012 tarihinde bu yönerge yürürlükten kaldırılarak yeni yönerge yayımlanmıştır.
- Birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu ve aile hekimliği muayeneleri hariç 1 Ekim 2008 tarihi itibarıyla sağlık kurumlarındaki ayaktan tedavilerde, hekim ve diş hekimi muayenelerinde katılım payı alınmaya başlamıştır. İkinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 3 TL, eğitim araştırma hastanelerinde 4 TL, üniversite hastanelerinde 6 TL, özel sağlık hizmeti sunucularında 10 TL muayene katılım payı alınmaya başlanmıştır.

2009 Yılı Gelişmeleri;

- İlaç harcamalarında sürdürülebilirlik ve öngörülebilirlik sağlamak amacıyla ilaç sektörü ile 2010-2012 yılı için global bütçe yapılması hususunda anlaşılmıştır. (ilaç global bütçesi 2010 yılı için 14.600 milyon TL, 2011 yılı için 15.563 milyon TL, 2012 yılı için 16.669 milyon TL olarak belirlenmiştir).
- Eş değer ilaç bedellerinin ödenmesinde, aynı endikasyon için kullanılabilecek aynı etken maddeyi içeren en ucuz ilaç bedelinin ödenmesinde dikkate alınan %22 oranı %15 olarak değiştirilmiştir.
- 01.10.2009 tarihi itibarıyla, sağlık kurumlarındaki ayaktan tedavilerde, hekim ve dış hekimi muayenelerinde alınan katılım payı, birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu ve aile hekimliğine geçilen illerde aile hekimlerinde 2 TL, ikinci basamak resmi sağlık hizmeti sunucularında 8 TL, eğitim araştırma hastanelerinde 8 TL, üniversite hastanelerinde 8 TL ve özel sağlık hizmeti sunucularında 15 TL olarak yeniden belirlenmiştir. Reçete düzenlenmez veya düzenlenen reçete alınmaz ise; birinci basamak sağlık hizmeti sunucusu ve aile hekimlerindeki muayenelerden alınacağı belirtilen 2 TL tutarındaki muayene katılım payı alınmaması, diğer sağlık hizmeti sunucularındaki muayenelerden alınacağı belirtilen katılım paylarından da 3 TL indirim yapılması uygulamasına geçilmiştir.

2010 Yılı Gelişmeleri;

- 1 Nisan 2010 tarihi itibarıyla birinci basamak sağlık kuruluşları ve aile hekimliği muayenelerine ilişkin 2 TL tutarındaki katılım payı, muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda katılım payı alınmayacağı, sağlık hizmeti sunucularında yapılan muayene sonrasında kişilerin muayeneye ilişkin reçete ile ilaç temini için eczanelere müracaat etmemesi durumunda, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurumları ile özel sağlık kurumlarındaki muayenelerde 3 (üç) TL indirim yapılması uygulamasına geçilmiştir.
- 9 Haziran 2010 tarihinde yayımlanan 2010/948 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile kanserli hastalar için kullanılacak morfin türü ağrı kesicilerin Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilerek herhangi bir sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarınca ücretsiz dağıtımı yapılabilmesine imkân sağlanmıştır.
- 2 Kasım 2010 tarih ve 27747 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan bakanlar kurulu kararı ile; kanserli hastaların; herhangi bir sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarında Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilip dağıtımı yapılacak ağrı tedavisinde kullanılan Morfin Sülfat (MS) Contin tablet, Morfin Sülfat (MS) Immediate Release tablet – kapsül ve Elixirs (Roxanol) isimli ilaçlardan ücretsiz yararlanması sağlanmıştır.

2011 Yılı Gelişmeleri;

- 13 Şubat 2011 tarih ve 27845 Sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan 2011/1333 Sayılı bakanlar kurulu kararı ile sayısı 250.000’i geçmeyecek şekilde herhangi bir sosyal güvencesi olup olmadığına bakılmaksızın, birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurum ve kuruluşlarınca uygulanacak sigarayı bırakma tedavisi alanlar için kullanılacak ilaçların ücretsiz dağıtımı sağlanmıştır.
- 17 Aralık 2011 tarihli ve 28145 Sayılı Resmî Gazete ‘de, Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ yayımlandı. Bu değişiklik neticesinde, kamu kurum iskontolarında yapılan ilave iskonto uygulamaları nedeniyle eczane stoklarında meydana gelebilecek stok zararlarının firmalar tarafından ecza depolarına, depolar tarafından da eczanelere ödenmesi ve bu kapsamda yapılacak işlemler açısından eczacılar tarafından ilaç takip sistemine yapılan bildirimlerin esas alınması hükme bağlanmıştır.

2012 Yılı Gelişmeleri;

- 21 Ocak 2012 tarihli Resmî Gazete ‘de yayımlanarak yürürlüğe giren SUT değişikliği ile acil müracaatlarda triaj muayenesine göre ayaktan tedavide katılım payı alınmasına başlanmıştır.
- Yeşil kart programı, GSS kapsamına alınmıştır.
- 01.02.2012 tarihinde imzalanan “Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol” ile;
 - 600.000 TL'ye kadar satış hâsılatı olan eczaneler tarafından %0 indirim, 600.001 TL ile 900.000 TL arasında satış hâsılatı olan eczaneler tarafından %1 indirim, 900.001 TL ile 1.500.000 TL arasında satış hâsılatı olan eczaneler tarafından % 2,5 indirim, 1.500.000 TL üzerinde satış hâsılatı olan eczaneler tarafından % 3 indirim, bir önceki yıl satış hâsılatı olmayan yeni açılan eczaneler için en düşük indirim oranı uygulanması,
 - Eczacıya her reçete başına 25 (yirmi beş) kuruş hizmet bedelinin 01.03.2012 tarihinden itibaren ödenmesi uygulaması, başlamıştır.
- 01.03.2012 tarih ve 6283 Sayılı kanunla 5510 Sayılı Kanunun 68’inci maddesinde yapılan değişiklik ile aile hekimlerince yazılan reçetelerden de katkı payı alınmaya başlanmıştır. Ayrıca reçetelerde yer alan üç kutu veya üç kaleme kadar ilaçlar için 3 lira, sonraki ilave her ilaç için 1 lira katılım payı alınması uygulaması başlanmıştır.

2013 Yılı Gelişmeleri;

- 19.09.2013 tarihinde imzalanan “Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol (2013/1)” ile;
 - 700.000 TL'ye kadar satış hâsılatı olan eczaneler tarafından %0 indirim, 700.001 TL ile 900.000 TL arasında satış hâsılatı olan eczaneler tarafından %1 indirim, 900.001 TL ile 1.500.000 TL arasında satış hâsılatı olan eczaneler tarafından % 2,5 indirim, 1.500.000 TL üzerinde satış hâsılatı olan eczaneler tarafından % 3 indirim, bir önceki yıl satış hâsılatı olmayan yeni açılan eczaneler için en düşük indirim oranı uygulanması,
 - Kuruma % 0 iskonto yapan eczacıya her reçete başına 75 (yetmiş beş) kuruş, diğer kademelerde iskonto yapan eczacıya ise her reçete başına 25 (yirmi beş) kuruş hizmet bedeli ödenmesi uygulaması, başlamıştır.

C. Ruhsatlandırma İle İlgili Gelişmeler

2005 Yılı Gelişmeleri;

- Beşeri Tıbbî Ürünler Ruhsatlandırma yönetmeliği çıkarılmıştır.
- Beşeri Tıbbî Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi Ve Değerlendirilmesi Hakkındaki Yönetmelik yayımlanmıştır.
- Beşeri Tıbbî Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik Yayınlanmıştır.
- Ruhsatlandırılmış veya Ruhsatlandırılması İçin Başvurulmuş Beşeri Tıbbî Ürünlerdeki Değişiklere Dair Yönetmelik yayımlanmıştır.

2008 Yılı Gelişmeleri;

- Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi ve Denetimin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Yayınlanmıştır.
- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği yayımlanmıştır.

2010 Yılı Gelişmeleri;

- Geleneksel Tıbbî Ürünler Yönetmeliği yayımlanmıştır.

2013 Yılı Gelişmeleri;

- Beşeri Tıbbî Ürünlerin İmalathaneleri Hakkında Yönetmelik 27 Nisan 2013 tarihli resmi gazetede yayımlanmıştır.

2014 Yılı Gelişmeleri;

- İnsan Doku ve Hücre Ürünlerinin Ruhsatlandırılması ve Bu Ürünlerin Üretim, İthalat, İhracat, Depolama ve Dağıtım Faaliyetlerini Yürüten Merkezler Hakkında Tebliğ yayımlanmıştır.

D. Tanıtım İle İlgili Gelişmeler

2003 Yılı Gelişmeleri;

- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik Yayımlanmıştır.

2013 Yılı Gelişmeleri;

- 26.08.2013 tarih ve 28037 sayılı resmi gazetede “Beşeri Tıbbi Ürünlerin Tanıtım Faaliyetleri Hakkında Yönetmelik” yayımlanmıştır.

E. Aşı İle İlgili Gelişmeler

2003 Yılı Gelişmeleri;

- Kızamığa karşı ulusal bağışıklama kampanyası bağlamında aşılama günleri organize edilmiştir.

2006 Yılı Gelişmeleri;

- Genişletilmiş Bağışıklama Programı (EPI) başlatılmış ve aşılama programına kızamıkçık, kabakulak, menenjit aşıları dâhil edilmiştir.
- Tetanos eliminasyon programı kapsamında “Tetanos Aşı Günleri Programı” gerçekleştirilmiştir.

2008 Yılı Gelişmeleri;

- Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünce yayımlanan 25 Şubat 2008 tarih ve 2008/14 Sayılı genelge ile pentavalan aşılar, rutin bağışıklama programına alınmıştır.
- 2008 yılı Kasım ayından itibaren Konjuge Pnömonokok aşısının kullanımı başlatılmıştır.

2010 Yılı Gelişmeleri;

- Sağlık Bakanlığının 11 Ekim 2010 tarihli ve 41128 Sayılı olurları ile ilköğretim çağında yaygın olarak görülen boğmaca vakalarını engellemek üzere ilköğretim birinci sınıflara asellüler boğmaca aşısını da içeren dörtlü karma aşı uygulanmaya başlanmıştır.

F. Diğer Gelişmeler

2004 Yılı Gelişmeleri;

- Bebeklerde D Vitamini Yetersizliğinin Önlenmesi ve Kemik Sağlığının Korunması Programı” başlatılmış olup sağlık kuruluşlarında ücretsiz olarak D vitamini desteği sağlanmaya başlanmıştır.

2005 Yılı Gelişmeleri;

- 24 Mart 2005 tarihinde 5324 Sayılı Resmî Gazete yayımlanan kozmetik kanunu çıkarılmıştır.

2007 Yılı Gelişmeleri;

- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığının 4 Nisan 2007 tarih ve 2007/25 Sayılı genelgesi ile Sağlık Bakanlığına bağlı işletmelerin toplu alım yapmasıyla ilgili düzenlemeler yapılmıştır.

2008 Yılı Gelişmeleri;

- “Beşeri Tıbbî Ürünler Ambalaj ve Etiketleme Yönetmeliği’nde yapılan bir değişiklikle ürünler üzerinden kupür kaldırılarak, yerine “karekod” adıyla yeni bir tanımlayıcı konulmuştur.
- İlaçların hatalı kullanılmasını en aza indirmek için İlaç Eczacılık Genel Müdürlüğü tarafından 26 Şubat 2008 tarihinde “Beşeri İlaçların Ambalaj ve Kullanma Talimatının Okunabilirliğine İlişkin Kılavuz” yayımlanmıştır.
- 5 Aralık 2008 tarihinde yapılan 4734 Sayılı kanunun 22. Maddesinin f bendi değiştirilerek özelliğinden ve belli süre içinde kullanılma zorunluluğundan dolayı stoklanması ekonomik olmayan veya acil durumlarda kullanılacak olan ilaç, aşı, serum, anti-serum, kan ve kan ürünleri ile ortez, protez gibi uygulama esnasında hastaya göre belirlenebilen ve hastaya özgü tıbbî sarf malzemeleri, test ve tetkik sarf malzemeleri alımlarının doğrudan temin ile alımı kolaylaştırılmıştır.
- 25 Kasım 2008 tarihinde Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda stok takibi ve kontrolü için MKYS kullanımı zorunlu hale getirilerek bütün Türkiye’de alınan tıbbî cihaz, malzeme ve ilaçların fiyat ve miktarları bütün hastaneler tarafından rahatlıkla izlenebilir hale getirilmiştir.

2009 Yılı Gelişmeleri;

- Sağlık Bakanlığı ile Türk Eczacıları Birliği Merkez Heyeti arasında, 18 Eylül 2009 tarihinde imzalanan “Eczane Bulunmayan Yerleşim Bölgelerinde Yaşayan Halka Yerinde İlaç Teminine İlişkin Protokol” ile eczane bulunmayan kırsal bölgelerde yaşayan halkın ilaca ulaşımını kolaylaştırmak için mobil eczane uygulaması başlatılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığının 27 Mart 2009 tarih ve 2009/23 Sayılı genelgesi ile Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda MKYS’den fiyat sorgulama ve yaklaşık maliyet belirleme zorunlu hale getirilmiştir. Azami stok uygulaması başlatılarak stok seviyeleri en fazla 4 ayla sınırlandırılmıştır. Bu sayede stok seviyeleri önemli ölçüde azaltılmıştır.
- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca Sağlık Bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlarda gereksiz stokların eritilmesi ve miadı geçme riski taşıyan ürünlerin yayii olmasının önlemesi için MKYS sisteminde “Stok Fazlası Taşınır Modülü” ve “İhtiyaç Fazlası Taşınır Modülü” oluşturularak stok maliyetlerinde önemli tasarruflar sağlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca yayımlanan 23 Temmuz 2009 tarih ve 2009/45 Sayılı genelge ile; “İl Stok Havuzu” oluşturularak illerde “Stok Koordinasyon Ekipleri” ile “Merkezi Satın Alma Birimleri” kurulmuştur. İldeki bütün stoklar il stok havuzuna dâhil edilmiştir. Böylece ilde stok fazlası bulunan ürünler için tekrar satın alma yapılması önlenerek büyük tasarruflar sağlanmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinde küçük hastanelerin satın alım yapması sınırlandırılarak ihtiyaçlarının büyük hastanelerce karşılanması uygulamasına geçilmiştir. Bu düzenleme ile ilaç ve tıbbî malzeme satın alma yapan hastane sayısı 835’den 312’ye düşürülmüştür.
- Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığınca Sağlık Bakanlığı hastanelerinde ilaç ve tıbbî malzeme alımlarının il düzeyinde toplu olarak yapılacak çerçeve anlaşmalarla karşılanması zorunlu hale getirilmiştir.
- Sağlık harcamalarının sistematik olarak izlenmesini, değerlendirilmesini ve gerekli stratejilerin geliştirilmesini sağlamaya yönelik çalışmaları yapmak üzere Sağlık Harcamaları İzleme ve Değerlendirme Komisyonu (SHİDK, Komisyon) kurulması öngörülmüştür.
- İlaç Takip Sistemi (İTS) pilot uygulaması başlatılmıştır.

2011 Yılı Gelişmeleri;

- “Türkiye Kalp ve Damar Hastalıklarını Önleme ve Kontrol Programı” uygulamaya başlamıştır.
- Vatandaşların ilaca ait her türlü bilgiyi rahatça anlayabilmesi için ilaç prospektüsleri sade ve anlaşılabilir hâle getirilmiştir.
- Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmelik Yayınlanmıştır.
- Sağlık Bakanlığı Teşkilat yasası yenilenmiş ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur.

2013 Yılı Gelişmeleri;

- Akılcı ilaç kullanımını destekleyecek faaliyetlerin yürütülmesi için koordinasyon ve işbirliğini sağlamak ve etki edilen taraflarda “Akılcı İlaç Kullanımı” yönünde davranış değişikliği oluşturmak amacıyla “Akılcı İlaç Kullanımı Ulusal Eylem Planı 2014-2017” hazırlanmıştır.
- Tıbbi Cihaz Takip Sistemi ve Kozmetik Takip Sistemi yazılım programlarının geliştirilebilmesi için ilgili çalışmalara başlandı ve yazılım için TÜBİTAK ile protokol imzalanmıştır.
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu ile TUCRIN (Turkish Clinical Research Infrastructure Network- Türkiye Klinik Araştırma Altyapıları Ağı) arasında klinik araştırma veri tabanı konusunda TUCRIN-TİTCK işbirliği protokolü imzalanmıştır.

2014 Yılı Gelişmeleri;

- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik yayımlanmıştır.
- İlaçların Güvenirliği Hakkında Yönetmelik yürürlüğe girmiştir.

Dördüncü Bölüm

İlacın Finansmanı

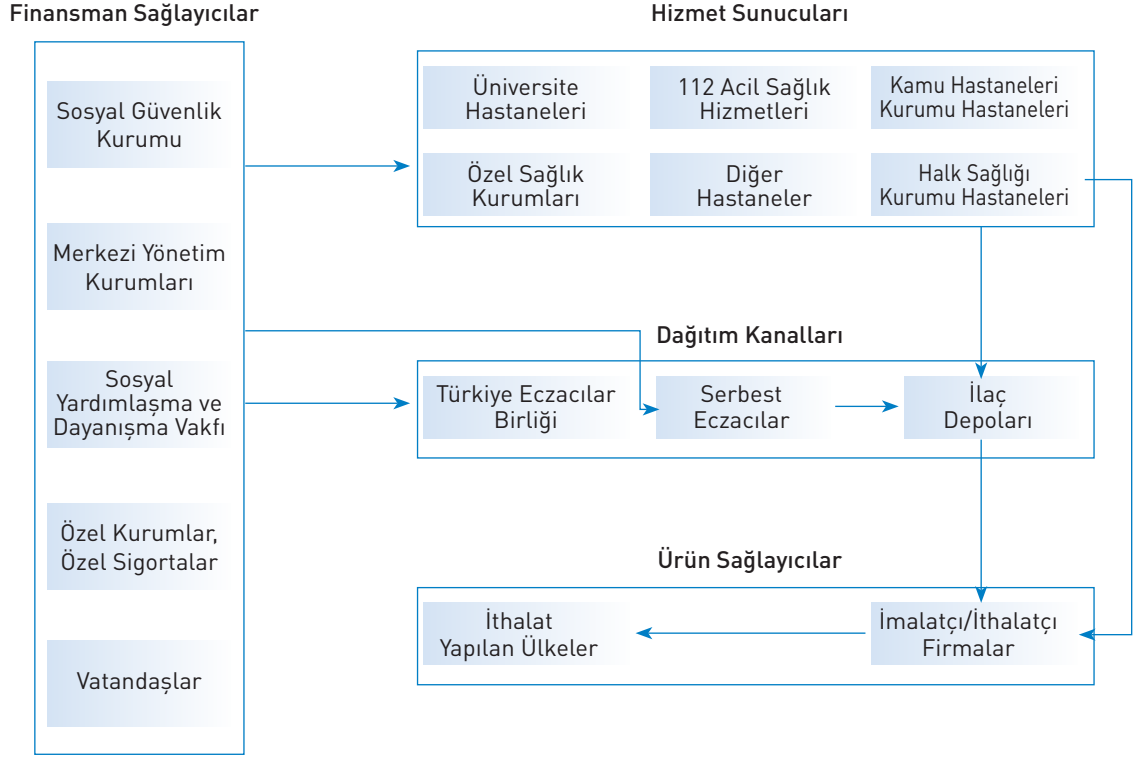
A. İlacın Finansmanı

Türkiye’de ilacın finansman yapısı karma özellik göstermektedir. Temel finansman kaynağı kamu olup, sistemin finansmanında özel harcamalar da önemli yer tutmaktadır. 2002 yılında Türkiye’de sağlık hizmetlerinin temel finansman kaynağı kamu finansmanıydı. Türkiye’de 2002 yılında perakende olarak satılan her 100 TL’ lik ilaç harcamasının 78,8 TL’ si kamu tarafından karşılanıyorken, bu oran 2013 yılında 77 TL’ye düşmüştür. 2002 yılında ilacın kamu finansmanı oldukça parçalı bir yapıya sahip iken 2013 yılında kamu finansmanının tamamına yakını SGK tarafından karşılanmaya başlamıştır. Hane halkı ilaç finansmanı ise reçete katılım bedeli gibi yeni cepten harcama kalemleri ile çeşitlenmiştir (Atasever, 2014).

2003 yılından itibaren Türkiye’de ilacın finansmanı açısından da önemli reformlar yapılmıştır. Bu dönemde geri ödeme sisteminin daha sağlıklı çalışabilmesi için 2004 yılında "Geri Ödeme Komisyonu" kurulmuştur. Bu komisyon; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Maliye Bakanlığı, Devlet Planlama Teşkilatı ve Hazine Müsteşarlığı temsilcilerinden oluşturulmuştur. Bu komisyon 2007 yılı Ağustos ayında SGK’ya devredilmiştir. Komisyon sağlık hizmetleri, ilaçlar ve SGK’nın geri ödemesini yaptığı sağlık hizmetleri için fiyat belirlenmesinden ve SGK teminat paketinde değişiklikler yapılmasından sorumludur. Bu komisyonun altında sağlık hizmetleri fiyatlandırma komisyonu yer almaktadır. Bu alt komisyon geri ödeme komisyonu tarafından karar alınmasını kolaylaştırmak için gerekli teknik çalışmalardan sorumludur.

2003 öncesi oldukça parçalı bir yapıya sahip sosyal güvenlik kurumları için norm birliğinin sağlanması ve sürdürülebilir bir sosyal güvenlik sistemi oluşturulması amacıyla, Sosyal Sigortalar Kurumu Başkanlığı, Emekli Sandığı Genel Müdürlüğü ve BAĞ-KUR Genel Müdürlüğünü aynı çatı altında toplayan Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı, 5502 Sayılı Kanunla 2006 yılı Mayıs ayında kurulmuştur. Bu reformla sigorta hak ve yükümlülüklerinin eşitlendiği, mali olarak sürdürülebilir tek bir emeklilik ve sağlık sigortası sisteminin kurulması öngörülmüştür. 2007 yılından itibaren SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı ödemelerinin SGK bünyesine alınmasını 2010 yılından itibaren kamu görevlilerinin ödemeleri, 2012 yılından itibaren ise yeşil kart ödemeleri takip etmiştir.

Şekil 3. Türk Sağlık Sisteminde Eczacılık Ürünleri İçin Harcanan Fonların Akış Şeması (2015)



A.1. Kamu İlaç Finansmanı

Türkiye’de ilacın finansmanı büyük ölçüde kamu tarafından karşılanmaktadır. Bu durum yıllar itibarıyla çok önemli değişiklik göstermemiştir.

2003 yılından itibaren ilaç finansmanında kamunun payında önemli bir değişiklik yaşanmaz iken kamu geri ödeme kurumlarının tek çatı altında birleşme ile kamunun ilaç piyasasındaki düzenleme ve satın alma gücü artmıştır. 2002 yılında oldukça parçalı bir yapıya sahip olan kamu finansman sağlayıcılarından SSK, Emekli Sandığı ve Bağ-Kur 2006 yılında Sosyal Güvenlik Kurumunun çatısı altında birleşmiştir. Bu üç kurumun ilaç geri ödeme uygulamaları 2007 yılında birleştirilmiş, 2010 yılında devlet memurları ve 2012 yılında ise yeşil kart bu çatı altında toplanmıştır. 2013 yılına gelindiğinde SGK ilaç piyasasında tek kamu satın alıcısı ve en önemli fiyat belirleyicisi rolüne gelmiştir. Sağlık Bakanlığına bağlı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu her ne kadar referans fiyat belirleyici konumunda olsa da ilaç ile ilgili geri ödeme kuralları ve iskontolar SGK koordinesinde görev yapan Geri Ödeme Komisyonu tarafından belirlenmektedir (Atasever, 2014).

İlaçta Avrupa’nın en ucuz beş ülkesinin fiyatlarını baz alan referans fiyatlandırma sistemine geçilmesi, tek bir geri ödeme listesi oluşturulması, Medula sisteminin kullanılması bu dönemde kamu ilaç finansmanını etkileyen diğer önemli gelişmelerdir.

Bu dönemde bir taraftan ilaca erişimin önündeki engeller kaldırılmıştır. SSK’lıların serbest eczanelerden ilaçlarını almaları, yeşil kartlı hastaların ayaktan ilaç giderlerinin karşılanması ve yatan hastaların ilaçlarının ilgili hastane tarafından karşılanma zorunluluğunun getirilmesi ilaca erişimin kolaylaştırılması ile ilgili en önemli adım atılmıştır. Diğer yandan ise ilaç fiyatlarını düşürücü tedbirler alınarak ilaç harcamaları kontrol edilmiştir. Şöyle ki bu dönemde kamunun aldığı ilaç kutu sayısı üç kata yakın artmasına rağmen ilaç harcamaları reel olarak sadece % 3,5 artmıştır (Atasever, 2014).

Bu dönemde kamu ilaç harcamalarını kontrol altında tutmak için uygulanan bir diğer yöntemde farklılaştırılmış katılım payı uygulamaları olmuştur. Eşdeğer ilaç katkı payı, muayene katkı payı ve reçete katılım bedeli bunların önemlileri arasındadır.

Bu dönemde ilacın finansmanında yaşanan diğer bir önemli adım da ilaç harcamaları için kamunun ödeyeceği miktarın global bütçe adı verilen yöntemle tespit edilmesidir. (Akyürek, 2012) Sağlıkla ilgili Ekonomik Koordinasyon Kurulu tarafından belirlenen global bütçe; ileriye dönük olarak genellikle bir mali yıl içinde sunulacak hizmetler karşılığı elde edilecek tutarı, diğer bir bakış açısı ile de harcama sınırını ve hedefini ifade eder. Global bütçe ile kamunun ilaç için ödeyeceği toplam bedele bir sınır koyarak ilaç harcamalarının kontrol altında tutulmasını amaçlanmıştır (SGK SUT, 2015).

A.2. Özel Sektör İlaç Finansmanı

Türkiye’de ilacın finansmanı büyük ölçüde kamu tarafından karşılanmaktadır. Bu durum yıllar itibarıyla çok önemli değişiklik göstermemiştir. Şöyle ki 2002 yılında ilaç finansmanında özel harcamaların payı % 21,2 iken 2013 ‘de bu oran % 23 olmuştur. Özel sektörün ilaç harcamaları içinde özel sigorta veya kurumların ilaç harcamaları, sigortalı veya sigortasız vatandaşların cepten yaptığı ilaç harcamaları, ilaç katkı ve ilaç katılım payları bulunmaktadır (Atasever, 2014).

Özel sektörün ilaç finansmanında en önemli kalemini cepten harcamalar teşkil etmektedir. Cepten harcamaların en önemli kalemini ise sosyal güvenlik kapsamında prim ödeyen vatandaşların %20, emeklilerin ise % 10 civarında ödedikleri ilaç katılım payı oluşturmaktadır. Yeşil kartlı olarak bilinen prim ödeme gücü olmadığından sağlık sigorta primleri devlet tarafından karşılanan vatandaşlar bile bu katkı payından muaf değildir. Bu vatandaşlar ilaç için ödemiş oldukları katılım paylarını Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıflarından geri alabilmektedirler (Atasever, 2014).

Ayrıca aynı eşdeğer grubu içindeki ilaçlarda uygulanan eşdeğer bant uygulaması yıllar itibarıyla % 30’lerden %10’a kadar düşürülmüş ve hatta 2014 yılının Ekim ayında 15 eşdeğer grubunda bu bant %0’a düşürülmüştür. Bu dönemde hekimlerin yazdığı reçetelerden katkı payı alınmaya başlamıştır (SGK SUT, 2015).

B. Kamu İlaç Bütçesinin Oluşturulması

Türkiye’de 2009 yılında ortaya çıkan küresel ekonomik problemlerin Türkiye ekonomisindeki yansımaları sonucunda kamu maliyesinde yaşanan sıkıntılar ve ilaç harcamalarında artışın kontrol altına alınması amacıyla 2010–2012 dönemi için global bütçe uygulamasına geçilmiştir. (İlaç global bütçesi 2010 yılı için 14.600 milyon TL, 2011 yılı için 15.563 milyon TL, 2012 yılı için 16.669 milyon TL olarak belirlenmiştir). Bu uygulama ile ilaç harcamalarının mili gelir içindeki payının yüksek gerçekleştiği 2009 yılı istisna edilerek, 2008 yılı ilaç harcamalarının gerçekleşmelerine göre global bütçe hesaplanmıştır. Yani Türkiye’de kamu ilaç bütçesi 2010 yılından itibaren 2008 yılı baz alınarak her yıl deflatör + büyümenin yarısı kadar artırılarak oluşturulmaktadır (İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

2010 Yılından itibaren uygulanmaya başlanan kamu ilaç bütçesi oluşturma sistemi bazı yönlerden gözden geçirilmelidir. Bunlar;

Uluslararası Ekonomik Gelişmeler: Türkiye, halen teorik olarak geçerli olan ilaç fiyatlandırma mekanizmasını fiilen terketmiştir. Yani 2004 yılından itibaren uygulanmakta olan referans fiyat sisteminin kamu ilaç bütçesinin belirlenmesinde bir rolü kalmamıştır. Bu sistemde ilaç fiyatları; ürünün Sağlık Bakanlığınca Avrupa Birliği (AB) üyeleri arasından her yıl belirlenen en az 5, en fazla 10 ülkedeki depocuya satış fiyatlarından en ucuzunun referans fiyat olarak kabul edilmesiyle belirlenmektedir. Belirlenen bu fiyatlar Resmî Gazetede ilan edilen gösterge niteliğindeki Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankasının günlük Avro döviz satış kuru gerçekleştirmeleri esas alınarak her gün hesaplanacak olan doksan günlük hareketli aritmetik ortalama değer, “dönemsel Avro değer bandı”nın alt veya üst sınırlarının alt sınırdan aşağıya ve üst sınırdan yukarıya olmak üzere % 5’i aşan oranda değişiklik göstermesi hâlinde, Sağlık Bakanlığının daveti üzerine Fiyat Değerlendirme Komisyonu olağanüstü toplanarak fiyatları değerlendirmektedir (İlaç Fiyat Tebliği;2011). Bu uygulama ilaç fiyatlarının uluslararası gelişmeler karşısında ayarlanması için önemlidir. Türkiye’deki Avro kuru 13 Şubat 2009 değeri olan 1.9595 olarak sabitlenmiş ve Avro kurundaki artışlar ilaç fiyatlarına yansıtılmamıştır. Bu sistemin revize edilmemesi veya yeni bir ilaç fiyatlandırma sistemi oluşturulmaması hem öngörülebilirliği azaltmaktadır. Avro kurunun bu şekilde sabitlenmesi ayrıca Türkiye’yi referans ülke olarak belirleyen Rusya, Güney Kore, Suudi Arabistan, Mısır, Makedonya gibi ülkelerdeki ilaç fiyatlarında düşürmektedir. Bu yüzden bazı ilaç firmaları Türkiye ve benzer pazarlara kritik tedavilerde kullanılan bazı ilaçları sunmaktan vazgeçmektedirler (İlaç Çalışma Grubu Raporu;2014).

İlaç Global Bütçe Öngörüler ve Gerçekleşmeleri Farkı: Kamu ilaç bütçesi oluşturulurken ilaç bütçesinin her yıl deflatör + büyümenin yarısı kadar artırılması varsayıldığı halde öngörülerle gerçekleştirmelerin arasındaki farkın kamu ilaç bütçesine eklenmemektedir. Global bütçe uygulaması ile ilaç harcamalarının mili gelir içindeki payının yüksek gerçekleştiği 2009 yılı istisna edilerek, 2008 yılı ilaç harcamalarının gerçekleştirmelerine göre global bütçe hesaplanmıştır. Ayrıca 2009 yılı ilaç bütçe aşımında 2010-2012 yılları için belirlenen bu global bütçe ile telafi edilmesi amaçlanmıştır. Telafi edilmesi amaçlanan bu aşım miktarı 2,4 milyar TL civarındadır. Oysa 2010-2012 dönemi deflatör + büyümenin yarısı dikkate alınarak yapılan global bütçe öngörüler ve 2009 yılı aşım miktarı dâhil edildiğinde Onuncu Kalkınma Planı İlaç Grubu Raporuna göre ilaç gerçekleştirmelerin yaklaşık 1,1 milyar TL üstünde kalmıştır. Yani Kamu İlaç bütçe gerçekleşmesi deflatör + büyümenin yarısı ile artırıldığında ve 2009 yılında gerçekleşen bütçe aşımı telafi edildiğinde bile öngörünün altında kalmıştır (İlaç Çalışma Grubu Raporu; 2014).

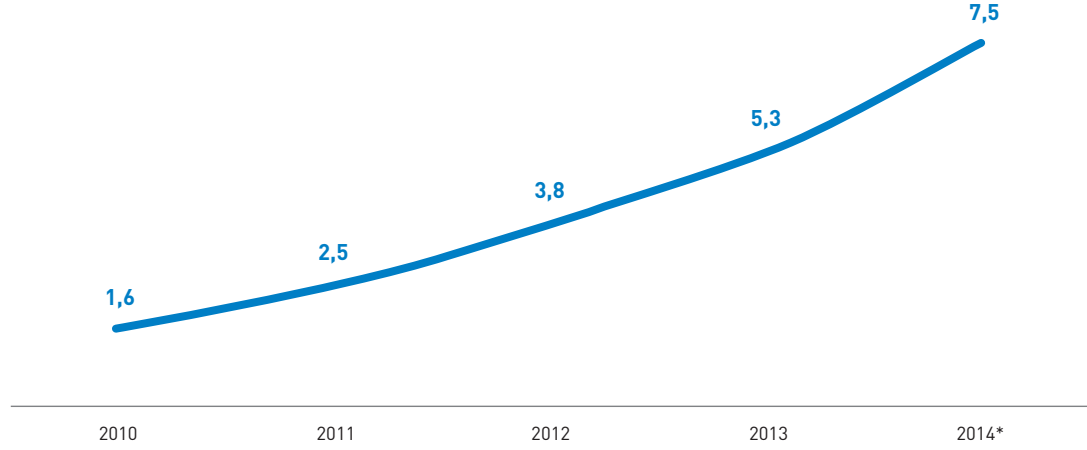
Tablo 22. İlaç Global Bütçesi ve Gerçekleşmeler

	2010-2012 OVP		Gerçekleşme/Revizyonlar*		Bütçe (Milyon TL)	
	Deflatör	Büyüme	Deflatör	Büyüme	OVP	Gerçekleşme
2009					13.666	16.067
2010	5,0%	3,5%	5,7%	9,2%	14.600	15.348
2011	4,5%	4,0%	8,9%	8,5%	15.563	15.868
2012	4,5%	5,0%	7,1%	3,2%	16.669	14.484
2010-2012					46.832	45.700

* 2010 ve 2011 rakamları gerçekleşme olup 2012 rakamları ise 2013-2015 OVP'sinden alınmıştır.

Kaynak: Onuncu Kalkınma Planı İlaç Çalışma Grubu Raporu

TEB Kanalıyla Getirilen İlaçlar: Kamu ilaç bütçesi oluşturulurken TEB kanalıyla yurt dışından getirilen ilaç harcamaları ilaç bütçesi dışında değerlendirilmiştir. Kamu ilaç bütçesi global bütçeleme anlayışıyla belirlenir ve bu bütçenin artışı sadece deflatör + büyümenin yarısı kadar artırılırken TEB kanalıyla getirilen ilaçlar için yapılan harcamalar son 5 yılda ortalama olarak %50 artmıştır. Aslında TEB kanalıyla getirilen ilaçları hariç tuttuğumuzda kamu ilaç bütçesi son beş yılda reel olarak ortalama %6,5 küçülmüştür (Tablo 23).

Grafik 12. TEB Kanalıyla Getirilen İlaç Harcamalarının Kamu İlaç Harcamaları İçindeki Payı, (%)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, SGK, TÜİK, Atasever, M. [a.g.e]

TEB kanalıyla getirilen ilaçlar için yapılan harcamaların kamu harcamaları içindeki oranı 2010 yılında % 1,6 iken bu oran 2014 yılında % 7,5'e yükselmiştir (Grafik 12).

Tablo 23. TEB Kanalıyla Getirilen İlaçların Kamu İlaç Bütçesine Etkisi

	2010	2011	2012	2013	2014	2011-2014 Ortalama Artış (%)	2010-2014 Artış (%)
TEB İlaç Harcaması (Milyon TL)	250	400	526	811	1.242	-	396,8
TEB İlaç Harcaması Artışı (%)	-	60,0	31,5	54,2	53,1	49,7	-
Kamu İlaç Harcaması (Milyon TL)	15.351	15.911	13.811	15.442	16.577	-	8,0
TEB İlaç Harcamasının Kamu İlaç Harcaması İçindeki Payı (%)	1,6	2,5	3,8	5,3	7,5	4,8	-
TEB Hariç Kamu İlaç Harcaması (Milyon TL)	15.101	15.511	13.285	14.631	15.335	-	1,6
TEB Hariç Kamu İlaç Harcaması Artışı (%)	-	2,7	-14,4	10,1	4,8	0,8	-
TEB Hariç Kamu İlaç Harcaması (2014 Yılı Fiyatlarıyla, Milyon TL)	20.486	19.763	15.545	15.927	15.335	-	-25,1
TEB Hariç Kamu İlaç Harcaması Artışı (2014 Yılı Fiyatlarıyla, %)	-	-3,5	-21,3	2,5	-3,7	-6,5	-

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, SGK, TÜİK, Atasever, M. [a.g.e]

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerin gününbirlik tedavi edilen hastaların kanser ilaçlarını karşılamaya başlaması: Bilindiği gibi Sağlık Bakanlığı ile SGK 2006 yılından itibaren sağlık hizmet sunum ve ödemesini Global Bütçe yöntemi ile yapmakta ve bunun için her yıl yenilenen Götürü Bedel Hizmet Alım Sözleşmesi imzalamaktadır. SGK Sağlık Bakanlığı ve SGK arasında imzalanan 2015 yılı hizmet alım sözleşmesine “01/07/2015 tarihinden itibaren yatarak tedavilerde (gününbirlik tedaviler dâhil) kullanılan kanser ilaçlarına ait bedeller götürü bedel kapsamı dışında değerlendirilerek sözleşme ve usul esasları ekinde yer alacak ek sözleşmede belirtilen usul esaslar ve ödeme takvimi dâhilinde Sağlık Bakanlığına ayrıca ödenecektir.” hükmüne istinaden, 01.07.2015 tarihinden itibaren söz konusu ilaçların Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastaneler tarafından temininin zorunlu hale getirildiği, bu ilaçların hastaya reçete edilerek SGK ile sözleşmeli eczanelerden temin ettirilmesi halinde reçete edilen tutarın Götürü Bedel ödemelerinden mahsup edileceği ve konu ile ilgili gerekli tedbirlerin alınmasının önemi Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 13.04.2015 tarihli 465 sayılı yazısı ile duyurulmuştur. Ayrıca 21.04.2015 tarihinde Resmi Gazetede yayınlanan SUT değişikliği ile SGK tarafınan konu ile ilgili düzenleme yapılmış ve SUT EK-4/A “Bedeli Ödenecek İlaçlar Listesi”nde bulunan ilaçlardan oluşturulacak olan Hastanelerce Temini Zorunlu Kemoterapi İlaçları Listesi(Ek-4/H)’nin düzenlenerek, SGK’nın resmi internet sitesinden yayımlanacağı belirtilmiştir. Bu uygulama uyarınca Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerce temini zorunlu kemoterapi ilaçları listesinin kapsamı Götürü Bedel Protokolünde belirtildiği üzere yatarak tedaviler ve gününbirlik tedavi olarak tanımlanan kemoterapi tedavisinde kullanılacak olan antineoplastik ilaçlar olup, ayaktan hastanın kullandığı antineoplastik ilaçlar bu kapsamın dışındadır.

İlaç Harcamalarını Etkileyen Diğer Hususlar: Kamu ilaç bütçesi oluşturulurken ilaç pazarının iç değişkenlerinin dikkate alınmaması bir anlamda global bütçe uygulaması öncesi oluşan pazar paylarının sağlıklı şekilde oluştuğu ve bu payların sürekli aynı kalacağı şeklinde bir sonuç doğurmaktadır. Oysa bu bütçe oluşturulurken nüfusun yaşlanması, değişen hastalık yükleri ve yenilikçi ilaçların yaşam süresine, hastaneye yatış süresi ve sağlık harcamalarına etkisi dikkate alınmalıdır. Bu Konu ile ilgili Türkiye’de Prof.Dr. Frank Lintenberg ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada yenilikçi ilaçların Türkiye’de 1999-2008 yıllarında yaşam süresine 3 yıl katkı yaptığı, hastanede kalınan gün sayısının yılda yaklaşık %1 azaldığı ve sağlık harcamalarına olumlu katkı yaptığı varsayılmıştır (Lichtenberg, Tatar ve Çalışkan, 2014) .

TEB kanalıyla getirilen ilaçlarda yaşanan artışa rağmen Türkiye’nin geçmiş yıllara göre yenilikçi ilaçlara erişimi kolaylaşmamıştır. İDE Farmasötik Danışmanlık tarafından hazırlanan rapora göre; 2005-2011 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri İlaç Kurumu FDA 142, Avrupa Birliği İlaç Kurumu EMA 124 ve Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ise 48 yeni ilaca pazarlama izni vermiştir. Türkiye’de yeni etkin madde lansmanları ve ilaca erişim; 2005-2011 yılları arasında ABD ve EMA tarafından onaylanan toplam bileşik sayıları ile karşılaştırıldığında, %29’larda kaldığı görülmektedir. Özellikle kanser, organ nakilleri ve kardiyovasküler hastalıklar alanında ABD-FDA ve AB-EMA tarafından onaylanmış yeni inovatif ilaçların büyük bir çoğunluğunun Türkiye’de onayı bulunmamaktadır. Özellikle onkoloji ilaçlarında ruhsatlandırma süresinin uzunluğu bu ilaçlara erişimi oldukça zorlaştırmaktadır. Bu problem son yıllarda daha da ağırlaşmış bir şekilde devam etmektedir. Türkiye’de son 10 yılda endikasyon dışı ilaç kullanımlarının usullerinin tanımlanması her geçen gün bu yolla daha fazla ilaç kullanımını mümkün kılmıştır. Bu durum hem henüz ruhsat almamış ilaçlara erişimi hem de ruhsatlı ilaçlarla standart tedavi seçeneklerinin tüketilmesi durumunda daha kısıtlı veri ile yeni tedavi seçeneklerinin kullanılmasını mümkün kılmaktadır (TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştay Raporu, 2014).

2010-2012 dönemi global bütçe rakamlarını sağlamak üzere kamu tarafından uygulamaya konulan ilave fiyat düşüşleri ve iskontolar ile artan kurun ilaç fiyatlarına yansıtılmaması ilaç endüstrisinin sürdürülebilirliğini olumsuz etkilemiş hem yatırımlar ve istihdam azalmış hem de bazı ilaçlara erişim sorunları ortaya çıkmıştır (İlaç Çalışma Grubu Raporu; 2014).

İlerleyen yıllarda, Türkiye açısından stratejik öneme sahip ilaç sektörünün gelişmesi için sürdürülebilir ve öngörülebilir ilaç fiyat politikalarının uygulanması gerekmektedir. Bunun için TEB kanalıyla getirilen ilaçlar gibi hususlar dikkate alınarak kamu ilaç global bütçesinin belirlenmesi gerekmektedir.

C. İlacın Fiyatlandırılması

2002-2014 döneminde ilaç fiyatlandırma sistemi tamamen değişmiştir. 2004 yılından itibaren referans fiyat sistemi uygulanmaktadır. Bu sistemde ilaçlar referans, eşdeğer ve 20 yıllık olmak üzere üç farklı kategoride değerlendirilmiştir (Deloitte, Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli için yol haritası ve süreç yönetimi, 2012).

İlaç fiyatları; ürünün Sağlık Bakanlığınca Avrupa Birliği (AB) üyeleri arasından her yıl belirlenen en az 5, en fazla 10 ülkedeki depocuya satış fiyatlarından en ucuzunun referans fiyat olarak kabul edilmesiyle belirlenmektedir. Belirlenen “referans ülkeler” tebliğle duyurulur ve en geç iki ay öncesinden ilan edilmek şartıyla değiştirilebilir. Referans fiyat “depocuya satış fiyatı”dır. Bu fiyat, belirlenen ülkeler içinde ruhsatlı ve piyasada satışı olan referans ürünün depocuya iskonto hariç en düşük satış fiyatıdır. Ancak, ilgili ürünün imal veya ithal edildiği ülkeler, referans ülkelerin dışında olup bu ülkelerde referans ülke fiyatlarının altında belirlenmiş bir depocuya satış fiyatı var ise, depocuya satış fiyatı düşük olan ülkedeki fiyat, referans fiyat olarak kabul edilmektedir. Referans fiyat para birimi olarak Avro kullanılmaktadır. İlgili ürünler için referans fiyatların takibinden ve Sağlık Bakanlığınca beyan edilmesinden firmalar sorumludur. Referans fiyat takibinde ulusal ya da uluslararası veri tabanları kullanılabilir. Sağlık Bakanlığı gerekli gördüğünde ulusal veya uluslararası veri tabanlarını ve/veya resmi yolları kullanarak beyan edilen referans fiyatların kontrolünü yapabilmektedir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011) .

Türkiye’de ilaç fiyatları temel olarak şu şekilde belirlenmektedir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

Eşdeğeri Olmayan Referans İlaçların Fiyatlandırılması	Eşdeğeri Olan Referans İlaçlar ve Eşdeğer İlaçların Fiyatlandırılması	Yirmi Yıllık İlaçların (6,79 TL üstü) Fiyatlandırılması
Referans Fiyat + Depocu ve Eczacı Kâr Oranları + % KDV	Referans Fiyatın %60’ı + Depocu ve Eczacı Kâr Oranları + % KDV	Referans Fiyatın %80’i + Depocu ve Eczacı Kâr Oranları + % KDV

“Hastane ambalajlı ürünler” için, ürünün perakende satışta olan diğer ambalajlarından, birim fiyatı en ucuz olanın en az % 10 altında birim fiyatı olacak şekilde perakende satış fiyatı belirlenmektedir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

Türkiye’de 2014 yılı sonu itibarıyla uygulanan depocu ve eczacı kârları ise şu şekildedir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

Depocuya Satış Fiyatının;	Depocu Kârı (%)	Eczacı Kârı (%)
10 TL'ye kadar olan kısmı için (10 TL dâhil)	9	25
10- 50 TL arasında kalan kısmı için (50 TL dâhil)	8	25
50-100 TL arasında kalan kısmı için (100 TL dâhil)	7	25
100-200 TL arasında kalan kısmı için (200 TL dâhil)	4	16
200 TL üstünde kalan kısmı için	2	12

20 yıldan eski ilaç statüsü kazanmış ve depocuya satış fiyatı 6,79 TL ve altında olan ilaçlar, depocuya satış fiyatı 3,56 TL'nin altında olan bütün ilaçlar, reçetesiz ilaçlar, kan ürünleri, tıbbi mamalar, radyofarmasötik ürünler, enteral beslenme ürünleri ve kamu tarafından bedeli ödenecek ilaçlar listesinde yer almayan ilaçlar için bu karar hükümleri uygulanmamaktadır. Bu ürünlerin fiyatlandırılmasına ilişkin usul ve esaslar, Sağlık Bakanlığınca tebliğle ilan edilmektedir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

Referans ülkelerin yeniden belirlenmesi durumunda, piyasada mevcut olan ya da onaylanmış fiyatı bulunan bütün ürünler için yeniden beyanname verilmektedir. Referans fiyatları bu ülkelerden etkilenen ürünlerin depocuya satış fiyatlarının referans fiyatın en fazla %60'ı dikkate alınarak yeniden belirlenmesinde “Fiyat Değerlendirme Komisyonu” yetkilidir. Fiyatı orijinal ürünlerin referans fiyatına göre veya orijinal ürün Türkiye’de bulunmadığı için referans sistemine göre belirlenen eşdeğer ürünler için de aynı uygulama geçerlidir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

Sağlık Bakanlığının koordinatörlüğünde Maliye Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı temsilcilerinin katılımıyla ilaçların fiyatlarını değerlendirmek amacıyla “Fiyat Değerlendirme Komisyonu” oluşturulmaktadır. Komisyon, üç ayda bir olağan, gerektiği hâllerde Komisyonda temsilcisi olan kurumlardan herhangi birinin daveti üzerine olağanüstü toplanarak bu Kararın uygulanmasına ilişkin usullerle ilgili veya ilaç fiyatlarının artırılması, azaltılması ya da aynı kalması yönünde kararlar almaktadır; ilaç fiyatlarının tespitinde kullanılacak olan “dönemsel Avro değeri” ile “dönemsel Avro değer bandını” belirlemektedir. Dönemsel Avro değer bandının alt sınırı dönemsel Avro değeri olup, üst sınırı ise söz konusu alt sınır değerinin % 10 fazlasıdır. Dönemsel Avro değer bandının alt sınırının % 5 eksiği ve üst sınırının % 5 fazlası dâhil olmak üzere bu aralıktaki kur gerçekleşmeleri, fiyat değişikliği için gerekçe oluşturmamaktadır (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

Resmî Gazetede ilan edilen gösterge niteliğindeki Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankasının günlük Avro döviz satış kuru gerçekleştirmeleri esas alınarak her gün hesaplanacak olan doksan günlük hareketli aritmetik ortalama değer, “dönemsel Avro değer bandı”nın alt veya üst sınırlarının alt sınırdan aşağıya ve üst sınırdan yukarıya olmak üzere % 5’i aşan oranda değişiklik göstermesi hâlinde, Sağlık Bakanlığının daveti üzerine Fiyat Değerlendirme Komisyonu olağanüstü toplanarak fiyatları değerlendirmektedir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

İlaçların fiyatlarında ancak Fiyat Değerlendirme Komisyonunca belirlenecek oranlarda artış yapılabilir. Fiyat listesinde yapılacak değişiklikler, yayımlandığı tarihten 5 iş günü sonra uygulanmaya başlanılmaktadır. Ancak, fiyat listesine ilave edilen yeni ürünler için bu süre beklenilmemektedir. Depocuya satış fiyatı belirlenirken referans fiyata uygulanan oranların düşüşü nedeniyle eczane stoklarında meydana gelebilecek stok zararları, firmalar tarafından ecza depolarına, depolar tarafından da eczanelere ödenmektedir. Bu kapsamda yapılacak işlemlerde, eczacılar tarafından İlaç Takip Sistemine yapılan bildirimler esas alınmaktadır. Fiyat Değerlendirme Komisyonu kararı sonucu yapılan fiyat artışları söz konusu olduğunda, firmaların talebi halinde firmanın kendi ilaçlarına ait eczane stok bilgileri İlaç Takip Sistemi aracılığı ile ilgili firmayla paylaşılmaktadır. Firmaların kendi istekleriyle yapılan fiyat düşüşlerinde ise, eczane stoklarında oluşacak kayıpların telafi edileceğinin ilgili firma tarafından taahhüt edilmesi kaydıyla bu süre beklenilmeyebilmektedir. Komisyonun sekretarya hizmetleri Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

Referans fiyatlarda gerçekleşecek düşüşlerin oranı, toplamda % 3’ü geçerse üç ay içinde bildirilmesi ve fiyatlara yansıtılması zorunludur. Düşüş oranı toplamda % 3’ü geçtiği hâlde bildirimde bulunmayan ve fiyat değişikliği için müracaat etmeyen ruhsat sahiplerinden 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu hükümleri saklı kalmak kaydıyla oluşacak kamu zararı, Maliye Bakanlığı ve Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından tazmin ettirilmektedir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

Fiyat Değerlendirme Komisyonu, Türkiye İstatistik Kurumunun bir önceki yılın yıllık kimyasal maddeler, ürünler ve suni elyaflar üretici fiyatları ve tıbbi ürünlerin son üç yıllık toplam satışlarının dağılımına ait verileri dikkate alarak bu oranları yeniden belirlemeye yetkilidir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

Kamu sağlığı gerekçesiyle piyasada bulunması zorunlu olan ürünler ile piyasada bulunabilirliğinin teminiyle kamu maliyesi açısından tasarruf sağlayan ürünlerin fiyatları, Fiyat Değerlendirme Komisyonu Kararı ile yükseltilebilmektedir (İlaç Fiyat Tebliği, 2011).

İlaç Fiyatı Belirlenirken Uygulanan İskontolar (Kabahasanoğlu, 2012)

Kurum İskontosu: İlaç firmalarının; Sosyal Güvenlik Kurumu'na fatura edilen, diğer bir tanımla geri ödeme kapsamındaki ürünleri için devlete uyguladıkları iskontodur.

Ticari İskonto: İlaç firmalarının; ürünlerini daha cazip hale getirebilmek için eczaneye verdikleri iskontodur.

Peşin Ödeme İskontosu: Ecza depolarının, ödemelerini peşin yapan eczanelere verdiği ilave iskontodur.

Anlaşma İskontosu: Ecza deposu ile eczanenin aralarındaki ticari anlaşma neticesinde deponun eczaneye yansıttığı ilave iskontodur.

Mal Fazlası Uygulamaları: İlaç firmalarının veya ecza depolarının, belli bir miktar ürün alımı karşılığında ücretsiz ürün vermeleridir. Gelişmiş ülkelerin çoğunda ilaç pazarı düzenleme çerçevesi kapsamında mal fazlası uygulamaları yasaklanmıştır. 2013 yılı IMS verilerine göre Türkiye'de geri ödeme kapsamında bulunan ilaçların kutu bazında yaklaşık %17'si tutar bazında ise yaklaşık %13 mal fazlası ürünlerden oluşmaktadır.

Tablo 24. Perakende Satış Fiyatına Göre Örnek İlaç Fiyatı Hesaplama

Perakende Satış Fiyatı (TL)					KDV Oranı (%)	
100					8	
Kademe	Barem	Depocu Kârı (%)	Eczacı Kârı (%)	İmalatçı Fiyatı (TL)	Depocu Satış Fiyatı (TL)	Eczane Satış Fiyatı (TL)
1.Kademe	10	9	25	10,00	10,90	13,63
2.Kademe	50	8	25	40,00	43,20	54,00
3.Kademe	100	7	25	18,66	19,97	24,96
4.Kademe	200	4	16	0,00	0,00	0,00
5.Kademe	200 TL Üstü	2	12	0,00	0,00	0,00
				68,67	74,07	92,59
					KDV	7,41
					Perakende Fiyatı	100,00
İmalatçı Fiyatı (TL)	Depocu Kârı (%)	Kurum İskontosu (%)	Ticari İskonto (%)	KDV Haric Eczacı Alış Fiyatı (TL)	KDV Dâhil Eczacı Alış Fiyatı (TL)	Eczacı Kârı (%)
68,67	7,30	0	0	74,07	80,00	20,00

Kaynak: <http://www.hedefim.com>

Tablo 25. İmalatçı Satış Fiyatına Göre Örnek İlaç Fiyatı Hesaplama

İmalatçı Fiyatı (TL)					KDV Oranı (%)	
100					8	
Kademe	Barem	Depocu Kârı (%)	Eczacı Kârı (%)	İmalatçı Fiyatı (TL)	Depocu Satış Fiyatı (TL)	Eczane Satış Fiyatı (TL)
1.Kademe	10	9	25	10,00	10,90	13,63
2.Kademe	50	8	25	40,00	43,20	54,00
3.Kademe	100	7	25	50,00	53,50	66,88
4.Kademe	200	4	16	0,00	0,00	0,00
5.Kademe	200 TL Üstü	2	12	0,00	0,00	0,00
				100,00	107,60	134,50
					Perakende Fiyatı	145,26
İmalatçı Fiyatı (TL)	Depocu Satış Fiyatı (TL)	Kurum İskontosu (%)	Ticari İskonto (%)	KDV Haric Eczacı Alış Fiyatı (TL)	KDV Dâhil Eczacı Alış Fiyatı (TL)	Depocu Kârı (%)
100,00	107,60	0	0	107,60	116,21	7,60

Kaynak: <http://www.hedefim.com>

D. Geri Ödeme Sistemi

Bakanlar Kurulu Kararına göre Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar: Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı koordinatörlüğünde, Maliye Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı temsilcilerinin katılımıyla "Geri Ödeme Komisyonu" oluşturulur. Komisyon, ilaç sektörü ve ilgili sivil toplum kuruluşlarının görüşlerini de dikkate alarak geri ödeme usul ve esaslarını tespit edilmektedir. Komisyonun çalışma usul ve esaslarını belirleyen yönerge, Maliye ve Sağlık Bakanlıklarının uygun görüşü alınarak Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından yayımlanmaktadır. Komisyon, iki ayda bir olağan, gerektiği hâllerde Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığının daveti üzerine olağanüstü toplanmaktadır. Komisyonun sekreteryaya hizmetleri, Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı tarafından yürütülmektedir (SGK, Geri Ödeme Yönergesi, 2012).

Türkiye Geri Ödeme sisteminin Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı bünyesinde çalışan en önemli mekanizmaları şunlardır;

Geri Ödeme Komisyonu; Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı bünyesinde çalışan Geri Ödeme Komisyonu, Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürü başkanlığında, Kurum Başkanının görevlendireceği Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü bünyesinde görevli biri İlaç ve eczacılık daire başkanı olmak üzere üç daire başkanı, Maliye Bakanlığının ve Sağlık Bakanlığının görevlendireceği en az daire başkanı düzeyinde ikişer temsilci ile Kalkınma Bakanlığı ve Hazine Müsteşarlığının görevlendireceği en az daire başkanı düzeyinde birer temsilcinin katılımıyla 10 (on) asil üyeden oluşmaktadır (SGK, Geri Ödeme Yönergesi, 2012).

Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonu (TEDK); TEDK Sosyal Güvenlik Kurumu İlaç ve Eczacılık Daire Başkanı başkanlığında; Sosyal Güvenlik Kurumunu (SGK) temsilen, Komisyon Başkanı dâhil olmak üzere Kurum Başkanının onayı ile görevlendirilecek altı üye, Sağlık Bakanlığını temsilen ilgili kurum tarafından belirlenmiş iki üye, Kalkınma Bakanlığı, Hazine Müsteşarlığı ve Maliye Bakanlığını temsilen en az şube müdürü veya uzman düzeyinde ilgili kurumlar tarafından belirlenmiş birer üye, akademisyenler arasından SGK tarafından biri tabip olmak üzere belirlenecek iki üye, İlaç Endüstrisi İşverenleri Sendikası, Türkiye İlaç Sanayi Derneği, Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği ve Gelişimci İlaç Firmaları Derneğini temsilen ilgili kuruluşlar tarafından belirlenmiş birer gözlemci üye, olmak üzere 13 (on üç) asil ve 4 (dört) gözlemci üyeden oluşmaktadır (SGK, Geri Ödeme Yönergesi).

Bilimsel Komisyon; Ödeme ve Tıbbi ve Ekonomik Değerlendirme Komisyonlarının gerektiğinde görüş aldığı komisyondur. Bilimsel komisyon ayrı ayrı veya birlikte görüş vermek üzere en az 3 (üç) katılımcıdan oluşur. Bilimsel komisyon üyeleri çalışma sonuçlarını ayrı ayrı veya birlikte yazılı olarak sunarlar. Bilimsel komisyon toplantılarına, ödeme komisyonunda temsil edilen kurumların temsilcileri katılabilmektedirler (SGK, Geri Ödeme Yönergesi, 2012).

E. İlaçta Katılım Payı Uygulamaları

Katılım Payı (SGK, SUT Tebliği); Sağlık hizmetlerinden yararlanabilmek için genel sağlık sigortalısı veya bakmakla yükümlü olduğu kişiler tarafından ödenecek tutarı ifade etmektedir.

Katılım payı uygulanacak sağlık hizmetleri aşağıda belirtilmiştir:

Sağlık Bakanlığı tarafından sözleşme imzalanmış, görevlendirilmiş veya yetkilendirilmiş aile hekimleri hariç olmak üzere ayakta tedavide hekim ve dış hekimi muayenesi katılım payı,

- Ayakta tedavide sağlanan ilaçlar,
- Vücut dışı protez ve ortezler,
- Yardımcı üreme yöntemi tedavileri.

Ayakta Tedavide Sağlanan İlaçlar İçin Katılım Payı (SGK, SUT Tebliği); Sosyal Güvenlik Kurumunca bedeli karşılanan ilaçlar için SGK'dan gelir ve aylık alanlar ile bakmakla yükümlü oldukları kişilerden %10, diğer kişilerden %20 oranında katılım payı alınmaktadır.

Ayrıca her bir reçete için;

- 3 kutuya kadar (üç kutu dâhil) temin edilen ilaçlar için 3 (üç) TL,
- 3 kutuya ilave temin edilen her bir kutu ilaç için 1 (bir) TL olmak üzere katılım payı alınmaktadır.

Enjektabl formlar ile serum, beslenme ürünleri ve majistraller için kutu sayısına bakılmaksızın her bir kalem 1 kutu olarak değerlendirilmektedir. Sağlık raporu ile belgelendirilmek koşuluyla SGK'nın resmi internet sitesinde (www.sgk.gov.tr) yayınlanan "Hasta Katılım Payından Muaf İlaçlar Listesi" nde yer alan hastalıklarda, listede belirtilen ilaçlar için bu maddede belirtilen katılım payları uygulanmaz ve kutu/kalem hesabında dikkate alınmaz.

F. Reçete Hizmet Bedeli

01.02.2012 tarihinde yürürlüğe giren “Sosyal Güvenlik Kurumu Kapsamındaki Kişilerin Türk Eczacıları Birliği Üyesi Eczanelerden İlaç Teminine İlişkin Protokol revize edilmiş ve bu çerçevede hazırlanan 2013/1 Ek protokol metni 19.09.2013 tarihinde Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanı ve Türk Eczacıları Birliği Başkanı arasında imzalanmıştır. Protokol uyarınca, 01.02.2012 tarihinden itibaren bütün eczacılara (eczanelere) her reçete başına 25 (yirmibeş) kuruş hizmet bedeli ödenmesine karar verilmiştir. Daha sonra yapılan ek protokolle bu madde değiştirilerek, yeni protokole göre; 1 Kasım 2013 tarihinden geçerli olmak üzere; bir önceki yıl satış hasılatı (KDV hariç) 700.000 TL'ye kadar olan eczanelere her reçete başına 75 (yetmiş beş) kuruş, hasılatı (KDV hariç) 700.000 TL ve üzerinde olan eczanelere ise eskiden olduğu gibi her reçete başına 25 (yirmi beş) kuruş hizmet bedeli ödeneceği kararlaştırılmıştır (SGK TEB Ek Protokol).

SGK verilerine göre rereçete hizmet bedeli olarak SGK tarafından serbest eczanelere 2013 yılında 83 milyon TL, 2014 Yılında ise 161 milyon TL ödeme yapılmıştır.

Beşinci Bölüm

İlaç Harcamalarının Değerlendirilmesi (2002-2013 Dönemi)

A. Yıllara Göre Toplam İlaç Harcamaları

Tablo 26. Toplam İlaç Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)

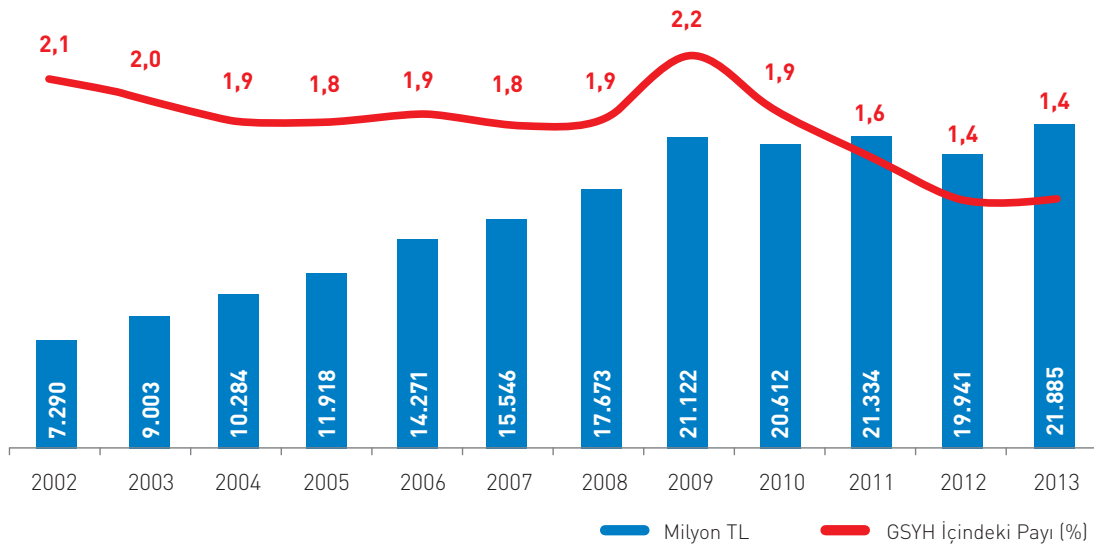
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
TL	7.290	9.003	10.384	11.918	14.271	15.546	17.673	21.122	20.592	21.334	19.941	21.885	200
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	20.304	20.016	21.259	22.555	24.643	24.683	25.406	28.578	25.663	24.972	21.435	21.885	7,7
USD	4.841	6.030	7.301	8.889	9.972	11.945	13.669	13.653	13.725	12.775	11.125	11.510	137,7
SGP USD	11.944	11.679	12.815	14.348	16.860	17.974	19.856	23.245	21.894	21.616	18.940	19.928	66,8
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	38,8	37,1	34,6	33,7	32,4	30,5	30,6	36,5	33,4	31,1	26,9	25,9	
GSYH İçindeki Payı (%)	2,1	2,0	1,9	1,8	1,9	1,8	1,9	2,2	1,9	1,6	1,4	1,4	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, SGK, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu; Atasever, 2014 "Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi"

Not: İlaç harcamalarına Sağlık Bakanlığının aşı harcamaları ve sağlık hizmet sunucularının yatan hasta için kullandığı ilaçlara ait harcamalar dâhil edilmiştir.

2002 yılına göre 2013 yılında ilaç giderlerinde (yatan hasta ilacı ve aşı giderleri dâhil) nominal olarak %200 reel olarak ise sadece %7,7'lik bir artış olmuştur. 2002 yılında ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı %38,8 iken 2013 yılında %25,9'a düşürülmüştür (Tablo 26).

Grafik 13. Toplam İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, SGK, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, Atasever M. (a.g.e)

Not: İlaç harcamalarına Sağlık Bakanlığının aşı harcamaları ve sağlık hizmet sunucularının yatan hasta için kullandığı ilaçlara ait harcamalar dâhil edilmiştir.

2002 yılında %2,1 olan ilaç harcamaların GSYH içindeki payı 2013 yılında %1,4'e düşmüştür (Grafik 13).

B. Finansman Kaynağına Göre İlaç Harcamaları

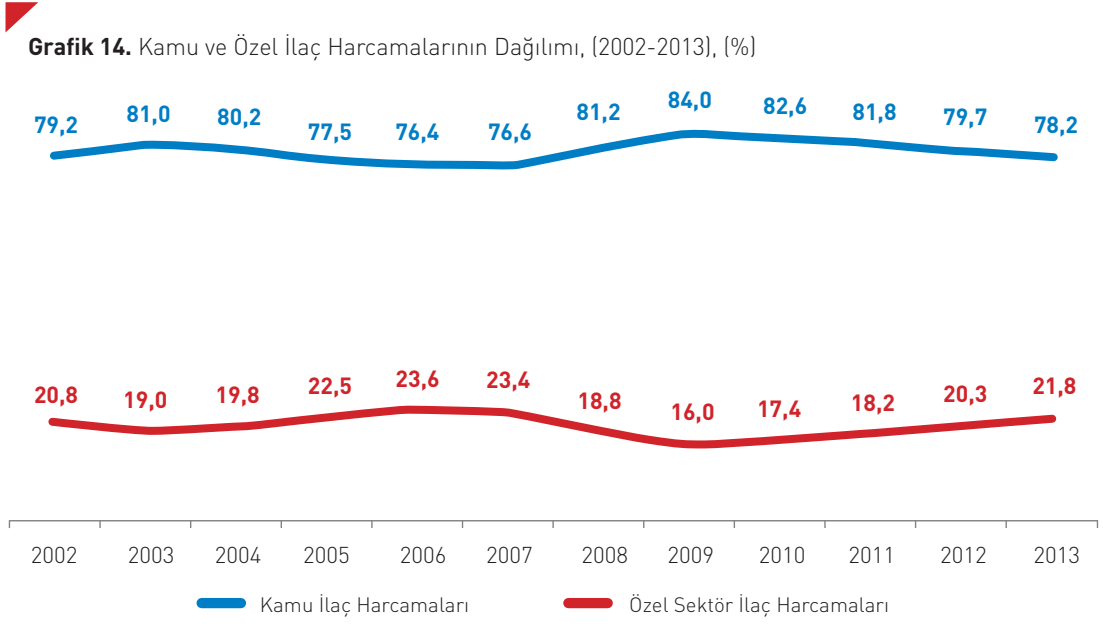
B.1. Finansman Kaynağına Göre Toplam İlaç Harcamaları

Tablo 27. Toplam İlaç Harcamalarının Finansman Kaynağı, (2002-2013), (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (%)
Sosyal Güvenlik Kurumları	Tutar	4.410	5.764	6.560	7.171	8.625	9.160	11.218	13.779	14.327	14.898	14.413	15.709	256,2
	%	60,5	64	63,2	60,2	60,4	58,9	63,5	65,2	69,5	69,8	72,3	71,8	
Merkezi Yönetim	Tutar	1.314	1.459	1.694	1.984	2.192	2.697	3.052	3.887	2.667	2.532	1.458	1.368	4,1
	%	18	16,2	16,3	16,6	15,4	17,3	17,3	18,4	12,9	11,9	7,3	6,3	
Yerel Yönetim ve Diğer Kamu Kurumları	Tutar	49	71	75	86	81	55	78	68	27	26	32	31	-36,7
	%	0,7	0,8	0,7	0,7	0,6	0,4	0,4	0,3	0,1	0,1	0,2	0,1	
Kamu İlaç Harcamaları Toplamı	Tutar	5.773	7.295	8.329	9.241	10.898	11.912	14.348	17.773	17.020	17.456	15.902	17.108	196,3
	%	79,2	81	80,2	77,5	76,4	76,6	81,2	84	82,6	81,8	79,7	78,2	
Cepten Yapılan	Tutar	1.384	1.534	1.883	2.478	3.144	3.374	3.003	2.706	2.977	3.208	3.361	4.038	191,7
	%	19	17	18,1	20,8	22	21,7	17	12,8	14,4	15	16,9	18,5	
Diğer Özel Sektör	Tutar	132	174	172	199	229	260	322	683	614	670	677	739	459,8
	%	1,8	1,9	1,7	1,7	1,6	1,7	1,8	3,2	3	3,1	3,4	3,4	
Özel Sektör İlaç Harcamaları Toplamı	Tutar	1.517	1.708	2.055	2.678	3.373	3.634	3.325	3.389	3.591	3.878	4.038	4.777	214,8
	%	20,8	19	19,8	22,5	23,6	23,4	18,8	16	17,4	18,2	20,3	21,8	
Toplam	Tutar	7.290	9.003	10.384	11.918	14.271	15.546	17.673	21.122	20.612	21.334	19.941	21.885	200
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, SGK, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, Atasever M. 2014

2002-2013 döneminde kamu ilaç harcamaları %196,3 artarken özel sektör ilaç harcamaları %214,8 artmıştır (Tablo 27).



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, SGK, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, Atasever M. [a.g.e]

2002-2013 döneminde toplam ilaç harcamalarının kamu ve özel sektör dağılımı incelendiğinde yaklaşık %1’lik payın kamudan özel sektöre kaydıgı görölmektedir (Grafik 14).

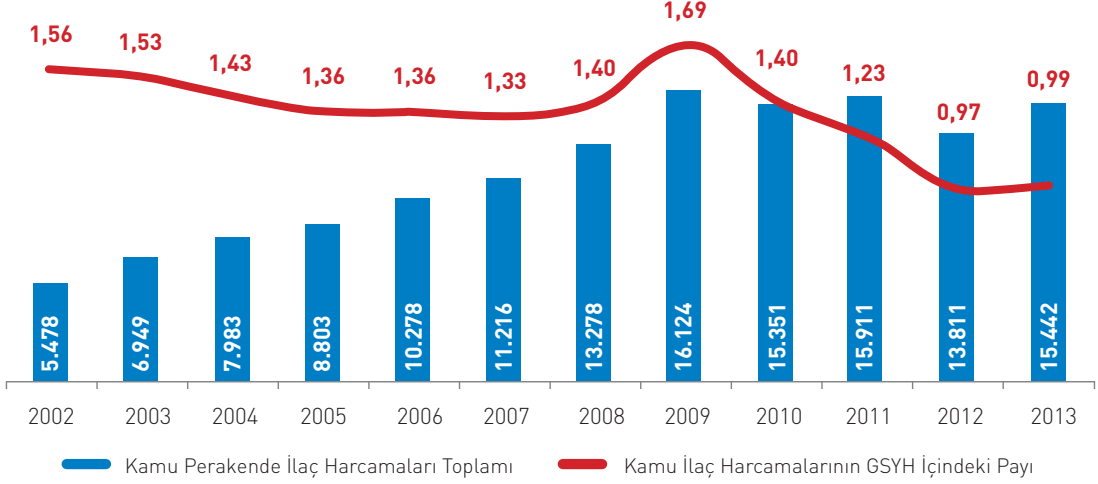
B.2. Finansman Kaynağına Göre Perakende İlaç Harcamaları

Tablo 28. Perakende İlaç Harcamalarının Finansman Kaynağı, (2002-2013), (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (%)
Sosyal Güvenlik Kurumları	Tutar	4.300	5.615	6.399	7.001	8.372	8.858	10.717	13.161	13.547	14.144	13.446	14.765	243,3
	%	61,8	65,2	64,0	61,3	61,8	60,4	65,1	67,8	72,1	71,9	76,1	73,7	
Merkezi Yönetim	Tutar	1.140	1.277	1.520	1.728	1.845	2.328	2.515	2.919	1.800	1.759	356	669	-41,3
	%	16,4	14,8	15,2	15,1	13,6	15,9	15,3	15,0	9,6	8,9	2,0	3,3	
Yerel Yönetim ve Diğer Kamu Kurumları	Tutar	38	57	64	74	61	30	46	43	4	8	9	8	-78,9
	%	0,5	0,7	0,6	0,6	0,4	0,2	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	
Kamu Perakende İlaç Harcamaları Toplamı	Tutar	5.478	6.949	7.983	8.803	10.278	11.216	13.278	16.124	15.351	15.911	13.811	15.442	181,4
	%	78,8	80,7	79,9	77,1	75,8	76,5	80,7	83,1	81,7	80,9	78,1	77,0	
Cepten Yapılan	Tutar	1.348	1.492	1.843	2.415	3.053	3.192	2.868	2.620	2.851	3.103	3.218	3.888	451,9
	%	19,4	17,3	18,4	21,2	22,5	21,8	17,4	13,5	15,2	15,8	18,2	19,4	
Diğer Özel Sektör	Tutar	129	169	168	194	222	246	307	662	588	648	648	712	211,4
	%	1,9	2,0	1,7	1,7	1,6	1,7	1,9	3,4	3,1	3,3	3,7	3,6	
Özel Sektör Perakende İlaç Harcamaları Toplamı	Tutar	1.477	1.661	2.011	2.610	3.275	3.439	3.176	3.282	3.439	3.751	3.866	4.600	211,4
	%	21,2	19,3	20,1	22,9	24,2	23,5	19,3	16,9	18,3	19,1	21,9	23,0	
Toplam	Tutar	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	188,1
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	

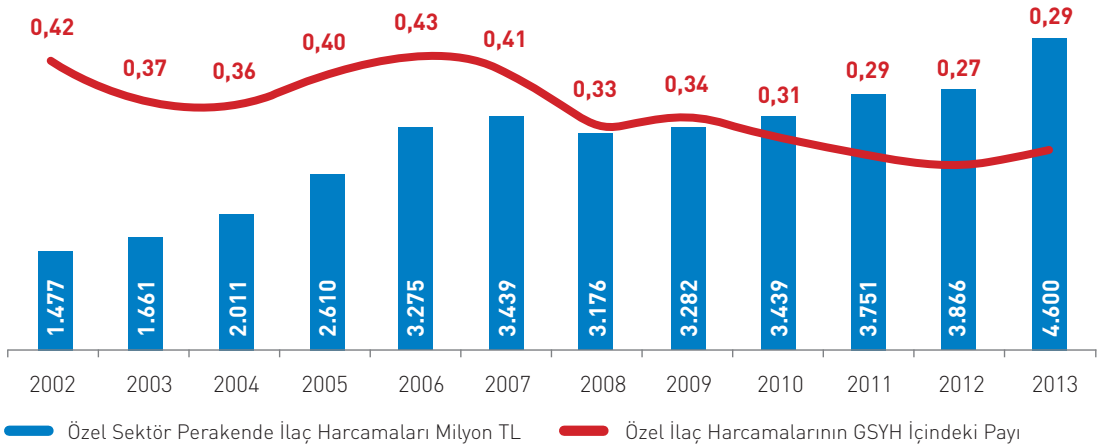
Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. [a.g.e]

Bu dönemde perakende ilaç harcamalarının finansmanında sosyal güvenlik kurumlarının payı %61,8'den %73,7'ye yükselmiş, merkezi yönetim kurumları ile yerel yönetimler ve diğer kamu kurumları payında önemli düşüşler yaşanmıştır. Özel sektörün payı ise %21,2'den %23'e yükselmiştir (Tablo 28).

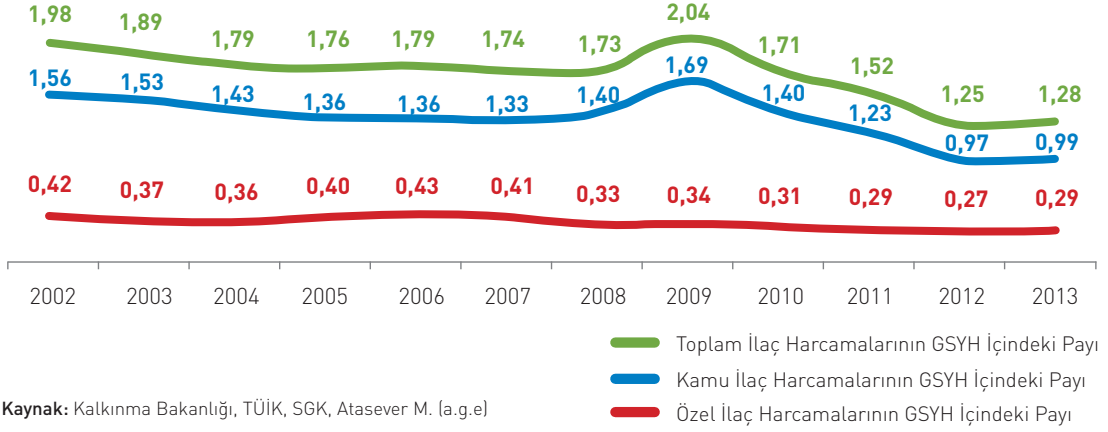
Grafik 15. Kamu Perakende İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 döneminde kamu perakende ilaç harcamalarının GSYH içindeki payı %1,56 seviyesinden %0,99 seviyesine kadar gerilemiştir (Grafik 15). Aynı dönemde özel sektör perakende ilaç harcamalarının GSYH içindeki payı da %0,42'den %0,29'a düşmüştür (Grafik 16).

Grafik 16. Özel Sektör Perakende İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

Grafik 17. Perakende İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (Detay), (2002-2013), (%)

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

C. Hizmet Sunucularına Göre İlaç Harcamaları

Tablo 29. İlaç Harcamalarının Hizmet Sunucularına Göre Gelişimi, (2002-2013), (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
Sağlık Bakanlığı	Tutar	220	244	225	300	429	435	639	1.084	1.014	925	1.434	1.102	4,0
	%	3,0	2,7	2,2	2,5	3,0	2,8	3,6	5,1	4,9	4,3	7,2	5,0	
Üniversite Sağlık Tesisleri	Tutar	79	103	122	133	165	161	299	313	363	413	402	322	3,1
	%	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2	1,0	1,7	1,5	1,8	1,9	2,0	1,5	
Özel Sağlık Tesisleri	Tutar	37	47	44	73	124	295	281	319	444	334	428	419	10,4
	%	0,5	0,5	0,4	0,6	0,9	1,9	1,6	1,5	2,2	1,6	2,1	1,9	
Serbest Eczaneler	Tutar	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	1,9
	%	95,4	95,6	96,2	95,8	95,0	94,3	93,1	91,9	91,2	92,2	88,6	91,6	
Toplam	TL	7.290	9.003	10.384	11.918	14.271	15.546	17.673	21.122	20.612	21.334	19.941	21.885	2,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, SGK, Üniversiteler, TÜİK, Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıklarına Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu, Atasever M. (a.g.e)

2002 yılında ilaç giderlerinin (yatan hasta ilacı ve aşı giderleri dâhil) %95,4'ü serbest eczanelerden temin edilen ilaç giderlerinden oluşurken bu oran 2013 yılında %91,6'ya düşürülmüştür (Tablo 29). Bu düşüşün iki önemli sebebi bulunmaktadır: Birincisi; sağlık alanında uygulanan vatandaş odaklı politikalarla yatan hastaların ilaçlarının hastaneler tarafından karşılanma oranı 2002 yılına göre yükseltilmiştir. İkincisi ise; Sağlık Bakanlığı tarafından temin edilen aşı finansmanı önemli tutarda artırılmıştır.

C.1. Sağlık Bakanlığına Bağlı Tesislerde Oluşan İlaç Harcamaları

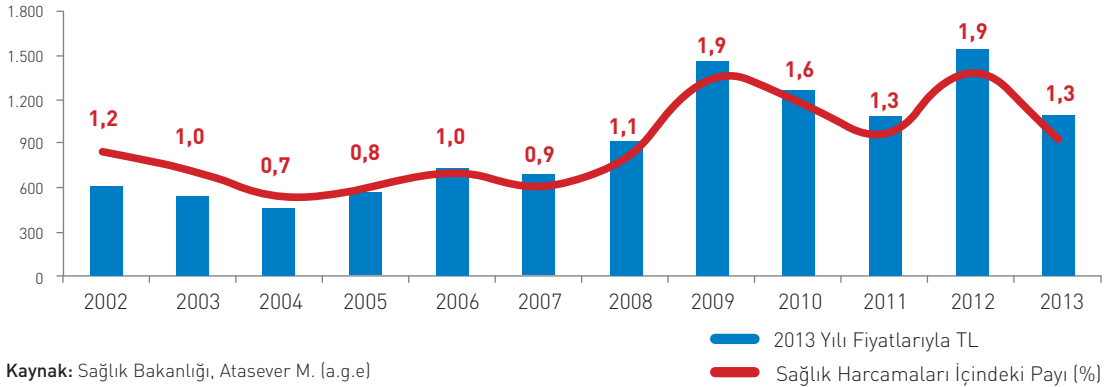
Tablo 30. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları (Milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
TL	220	244	225	300	429	435	639	1.084	1.014	925	1.434	1.102	400,9
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	612	542	460	568	741	691	919	1.467	1.264	1.083	1.541	1.102	80
USD	146	163	158	224	300	334	495	701	676	554	800	580	297,2
SGP USD	360	316	277	361	507	503	718	1.193	1.079	938	1.362	1.004	178,8
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	1,2	1,0	0,7	0,8	1,0	0,9	1,1	1,9	1,6	1,3	1,9	1,3	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,1	0,1	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 döneminde Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde oluşan (aşı dâhil) ilaç harcamaları nominal olarak %400 reel olarak ise %80 oranında artmıştır (Tablo 30).

Grafik 18. Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 döneminde Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık tesislerinde kullanılan (aşı dâhil) ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı %1,2'den %1,3'e yükselmiştir (Grafik 18).

Tablo 31. Sağlık Bakanlığı İlaç ve Aşı Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL)

		2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2002-2013 Artış (Kat)
İlaç Giderleri	Tutar	211	236	219	279	379	359	560	693	685	702	763	835	3,0
	%	95,8	96,8	97,5	93,0	88,2	82,5	87,6	63,9	67,5	75,9	53,2	75,7	
Aşı Giderleri	Tutar	9	8	6	21	51	76	79	391	329	223	670	267	27,8
	%	4,2	3,2	2,5	7,0	11,8	17,5	12,4	36,1	32,5	24,1	46,8	24,3	
Toplam	TL	220	244	225	300	429	435	639	1.084	1.014	925	1.434	1.102	4,0

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Atasever M. (a.g.e)

2002 yılında Sağlık Bakanlığı ilaç giderlerinin %95'i yatan hastalar için hastanelerde kullanılan ilaç giderlerinden, %0,8'i 112 acil sağlık hizmetlerinde ve %4,2'si ise halk sağlığı hizmetlerinde kullanılan aşı giderlerinden oluşmaktaydı (Atasever, 2014). Aşı giderlerinin oranı yıllar itibarıyla yükselerek 2013 yılında %24,3'e yükselmiştir (Tablo 31).

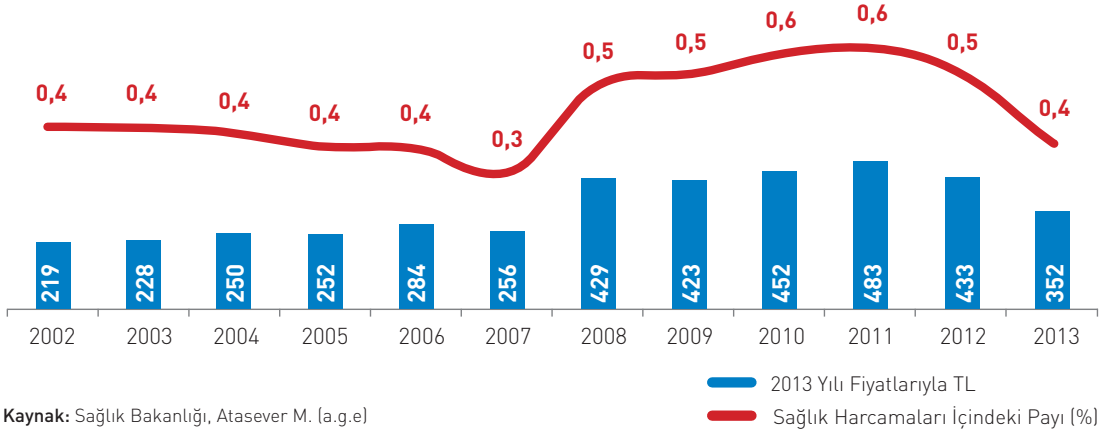
C.2. Üniversite Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları

Tablo 32. Üniversite Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları, (Milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
TL	79	103	122	133	165	161	299	313	363	413	402	322	307,5
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	219	228	250	252	284	256	429	423	452	483	433	322	47
USD	52	69	86	99	115	124	231	202	242	247	224	170	226
SGP USD	129	133	151	160	195	186	336	344	386	418	382	293	127,1
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,5	0,5	0,6	0,6	0,5	0,4	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,02	0,03	0,03	0,03	0,03	0,03	0,02	

Kaynak: Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 döneminde üniversite sağlık tesislerinde oluşan ilaç harcamaları nominal olarak %307,5, reel olarak ise % 47 oranında artmıştır (Tablo 32).

Grafik 19. Üniversite Hastanelerinde Oluşan İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)

Serbest eczanelerden temin edilen 2002-2013 döneminde üniversite sağlık tesislerinde oluşan ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı (%0,4) değişmemiştir (Grafik 19).

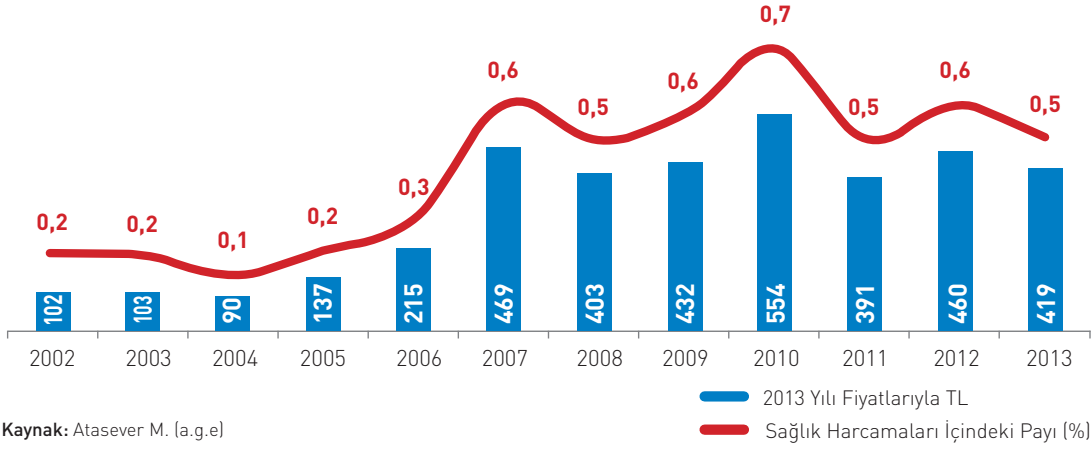
C.3. Özel Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları

Tablo 33. Özel Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (Kat)
TL	37	47	44	73	124	295	281	319	444	334	428	419	10,4
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	102	103	90	137	215	469	403	432	554	391	460	419	3,1
USD	24	31	31	54	87	227	217	206	296	200	239	220	8,1
SGP USD	60	60	54	87	147	342	315	351	472	338	406	381	5,4
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,2	0,2	0,1	0,2	0,3	0,6	0,5	0,6	0,7	0,5	0,6	0,5	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,04	0,03	0,03	0,04	0,03	0,03	0,03	

Kaynak: Atasever M. (a.g.e)

2002 yılına göre 2013 yılında özel sağlık tesislerinde oluşan ilaç harcamaları nominal olarak 10,4 kat, reel olarak ise 3,1 kat artmıştır (Tablo 33).

Grafik 20. Özel Sağlık Tesislerinde Oluşan İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)

2002 yılında %0,2 olan ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı %0,5'e yükselmiştir (Grafik 20).

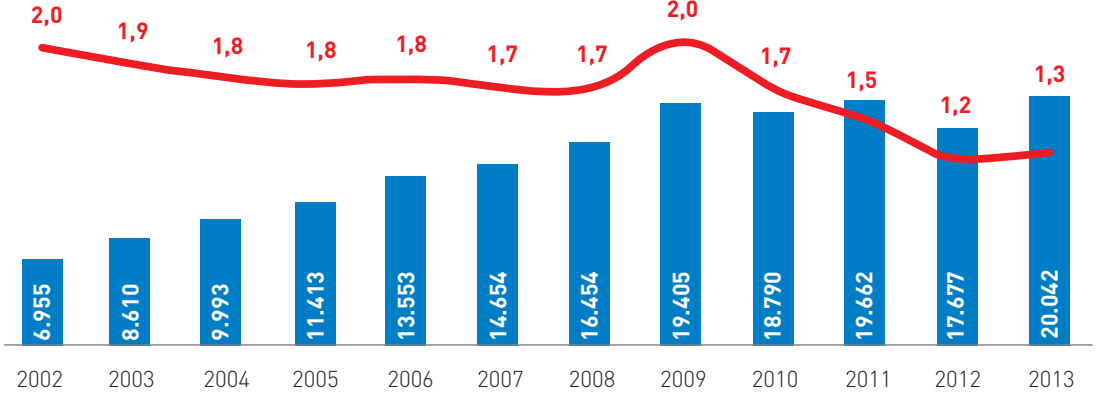
C.4. Serbest Eczanelerde Oluşan İlaç Harcamaları

Tablo 34. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	188,1
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	19.371	19.143	20.459	21.599	23.402	23.267	23.654	26.256	23.418	23.015	19.002	20.042	3,4
USD	4.619	5.767	7.026	8.512	9.470	11.260	12.726	12.544	12.524	11.774	9.862	10.541	128,2
SGP USD	11.395	11.170	12.333	13.740	16.011	16.943	18.486	21.356	19.979	19.923	16.790	18.250	60,1
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	37,0	35,5	33,3	32,3	30,8	28,8	28,5	33,5	30,5	28,7	23,8	23,7	
GSYH İçindeki Payı (%)	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	2,0	1,7	1,5	1,2	1,3	

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 döneminde serbest eczanelerden temin edilen ilaç harcamaları nominal olarak %188,1 artarken reel olarak sadece %3,4 artmıştır (Tablo 34).

Grafik 21. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları ve GSYH İçindeki Payı, (2002-2013)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Atasever M. (a.g.e)

Milyon TL

GSYH İçindeki Payı (%)

2002 yılında serbest eczanelerden temin edilen (perakende) ilaç harcamalarının GSYH içindeki %2,0 olan payı 2013 yılında %1,3'e gerilemiştir (Grafik 21).

D. Fonksiyonlarına Göre İlaç Harcamaları

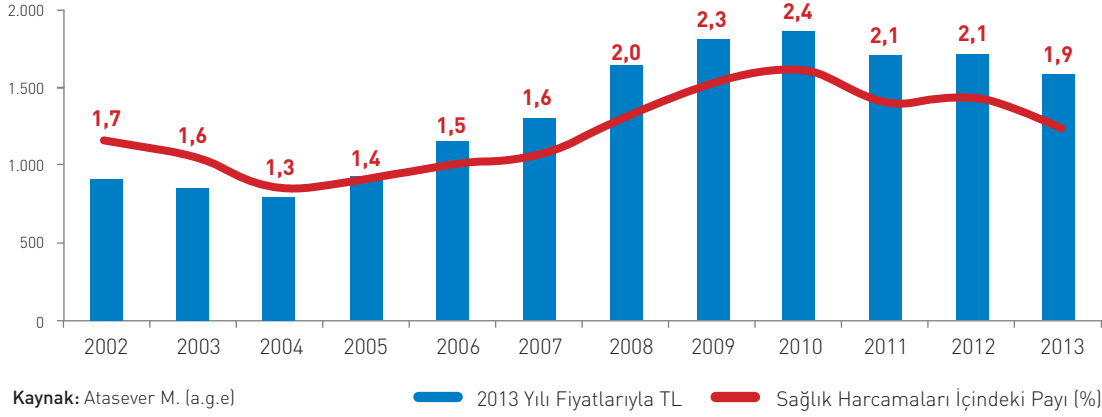
D.1. Yatan Hasta İlaçları

Tablo 35. Yatan Hastalarda Kullanılan İlaçlara Ait Harcamalar, (2002-2013), (Milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
TL	326	385	385	484	668	816	1.140	1.325	1.492	1.449	1.593	1.576	383,4
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	907	856	788	917	1.153	1.295	1.639	1.793	1.859	1.696	1.713	1.576	73,7
USD	216	258	271	361	467	627	882	857	994	867	889	829	283,7
SGP USD	534	499	475	583	789	943	1.281	1.459	1.586	1.468	1.513	1.435	168,7
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	1,7	1,6	1,3	1,4	1,5	1,6	2,0	2,3	2,4	2,1	2,1	1,9	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,09	0,08	0,07	0,07	0,09	0,10	0,12	0,14	0,14	0,11	0,11	0,10	

Kaynak: Atasever M. (a.g.e)

2002 yılına göre 2013 yılında yatan hastalarda kullanılan ilaç harcamaları nominal olarak %383,4, reel olarak ise %73,7 artmıştır (Tablo 35).

Grafik 22. Yatan Hastalarda Kullanılan İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)

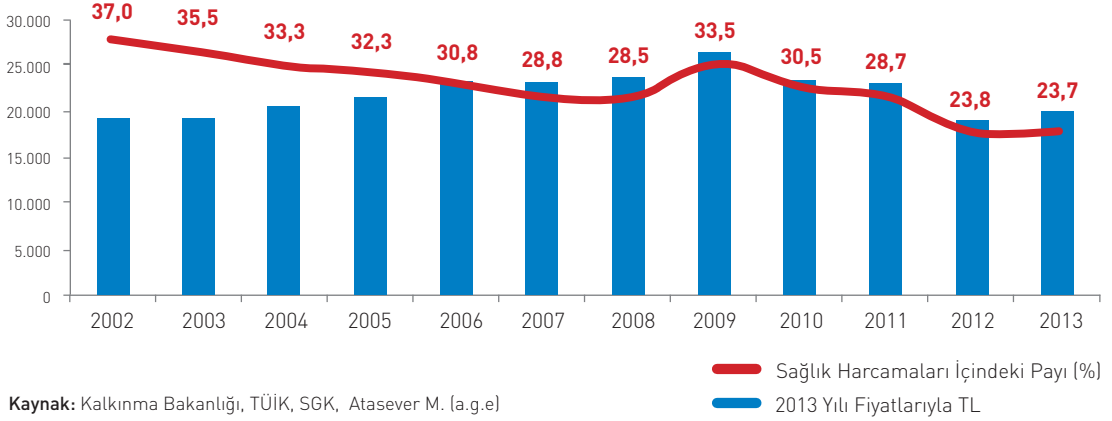
2002 yılında %1,7 olan yatan hastalarda kullanılan ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı 2013 yılında %1,9'a yükselmiştir (Grafik 22).

D.2. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaçlar

Tablo 36. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
TL	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	188,1
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	19.371	19.143	20.459	21.599	23.402	23.267	23.654	26.256	23.418	23.015	19.002	20.042	3,4
USD	4.619	5.767	7.026	8.512	9.470	11.260	12.726	12.544	12.524	11.774	9.862	10.541	128,2
SGP USD	11.395	11.170	12.333	13.740	16.011	16.943	18.486	21.356	19.979	19.923	16.790	18.250	60,1
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	37,0	35,5	33,3	32,3	30,8	28,8	28,5	33,5	30,5	28,7	23,8	23,7	
GSYH İçindeki Payı (%)	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	2,0	1,7	1,5	1,2	1,3	

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

Grafik 23. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (2002-2013)

2002-2013 döneminde sağlık harcamalarının hizmet sunucuları açısından gelişimini incelediğimizde öne çıkan hususlardan birincisi ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payının düşmesidir. 2002 yılında sağlık harcamalarının %37'sini serbest eczanelerden temin edilen ilaç harcamaları oluştururken 2013 yılında bu oran %23,7'ye düşmüştür (Grafik 23).

D.3. Aşı

2002 yılında sağlık harcamaları içinde binde 5 civarında olan aşı harcamalarının payı 2013 yılında binde 32'ye çıkmıştır. Türkiye'de 1960 yılında rutin aşılamada beş antijen kullanılırken bu rakam 2002 yılında sadece 7'ye çıkarılabilmisti (difteri, boğmaca, tetanoz, çocuk felci, kızamık, hepatit-B, tüberküloz). 2006 yılında Hemofilus influenza tip b (Hib), kızamıkçık, kabakulak aşıları da yapılmaya başlanmıştır. 2008 yılı başından itibaren DaBT-İPA-Hib aşıları (difteri, asellüler boğmaca, tetanoz, inaktif polio ve Hib aşısı) tek enjektör içine doldurulmuş olarak kullanıma hazır bir şekilde temin edilmiştir. Bu şekilde tek seferde 5 hastalığa karşı aşılama yapılması sağlanmıştır. Böylelikle daha az sayıda enjeksiyon ile daha çok aşının uygulanması gerçekleştirilmiştir. Bir yaşına kadar 7 antijenle 15 enjeksiyon şeklinde aşılama yapılırken bu sayı 11 antijenle 12'ye düşürülmüştür.

Aşılama takviminde 2010 yılında yapılan son yenilik ile ilköğretim çağına yaygın olarak görülen boğmaca vakalarını engellemek üzere ilköğretim birinci sınıflara asellüler boğmaca aşısını da içeren 4'lü karma aşı uygulanmaya başlanmıştır. Konjuge Pnömonokok aşısında önce 7 bileşenli aşı ile başlanılmış sonra 13 bileşenli aşıya geçilmiştir. Aşı temin anlaşmasına konulan özel hükümlerle sağlanan teknoloji transferi ile bu aşının da kademeli olarak etiketleme, paketleme, dolum ve formülasyon aşamalarını Türkiye’de gerçekleştirme çalışmaları başlatılmıştır (Akdağ ve Erkoç, 2012).

Tablo 37. Aşılama Hizmetleri, (2002, 2014)

	2002	2014
Türkiye’de Çocukluk Döneminde Rutin Uygulanan Aşılar	BCG Difteri Boğmaca Tetanoz Oral Polio Kızamık Hepatit B (7 antijen)	BCG Difteri Asellüler Boğmaca Tetanoz Polio Hemofilus İnfluenza tip B Kızamık Kızamıkçık Kabakulak Hepatit B Konjuge Pnömonokok Hepatit A Su Çiçeği (13 antijen)

Kaynak: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

2002-2013 Döneminde aşıya ayrılan reel olarak 9 katın üzerinde artırılmıştır (Tablo 38).

Tablo 38. Sağlık Bakanlığı Aşı Harcamaları, (2002-2013), (Milyon TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (Kat)
TL	9	8	6	21	51	76	79	391	329	223	670	267	27,8
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	26	17	12	40	88	121	114	529	411	261	721	267	9,3
USD	6	5	4	16	35	59	61	253	220	134	374	141	21,8
SGP USD	15	10	7	25	60	88	89	430	350	226	637	243	15,0
Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	0,05	0,03	0,02	0,06	0,12	0,15	0,14	0,68	0,53	0,33	0,90	0,32	
GSYH İçindeki Payı (%)	0,00	0,00	0,00	0,00	0,01	0,01	0,01	0,04	0,03	0,02	0,05	0,02	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Atasever M. (a.g.e)

E. İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı

Türkiye’de 2002-2013 döneminde gerçekleşen ilaç harcamalarının GSYH içindeki payı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

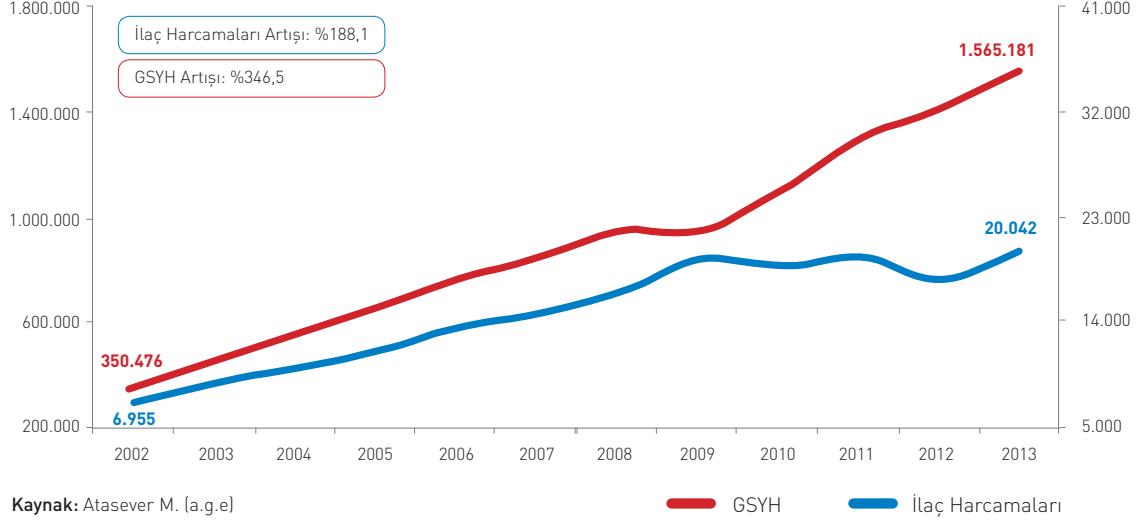
Tablo 39. İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2002-2013), (Milyon TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
İlaç Harcamaları *	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	188,1
GSYH	350.476	454.781	559.033	648.932	758.391	843.178	950.534	952.559	1.098.799	1.297.713	1.416.798	1.565.181	346,5
İlaç Harcamaları * (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	19.371	19.143	20.459	21.599	23.402	23.267	23.654	26.256	23.418	23.015	19.002	20.042	3,4
GSYH (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	976.152	1.011.121	1.144.499	1.228.099	1.309.568	1.338.753	1.366.489	1.288.834	1.369.393	1.518.985	1.522.960	1.565.181	60,3
İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı (%)	2,0	1,9	1,8	1,8	1,8	1,7	1,7	2,0	1,7	1,5	1,2	1,3	

*Perakende ilaç harcamalarıdır. Yatan hastalar için kullanılan ilaçlar ve aşı harcamaları dâhil değildir.

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 döneminde ilaç harcamaları nominal olarak %188,1 artarken bu artış reel olarak sadece %3,4 seviyesindedir. 2002 Yılında ilaç harcamalarının GSYH içindeki payı %2’den 2013 yılında %1,3’e düşmüştür (Tablo 39).

Grafik 24. İlaç Harcamaları ve GSYH Artışı Karşılaştırması, (2002-2013), (Milyon TL)

Bu dönemde GSYH %346,5 artmış iken ilaç harcamalarının artışı sadece %188,1 olmuştur (Tablo 39).

F. İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı

Tablo 40. İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013), (Milyon TL)

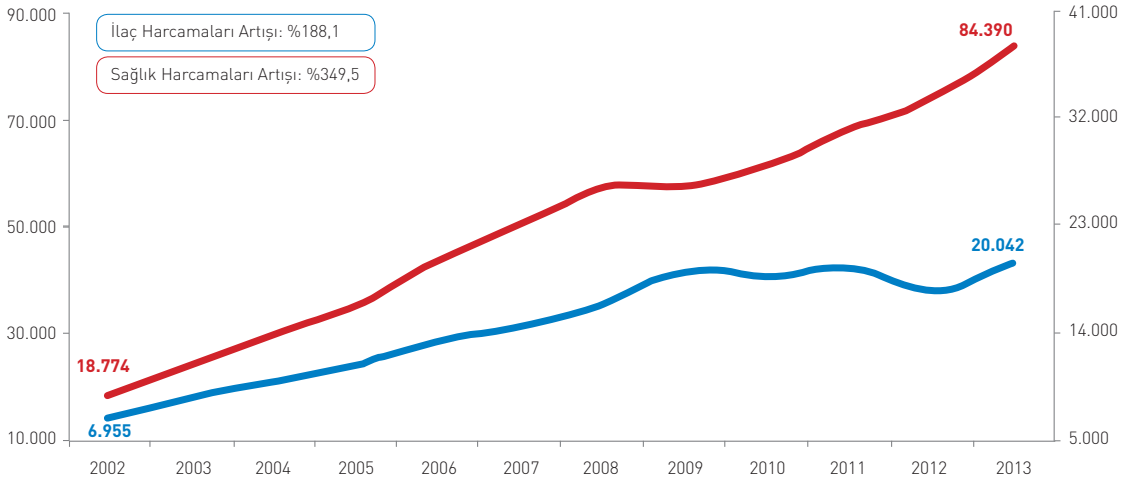
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
İlaç Harcamaları *	6.955	8.610	9.993	11.413	13.553	14.654	16.454	19.405	18.790	19.662	17.677	20.042	188,1
Sağlık Harcamaları	18.774	24.279	30.021	35.359	44.069	50.904	57.740	57.911	61.678	68.607	74.189	84.390	349,5
İlaç Harcamaları * (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	19.371	19.143	20.459	21.599	23.402	23.267	23.654	26.256	23.418	23.015	19.002	20.042	3,4
Sağlık Harcamaları (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	52.290	53.980	61.461	66.917	76.097	80.823	83.007	78.355	76.866	80.306	79.748	84.390	61,3
İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı (%)	37,0	35,5	33,3	32,3	30,8	28,8	28,5	33,5	30,5	28,7	23,8	23,7	

*Perakende ilaç harcamalarıdır. Yatan hastalar için kullanılan ilaçlar ve aşı harcamaları dâhil değildir.

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 yıllarında reel olarak sağlık harcamaları %61,3 oranında artarken ilaç harcamaları sadece %3,4 artmıştır. 2002 yılında ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı %37 iken bu oran 2013 yılında %23,7'ye düşmüştür (Tablo 40).

Grafik 25. İlaç Harcamaları ve Sağlık Harcamaları Artışı Karşılaştırması, (2002-2013), (Milyon TL)

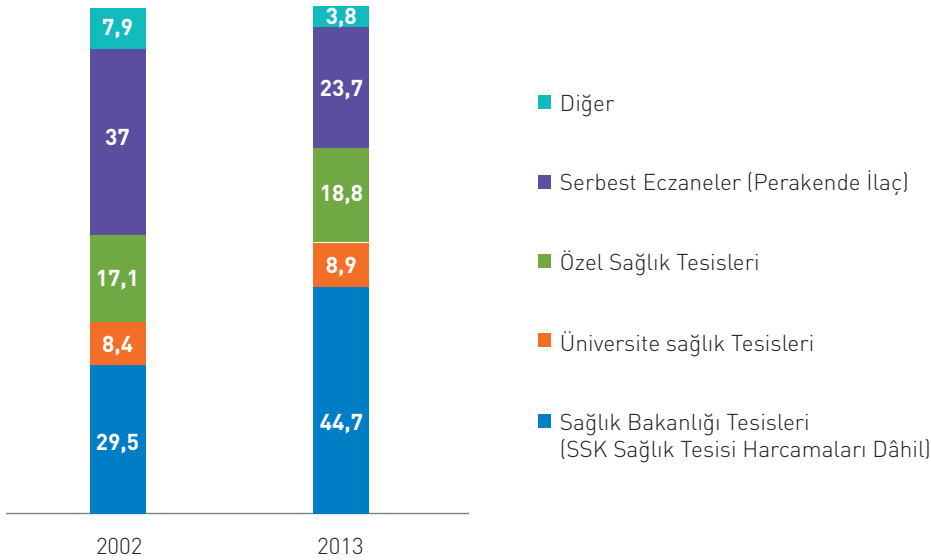


Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

İlaç Harcamaları Sağlık Harcamaları

Bu dönemde sağlık harcamaları %349,5 artmış iken ilaç harcamalarının artışı sadece 188,1 olmuştur (Tablo 40).

Grafik 26. Hizmet Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları (%)



Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002 yılında ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki oranı %37 iken 2012 yılında %23,7 'ye düşmüştür (Grafik 26).

G. Faiz Dışı Kamu Harcamaları ile Kamu İlaç Harcamalarının Karşılaştırması

Tablo 41. Faiz Dışı Kamu Harcamaları ve Kamu İlaç Harcamaları Karşılaştırması, (2002-2013), (Milyon TL)

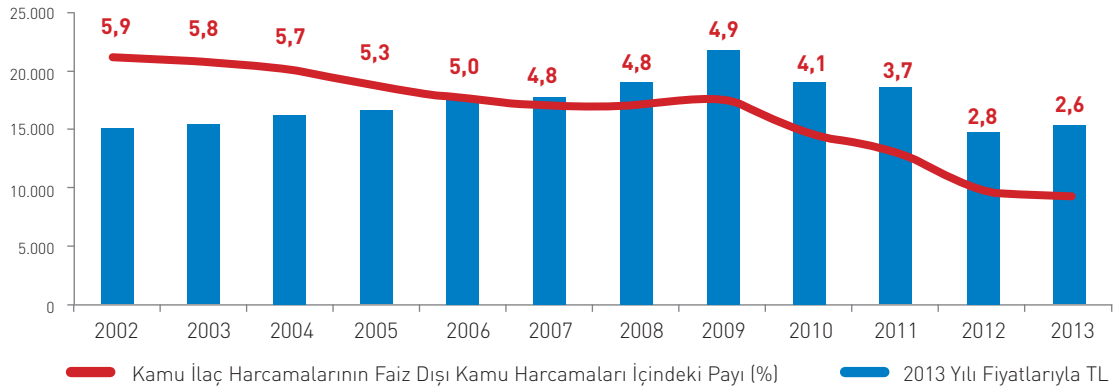
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış [%]
Kamu İlaç Harcamaları *	5.478	6.949	7.983	8.803	10.278	11.216	13.278	16.124	15.351	15.911	13.811	15.442	181,8
Faiz Dışı Kamu Harcamaları	92.764	118.963	140.953	167.536	206.875	235.683	277.195	327.381	373.009	433.459	500.443	585.429	531
Kamu İlaç Harcamaları* (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	15.256	15.450	16.343	16.660	17.747	17.808	19.089	21.816	19.131	18.624	14.846	15.442	1,2
Faiz Dışı Kamu Harcamaları (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	258.369	264.492	288.571	317.060	357.226	374.205	398.496	442.954	464.868	507.368	537.941	585.429	126,5
Kamu İlaç Harcamalarının Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçindeki Payı [%]	5,9	5,8	5,7	5,3	5,0	4,8	4,8	4,9	4,1	3,7	2,8	2,6	

*Perakende kamu ilaç harcamalarıdır. Yatan hastalar için kullanılan ilaçlar ve aşı harcamaları dâhil değildir.

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 Döneminde reel olarak faiz dışı kamu harcamaları %126,5 artarken kamu ilaç harcamaları %1,2 önemli bir artış olmamıştır (Tablo 41).

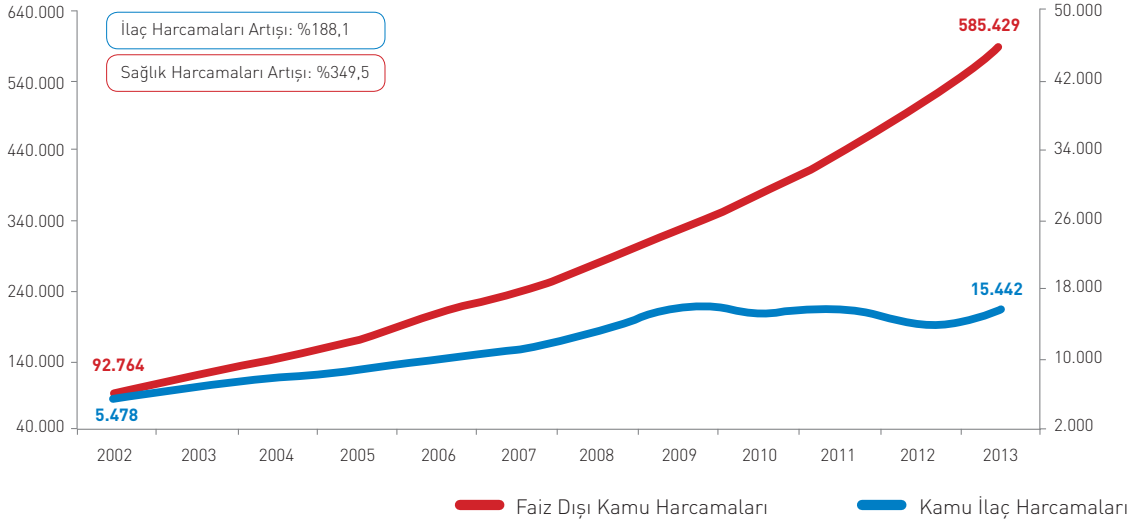
Grafik 27. Kamu İlaç Harcamaları ve Faiz Dışı Kamu Harcamaları İçindeki Payı, (2002-2013)



Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

Bu dönemde faiz dışı kamu harcamaları % 531 artmış iken kamu ilaç harcamalarının artışı ise %181,8 olmuştur (Tablo 41).

Grafik 28. Kamu İlaç Harcamaları ve Faiz Dışı Kamu Harcamaları Artışı Karşılaştırması, (2002-2013), (Milyon TL)



Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

H. Vergi Gelirleri ile Kamu İlaç Harcamalarının Karşılaştırması

Tablo 42. Vergi Gelirleri ve Kamu İlaç Harcamaları Karşılaştırması, (2002-2013)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
Kamu İlaç Harcamaları *	5.478	6.949	7.983	8.803	10.278	11.216	13.278	16.124	15.351	15.911	13.811	15.442	181,8
Vergi Gelirleri	59.632	84.316	90.077	106.929	137.480	152.835	168.109	172.440	210.560	253.809	278.781	326.169	446,9
Kamu İlaç Harcamaları* (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	15.256	15.450	16.343	16.660	17.747	17.808	19.089	21.816	19.131	18.624	14.846	15.442	1,2
Vergi Gelirleri (2013 Yılı Fiyatlarıyla)	166.088	187.461	184.413	202.363	237.397	242.663	241.674	233.316	262.414	297.086	299.670	326.169	96,3
Kamu İlaç Harcamalarının Vergi Gelirleri İçindeki Payı (%)	9,2	8,2	8,9	8,2	7,5	7,3	7,9	9,4	7,3	6,3	5,0	4,7	

*Perakende kamu ilaç harcamalarıdır. Yatan hastalar için kullanılan ilaçlar ve aşı harcamaları dâhil değildir.

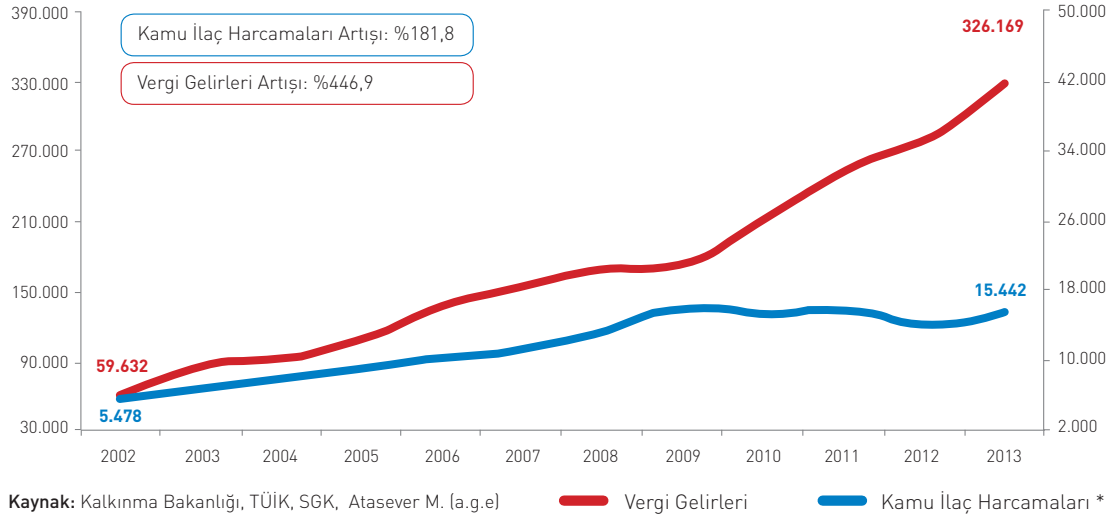
Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 Döneminde reel olarak vergi gelirleri %96,3 artarken kamu ilaç harcamalarında önemli bir artış olmamıştır (Tablo 42).

Grafik 29. Kamu İlaç Harcamaları ve Vergi Gelirleri İçindeki Payı, (2002-2013)

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

Kamu ilaç harcamalarının vergi gelirleri içindeki oranı 2002 yılında %9,2 iken bu oran 2013 yılında % 4,7 düşmüştür (Grafik 29).

Grafik 30. Kamu İlaç Harcamaları ve Vergi Gelirleri Artışı Karşılaştırması, (2002-2013), (Milyon TL)

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

Bu dönemde vergi gelirleri %446,9 artmış iken kamu ilaç harcamalarının artışı %181,8 olmuştur (Grafik 30).

Altıncı Bölüm

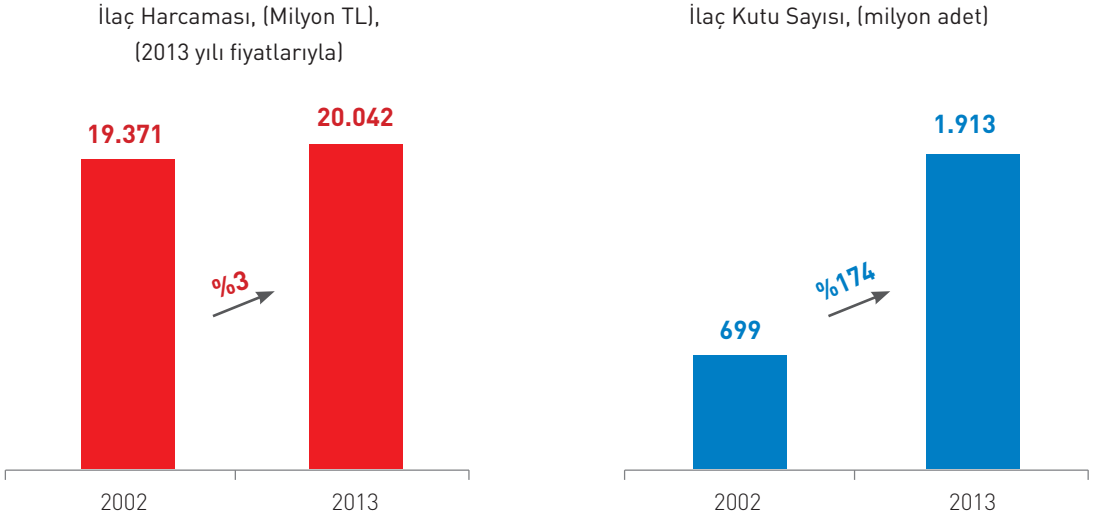
İlaç Sektörü Analizi

A. İlaç Tüketim Analizi

A.1. Toplam İlaç Tüketim Analizi

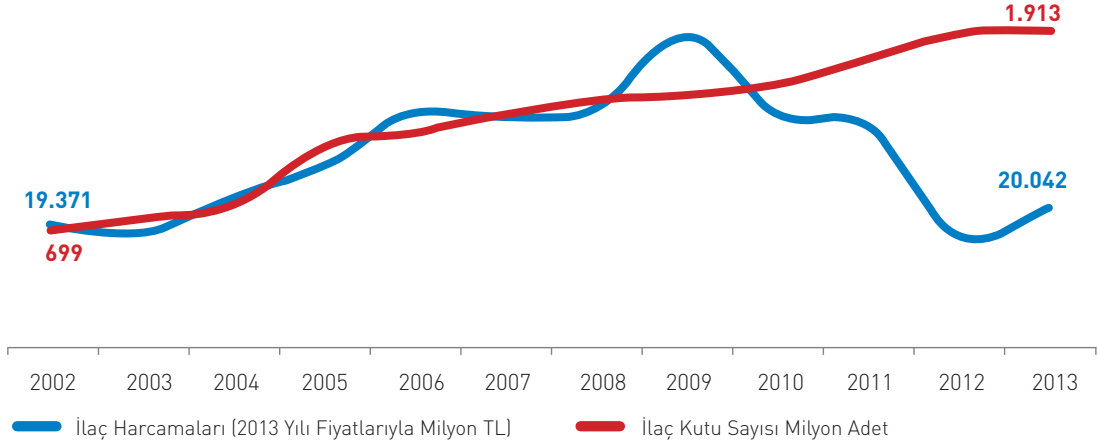
Reel fiyatlarla ilaç harcamalarını ve ilaç kutu sayılarını karşılaştırdığımızda ilaç harcamaları artışının ilaç kutu sayısı artışının çok altında olduğu görülebilmektedir.

Grafik 31. İlaç Harcamaları/Kutu Sayısı Değişimi, (2002, 2013)



Kaynak: Atasever M. [a.g.e]

Bu dönemde kamu maliyesi açısından oldukça başarılı ilaç politikaları izlenmiştir. 2002 yılında 699 milyon kutu ilaca 2013 yılı fiyatlarıyla 19,371 milyar TL ödenirken 2013 yılında 1,913 milyar kutu ilaca 20,042 milyar TL ödenmiştir. Yani bu 12 yıllık dönemde ilaç kutu sayısı %174 oranında artar iken perakende ilaç harcamaları reel olarak sadece %3 artmıştır. 2002 yılında bir kutu ilaca 2013 yılı fiyatlarıyla ortalama 27,7 TL ödenir iken bu tutar 2013 yılında %60 civarında azalarak 10,5 TL'ye düşürülmüştür (Atasever, 2014).

Grafik 32. İlaç Harcamaları (2013 Yılı Fiyatlarıyla)* ve İlaç Kutu Sayısı Karşılaştırması, (2002- 2013)

*Perakende ilaç harcamalarıdır. Yatan hastalar için kullanılan ilaçlar ve aşı harcamaları dâhil değildir.

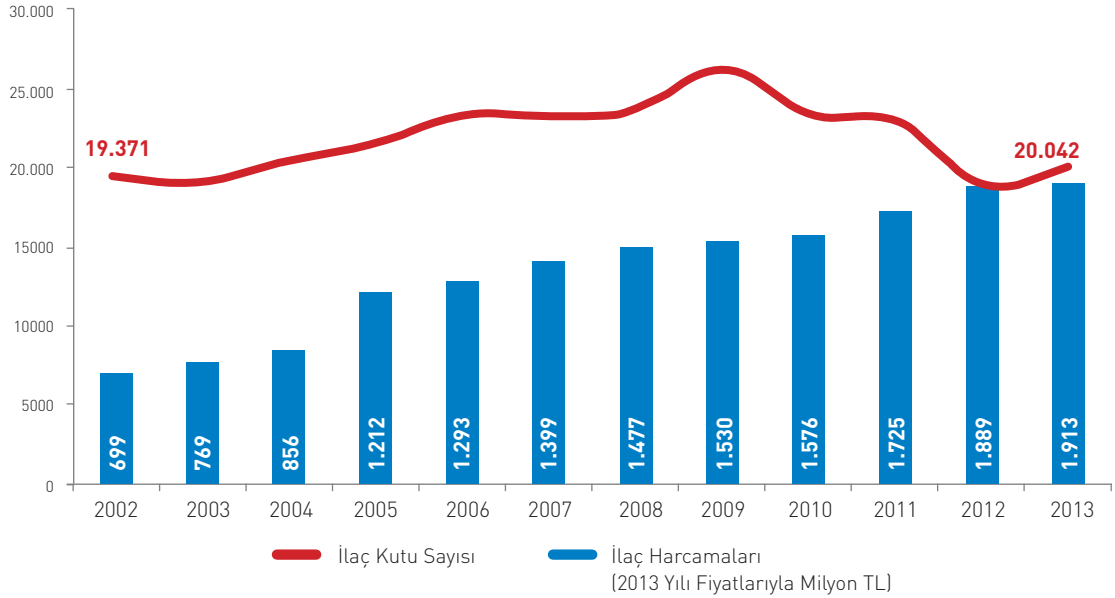
Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

Sağlık harcamaları içindeki önemli yekûnu tutan ilaç harcamaları ile ilgili devrim niteliğindeki kararlar bu dönemde ardı ardına gelmiş sonuç olarak ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki payı önemli ölçüde azaltılmıştır.

Bu kararların en önemlileri şunlardır (Atasever, 2014);

2003 yılı Haziran ayından itibaren kan ve kan ürünlerinde, 2004 yılı Mart ayından itibaren ise ilaçlarda KDV oranı %18'den %8'e düşürülerek ortalama ilaç fiyatlarında %25 ile %30 arasında indirim sağlanmıştır. 2004 yılı Nisan ayından itibaren ilaç fiyatlandırma kararnamesi ile ürün bazında en ucuz beş AB ülkesini (Fransa, İspanya, İtalya, Portekiz, Yunanistan) baz alan referans fiyatlı sisteme geçilerek, 950 ilacın fiyatında %1 ile %80 arasında değişen oranlarda indirim sağlanmıştır.

2004 yılı Aralık ayında yeşil kart sahiplerinin ilaç bedelleri, devlet tarafından karşılanmaya başlanmış, 2005 yılı Şubat ayında SSK'lı vatandaşlara ilaçlarını serbest eczanelerden alma hakkı verilmiştir. 2009 yılı Ocak ayında ilaç harcamalarında sürdürülebilirlik ve öngörülebilirlik sağlamak amacıyla ilaçta 2010 yılından itibaren 2008 yılı baz alınarak global bütçe yapılmıştır. 2003 yılından itibaren gerek fiyat kararnamesi ile gerekse diğer düzenlemelerle ilaç fiyatları birçok kez düşürülmüştür.

Grafik 33. İlaç Kutu Sayısı ve İlaç Harcamaları (2013 yılı fiyatlarıyla)* Karşılaştırması (2002- 2013)

*Perakende ilaç harcamalarıdır. Yatan hastalar için kullanılan ilaçlar ve aşı harcamaları dâhil değildir.

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

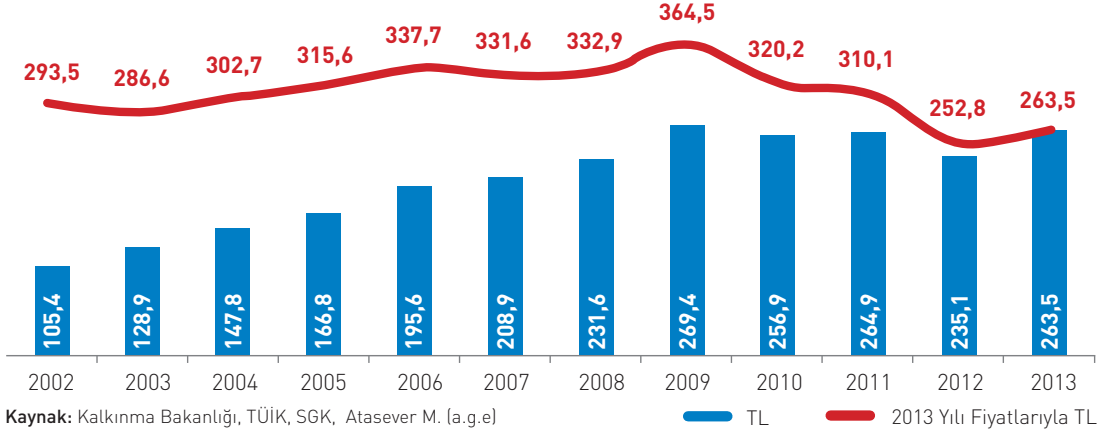
A.2. Kişi Başı İlaç Tüketim Analizi

Tablo 43. Kişi Başı İlaç Harcamaları, (2002-2013)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
TL	105,4	128,9	147,8	166,8	195,6	208,9	231,6	269,4	256,9	264,9	235,1	263,5	150
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	293,5	286,6	302,7	315,6	337,7	331,6	332,9	364,5	320,2	310,1	252,8	263,5	-10
USD	70,0	86,3	103,9	124,4	136,7	160,5	179,1	174,1	171,2	158,6	131,2	138,6	98
SGP USD	172,6	167,2	182,5	200,8	231,1	241,5	260,2	296,4	273,1	268,4	223,3	240,0	39

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

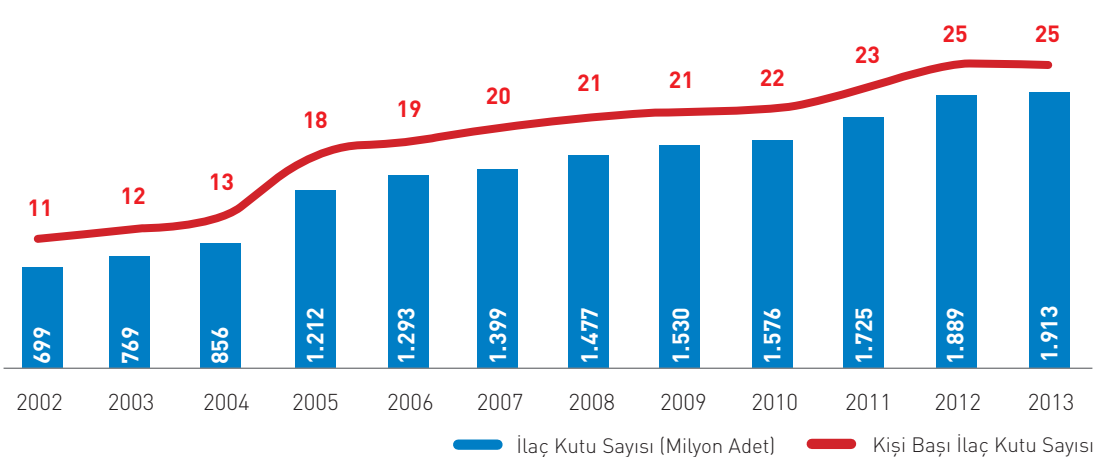
2002-2013 döneminde kişi başı ilaç harcamaları nominal fiyatlarla 105,4 TL'den 263,5 TL'ye yükselmiştir. Ancak aynı dönemde kişi başı ilaç harcamaları reel olarak değerlendirildiğinde %10 azalma olduğu görülmektedir (Tablo 43).

Grafik 34. Kişi Başı İlaç Harcamaları, (2002-2013)**Tablo 44.** Kişi Başı İlaç Kutu Tüketimi, (2002-2013)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
İlaç Kutu Sayısı (Milyon Adet)	699	769	856	1.212	1.293	1.399	1.477	1.530	1.576	1.725	1.889	1.913	173,6
Kişi Başı İlaç Tüketimi (Kutu)	11	12	13	18	19	20	21	21	22	23	25	25	127,2

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002 yılında 699 milyon olan ilaç kutu sayısı 2013 yılında %173,6 artarak 1 milyar 913 milyon kutuya ulaşmıştır (Tablo 44).

Grafik 35. Kişi Başı İlaç Kutu Tüketiminin Gelişimi, (2002-2013)

2002-2013 döneminde ilaç kutu sayısındaki %173,6'lık artışa rağmen Türkiye nüfusu sadece %15 artmıştır. Bu dönemde kişi başı ilaç kutu tüketimi %127,2 artarak 11 kutu ilahtan 25 kutu ilaca yükselmiştir (Grafik 35).

A.3. Reçete Başı İlaç Tüketim Analizi

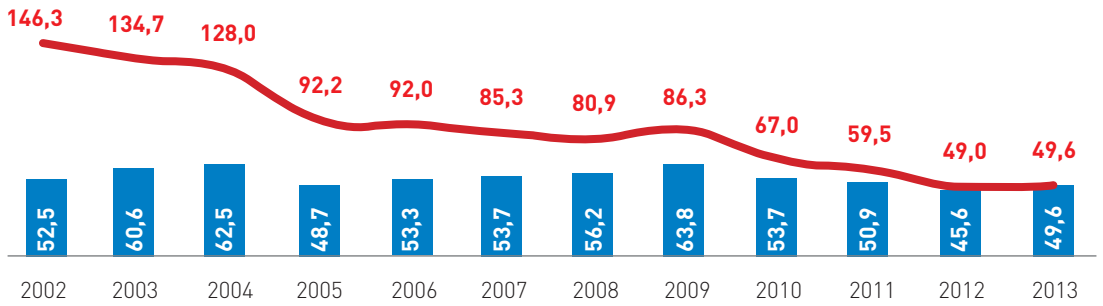
Tablo 45. Reçete Başı İlaç Harcamaları, (2002-2013), (TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
TL	52,5	60,6	62,5	48,7	53,3	53,7	56,2	63,8	53,7	50,9	45,6	49,6	-5,5
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	146,3	134,7	128,0	92,2	92,0	85,3	80,9	86,3	67,0	59,5	49,0	49,6	-66,1
USD	34,9	40,6	44,0	36,3	37,2	41,3	43,5	41,2	35,8	30,5	25,4	26,1	-25,2
SGP USD	86,1	78,6	77,2	58,6	63,0	62,1	63,2	70,2	57,1	51,5	43,3	45,2	-47,5

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 döneminde reçete başı ilaç harcamaları nominal olarak 52,5 TL'den 49,6 TL'ye düşmüştür. Aynı dönemde reçete başı ilaç harcaması reel olarak incelendiğinde %66'lık bir düşüşle 146,3 TL'den 49,6 TL'ye düşmüştür (Tablo 45).

Grafik 36. Reçete Başı İlaç Harcamaları, (2002-2013)



Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

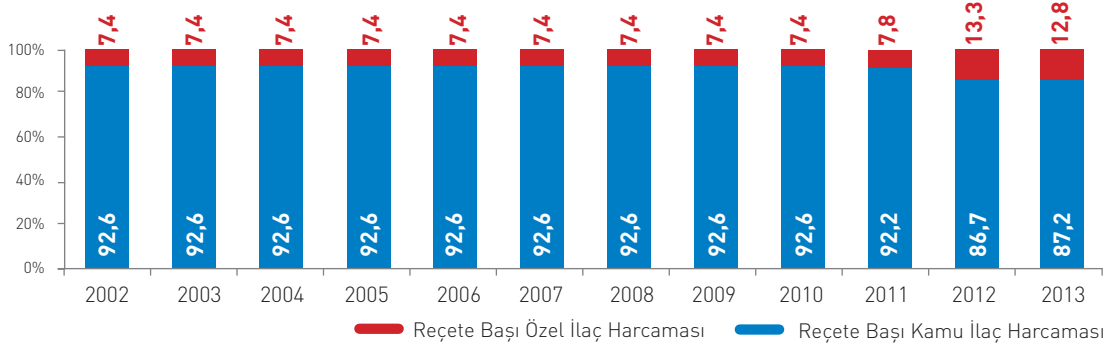
TL 2013 Yılı Fiyatlarıyla TL

Tablo 46. Reçete Başı Kamu ve Özel İlaç Harcamaları, (2002-2013), (TL)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
Kamu	48,6	56,1	57,9	45,1	49,3	49,8	52,1	59,0	49,8	46,9	39,5	43,3	-10
Özel	3,9	4,5	4,6	3,6	3,9	4,0	4,2	4,7	4,0	4,0	6,0	6,3	61,5
Toplam	52,5	60,6	62,5	48,7	53,3	53,7	56,2	63,8	53,7	50,9	45,6	49,6	-5,5
Reçete Başı Toplam İlaç Harcaması İçindeki Payı (%)	92,6	92,6	92,6	92,6	92,6	92,6	92,6	92,6	92,6	92,2	86,7	87,2	

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 döneminde reçete başı kamu ilaç harcamaları %10 azalırken reçete başı özel ilaç harcamaları %61,5 oranında artmaktadır (Tablo 46).

Grafik 37. Reçete Başı Kamu ve Özel İlaç Harcamaları Toplam Reçete Başı Harcamalar İçindeki Payı, (2002-2013), (%)

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 yılında reçete başı toplam ilaç harcamaları içinde reçete başı kamu ilaç harcamalarının oranı %92,6'dan %87,2'ye düşmüştür (Grafik 37).

Tablo 47. Reçete ve Muayene Sayıları, (2002-2013), (Milyon Adet)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
Reçete Sayısı	113	124	138	195	208	225	255	273	309	339	336	338	199,1
Muayene Sayısı	209	227	254	319	367	430	479	528	539	611	622	630	201,4
Muayene Başına Reçete Oranı, (%)	54	55	54	61	57	52	53	52	57	55	54	54	

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

B. İlaç Fiyat Analizi

B.1. Kutu Başı İlaç Fiyat Analizi

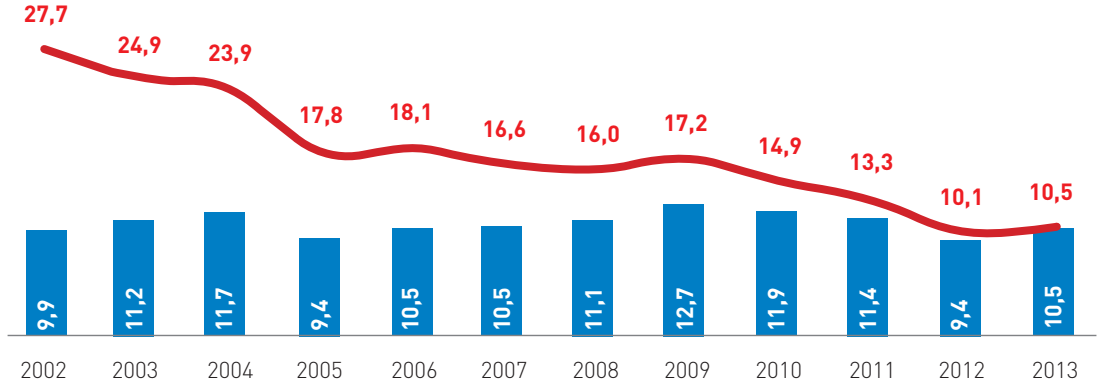
Tablo 48. Kutu Başı İlaç Fiyatı, (2002-2013), (TL/USD)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2012-2013 Artış (%)
TL	9,9	11,2	11,7	9,4	10,5	10,5	11,1	12,7	11,9	11,4	9,4	10,5	6,6
2013 Yılı Fiyatlarıyla, TL	27,7	24,9	23,9	17,8	18,1	16,6	16,0	17,2	14,9	13,3	10,1	10,5	-62,1
USD	6,6	7,5	8,2	7,0	7,3	8,0	8,6	8,2	7,9	6,8	5,2	5,5	-16,6
SGP USD	16,3	14,5	14,4	11,3	12,4	12,1	12,5	14,0	12,7	11,5	8,9	9,5	-41,7

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

2002-2013 döneminde kutu başı ilaç harcamaları nominal olarak 9,9 TL'den 10,5 TL'ye yükselmiştir. Aynı dönemde kutu başı ilaç harcaması reel olarak %62'lik bir düşüşle 27,7 TL'den 10,5 TL'ye düşmüştür (Tablo 48).

Grafik 38. Kutu Başı İlaç Fiyatları, (2002-2013)

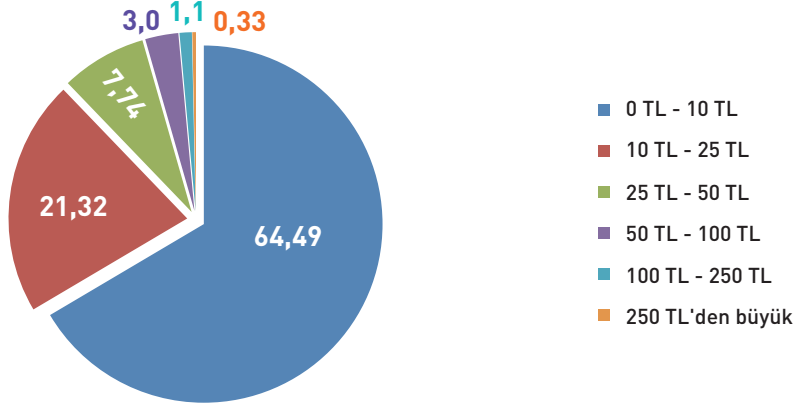


Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, TÜİK, SGK, Atasever M. (a.g.e)

TL 2013 Yılı Fiyatlarıyla TL

B.2. Kutu Satışları Bazında İlaç Fiyatları Dağılım Analizi

Grafik 39. Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaç Kutu Sayısı Fiyat Aralığı Dağılımı, (2014), (%)

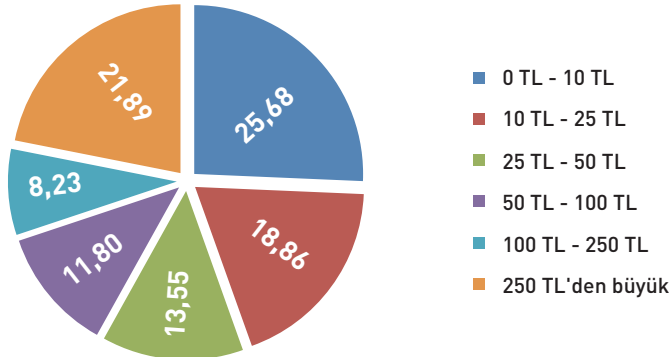


Kaynak: IMS

2013 yılında serbest eczanelerden temin edilen ilaçların kutu satışları analiz edildiğinde toplam ilacın %66,49'unu 0TL-10TL arasındaki ilaçlar oluşturmaktadır. Bu oranı %21,32 ile kutu fiyatı 10 TL-25 TL olan ilaçlar,%7,74 ile kutu fiyatı 25 TL-50 TL arasındaki ilaçlar takip etmektedir (Grafik 39).

B.3. Satış Tutarı Bazında İlaç Fiyatları Dağılım Analizi

Grafik 40 Serbest Eczanelerden Temin Edilen İlaçların Satış Fiyat Aralığı Dağılımı, (2014), (%)



Kaynak: IMS

2013 yılında serbest eczanelerden temin edilen ilaçlar satış tutarı bazında analiz edildiğinde toplam ilacın %25,68'ini 0 TL-10 TL arasındaki ilaçlar oluşturmaktadır. Bu oranı %21,89 ile kutu fiyatı 250 TL'den büyük ilaçlar, %18,86 ile kutu fiyatı 10 TL-25 TL arasındaki ilaçlar takip etmektedir (Grafik 40).

C. İlaç Pazarı Analizi

C.1. Tedavi Gruplarına (ATC) Göre İlaç Pazar Analizi

Dünya Sağlık Örgütü, ilaç kullanımıyla ilgili uluslararası tek bir sınıflandırma oluşturmak amacıyla ATC (Anatomical Therapeutic and Chemical) kod sistemini hazırlamıştır. Bu kod sistemi ile ilaçlar belirlenen standartlara göre sınıflandırılıp uluslararası ölçekte analiz edilip değerlendirilebilecektir. ATC kodu ilgili ilaçtaki etken maddenin yapısal, tedavi edici ve kimyasal olarak sıralanması ile oluşmaktadır. Böylece aynı etken madde farklı bir endikasyon için kullanılsa dahi farklı kodlar olarak sınıflandırmada ayrımı sağlanmış olur.

ATC indeks 5 seviyeden oluşan bir kodlama sistemine sahiptir;

Seviye	Gruplar	Örnek Kodlama
1. Seviye	Yapısal Ana Grup	A
2. Seviye	Tedavi Edici Alt Grup	A10
3. Seviye	Farmakolojik Alt Grup	A10B
4. Seviye	Kimyasal Alt Grup	A10BA
5. Seviye	Kimyasal Madde	A10BA02

Tablo 49. İlaçların; Tedavi Grupları (ATC) Bazında, Satış Tutarlarına Göre Pazar Payı, (2003-2014), (%)

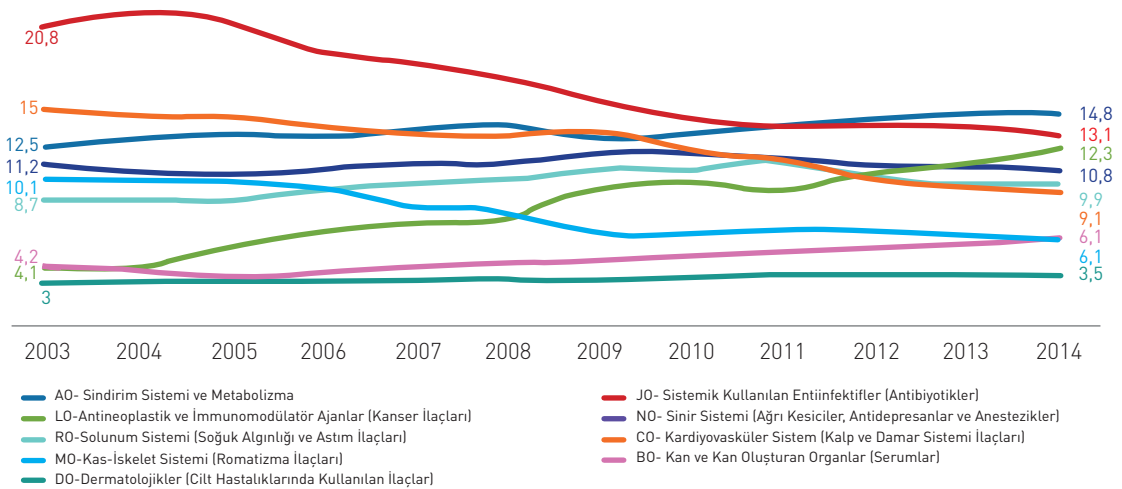
Toplam Satış Tutarları İçindeki Payı (%)												
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A0- Sindirim Sistemi ve Metabolizma	12,5	13,2	13,4	13,1	13,8	14,0	13,0	13,4	13,9	14,4	14,8	14,8
J0- Sistemik Kullanılan Antiinfektifler	20,8	21,9	21,2	19,2	18,4	17,5	15,7	14,5	14,0	14,1	13,9	13,1
L0- Antineoplastik ve İmmunomodülatör Ajanlar	4,1	4,0	5,5	6,6	7,2	7,5	9,6	10,0	9,5	10,7	11,2	12,3
N0- Sinir Sistemi	11,2	10,7	10,5	10,9	11,3	11,3	12,1	12,0	11,7	11,1	11,1	10,8
R0- Solunum Sistemi	8,7	8,8	8,7	9,5	9,9	10,2	10,9	11,0	11,5	10,2	10,0	9,9
C0- Kardiyovasküler Sistem	15,0	14,5	14,6	13,9	13,4	13,3	13,5	12,3	11,5	10,3	9,7	9,1
M0- Kas-İskelet Sistemi	10,1	10,1	9,9	9,6	8,3	8,1	6,4	6,6	6,7	6,7	6,4	6,1
B0- Kan ve Kan Oluşturan Organlar	4,2	3,9	3,5	3,8	4,2	4,3	4,5	5,0	5,2	5,5	5,8	6,1
G0- Genitoüriner Sistem ve Seks Hormonları	4,4	4,7	4,6	4,8	4,8	4,6	4,2	4,3	4,4	4,8	4,6	4,7
D0- Dermatolojikler	3,0	3,1	3,0	3,1	3,2	3,2	3,1	3,4	3,6	3,7	3,6	3,5
S0- Duyu Organları	1,9	1,6	1,5	1,6	1,7	1,9	2,1	2,2	2,2	2,4	3,0	3,2
H0- Sistemik Hormonal Preparatlar (Seks Hormonları ve İnsülin hariç)	1,9	1,6	1,5	1,6	1,6	1,6	1,8	1,7	1,7	1,8	1,8	1,9
T0- Teşhis Amaçlı Ajanlar	0,8	0,7	0,7	0,7	0,9	1,1	1,3	1,7	1,9	1,9	1,8	1,9
K0- Hastane Solüsyonları	1,1	0,9	1,0	1,0	0,9	0,8	1,0	1,2	1,3	1,5	1,5	1,7
V- Diğer	0,1	0,1	0,3	0,3	0,3	0,5	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9
P0- Antiparazitik Ürünler, İnsektisitler, Repellantlar	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1

Kaynak: IMS Health Data, 2014

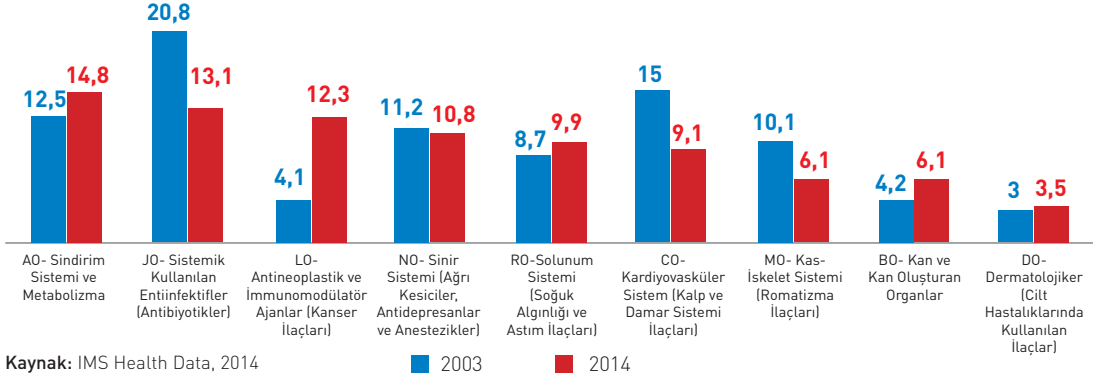
Türkiye'de 2003-2014 yılları arasında tüketilen ilaçlar, tedavi grupları bazında satış tutarlarına göre incelendiğinde göze çarpan önemli değişimler şunlardır (Tablo 49);

- Kanser tedavisinde kullanılan (L0- Antineoplastik ve İmmunomodülatör Ajanlar) ilaçların satış tutarlarına göre pazar payı; %4,1'den %12,3'e yükselmiştir.
- Mide ve Diyabet (A0- Sindirim Sistemi ve Metabolizma) ilaçlarının satış tutarlarına göre pazar payı; %12,5' ten %14,8'e yükselmiştir.
- Serumların (B0- Kan ve Kan Yapıcı Organları) satış tutarlarına göre pazar payı; %4,2'den % 6,1'e yükselmiştir.
- Soğuk algınlığı ve astım (R0- Solunum Sistemi) ilaçlarının satış tutarlarına göre pazar payı; % 8,7'den %9,9'a yükselmiştir.
- Kulak, burun, boğaz ve göz hastalıklarında kullanılan (S0- Duyu Organları) ilaçların satış tutarlarına göre pazar payı; %1,9'dan %3,2'ye yükselmiştir.
- Antibiyotiklerin (J0- Sistemik Kullanılan Antiinfektifler) satış tutarlarına göre pazar payı; %20,8' den %13,1'e düşmüştür.
- Kalp ve damar hastalıklarında kullanılan (C0- Kardiyovasküler Sistem) ilaçların satış tutarlarına göre pazar payı; %15'ten %9,1'e düşmüştür.
- Romatizma (M0- Kas-İskelet Sistemi) ilaçlarının satış tutarlarına göre pazar payı; %10,1'den %6,1'e düşmüştür.

Grafik 41. Satış Tutarlarına Göre; Tedavi Grupları (ATC) Bazında En Çok Tüketilen, İlaçların Pazar Payının Değişimi, (2003-2014), (%)



Grafik 42. Satış Tutarlarına Göre; Tedavi Grupları (ATC) Bazında En Çok Tüketilen İlaçların Pazar Payının Değişimi, (2003, 2014), (%)



Tablo 50. İlaçların; Tedavi Gruplarına (ATC) Göre, Tüketilen Satılan Kutu Sayısına Göre Pazar Payının Analizi, (2003-2014),(%)

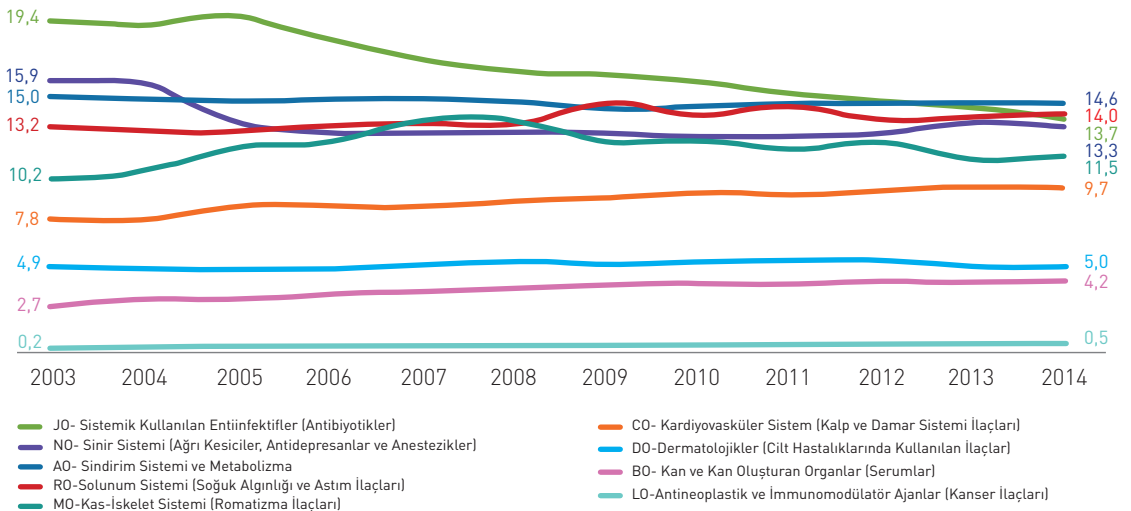
Toplam Satılan Kutu Sayısı İçindeki Pay (%)												
Tedavi Grupları (ATC)	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
A0- Sindirim Sistemi ve Metabolizma	15,0	14,9	14,7	15,0	14,9	14,8	14,2	14,5	14,5	14,7	14,7	14,6
R0- Solunum Sistemi	13,2	13,1	12,9	13,4	13,4	13,3	14,7	13,9	14,5	13,6	13,8	14,0
J0- Sistemik Kullanılan Antiinfektifler	19,4	19,3	19,8	18,3	17,2	16,5	16,3	15,9	15,2	14,8	14,4	13,7
N0- Sinir Sistemi	15,9	15,8	13,5	12,9	12,8	12,8	12,9	12,6	12,7	12,8	13,5	13,3
M0- Kas-İskelet Sistemi	10,2	10,6	12,0	12,3	13,6	13,7	12,4	12,4	12,0	12,3	11,3	11,5
C0-Kardiyovasküler Sistem	7,8	7,8	8,5	8,6	8,5	8,8	9,0	9,4	9,2	9,4	9,7	9,7
D0- Dermatolojikler	4,9	4,9	4,8	4,9	5,1	5,3	5,0	5,2	5,3	5,4	5,0	5,0
B0- Kan ve Kan Oluşturan Organlar	2,7	3,1	3,0	3,4	3,5	3,8	3,9	4,0	3,9	4,1	4,0	4,2
K0- Hastane Solüsyonları	2,3	2,2	2,4	2,6	2,5	2,0	2,6	2,8	3,2	3,3	3,8	3,8
G0- Genitoüriner Sistem ve Seks Hormonları	3,3	3,3	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,4	3,4	3,4	3,3	3,4
S0- Duyu Organları	2,4	2,4	2,3	2,4	2,5	2,7	2,7	2,8	2,6	2,7	2,9	3,0
H0- Sistemik Hormonal Preparatlar (Seks Hormonları ve İnsülin hariç)	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	2,0	2,0	2,0	2,1
T0- Teşhis Amaçlı Ajanlar	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,4	0,4	0,5	0,6	0,6	0,7	0,8
L0- Antineoplastik ve İmmunomodülatör Ajanlar	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,4	0,4	0,5
P0- Antiparazitik Ürünler, İnsektisitler, Repellantlar	0,6	0,6	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
V- Diğer	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	0,2	0,2

Kaynak: IMS Health Data, 2014

Türkiye'de 2003-2014 yılları arasında tüketilen ilaçlar, tedavi grupları bazında satılan kutu sayısına göre incelendiğinde göze çarpan değişimler şunlardır (Tablo 50);

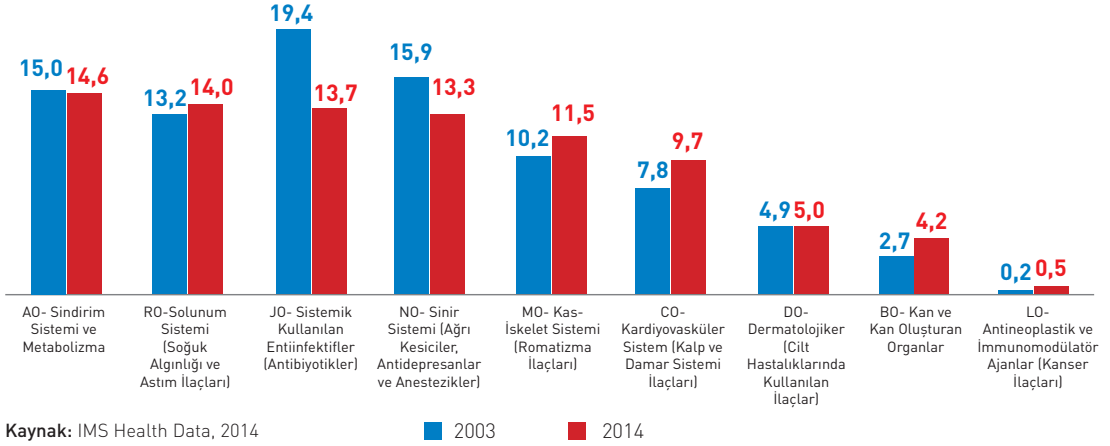
- Soğuk algınlığı ve astım (R0- Solunum Sistemi) ilaçlarının satılan kutu sayısına göre pazar payı; %13,2'den %14'e yükselmiştir.
- Romatizma (M0- Kas-İskelet Sistemi) ilaçlarının satılan kutu sayısına göre pazar payı; %10,2'den 11,5'e yükselmiştir.
- Kalp ve damar hastalıklarında kullanılan (C0- Kardiyovasküler Sistem) ilaçların satılan kutu sayısına göre pazar payı; %7,8'den %9,7'ye yükselmiştir.
- Serumların (B0- Kan ve Kan Yapıcı Organlar) satılan kutu sayısına göre pazar payı; %2,7'den %4,2'ye yükselmiştir.
- Kanser tedavisinde kullanılan (L0- Antineoplastik ve İmmunomodülatör Ajanların) ilaçların satılan kutu sayısına göre pazar payı; %0,2'den %0,5'e yükselmiştir.
- Antibiyotiklerin (J0- Sistemik Kullanılan Antiinfektifler) satılan kutu sayısına göre pazar payı; %19,4'ten %13,7'ye düşmüştür.
- Anestezik ve ağrı kesici (N0- Sinir Sistemi) ilaçların satılan kutu sayısına göre pazar payı; %15,9'dan %13,3'e düşmüştür.
- Mide ve diyabet hastalığı (A0- Sindirim Sistemi ve Metabolizma) ilaçlarının satılan kutu sayısına göre pazar payı; %15'ten %14,6'ya düşmüştür.

Grafik 43. Tedavi Grupları (ATC) Bazında Satılan Kutu Sayısına Göre İlaçların Pazar Payının Değişimi, (2003-2014), [%]



Kaynak: IMS Health Data, 2014

Grafik 44. Tedavi Grupları (ATC) Bazında Satılan Kutu Sayısına İlaçların Pazar Payının Değişimi, (2003, 2014), (%)



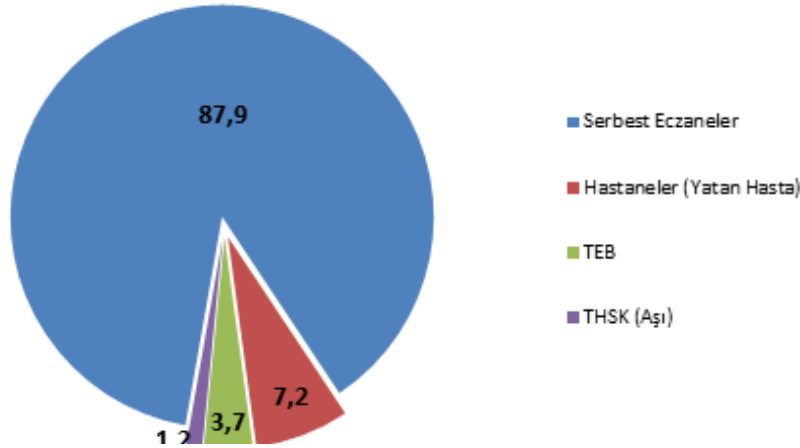
C.2. Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Pazar Analizi

Eczacılık ürünleri tüketicilere serbest eczaneler, sağlık hizmet sunucuları (hastaneler, ağız ve diş sağlığı birimleri, tıp merkezleri, poliklinikler, 112 acil gibi) , Türk Eczacıları Birliği (TEB) ve Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (aşı hizmetleri) olmak üzere dört farklı birim tarafından ulaştırılmaktadır. Hastanın ilaca ulaşımında, en büyük dağıtım kanalı olan serbest eczanelerde oluşan ilaç harcamaları, toplam ilaç harcamalarının %87,9'unu oluşturmaktadır. Hastanelerde yatan hastalar için uygulanan ilaçlar ilgili hastaneler tarafından karşılanmaktadır. Üretimi veya ithalatı yapılamayan ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nca ithalat izni verilen ilaçlara ise hasta/hasta yakınları Türk Eczacılar Birliği (TEB) aracılığıyla ulaşabilmektedir. Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında aşı uygulamaları ise Türkiye'de Türkiye Halk Sağlığı Kurumu (THSK) tarafından yapılmaktadır.

Tablo 51. Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Sektörü, (2013), (Milyon TL)

	Tutar (Milyon TL)	%
Serbest Eczaneler	19.231	87,9
Hastaneler (Yatan Hasta)	1.576	7,2
TEB	811	3,7
THSK (Aşı)	267	1,2
Toplam	21.885	100,0

Kaynak: İEİS, SGK, Sağlık Bakanlığı, Atasever M. [a.g.e]

Grafik 45. Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Sektörü, (2013), (%)

Kaynak: İEİS, SGK, Sağlık Bakanlığı, Atasever M. (a.g.e)

2013 yılında ilaç sektörünü nihai tüketim noktalarına göre analiz ettiğimizde ilaç harcamalarının %87,9'unun serbest eczanelerde, %7,2'nin hastanelerde (çok az miktarda diğer sağlık hizmet sunucularında), %3,7 ile TEB aracılığıyla gelen ilaçlarda ve %1,2'nin Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun aşı harcamaları oluştuğu görülmektedir (Grafik 45).

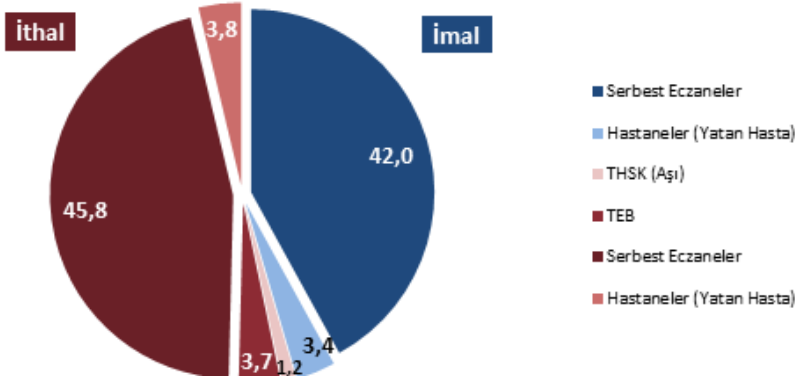
C.3. İthal ve İmal Durumu ve Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Pazar Analizi

Bu çalışmada ürün sağlayıcılar imal ve ithal olmak üzere iki ana kategoride analiz edilmiştir.

Tablo 52. İthal veya İmal Durumuna ve Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Sektörü, (2013)

	Tutar (Milyon TL)	%
Serbest Eczaneler	9.197	42,0
Hastaneler (Yatan Hasta)	754	3,4
İmal	9.951	45,5
THSK (Aşı)	267	1,2
TEB	811	3,7
Serbest Eczaneler	10.034	45,8
Hastaneler (Yatan Hasta)	822	3,8
İthal	11.934	54,5
Toplam	21.885	100,0

Kaynak: İEİS, SGK, Sağlık Bakanlığı, Atasever M. (a.g.e)

Grafik 46. İthal veya İmal Durumuna ve Nihai Tüketim Noktasına Göre İlaç Sektörü, (2013), (%)

Kaynak: İEİS, SGK, Sağlık Bakanlığı, Atasever M. [a.g.e]

2013 yılında ilaç sektörünü imal ve ithal durumu ve nihai tüketim noktasına göre analiz ettiğimizde en büyük paya %45,8 ile serbest eczanelerden temin edilen ithal ilaçların sahip olduğu görülmektedir. Serbest eczanelerden temin edilen imal ilaçların payı ise %42'dir (Grafik 46).

C.4. Referans veya Eşdeğer Olması Durumuna Göre İlaç Pazar Analizi

C.4.1. İlaçların; Referans veya Eşdeğer Olması Durumuna Göre Satılan Kutu Sayısı Bazında Pazar Payının Analizi

Tablo 53. Referans veya Eşdeğer Durumuna Göre İlaç Pazarının Satılan Kutu Sayısı Bazında Gelişimi, (2003-2014), (%)

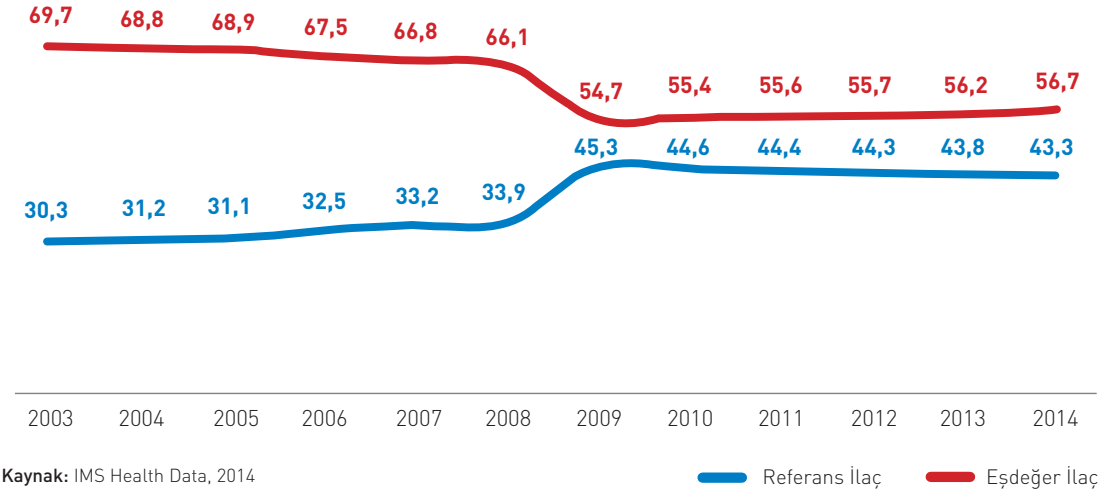
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Referans ilaç	30,3	31,2	31,1	32,5	33,2	33,9	45,3	44,6	44,4	44,3	43,8	43,3
Eşdeğer ilaç	69,7	68,8	68,9	67,5	66,8	66,1	54,7	55,4	55,6	55,7	56,2	56,7
Toplam	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: IMS Health Data, 2014

2003-2014 Döneminde Türkiye ilaç pazarında tüketilen ilaçları referans ve eşdeğer olma durumuna göre satılan kutu sayısı bazında incelediğimizde referans ilaçların pazar payının % 30,3'den %43,3'e yükseldiği görülmektedir (Tablo 53).

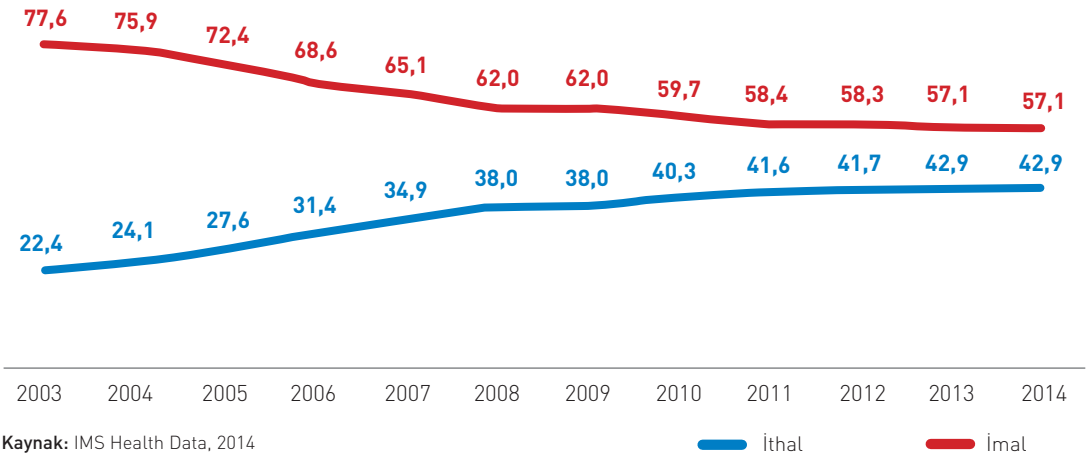
2009 yılı; Türkiye ilaç pazarında ilaçların satılan kutu sayısı bazında referans ve eşdeğer olma durumuna göre, büyük kırılımın yaşandığı bir yıl olarak göze çarpmaktadır. 2008 yılına kadar satılan kutu sayısına göre referans ilaçların payı düzenli olarak 2009 yılına nispeten düşük oranda artarak %33,9 ulaşmış iken, bu oran 2009 yılında %33,6 artarak %45,3'e yükselmiş sonraki yıllarda ise bir miktar düşerek 2014 yılında %43,3'e gerilemiştir (Grafik 46).

Grafik 47. Referans veya Eşdeğer Olması Durumuna Göre İlaç Pazarının Satılan Kutu Sayısı Bazında Gelişimi, (2003-2014), [%]

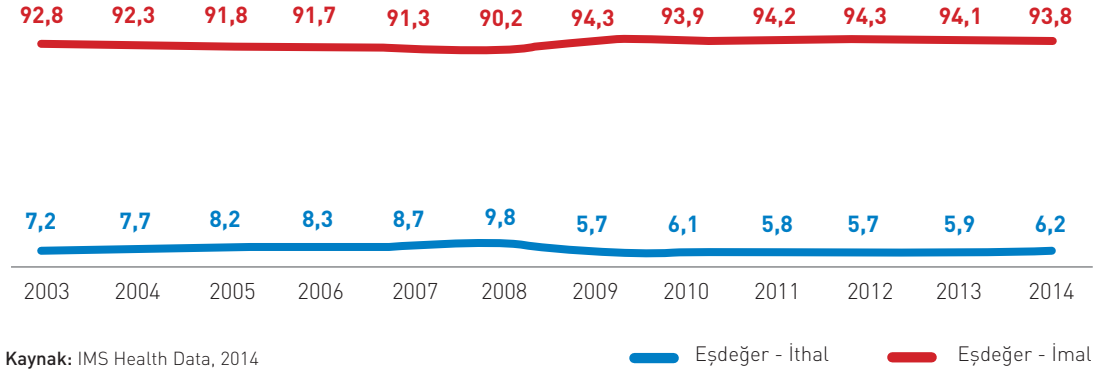


2003-2014 Döneminde Türkiye ilaç pazarında tüketilen referans ilaçları, ithal ve imal olma durumuna göre satılan kutu sayısı bazında incelediğimizde; ithal referans ilaçların satılan kutu sayısı bazında pazar payının %92 civarında artarak %22,4'den %42,9'a yükseldiği görülmektedir (Grafik 48).

Grafik 48. Referans İlaçların Satılan Kutu Sayılarının İthal veya İmal Durumuna Göre Dağılımı, (2003-2014), [%]



Grafik 49. Eşdeğer İlaçların Satılan Kutu Sayılarının İthal veya İmal Durumuna Göre Dağılımı, (2003-2014), (%)



2003-2014 Döneminde Türkiye ilaç pazarında tüketilen eşdeğer ilaçları, ithal ve imal olma durumuna göre satılan kutu sayısı bazında incelendiğimizde; önemli değişikliklerin yaşanmadığı imal eşdeğer ilaçların satılan kutu sayısı bazında pazar payının %92,8'den %93,8'e yükseldiği görülmektedir (Grafik 49).

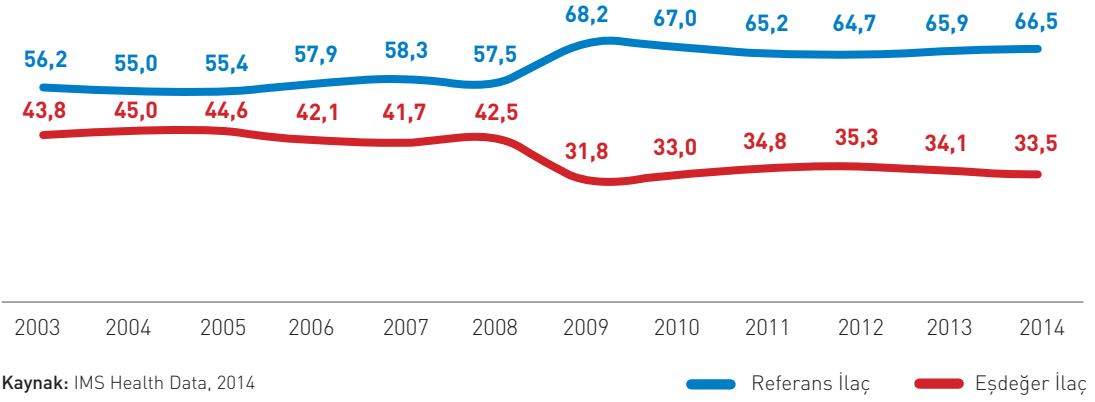
C.4.2. İlaçların; Referans veya Eşdeğer Durumuna Göre Satış Tutarları Bazında Pazar Payının Analizi

Tablo 54. Referans veya Eşdeğer Durumuna Göre İlaç Satış Tutarlarının Gelişimi, (2003-2014), (%)

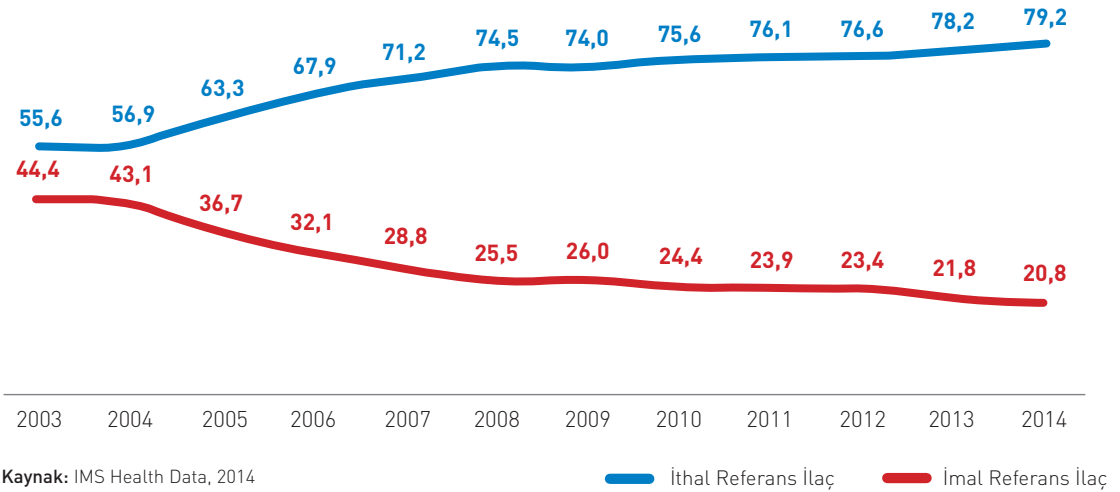
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Referans İlaç	56,2	55,0	55,4	57,9	58,3	57,5	68,2	67,0	65,2	64,7	65,9	66,5
Eşdeğer İlaç	43,8	45,0	44,6	42,1	41,7	42,5	31,8	33,0	34,8	35,3	34,1	33,5
Toplam	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Kaynak: IMS Health Data, 2014

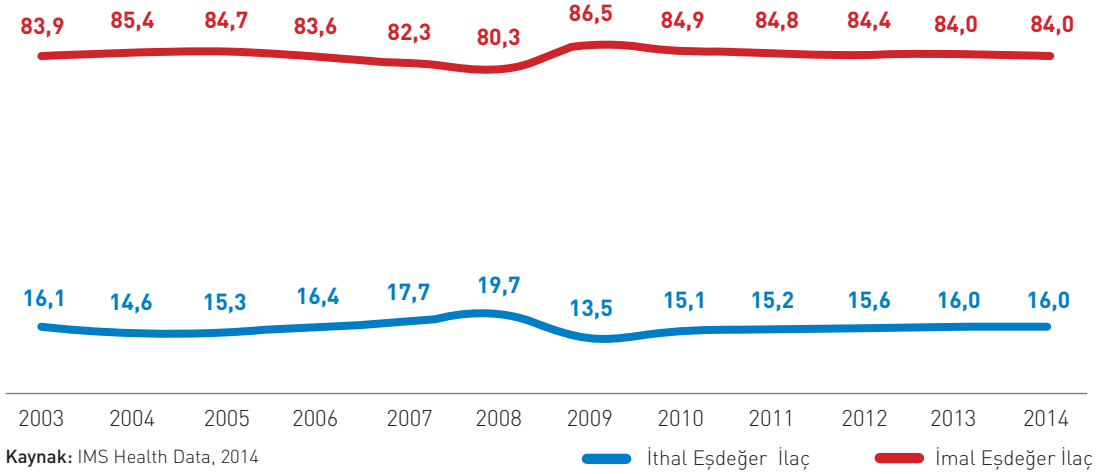
2003-2014 Döneminde Türkiye ilaç pazarında tüketilen ilaçları, referans ve eşdeğer olma durumuna göre satış tutarları bazında incelediğimizde; referans ilaçların pazar payının %56,2'den %66,5'e yükseldiği görülmektedir (Tablo 54).

Grafik 50. Referans veya Eşdeğer Durumuna Göre İlaç Satış Tutarlarının Dağılımı, (2003-2014), (%)

2009 yılı; Türkiye ilaç pazarında ilaçların satış tutarları bazında referans ve eşdeğer olma durumuna göre, satılan kutu sayısına benzer olarak, büyük kırılımlın yaşandığı bir yıl olarak göze çarpmaktadır. 2008 yılına kadar satış tutarlarına göre referans ilaçların payı %56 bandında seyrederken, bu pay 2009 yılında %18,6 artarak %68,2'ye yükselmiş daha sonraki yıllarda ise bir miktar düşerek 2014 yılında %66,5'e gerilemiştir (Grafik 50).

Grafik 51. Referans İlaçların Satış Tutarlarının İthal veya İmal Durumuna Göre Dağılımı, (2003-2014), (%)

2003-2014 Döneminde Türkiye ilaç pazarında tüketilen referans ilaçları ithal ve imal olma olma durumuna göre satış tutarları bazında incelediğimizde; ithal referans ilaçların satış tutarı bazında pazar payının %42 civarında artarak % 55,6'dan %79,2'ye yükseldiği görülmektedir (Grafik 51).

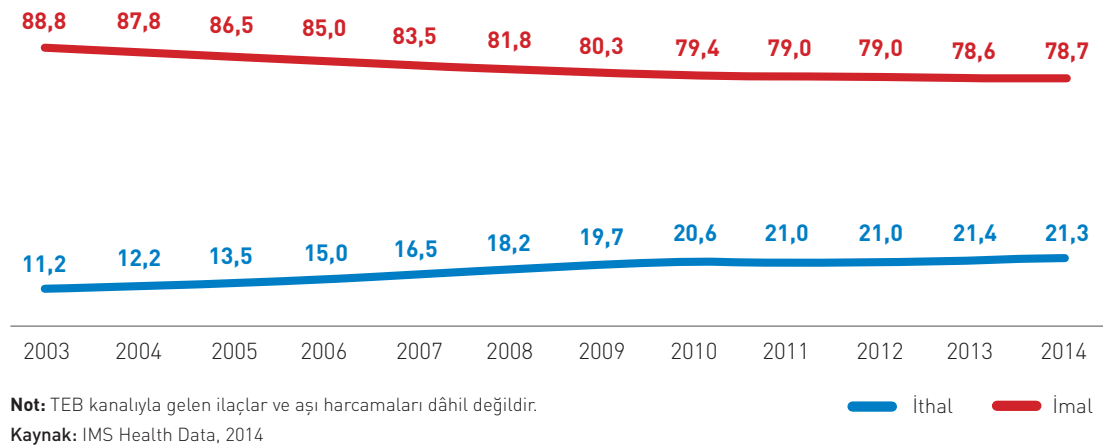
Grafik 52. Eşdeğer İlaçların Satış Tutarlarının İthal veya İmal Durumuna Göre Dağılımı, (2003-2014), (%)

2003-2014 Döneminde Türkiye ilaç pazarında tüketilen eşdeğer ilaçları ithal ve imal olma durumuna göre satış tutarları bazında incelediğimizde; önemli değişikliklerin yaşanmadığı imal eşdeğer ilaçların satış tutarları bazında pazar payının değişmediği görülmektedir (Grafik 52).

C.5. İmal veya İthal Durumuna Göre İlaç Pazar Analizi

C.5.1. İmal veya İthal Durumuna Göre Satılan İlaç Kutu Sayılarının Dağılımı

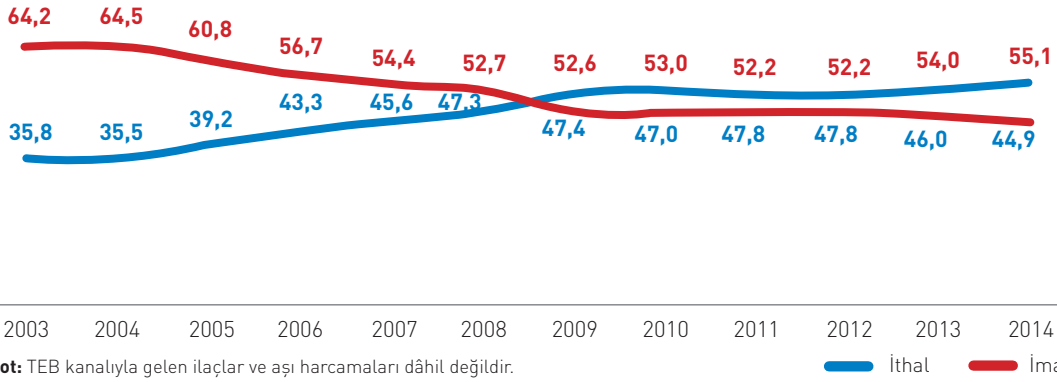
2003-2014 Döneminde Türkiye ilaç pazarında ithal ve imal olma durumuna göre satılan ilaç kutu sayılarını incelediğimizde; önemli değişiklikler yaşanmış 2003 yılında satılan ilaç kutu sayısının %88,8'i imal ilaçlardan oluşuyorken bu oran 2014'de %78,7'ye düşmüştür (Grafik 53).

Grafik 53. İthal veya İmal Durumuna Göre Satılan İlaç Kutu Sayılarının Dağılımı, (2003-2014), (%)

C.5.2. İmal veya İthal Durumuna Göre Satılan İlaçların Satış Tutarlarının Dağılımı

2003-2014 Döneminde Türkiye ilaç pazarında tüketilen ilaçları ithal ve imal olma durumuna göre satış tutarları bazında incelediğimizde; önemli değişiklikler yaşanmış, imal ilaçların satış tutarları bazında pazar payı %64,2'den %44,9'a düşmüştür (Grafik 54).

Grafik 54. İthal veya İmal Durumuna Göre İlaçların Satış Tutarlarının Dağılımı, (2003-2014), (%)



D. İlaç Harcamalarının OECD Ülkeleriyle Mukayesesi

D.1. Kişi Başı İlaç Harcamasının Mukayesesi

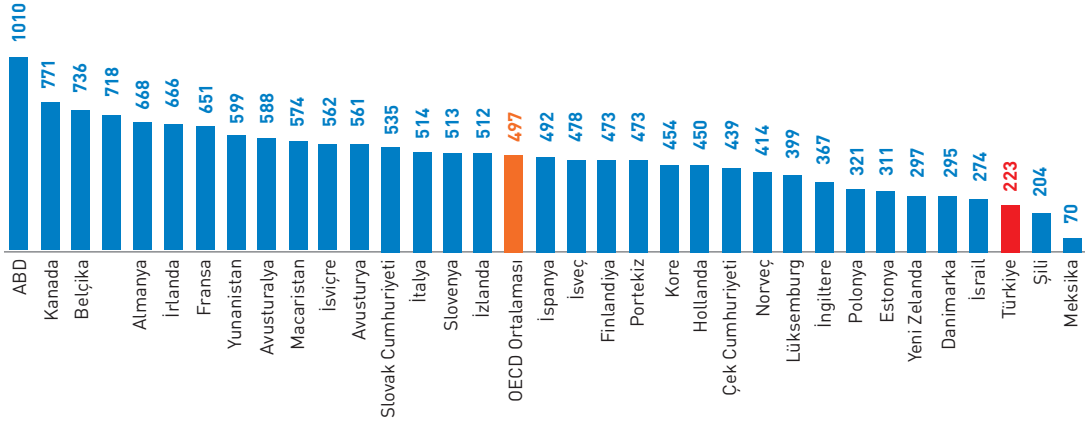
Tablo 55. Kişi Başı İlaç Harcamaları, (2012), (SGP USD)

Sıra No	Ülkeler	Kişi Başı İlaç Harcaması (SGP USD)	Sıra No	Ülkeler	Kişi Başı İlaç Harcaması (SGP USD)
1	ABD	1.010	19	İsveç	478
2	Kanada	771	20	Finlandiya	473
3	Belçika	736	21	Portekiz	473
4	Japonya	718	22	Kore	454
5	Almanya	668	23	Hollanda	450
6	İrlanda	666	24	Çek Cumhuriyeti	439
7	Fransa	651	25	Norveç	414
8	Yunanistan	599	26	Lüksemburg	399
9	Avusturalya	588	27	İngiltere	367
10	Macaristan	574	28	Polonya	321
11	İsviçre	562	29	Estonya	311
12	Avusturya	561	30	Yeni Zelanda	297
13	Slovak Cumhuriyeti	535	31	Danimarka	295
14	İtalya	514	32	İsrail	274
15	Slovenya	513	33	Türkiye	223
16	İzlanda	512	34	Şili	204
17	OECD Ortalaması	497	35	Meksika	70
18	İspanya	492			

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2014, Atasever, M., Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2003-2013 Dönemi

Türkiye’de satın alma gücü paritesine göre USD olarak 2012 yılı kişi başı ilaç harcaması 223 SGP USD’dir. Bu tutar OECD ülkeleri ortalamasının (497 SGP USD) yarısından daha az olup, Türkiye OECD ülkeleri arasında en düşük kişi başı ilaç harcamasına sahip ülkelerden biridir (Tablo 55).

Grafik 55. Kişi Başı İlaç Harcamaları, (2012), (SGP USD)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2014, Atasever, M., Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2003-2013 Dönemi

D.2. İlaç Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payının Mukayesesi

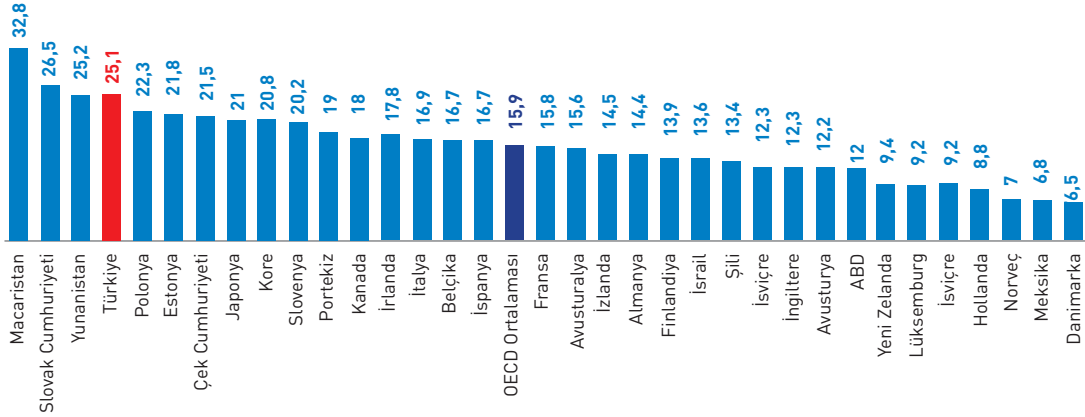
Tablo 56. İlaç Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2012), (%)

Sıra No	Ülkeler	%	Sıra No	Ülkeler	%
1	Macaristan	32,8	19	Avusturalya	15,6
2	Slovak Cumhuriyeti	26,5	20	İzlanda	14,5
3	Yunanistan	25,2	21	Almanya	14,4
4	Türkiye	25,1	22	Finlandiya	13,9
5	Polonya	22,3	23	İsrail	13,6
6	Estonya	21,8	24	Şili	13,4
7	Çek Cumhuriyeti	21,5	25	İsveç	12,3
8	Japonya	21	26	İngiltere	12,3
9	Kore	20,8	27	Avusturya	12,2
10	Slovenya	20,2	28	ABD	12
11	Portekiz	19	29	Yeni Zelanda	9,4
12	Kanada	18	30	Lüksemburg	9,2
13	İrlanda	17,8	31	İsviçre	9,2
14	İtalya	16,9	32	Hollanda	8,8
15	Belçika	16,7	33	Norveç	7
16	İspanya	16,7	34	Meksika	6,8
17	OECD Ortalaması	15,9	35	Danimarka	6,5
18	Fransa	15,8			

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2014, Atasever, M. (a.g.e)

Türkiye’de serbest eczanelerde satılan ilaç harcamaları cari sağlık harcamalarının dörtte biri kadardır (%25,1). Bu oran OECD ülkeleri ortalamasının (%15,9) oldukça üzerindedir. Bu durumu ülkelerin sağlık sistemlerinin farklılıklar, diğer cari harcamaların yükü vb. faktörleri dikkate alarak değerlendirmek gerekir (Tablo 56).

Grafik 56. İlaç Harcamalarının Cari Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2012), (%)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2014, Atasever. M, (a.g.e)

D.3. İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payının Mukayesesi

Tablo 57. İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2013 veya En Yakın Yıl), (%)

Sıra No	Ülkeler	%
1	Macaristan (2012)	31,8
2	Slovak Cumhuriyeti (2012)	25,4
3	Yunanistan (2012)	24,9
4	Türkiye (2013)	23,7
5	Estonya (2012)	21,5
6	Çek Cumhuriyeti (2012)	21,1
7	Polonya (2012)	20,9
8	Japonya (2011)	20,8
9	Kore (2012)	19,8
10	Slovenya (2012)	19,2
11	Portekiz (2011)	17,9
12	İspanya (2011)	17,4
13	Kanada (2011)	17,1
14	İrlanda (2012)	17,1
15	Belçika (2012)	16,6
16	İtalya (2013)	15,6
17	OECD	15,3
18	Fransa (2012)	15,2

Sıra No	Ülkeler	%
19	Avustralya (2011)	14,7
20	İzlanda (2012)	14,5
21	Almanya (2012)	13,9
22	Finlandiya (2012)	13,3
23	İsrail (2010)	13,2
24	Şili (2012)	13
25	İsveç (2012)	11,6
26	Avusturya (2012)	11,5
27	İngiltere (2008)	11,5
28	ABD (2012)	11,5
29	Yeni Zelanda (2011)	9,4
30	Hollanda (2011)	9,3
31	İsviçre (2012)	9,2
32	Lüksemburg (2012)	8,7
33	Meksika (2012)	6,6
34	Norveç (2013)	6,5
35	Danimarka (2012)	6,3

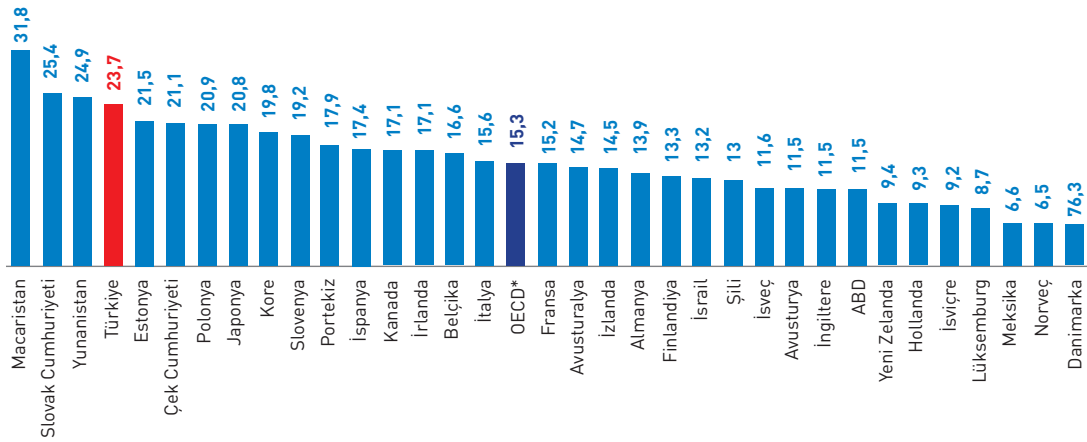
Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2014, Atasever. M, (a.g.e)

Türkiye’de serbest eczanelerde satılan ilaç harcamalarının sağlık harcamaları içindeki oranı (%23,7) OECD ülkeleri ortalamasının (%15,3) oldukça üzerindedir (Tablo 57). Bu durumu ilaç harcamaların cari sağlık harcamaları içindeki payı gibi ülkelerin sağlık sistemlerinin farklılıklar, diğer cari harcamaların yükü vb. faktörleri dikkate alarak değerlendirmek gerekir.

Gelişmekte olan ülkelerin endüstrileşmiş ülkelere göre sağlık giderleri içinde ilaç harcamalarına daha fazla pay aktarmaları; tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok öncelik verilmesi, ilaç sanayiinde dışa bağımlılık, hızlı teknolojik gelişmelerin sonucunda piyasadaki ilaç çeşitliliğinin artması ve yoğun antibiyotik kullanımı gibi faktörlerin sonucu olarak ortaya çıkmaktadır (Pınar, Ülkemizde İlaç Harcamaları, 2012) .



Grafik 57. İlaç Harcamalarının Sağlık Harcamaları İçindeki Payı, (2013 veya En Yakın Yıl), (%)



Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2014, Atasever. M, (a.g.e)

D.4. İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payının Mukayesesi

Tablo 58. İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2013 veya En Yakın Yıl), (%)

Sıra No	Ülkeler	%
1	Yunanistan (2011)	2,6
2	Macaristan (2010)	2,6
3	Slovakya (2008)	2,2
4	ABD (2009)	2,1
5	Kanada (2009)	1,9
6	Japonya (2010)	1,9
7	Fransa (2011)	1,8
8	Portekiz (2011)	1,8
9	Slovenya (2011)	1,7
10	Meksika	1,7
11	İrlanda (2010)	1,6
12	Almanya (2008)	1,6
13	Belçika	1,6
14	İspanya (2011)	1,6
15	İtalya (2011)	1,5
16	OECD	1,5
17	Kore (2012)	1,5

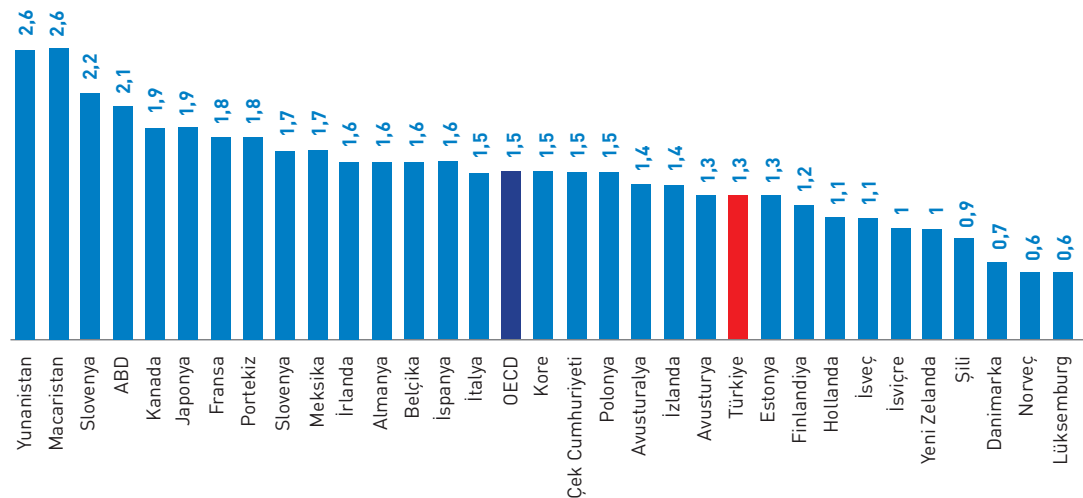
Sıra No	Ülkeler	%
18	Çek Cumhuriyeti (2011)	1,5
19	Polonya (2011)	1,5
20	Avustralya (2010)	1,4
21	İzlanda (2011)	1,4
22	Avusturya (2011)	1,3
23	Türkiye (2013)	1,3
24	Estonya (2010)	1,3
25	Finlandiya (2012)	1,2
26	Hollanda (2011)	1,1
27	İsveç (2012)	1,1
28	İsviçre (2012)	1,0
29	Yeni Zelanda (2010)	1,0
30	Şili (2012)	0,9
31	Danimarka (2011)	0,7
32	Norveç (2012)	0,6
33	Lüksemburg (2012)	0,6

Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2014, Atasever. M (a.g.e)

Türkiye’de serbest eczanelerde satılan ilaç harcamalarının GSYH içindeki payı (%1,3) OECD ülkeleri ortalamasının (%1,5) altındadır (Tablo 58).

D.5. İlaç Pazarı İçinde Eşdeğer İlaç Payının Mukayesesi

Grafik 58. İlaç Harcamalarının GSYH İçindeki Payı, (2013 veya en yakın yıl), (%)



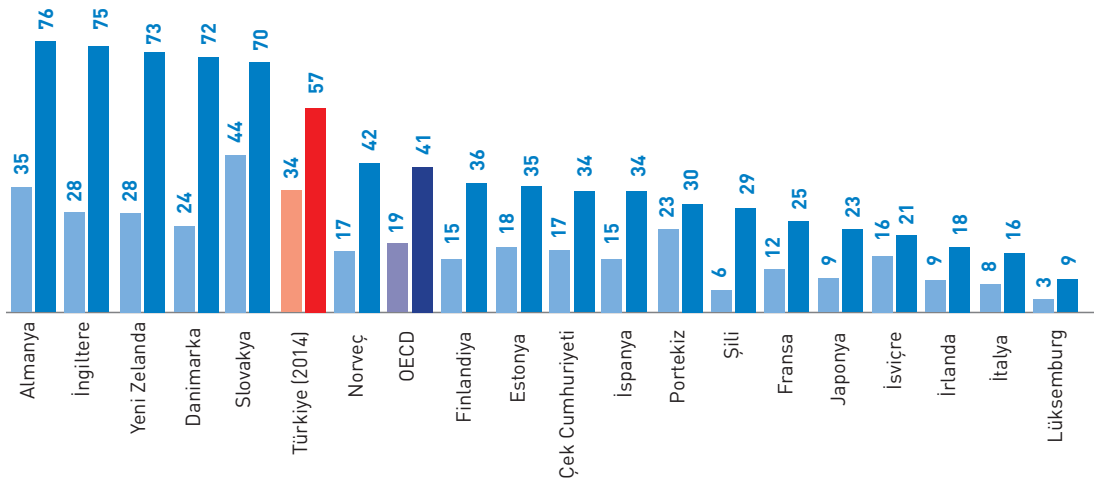
Kaynak: OECD Sağlık İstatistikleri 2014, Atasever. M, (a.g.e)

Tablo 59. Toplam İlaç Pazarında Eşdeğer İlaç Payı, (2011 veya en yakın yıl), (%)

Ülkeler	Satış Tutarı (%)	Satılan Kutu Sayısı (%)
Almanya	35	76
İngiltere	28	75
Yeni Zelanda	28	73
Danimarka	24	72
Slovakya	44	70
Türkiye (2014)	34	57
Norveç	17	42
OECD	19	41
Finlandiya	15	36
Estonya	18	35
Çek Cumhuriyeti	17	34
İspanya	15	34
Portekiz	23	30
Şili	6	29
Fransa	12	25
Japonya	9	23
İsviçre	16	21
İrlanda	9	18
İtalya	8	16
Lüksemburg	3	9

Kaynak: OECD Health Statistics 2013, IMS Health Data 2014

Türkiye’de toplam ilaç pazarında eşdeğer ilaçların payı satış tutarı olarak (%34) ve satılan kutu sayısı olarak (%57) OECD ülkeleri ortalamasının üzerindedir (Tablo 59).

Grafik 59. İlaç Pazarında Eşdeğer İlaç Payı, (2011 veya en yakın yıl), (%)

Kaynak: OECD Health Statistics 2013, IMS Health Data 2014

Tutar Kutu

Yedinci Bölüm

İlaç Sektörü Stratejisi ve Hedefleri

A. İlaç Sektörü Stratejisi

GSYH'deki küresel artışın etkileri, yenilikler ve yeni ürünlerin satışa sunulması, sağlık hizmetlerine daha fazla insanın erişebilmesi gibi faktörler göz önünde bulundurulduğunda, 2015 yılının sonuna kadar, küresel ilaç pazarının 1,1 trilyon ABD doları aşması beklenmektedir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu, 2013).

Dünya ilaç sektöründe 2007-2011 yılları arasında Arjantin, Vietnam, Çin, Venezuela, Ukrayna, Brezilya, Rusya ve Pakistan'da beş yıllık bileşik büyüme oranı %16 ve üzerinde gerçekleşmiştir. 2012-2016 döneminde bu oranın Arjantin, Vietnam, Çin, Pakistan ve Hindistan için %15 ve üzerinde artması beklenmektedir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, İlaç Sektör Raporu, 2013).

İlaç sektöründe yeni fırsatlar içeren biyoteknoloji, nanoteknoloji gibi inovatif alanlar, dünyada az sayıda firmanın faaliyet gösterdiği, yatırım yaptığı alanlar olarak kabul edilmektedir. Bu çerçevede, inovatif faaliyetler, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de ilaç firmaları için önemli fırsatlar oluşturmaktadır. Katma değerli ilaç üretiminin desteklenmesi halinde, uzun yıllara dayanan üretim kültürüne ve uluslararası standartlarda teknoloji kapasitesi ve insan kaynaklarına sahip olan Türkiye ilaç endüstrisinde küresel ilaç pazarında rekabet üstünlüğü yakalayabilecek kapasite vardır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu, 2013).

İlaç sektöründe inovasyon teşvik edilirken, tedavide fark oluşturan ve yenilik sağlayan inovasyon içeren katma değerli ilaçlar, inovasyon teşviki ile sektörün uluslararası rekabetçiliğinin artırılması, bilim ve iş dünyası arasındaki bağlantıların geliştirilmesi gibi konuların göz önünde bulundurulması önem arz etmektedir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu, 2013).

Türkiye'nin de ilaç sektörü alanında dünya çapındaki rekabette hak ettiği yeri alabilmesi için yeni teknolojilere, özellikle de "biyoteknoloji" ve "nanoteknoloji" gibi alanlara yatırım yapması ve bu konuda geleceğini çok sağlam bir vizyon ile planlaması gerekmektedir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu, 2013).

Biyolojik bir kaynaktan imal edilmiş ya da ekstre edilmiş ürünler olarak tanımlanan biyoteknolojik ürünler, dünya ilaç pazarındaki yerini gittikçe güçlendirmektedir. 2000 yılında dünya ilaç pazarının %14'üne sahip olan bu ürünlerin payları 2014 yılı itibarıyla %20'lere yaklaşmış durumdadır. Dünyada sentez kimyasıyla üretilen ürünler gittikçe azalmakta, büyük çok uluslu firmalar bu pazara girmek için biyoteknoloji firmalarını satın almaktadır. Türkiye'de de dünyadaki gelişmelere paralel olarak biyoteknolojik ilaçların üretimine geçilmesi zorunlu gözükmektedir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu, 2013).

2012 yılında Türkiye’de biyoteknolojik ürünlerin toplam pazar büyüklüğü 1,25 milyar TL’ye ulaşmış olup, bu rakam toplam ilaç pazarının yaklaşık %9’unu oluşturmaktadır. Biyobenzer ilaçların bu pazar içindeki payı %1,4 gibi düşük bir rakam olsa da hızlı büyüme kaydettiği görülmektedir. Pazardaki tüm ürünler şu anda ithal edilmektedir. Sadece bir ilaç firması biyobenzer bir ürünün steril dolumunu yurt içinde kendisi yaparak satışa sunmak üzere ruhsatlandırmıştır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

Ruhsatlı biyolojik ilaçlara benzerlik gösteren biyobenzer ilaçların sayılarının gittikçe artması doktor ve hastalara alternatif tedaviler sunacak, tedavi maliyetlerini azaltacak ve hastaların ilaca erişimini artıracaktır. Bu ürünler, son 20 yılda eşdeğer ilaçların yapmış olduğu gibi sürdürülebilir bir sağlık sistemi için önemli fırsatlar oluşturmaktadır. İnovatör ürün veya biyobenzer ürün geliştirme çalışmaları genellikle kamu tarafından desteklenmektedir. Dünyada bu ürünler laboratuvar aşamasında kamu fonlarıyla üniversitelerde veya araştırma merkezlerinde geliştirilmektedir. Firmalar, tüp aşamasında bu projelere yatırım yapmamakta ancak geliştirildikten sonra ticarileştirilmesi aşamasında yatırıma başlamaktadır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

Türkiye’de ilaç firmaları Ar-Ge merkezlerinde ve üniversiteler ilaçta biyoteknolojiye yönelik önemli çalışmalar yapılmaktadır. Biyoteknoloji ile terapötik proteinler geliştirilmesi ile ilgili gerekli birikim ve altyapı Türkiye’de vardır. Türkiye’de biyoteknoloji alanında kamu-üniversite-sanayi işbirliğinin sağlanması ve bu konuda bir platform oluşturulması, Teşvik Yasası’nda biyoteknolojinin yer alması, biyoteknolojiye yönelik özel destekler, ruhsat süreci, prelinik, klinik ve laboratuvar çalışmalarına yönelik her türlü mevzuatın oluşturulması süreçleri gibi başlıklar oldukça önemlidir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

Türkiye Cumhuriyeti, belirlemiş olduğu Vizyon 2023 hedefleri doğrultusunda, 2023 yılında Türkiye’nin küresel ilk 10 ekonomi arasına girmesini, 500 milyar dolar ihracat hacmine ulaşmasını, GSYİH içinde Ar-Ge payının %3’e çıkmasını ve Ar-Ge harcamalarının üçte ikisinin özel sektör tarafından gerçekleştirilmesini, Ar-Ge araştırmacısı sayısının ise 300 bine çıkartılmasını hedeflemektedir. Ayrıca, Türkiye Sanayi Strateji Belgesinde, “Türkiye’nin Orta ve yüksek teknolojik ürünlerde Avrasya’nın üretim üssü olması” vizyonu ortaya koyulmuştur. Türkiye’nin mevcut makroekonomik göstergeleri, politik istikrarı ve giderek artan bölgesel etkinliği göz önüne alındığında bu hedefler gerçekçidir ve ilaç endüstrisi de bu hedeflere ulaşılmasına önemli katkıda bulunacak sektörlerden biridir (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Türkiye ilaç endüstrisi 2023 yılı hedefini, küreselleşmek ve dünyanın önemli Ar-Ge, üretim ve yönetim merkezlerinden birisi konumuna gelmek olarak belirlemiştir (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Onuncu Kalkınma Planı hazırlıkları çerçevesinde, Kalkınma Bakanlığı Koordinatörlüğünde İlaç Çalışma Grubunca yapılan çalışmalarda bu vizyon çerçevesinde Türkiye ilaç sektörünün ulaşmak istediği hedefler şu şekilde belirlenmiştir:

- Daha yüksek katma değer oluşturmak
- Dünya rekabetinde daha kuvvetli hale gelmek
- Türkiye'nin dış ticaret dengesine olumlu katkıda bulunmak

İlaç Sektörü yıllık 1 trilyon doları aşan cirosuyla dünyadaki en büyük endüstrilerdendir. Bu sektör ekonomik açıdan önemli olduğu kadar stratejik açıdan da oldukça önemlidir. Ne yazık ki Türkiye bu sektörde yeterli pay sahibi olamamıştır. Türkiye'nin ilaç endüstrisi yatırımlarını çekmek için rekabet ettiği diğer ülkeler, 1990'lı yıllardan başlayarak ilaç endüstrisini öncelikli sektör olarak konumlandırmış ve hükümetleri öncülüğünde geliştirilen stratejik eylem planları çerçevesinde önemli yatırımları ülkelerine çekerek net ihracatçı konumuna gelmişlerdir. Türkiye bu yatırımları çekmek için harekete geçtiği takdirde küresel ilaç endüstrisinde rekabetçi bir oyuncu olma iddiasını ortaya koyacaktır. İlaç endüstrisi sanayi stratejisinin önemli bir parçası olmalıdır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

İlaç endüstrisinin stratejik sektör olarak benimsenmesi gereğinin birçok nedeni vardır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014);

1. İlaç sektörünün ekonomik kalkınmaya destek veren kritik önemde ve öncü sektörlerden biri olması,
2. Türkiye ilaç endüstrisinin küresel oyuncu olabilecek ekonomik yapısı, bilgi birikimi, altyapısı ve jeostratejik konumu gereği yüksek üretim ve ihracat potansiyeline sahip olması,
3. Çeşitli hastalıklara ve sağlık problemlerine karşı tedavi olanakları oluşturmayı ve geliştirmeyi hedeflemesi,
4. Savaş, doğal afetler, salgın hastalıklar gibi olağandışı durumlarda ülkenin ulusal güvenliği nedeni ile stratejik bir konuma sahip olması,
5. İyi eğitilmiş işgücüne dayalı ve yüksek istihdam sağlama kapasitesi olan bir endüstri olması,
6. İlaç endüstrisinde değişen dinamikler ve Ar-Ge'nin tüm dünyaya yayılması, bu doğrultuda gelişen pazarlara yapılan yatırımlardan Türkiye'nin de avantaj sağlama kapasitesine sahip olması.

B. Türkiye’de Yerli İlaç Üretim Çalışmaları

Türkiye’de 3.100 çeşit ilaç üretimi yapıldığı bilinmektedir. Diğer taraftan farklı dozajlar ve değişik farmasötik yapılar ile bu rakam yaklaşık 8.000 civarına çıkmaktadır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

IMS verilerine göre 2013 yılı itibarıyla Türkiye’de kullanılan ilaçların kutu bazında yaklaşık %78’i, satış tutarı bazında %45,5’i Türkiye’de üretilmektedir. Bazı ilaçlar, ileri teknoloji gerektirdiği için yalnızca dünyadaki belirli merkezlerde üretilmektedir.

Türkiye İlaç Sektörü’nde genellikle lisans altında üretim, fason üretim, jenerik/eşdeğer ilaç üretimi ve ilaç etkin madde üretimi yapılmaktadır. Sektörde genellikle antibiyotikler, analjezikler olmak üzere birçok ilaç etken maddeleri üretilmekte olup ilaç üretiminde kullanılan hammaddelerin yaklaşık %80’i ithalat ile sağlanmaktadır. Türkiye’de genellikle çok yeni, koruma altında ve/veya ileri teknoloji gerektiren preparatlar, bazı aşılar, kan ürünleri, bazı kontrollü salım sistemine sahip olan ilaçlar, insülin ve kanser ilaçları, bazı hormonlar, radyonüklidler, bazı oftalmolojik preparatlar ve antidotlar gibi farklı tedavi grubundaki ilaçlar ithal edilmektedir. Ancak, ithal edilen ilaçların maliyeti, yurt içinde üretilen ilaçların maliyetinden daha yüksektir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

Yerli ilaç endüstrisinin gelişimi birçok açıdan Türkiye’ye önemli faydalar sağlayacaktır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014):

- Sağlık hizmetlerine ve tedavi yöntemlerine erişimin kolaylaşmasına paralel olarak halkın refah seviyesinde artış sağlaması,
- Olağandışı durumlarda meydana gelebilecek acil ilaç talebine karşı ilaç bulunurluğunun artırılması ve ihtiyacın karşılanmasını sağlaması,
- Ekonomi için daha fazla katma değer oluşturulması ve Ar-Ge yetkinliklerinin geliştirilmesine katkı sağlaması,
- İhracat büyüklüğüne ve pazar çeşitlendirmesine önemli katkılar yapma potansiyeline sahip olması, ihracat artışı ile dış ticaret dengesine olumlu katkı yapması,
- Artan sayıdaki üniversite mezunları için yeni iş fırsatları oluşturulmasına yardımcı olması.

B.1. Kapasite Kullanım Oranı;

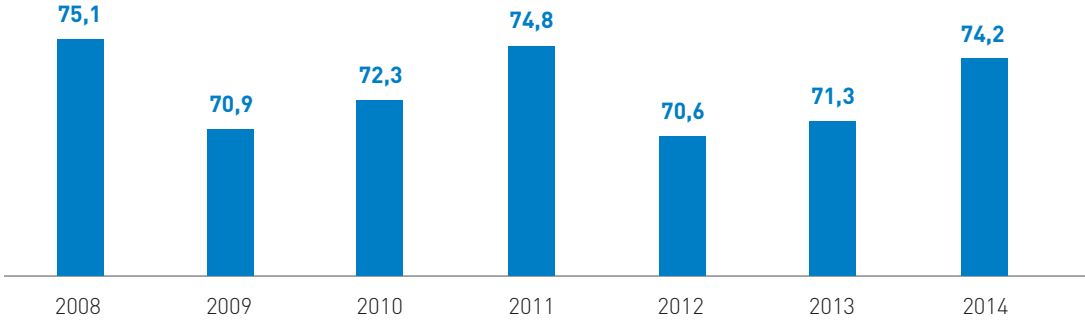
Temel Eczacılık Ürünlerinin ve Eczacılığa İlişkin Malzemelerin İmalatı sektöründe kapasite kullanım oranı 2008 yılında ortalama %75,1 iken, bu oran 2009 yılında %70,9, 2010 yılında %72,3, 2011 yılında %74,8 ve 2012 yılında %70,6 olarak belirlenmiştir. Kapasite kullanım oranı yıllar itibarıyla değişim göstermiş olup ortalama %70 üzerinde seyretmiştir (Tablo 60).

Tablo 60. Yıllara Göre Kapasite Kullanım Oranı, (Ağırlıklı Ortalama %)

Yıl	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Ağırlıklı Ortalama %	75,1	70,9	72,3	74,8	70,6	71,3	74,2

Kaynak: TCMB, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı İlaç Sektörü Raporu (2013/1)

Grafik 60. Yıllara Göre Kapasite Kullanım Oranı, (Ağırlıklı Ortalama %)



Kaynak: TCMB, Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı İlaç Sektörü Raporu (2013/1)

B.2. Türkiye İlaç Ticareti

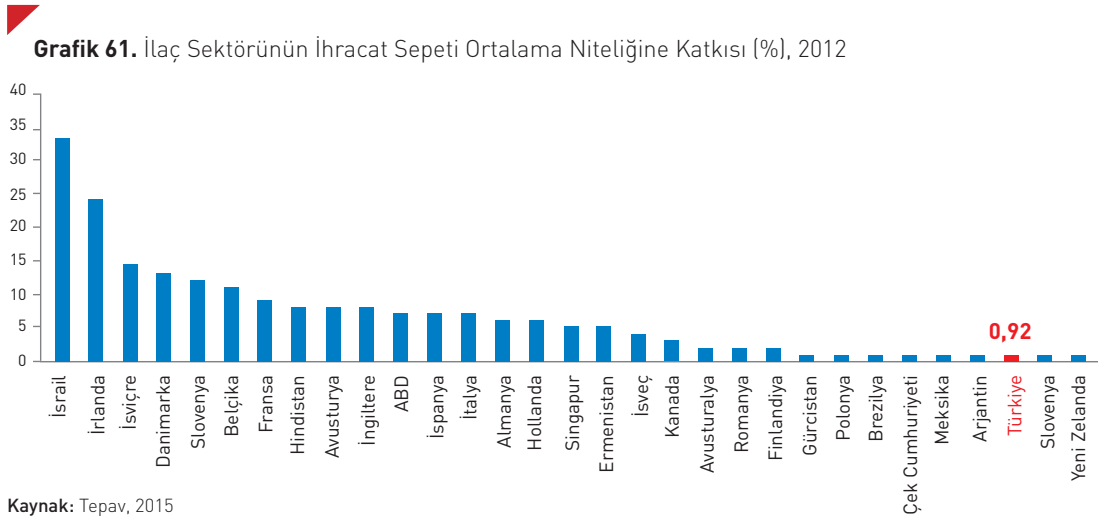
Tablo 61. İlaç İhracatının İthalatı Karşılama Oranı, (%)

Sıra No	Ülkeler	İhracatın İthalatı Karşılama Oranı (%)
1	İrlanda *	830
2	Hindistan*	462
3	İsrail *	457
4	Singapur*	279
5	İsviçre	261
6	Almanya	161
7	Hollanda	142
8	Fransa	127
9	Belçika	119
10	İngiltere	114
11	Avusturya	113
12	İtalya	101
13	İspanya	91
14	Çin	76
15	ABD	65
...	Türkiye	18

*2010 yılı verisi

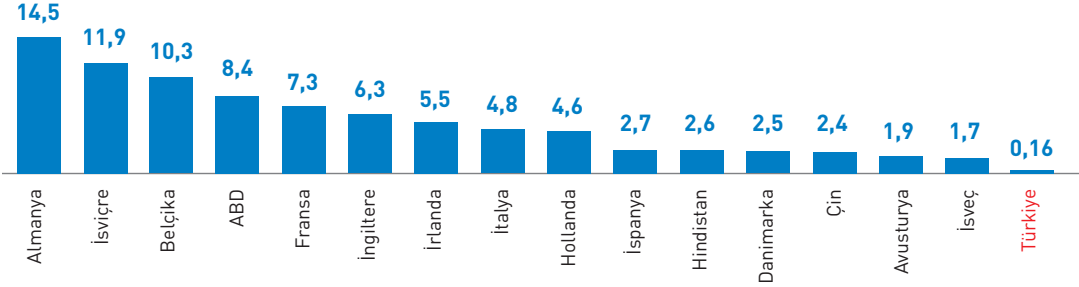
Kaynak: IMS, AİFD-PWC, Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu, 2012 (UNCOMTRADE)

2013 yılı ilaç sektörü ithalat/ihracat durumuna göre analiz edildiğinde Türkiye’de ilaç ihracatının ithalatı karşılama oranının %18 olduğu görülmektedir (Tablo 61). Bu düşük oran Türkiye’nin cari açığının önemli sebeplerindendir. Son yıllarda bu oran da düzelme görülmemektedir. İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından yapılan bir araştırmada Türkiye’de en fazla satış tutarına sahip ilk 100 ilaç içerisindeki imal ve ithal ilaçların toplam tutarlarında; 2009 yılında 2008 yılına göre imal ilaçlarda %9,1, ithal ilaçlarda %26,4 oranında artış olduğu ve imal ilaçların toplam tutarında bir önceki yıla göre 2010 yılında başlayan azalmanın, sonraki yıllarda da devam ettiği tespit edilmiştir. Tamamına yakın ithal olan biyoteknolojik ilaçların birim maliyetlerinin yüksek olduğu ve bu durumun yıllara göre artarak devam ettiği tespit edilmiştir. (TİTCK, Kamu Müdahalelerinin 2008-2013 Dönemindeki Değer Bazında İlk 100 İlaç Üzerine Etkilerinin Analizi, 2014)



Tamamına yakını ithal edilmekte olan kanser ilaçlarına yapılan harcamalar gidererek artmaktadır. IMS verilerine göre 2003 yılında Türkiye ilaç harcamaları içindeki payı sadece %4,1 olan kanser ilaçlarının payı 2014 yılında %12,3’e yükselmiştir.

2013 yılı verilerine göre yaklaşık 1 trilyon doların üzerinde olan Dünya ilaç pazarının 72,8 milyar doları kanser ilaçlarına aittir. 2020 yılına kadar %11,2 büyüme hızı ile devam etmesi beklenen kanser ilaçlarının pazar payının %10’dan, %14,4’e çıkması beklenmektedir. Kanser ilaçlarının pazar payı diğer ilaç gruplarına göre daha fazla artmaktadır (TÜBA Ulusal Kanser Politikaları Çalıştay Raporu, 2014). Türkiye’de sağlık harcamalarının %3’ünün kanser tedavisi için harcandığı tahmin edilmektedir (İ3 innovus, Türkiye’de Hastaların Kanser ilaçlarına Erişim Raporu). Bu artışın Dünyada olduğu gibi Türkiye’de de devam edeceği görülmektedir.

Grafik 62. İlaç İhracatı Yapan Başlıca Ülkelerin Toplam Dünya İlaç Pazarı İçindeki Payı, (2013), (%)

Kaynak: IMS, AİFD-PWC, Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu, 2012 (UNCOMTRADE)

B.3. Yerli İlaç Üretimini Artırma Çalışmaları;

Türkiye son yıllarda yerli ilaç üretiminin artırılması amacıyla önemli adımlar atmaya ve bu yönde bir dizi politikalar geliştirmeye başlamıştır.

Yasal altyapı ve düzenlemelerde, Türkiye ilaç endüstrisinin faaliyetlerini ve gelecek dönem yatırımlarını etkileyecek önemli değişiklikler olmuştur. 2011 yılının sonunda Sağlık Bakanlığının teşkilat yapısı değişmiş, sektörün düzenlenmesinde oldukça önemli görevler üstlenen Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu kurulmuştur (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Yeni teşvik sistemi oluşturulmuş ve bu kapsamda ilaç alanında öncelikli yatırım alanları belirlenmiş ve Ar-Ge destekleri çeşitlendirilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Sağlık Bakanlığının 2013-2017 Dönemini kapsayan Strajik Plan yayınlanmıştır. Bu planın stratejik amaçları altında yer alan stratejik hedefler arasında yerli ilaç üretiminin artırılması bulunmaktadır.

Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, Türkiye İlaç Sektörü Strateji Belgesi hazırlıklarını ilgili tarafların katılımıyla sürdürmektedir. Haziran 2012’de yayımlanan yeni Teşvik Yasası’nda Türkiye’de üretim ve yatırım açığı bulunan biyoteknoloji, onkoloji ve kan ürünleri gibi özel alanlara atıfta bulunulması önemli bir gelişmedir. Bilim, Teknoloji Yüksek Kurulu Ocak 2013’te yapılan 25’inci toplantısında sağlık alanının Ulusal Bilim, Teknoloji ve Yenilik Stratejisi 2011-2016 kapsamında ivme kazanması gereken alanlardan biri olarak belirlenmesine karar vermiştir. (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Kasım 2014’de koordinatörlüğünü Sağlık Bakanlığı ve Kalkınma Bakanlığının yaptığı Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) çerçevesinde “Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı ve Eylem Planı” hazırlanmıştır.

Programın amacı Türkiye’de artan ve yaşlanan nüfus, ortalama yaşam süresinde yükselme, sağlık hizmetlerinde ve ilaca erişimde iyileşme, artan refah düzeyi ve farkındalık gibi faktörler nedeniyle ilaç ve tıbbi cihaz talebinin artması sosyal güvenlik harcamalarında ve cari açık üzerinde baskı oluşturmamasını önlemektir. Ayrıca uzun vadede Türkiye’nin küresel bir ilaç Ar-Ge ve üretim merkezi olması, ilaç ve tıbbi cihaz alanında rekabetçi bir konuma ulaştırmak, yüksek katma değerli ürün üretebilen, küresel pazarlara ürün ve hizmet sunabilen ve yurt içi ilaç ve tıbbi cihaz ihtiyacının daha büyük bir kısmını karşılayabilen bir üretim yapısına geçilmesini sağlamaktır (Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Endüstrileri Eylem Planı, 2014).

Bu amaçları gerçekleştirebilmek için orta vadede yerli üretim kapasitesinin artırılması, Ar-Ge ve girişim ekosisteminin geliştirilmesi, uzun vadede yeni molekül geliştirebilen, daha yüksek katma değerli ilaç ve tıbbi cihaz üretebilen bir yapıya kavuşturularak küresel değer zincirlerinde etkinliğin artırılması öngörülmektedir (Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Endüstrileri Eylem Planı, 2014).

Türkiye’de ilaç üretimine önemli katkı sağlayacak bir diğer düzenleme olarak, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı Kurumu (TÜSEB) 26.11.2014’te kurulmuştur. Buna göre sağlık bilim ve teknolojileri alanında hizmet vermek amacıyla kamu tüzel kişiliğine, bilimsel ve idari özerkliğe sahip, özel bütçeli Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) Sağlık Bakanlığı’na bağlı faaliyetlerini sürdürecektir. TÜSEB; sağlık kurumları, enstitüler, Ar-Ge merkezleri, laboratuvarlar, akademisyenler, fiziki mekân ve altyapı, donanım, finansman dâhil her türlü konuda iş birliği yapabilecektir. TÜSEB bünyesinde, Türkiye Kanser Enstitüsü, Türkiye Biyoteknoloji Enstitüsü, Türkiye Anne, Çocuk ve Ergen Sağlığı Enstitüsü, Türkiye Kronik Hastalıklar Enstitüsü, Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Enstitüsü, Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü kurulacaktır (Resmi Gazete, 26.11.2014).

İlaç sektöründe molekül keşfi için güçlü bir teknoloji ve bilgi alt yapısı gerekmektedir. Türkiye’de ilgili teknolojik ve bilgi alt yapısının oluşturulmasına yönelik yeni girişim ve yatırımlar yapılmaktadır. İstanbul Kalkınma Ajansı tarafından desteklenen ve Koç Üniversitesi, İstanbul Üniversitesi, Boğaziçi Üniversitesi, Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Kadir Has Üniversitesi ve Sabancı Üniversitesi’nin oluşturduğu bir konsorsiyum tarafından yürütülen İlaç Temel Araştırma Merkezi (İTAM) molekül keşfi çalışmalarında kullanılmak üzere bir molekül kitaplığı temin etmiş ve araştırmalarına başlamıştır (TÜSİAD, Türkiye İlaç Sanayii: Sürdürebilir Büyüme İçin Öneriler).

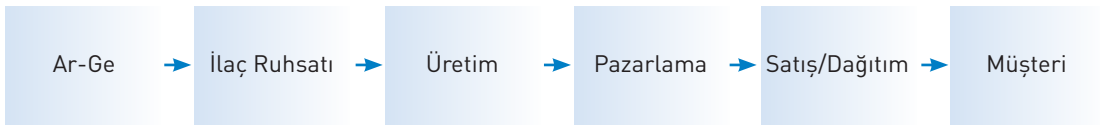
C. Türkiye İlaç Sektöründe Ar-Ge Çalışmaları

İlaç sektöründe Ar-Ge, yeni bir molekülün keşfini içeren temel Ar-Ge çalışmaları, keşfedilen molekülün laboratuvar ortamında belli aşamaları geçtikten sonra insanların yararına kullanılabilecek güvenli ve etkin bir ilaç olabilmesini sağlayan klinik araştırmalar ve bunun yanında mevcut ürünler üzerinden geliştirilen yeni formülasyonlara ve kombinasyonlara dayalı olarak tedaviye farklı alternatifler sunan katma değerli eşdeğer ürünlere yönelik çalışmaları içermektedir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

İlaç sektörü Ar-Ge'sini diğer sektörlerden ayıran başlıca özellik, klinik araştırmalar sürecinin insan katılımlı olmasıdır. Genel olarak ilaç sektöründe Ar-Ge faaliyetleri, molekül bulma, var olan moleküllerin yeni kullanım alanlarını bulma ve yan etkisi olan bir ilacın tekrar değerlendirilmesini kapsayan temel araştırma, klinik testlerin gerçekleştirildiği klinik araştırma kısmı ile birlikte uzun ve maliyetli bir süreci kapsamaktadır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

İlaç sektörünün en önemli maliyet kalemini pazarlama ve tanıtım faaliyetleri için yapılan harcamalar oluşturmaktadır. Bu harcamalar ilaç firmaların cirolarının %23'üne denk gelmektedir. Ar-Ge harcamaları ise ilaç sektöründe ikinci büyük maliyet kalemini oluşturmaktadır (Avrupa Komisyonu, İlaç Sektörü Soruşturması Ön Raporu, 2008).

Şekil 4. İlaç Sektöründe Değer Zincirinin Oluşumu



Kaynak: Ernst&Young

İlaç sektörü, yüksek maliyetli ve uzun süren Ar-Ge çalışmaları içermesi sebebiyle dünyada yapılan toplam Ar-Ge harcamalarında ilk sırada yer almaktadır. Dünyadaki toplam Ar-Ge harcamalarının %15,3'ü ilaç sektörü tarafından gerçekleştirilmektedir. İlaç Ar-Ge harcamaları uzun süreç ve yüksek maliyet gerektirmektedir. Bir molekülün beşeri ilaca dönüşmesi ortalama 10-15 yılı bulabilmekte ve yüksek yatırım gerektirmektedir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

İlaç sektörünün 2010 yılı sonu itibarıyla global Ar-Ge harcamaları yılda 120 milyar ABD doları aşmaktadır. Bunun yanında, 2011 yılında Türkiye'de ilaç Ar-Ge harcaması yaklaşık 60 milyon ABD doları olup Türkiye ilaç sektörünün global Ar-Ge harcamaları içerisindeki payı %0,05 olmuştur. Ayrıca Türkiye ilaç Ar-Ge harcamasının 2010 yılı itibarıyla, GSYH içerisindeki payı yaklaşık %0,01 seviyesindedir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

İlaç sektöründe Ar-Ge diğer sektörlerle kıyaslandığında farklı özelliklere sahiptir. Temel araştırma, klinik araştırma ve katma değerli eşdeğer ilaç geliştirme faaliyetlerinden oluşması ve klinik araştırma sürecinin insan katılımlı olması, ilaç sektörü Ar-Ge'sini diğer sektörlerden ayıran başlıca özelliklerdir. Molekül bulma, üretilen molekül için olası klinik durumları saptama, klinikte kullanılmakta olan moleküller için yeni kullanım alanları bulma, yan etkisi bilinen moleküllerin daha güvenli formlarını geliştirme gibi temel araştırmaların yanı sıra klinik testlerin gerçekleştirildiği klinik araştırma kısmı ile birlikte uzun ve maliyetli bir süreçtir. Ar-Ge ilaç sektörünün en önemli maliyet kalemini oluşturmaktadır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu, 2013). Şöyle ki yeni bir referans ilaç geliştirme süreci 10-15 yıl kadar sürmekte ve maliyeti yaklaşık 1,3 milyar ABD dolarını bulmaktadır (İlker K. ve Hıncal A. ,2011)

İlaç endüstrisinin gelişiminin temel unsurları arasında yer alan uluslararası pazarlarda rekabet gücü olan mal ve hizmet üretimi ancak Ar-Ge faaliyetlerinin artırılmasıyla mümkün olacaktır. Bu payın, 2015 yılında yaklaşık 150 milyon ABD dolarına ulaşabileceği tahmin edilmektedir. 2012-2016 yılları arasında küresel ilaç piyasasının yıllık bileşik büyüme oranının %3 ile %6 arasında olması beklenmektedir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu, 2013).

Türkiye'de üniversitelerin uygulamalı ya da klinik araştırma kapasitesinin azlığı, geleneksel akademik yükseltme kriterlerinin, öğretim üyelerinin sanayi ile işbirliği halinde projeler oluşturma, patentleme ve ürünün ticarileşmesini sağlama gibi aktiviteler yapmasına yönlendirilmemesi, üniversitelerde disiplinlerarası proje oluşturma/yürütme kültürünün yeterince oluşmaması ve teknoloji transferi ofislerinin etkin çalışmaması gibi Ar-Ge alanında başlıca sorunlar bulunmaktadır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu, 2013).

Deloitte'un "Sağlık ve İlaç Sektörü 2020 Öngörülerini"ne göre başta akademik kurumlarla olmak üzere çeşitli kuruluşlarla işbirlikleri üzerine kurulu Ar-Ge modeli ön plana çıkacaktır.

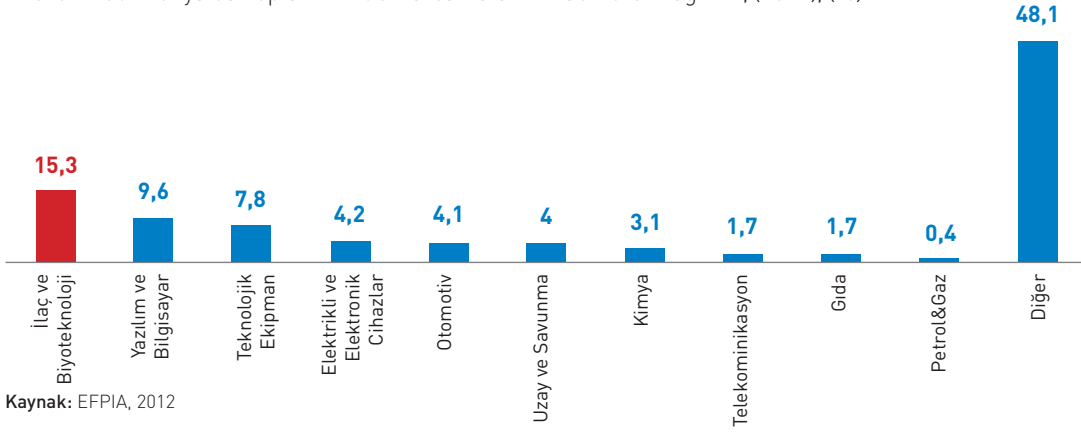
Ar-Ge'ye yoğunlaşmak isteniyorsa bu alanda insan kaynağı yetiştirmek üzerine planlar yapılmalıdır. Kamu, özel sektör ve üniversitenin nasıl birlikte çalışacağı belirlenirken aynı zamanda üniversitelere motivasyon kazandırılmalı, öğretim görevlisi sayısı mutlaka artırılmalıdır. Tersine beyin göçü sağlanmalı, bunun için kamu kaynak ayırılmalıdır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Ar-Ge tarafında başarılı bir tablo çizmiş olan Güney Kore gibi ülkelere bakıldığında da devletin yüksek desteği görülmektedir. Ar-Ge'den tanıtıma, geliştirilen ürünün alınmasına, ihracat desteklerine, yurt dışı satışlarda devlet ödeme garantisine kadar birçok kamu destekleri mevcuttur (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

İlaç endüstrisi, otomotiv, yazılım ve teknoloji sektörlerini geride bırakarak dünyada en çok Ar-Ge yatırımı yapılan endüstri olmuştur. İlaç ve biyoteknoloji firmaları her yıl cirolarının ortalama %19'unu yeni ilaç ve tedaviler geliştirmeye ayırmaktadır. İlaç endüstrisi, firmaların yoğun Ar-Ge ve inovasyona yatırım yaptığı, kalifiye işgücü gerektiren bir sektördür. Dünyada firma bazında Ar-Ge yatırımlarına bakıldığında en çok Ar-Ge yatırımı yapan ilk 50 firma içerisinde 15 ilaç firması yer almaktadır. İlk 50 firmanın toplam Ar-Ge yatırımı 261 milyar dolar iken, ilaç firmalarının Ar-Ge yatırımları 84 milyar dolar ile ilk 50 firmanın toplam yatırımının %32'sini oluşturmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülke, ilaç endüstrisindeki Ar-Ge ve üretim yatırımlarından pay alırken, Türkiye'nin bu rekabette geri kalması için bir başka olumsuz boyutudur (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

İlaç patent sayılarına göre ABD ve Çin öne çıkmaktadır. ABD, Ar-Ge yetkinliğinde kendini kanıtlamıştır. Çin'in bugünkü konumunda, bilim ve teknoloji stratejisi ile son 5 yılda gerçekleştirdiği gelişmenin rolü büyüktür. İlaç patent sayısında öne çıkan ülkelere bakıldığında, biyoteknoloji patentlerinin ilaç patentlerine oranında en çok dikkat çeken ülke %98 ile biyoteknoloji alanına odaklanan Güney Kore olmuştur. Türkiye'nin ihtiyaçları ve küresel temel araştırma eğilimleri göz önüne alındığında Türkiye'nin yaşam bilimlerinde odaklanması gereken, temel hedefleri arasında "ilaç geliştirmek" olan araştırma alanlarının tüm paydaşların katılımı ile belirlenmesi ve hükümetin genel Ar-Ge politikaları ile uyumlaştırılması bu bağlamda son derece önemli, ertelenemez ve hayatidir. Türkiye ilaç endüstrisinin rekabetçi olabilmesi ve dünya üretim ve ihracatından daha yüksek pay alabilmesi Ar-Ge ve gelişmiş insan kaynaklarıyla yüksek katma değer üretmesine ve ürün çeşitliliğini artırmaya bağlıdır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Yaklaşık 100 yıllık geçmişi olan Türkiye ilaç sanayisi, Türkiye'nin ilaçta bir yönetim ve Ar-Ge merkezi konumuna taşınması için gerekli bilgi ve deneyime önemli ölçüde sahiptir. Son 15 yılda ülkemizde klinik çalışmalar bilgi/uygulama alt yapısı ve deneyimi oluşurken ulusal firmaların da son yıllarda geliştirme tarafında önemli çalışmaları vardır. Ancak, Türkiye'nin küresel ilaç endüstrisinde önemli bir Ar-Ge merkezi olabilmesi için bunlar yeterli değildir. Klinik çalışmaların yanı sıra, klinik öncesi çalışmalar için de kurumsallaşma açısından atılması gereken adımlar zaman yitilmeksizin atılmalıdır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Grafik 63. Dünya’da Toplam Ar-Ge Harcamalarının Sektörel Dağılımı, (2012), (%)

Kaynak: EFPIA, 2012

D. Türkiye’de Klinik Araştırmalar

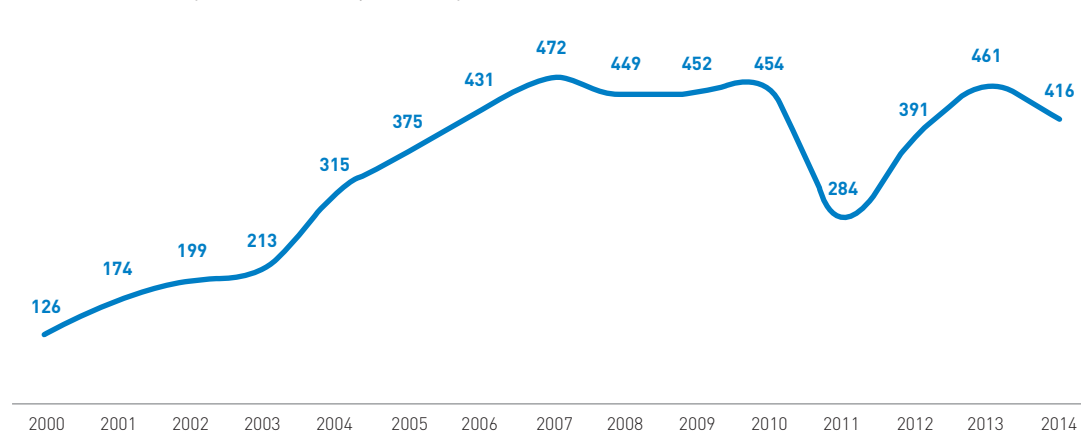
Türkiye’de ulusal ve uluslararası ilaç firmaları aktif olarak klinik araştırma faaliyetlerinde bulunmaktadır. Klinik araştırmalar ile ilgili 19 Ağustos 2011 tarihli ve 28030 sayılı Resmi Gazete’de yayınlanan Sağlık Bakanlığı Klinik Araştırmalar Hakkında Yönetmeliği, Uluslararası İyi Klinik Uygulamaları İlkeleri, Avrupa Birliği Direktifleri’ne uyumlu olarak hazırlanmıştır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Tablo 62. Türkiye’de Klinik Araştırma Sayısı, (2000-2014)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
126	174	199	213	315	375	431	472	449	452	454	284	391	461	416

Kaynak: Türkiye İlaç Tıbbi Cihaz Kurumu

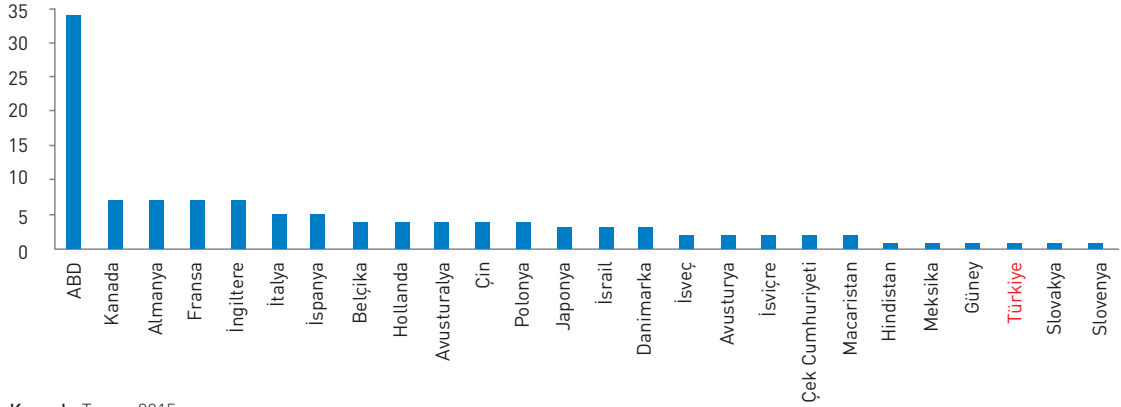
Türkiye’de klinik araştırma sayısı düşüktür. 2009’da tüm dünyada yapılan 72.615 klinik araştırmanın sadece %0,72’si Türkiye’de gerçekleştirilmiştir (The Boston Consulting Group, Türkiye İlaç Endüstrisi’nin Küreselleşmesi İçin Devlet İle Yol Haritası, 2011).

Grafik 64. Türkiye’de Klinik Araştırma Sayısı, (2000-2014)

Kaynak: Türkiye İlaç Tıbbi Cihaz Kurumu



Grafik 65. Dünyadaki Toplam Klinik Çalışmalardan Alınan Pay (%) , 2014



Kaynak: Tepav, 2015

Türkiye’de referans/yenilikçi ilaç üretimi ya da ithalatı yapılmakla birlikte, endüstrinin temel faaliyet alanını eşdeğer/jenerik ilaçlar oluşturmaktadır. Ayrıca, ilaç araştırmaları daha çok, yeni bir molekül bulmak ya da yeni bir ilaç geliştirmek şeklinde olmayıp bulunan moleküllerin 2-3’lü kombinasyonlarını, farklı dozaj formlarını ya da eşdeğer/jenerik ürün geliştirmek yoluyla yapılmaktadır. Türkiye’de henüz geliştirilmiş yeni bir molekül bulunmamaktadır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

İlaç sektöründe yeni bir molekülün bulunması, aslında hem referans/yenilikçi hem de eşdeğer/jenerik ilaç firmaları için bir başlangıç noktasıdır. Keşfedilen molekül uzun bir süreç sonucunda patent sahibi tarafından geliştirilerek insan sağlığının hizmetine sunulmakta, molekülün patent ve koruma sürelerinin sona ermesini takiben eşdeğer ilaç üreticisi firmalar tarafından üretilerek daha geniş kitlelere ulaşma imkânına kavuşmaktadır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

İlaç sektöründe yeni bir molekül üretilmesi oldukça uzun süreli ve maliyeti yüksek işlemlerdir.Bu üretimin gerçekleşme süresi 20 yılı bulabilmekte ve 5 faz’da olmaktadır (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

2012 yılında Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı tarafından Abdi İbrahim, Bilim İlaç, Zentiva, Deva Holding ve Mustafa Nevzat olmak üzere 5 ilaç firmasına Ar-Ge merkezi kurma onayı verilmiştir. Bu firmaların net satışlar içindeki Ar-Ge giderleri payı %4,07 olarak gerçekleşmiştir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı’nın Teknogirişim Sermayesi Desteği kapsamında yapılan başvurularda ve desteklenen projelerde “Eczacılıkta ve Tıpta kullanılan kimyasal ve bitkisel kaynaklı ürünlerin imalatı” sektörü genel başvurular içerisinde %10,9 ve desteklenen projeler içerisinde %11,4’lük bir paya sahiptir (Bilim, Sanayi ve Teknoloji, İlaç Sektör Raporu,2013).

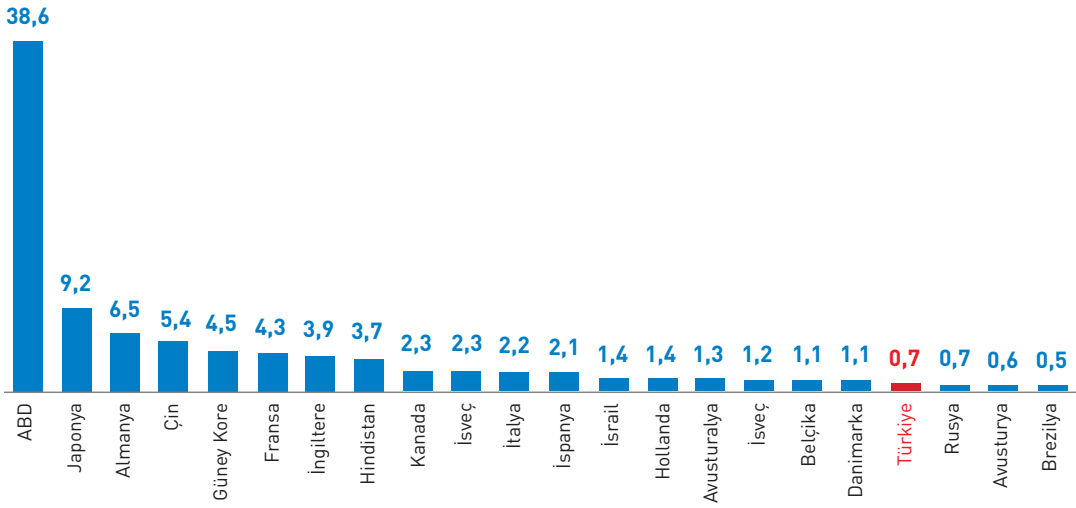
Türkiye’de eczacılık ürünlerinin, tıbbi kimyasalların ve botanik ürünlerinin imalatının patent verilerinin NACE (Avrupa Topluluğunda Ekonomik Faaliyetlerin İstatistikî Sınıflandırılması) göre sektörel dağılımı şu şekildedir.

Tablo 63. Türkiye’de Eczacılık Ürünlerinin, Tıbbi Kimyasalların ve Botanik Ürünleri İmalatının Patent Verileri, (2000-2013)

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
981	1.067	528	204	364	597	935	1.105	1.199	1.219	1.368	1.540	1.805	1.805

Kaynak: Türk Patent Enstitüsü

Grafik 66. Dünyadaki Toplam İlaç Patentlerinden Alınan Pay (%), 2012



Kaynak: Tepav, 2015

E. Türkiye İlaç Sektörü Hedefleri

Türkiye’de milli bir ilaç politikasının oluşturulması en önemli hedeflerden biri olmalıdır. Milli ilaç politikasının olmasının en önemli sebepleri şunlardır (DSÖ, Ulusal İlaç Politikaları Geliştirme Rehberi, 1988)

- Devletin ilaç politikası ile ilgili değerlerinin, isteklerinin, amaçlarının, kararlarının ve orta-uzun dönemli taahhütlerinin resmi kaydını sunmak,
- Milli amaçları ve farmasötik sektör için hedefleri tanımlamak ve öncelikleri belirlemek,
- Bu amaçlara ulaşmak için gerekli stratejileri tanımlamak ve politikanın ana bileşenlerini yürürlüğe koymaktan sorumlu kişileri belirlemek,
- Bu konular hakkındaki ulusal tartışmalar için bir forum oluşturmak.

Genel olarak, milli ilaç politikasının ana hedeflerini; tüm nüfusun ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla etkin, güvenli ve temel ilaçları ulaşılabilir kılmak, ilaçların yüksek kalitede olmasını ve akılcı kullanımını sağlamak ve stratejik bir ürün olan ilaç ihtiyacının önemli bir kısmının yurt içinde üretimini sağlamak olarak özetleyebiliriz (DSÖ, Ulusal İlaç Politikalarını İzlemek İçin Göstergeler, 2004).

Türkiye’de artan ve yaşlanan nüfus, ortalama yaşam süresinin artması, sağlık hizmetlerine ve ilaca erişimin kolaylaşması, artan refah düzeyi, pahalı ilaçların pazar payındaki artış ve farkındalık gibi faktörler nedeniyle ilaç talebinin artması sosyal güvenlik harcamalarında ve cari açık üzerinde baskı oluşturmaktadır. Uzun vadede Türkiye’nin küresel bir ilaç Ar-Ge ve üretim merkezi olması, ilaç alanında rekabetçi bir konuma ulaşması önem arz etmektedir. Bunun için yüksek katma değerli ürün üretebilen, küresel pazarlara ürün ve hizmet sunabilen ve yurt içi ilaç ihtiyacının daha büyük bir kısmını karşılayabilen bir üretim yapısına geçilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda orta vadede yerli üretim kapasitesinin artırılması, Ar-Ge ve girişim ekosisteminin geliştirilmesi, uzun vadede yeni molekül geliştirebilen, daha yüksek katma değerli ilaç ve tıbbi cihaz üretebilen bir yapıya kavuşarak küresel değer zincirlerinde etkinliğin artırılması öngörülmektedir (Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Endüstrileri Eylem Planı, 2014).

Endüstride kapasite kullanımının genişlemesi , katma değeri daha yüksek ürün üretiminin ve ihracatın artması için endüstri-devlet-üniversiteler işbirliği içinde hareket etmelidir. Yabancı doğrudan yatırımlar tarafına bakıldığında, bugüne kadar yapılan yatırımlar çoğunlukla var olan köklü firmaları satın almak şeklinde olmuştur. Oysa yatırımlar sadece satın alma şeklinde olmayıp, yeni yatırımlar şeklinde olursa daha fazla katma değer oluşturacaktır. Dolayısıyla ilaç endüstrisine gelen yabancı sermayenin biyoteknoloji, onkoloji, kan ürünleri gibi Türkiye’de üretim kapasitesinin boş olduğu alanlara yöneltilmesi en büyük faydayı doğuracaktır.

Bu çerçevede, son açıklanan teşvik paketinde ilaç endüstrisinin de yer alması ve yukarıda bahsi geçen alanlarda olacak ilaç yatırımlarının özel desteklerden faydalandırılacağına açıklanması bu alanlara yeni yatırımları çekebilecektir. İlaç endüstrisinin emek yoğun sektörlerden farklı olarak Ar-Ge'ye dayalı bilgi yoğun bir sanayi dalı olduğundan hareketle ekonomik teşviklerin yanı sıra stratejik hedefler koyan politikalar da geliştirilmelidir (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Türkiye, genç ve maliyet etkili insan kaynakları yapısı, ilgili konularda yetkin meslek mensupları ve avantajlı coğrafi lokasyonu nedeniyle; ilaç alanında yatırım yapmaya elverişli ülkeler arasındadır (Türkiye Yatırım Destek ve Ajansı Tanıtım, 2014).

Yeni tesis kurmak şeklinde yapılan yatırımlar, ülke ekonomisinde net katma değer artışı sağlamakta; yani GSYİH'ya olumlu katkıda bulunmakta ve istihdam oluşturmaktadır. Bunun yanı sıra yabancı yatırımcının yerli bir firma ile yapacağı ortaklık ile gerçekleşecek know-how transferi de önemli katma değer oluşturacaktır. Diğer durumlarda ise üretilen katma değer önemli bir kısmını oluşturan "kâr" yurt dışına transfer edilmiş olmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Türkiye Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programının İlaç Sektörü Hedefleri Şunlardır (Kalkınma Bakanlığı, Sağlık Endüstrileri Eylem Planı, 2014);

- Yurt içi ilaç ihtiyacının değer olarak %60'ının yerli üretimle karşılanması
- 2023'te en az bir referans ürün keşfi ve/veya 2 mevcut molekülün farklı endikasyonlarda yeniden konumlandırılması (repositioning) amacıyla ilaç temel araştırma altyapısının geliştirilmesi
- Global klinik araştırma yatırımlarından Türkiye'nin aldığı payın ve yürütülen klinik araştırma sayısının yıl bazında %25 oranında artması

Tablo 64. Türkiye Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programının İlaç Sektörü Performans Göstergeleri, (2013-2018)

No	Gösterge Adı	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1	İlaçta ihracatın ithalatı karşılama oranı (%)	18,2	20	22	24,2	26,6	29,3
2	İlaç üreten şirket sayısı	211	220	232	245	255	260
3	İlaç üreten tesis sayısı	77	84	88	91	95	98
4	Kapasite kullanım oranı (%)	71,3	72	75	77	78	80
5	İlaç alanında yerli patent başvurusu sayısı	298	370	450	550	700	1000
6	İlaç alanında, yerli patent başvurularının toplam başvurulara oranı (%)	25	31	37	43	48	55
7	Biyoteknolojik/biyobenzer ilaç üreten tesis sayısı	3	5	6	7	9	11
8	Biyoteknolojik/biyobenzer ilaçta yerli ürün sayısı	14	15	17	20	22	25
9	Klinik araştırma yatırımları (Milyon USD/yıl)	85	96	120	149	189	234
10	Klinik araştırma sayısı	407	460	570	715	900	1125
11	Klinik araştırma merkezi sayısı	5	7	9	10	11	13

Kaynak: T. C. Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı 2014 – 2018, Türkiye Sağlık Endüstrilerinde Yapısal Dönüşüm Programı

Kalkınma Bakanlığı koordinesinde hazırlanan “Onuncu Kalkınma Planı 2014 – 2018 İlaç Çalışma Grubu Raporu” Türkiye’de yerli ilaç üretiminin geliştirilmesi açısından oldukça önemli tespitler yapmış ve sektör hedeflerinin belirlenmesinde önemli bir işlev görmüştür. Bu rapora göre Türkiye ilaç sektörünün öncelikli hedef ve sorun alanları şunlardır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014):

- Sosyal güvenlik sisteminin sürdürülebilirliği sağlanırken ilaç endüstrisinin de sürdürülebilirliğinin gözetilmesi ve ilaçta erişim sorunlarının oluşmasının engellenmesi,
- Endüstriye yönelik destek ve teşviklerle Türkiye ilaç endüstrisinin dünya ilaç üretimi ve ihracatından daha fazla pay almasının sağlanması,
- Kamu, ilaç endüstrisi, üniversiteler arasında işbirliğinin artırılması, Ar-Ge alanında oluşturulacak stratejiler ve kamu desteğiyle endüstrinin ürün ağını genişletmesi, daha rekabetçi hale gelmesi ve insan kaynağı alanında gelişim sağlanması.

Türkiye’nin ilaç endüstrisi alanında 2023’te üretim ve ihracat üssü olma vizyonu vardır. İlaç endüstrisinin 2023’te hangi konumda olacağını, yapılacak düzenlemeler, uygulamalar ve kararlar belirleyecektir. İlaç endüstrisi bir yol ayrımındadır ve 2023 yılında ne durumda olacağına ilişkin en üst düzeyde bir tercih yapılmalıdır. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği’nin (AİFD) ilaç sektörü için öngörülebilir, şeffaf ve istikrarlı politikaların uygulandığı, yenilikçiliğin desteklendiği ve küresel rekabet gücü yüksek bir yatırım ortamı sağlandığı takdirde oluşturduğu 2023 senaryosunda Türkiye’nin ilaç dış ticaretinde 3,7 milyar dolar açıktan 1,3 milyar dolar fazla verebileceği tahmin edilmektedir. Türkiye ilaç endüstrisinin küresel bir oyuncu olması için gerekli stratejik destek sağlanırsa, Türkiye ilaç endüstrisinin; global bir üretim merkezi konumunda, sadece iç pazara değil dış pazara da ürün sunarak yüksek ihracat yapabilen, Türkiye ilaç ihtiyacının daha yüksek bir kısmını karşılayabilen, uluslararası standartlardaki yüksek teknolojisini Ar-Ge ile bütünleştirmiş bir yapıya dönüşebileceklerdir.(Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

İlaç endüstrisi kısıtlı kamu bütçeleri ve fiyat düşüşleri sonrasında sıkıntılı bir dönemden geçmektedir. Reçeteli ilaç pazarı sürekli kutu olarak genişlemekte oysa değer bazında daralmaktadır. Sabitlenmiş kur ile cari kur arasındaki fark çok açılmıştır. Bu durumda ilaç endüstrisi üretim ve Ar-Ge yatırımlarını destekleyecek karlılık açısından problem oluşturmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Dünya ilaç üretimi ve ihracatından Türkiye’nin daha fazla pay alabilmesi ve sektörün Türkiye’nin dış ticaret dengesine olumlu katkıda bulunabilmesi için endüstrinin stratejik bir yaklaşımla ele alınması, hem uluslararası hem ulusal sermayenin ilaç alanındaki yatırımlarını artırması gerekmektedir. Bunun için gerekli mevzuat düzenlemeleri, altyapı iyileştirmeleri ve teşvik mekanizmalarının oluşturulması şarttır (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Klinik araştırmaların Türkiye'ye çekilmesi önemli bir döviz girdisi oluşturacaktır. Çok uluslu firmaların yönetim merkezleri de Türkiye'ye getirilmeye çalışılmalıdır. Hammadde tarafına bakıldığında ilaç üretiminde hammaddelerin büyük kısmının ithal edildiği görülmektedir. Ancak hammadde de dünya tekelleri vardır ve bunlarla rekabet edecek şekilde hammadde üretimi yapılması zor gözükmemektedir. Bunun için starejik açıdan fayda sağlayacak ilaçların hammadde üretimleri desteklenmelidir. Ar-Ge tarafındaki gelişmelerle yeni hammadde üretimlerine de gereken önem verilmelidir (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Artan ve yaşlanan nüfus, sağlık hizmetlerinde ve ilaca erişimde iyileşme, ortalama yaşam süresindeki yükselme gibi faktörler önümüzdeki dönemde ilaç tüketimini artıracaktır. Türkiye ilaç endüstrisinin bu talebin ne kadarını karşılayabileceği hem stratejik açıdan hem de cari açık açısından önemli bir konudur. Bu sebeple kamu kaynakları da gözetilerek stratejik önemi bulunan ilaç sektörünün gelişebilmesini destekleyici sürdürülebilir ve öngörülebilir fiyatlandırma politikaları oluşturulmalıdır. Türkiye'de üretilen ilaçların ve üretimin kalitesinin, yüksek olmasına rağmen, yurt dışında bilinirliğinin az olması ve bugüne kadar endüstrinin iç pazar odaklı hareket etmesi nedeniyle sektörün kapasite kullanım oranları ve ihracatı düşüktür. Hem sektörün bu konuya odaklanması hem de kamu destek ve teşvik mekanizmalarıyla Türkiye ilaç endüstrisi daha rekabetçi hale gelmeli, ürün çeşitliliğini artırmalı, dünya üretim ve ihracatından daha yüksek paylar almalı, dünyada önemli üretim ve yönetim merkezlerinden biri haline gelmelidir (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

İlaç sektörünün gelişmesi için sürdürülebilir ve öngörülebilir ilaç fiyat politikalarının uygulanması gerekmektedir. Ayrıca, bu alanda alınacak önlemlerin tüm sağlık sektörüne yönelik kurgulanması ve ilaç alanındaki önlemlerin ise akılcı ilaç kullanımına odaklanması uygun olacaktır. Buna ek olarak ilaç sanayiinin kamunun da desteğiyle yaşadığımız coğrafyada ve dünyada markalaşması, Ar-Ge ile ürün çeşitliliğini artırması ve ihracatını mutlaka yükseltmesi gereklidir. Ancak bütçe kısıtları ve sağlık harcamalarının sürdürülebilirliği açısından ilaç bütçesinin çok fazla artırılması kolay değildir. Bu durumda sosyal güvenlik sisteminin kaynaklarının artırılması, Türkiyede önemli potansiyeli bulunan geleneksel bitkisel tıbbi ürünlerin kültürü ve üretiminin teşvik edilmesi gibi bu soruna farklı çözümler getirebilecek konuların değerlendirilmesi ve bunların üzerinde çalışılması gereklidir. Ek olarak akılcı ilaç eylem planı hazırlanması ve uygulanması da önemlidir (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Kamu desteği ve endüstrinin gücü sayesinde ve belirlenecek stratejik yaklaşımla 2023 yılında, endüstrinin ihracatı bugünkü seviyesinden çok farklı olabilecek, ihracatın ithalatı karşılama oranı çok daha iyi seviyelere gelebilecek, ilaç sektörünün Türkiye ekonomisine katkısı çok daha yüksek seviyelere ulaşabilecektir (Kalkınma Bakanlığı, İlaç Çalışma Grubu Raporu, 2014).

Kaynaklar

- AB Komisyonu (Competition DG), "Pharmaceutical Sector Inquiry-Final Report",2009.
- AİFD-PWC, Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu, 2012 (Dünya Sağlık Örgütü, OECD, Earthtrend)
- Akdağ, R. ve Erkoç, Y. (2012). Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2011. Ankara
- Akyürek, Ç.E. (2012). Sosyal Güvenlik Dergisi, "Sağlıkta Bir Geri Ödeme Yöntemi Olarak Global Bütçe ve Türkiye". Cilt:2. Sayı:2
- Atasever, M. (2014), Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi, Ankara
- Ateş, M. (2011), Sağlık Sistemleri (1. Baskı). İstanbul: Beta Yayınevi
- Avrupa Komisyonu Rekabet Genel müdürlüğü (2008),İlaç Sektörü Soruşturması Ön Raporu Yönetici Özeti, İEİS
- OECD Sağlık Sistemi İncelemeleri TÜRKİYE, (2008). OECD ve Dünya Bankası
- Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar, Resmi Gazete Yayımlı Tarihi: 14 Şubat 2004
- Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar, Resmi Gazete Yayımlı Tarihi: 30.06.2007
- Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Tebliğ, Resmi Gazete Yayımlı Tarihi: 22.09.2007
- Beşeri İlaçların Fiyatlandırılmasına Dair Karar, Resmi Gazete Yayımlı Tarihi: 10 Kasım 2011
- Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı, İlaç Sektörü Raporu (2013/1), Sanayi Genel Müdürlüğü, Sektörel Raporlar ve Analizler Serisi
- İlaç Ar-Ge Ekosistemi Raporu, Tepav, Nisan 2015, Ankara
- Dünyada ve Türkiye’de ilaç Sektörü, Mart 2011, Ernst&Young
- Kanık, İlker Y. ve Hıncal, Atilla A. (2011), Hastaların Yenilikçi İlaçlara Erişimi, Türkiye’deki Yeni etkin Madde İçeren İlaçlarda Ruhsatlandırma Süreçlerinin ABD ve AB Ülkeleri Karşılaştırması, İDE Bilimsel-Sektörel Rapor Dizisi :1, İstanbul
- Karagöl E.T. Ak Parti Dönemi Türkiye Ekonomisi, SETA, Şubat 20013, Ankara
- Lichtenberg, F., Tatar, M. ve Çalışkan, Z. 2014, Türkiye’de Yenilikçi İlaçların Yaşam Süresi, Hastaneye Yatış ve Sağlık Harcamaları Üzerine Etkileri (1999-2010)
- Pınar, N. (2012), Ülkemizde İlaç Harcamaları, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi,
- Rekabet Kurumu (2013), III. Denetim ve Uygulama Dairesi Başkanlığı, Sektör Araştırması Raporu, Türkiye beşeri ilaç sektörünün mevcut yapısı ve mevzuatı incelenerek rekabet sorunlarının belirlenmesi ve rekabetin geliştirilmesi yönünde önerilerin oluşturulması, Ankara
- Sağlık Bakanlığı Kesin Hesap Cetvelleri 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 ve 2012. Sağlık Bakanlığı Strateji Geliştirme Başkanlığı. Ankara

- Sağlık Bakanlığı (2012), Stratejik Plan 2013-2017, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlık İstatistikleri 2002, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2004), Sağlık İstatistikleri 2003,Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2005), Sağlık İstatistikleri 2004, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2012), Sağlık İstatistikleri 2011, Ankara
- Sağlık Bakanlığı (2013), Sağlık İstatistikleri 2012, Ankara
- Sağlık Bakanlığı Beşeri Tıbbi Ürünlerin Sınıflandırılmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 17.02.2005 Sayısı: 25730
- SUR, H. ve PALTEKİ, T. (2013),Hastane Yönetimi, Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul
- Deloitte (2012), Sürdürülebilir Kamu İlaç Finansman Modeli için yol haritası ve süreç yönetimi,
- Deloitte, Yased (2012) Türkiye Sağlık Sektörü Raporu,
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2014), Türkiye İlaç Pazarı Gözlem Raporu-1, Satış Hacmi ve Satış Değeri Açısından İlk 20 İlacın Pazardaki Durumu, Ankara
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (2014),Kamu Müdahalelerinin 2008-2013 Dönemindeki Değer Bazında İlk 100 İlaç Üzerine Etkilerinin Analizi, , Sağlık Teknolojileri Değerlendirme Raporu -1, Ankara
- Türkiye Ekonomi Bakanlığı, İlaç ve Eczacılık Ürünleri Sektörü, 2014, Ankara
- TÜSİAD (2014),Türkiye İlaç sanayii: Sürdürebilir Büyüme İçin Öneriler, Yayın No: TÜSİAD-T/2014-06/552
- T. C. Kalkınma Bakanlığı (2014), Onuncu Kalkınma Planı 2014 – 2018, İlaç çalışma Grubu Raporu, Ankara
- TOBB (2008), Türkiye İlaç Sanayi Sektör Raporu, TOBB Yayın No;2008/76, Ankara
- TÜBA (2014), Ulusal Kanser Politikalarını Çalıştay Raporu, Kanseri İlaçlarının Üretimi ve Hastaların Erişiminde Yaşanan Sorunlar,
- The Boston Consulting Group (2011),Türkiye İlaç Endüstrisi'nin Küreselleşmesi İçin Devlet İle Yol Haritası, IEIS
- Sağlık Bakanlığı (2004),Ulusal İlaç Politikalarını İzlemek İçin Göstergeler, DSÖ, Sağlık Bakanlığı Çeviri, Yayın No:659, Ankara
- Ulusal İlaç Politikaları Geliştirme Rehberi, Ulusal bir ilaç politikası nasıl geliştirilir ve yürürlüğe koyulur?, DSÖ, Sağlık Bakanlığı Çeviri, 1988)
- Yıldırım HH. (2013), Türkiye Sağlık sistemi: Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu, Sağlık-Sen Yayınları-21. Ankara
- YÖK (2014),Türkiye'de Sağlık Eğitim ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, Yayın No:2014/1, Eskişehir

Elektronik Kaynaklar

- <http://ieis.org.tr/ieis/tr/issues/9/fiyatlandirma> (erişim tarihi 13.12.2014)
- <http://www.bumko.gov.tr/TR,147/ekonomik-gostergeler.html> (erişim tarihi 15.10.2014)
- <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>, (erişim tarihi 10.02.2015)
- OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>. (erişim tarihi 10.02.2014)
- Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıkları 31 Aralık 2012 Tarihinde Sona Eren Yıla Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu. http://yatirimci.acibadem.com.tr/pdf/FinansalVeriler/IMKBMALITABLOLAR/KONSOLIDE_SPK_XI_21/PERIYODIK2012-12/Formsrk-Kons_1.pdf (erişim tarihi 14.07.2014)
- <http://www.hedefim.com/fiyatlar/detail>. (erişim tarihi 14.07.2014)
- Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret Anonim Şirketi ve Bağlı Ortaklıkları 31 Aralık 2013 Tarihinde Sona Eren Yıla Ait Konsolide Finansal Tablolar ve Bağımsız Denetim Raporu. http://yatirimci.acibadem.com.tr/dosya/finansalraporlar/sermayepiyasasikurulu/2013-12/Formsrk-Kons_1.pdf (erişim tarihi 14.10.2014)
- BAĞ-KUR 2006 Yılı İstatistik Yıllığı. http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri/bagkur_devredilen, (erişim tarihi 14.07.2014)
- Deloitte, Sağlık ve İlaç Sektörü 2020 Öngörüler, <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-healthcare-and-life-sciences-predictions-2020.pdf>, (erişim tarihi: 06.05.2015)
- Emekli Sandığı İstatistikleri, 2003, 2004, 2005, 2006 http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri/emekli_sandigi_devredilen, (erişim tarihi:14.07.2014)
- Kabahasanoğlu, Ceyhun., <http://www.saglikaktuel.com/yazi/eczanelerde-ilaclarin-birim-maliyetlerinin-hesabi-6724.htm> (erişim tarihi 14.07.2014)
- <http://store.eiu.com/article.aspx?productid=1594289944&articleid=1267003711> (erişim tarihi: 21.02.2015)
- OECD Health Data 2013. <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>. (erişim tarihi 14.07.2014)
- ÖZGEN, H., TATAR, M., Sağlık Hizmetleri Finansmanında İnfomal Ödemeler,Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi. <http://www.saglikidaresidergisi.hacettepe.edu.tr/111.shtml>,2008 (erişim tarihi 14.07.2014)
- <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/09/20070922.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/09/20070922.htm> (erişim tarihi 10.02.2015)
- SGK İstatistik Yıllıkları, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 ve 2012, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/sgk_istatistik_yilliklari (erişim tarihi 14.07.2014)
- SGK Sağlık Uygulama Tebliği,2015, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/mevzuat/yururlukteki_mevzuat/tebligler/ (Son erişim tarihi: 14.04.2015)

- SGK TEB Ek Protokol, 2013, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/aabf01d7-4225-49b1-8ca7-3e2aa8b6fd74/2013_Ek_Protokol.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=aabf01d7-4225-49b1-8ca7-3e2aa8b6fd74 (erişim tarihi: 14.04.2015)
- SGK Ödeme Komisyonu Çalışma Usul ve esasları Hakkında Yönerge, 2014, http://www.sgk.gov.tr/wps/wcm/connect/0236cbf1-dfd0-4642-8625-ddcb9403c7e0/yonerge_03072014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=0236cbf1-dfd0-4642-8625-ddcb9403c7e0 (erişim tarihi: 14.04.2015)
- SSK Çalışma Raporları, 2002, 2003, 2004, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri/ssk_devredilen (erişim tarihi 14.07.2014)
- SSK İstatistik Yıllıkları, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, http://www.sgk.gov.tr/wps/portal/tr/kurumsal/istatistikler/devredilen_kurum_istatistikleri/ssk_devredilen (erişim tarihi 14.07.2014)
- <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=15844> (erişim tarihi: 28.04.2015)
- The Pharmaceutical Industry in Turkey, Republic of Turkey Prime Ministry, Investment Support and Promotion Agency, March 2014, <http://www.invest.gov.tr/tr-TR/infocenter/publications/Documents/ILAC.SEKTORU.pdf> (erişim tarihi: 28.04.2015)
- TÜİK, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 ve 2012, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 (erişim tarihi 14.07.2014)
- TÜİK. Türkiye'de Katastrofik Sağlık Harcamaları. http://www.tuik.gov.tr/jsp/duyuru/upload/yayinrapor/katastrofikSaglikHar_1Ekim2014.pdf (erişim tarihi: 24.11.2014)
- Türkiye İlaç Sektörü Vizyon 2023 Raporu. Araştırmacı İlaç Firmaları Derneği. <http://www.aifd.org.tr/Arastirmave-Yayinlar.aspx>, Ağustos 2012 (erişim tarihi 14.07.2014)
- Türkiye İlaç Sektörü 2014, İEİS. <http://www.ieis.org.tr/ieis/tr> (erişim tarihi 28.04.2015)
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu <http://titck.gov.tr/UnitDetails.aspx?DetailId=LQhpAmJgrUM=&UnitId=HGOkXJNwaWQ=> (erişim tarihi: 06.05.2015)
- Türkiye'de Hastaların Kanser İlaçlarına Erişim Raporu, İ3 Innovus, http://www.aifd.org.tr/Img/content_pictures/innovus/innovus.pdf (erişim tarihi: 06.05.2015)
- Türk Patent Enstitüsü, <http://www.tpe.gov.tr/TurkPatentEnstitusu/statistics/> (erişim tarihi: 18.02.2015)
- <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/11/20141126.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/11/20141126.htm> (erişim tarihi: 14.11.2014)
- Gayrisafi Yurt İçi Hâsıla. TÜİK.http://www.tuik.gov.tr/PrelstatistikTablo.do?istab_id=1525, (erişim tarihi: 14.11.2014)
- Faiz Dışı Harcama. Kalkınma Bakanlığı, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/ResmIstatistikPrograminaKatkilarimiz/Attachments/17/Genel%20Devlet%20Toplam%20Gelir%20ve%20Harcamalar%C4%B1.xls> (erişim tarihi:14.11.2014)
- Vergi Gelirleri. Maliye Bakanlığı Bütçe ve Mali Kontrol Genel Müdürlüğü. <http://www.bumko.gov.tr/Eklenti/6955,ekonomik-gostergeler1950.xls?0>, (erişim tarihi:14.11.2014)

YAYINLANAN KİTAPLARIM



T.C. Sağlık Bakanlığı

TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİNİN FİNANSMANI VE
SAĞLIK HARCAMALARININ ANALİZİ
2002 - 2013 Dönemi



Mehmet ATASEVER

2014 Yılında Yayınlandı



Republic of Turkey
Ministry of Health

FINANCING OF HEALTH CARE SERVICES AND
ANALYSIS OF HEALTH EXPENDITURES IN TURKEY
Between 2002 and 2013



Mehmet ATASEVER

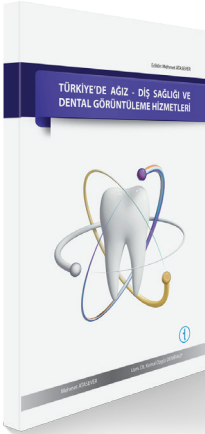


Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi

Yayın Yılı: Ankara, 2014

ISBN: 978-975-590-521-1

“Türkiye Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sağlık Harcamalarının Analizi 2002-2013 Dönemi” çalışmasında; 2002-2013 döneminde Türkiye’de sağlık hizmetlerinin finansmanı için ne kadar harcama yapıldığını, bu harcamaların hangi kaynaklardan finanse edildiğini, hangi hizmet sunucusuna harcandığını, hangi sağlık hizmetleri için kullanıldığını, yapılan harcamaların niteliğini, 2002 yılı ve öncesi sağlık sisteminin durumunu, 2002-2013 dönemi gelişmeleri ve 2013 yılı itibariyle sağlık sisteminde gelinen noktayı bulmak mümkündür.



Türkiye’de Ağız Diş Sağlığı ve Dental Görüntüleme Hizmetleri

Yayın Yılı: Ankara, 2015

ISBN: 978-605-5851-46-0

“Türkiye’de Ağız-Diş Sağlığı ve Dental Görüntüleme Hizmetleri” kitabında, Türkiye ağız-diş sağlığı hizmetleri, yönetimi, hizmet sunumu, finansmanı ve harcamaları incelenerek analiz edilen kapsamlı bir çalışma yapılmıştır. Çalışma ile 2003 yılından itibaren izlenen politikalar neticesinde Türkiye’de ağız-diş sağlığı hizmetlerinin nasıl geliştiği, finansmanı ve yapılan harcamaların detaylı analizi yapılarak, sektörün mevcut durumu, stratejisi ve hedefleri incelenmiştir.





Döner Sermaye Sağlık İşletmeleri: Tespitler ve Öneriler

Yayın Yılı: Ankara, 2016

ISBN: 978-605-87841-2-3

“Döner Sermayeli Sağlık İşletmeleri: Tespitler ve Öneriler” çalışmasında Türkiye’de döner sermayeli sağlık işletmelerinin tarihsel gelişimi, mevcut durumu ve sorunları ile ilgili önemli tespitler ve çözüm önerileri sunulmuştur. Çalışmada Türkiye’de döner sermayeler ile ilgili genel bilgileri, döner sermayeli sağlık işletmeleri ile ilgili bilgileri, döner sermayeli sağlık işletmelerinin mali yapısı ve giderlerini artıran hususları, sorunlarını ve çözüm önerileri ile strateji ve hedeflerini bulabilirsiniz.

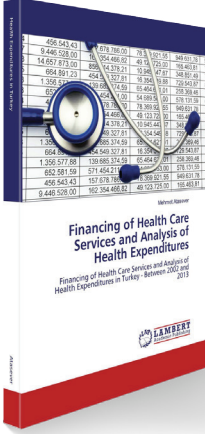


Analysis Of Turkish Pharmaceutical Sector

Published on: 2017

ISBN: 978-3-659-91990-9

“Analysis of Turkish Pharmaceutical Sector” is a comprehensive book that analyzes Turkish pharmaceutical industry, its financial structure and developments affecting industry from different perspectives. The book examines how pharmaceutical sector developed in Turkey after the policies followed since 2003, financing of the sector, pharmaceutical expenditures via detailed analyses and investigates the current situation, strategies and objectives of the sector.



Financing of Health Care Services and Analysis of Health Expenditures in Turkey Between 2002 and 2013

Published on: 2017

ISBN: 978-3-330-05173-7

“Financing of Health Care Services and Analysis of Health Expenditures in Turkey - Between 2002 and 2013”, is a comprehensive study which presents a detailed review of the progress that occurred in health expenditures from 2002 to 2013. Analyzing how health expenditures in Turkey were affected by the policies implemented between 2003 and 2013, the book presents an in-depth discussion and analysis of the progress in management and provision of health care services, as well as putting light on some significant changes made to health care financing and social security network.



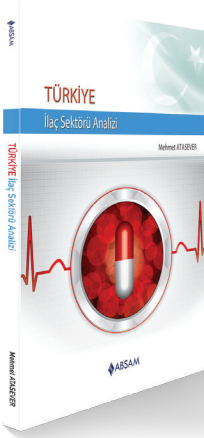
Türkiye Tıbbi Cihaz Sektör Analizi

Yayın Yılı: Ankara, 2017

ISBN: 978-605-87841-3-0

“Türkiye Tıbbi Cihaz Sektör Analizi” çalışmasında tıbbi cihaz sektörünün Dünya’da ve Türkiye’de tarihsel gelişimini, mevzuatını, sınıflandırılmasını, Türkiye’ de tıbbi cihaz finansmanı ve harcamalarını, Türkiye’de tıbbi cihaz sektörünün üretim, ithalat, ihracat rakamları ile analizini ve tıbbi cihaz sektörünün SWOT analizini bulabilirsiniz.





Türkiye İlaç Sektörü Analizi

Yayın Yılı: Ankara, 2015

ISBN: 978-605-84583-2-1

“Türkiye İlaç Sektörü Analizi” çalışmasında Türkiye ilaç sektörünün değerlendirilmesini, 2002-2014 Döneminde Türkiye ilaç sektörünü etkileyen gelişmeleri, Türkiye’de ilaç finansmanı, fiyatlandırma ve geri ödemesi sistemini, Türkiye ilaç harcamalarının gelişimini, ilaç sektör analizini ve ilaç sektörünün stratejisi ve hedeflerini bulmak mümkündür.



Türkiye Sağlık Hizmet Alımları Rehberi

Yayın Yılı: Ankara, 2017

ISBN: 9786056766329

“Türkiye Sağlık Hizmet Alımları Rehberi” çalışmasında Türkiye’de sağlık sektöründe hizmet alımları ile ilgili yönetim, Sağlık Bakanlığı ve Kamu İhale mevzuatı, muhasebe ve ödeme işlemleri ile ilgili uygulamaya yönelik detaylı bilgilere ulaşılabilir. Çalışmada Sağlık hizmet alımları ile ilgili genel bilgileri görüntüleme hizmet alımları, tıbbi laboratuvar hizmet alımları, diğer sağlık hizmet alımları, destek hizmet alımları ve HBYS hizmet alımları detaylı bir şekilde incelenmiştir. Hizmet alımları ihale işlemleri, uygulama ve ödeme işlemleri uygulamada olan yasal mevzuatlar ışığında açıklanmıştır. Sağlık hizmet alımları muhasebe işlemleri güncel uygulamalardan yola çıkılarak örnekler kayıtlarla birlikte anlatılmıştır. Türkiye’de hizmet alımlarının finansmanı ve harcamaları incelenmiştir. Hizmet alımlarının alt işverenlik, muvazaa ve kıdem tazminatı konusu değerlendirilerek, SWOT analizi yapılmıştır.

Yayınlarımızı

Nobel Kitap’tan
temin edebilirsiniz.

Tel : 0(312) 418 20 6

Fax: 0(312) 418 30 20

Satın Alma

esatis@nobelkitap.com





SAĞLIK İŞLETMELERİNDE TIBBİ LABORATUVAR HİZMET ALIMLARI YÖNETİMİ

YAYIM YILI: ANKARA - 2017

ISBN: 978-605 - 67663-5-0

Hizmet Alımları sağlık hizmet sunumunun önemli bir parçası haline gelerek sağlık sektöründe önemli bir yer teşkil etmektedir. Türkiye sağlık sektöründe laboratuvar hizmet alımlarına yönelik yapılan bu çalışma beş bölümden oluşmaktadır.

İlk bölümde; hizmet alımları ile ilgili genel kavramlar, tarihsel gelişimi, mevzuatı, sınıflandırılması ve verileri açıklanmıştır.

İkinci bölümde; tıbbi laboratuvar hizmet alımlarının tanımı, kapsamı, sınıflandırılması, ihtiyacın tespiti ve teknik özelliklerin belirlenmesi anlatılmıştır.

Üçüncü bölümde; tıbbi laboratuvar hizmet alımları ihale işlemleri, işleyişi ve ödeme işlemleri, dikkat edilmesi gereken hususlar, sınır değer hesaplanması ve sorumluluklar açıklanmıştır.

Dördüncü bölümde; tıbbi laboratuvar hizmet alımları muhasebe işlemleri, kıdem tazminatı, KDV tevkifatı ve damga vergisi uygulamaları anlatılmıştır.

Beşinci bölümde tıbbi laboratuvar hizmet alım harcamaları yıllar itibarıyla detaylı bir şekilde nominal ve reel rakamlarla ve kurumsal bazda ayrıştırılarak anlatılmış ve analiz edilmiştir.